

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Intervenção psicoterapêutica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica perante a pessoa com comportamentos aditivos

Psychotherapeutic intervention of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric towards the person with addictive behaviors

**Autor**

**Rosana de Fátima Moreira Mendes**

**Oliveira de Azeméis, 2025**



# **ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA**

## **Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final**

### **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Intervenção psicoterapêutica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica perante a pessoa com comportamentos aditivos

Psychotherapeutic intervention of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric towards the person with addictive behaviors

#### **Orientador(es)**

António Manuel dos Santos Ferreira

#### **Autor**

Rosana de Fátima Moreira Mendes

**Oliveira de Azeméis, 2025**



## **FRASE OU PENSAMENTO**

"Todos os dias de nossas vidas, estamos prestes a fazer aquelas pequenas mudanças que fariam toda a diferença."

Mignon McLaughlin



## **AGRADECIMENTO**

Ao meu marido e filho pela compreensão e paciência.

À família pelo incentivo.

Às colegas do ICAD e da UCC pela disponibilidade, apoio e motivação.



## RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, com vista a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Este relatório pretende refletir sobre todo o percurso realizado no que diz respeito à aquisição e desenvolvimento de competências sejam elas comuns dos enfermeiros especialistas ou específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ao longo do estágio de natureza profissional, que decorreu em diferentes contextos, nomeadamente Respostas Diferenciadas e Cuidados na Comunidade. Procurou-se, nestes contextos, intervir com particular relevo ao nível do comportamento aditivo.

Os comportamento aditivos e dependências são fenómenos cada vez mais presentes e relevantes na sociedade atual. Deste modo, a atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica torna-se fundamental na prevenção e na implementação de intervenções eficazes no tratamento destas problemáticas.

Foram elaborados estudos de caso, com realização de entrevista clínica prévia, de forma a proceder a uma colheita de dados criteriosa, identificados diagnósticos de enfermagem, realizadas intervenções e a avaliação das mesmas, que permitiram o desenvolvimento destas competências.

Considera-se que os objetivos delineados para os estágios foram atingidos através das intervenções e das oportunidades de aprendizagem proporcionadas por cada um dos serviços.

Os resultados obtidos reforçam a importância da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica como uma área com um amplo potencial de intervenção, sobretudo, em clientes que apresentam comportamentos aditivos, em articulação com toda a equipa de saúde.

**Palavras-chave:** Abuso de Substâncias; Entrevista Motivacional; Modificação de Comportamento; Desenvolvimento de Competências.



## ABSTRACT

This report was developed within the scope of the Curricular Unit Professional Internship with Final Report, of the II Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, of the Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, with a view to obtaining the degree of Master in Mental Health and Psychiatric Nursing.

This report aims to reflect on the entire path taken with regard to the acquisition and development of skills, whether common to specialist nurses or specific to Specialist Nurses in Mental Health and Psychiatric Nursing, throughout the professional internship, which took place in different contexts, namely Differentiated Responses and Care in the Community. In these contexts, we sought to intervene with particular emphasis on addictive behavior.

Addictive behaviors and dependencies are increasingly present and relevant phenomena in today's society. Thus, the performance of the Specialist Nurse in Mental and Psychiatric Health becomes fundamental in the prevention and implementation of effective interventions in the treatment of these problems.

Case studies were elaborated, with a previous clinical interview, in order to proceed with a careful data collection, nursing diagnoses were identified, interventions were carried out and their evaluation was carried out, which allowed the development of these competencies.

It is considered that the objectives outlined for the internships were achieved through the interventions and learning opportunities provided by each of the services.

The results obtained reinforce the importance of Mental Health and Psychiatric Nursing as an area with a wide potential for intervention, especially in clients who present addictive behaviors, in articulation with the entire health team.

**Keywords:** Substance Abuse; Motivational Interviewing; Behavior Modification; Skills Development.



## **CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS**

AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test*

BAI - Inventário de Ansiedade de Beck

CVP - Cateter Venoso Periférico

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EM - Entrevista Motivacional

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

MMSE - *Mini Mental State Examination*

NIC - Classificação de Intervenções de Enfermagem

OE - Ordem dos Enfermeiros

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SIM - Sistema de Informação Multidisciplinar

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SOCRATES - *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Test*

TC - Terapia Comportamental

TMC - Técnica de Modificação de Comportamento

UA - Unidade de Alcoologia

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidade Local de Saúde



## 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. CONCEÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM COMPORTAMENTO ADITIVO: ABUSO DE ÁLCOOL ...	25
3.1. Enquadramento teórico .....	25
3.2. Clientes .....	40
3.3. Medicação .....	40
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	41
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	43
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e	44
terapêutica médica. ....	44
3.5. Domínios .....	45
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	45
3.6. Conceção de Cuidados .....	46
3.7. Especificação das intervenções .....	47
3.8. Síntese relativa ao caso .....	48
4. CONCEÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM COMPORTAMENTO ADITIVO: USO DE TABACO ...	51
4.1. Enquadramento teórico .....	51
4.2. Clientes .....	59
4.3. Medicação .....	59
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	60
4.4. Domínios .....	61
4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	61
4.5. Conceção de Cuidados .....	62
4.6. Especificação das intervenções .....	65
4.7. Síntese relativa ao caso .....	68
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	71
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO .....	79
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	81
ANEXOS .....	87



## ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

**Figura 1** - Genograma estudo de caso 1

**Figura 2** - Ecomapa estudo de caso 1

**Figura 3** - Processo de diagnóstico: Abuso de álcool

**Figura 4** - Teoria das Transições de Meleis

**Figura 5**- Modelo Transteórico da Mudança de Prochaska & DiClemente

**Figura 6** - Resultado AUDIT

**Figura 7** - Genograma estudo de caso 2

**Figura 8** - Ecomapa estudo de caso 2



## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, e constitui, conjuntamente com a defesa em prova académica pública, os passos finais para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O estágio incidiu sobre a área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) e dividiu-se em dois contextos: Respostas Diferenciadas e Cuidados na Comunidade, sob orientação do Professor Doutor António Ferreira e com a supervisão em cada contexto de estágio específico por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

A elaboração deste relatório diz respeito ao último passo de um percurso de desenvolvimento e aquisição de competências, que permitam a realização de um trabalho autónomo e de qualidade na área de ESMP, e tem como objetivo descrever de forma sistemática a aprendizagem desenvolvida, as atividades efetuadas nos diferentes contextos de estágio, fazer uma reflexão acerca das competências adquiridas, sejam elas comuns dos enfermeiros especialistas e/ou específicas do EEESMP, de acordo com os Regulamentos de Competências em vigor, e a elaboração de estudos de casos, nomeadamente um por cada local de estágio, procurando sempre estabelecer uma ligação entre a teoria e prática.

"A autonomia dos Enfermeiros no caso concreto da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, é essencial que se compreenda que as competências específicas dos Enfermeiros Especialistas são tão mais úteis quanto maior for a autonomia da sua ação. Os cidadãos não podem esperar mais e os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica podem vir a desempenhar um papel fundamental na setorização da prestação de cuidados de Saúde mental. É necessário, acima de tudo, que estes sejam os primeiros a perceber o seu potencial" (Sampaio, 2022, p. 2).

A temática de estudo envolve a aplicação de intervenções psicoterapêuticas do EEESMP perante a pessoa com comportamentos aditivos, tendo sido elaborados estudos de caso nos quais foram selecionados clientes que apresentavam este tipo de comportamentos e dependências.

Os comportamentos aditivos são uma temática atual e em crescimento e atingem cada vez mais pessoas de diferentes idades, sexos e condições sociais. De realçar que estes comportamentos não atingem somente aqueles que deles padecem, mas também todos os que os rodeiam, inclusive a sociedade em geral. Assim, assume-se de primordial importância a intervenção do EEESMP na prevenção e na implementação de intervenções eficazes no

tratamento destas problemáticas.

O fenómeno dos comportamentos aditivos e dependências é complexo e multidimensional e tem características impulsivas-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas. Os comportamentos aditivos podem ser com substância (lícitas ou ilícitas) ou sem substância, como por exemplo, o jogo e o uso da *Internet*, e envolvem a procura de prazer, no entanto, podem trazer consequências negativas ao nível físico e psicológico para o próprio e/ou para terceiros (Instituto Português do Desporto e Juventude, 2021).

Este fenómeno representa um desafio para a sociedade atual, pelo forte impacto que causa na qualidade de vida das pessoas em que este comportamento se torna um problema (Maglione et al., 2018), pelos recursos que são necessários para ajudar na recuperação e/ou minimizar as consequências e para fazer face ao impacto social que ele provoca (Diniz et al., 2015). Por vezes, a evolução e a condição das pessoas tende para a cronicidade o que implica acompanhamento de saúde especializado com programas terapêuticos longos e complexos, com constantes adaptações a diversos níveis do quotidiano, procurando estimular estratégias diversas como o coping, a adesão terapêutica e controlo do impulso (Carew & Comiskey, 2018).

A intervenção do EEESMP com as pessoas que têm comportamentos aditivos é imprescindível nos processos de adaptação para promover a ajuda necessária para lidar com os problemas associados, minimizar o seu impacto e melhorar a qualidade de vida (Comiskey et al., 2019).

Na conceção dos cuidados aos clientes apresentados nos estudos de caso, para além da aplicação da Ontologia de Enfermagem descrita na *NursingOntos*, recentemente adotada pela Ordem dos Enfermeiros, salienta-se o contributo das Teoria de Enfermagem, dado que contribuem para o desenvolvimento do conhecimento da enfermagem, guiando as investigações no sentido do desenvolvimento da disciplina e, conseqüentemente, da prática. Os clientes destes estudos de caso, em particular, encontravam-se em períodos de transição, o que nos levou à Teoria das Transições de Afaf Meleis. Segundo Meleis (2010), uma transição é uma passagem de uma fase da vida para outra, dando origem a um conceito que engloba múltiplos fatores e elementos que fazem parte deste processo. A mesma autora defende que ajudar as pessoas a gerir as transições durante o seu ciclo de vida é uma competência chave da Enfermagem.

A metodologia utilizada para a conceção do presente relatório baseia-se no método descritivo, tendo por base a revisão bibliográfica, partindo da pesquisa de artigos de investigação atuais, livros, teses de mestrado e de doutoramento, plataformas digitais e repositórios informáticos de diversas universidades, assim como uma análise crítico-reflexiva.

Estruturalmente, o presente relatório encontra-se dividido em cinco partes: a primeira parte trata-te da introdução, na qual é feita a contextualização do presente relatório e abordada a relevância académica e prática; na segunda parte é realizada uma breve caracterização dos

contextos clínicos, nomeadamente da sua estrutura, funcionamento, projetos relevantes, bem como intervenções e competências adquiridas; na terceira parte são explanados os dois estudos de caso desenvolvidos com recurso à plataforma *e4nursing*; na quarta parte é realizada uma reflexão acerca dos contributos para o desenvolvimento de competências na área de ESMP, analisando o contributo para a futura prática clínica especializada; e, na última parte deste relatório, é elaborada uma síntese no qual está descrito o percurso da estudante, na qual está presente uma reflexão acerca dos obstáculos/percalços ocorridos durante o mesmo e também uma reflexão acerca do desenvolvimento e aquisição das competências consideradas fundamentais para o desenvolvimento do trabalho no futuro enquanto EEESMP.



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

É através do contacto direto com a realidade que se torna exequível o desenvolvimento de competências específicas do EEESMP.

Neste capítulo será realizada uma caracterização dos contextos clínicos que fizeram parte do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, que se dividiu em dois contextos: o primeiro momento de estágio em contexto de Respostas Diferenciadas, que decorreu de 19 de setembro a 22 novembro de 2024, num total de 160 horas de contacto, e o segundo momento de estágio em contexto de Cuidados na Comunidade, que decorreu de 25 de novembro de 2024 a 14 de fevereiro de 2025, num total de 224 horas de contacto.

### **Contexto de Respostas Diferenciadas**

O estágio em contexto de Respostas Diferenciadas, teve lugar numa Unidade de Alcoologia (UA), pertencente a uma Unidade Local de Saúde (ULS).

A referida UA tem como função oferecer cuidados integrados e abrangentes, em regime ambulatorio, e sob supervisão médica, a indivíduos com síndrome de abuso ou dependência de álcool. O seu trabalho envolve a implementação de modalidades de tratamento ajustadas a cada caso, além de apoiar as atividades de intervenção dos Centros de Respostas Integradas na área da Alcoologia, atuando como uma unidade especializada com competências e formação específica. Está também contemplada em lei a prestação de cuidados em regime de internamento, que são possíveis através de referência para outra unidade, como as Unidades de Desabituação.

Estruturalmente, a UA, encontra-se alocado num edifício onde funciona também o centro de saúde local, dotado de espaço próprio, com diversos gabinetes, sejam eles clínicos e de enfermagem, enfermarias, sala de espera, sala de reuniões, instalações sanitárias, entre outros, garantindo um ambiente adequado à prestação de cuidados.

Os recursos humanos desta UA contam com a colaboração de uma equipa multiprofissional, que trabalha em estreita articulação, assegurando um acompanhamento adequado e personalizado, constituída por médicos, enfermeiros (sendo que dois são EEESMP), psicólogos, assistentes sociais, nutricionista, assistentes técnicos e assistentes operacionais. Relativamente ao pessoal de enfermagem, a enfermeira generalista está responsável pela preparação e administração da medicação prescrita aos clientes em enfermaria e os EEESMP são os responsáveis pela avaliação inicial, no acolhimentos aos novos clientes, pelas consultas de seguimento e pela realização de intervenções que fazem parte das competências do EEESMP.

Nestas unidades especializadas para o tratamento dos comportamentos aditivos e dependências, os enfermeiros procuram estabelecer uma relação de confiança mútua com o cliente, ter uma compreensão aprofundada das suas necessidades e de auxiliar na promoção da sua independência e autonomia sustentadas pela possibilidade de estes fazerem escolhas informadas no seu percurso de recuperação (Comiskey et al., 2019).

Muitas das necessidades identificadas são sensíveis aos cuidados de enfermagem. Os EEESMP, pelo seu perfil de competências específicas e acrescidas, são profissionais que estão capacitados dos requisitos necessários para realizar intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais atuando desde a prevenção, tratamento e reinserção destes indivíduos com comportamentos aditivos.

O diagnóstico de enfermagem mais frequente, tendo em conta a especificidade do serviço, era “abuso de álcool”, sendo que foram desenvolvidas várias atividades e intervenções com vista ao tratamento dos comportamentos aditivos.

A UA dispõe de um sistema de registos informático, o Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM), que integra dados, processos e conhecimentos de diversas áreas do saber que apoiam a tomada de decisão, a gestão e a análise de informações de maneira mais ampla e eficiente. Toda a equipa multidisciplinar possui acesso ao SIM e efetua os seus registos clínicos na ficha individual de cada cliente, para um atendimento mais eficiente, humanizado e baseado em evidências.

Para além da elaboração de um estudo de caso, apresentado neste relatório, foi possível realizar consultas de acolhimento de novos utentes na unidade, com a realização de entrevistas clínicas, bem como consultas de acompanhamento; realizar rastreios através de testes rápidos de deteção do vírus da imunodeficiência humana e vírus da hepatite C; executar intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas individualmente e em grupo e integrar reuniões semanais com a equipa multidisciplinar para discussão de casos clínicos e de necessidades do serviço. Houve, ainda, a oportunidade de assistir e de participar em sessões de prevenção da recaída numa Unidade de Desabilitação.

### **Contexto de Cuidados na Comunidade**

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) diz respeito a uma unidade funcional do Sistema Nacional de Saúde dotada de autonomia própria, integrada no Centro de Cuidados de Saúde Primários pertencente a uma ULS da zona Norte, que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades de saúde da população.

Às UCC, de acordo com o artigo 11.º do Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, que regulamenta os Agrupamento de Centros de Saúde, incumbe prestar: "cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos

mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo e atua ainda na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Ministério da Saúde, 2008, p. 1184).

Estruturalmente, a UCC, encontra-se alocado num edifício onde funciona também uma Unidade de Saúde Familiar e uma Unidade de Saúde Pública e é constituída, a tempo parcial, por profissionais de saúde como médicos, psicólogos, técnicos de serviço social e terapeutas da fala e, a tempo inteiro, por uma fisioterapeuta e por uma equipa de enfermeiros e enfermeiros especialistas em:

- reabilitação;
- saúde comunitária;
- saúde infantil e pediátrica;
- saúde materna e obstétrica;
- saúde mental e psiquiátrica.

No que diz respeito à área de ESMP, existe uma EEESMP responsável por inúmeros programas e projetos desenvolvidos pela mesma, tais como: "Projeto Transição Sénior 50++"; "Projeto + Contigo"; "Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica à população em situação de sem abrigo e situações vulneráveis"; "Modelo Integrado de Acompanhamento e Gestão de Casos (MIAGC)"; "Intervenção de saúde mental aos cuidadores de cuidados".

O "Projeto + Contigo", projeto no qual houve mais envolvência e oportunidade de participação da estudante no âmbito deste estágio, trata-se um projeto de intervenção comunitária que se desenvolve desde o ano de 2009, tendo como entidades promotoras a Administração Regional de Saúde do Centro, através do seu Departamento de Saúde Pública, e a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, contando ainda com o apoio da Direção Geral da Saúde. Tem como objetivos gerais promover a saúde mental e bem-estar em jovens do 3º ciclo e secundário; prevenir comportamentos da esfera suicidária; combater o estigma em saúde mental e criar uma rede de atendimento de saúde mental. Sob o lema “Aposta em ti! A tua Saúde Mental importa!” visa promover habilidades sociais, a auto estima, a capacidade de resolução de problemas, a assertividade na comunicação e melhorar a expressão e gestão de emoções (Santos et al., 2014).

A UCC tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, assentes nos padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e restante equipa, concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão da ULS em que se integra.

Tem também como visão garantir a Excelência e a Qualidade dos cuidados aos cidadãos da sua área de influência, cuidados esses, centrados na pessoa, família/comunidade ao longo de todo o ciclo de vida, nas áreas de promoção da saúde, da prevenção da doença e da reabilitação,

maximizando os ganhos em saúde.

Promove, ainda, valores consagrados como Acessibilidade e a Satisfação dos utentes, a Ética, a Cortesia, a Cooperação e trabalho em equipa, a Efetividade/Eficiência e a Qualidade.

A UCC dispõe de um sistema de registos informático, o SClínico, que permite que os profissionais de saúde tenham acesso a informação clínica variada dos clientes, facilitando a prestação de cuidados integrados e multidisciplinares de forma eficaz, eficiente e homogênea.

Neste contexto, para além da realização de um estudo de caso, apresentado neste relatório, foi possível concretizar diferentes atividades e intervenções tendo como alvos diferentes tipos de indivíduos e as suas necessidades. Foi possível a participação, como já referido, no "Projeto + Contigo", em projetos de saúde escolar já definidos e programados para este ano letivo e a criação de panfletos com informação atual e pertinente para dar resposta a uma necessidade do serviço acerca da atualização da lei relativa ao prestador de cuidados informal, no âmbito do projeto acima referido "Intervenção de saúde mental aos cuidadores de cuidados".

### **3. CONCEÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM COMPORTAMENTO ADITIVO: ABUSO DE ÁLCOOL**

O cliente selecionado para este estudo de caso trata-se de um indivíduo do sexo masculino, com 48 anos de idade, que vive em união de facto há cerca de 18 anos com a sua companheira. Fruto desta relação, tem filho com 13 anos de idade. Apresenta um comportamento aditivo, nomeadamente abuso de álcool, e depressão crónica como antecedente pessoal.

#### **3.1. Enquadramento teórico**

##### **Apresentação do caso clínico**

**História biopsicossocial:** Cliente do sexo masculino, Sr. S., 48 anos de idade, com o 9º ano de escolaridade, trabalha como operador de armazém, mas neste momento encontra-se a usufruir de Atestado Médico de Incapacidade Temporária para o Trabalho. Vive em união de facto há cerca de 18 anos com a sua companheira e, fruto desta relação, tem filho com 13 anos de idade.

**História de doença atual:** Segundo o cliente, os problemas com o consumo abusivo de álcool começaram no início do primeiro casamento há mais de 20 anos, que atribui aos problemas de fertilidade. O casal terá realizado vários tratamentos de fertilidade, mas que resultaram em tentativas falhadas e em abortos. Nesta mesma altura, foi diagnosticado com depressão, sendo difícil de perceber se surgiu primeiro o diagnóstico de depressão ou os problemas ligados ao consumo álcool. Estes problemas de fertilidade culminaram num divórcio, altura em que o cliente percebeu que aumentou os seus consumos de álcool e, apesar de neste momento ter um novo relacionamento e um filho fruto do mesmo, o cliente apresenta diagnóstico de depressão crónica, fazendo medicação habitual para esta patologia, mantendo-se, no entanto, estabilizado ao nível do humor, com um humor eutímico, no momento da entrevista clínica e seguintes sessões.

O cliente refere ter tido, ao longo dos anos, alturas de maiores consumos e alturas de abstinência, mas nunca o entendeu como um problema. Foi referenciado pela primeira vez por um hospital da zona norte do país em novembro de 2022 a esta Unidade de Alcoologia (UA) altura em que se apercebeu que tinha um problema na adição do álcool, tendo sido acompanhado em consultas regulares desde então e realizado por duas vezes tratamento com soroterapia em internamento parcial nesta Unidade. Já teve também um internamento numa

Unidade de Desabilitação em março de 2023 durante um período de 15 dias e foi feito novo pedido de internamento na mesma Unidade de Desabilitação em julho de 2024, no entanto, o cliente acabou por recusar o internamento por causa de uma proposta de trabalho que não podia recusar, devido a encontrar-se desempregado, e referindo que os consumos nessa altura estariam mais controlados.

Desta vez, em outubro de 2024, o cliente não vem referenciado, tendo sido o próprio a procurar ajuda por novo aumento dos consumos. Diz ter sido mobilizado para outra área de trabalho, o qual não gosta de realizar e que tem vários atritos com os colegas de trabalho e chefias e que esta situação o levou a aumentar os consumos. Refere já ter ido trabalhar alcoolizado. Veio acompanhado pela companheira e pelo filho. Diz ter consumos diários, mas consumir mais em contexto social e de forma muito exagerada. A motivação para parar de beber prende-se também pela vontade da companheira, para melhorar a relação de ambos e pelo filho que já se apercebe da situação.

Iniciou o tratamento em contexto de internamento parcial com a realização de soroterapia na UA no dia 1 de outubro, a aguardar entrada numa Comunidade Terapêutica privada (entrada programada para o dia 10 de outubro). Refere abstinência desde três dias antes de iniciar o tratamento.

#### **Antecedentes médicos/cirúrgicos anteriores:**

- Invisual à esquerda por descolamento da retina grave;
- Cirurgia a um tímpano por desequilíbrios;
- Cirurgia ao joelho esquerdo por rutura de ligamentos.

Nega alergias/intolerâncias alimentares ou medicamentosas.

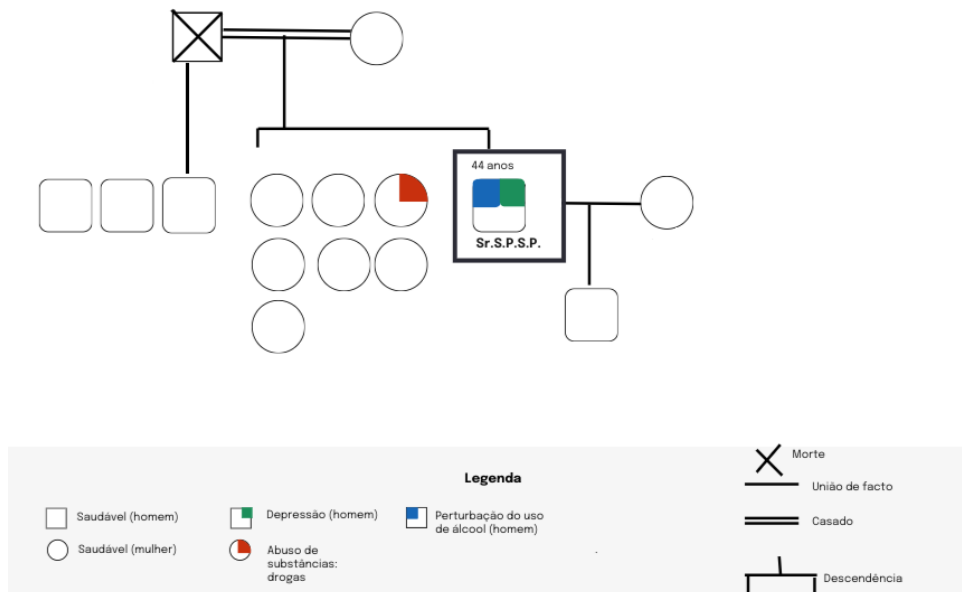
**Antecedentes psiquiátricos:** Depressão crónica e hábitos etílicos, ambos há mais de 20 anos. Tem prescrito medicação do domicílio:

- Venlafaxina 75mg, um comprimido de manhã;
- Lorazapem 2,5mg um comprimido à noite.

Filho de pais não consanguíneos, tem sete irmãs e três meios-irmãos, da parte do pai, que já faleceu. Tem uma irmã com problemas relacionados com abuso de drogas, não relatando outros antecedentes de doença na família.

A abordagem familiar através da aplicação do genograma e ecomapa possibilita, de forma visual, a apresentação da estrutura e da dinâmica familiar (Figueiredo, 2023).

O genograma, trata-se de uma representação gráfica da história família, apresentando vínculos de parentesco e as características genéticas, tal como doenças (Figueiredo, 2023). De seguida é apresentado o genograma do cliente e a respetiva legenda:

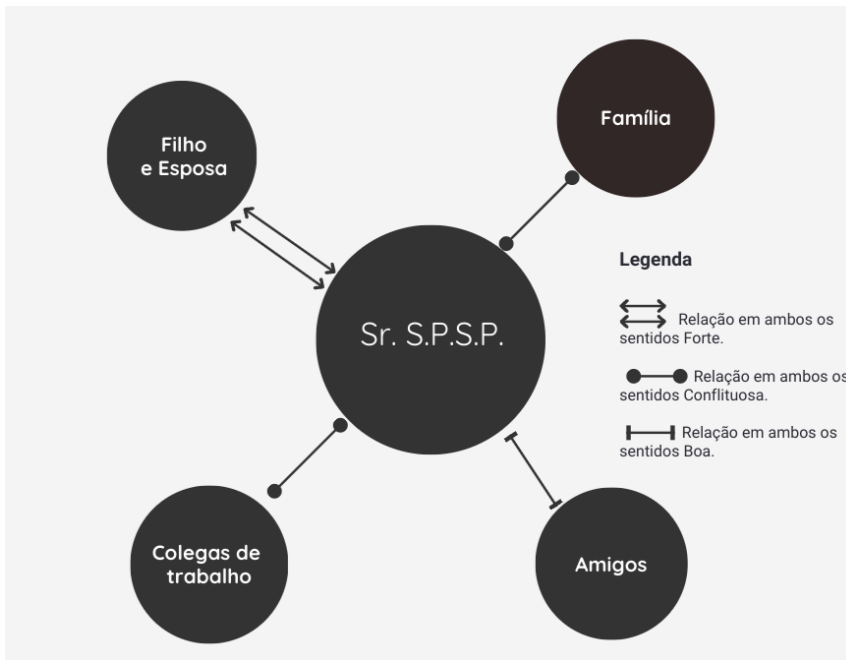


**Figura 1** - Genograma estudo de caso 1

**História social:** Saiu de casa com 19 anos devido apresentar um relacionamento conflituoso com a família, por eventos familiares negativos na infância que pretende não falar. Refere não se relacionar neste momento com os irmãos e que, de vez em quando, tem contacto com a mãe. Diz que começou a beber com 20 anos com alguma regularidade, pois trabalhava em bares e tinha acesso fácil à bebida e em convívio com os amigos. Atualmente o cliente vive com a companheira e o filho em habitação própria.

**Hábitos e estilo de vida:** Bebe todos os dias 1 a 2 cervejas, para lidar com as frustrações do dia-a-dia e para não pensar em "certas coisas" relacionadas com o trabalho. Bebe no café com os amigos, com os quais tem uma boa relação e que os mesmos sabem do seu problema aditivo e que quando começa a beber demais os amigos chamam à atenção. Refere abstinência nos três dias anteriores ao início do tratamento na UA.

Através do ecomapa, são identificadas as relações pessoais e sociais entre pessoas ou famílias e seus ambientes (Figueiredo, 2023). O ecomapa relativo ao cliente é representado a seguir:



**Figura 2** - Ecomapa estudo de caso 1

**Exame mental:**

- **contacto:** fácil;
- **comportamento:** adequado;
- **humor:** aparentemente eutímico;
- **ansiedade:** não foi aplicada nenhuma escala de ansiedade, no entanto, o cliente refere alguma ansiedade relativamente ao internamento na Comunidade Terapêutica, por ficar longe do seu filho durante algum tempo;
- **fobias:** não refere;
- **autoconceito:** aparentemente sem alterações;
- **orientação:** orientado em todas as dimensões;
- **memória:** sem alterações;

- **pensamento:** sem alterações;
- **percepção:** sem alterações.

### **Comportamento aditivo**

O fenómeno dos comportamentos aditivos e dependências é complexo e multidimensional e apresenta características impulsivo-compulsivas em relação a diferentes atividades, tais como substâncias causadoras de um potencial prazer (Sequeira & Sampaio, 2020; Instituto Português do Desporto e Juventude, 2021).

Os comportamentos aditivos podem ser com substância (lícitas, como o álcool e o tabaco, ou ilícitas, como a droga) ou sem substância, como por exemplo, o jogo e o uso de *Internet*, e envolvem, como já referido, a procura de prazer, no entanto, podem trazer consequências negativas, tanto físicas como psicológicas, para o próprio e/ou para terceiros (Instituto Português do Desporto e Juventude, 2021).

Os transtornos relacionados com o consumo de substâncias, habitualmente, provocam prejuízos importantes, complicações graves e deterioração do estado de saúde de uma pessoa, para além de desencadear efeitos negativos nos contextos pessoal, social e profissional. O consumo repetido e excessivo de álcool, especificamente, pode afetar praticamente todos os sistemas orgânicos, principalmente o trato gastrointestinal e os sistemas cardiovascular e nervoso. A dependência e abuso de álcool representam um grande e grave problema de saúde pública (Rangé & Marlatt, 2008).

Este fenómeno representa um desafio para a sociedade atual, pelo forte impacto que causa na qualidade de vida das pessoas em que este comportamento se torna um problema (Maglione *et al.*, 2018), pelos recursos que são necessários para ajudar na recuperação e/ou minimizar as consequências e para fazer face ao impacto social que ele provoca (Diniz *et al.*, 2015). Por vezes, a evolução e condição das pessoas tende para a cronicidade o que implica acompanhamento de saúde especializado com programas terapêuticos longos e complexos, com constantes adaptações a diversos níveis do quotidiano, procurando estimular estratégias diversas como o *coping*, a adesão terapêutica e o controlo do impulso (Carew & Comiskey, 2018).

### **Abuso de álcool**

O abuso de álcool é um problema de saúde pública importante. Segundo a Sociedade Portuguesa de Alcoologia, a prevalência da dependência de álcool aumentou de 3% em 2012 para 4,2% em 2022.

O alcoolismo está associado a um elevado risco de morbilidade e mortalidade. Para além disso, tem um elevado custo na economia pelo mau desempenho e absentismo no trabalho (Taylor, 2003 cit. por Martin & Pear, 2009). É uma doença caracterizada pela sua cronicidade e pelo atingimento de todos os órgãos e sistemas do corpo do indivíduo (Sequeira, 2006).

Segundo Sequeira (2006), a sua etiologia é variável e relacionada com o tipo de consumo. Dentro dos possíveis fatores causadores de alcoolismo, Sequeira enumera fatores fisiológicos, hereditários, socioculturais e psicológicos.

Por ser uma doença com diversas consequências e etiologias, o seu tratamento requer cuidados diferenciados e multidisciplinares e um bom acompanhamento social e psicoterapêutico do indivíduo (Sequeira, 2006).

Segundo Sequeira & Sampaio (2020), estes comportamentos, independentemente da sua etiologia e do fator relacionado com esse comportamento (substância), beneficiam de um conjunto de intervenções específicas. Tendo em conta o diagnóstico “abuso de álcool”, Sequeira enuncia diversas intervenções (Figura 3), uma delas “executar modificação de comportamento”, técnica que será abordada mais à frente neste relatório.

QUADRO 33.4	Processo diagnóstico: Abuso de álcool
<b>Diagnóstico:</b> Abuso de álcool (ICN, 2017)	
<b>Dados principais:</b> Consumo excessivo de álcool (quantidade, frequência e horário) Consumo excessivo de álcool há mais de seis meses Verbaliza incapacidade para controlar o consumo de álcool A ingestão de álcool interfere nas AVD	
<b>Instrumentos de apoio à tomada de decisão:</b> Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Cunha, 2002) Escala SÓCRATES 8 D (Janeiro, Faisca & Miguel, 2007) Escala de Gravidade de Dependência do Álcool [Short Alcohol Dependence Data (SADD)] Escala de Severidade de Alcoolismo (ESA) Resultado NOC "Controlo de Riscos: Uso de Álcool"	
<b>Dados secundários/opcionais:</b> Reconhecimento de ter tido algum problema relacionado com o consumo de álcool Avaliação de si mesmo como sendo necessário deixar ou reduzir o consumo de álcool Reconhecimento de que outros (família, amigos, profissionais de saúde) estão preocupados com o seu consumo de álcool Sentimento de culpa ou arrependimento provocados pelo consumo de álcool Necessidade de beber logo no início do seu dia [Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), 2015] Manifestação de sinais de privação Conhecimento sobre abuso de álcool Conhecimento do familiar cuidador sobre abuso de álcool	
<b>Crítérios de diagnóstico:</b> Os instrumentos de suporte ao processo de diagnóstico são diferentes, mas os dados secundários a ter em conta diferem apenas na tipologia da substância. Com um valor de AUDIT de: 0-7, considerar risco baixo (abstinência) e não se deve aplicar este diagnóstico (considerar diagnóstico relacionado com o "conhecimento"); 8-15, considerar baixo risco (consumo de risco); 16-19, risco moderado (consumo nocivo); 20-40, risco elevado (dependência). A designação do diagnóstico mantém-se sempre, mas face ao indicador de risco, pode fazer-se um melhor planeamento das intervenções e dos resultados esperados.	
<b>Observações:</b> O diagnóstico de Enfermagem "Abuso de álcool" caracteriza-se pela presença de dados relevantes para o diagnóstico "Abuso de substâncias".	

**Figura 3** - Processo de diagnóstico: Abuso de álcool

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatísticas das Perturbações Mentais, 5ª edição, Texto de Revisão, DSM-V-TR (2022), define o diagnóstico relacionado com o uso do álcool como "transtorno por uso de álcool", que leva ao um comprometimento e sofrimento clinicamente significativo, com os seguintes critérios de diagnóstico:

"A. Um padrão problemático de uso de álcool que leva a prejuízo clinicamente significativos ou angústia, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo dentro um

período de 12 meses:

1. O álcool é frequentemente consumido em quantidades maiores ou por um período mais longo do que o pretendido.
2. Há um desejo persistente ou esforços malsucedidos para reduzir ou controlar o uso de álcool.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obter álcool, usar álcool ou recuperar-se de seus efeitos.
4. Desejo, ou um forte desejo ou urgência de usar álcool.
5. Uso recorrente de álcool resultando em falha no cumprimento de obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.
6. Uso continuado de álcool apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos do álcool.
7. Atividades sociais, ocupacionais ou recreacionais importantes são abandonadas ou reduzidas devido ao uso do álcool.
8. Uso recorrente de álcool em situações de risco físico.
9. O uso de álcool é continuado apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pelo álcool.
10. Tolerância, conforme definido por qualquer um dos seguintes:
  - a. A necessidade de quantidades nitidamente aumentadas de álcool para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
  - b. Um efeito marcadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.
11. Desistência, manifestada por qualquer dos seguintes:
  - a. A síndrome de abstinência característica do álcool (consultar os Critérios A e B do conjunto de critérios estabelecidos para a abstinência alcoólica).
  - b. O álcool (ou uma substância intimamente relacionada, como um benzodiazepínico) é tomado para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência." (p. 554)

A gravidade da perturbação é classificada como leve (presença de 2 ou 3 sintomas), moderada (4 a 5 sintomas) ou grave (6 ou mais sintomas) (DSM-V-TR, 2022).

Segundo o ICNP (2019), o diagnóstico de Enfermagem “abuso de álcool” tem com pai o “abuso de substâncias” que está definido como “comportamento comprometido: uso inadequado de

substância quimicamente ativa para um efeito não terapêutico, que poderá ser nocivo para a saúde e causar adição". (p. 1).

### **Teoria de Enfermagem**

Os modelos e as teorias de enfermagem contribuem para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, guiando as investigações no sentido do desenvolvimento da disciplina e, conseqüentemente, da prática.

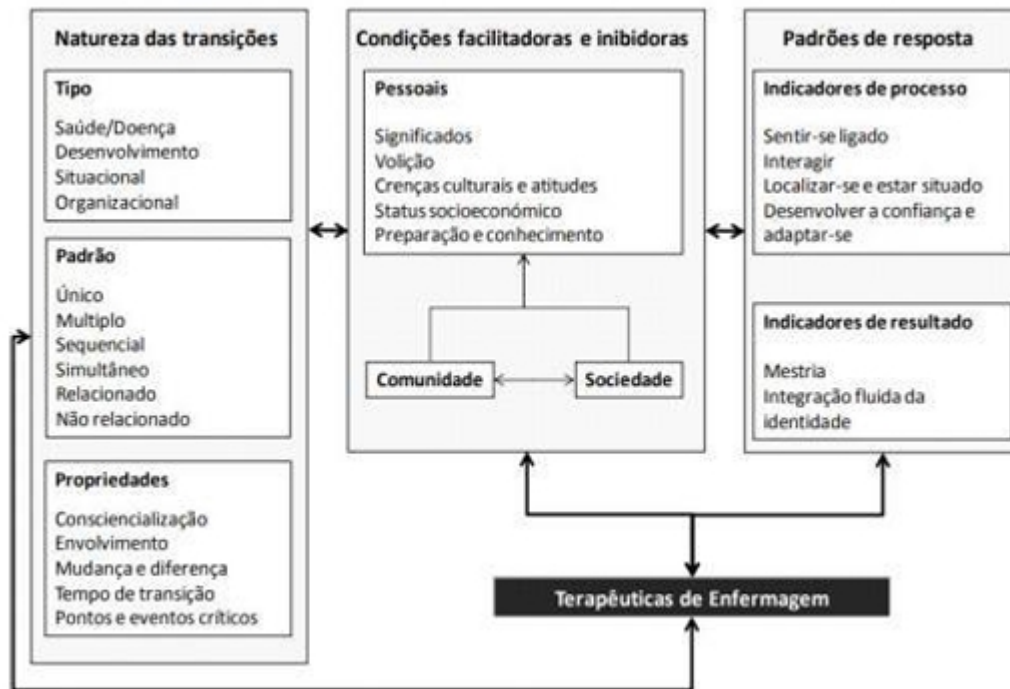
Durante a intervenção realizada com o cliente, que se desenvolveu durante várias sessões norteadas pelo objetivo de modificação de comportamento desajustado para comportamentos mais adequados, foi-lhe explicado que se encontrava numa fase de transição e que era normal sentir algumas dificuldades e ansiedade. Reforçou-se junto do cliente que, com a ajuda e auxílio prestados pela equipa multidisciplinar que o acompanhava, iria conseguir atingir os seus objetivos.

Esta abordagem levou à Teoria das Transições de Afaf Meleis. Segundo Meleis (2010), uma transição é uma passagem de uma fase da vida para outra, dando origem a um conceito que engloba múltiplos fatores e elementos que fazem parte deste processo. A mesma autora defende que ajudar as pessoas a gerir as transições durante o seu ciclo de vida é uma competência chave da Enfermagem.

Importa referir que as transições são fruto do ciclo de vida de cada um de nós e à forma como vamos reagindo aos diferentes estímulos que nos vão surgindo, sendo que a resposta dada a um determinado estímulo é diferente em função dos conhecimentos que fomos adquirindo, o ambiente onde estamos inseridos, as expectativas que criamos, e as nossas vivências e experiências até aquele momento.

A Teoria das Transições de Meleis (2010) engloba as seguintes dimensões (Figura 4):

- Tipos e padrões de transições;
- Propriedades das experiências de transições;
- Condições da transição facilitadoras e inibidoras;
- Indicadores de processo;
- Indicadores de resultado.



**Figura 4** - Teoria das Transições de Meleis (adaptado de Meleis, 2010)

Segundo Meleis et al. (2000), a Teoria das Transições assenta em cinco propriedades essenciais:

**Consciencialização:** a pessoa reconhece que está a viver uma transição. O nível de perceção que a pessoa tem reflete-se, frequentemente, no nível de congruência entre o que se sabe sobre os processos e respostas dadas;

**Empenho:** o nível de consciencialização impacta diretamente o nível de empenho, dado que uma pessoa só pode participar ativamente depois de compreender a necessidade da mudança. O envolvimento de alguém que percebe e aceita a transformação será distinto daquele que não tem essa perceção;

**Mudanças e diferenças:** compreender e interpretar os impactos e significados da mudança – abrangendo sua natureza, temporalidade, a importância ou a gravidade percebida, além das expectativas individuais, familiares e sociais – é essencial para assimilar o processo de transição. A diferença, por sua vez, representa outro aspecto da transição, manifestando-se nas expectativas não resolvidas ao desviantes, como a sensação de ser diferente ou a perceção alterada do mundo e das pessoas ao redor;

**Espaço temporal:** este processo inicia-se com sinais de antecipação e estende-se até à plena perceção da mudança, sendo marcado por períodos de instabilidade, confusão e stress;

**Eventos e pontos críticos:** está relacionada com a consciência da mudança e um maior envolvimento/empenhamento na experiência de transição. Cada momento crítico exige do enfermeiro atenção, conhecimento e experiência, uma vez que representa um período de maior

vulnerabilidade.

O cliente em causa atravessa uma transição do tipo situacional, pois foi transferido de local e ambiente de trabalho, o qual não gosta de realizar e tem uma má relação com os seus colegas e superiores. Esta mudança levou-o a aumentar os seus consumos de álcool e, conseqüentemente, a um mau ambiente familiar. Encontra-se consciencializado da situação e, por isso, resolveu recorrer a ajuda profissional para a modificação do seu comportamento aditivo.

O cliente revelou-se consciencializado do processo, das barreiras que iriam aparecer e como teria de resolver as situações, tendo sido frisado que, sempre que necessário, poderia recorrer ao auxílio da restante equipa multidisciplinar. O cliente estava notoriamente envolvido e empenhado, queria treinar e desenvolver as suas competências, tendo participado de forma ativa em todas as atividades que lhe foram propostas.

### **Técnica de Modificação de Comportamento**

A Terapia Comportamental (TC) é um termo usado para descrever uma ampla gama de técnicas utilizadas para reforçar comportamentos desejáveis e eliminar os comportamentos indesejáveis, tal como a Técnica de Modificação do Comportamento (TMC).

Segundo Sequeira & Sampaio (2020), a modificação do comportamento é uma intervenção que se baseia na perspectiva de que os comportamentos podem ser aprendidos ou modificados através do condicionamento clássico de Pavlov, do condicionamento operante de Skinner, da aprendizagem por observação ou de processos cognitivos.

A Teoria do Condicionamento Clássico de Pavlov veio demonstrar que é possível controlar os comportamentos involuntários associando-os a determinados estímulos. Para este, o comportamento pode ser compreendido como uma resposta observável de um organismo a estímulos do ambiente. Contudo, esta teoria não explica a aprendizagem dos comportamentos voluntários (Piletti & Rossato, 2011).

No que diz respeito à Teoria do Condicionamento Operante de Skinner, os comportamentos do indivíduo provocam alteração no ambiente e assenta na premissa de que os comportamentos podem ser aprendidos e que estes são influenciados principalmente pelas suas conseqüências. Para Skinner, o comportamento não é qualquer ação, mas sim aquela que afeta o ambiente e é afetada por ele. Assim, o comportamento resulta numa resposta do ambiente que interfere na probabilidade de este se repetir ou não sob circunstâncias semelhantes. Se a resposta do ambiente for uma recompensa, a probabilidade de este comportamento se repetir vai aumentar. No entanto, se a resposta for uma punição, esta probabilidade vai diminuir. Desta forma, o comportamento é uma resposta a estímulos do ambiente e é moldado através de reforços positivos ou negativos. Estas teorias e, conseqüentemente, a terapia comportamental, encontram-se enraizados nos princípios de modelo behaviorista (Piletti & Rossato, 2011).

Segundo Valente, Sequeira & Sampaio (2020), o behaviorismo foi sofrendo alterações ao longo do tempo e hoje entende-se o comportamento como uma interação com o ambiente e o indivíduo, passando então a estudar o sujeito e as suas ações e o ambiente e os seus estímulos. Este foca-se no papel da aprendizagem no desenvolvimento de comportamentos normais e anormais e é dada importância significativa às punições e aos reforços.

O indivíduo é visto com um ser neutro que aprende com o ambiente e com as pessoas à sua volta e, assim, o comportamento é algo que varia em função das situações e contextos (Sequeira & Sampaio, 2020).

A descrição de um comportamento vai para além do comportamento em si e deve conter a avaliação do estímulo que levou ao comportamento (ambiente), avaliação do organismo (indivíduo que tem o comportamento), avaliação da resposta (consequências do comportamento e os significados atribuídos ao mesmo) e, por fim, a avaliação do comportamento (frequência, duração e intensidade) (Sequeira & Sampaio, 2020).

A TMC trata-se de uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem que se encontra dentro da TC, identificada na Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) como “modificação do comportamento” e tem como objetivo a “promoção de mudança comportamental” (Butcher et al., 2018, citado por OE, 2023).

Como TMC entendemos uma componente observável, replicável e irreduzível de uma intervenção que visa a alteração de processos que regulam o comportamento. Esta intervenção visa apoiar o funcionamento psicossocial, facilitar mudanças no estilo de vida, reforçar e promover comportamentos desejáveis ou alterar comportamentos indesejáveis (OE, 2023).

Esta técnica de intervenção baseia-se numa abordagem pragmática e concreta, que permite a modificação de comportamento através do fornecimento de ferramentas e mecanismos que permitam lidar com o comportamento aditivo. Envolve ainda o estabelecimento de metas claras e mensuráveis para a modificação de comportamento, o reforço positivo para encorajar a adoção dos comportamentos desejados e deve ser adaptado individualmente de acordo com as necessidades e circunstâncias específicas da pessoa (Martin & Pear, 2009; Sequeira & Sampaio, 2020).

As intervenções que visam a mudança do comportamento são tipicamente complexas e envolvem múltiplas técnicas que interagem entre si para efetivar essa mudança (Michie et al., 2013).

A TMC aliada a técnicas cognitivas, ao tratamento farmacológico, ao envolvimento da família e grupos de apoio e à motivação do indivíduo, é um pilar fundamental no processo de recuperação e na melhoria do bem-estar e da qualidade de vida (Vargas & Cipriani, 2023).

Segundo Sequeira & Sampaio (2020), a modificação do comportamento é uma técnica que dá resposta a um diagnóstico de Enfermagem no âmbito do comportamento.

Dentro desta intervenção da TMC, Sequeira & Sampaio (2020) enunciam diferentes técnicas que podem ser utilizadas. São exemplos:

- **reforço positivo:** que consiste em dar reforço positivo após a realização de um comportamento adaptativo;
- **treino do autocontrole:** que permite que a pessoa controle o seu próprio comportamento;
- **construção de hierarquias e atribuição de tarefas graduais:** para trabalhar as alternativas de confronto através da elaboração de tarefas;
- **dessensibilização sistemática:** que visa diminuir o medo e ansiedade à volta de uma mudança de comportamento;
- **contrato terapêutico ou de contingência:** no qual se especificam os comportamentos, as recompensas e as punições para a mudança;
- **modelagem:** aprendizagem de um novo comportamento por observação e imitação;
- **role-playing:** que permite ao indivíduo simular determinadas situações-gatilhos num ambiente controlado.

Para além destes autores, outros também identificam a TMC como uma boa intervenção para dar resposta ao abuso de substâncias; nomeadamente, o álcool. Assim, podemos inferir que a TMC será uma das intervenções de referência para o diagnóstico “abuso de álcool”.

Desta forma, o caso clínico mencionado aqui aparece num cenário adequado para aplicação da TMC como intervenção psicoterapêutica de Enfermagem, uma vez que permite a modificação de comportamento centrada na identificação e modificação de comportamentos específicos que contribuem para o comportamento aditivo, neste caso o consumo excessivo de álcool.

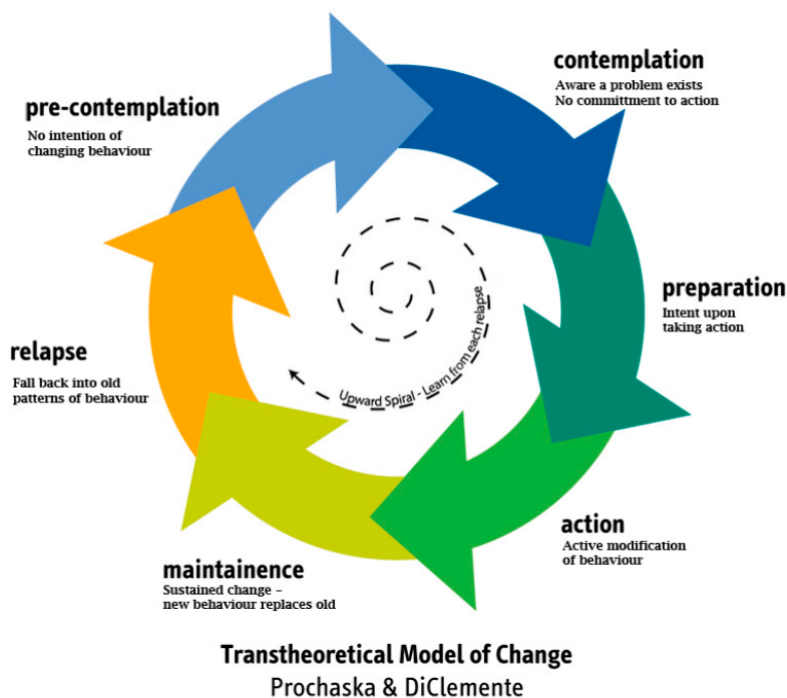
### **Ciclos de Mudança**

O Modelo Transteórico de Mudança, proposto por James Prochaska e Carlo DiClemente em 1982 (Figura 5), apoia a mudança de comportamento em diversas áreas, nomeadamente na dependência. Segundo Barroso *in* Sequeira e Sampaio (2020), que revisitou este modelo, refere que os autores propõem a compreensão da motivação como um processo em espiral, com avanços e recuos pelos diversos estadios e cujo tempo de permanência em cada um deles difere de pessoa para pessoa, em função de variáveis internas e externas, até conquistar uma mudança estável.

Segundo Barroso *in* Sequeira e Sampaio (2020), decorrente da análise de cada um dos estadios, a seguir especificados, encontramos linhas orientadoras de intervenções específicas e diferenciadas, adequadas a cada momento no qual o indivíduo se encontra no seu processo de mudança. Os estadios de mudança são os seguintes:

- **Pré-contemplação:** o indivíduo não está consciente do seu problema; não é considerada

- a possibilidade de mudança e o comportamento problemático é racionalizado;
- **Contemplação:** o indivíduo está mais aberto a experiências emocionais, mas ainda há um sentimento de ambivalência;
  - **Preparação:** é aberta uma janela de oportunidade durante um período de tempo. Nesta fase, o indivíduo pode prosseguir para a fase de ação ou recomeçar o ciclo;
  - **Ação:** o indivíduo tem a intenção de mudar e acredita que tem autonomia para fazer essa alteração;
  - **Manutenção:** a mudança é consolidada e tenta evitar-se a recaída;
  - **Recaída:** um acontecimento inerente a todo o processo de mudança e, caso aconteça, não deve ser visto como um fracasso. Antes de se solidificarem novos comportamentos, são comuns os avanços e retrocessos.



**Figura 5** - Modelo Transteórico da Mudança de Prochaska & DiClemente

De acordo com o Modelo Transteórico, a motivação para o tratamento existe, quando a pessoa reconhece que tem um problema, não está ambivalente em relação à mudança e já realizou algumas mudanças no seu comportamento. E ainda, considera-se que está motivada para o tratamento quando a pessoa iniciou e mantém uma ação orientada para a mudança ou para a manutenção da mudança (Janeiro & Faísca, 2015).

Segundo Sequeira & Sampaio *in* Sequeira & Sampaio (2020), os critérios para a prescrição intervenção TMC são os seguintes:

- presença de um diagnóstico de enfermagem de natureza comportamental.
- a pessoa encontra-se num estágio de motivação para a mudança ao nível da preparação ou da ação;
- a pessoa tem capacidades cognitivas para entender as tarefas inerentes ao processo de

mudança comportamental;

- a pessoa não se encontra em crise sob o ponto de vista emocional.

### **Instrumentos de avaliação mais relevantes no processo de tomada de decisão**

Aquando da realização da entrevista clínica foram utilizados instrumentos de avaliação (ANEXO VI) que auxiliaram no processo de tomada de decisão, explicados a seguir:

#### ***Mini-Mental State Examination (MMSE)***

O MMSE é um teste de rastreio de défices cognitivos/demência mais difundido e com maior diversidade de aplicações no âmbito da saúde mental, particularmente na prática e investigação clínica e em estudos epidemiológicos (Santana et al., 2016).

Foi originalmente desenvolvido por Folstein e colaboradores, em 1975, e trata-se de um instrumento amplamente utilizado de 30 itens, com aplicação rápida e breve. Avalia a orientação temporal e espacial, memória imediata e de evocação de palavras, cálculo, nomeação, repetição, execução de um comando, leitura, escrita e habilidade visomotora (Melo et al., 2017).

Em Portugal, os primeiros estudos de validação e adaptação transcultural foram realizados por Guerreiro e colaboradores na década de 90 e, em 2009, Morgado *et al.* atualizaram os dados normativos no nosso país (Santana et al., 2016).

Em situações específicas, como o abuso crónico do álcool, a MMSE, trata-se de um instrumento útil na identificação de eventuais défices cognitivos que podem influenciar na adesão e aplicação das intervenções (Morgado et al., 2009).

A aplicação deste instrumento, demonstrou que o cliente não teria no momento condicionantes cognitivas que interferissem na execução das intervenções (o cliente pontuou 29 pontos, pelo que conclui-se que não apresenta nenhum défice cognitivo e o mesmo possui capacidade para compreender e participar em intervenções psicoterapêuticas, como a TMC).

#### **Escala AUDIT**

A Escala AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) foi concebida pela Organização Mundial de Saúde, nos anos 80, para utilização pelos profissionais de saúde para detetar padrões de consumo excessivo, de risco ou dependência de álcool (Babor et al., 2001).

A versão portuguesa da Escala AUDIT foi adaptada e validada originalmente por Roque da Cunha em 2002, constituindo num teste rápido, breve e flexível para triagem do consumo excessivo de álcool em Portugal, composto por dez itens, que avalia a quantidade e a frequência do consumo de álcool, sinais de dependência e problemas relacionados com o uso de álcool (Cardoso et al., 2022).

Recentemente foi realizada uma revisão sistemática das versões validadas do AUDIT em língua portuguesa, em que, de um modo geral, os estudos corroboram que esta escala permanece uma ferramenta válida e eficaz na deteção dos padrões de consumo de álcool na população portuguesa, embora enfatizem a importância de novos estudos de forma a melhorar a sua aplicabilidade em diferentes faixas etárias e contextos (Cardoso et al., 2022).

Foi aplicada Escala AUDIT, para determinar a quantidade de álcool ingerido pelo cliente, tendo-se verificado que seriam quantidades elevadas com consequências nefastas para a sua saúde (o cliente pontua 26 pontos, sendo considerado um nível alto, com necessidade de intervenção).

RESULTADO AUDIT	NÍVEL DE RISCO	PROBLEMA	INTERVENÇÃO PRECONIZADA
0-7	BAIXO	ABSTINÊNCIA OU CONSUMO DE BAIXO RISCO	INFORMAÇÃO EDUCATIVA
8-15	BAIXO / MODERADO	CONSUMO DE RISCO	ORIENTAÇÃO
16-19	MODERADO	CONSUMO NOCIVO	ORIENTAÇÃO INTERVENÇÃO BREVE MONITORIZAÇÃO
20-40	ALTO	PROVÁVEL DEPENDÊNCIA	ENCAMINHAMENTO PARA CUIDADOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS

**Figura 6** - Resultado AUDIT

### Escala de Motivação de SOCRATES 8D

A motivação para o tratamento é um fator essencial para o processo de mudança. Deste modo, tornou-se fundamental a criação de instrumentos, preferencialmente fáceis, rápidos e económicos ao nível de procedimentos de aplicação (Janeiro & Faísca, 2015).

A Escala de Motivação de SOCRATES 8D (*Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*), originalmente concebida por William Miller em 1987, é um instrumento desenvolvido para avaliar a motivação para a mudança em indivíduos com comportamentos aditivos, através de três fatores independentes subjacentes aos cinco estadios de mudança de Prochaska e DiClemente, nomeadamente "ação", "reconhecimento do problema" e "ambivalência" (Janeiro & Faísca, 2015).

Durante a entrevista clínica foi aplicado este instrumento de avaliação, de forma a perceber em que estadio de motivação para a mudança o cliente se encontraria, sendo que o mesmo obteve um resultado compatível com o estadio de "ação", pois o cliente reconhece o seu problema aditivo e já adotou algumas estratégias de mudança, contudo revela dificuldade no autocontrolo de impulsos para a prevenção da recaída.

### **Conclusão**

Após os dados recolhidos, entendeu-se que a TMC seria a intervenção mais adequada a

desenvolver com cliente. Não foi aplicada a entrevista motivacional, pois, esta última, é mais adequada nos estádios de pré-contemplação e contemplação, embora possa ser utilizada em todos os estádios e em associação com a modificação do comportamento (Sequeira & Sampaio, 2020).

O cliente apresenta todos os critérios definidos para a aplicação da TMC: tem presença de um diagnóstico de enfermagem de natureza comportamental; encontra-se num estágio de motivação para a mudança ao nível da ação; tem capacidades cognitivas para entender as tarefas inerentes ao processo de mudança comportamental; e não se encontra em crise sob o ponto de vista emocional.

Como tal, foram preparadas várias sessões, definindo-se os diversos aspetos a abordar, de forma estruturada e sempre com a permissão e acordo do utente.

O plano de atuação foi traçado e explicado ao cliente, nomeadamente o número de sessões previstas, a sua duração e calendarização, bem como o tema a tratar nas várias sessões a realizar. O cliente validou oralmente o plano e afirmou estar de acordo com a realização desta intervenção.

Foi implementada a TMC com vista à alteração do comportamento desajustado através de 4 sessões, nas quais foram abordados diversos temas, de forma a transmitir o máximo de conhecimentos válidos ao utente (ANEXO I). Foi perceptível a evolução do cliente, até ter dado entrada na Comunidade Terapêutica, para dar continuidade ao tratamento.

## 3.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 48 anos | Masculino

## 3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-02 08:00:00	Soroterapia (2ª a 6ª feira): SF 0,9% 500ml + Tiaprida 100mg EV; Neurobion 1 ampola IM; Diazepam 5mg PO SOS (ou 10mg SOS)	
2024-10-02 08:00:00	Domicílio (2ª a 6ª feira): Neurobion 1x/dia, Tiaprida 2x/dia, Diazepam 1x/dia + SOS, Venlafaxina 1x/dia, Lorazepam 1x/dia -PO	

Início	Medicação	Fim
2024-10-02 08:00:00	Fim de semana: Neurobion 2x/dia, Tiaprida 3x/dia, Diazepam 2x/dia + SOS, Venlafaxina 1x/dia, Lorazepam 1x/dia - PO	

### 3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Segundo o REPE (2015), as intervenções dos enfermeiros são ações autónomas e interdependentes. As intervenções autónomas são realizadas pelos enfermeiros sob única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, ensino, formação, gestão e/ou em contributos na investigação em enfermagem. Já as intervenções interdependentes dizem respeito às ações realizadas pelos enfermeiros, em conjunto com outros técnicos, de modo a atingir um objetivo comum, decorrentes do plano de ação multidisciplinar, orientações e prescrições previamente definidos.

De acordo com o mesmo Regulamento, os enfermeiros procedem à administração de medicação prescrita, detetando os seus efeitos secundários e atuando em conformidade, sendo que em situações de emergência, devem agir de acordo com as qualificações e conhecimentos dos quais são detentores, com a finalidade de recuperação e manutenção das funções vitais. Os enfermeiros procedem também ao ensino ao cliente sobre a administração, utilização de medicamentos e tratamento.

O cliente já tomava medicação habitual prescrita pelo seu médico assistente antes da entrada na UA, nomeadamente Lorazepam e Venlafaxina, que manteve, e foi prescrita nova terapêutica pelo médico psiquiatra da Unidade para realizar durante o tratamento no serviço e no domicílio, como a Tiaprida, o Neurobion e o Diazepam, este último, em SOS. Assim, de seguida são explanadas os fármacos prescritos ao cliente e os aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita.

#### Neurobion

O Neurobion é um fármaco pertencente à classe farmacológica das vitaminas hidrossolúveis, que contém uma fórmula concentrada de vitamina B1 (tiamina), B6 (piridoxina) e B12 (cianocobalamina), pelo que a sua principal função é prevenir e tratar deficiências vitamínicas do complexo B (Vallerand et al., 2016).

Os indivíduos com consumo excessivo de álcool comprometem o seu estado nutricional, devido à ingestão energética inadequada, má absorção intestinal e aumento da excreção urinária. O consumo excessivo de álcool pode levar a deficiências de vitaminas e minerais, nomeadamente vitaminas do complexo B, levando a complicações como: encefalopatia de Wernicke, psicose de Korsakoff, dermatite, diarreia, demência, anemia megaloblástica, acidose, hipocalcemia, hipocalemia, hiperuricemia, entre outras (Roth et al., 2020).

Foi prescrita esta terapêutica ao cliente devido a apresentar défice de vitamina B12 comprovadas clinicamente em análises.

O papel do enfermeiro deve passar por monitorizar os sinais de deficiência vitamínica, antes e periodicamente ao longo do tratamento (Vallerand et al., 2016).

### **Tiaprida ou Tiapridal**

A Tiaprida é um antagonista seletivo dos recetores D2 e D3 da dopamina a nível cerebral e está indicado para o tratamento de tremores, agitação, alucinações e possui efeito ansiolítico discreto. Apresenta a vantagem de não causar dependência ou depressão respiratória. Este fármaco tem indicação clínica nas perturbações de comportamento em doentes demenciados, na abstinência alcoólica aguda e pós-abstinência, e ainda, em discinesias e outros movimentos anormais (Abreu et al., 2015).

Foi prescrita esta terapêutica ao cliente como coadjuvante no seu processo de abstinência. O álcool aumenta o efeito sedativo dos neurolépticos, pelo que o enfermeiro deve informar sobre o evicção de álcool.

### **Venlafaxina**

A Venlafaxina trata-se de um fármaco pertencente à classe dos antidepressivos e ansiolíticos. Está indicado para o tratamento de transtornos psicológicos, como a depressão *major*, perturbação de ansiedade generalizada, fobia social e perturbação de pânico, pois age inibindo a recaptção da serotonina e noradrenalina, que são substâncias responsáveis pela comunicação entre os neurónios e regulação do humor, do sono, do apetite, atenção e memória. As reações adversas mais comuns ao nível do sistema nervoso central (SNC) são síndrome maligno dos neurolépticos, convulsões e ideação suicida. Não é recomendado o uso concomitante com álcool ou outros depressores do SNC (Vallerand et al., 2016).

O enfermeiro deve avaliar o estado mental e as alterações de humor e de comportamento, monitorizar pensamentos sobre suicídio ou morte, especialmente no início do tratamento, monitorizar o apetite e avaliar a ocorrência de síndrome da serotonina (alterações mentais como agitação ou inquietação, alucinações, coma) (Vallerand et al., 2016).

### **Lorazepam**

O Lorazepam é uma droga pertencente a uma classe química conhecida como benzodiazepinas, que possuem como principais propriedades, a inibição de algumas áreas do SNC, diminuindo assim, a geração de estímulos nervosos pelos neurónios e proporcionando um relaxamento muscular, sedação e efeito tranquilizante. Isto pode provocar sonolência e lentificação psicomotora, sendo necessário vigiar o risco de queda. Esta terapêutica requer vigilância sobre o estado de ansiedade do utente (Vallerand et al., 2016).

Os principais riscos deste fármaco são a dependência física e tolerância que podem levar ao abuso. Os sintomas de abstinência podem causar risco de vida, sendo que os clientes devem ser informados de que não devem descontinuar o fármaco de forma abrupta e sem aconselhamento médico (Townsend, 2011).

## **Diazepam**

O Diazepam, tal como o Lorazepam, pertence à classe farmacológica das benzodiazepinas e é utilizado como complemento no tratamento da ansiedade. É também utilizado como sedativo, como relaxante muscular, para tratar estados epilépticos e, ainda, no tratamento dos sintomas de abstinência alcoólica. Pode causar tonturas, sonolência, letargia e hipotensão, pelo que compete ao enfermeiro avaliar o risco de queda e instituir medidas de prevenção. O uso prolongado pode causar dependência física ou psicológica. É necessário observar atentamente os utentes depressivos devido às tendências suicidas. No síndrome de abstinência do álcool deve-se avaliar a existência de tremores, agitação, delírio, alucinações (Vallerand et al., 2016).

Na síndrome de privação do álcool, o Diazepam auxilia na diminuição dos tremores e ideação mais racional (Vallerand et al., 2016).

### **3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica**

#### **Sondas, Drenos e Cateteres**

02-10-2024 08:00

##### **02-10-2024 08:00 - Cateter venoso periférico**

02-10-2024 08:00 - Localização do cateter venoso periférico

02-10-2024 08:00 - Mão Direita(o)

02-10-2024 08:00 - Características do dispositivo: Cateter venoso periférico 22G.

##### **02-10-2024 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter**

02-10-2024 08:00 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Sem horário]*

09-10-2024 11:00 - Substância administrada pelo cateter venoso periférico: fármaco.

09-10-2024 11:00 - Quantidade administrada pelo cateter venoso periférico: 500 ml.

##### **02-10-2024 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

02-10-2024 08:00 - *Otimizar cateter venoso periférico [SOS]*

##### **02-10-2024 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico**

02-10-2024 08:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [Sem horário]*

09-10-2024 11:00 - Localização do cateter venoso periférico

09-10-2024 11:00 - Mão Direita(o)

09-10-2024 11:00 - Ausência de dor.  
09-10-2024 11:00 - Ausência de calor.  
09-10-2024 11:00 - Ausência de rubor.  
09-10-2024 11:00 - Ausência de tumefação.  
09-10-2024 11:00 - Ausência de exsudado.  
09-10-2024 11:00 - Ausência de infiltração.

**02-10-2024 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico**

*02-10-2024 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [Diário]*  
*02-10-2024 08:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]*  
*02-10-2024 08:00 - Remover cateter venoso periférico [Diário]*

**3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.**

**Cateter venoso periférico**

O cliente apresentava medicação endovenosa prescrita, o que implicava a manutenção de acessos vasculares, nomeadamente do cateter venoso periférico (CVP). Como o cliente se encontrava em regime de internamento parcial, com a realização de soroterapia como adjuvante no tratamento do seu comportamento aditivo do abuso de álcool, diariamente era realizada a inserção de um CVP e removido o mesmo após a realização do tratamento.

A punção venosa periférica trata-se de um procedimento invasivo que consiste em puncionar uma veia de um indivíduo, atravessando as camadas da pele, com recurso a vários tipos de dispositivos médicos, como cateteres, *butterfly* e agulha conectada a um seringa, pelo que exige a adoção de técnica assética na realização do mesmo (Marteleto et al., 2010).

É um procedimento comum à prática de enfermagem, que permite a administração de fluidos, medicação endovenosa, sangue e derivados, entre outros. É fundamental a realização correta da técnica, vigilância adequada do local de inserção do cateter e do correto funcionamento do mesmo, de forma a detetar precocemente sinais de complicações, tais como flebite, infiltração, irritação ou dor e obstrução do cateter (Elkin et al., 2005; Veiga et al., 2011).

Relativamente ao local de punção, recomenda-se o dorso da mão como local de eleição e devem-se evitar os membros inferiores e zonas de flexão, no entanto, caso haja necessidade, devem ser removidos o mais rapidamente possível (Gomes et al., 2020; O'Grady, 2017).

Quanto ao calibre, o mesmo deve ser escolhido de acordo com a finalidade pretendida. Segundo estudo de Gomes et al. (2020), recomenda-se a utilização de calibres entre 18G a 22G.

A fixação do cateter deve ser realizada especialmente com recurso a um penso transparente

impermeável, para deteção precoce de sinais de complicações visíveis acima referidas (O'Grady, 2017).

### 3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
02-10-2024 08:00 02-10-2024 08:00	Comportamento aditivo Sondas, Drenos e Cateteres	

#### 3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Descrevo, neste ponto, o meu processo de tomada de decisão tendo por base a entrevista clínica, a informação consultada no processo clínico e os instrumentos de avaliação aplicados ao cliente.

O diagnóstico de Enfermagem foi identificado durante a realização da entrevista clínica, no qual o cliente refere o consumo excessivo de álcool. O diagnóstico foi corroborado pelo recurso a várias ferramentas, tal como a Escala AUDIT, em que demonstra haver um risco de consumo alto e uma provável dependência, assim como pela mobilização de conhecimentos adquiridos e consolidados ao longo do percurso enquanto estudante.

Tendo em conta os vários dados recolhidos, foi selecionado o domínio do "comportamento aditivo". O cliente apresentava abuso de substâncias, especificamente o álcool, e, por isso, ficou evidente que seria pertinente que a intervenção do estudante fosse no sentido de trabalhar e de tentar alterar os comportamentos desadequados do mesmo.

#### Comportamento aditivo

Os comportamentos aditivos referem-se a comportamentos com características impulsivas-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas. Podem envolver o uso de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) ou sem substância (como o jogo) (João et al., 2020, *In* Sequeira & Sampaio, 2020).

O abuso de substâncias refere-se ao uso inadequado de substância quimicamente ativa para um efeito não terapêutico, que poderá ser nocivo para a saúde e causar adição (ICN, 2019).

Este domínio foi identificado de forma rápida e simples, dado que o cliente em causa afirmou que, até aos três dias anteriores ao início do tratamento na UA, consumia álcool praticamente todos os dias e, em certas situações, de forma excessiva. Foi o cliente que, desta vez, procurou

ajuda profissional para a modificação do seu comportamento aditivo, estando ciente do mesmo.

De realçar que o cliente apresenta, como antecedente psiquiátrico, depressão crónica há mais de 20 anos e encontra-se medicado para esta patologia, no entanto, durante todo o tempo de contacto para a realização das sessões, o cliente sempre apresentou um humor eutímico, não demonstrando quaisquer outros sinais e/ou alterações ao nível deste domínio, pelo que este domínio não foi considerado e o foco principal será modificar o comportamento aditivo: abuso do álcool.

### 3.6. Conceção de Cuidados

#### Comportamento aditivo

02-10-2024 08:00

02-10-2024 08:00 - Uso de álcool: uso regular que causa disfuncionalidade.

02-10-2024 08:00 - Uso de tabaco: sem uso de tabaco .

02-10-2024 08:00 - Uso de drogas: sem uso de drogas.

#### **02-10-2024 08:00 - Abuso do álcool**

##### **02-10-2024 08:00 - Determinar evolução do abuso do álcool**

*02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do abuso do álcool [1x/semana]*

09-10-2024 11:00 - Uso de álcool: uso regular que causa disfuncionalidade [MANTEVE].

##### **02-10-2024 08:00 - Promover mudança comportamental face ao abuso do álcool**

*02-10-2024 08:00 - Executar técnica de modificação de comportamento [3x/semana]*

##### **02-10-2024 08:00 - Promover autocontrolo: abuso do álcool**

02-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2024 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do álcool: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do álcool: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

02-10-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre abuso do álcool e disfuncionalidade: facilitadora.

09-10-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre abuso do álcool e

disfuncionalidade: facilitadora [MANTEVE].

02-10-2024 08:00 - Significado atribuído ao abuso do álcool: não dificultador.

09-10-2024 11:00 - Significado atribuído ao abuso do álcool: não dificultador [MANTEVE].

### **02-10-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do álcool**

*02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do álcool [1x/semana]*

09-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do álcool: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

*02-10-2024 08:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo do abuso do álcool [3x/semana]*

*02-10-2024 08:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do abuso do álcool [1x/semana]*

09-10-2024 11:00 - Adota comportamentos de autocontrolo do abuso do álcool.

09-10-2024 11:00 - Refere satisfação com o autocontrolo do abuso do álcool.

09-10-2024 11:00

09-10-2024 11:00 - Uso de tabaco: sem uso de tabaco [MANTEVE].

09-10-2024 11:00 - Uso de drogas: sem uso de drogas [MANTEVE].

## **3.7. Especificação das intervenções**

Otimizar cateter venoso periférico

- Verificar colocação e desobstrução do CVP dentro da veia;
- Enxaguar o canal intravenoso com solução apropriada antes e depois da administração de medicamentos, de acordo com o protocolo da instituição (Butcher et al., 2020).

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- Limpar a área com uma solução apropriada, com base no protocolo da instituição;
- Fixar firmemente no local;
- Aplicar penso transparente sobre o local de inserção do CVP;
- Manter as precauções universais (Butcher et al., 2020).

Avaliar evolução do abuso do álcool

- Avaliar consumo de álcool (quantidade, frequência, horário e contexto);
- Verbalização da incapacidade para controlar o consumo de álcool;
- Avaliar a influência do consumo de álcool na funcionalidade;
- Avaliar manifestações de abstinência;
- Avaliar motivação (Escala de Motivação de SOCRATES 8D);
- Instrumentos de avaliação: resultado do teste AUDIT (Sequeira & Sampaio, 2020).

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do álcool

- Desenvolve estratégias efetivas para eliminar o consumo de álcool;
- Identifica barreiras à eliminação do álcool;
- Ajusta estratégias de eliminação do álcool, conforme necessário;
- Segue as estratégias selecionadas de eliminação do álcool;
- Utiliza estratégias para lidar com os sintomas de abstinência;
- Utiliza estratégias de modificação de comportamento;
- Ajusta o estilo de vida para promover a eliminação do álcool;
- Evita situações que incentivem o uso do álcool;
- Elimina o uso do álcool (Moorhead et al., 2016).

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo do abuso do álcool

- Auxiliar na identificação de gatilhos que levam ao consumo excessivo;
- Assistir treino de pensamento positivo;
- Instruir sobre técnica de relaxamento;
- Identificar pessoa significativa;
- Ensinar o cliente a prontificar-se a "parar e pensar" antes de agir compulsivamente;
- Promover a prática de atividades físicas e hobbies como alternativa ao consumo de álcool;
- Encorajar a participação em grupos de apoio e suporte comunitário (Butcher et al., 2020).

Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

- Administrar medicação endovenosa à taxa adequada (Butcher et al., 2020).

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Monitorizar para a deteção de infiltração e flebite no local de infusão (Butcher et al., 2020).

Avaliar evolução do autocontrolo do abuso do álcool

- Registrar e observar a quantidade de consumo de álcool pelo cliente;
- Observar e documentar as situações específicas em que ocorre o consumo (Butcher et al., 2020).

Executar técnica de modificação de comportamento

- Identificar o comportamento a ser modificado;
- Determinar a motivação do cliente para mudar;
- Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por desejáveis;
- Ajudar o cliente a identificar pontos fortes e reforçá-los;
- Oferecer reforço positivo a decisões que o cliente tomou com independência;
- Encorajar o cliente a examinar o próprio comportamento;
- Auxiliar o cliente a identificar mesmo os pequenos sucessos;
- Estabelecer objetivos comportamentais por escrito (contrato-terapêutico);
- Encorajar o cliente a participar do registo dos comportamentos (Butcher et al., 2020).

### **3.8. Síntese relativa ao caso**

O cliente realizou apenas sete dias de internamento parcial com soroterapia (dos 15 dias prescritos), pois deu entrada numa Comunidade Terapêutica privada, no dia 10 de outubro, para continuar o seu processo de tratamento de desabituação do álcool.

Foi feita a entrevista clínica inicial, no qual foram aplicados vários instrumentos de avaliação, nomeadamente a escala MMSE, a Escala AUDIT e a Escala de Motivação de SOCRATES 8D (ANEXO VI). Percebeu-se que o cliente apresentava um nível alto de dependência de álcool, que não apresentava défices cognitivos, que se encontrava no estadio de motivação para a mudança ao nível da "ação" e que não se encontrava em crise do ponto de vista emocional, motivo pela qual se optou por realizar a TMC, nomeadamente o treino de autocontrolo.

Apenas foram possíveis realizar mais três sessões devido ao facto do cliente ter terminado mais cedo o tratamento na UA, mas também devido a outros fatores como o pouco tempo disponível para me deslocar mais vezes à unidade por motivos de trabalho e do cliente ter faltado a uma sessão.

Na última sessão foi realizada a avaliação das intervenções e aplicada novamente a Escala de Motivação de Sócrates 8D (ANEXO VI), no qual o cliente mantinha o mesmo estadio de motivação para a mudança. O cliente relata que conseguiu aprender mais acerca do seu comportamento aditivo e que as sessões foram uma mais valia no seu processo de mudança, mantendo-se abstinente até à sua entrada na Comunidade Terapêutica.

O EEESMP desempenha um papel crucial na intervenção e tratamento do consumo desadequado do álcool, utilizando a TMC como uma ferramenta eficaz na promoção da recuperação e do bem-estar das pessoas. O compromisso com a prática baseada em evidência, a colaboração com outros profissionais de saúde, familiares e membros da comunidade oferecem um suporte abrangente e integrado ao paciente no seu processo de recuperação.



## 4. CONCEÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM COMPORTAMENTO ADITIVO: USO DE TABACO

O cliente selecionado para este estudo de caso trata-se de um indivíduo do sexo masculino, com 53 anos de idade, solteiro, que vive com um irmão e a mãe (de quem é o prestador de cuidados informal). Apresenta um comportamento aditivo, nomeadamente uso do tabaco. Tem como antecedentes consumos de álcool e droga, entretanto cessados.

### 4.1. Enquadramento teórico

#### Apresentação do caso clínico

**História biopsicossocial:** Cliente do sexo masculino, Sr. T., com 53 anos de idade, com o 7º ano de escolaridade, solteiro. Vive com um irmão e a mãe. Ourives de profissão, ultimamente realizava uns "biscates" (sic) e, recentemente, tornou-se o prestador de cuidados informal da mãe.

#### **Antecedentes médicos/cirúrgicos anteriores:**

- hipertensão arterial;
- diabetes *mellitus* tipo 2;
- epicondilite;
- gota;
- doença pulmonar crónica não estratificada;
- internamento recente em novembro de 2024, com diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade com insuficiência respiratória tipo 1.

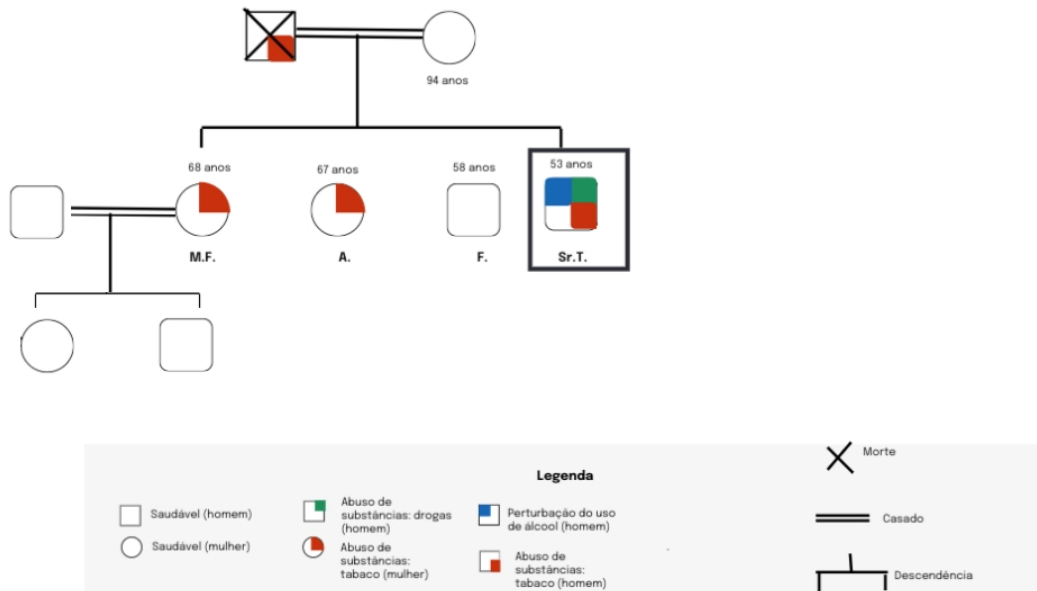
Nega alergias/intolerâncias alimentares ou medicamentosas.

**Hábitos toxifílicos:** Consumo de álcool no último ano diário de cerca de três litros (acredita-se que sobrecarga do cuidador esteja na base do problema) e de consumo de drogas (canabinoides e cocaína - haxixe inalado - quase diário). Refere ter cessado os consumos de drogas e de álcool desde o internamento recente. Neste momento, refere consumir pouco mais de meio maço de cigarros por dia (referia fumar cerca de um maço e meio de tabaco por dia antes do internamento). O cliente verbaliza querer cessar o consumo de tabaco, mas não sabe como o fazer.

**Antecedentes psiquiátricos:** Comportamentos aditivos recentes (álcool e drogas), entretanto

cessados, e consumo de tabaco desde os 16 anos de idade que mantém. Apesar de apresentar vários antecedentes médicos, refere não fazer uso de medicação habitual.

De seguida é apresentado o genograma do cliente e a respetiva legenda.

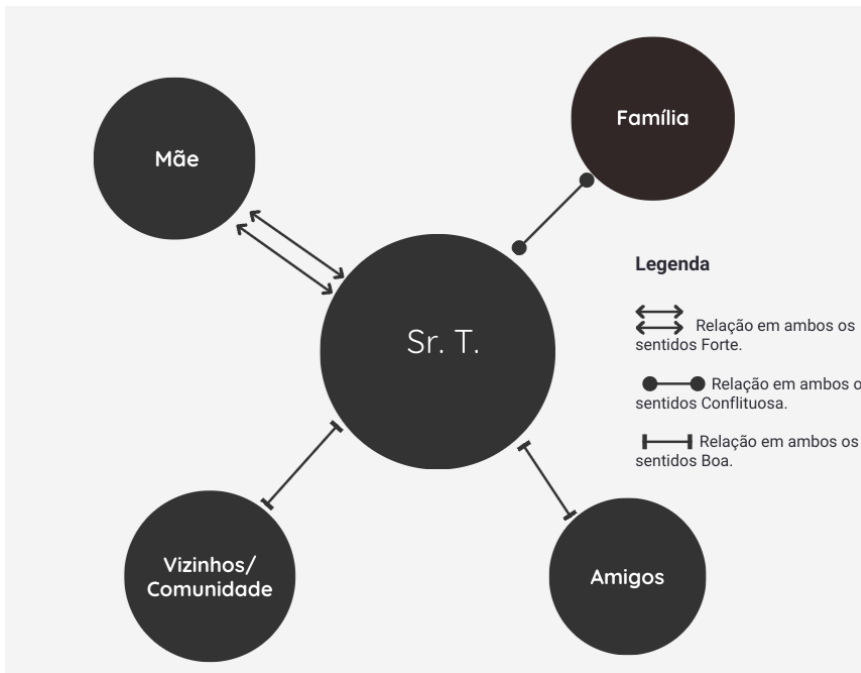


**Figura 7** - Genograma estudo de caso 2

**História social:** Refere ter tido uma boa infância, sem dificuldades financeiras na família. A mãe trabalhava como vendedora de jóias e o pai era contabilista. Trabalhou como ourives durante alguns anos, tendo sido o seu primeiro emprego, como operador de armazém e na construção civil. Atualmente vive com a mãe dependente e um dos irmãos, referindo não se dar bem com a restante família.

**Hábitos e estilo de vida:** Referia fazer uns “biscates” antes da mãe ficar acamada e de se tornar o cuidador informal da mesma. Gosta de sair com os amigos e de ir ao café e tem uma boa relação com estes e com os vizinhos. Consome cerca de pouco mais de meio maço de cigarros por dia atualmente e, dependendo das circunstâncias/companhias, aumenta o consumo.

O ecomapa relativo ao cliente é representado a seguir.



**Figura 8** - Ecomapa estudo de caso 2

#### **Exame mental:**

- **contacto:** fácil;
- **comportamento:** adequado;
- **humor:** aparentemente eutímico;
- **ansiedade:** foi aplicada a Escala de Ansiedade de Beck. O cliente refere alguma ansiedade relativamente a deixar a mãe sozinha quando tem de se ausentar, no entanto, o resultado foi uma ansiedade considerada de nível mínimo/normal;
- **fobias:** não refere;
- **autoconceito:** aparentemente sem alterações;
- **orientação:** orientado em todas as dimensões;
- **memória:** sem alterações;
- **pensamento:** sem alterações;
- **perceção:** sem alterações.

#### **Teorias de Enfermagem**

Tornando-se recentemente o cuidador informal da mãe, como referido acima, o cliente atravessa um período de transição, podendo aqui aplicar-se novamente a Teoria das Transições de Alaf Meleis, estando o cliente numa transição do tipo situacional. Acredita-se que a sobrecarga do cuidador estivesse na base para o abuso de outros comportamentos aditivos para além do tabaco, que entretanto refere ter cessado após o internamento recente, exceto o tabaco.

O comportamento aditivo, como já referido anteriormente, pode surgir associado transição situacional (abuso de substâncias). O EEESMP deve compreender em que medida este comportamento pode ser antecipado, evitado e controlado, desempenhando, por isso, um papel facilitador no tratamento da pessoa com comportamento aditivo ou com antecedentes de comportamento aditivo. O EEESMP deve ser capaz de reconhecer como a pessoa se identifica perante este problema, se é o momento ideal para intervir com vista à resolução do problema, evitar a escalada do comportamento e contribuir para a identificação de estratégias que promovam o autocontrolo do comportamento aditivo.

Como tal, e visto que o objetivo principal traçado pelo cliente seria mudar os seus comportamentos, a meta primordial da intervenção da estudante foi fazer com que o cliente se sentisse motivado e capacitado para enfrentar a problemática que o afetava, de forma a que renunciasse os comportamentos aditivos. Isto implicou o desenvolvimento de planos de cuidados individualizados com base nas necessidades específicas do cliente durante as suas transições, promovendo a autonomia e o fortalecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Meleis et al., 2000).

### **Tabagismo**

O consumo de tabaco é um dos mais graves problemas de saúde pública a nível mundial. Segundo a OMS, o tabaco mata atualmente cerca de 7 milhões de pessoas todos os anos e poderá vir a matar mais de 8 milhões por ano, até 2030, se não forem intensificados os esforços de prevenção e controlo (DGS, 2024). É considerada a principal causa de morte evitável e mata três vezes mais que o álcool (Dias & Mina, 2012).

De acordo com estimativas do *Institute of Health Metrics and Evaluation*, no ano de 2016, o tabaco contribuiu para a morte de mais de 11 800 pessoas residentes em Portugal, por doenças provocadas ou agravadas pelo consumo ou pela exposição ao fumo do tabaco (DGS, 2024).

Constitui, presentemente, um dos principais fatores causadores de doenças e de morte prematura nos países desenvolvidos, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial (Siqueira & Junior, 2022; DGS, 2024). Os indivíduos fumadores apresentam um risco de duas a três vezes maior de adoecerem e de morrer por doenças graves e incapacitantes, superior aqueles que nunca fumaram, causando, em média, uma perda de aproximadamente dez anos de esperança média de vida (DGS, 2024). A doença aterosclerótica cardiovascular, o cancro do pulmão e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica constituem as três principais causas de morte relacionada com o tabaco (Dias & Mina, 2012).

O tabagismo não possui qualquer benefício para a saúde humana, nem mesmo o moderado. Já do ponto de vista económico, gera custos ao SNS 2,6 vezes superiores aos atribuídos aos álcool, tendo sido estimados que a cessação tabágica total na população pouparia cerca de 171 milhões de euros ao SNS (Dias & Mina, 2012).

O tabagismo é definido pela dependência do consumo de produtos de tabaco, causada pela

presença de nicotina, uma substância psicoativa tóxica, existente nas folhas da planta de tabaco, nociva para a saúde. Esta dependência surge habitualmente na adolescência ou no início da idade adulta, constituindo o grupo mais vulnerável aos efeitos cerebrais da nicotina devido, entre outros fatores, à imaturidade do córtex pré-frontal (SNS, 2024; DGS, 2024).

O consumo de tabaco pode causar diversos tipos de dependência, nomeadamente física (química), psicológica (comportamental) ou social, e a sua cessação pode causar uma síndrome de abstinência (SNS, 2024; DSM-V-TR, 2022).

### **Comportamento aditivo: uso do tabaco**

Os transtornos por uso de tabaco podem-se desenvolver com o uso de todas as formas de tabaco, nomeadamente, cigarros, tabaco de mascar, rapé, cachimbos, dispositivos eletrónicos de administração de nicotina e com medicamentos contendo nicotina (DSM-V-TR, 2022).

De acordo com estudos realizados, aproximadamente 90% dos fumadores diários são dependentes da nicotina, uma vez que cerca de 25% da nicotina inalada atravessa os alvéolos pulmonares e chega ao encéfalo via sanguínea em apenas 15 segundos, fato este que corrobora para o alto índice de dependência ser causada rapidamente (Maciel et al., 2021).

Segundo a DSM-V-TR (2022), define o diagnóstico relacionado com o uso do tabaco como "transtorno por uso do tabaco" com os seguintes critérios de diagnóstico:

"A. Um padrão problemático de uso de tabaco que leva a prejuízo clinicamente significativos ou angústia, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo dentro um período de 12 meses:

1. O tabaco é frequentemente consumido em quantidades maiores ou por um período mais longo do que o pretendido.
2. Há um desejo persistente ou esforços malsucedidos para reduzir ou controlar o uso do tabaco.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obter ou usar o tabaco.
4. Desejo, ou um forte desejo ou urgência de fumar.
5. Uso recorrente de tabaco resultando em falha no cumprimento das principais obrigações importantes no papel trabalho, escola ou casa (por exemplo, interferência no trabalho).
6. Uso continuado do tabaco apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos do tabaco (por exemplo, discussões com outras pessoas sobre o uso do tabaco).
7. Atividades sociais, ocupacionais ou recreacionais importantes são abandonadas ou reduzidas devido ao uso do tabaco.
8. Uso recorrente de tabaco em situações em que é fisicamente perigoso (por exemplo, fumar na cama).
9. O uso de tabaco continua apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pelo tabaco.

10. Tolerância, conforme definido por qualquer um dos seguintes:

- a. A necessidade de quantidades nitidamente aumentadas de tabaco para atingir o efeito.
- b. Um efeito marcadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de tabaco.

11. Desistência, manifestada por qualquer dos seguintes:

- a. A síndrome de abstinência característica do tabaco (consultar os Critérios A e B do conjunto de critérios estabelecidos para a abstinência do tabaco).
- b. O tabaco (ou uma substância intimamente relacionada, como nicotina) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência." (p. 645)

A gravidade da perturbação é classificada como leve (presença de 2 ou 3 sintomas), moderada (4 a 5 sintomas) ou grave (6 ou mais sintomas) (DSM-V-TR, 2022).

### **Ciclos de Mudança**

Apesar de querer cessar o consumo de tabaco, pois refere que em certas situações este desejo de consumo interfere com algumas tarefas no seu dia-a-dia, o cliente encontra-se na fase de contemplação, com sentimentos de ambivalência, segundo o Modelo Transteórico da Mudança e, por isso, foi aplicada, como intervenção psicoterapêutica, a Entrevista Motivacional (EM), criada para auxiliar a pessoa a reconhecer os seus problemas atuais e potenciais quando à ambivalência quanto à mudança comportamental.

Na fase de contemplação, como já visto anteriormente, a pessoa reconhece a existência de um problema e os motivos de preocupação a ele associados, admitindo a possibilidade de modificar o seu comportamento. Simultaneamente, inicia uma reflexão sobre os benefícios que uma eventual mudança pode trazer, contrastando-os com os custos envolvidos nesse processo (Prochaska & Velicer, 1997).

Nesta fase, a pessoa já apresenta *insight* para a necessidade de mudança, admite ter um problema e considera a mudança. No entanto, esta avaliação pode-se cronificar na ambivalência e, algumas vezes, a pessoa substitui a ação pelo pensamento. A transição desde estadios para o de preparação é marcado por um foco maior na solução do que no problema e um pensamento direcionado para o futuro e não no passado (Prochaska et al., 1992).

Nesta fase de mudança é importante sensibilizar o cliente para os benefícios da mudança, providenciar informação e esclarecer sobre a importância de estabelecer um plano como parte do processo de mudança (Ordem dos Psicólogos, 2016).

### **Entrevista Motivacional**

A EM é um “método clínico ou comunicacional (...) centrado na pessoa que permite melhorar a motivação intrínseca para a mudança” (Barroso *in* Sequeira & Sampaio, 2020, p. 97).

A EM é uma “intervenção psicoterapêutica de Enfermagem que se caracteriza por uma

conversação construtiva acerca da mudança de comportamento. Esta implica a mobilização da escuta ativa e empatia para compreender a perspectiva do utente e minimizar a resistência para a mudança. Deve ser baseada na evidência, centrada no utente, não diretiva e não julgadora” (Ordem dos Enfermeiros, 2023, p. 124).

“A utilização desta intervenção assenta no pressuposto de que a mudança é da responsabilidade do indivíduo, pois apenas desta forma ela será efetiva e duradoura, e cabe ao enfermeiro criar um contexto no qual o utente perceba a importância da adoção de um comportamento saudável e os benefícios que daí podem advir, levando-o “a explorar livremente as suas preocupações e a iniciar o processo de mudança” (Ordem dos Enfermeiros, 2023, p. 124).

“O principal objetivo é ajudar o utente a identificar e resolver a sua ambivalência, e criar e fortalecer a motivação para mudar comportamentos” (Ordem dos Enfermeiros, 2023, p. 127).

A EM trata-se de uma habilidade complexa, um estilo de comunicação colaborativo, centrado na pessoa, que permite melhorar a motivação intrínseca para a mudança. É um tipo de aconselhamento que promove um diálogo positivo sobre a mudança de comportamento e, nessa abordagem, o EEESMP utiliza a escuta ativa, demonstra empatia, ajuda o utente a superar as resistências e a reforçar a autoeficácia (Barroso *in* Sequeira & Sampaio, 2020).

A motivação é dinâmica, e por isso modificável, sendo que o EEESMP pode utilizar diversas ferramentas no sentido de favorecer a mudança. Para isso, é fundamental estabelecer uma relação terapêutica favorável à mudança, com base no respeito e empatia (Barroso *in* Sequeira & Sampaio, 2020).

Segundo o mesmo autor, existem destacam-se quatro princípios relevantes na EM, a saber:

- expressar empatia;
- desenvolver discrepâncias;
- lidar com a resistência;
- reforçar a autoeficácia.

De igual modo, destacam-se cinco métodos específicos especialmente utilizados na primeira fase da EM:

- questões abertas;
- escuta reflexiva;
- apoiar/reforçar;
- resumir;
- evocar discurso de mudança (Barroso *in* Sequeira & Sampaio, 2020).

### **Instrumentos de avaliação mais relevantes no processo de tomada de decisão**

Aquando da realização da entrevista clínica foram utilizados instrumentos de avaliação (ANEXO VII) que auxiliaram no processo de tomada de decisão, explicados a seguir:

### **Mini Exame do Estado Mental**

Foi aplicado o instrumento de avaliação MMSE , no qual o cliente pontuou 26 pontos, o que permitiu aferir que o mesmo não tinha défices a nível cognitivo, o que possibilitou que não houvesse interferência na realização das intervenções, nomeadamente da EM.

### **Escala de Motivação de SOCRATES 8D**

Segundo Sequeira & Sampaio (2020), se o indivíduo se encontrar numa fase de pré-contemplação ou contemplação, a intervenção mais adequada a ser implementada é a EM, que pode ser realizada em associação com a modificação do comportamento

Aplicada a Escala de Motivação de SOCRATES 8D, percebeu-se que o cliente se encontrava no estado de contemplação, com sentimentos de ambivalência, pelo que foi aplicada a EM considerada a melhor técnica neste estadio.

### **Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)**

Tal como a felicidade e a raiva, a ansiedade é considerada uma das emoções essenciais do ser humano, frequentemente presente, no entanto, para muitos, pode significar uma experiência de sofrimento. A ansiedade pode ser entendida como um sintoma psiquiátrico ou uma reação emocional nos mais variados contextos de vida. Dados do relatório "*Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*", citam que os transtornos da ansiedade ocupam o sexto lugar na classificação mundial. Assim, torna-se relevante a aplicação e a discussão de instrumentos de avaliação da ansiedade, que contribuem para o seu diagnóstico (Costa et al., 2022).

O BAI é composta por 21 itens, numa escala de quatro pontos com graus de seriedade crescente de sintomas de ansiedade, que variam do grau mínimo, leve, moderada e severa (Lúcio et al., 2019).

Numa das sessões o cliente verbalizou ansiedade, pois, sendo ele o cuidador informal da mãe, quando sai de casa tem receio de que algo aconteça à mesma. No entanto, e após aplicada também o BAI, o resultado foi uma ansiedade considerada mínima/normal, pelo que não foi considerado um domínio.

### **Teste de Fagerstrom**

O Teste de Fagerstrom, também conhecida como Teste de Dependência de Nicotina de Fagerstrom, é um instrumento reconhecido mundialmente e é amplamente utilizado para avaliar o grau de dependência física à nicotina em fumadores (Ferreira et al., 2009). É por meio deste instrumento que se estabelece o grau de dependência relacionada à nicotina, sendo classificada de acordo com o resultado obtido em: muito baixo, baixo, médio, elevado e muito elevado (Maciel et al, 2021).

Para perceber o nível de dependência do tabaco do cliente deste estudo de caso, foi aplicado este instrumento, no qual o resultado indica uma dependência elevada de tabaco (domínio a ser intervencionado e comportamento que o cliente deseja cessar).

### **Escala AUDIT**

Por último, também foi aplicado o Teste AUDIT, que resultou num nível de risco baixo. O cliente refere ter cessado os consumo de álcool e drogas há mais de um mês e não apresenta sinais ou sintomas de abstinência, nem verbaliza vontade ou intenção de recomeçá-los, pelo que apenas foram abordadas, ao longo das sessões, técnicas de prevenção da recaída.

### **Conclusão**

Após os dados recolhidos, entendeu-se que a EM seria a intervenção mais adequada a desenvolver com cliente, visto ser um método centrado no mesmo, que visa fortalecer a motivação, explorando suas razões para a mudança e resolvendo os sentimentos de ambivalência que o cliente possui. Como tal, foram preparadas várias sessões, definindo-se os diversos aspetos a abordar, de forma estruturada e sempre com a permissão e acordo do cliente.

O plano de atuação foi traçado e explicado ao cliente, nomeadamente o número de sessões previstas, a sua duração e calendarização, bem como o tema a tratar nas várias sessões a realizar. O cliente validou oralmente o plano e afirmou estar de acordo com a realização desta intervenção.

Foi implementada a EM com vista à alteração do comportamento desajustado através de 4 sessões, nas quais foram abordados diversos temas, de forma a transmitir o máximo de conhecimentos válidos ao cliente (ANEXO II).

## **4.2. Clientes**

### **Cliente**

Adulto | Idade: 53 anos | Masculino

### 4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-12-04 11:00:00	Dormidina 25mg à noite	
2024-12-04 11:00:00	Cuitvar 0,5mg + 1mg (conforme prescrição médica)	

#### 4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Nesta parte do relatório, são descritos os aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita. O cliente refere que não fazia uso de nenhuma medicação habitual, apesar de apresentar vários antecedentes médicos, antes de iniciar as intervenções psicoterapêuticas. As seguintes medicações foram prescritas durante as intervenções:

##### Cuitvar

Começou a tomar Cuitvar no dia 07/01/2025 com prescrição médica, após ter sido referenciado por continuar a afirmar que não conseguia parar de fumar, com as seguintes orientações:

- Do 1º ao 3º dia - 0,5mg 1x/dia;
- Do 4º ao 7º dia - 0,5mg 2x/dia;
- Do 8º dia até ao final do tratamento - 1mg 2x/dia.
- Duração do tratamento é de 12 semanas.
- Após este período, se o tratamento for bem sucedido, pode prolongar-se por mais 12 semanas para a manutenção da abstinência.

Cuitvar, cujo princípio ativo é a vareniclina, é um fármaco da classe dos agonistas parciais dos receptores de acetilcolina, sendo que ele provoca um efeito parecido ao da nicotina. É um medicamento especificamente desenvolvido para ajudar pessoas a deixarem de fumar. Este fármaco atua no SNC, proporcionando uma abordagem única e eficaz no combate ao vício do tabagismo (Siqueira & Junior 2022).

É um medicamento eficaz não só para a cessação do consumo como na manutenção da abstinência. Apresenta boa tolerabilidade em relação aos efeitos adversos e possui eficácia superior quando comparada a outros medicamentos utilizados para o mesmo problema (Siqueira & Junior 2022).

##### Dormidina

Começou a tomar Dormidina 25mg 1 comprimido à noite no dia 07/01/2025 com prescrição médica.

Dormidina contém a substância activa doxilamina, que é uma substância anti-histamínica derivada da etanolamina. A doxilamina possui também efeitos anticolinérgicos moderados e efeitos sedativos marcados. É eficaz na redução do tempo de início do sono e no aumento da duração do mesmo e, portanto, é utilizado na dificuldade temporária em adormecer. Pode provocar, entre outros efeitos secundários vertigens e tonturas (Infarmed, 2020). Deste modo, torna-se necessário o enfermeiro vigiar estes sinais e sintomas e avaliar o risco de queda.

O cliente tomou esta medicação apenas durante dois dias, tendo referido que ambos lhe estavam a causar tonturas. Referiu também que já estaria a dormir bem, sem insónias, pelo que se recusou a tomar mais a medicação indutora do sono prescrita. Foram realizados ensinamentos e promovida a adesão ao regime medicamentoso, que o cliente, embora relate conhecimentos acerca da mesma, refere não querer voltar a tomar a medicação.

#### 4.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
04-12-2024 11:00	Comportamento aditivo	
04-12-2024 11:00	Sono	
04-12-2024 11:00	Autogestão do regime medicamentoso	

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

Descrevo, neste ponto, o meu processo de tomada de decisão tendo por base a entrevista clínica, a informação consultada no processo clínico e os instrumentos de avaliação aplicados ao Sr. T.

Tendo em consideração todos os dados recolhidos, como recurso aos instrumentos de avaliação, e todas as informações transmitidas pelo cliente, foram identificados os domínios de Enfermagem mais pertinentes a trabalhar, como sejam o abuso de substâncias (tabaco), atendendo aos consumos diários que o cliente referiu ter, e comportamento que o mesmo pretende mudar, e confirmados pelo Teste de Fagerstrom; o domínio da autogestão do regime medicamentoso, uma vez que o cliente referiu abandonar a terapêutica prescrita durante o decurso das intervenções; e o domínio do sono, pois o cliente referia não ter um sono reparador e de qualidade e de apresentar insónias.

##### Comportamento aditivo

Os comportamentos aditivos referem-se a comportamentos com características impulsivas-

compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas. Podem envolver o uso de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) ou sem substância (como o jogo) (João et al., 2020, *In* Sequeira & Sampaio, 2020).

O abuso de substâncias refere-se ao uso inadequado de substância quimicamente ativa para um efeito não terapêutico, que poderá ser nocivo para a saúde e causar adição (ICN, 2019).

O cliente é fumador. Confirmam-se a dependência elevada ao aplicar o Teste de Fargerstrom. Foi prescrita terapêutica de substituição de nicotina ao cliente durante o decurso das sessões, por referir não conseguir diminuir os seus hábitos, no entanto, dois dias depois deixou de tomar a mesma, por iniciativa própria.

### **Sono**

O sono é um processo corporal que consiste na diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição da consciência, do metabolismo e redução da sensibilidade a estímulos externos (ICN, 2019). O sono propicia o descanso, sustentando um estilo de vida desejável e que pode ser fortalecido e pode ser influenciado por vários fatores, traduzindo-se em insónia, perturbações do padrão de sono ou privação do sono (Carpenito, 2018; Herdman et al., 2021).

As alterações do padrão de sono podem surgir associadas a agitação psicomotora, alucinações., ansiedade, humor irritável, paranoia transitória desconforto, a doenças crónicas, entre outras (Herdman et al., 2021).

Aquando da entrevista clínica inicial, o cliente não manifestou que apresentava alterações ao padrão de sono. No entanto, no decorrer das sessões, esta alteração foi manifestada pelo cliente e o mesmo foi referenciado ao seu médico assistente, que prescreveu um fármaco indutor do sono, pelo que este domínio foi selecionado.

### **Auto-gestão do regime medicamentoso**

O regime medicamentoso, aquando do uso de forma adequada dos medicamentos, apresenta benefícios que são evidentes, uma vez que tem como finalidade a recuperação do melhor estado de saúde, a diminuição dos riscos relacionados às doenças crónicas, o alívio dos sintomas, a redução das incapacidades e de recaídas (Borba et al., 2018).

Passados dois dias do cliente iniciar o fármaco indutor do sono, por relatar alteração ao padrão de sono, nomeadamente insónia, e de iniciar a terapia de substituição de nicotina, por manifestar dificuldade em deixar de fumar, como terapia adjuvante às intervenções psicoterapêuticas instituídas, o cliente parou de tomar a medicação por iniciativa própria. Assim, foram prestadas informações e incentivada a adesão ao regime medicamentoso ao cliente.

## 4.5. Conceção de Cuidados

### Sono

04-12-2024 11:00

04-12-2024 11:00 - Dormiu por períodos curtos.

04-12-2024 11:00 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer.

04-12-2024 11:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 6 Hora.

04-12-2024 11:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 0 Hora.

**04-12-2024 11:00 - Sono comprometido [RESOLVIDO] 07-02-2025 13:00**

#### **04-12-2024 11:00 - Determinar evolução do sono**

*04-12-2024 11:00 - Avaliar evolução do sono [1x/semana]*

07-02-2025 13:00 - Dormiu por períodos longos.

07-02-2025 13:00 - Sono reparador [MELHOROU].

07-02-2025 13:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.

07-02-2025 13:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 0 Hora.

*04-12-2024 11:00 - Referenciar sono comprometido ao médico [única] [FIM]*

07-02-2025 13:00

#### **04-12-2024 11:00 - Melhorar sono [FIM] 07-02-2025 13:00**

*04-12-2024 11:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [1x/semana]*

*[FIM] 07-02-2025 13:00*

*04-12-2024 11:00 - Gerir medicação [SOS] [FIM] 07-02-2025 13:00*

### Autogestão do regime medicamentoso

04-12-2024 11:00

04-12-2024 11:00 - Verbalizações ambivalentes sobre a medicação e de efeitos secundários.

#### **04-12-2024 11:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida**

##### **04-12-2024 11:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso**

04-12-2024 11:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: desvalorização e efeitos secundários.

07-02-2025 13:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: desvalorização e efeitos secundários [MANTEVE].

##### **04-12-2024 11:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso**

*04-12-2024 11:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso [1x/semana]*

07-02-2025 13:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: desvalorização e efeitos secundários [MANTEVE].

*04-12-2024 11:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [1x/semana]*

*04-12-2024 11:00 - Incentivar a adesão ao regime medicamentoso [1x/semana]*

### Comportamento aditivo

04-12-2024 11:00

04-12-2024 11:00 - Uso de álcool: sem uso de álcool .

04-12-2024 11:00 - Uso de tabaco: uso regular que causa disfuncionalidade.

04-12-2024 11:00 - Uso de drogas: sem uso de drogas.

#### **04-12-2024 11:00 - Abuso do tabaco**

##### **04-12-2024 11:00 - Determinar evolução do abuso do tabaco**

*04-12-2024 11:00 - Avaliar evolução do abuso do tabaco [1x/semana]*

07-02-2025 13:00 - Uso de tabaco: uso regular que causa disfuncionalidade [MANTEVE].

*04-12-2024 11:00 - Referenciar abuso do tabaco ao médico [única]*

##### **04-12-2024 11:00 - Promover mudança comportamental face ao abuso do tabaco**

*04-12-2024 11:00 - Executar técnica de entrevista motivacional [1x/semana]*

##### **04-12-2024 11:00 - Promover autocontrolo: abuso do tabaco**

04-12-2024 11:00 - Conhecimento sobre estratégias de redução de

comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-02-2025 13:00 - Conhecimento sobre estratégias de redução de

comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-12-2024 11:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-02-2025 13:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-12-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-02-2025 13:00 - Consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

04-12-2024 11:00 - Significado atribuído ao abuso do tabaco: desvalorização.

07-02-2025 13:00 - Significado atribuído ao abuso do tabaco: desvalorização [MANTEVE].

##### **04-12-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo**

*04-12-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo [1x/semana]*

07-02-2025 13:00 - Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

*04-12-2024 11:00 - Ensinar sobre estratégias de redução de comportamento aditivo [1x/semana]*

##### **04-12-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre**

**estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco**

*04-12-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco [1x/semana]*

*07-02-2025 13:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].*

*04-12-2024 11:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco [1x/semana]*

**04-12-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade**

*04-12-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade [1x/semana]*

*07-02-2025 13:00 - Consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].*

*04-12-2024 11:00 - Analisar com o cliente a relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade [1x/semana]*

**04-12-2024 11:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao abuso do tabaco**

*04-12-2024 11:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao abuso do tabaco [1x/semana]*

*07-02-2025 13:00 - Significado atribuído ao abuso do tabaco: desvalorização [MANTEVE].*

*04-12-2024 11:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [1x/semana]*

*04-12-2024 11:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do abuso do tabaco [1x/semana]*

*07-02-2025 13:00 - Adota parcialmente comportamentos de autocontrolo do abuso do tabaco.*

*07-02-2025 13:00 - Refere insatisfação com o autocontrolo do abuso do tabaco mas disponibilidade para melhorar.*

07-02-2025 13:00

*07-02-2025 13:00 - Uso de álcool: sem uso de álcool [MANTEVE].*

*07-02-2025 13:00 - Uso de drogas: sem uso de drogas [MANTEVE].*

## **4.6. Especificação das intervenções**

Gerir medicação

- Controlar a terapia de reposição de nicotina;
- Monitorizar o cliente quanto ao efeito terapêutico da medicação (Bulechek et al., 2010).

Avaliar evolução do sono

- Determinar o padrão de sono/vigília do cliente;
- Monitorizar/registar o padrão de sono e o número de horas de sono do cliente (Bulechek et al., 2010).

#### Referenciar sono comprometido ao médico

- Articular com o médico do cliente;
- Solicitar agendamento de consulta (Bulechek et al., 2010).

#### Implementar estratégias de promoção do sono

- Adaptar o ambiente;
- Encorajar a estabelecer uma rotina para a hora de dormir para facilitar a transição da vigília para o sono;
- Ajudar a eliminar situações estressantes antes de dormir;
- Orientar para a evicção de alimentos e bebidas na hora de dormir que interfiram no sono;
- Restringir hábitos de sono diurno, proporcionando atividades que promovam o estado acordado, conforme apropriado;
- Orientar o cliente a fazer relaxamento muscular autógeno ou outras formas não farmacológicas de indução do sono;
- Gerir medicação (Bulechek et al., 2010).

#### Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Explorar com o cliente os sentimentos associados ao problema;
- Auxiliar o cliente a reconhecer crenças irracionais ou distorcidas que dificultam a adaptação;
- Fornecer suporte emocional para que o cliente possa expressar as suas dificuldades (Butcher et al., 2020).

#### Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso

- Identificar se há conflitos, medos, ou crenças religiosas/culturais que influenciam a aceitação (Butcher, 2020).

#### Avaliar evolução da consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade

- Identifica benefícios de parar de fumar;
- Identifica as consequências negativas do uso do tabaco (Moorhead et al., 2016).

#### Avaliar evolução do significado atribuído ao abuso do tabaco

- Explorar a perceção do cliente sobre o tabagismo e seus impactos pessoais (Butcher et al., 2020);
- Mudança na perceção do cliente sobre o tabaco como uma necessidade versus um hábito (Moorhead, 2016).

#### Referenciar abuso do tabaco ao médico

- Articular com o médico do cliente;
- Solicitar agendamento de consulta (Bulechek et al., 2010).

#### Avaliar evolução do abuso do tabaco

- Avaliar hábitos tabágicos;

- Verbaliza desejo ou compulsão para fumar;
- Refere incapacidade de parar de fumar;
- Demonstra sinais de privação;
- Aplicar o Teste de Fagerstrom (Sequeira & Sampaio, 2020).

Analisar com o cliente a relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade

- Fornecer informações sobre os efeitos nocivos do tabaco no organismo;
- Explicar a relação entre o tabagismo e problemas emocionais, como ansiedade e estresse;
- Discutir os impactos do tabagismo no desempenho ocupacional e nas relações interpessoais (Butcher et al., 2020).

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco

- Desenvolve estratégias eficazes para eliminar o uso do tabaco;
- Adapta estratégias de eliminação do uso do tabaco, conforme necessário;
- Segue as estratégias selecionadas para eliminar o tabaco;
- Adapta o estilo de vida para promover a eliminação do tabaco (Moorhead et al., 2016).

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco

- Auxiliar na identificação de gatilhos que levam ao consumo excessivo;
- Assistir treino de pensamento positivo;
- Instruir sobre técnica de relaxamento;
- Ensinar o cliente a prontificar-se a "parar e pensar" antes de agir compulsivamente;
- Promover a prática de atividades físicas e hobbies como alternativa ao consumo de tabaco;
- Estabelecer objetivos comportamentais por escrito;
- Estabelecer um método (p. ex., figura ou tabela) para registar o comportamento e suas modificações (Butcher et al., 2020).

Executar técnica de entrevista motivacional

- Registrar o estado atual do uso do cigarro e a história como fumante;
- Determinar a prontidão do paciente para aprender sobre como parar de fumar;
- Dar conselhos claros e coerentes para deixar de fumar;
- Ajudar o paciente a identificar as razões para deixar de fumar e as barreiras para isso;
- Executar reforço positivo;
- Executar validação estratégias de abstinência;
- Orientar o paciente sobre os sintomas físicos de retirada da nicotina;
- Tranquilizar o paciente de que os sintomas de carência de nicotina são temporários;
- Ajudar a escolher o melhor método para abandonar o cigarro, quando o paciente estiver pronto para isso;
- Encorajar para manter um estilo de vida sem o cigarro;
- Informar o paciente sobre produtos que substituem a nicotina (Bulechek et al., 2010).

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo

- Reconhece a necessidade de mudar os hábitos relacionados com o tabagismo;
- Tem participação ativa em estratégias de cessação ou redução do consumo de tabaco (Moorhead et al., 2016).

Ensinar sobre estratégias de redução de comportamento aditivo

- Ensinar sobre técnicas de relaxamento e mindfulness para controlo de impulsos;
- Estimular atividades alternativas saudáveis e recompensadoras;
- Auxiliar na identificação de gatilhos para usos de substâncias;
- Ensinar sobre estratégias eficazes para lidar com o desejo de consumir substâncias;
- Estabelecer objetivos comportamentais por escrito (Butcher et al., 2020).

Avaliar evolução do autocontrolo do abuso do tabaco

- Elaborar um contrato-terapêutico com o cliente, validando periodicamente o seu cumprimento;
- Aplicar Teste de Fagerstrom e Escala de Motivação de SOCRATES 8D;
- Discutir situações recentes de potencial recaída, avaliando a eficácia dos mecanismos de coping (Bulechek et al., 2010).

#### **4.7. Síntese relativa ao caso**

O cliente apresentava comportamento aditivo, nomeadamente uso do tabaco, comportamento esse que embora desejasse cessar por referir interferir no seu dia-a-dia, apresentava sentimentos de ambivalência.

Foram aplicadas escalas, nomeadamente o Teste de Fagerstrom, a Escala de Motivação de SOCRATES 8D e o MMSE (ANEXO VII), no momento da entrevista inicial. De acordo com os resultados, o cliente apresentava uma dependência elevada do tabaco; não apresentava défices cognitivos que pudessem interferir na execução das intervenções; encontrava-se num estadio de motivação para a mudança ao nível da "contemplação", sendo que sessões foram realizadas com recurso à intervenção psicoterapêutica "entrevista motivacional", visto ter sido considerada a mais adequada de acordo com o estadio de motivação para a mudança que o cliente se encontrava.

O cliente necessitava que fosse trabalhada, explorada e fortalecida a sua motivação (foco principal da EM) para uma posterior mudança de comportamento. Isto é, a motivação pode ser encarada como um combustível, que leva a um destino que é a mudança comportamental, ou, por outras palavras, a EM é o ponto de partida, e a mudança do comportamento a consequência.

No decurso das sessões, o cliente manifestou apresentar insónias e dificuldade em reduzir o tabaco, pelo que foi feita referência ao médico. O cliente iniciou terapêutica de substituição de nicotina e medicação para facilitar a indução do sono, no entanto, decidiu abandonar a medicação, referindo efeitos secundários. Referiu igualmente que outra razão foi o facto de já estar a dormir melhor, com um sono reparador. Foram realizados ensinamentos e instruídas técnicas

de relaxamento e realizada psicoeducação acerca da temática do tabagismo e de mecanismos facilitadores do sono.

Foram aplicados novamente instrumentos de avaliação no final das sessões, nomeadamente o Teste de Fargestrom e a Escala de Motivação de SOCRATES 8D (ANEXO VII). O cliente refere ter reduzido para menos de 10 cigarros por dia (cerca de 2/3 cigarros a menos), o que já diminuiu para uma dependência moderada para o tabaco e mantém o mesmo nível de motivação para a mudança, no entanto, com um *score* mais elevado no fator "ação", mostrando já estar a adotar alguns comportamentos de mudança.

Como referido anteriormente, o cliente é prestador de cuidados informal da mãe e, embora continue a verbalizar querer cessar o consumo de tabaco e possuir agora mais conhecimentos e estratégias para diminuir/terminar com o consumo, este consumo também é visto como um escape para o cliente lidar com os *stresses* e frustrações normais do dia-a-dia, pelo que provavelmente manterá o consumo do mesmo, mesmo que continuássemos com mais sessões.



## 5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

### **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

As competências comuns fazem parte do perfil de competências que todos os enfermeiros especialistas devem desenvolver, independentemente da sua área de especialidade. Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (OE), as competências comuns são descritas como: “competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, p. 4745).

De um modo geral, o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista foram adquiridas e aprimoradas de forma semelhante em todos os contextos de estágio.

De acordo com o Regulamento acima referido, as competências comuns são compostas por quatro domínios que serão explanados a seguir:

### **Responsabilidade profissional, ética e legal**

Relativamente ao domínio da "Responsabilidade profissional, ética e legal", este foi desenvolvido em todos os campos de estágio. Foi efetuada uma negociação com o cliente (indivíduo, família ou comunidade), de maneira a promover a autonomia do mesmo no seu próprio processo de cuidados, tendo sempre em vista o cumprimento do enquadramento jurídico em vigor, da ética e da deontologia profissional. Todas as intervenções foram sempre explicadas aos utentes antes da sua realização e foi obtido o consentimento informado.

Uma forma de potenciar o desenvolvimento de uma aliança terapêutica é estabelecer um contrato terapêutico. Este trata-se de um acordo estabelecido entre o enfermeiro e o utente relativamente ao tipo de intervenção que estes pretendem concretizar e serve, essencialmente, como ponto de partida mútuo para o estabelecimento de uma aliança terapêutica. Habitualmente o contrato terapêutico é estabelecido no início da intervenção, não obstante, não tem que ser obrigatoriamente escrito e pode ser ajustado ao longo das sessões (Sampaio et al., 2023).

Foi promovido o sigilo profissional, a segurança da informação e a privacidade dos clientes, inclusivamente na elaboração dos estudos de caso, garantido uma intervenção individual em local próprio e resguardado, e respeitadas as crenças, valores e costumes do cliente, pelo que

em nenhum momento foram realizados juízos de valor. Foi colocada em prática o domínio da responsabilidade e demonstrada uma toma de decisão, segundo os princípios, valores e normas deontológicas.

### **Melhoria contínua da qualidade**

Em relação ao domínio da "Melhoria contínua da qualidade", recorreu-se a conhecimento científico atualizado e todas as intervenções foram planeadas, executadas e avaliadas com regularidade e moldadas de acordo as necessidades identificadas em cada sessão. Existiu continuamente um momento de reflexão acerca das intervenções, de forma a garantir a melhoria constante das mesmas e a satisfação dos clientes, um dos seis enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Foi igualmente garantido ao cliente, em todas as sessões, um ambiente terapêutico e seguro, nas quais a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural de cada cliente foram promovidas. Garantiu-se um papel dinamizador no desenvolvimento de atividades.

"A qualidade e a boa gestão dos cuidados de saúde proporcionam ao utente um ambiente de confiança que leva à sua satisfação relativamente aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. Contudo, bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, sendo a base para melhoria contínua da qualidade do exercício dos enfermeiros" (Neto et al., 2023, p. 70).

### **Gestão dos cuidados**

No que diz respeito ao domínio "Gestão dos cuidados", foram aplicados métodos de organização de trabalho e feita a gestão de tempo de contacto nos campos de estágio de modo a garantir a continuidade das intervenções e um seguimento dos clientes o mais benéfico possível. Recorreu-se aos recursos físicos, materiais e humanos de cada contexto de estágio, a fim de promover uma prestação de cuidados com qualidade. Os cuidados de enfermagem foram geridos e articulados na equipa de saúde, havendo oportunidade de participar e de colaborar nas decisões da equipa. A relação com as equipas multidisciplinares foi positiva, tendo havido uma boa integração na equipa, e em nenhum momento houve algum entrave à realização de intervenções, existindo um ambiente facilitador e favorável à prática. Houve oportunidade de participar e colaborar nas decisões das equipas e de participar em reuniões de serviço com as equipas multidisciplinares.

### **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Por último, em relação ao domínio "Desenvolvimento das aprendizagens profissionais", foi aprimorado o autoconhecimento e a autoconsciência de forma a identificar fatores que possam influenciar a relação terapêutica com o cliente, família, comunidade e, inclusive, a relação com os restantes profissionais de saúde. Foram desenvolvidas técnicas de comunicação eficazes e de gestão de emoções e sentimentos de forma a promover uma prestação de cuidados

eficiente. A revisão da literatura e a atualização dos conhecimentos foi fundamental para adequar os mesmos à realidade vivenciada nos contextos de estágio.

A prática baseada na evidência pode ser entendida como o processo através do qual o enfermeiro toma decisões clínicas usando a melhor e a mais atual evidência científica, a sua experiência clínica, bem como as preferências do cliente, no contexto dos recursos disponíveis, que, em regra, assumir-se-ão como as mais adequadas, com previsível garantia dos melhores resultados, de acordo com a participação ativa de todos os envolvidos (Pereira et al., 2012).

### **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

A ESMP, em especial, foca-se na promoção e na prevenção da saúde mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Regulamento 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros). De acordo com o mesmo Regulamento, na prática evidencia-se que são as competências do âmbito psicoterapêutico que permitem ao EEESMP uma prática clínica distinta de todas as outras áreas de especialidade, pelo seu juízo clínico singular.

Segundo o Artigo 4.º do Regulamento 515/2018 da OE, o EEESMP deve possuir, aliadas às competências comuns atrás mencionadas, as seguintes competências específicas:

- "a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- d) 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." (p. 21427)

As intervenções do EEESMP estão ainda em conformidade com os Enunciados Descritivos presentes no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, abrangendo aspectos como: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2011).

De seguida será elaborada uma reflexão acerca dos contributos para o desenvolvimento de competências de acordo com cada competência específica do EEESMP, enunciadas anteriormente.

## **Primeira competência**

### **Descritivo:**

“A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados” (Regulamento 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, p. 21428).

### **Contributo:**

O autoconhecimento constituiu um pilar fundamental para estabelecer uma relação terapêutica com os utentes e garantiu que esta fosse conduzida de uma forma ética, legal e profissional. Com o desenvolvimento do autoconhecimento houve uma profunda compreensão por parte da estudante acerca das suas próprias emoções, atitudes e comportamentos, fundamentais para evitar preconceitos próprios, problemas mal resolvidos ou estados emocionais que pudessem interferir na relação de ajuda. Estando a estudante mais consciente de si mesma, foi capaz de separar as suas próprias experiências das do cliente, o que garantiu uma abordagem mais objetiva e centrada no mesmo. Foram mantidos os limites de uma relação profissional, sendo esta restrita aos contextos de estágio.

Por forma a absorver mais conhecimentos e a poder transmiti-los e, a pedido da enfermeira coordenadora da UCC, como ainda não havia informação escrita atualizada acerca da temática do estatuto de cuidador informal para entregar aos clientes interessados, foram realizados dois panfletos: um acerca do estatuto do prestador de cuidador informal, atualizado em novembro de 2024 (ANEXO III), e outro acerca da exaustão do cuidador (ANEXO IV). Estes documentos foram de importante realização, visto que o cliente do estudo de caso selecionado para o segundo estudo de caso, tinha o estatuto de cuidador informal da mãe.

## **Segunda competência**

### **Descritivo:**

“Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental. O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes” (Regulamento 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, p. 21428).

### **Contributo:**

Os cuidados em saúde mental e psiquiátrica são contínuos e adaptados às diferentes fases da

vida da pessoa, desde a infância até à velhice, em que cada fase apresenta desafios e necessidades específicas.

Foi executada uma avaliação global das necessidades em saúde mental dos clientes nos contextos de estágio, tendo sido elaborados o genograma e o ecomapa, com o intuito de perceber as relações existentes entre o cliente e o meio no qual este está inserido. Foi realizada a entrevista clínica que permitiu avaliar a existência de fatores promotores de saúde mental e predisponentes de perturbação mental ou potenciais causadores de sofrimento em cada um dos indivíduos avaliados. Com a entrevista clínica, foi possível direcionar os clientes de forma a que estes fossem capazes de reconhecer o seu problema de saúde mental, de reconhecer o impacto que o problema de saúde mental tem na sua qualidade de vida e bem-estar, e como este o afeta a si e ao seu meio envolvente, seja este familiar, laboral e judicial. Na entrevista clínica também possível ajudar o utente a identificar as suas capacidades e os recursos internos e externos e a utilizá-los da forma mais eficaz de maneira a recuperar a sua saúde mental, para assim se poder planear as intervenções com vista à resolução destes problemas.

As entrevistas clínicas foram realizadas em todos os contextos de estágio e em todos os clientes que foram alvo de intervenção, o que permitiu desenvolver competências no âmbito da identificação de diagnósticos de enfermagem relacionados com a saúde mental de cada cliente, tal como o comportamento aditivo, bem como outros diagnósticos de enfermagem tais como o sono comprometido e a auto-gestão do regime medicamentoso comprometido. Estes contextos de estágio permitiram o contacto com indivíduos com comportamentos aditivos, no qual foram realizados estudos de caso, e realizadas intervenções que permitiram empoderar os clientes de conhecimento e habilidades, de modo a reduzir o sofrimento mental associado aos problemas identificados através da implementação de técnicas de modificação e comportamento, intervenções psicoeducacionais e entrevista motivacional. Isto permitiu desenvolver uma maior capacidade e sensibilidade na abordagem de temáticas direta e indiretamente relacionadas com o comportamento aditivo.

Foi dinamizada uma sessão acerca da importância do sono (ANEXO V), com foco na saúde mental, numa escola profissional a duas turmas do décimo ano em contexto de cuidados na comunidade, dentro do programa de saúde escolar já planeado para o presente ano letivo. Estaria pensada a dinamização de sessões com a temática do comportamento aditivo, visto ser a temática em estudo, no entanto, as temáticas do programa de saúde escolar já estava definido, pelo que não houve essa oportunidade. Houve a possibilidade de participar num projeto de saúde mental ao nível nacional direcionado para os adolescentes em escolas profissionais, o Projeto + Contigo, já referido anteriormente.

Perante os registos realizados durante os turnos nos sistemas informáticos das unidades, existiu sempre a preocupação de fazer uma revisão e atualização do processo de enfermagem, visto ser uma condição fundamental para proporcionar um plano terapêutico adequado às

necessidades dos utentes, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

### **Terceira competência**

#### **Descritivo:**

“Sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde. Prescrição dos cuidados a prestar baseadas na evidência, de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais. O processo de diagnóstico exige integração e interpretação dos diversos dados, diagnóstico diferencial, bem como pensamento crítico. Utilização da gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimizando os resultados existentes. O método de gestão de caso inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente” (Regulamento 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, p. 21428).

#### **Contributo:**

Todos os cuidados prestados foram executados com base na evidência científica, de forma a promover e proteger a saúde mental, minimizar o aparecimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais.

As intervenções de enfermagem, no âmbito da ESMP, derivaram da colheita de dados através da entrevista clínica. Foram estes dados que deram origem aos diagnósticos de enfermagem identificados e resultados esperados pela implementação das intervenções definidas. Esta avaliação e definição de objetivos decorreu da interação enfermeiro-cliente-tutor, centrando a decisão na pessoa cuidada e na sua condição atual.

Foram elaborados e discutidos estudos de caso, em ambos os contextos de estágio, segundo a Ontologia de Enfermagem. Aplicaram-se instrumentos de avaliação com cumprimento de critérios de inclusão e exclusão previamente definidos para a intervenção. Planearam-se e implementaram-se planos de cuidados individualizados, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados. Capacitaram-se clientes para a modificação de comportamento.

A elaboração de estudos de caso destacam-se como uma valiosa ferramenta de aprendizagem e desenvolvimento de competências. O estudo de caso trata-se de uma abordagem metodológica de investigação que permite compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos

complexos, nos quais estão envolvidos vários fatores. No que diz respeito à enfermagem, estes contribuem para o conhecimento e para o desenvolvimento enquanto disciplina e profissão (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

Houve a oportunidade de participar em reuniões multidisciplinares no primeiro contexto de estágio, para melhor acompanhamento clínico dos utentes, bem como em sessões de prevenção de recaída num Unidade de Desabilitação, no qual foram adquiridos mais conhecimentos e estratégias, importantes para a implementação posterior na prática clínica.

### **Quarta competência**

#### **Descritivo:**

“A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais. O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar” (Regulamento 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, p. 21430).

#### **Contributo:**

Nos diferentes contextos de estágio foram identificados diagnósticos de ESMP que confluíram em intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas.

Foram implementadas intervenções psicoterapêuticas individuais e em grupo facilitadoras de respostas adaptativas (modificação de comportamento, técnicas de relaxamento, treino de autocontrolo e entrevista motivacional), intervenções psicoeducacionais e de prevenção da recaída centradas em transições e nas respostas humanas aos processos de saúde e doença mental. Foi procurado aumentar o *insight* dos clientes envolvidos em relação aos seus problemas, permitindo encontrar novas razões para a existência dos mesmos, e encontrar soluções, de modo a atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.

As intervenções psicoterapêuticas foram cuidadosamente planeadas e executadas e avaliadas, garantindo, dessa forma, um ambiente terapêutico e seguro e seguindo sempre a vontade e com a participação ativa dos clientes no seu processo de cuidados.

De acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de

Enfermagem, a intervenção psicoterapêutica de enfermagem trata-se de uma intervenção executada, de forma exclusiva, pelo EEESMP, que consiste na aplicação informada e intencional de técnicas de psicoterapia e que assenta nos seguintes princípios:

- É estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial;
- É realizada por um EEESMP;
- É baseada em um ou mais racionais teóricos de Psicoterapia;
- Decorre da identificação de um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental;
- Tem, na sua base, a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente (Sampaio et al., 2023).

O cliente deve ter um papel ativo e alguma consciência de si; o objetivo deve ser a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo cliente através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o mesmo e o número de sessões deve ser compreendido entre três e doze (Sampaio et al., 2023).

## 6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Os estágios desenvolvidos foram de extrema importância para a aquisição de competências e vivência de experiências que ofereceram oportunidades para o aperfeiçoamento como profissional e pessoa, auxiliando assim no crescimento como futura EEESMP. Revelaram-se, igualmente, locais privilegiados de observação e de aprendizagem, permitindo a aplicação dos conhecimentos, valores e capacidades tendentes a uma prática de cuidados de qualidade e de excelência.

A elaboração deste relatório proporcionou a consolidação e a aquisição de conhecimentos através do enquadramento teórico, o que permitiu sustentar a prática ao longo dos estágios. De igual forma, também possibilitou aprimorar competências e aprofundar a capacidade de reflexão sobre a prática na área da ESMP no âmbito dos comportamentos aditivos, nos vários contextos nos quais se desenrolaram estes momentos de aprendizagem.

Os comportamentos aditivos foram a temática escolhida por ser considerada premente e atual, atendendo a que estes comportamentos se têm vindo a desenvolver de formas diferentes, atingindo cada vez mais pessoas de diferentes idades, sexos e condições sociais. Estes comportamentos não atingem apenas aqueles que deles padecem dela, mas a todos os que os rodeiam, sendo de urgente intervenção, nomeadamente do EEESMP, que desempenha um papel crucial neste âmbito.

É indiscutível o papel de relevo que o EEESMP pode desempenhar com o planeamento e execução de intervenções psicoterapêuticas, em articulação multidisciplinar com toda a equipa de saúde (Sampaio et al., 2023). Considera-se esta quarta competência específica do EEESMP como sendo aquela com maior destaque e relevância. Para o desenvolvimento desta, contribuíram, tanto a fundamental aprendizagem teórica ao longo da frequência do curso de mestrado, como a sua aplicação prática nos diferentes contextos de estágio.

Praticamente todos os objetivos definidos inicialmente para o presente relatório foram atingidos. Foi possível efetuar pesquisa bibliográfica e evidência científica, o que permitiu aumentar e alicerçar o conhecimento ao contexto prático; caracterizar os contextos de estágio; descrever e fundamentar as atividades planeadas e realizadas em local de estágio, explanando os estudos de caso realizados com recuso à plataforma *e4nursing*; e fazer uma reflexão acerca das competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas desenvolvidas e adquiridas ao longo deste percurso. Não foi possível, por motivos de organização dos serviços, realizar formação em serviço, não tendo sido alcançado, portanto, este objetivo.

A principal limitação deste trabalho deveu-se essencialmente à localização geográfica dos

contextos clínicos e mudanças no campo de estágio, por motivos de ordem interna no serviço, no entanto, houve sempre uma boa integração, a equipa foi facilitadora e nunca houve nenhum entrave ao desenvolvimento das intervenções. Em algumas situações houve uma certa dificuldade no estabelecimento da relação terapêutica, mas ao longo das sessões essa dificuldade foi ultrapassada e a relação terapêutica foi estabelecida e mantida.

No desenvolvimento deste relatório surgiram também alguns entraves no uso da plataforma *e4nursing*, pois a mesma constituiu uma novidade e houve o sentimento de que não se possuía as bases necessárias nem formação suficiente para o manuseio da mesma. Não obstante, este obstáculo foi superado e considerou-se a plataforma uma ferramenta útil no auxílio à prática de enfermagem.

É de facto muito importante reconhecer as dificuldades no desenvolvimento de competências durante os estágios, pois isso permite desenvolver consciência crítica, flexibilidade e adequar estratégias, mas também procurar investir em conhecimento e na partilha de experiências com a equipa multidisciplinar por forma a encontrar melhores soluções. Aprender com as dificuldades e elementos facilitadores de cada campo de estágio foi de facto um privilégio e contribuiu para o desenvolvimento enquanto futura EEESMP.

Sublinha-se que a aquisição/desenvolvimento das competências não é um processo dado por terminado, mas sim algo que deve suceder ao longo da carreira. A aprendizagem deve ser contínua, prevenindo a estagnação e a inércia, muitas vezes, causadora de más práticas.

Importa aqui também agradecer a todos os que contribuíram para o crescimento pessoal e profissional neste percurso académico com vista a obtenção do grau de mestre em ESMP, nomeadamente professores e supervisores clínicos e, principalmente, a todos os clientes que aceitaram a participação nos estudos de caso e permitiram a realização das intervenções, permitindo o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, M. J., Ribeiro, H., Ferreira, M. C., Namora, N., Martins, T., & Ferraz, L., (2015). *Tiaprida no Tratamento de Doentes com Dependência Alcoólica: Qual a Evidência?* PsiLogos. Artigo de Revisão. Vol.3, nº2.

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test - Guidelines for Use in Primary Care* (2nd ed.). World Health Organization.

Barroso, T. (2020). Entrevista Motivacional. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coordenadores). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. (1ª ed.). pp.97-101. Lidel.

Borba, L. O., Capistrano, F. C., Ferreira, A. C. Z., Kalinke, L. P., Mantovani, M. F., & Maftum, M. A. (2018). *Adaptação e validação do Medida de Adesão ao Tratamento para a saúde mental*. Revista Brasileira de Enfermagem, 71, pp.2374-2381. <https://www.scielo.br/j/reben/a/MbpHJD8w53WsMVffvTctXjQ/?lang=pt&format=pdf>

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. (5ª ed.). Elsevier.

Butcher, H. K., Dochterman, J. M., Bulechek, G. M., & Wagner, C. M. (2020). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. (7ª ed.). Guanabara Koogan.

Cardoso, D. P., Oliveira, D., Antunes, B., Saraiva, R., Angus, K., Gallardo, E., & Rosário, F. (2022). *Portuguese validated versions of the Alcohol Identification Test: a systematic review*. Acta Médica Portuguesa. 35(4), pp.264-269. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/15765/6411>

Carew, A. M., & Comiskey, C. (2018). *Treatment for opioid use and outcomes in older adults: a systematic literature review*. Drug and Alcohol Dependence, 182 (October 2017), pp.48-57. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.10.007>

Carpenito, L. J. (2018). *Manual de Diagnósticos de Enfermagem*. (15ª ed.). Artmed.

Carvalho, E. C. & Moncaio, A. C. S. (2010). *Modificação de comportamentos como estratégia de assistência de enfermagem: revisão integrativa*. Revista Mineira De Enfermagem, 14(1), pp.110-118.

Cipriani, A. B. & Vargas, P. R. (2023). *Contribuição da terapia cognitivo-comportamental em mulheres com abuso de álcool*. Cadernos de Psicologia. Vol.5, nº9, pp.378-400.

seer.uniacademia.edu.br

Comiskey, C., Galligan, K., Flanagan, J., Deegan, J., Farnann, J., & Hall, A. (2019). *Clients' Views on the Importance of a Nurse-Led Approach and Nurse Prescribing in the Development of the Healthy Addiction Treatment Recovery Model*. *Journal of Addictions Nursing*, 30(3), pp.169-176. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000290>

Decreto-lei 28/2008, de 22 de fevereiro (2008). *Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*. *Diário da República*, 38. Série I. pp.1182-1189. <https://files.dre.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>

Dias, C., & Mina, F. (2012). Quando as Medicinas Interna e Familiar se unem...consulta de cessação tabágica: estudo retrospectivo de 2 anos. *Revista de Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. Vol.19, nº4. <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/1170/798>

Diniz, A., Gonçalves, J., Monteiro, S., & Pereira, A. (2015). *Tratamentos de manutenção opiácea em indivíduos com 50 ou mais anos*. *Revista Adictologia*, (1), pp.16-26.

DGS (2024). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/apresentacao.aspx>

DSM-V-TR (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision*. American Psychiatric Association.

Elkin, M. K., Perry, A. G., & Potter, P. A. (2005). *Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos*. Lusociência.

Ferreira P., L., Quintal, C., Lopes, I., & Taveira, N. (2009). *Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fargerstrom*. *Revista de Saúde Pública*. Vol.27, nº2. [https://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-90252009000200005](https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252009000200005)

Figueiredo, M. C., & Amendoeira, J. (2018). *O Estudo de Caso como Método de Investigação em Enfermagem*. *Revista da UIIPS - Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, Vol.VI, nº2, pp.102-107. <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/16137/14378>

Figueiredo, M. H. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lidel.

Gomes, B. M., Mendes, J. L. L., & Pedro, A. D. (2020). *Cuidados de enfermagem associados ao cateterismo venoso periférico*. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 6 (1), pp.2135-2149.

Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I. Definições e classificação 2021-2023*. (12ª ed.). Arned.

Infarmed (2020). *Folheto Informativo: Informação para o utilizador*. [farmaciagualtar.pt](http://farmaciagualtar.pt)

Instituto Português do Desporto e Juventude (2021). *Bebidas alcoólicas, tabaco, substâncias psicoativas*. ipdj.gov.pt

Janeiro, L., & Faísca, L. (2015). *Guia de Aplicação e Interpretação da SOCRATES 8D*. [https://www.researchgate.net/publication/335620862\\_Guia\\_de\\_Aplicacao\\_e\\_Interpretacao\\_da\\_SOCRATES\\_8D](https://www.researchgate.net/publication/335620862_Guia_de_Aplicacao_e_Interpretacao_da_SOCRATES_8D)

João, H. S., Portela, P., & Cruz, V. (2020). *Enfermagem de Saúde Mental nos comportamentos aditivos*. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coordenadores), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. (1ª ed.). pp. 301-306. Lidel.

Lúcio, S. S. R., Medeiro, L. G. S., Barros, D. R., Ferreira, O. D. L., & Rivera, G. A. (2019). *Níveis de ansiedade e estresse em estudantes universitários*. *Temas em Saúde - Edição Especial*. pp.260-2-74. <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2019/03/fippsi15.pdf>

Maciel, R. R., Dalgallo L., Müller E. V., & Rinaldi E. C. A. (2021). *Grau de dependência à nicotina de pacientes atendidos para tratamento do tabagismo em universidade pública*. *Revista eletrónica saúde mental álcool e drogas*. [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762021000100008&lng=e](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762021000100008&lng=e)

Maglione, M. A., Raaen, L., Chen, C., Azhar, G., Shahidinia, N., Shen, M., Maksabedian, E., Shanman, R. M., Newberry, S., & Hempel, S. (2018). *Effects of medication assisted treatment (MAT) for opioid use disorder on functional outcomes: A systematic review*. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 89, pp.28-51. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.03.001>

Martelete, C. A., Ferreira, S. C. M., Leitão, R. E. R., & Valente, G. S. C. (2010). *A supervisão no processo de trabalho do enfermeiro: um olhar sobre a punção venosa periférica*. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*. Vol.2, nº3, pp.1095-1104. seer.unirio.br

Martin, G., & Pear, J. (2009). *Modificação de comportamento: o que é e como fazer*. ROCA LTDA, Ed. (8ª ed.).

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

Meleis, A. H. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Melo, D. M., Barbosa, A. J. G., & Neri, A. L. (2017). *Miniexame do Estado Mental: evidências de validade baseadas na estrutura interna*. *Revista Periódicos de Psicologia*. 16(2), pp.161-168. [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712017000200007&script=sci\\_abstract](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712017000200007&script=sci_abstract)

Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P.,

Cane, J., & Wood, C. E. (2013). *The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions*. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 46(1), pp.81-95. <https://doi.org/10.1007/s12160>

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson. E. (2016). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. (5ª ed.). Elsevier.

Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). *Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination*. *Sinapse*, 9(2), pp.10-16. <https://ciencia.ucp.pt/pt/publications/novos-valores-normativos-do-mini-mental-state-examinatio>  
n

Neto, D., Costa, J., Martins, L., Maerta, M., & Florentim, R. (2023). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. *Servir*, 2(01e), p.70. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31615/22526>

O'Grady, N., Alexander, M., Burns, L., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S., Lipsett, P., Masur, H., Mermel, L., Pearson, M., Raad, I., Randolph, A. E., Rupp, M., Saint, S., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2017). *Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Enunciados Descritivos contemplados no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>

Ordem dos Psicólogos (2016). *Guia Orientador da Intervenção Psicológica nos Problemas Ligados ao Álcool*. Ordem dos Psicólogos Portugueses. [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/guia\\_orientador\\_da\\_intervena\\_aao\\_psi](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/guia_orientador_da_intervena_aao_psi)  
colaogica\_nos\_problemas\_ligados\_ao\_aalcool\_2016.pdf

Pereira, R. P. G., Cardoso, M. J. S. P. O., & Martins, M. A. C. S. C. (2012). *Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário*. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol.serIII, nº7, pp.55-62.

Piletti, N., & Rossato, S. M. (2011). *Psicologia da aprendizagem: da teoria do condicionamento ao construtivismo*. São Paulo, SP: Contexto.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). *In search of how people change: applications to addictive behaviour*. *American Psychologist*, 47, pp.102-114.

Prochaska, J. & Velicer, W. (1997). *The transtheoretical modelo f health behavior change*. *American Journal of Health Promotion*, 12 (81), pp.38-48.

Rangé, B. & Marlatt, G. A. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de*

álcool e drogas. [Review of Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas]. Revista Brasileira Psiquiatria, pp.88-95. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/Ht4t7VqdH3BwnQTVHywhSfD/>

Regulamento n.º515/2018, de 07 de agosto. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Diário da República, 151. Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Regulamento n.º140/2019, de 06 de fevereiro. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 26. Série II. [diariodarepublica.pt](https://diariodarepublica.pt)

Roth, T., Meira, E. de, Kolitski, M. F., Kosak, J. M., Kloster, E. de F., Benincá, S. C., & Mazur, C. E. (2020). *Loss in nutrient absorption by alcohol ingestion: a review*. Research, Society and Development, 9(1), e190911910. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i1.1910>

Sampaio, F. (2022). *Por uma nova Enfermagem de saúde Mental e Psiquiátrica: A era da setorização*. Revista de Enfermagem Referência, 6 (1, Supl. 1), pp.1-3. [revistas.rcaap.pt](https://www.revistas.rcaap.pt)

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.

Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2016). *Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreamento e Diagnóstico do Défice Cognitivo*. Revista Científica da Ordem dos Médicos. 29(4), 240-248. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6889>

Santos, J. C., Erse, M. P., Simões, R., Façanha, J., & Marques, L. (2014). *+ CONTIGO: Promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica - Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental*. Quarteto.

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Modificação do Comportamento*. In Sequeira & Sampaio (Coordenadores), *Enfermagem de Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. (1ª ed.). pp.193-195. Lidel.

Siqueira, J. M. O. & Junior, H. S. F. (2022). *Varenicilina: uma revisão bibliográfica sobre uma nova saída do tabagismo*. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 8(8), pp.687-705. <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/6453>

SNS (2024). *Tabagismo*. [sns24.gov.pt](https://www.sns24.gov.pt)

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lusociência.

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

Veiga, B., Henriques, E., Barata, F. S., Santos, F., Santos, I., Martins, M. M., Coelho, M. T., & Silva, P. C. (2011). *Manual de normas de enfermagem procedimentos técnicos*. Administração Central do Sistema de Saúde.

## **8. ANEXOS**



## **Anexo I**



## ANEXO I – Planeamento das sessões da intervenção psicoterapêutica “técnica de modificação do comportamento”

Planeamento da Entrevista Clínica			
<p><b>Local:</b> Gabinete de Enfermagem</p> <p><b>Data:</b> 02 de outubro de 2024</p> <p><b>Hora:</b> 08h30min</p> <p><b>Duração:</b> 30 a 45 minutos</p> <p><b>Alvo/Cliente:</b> Sr. S.</p> <p><b>Entrevistador:</b> Estudante especialidade ESMP</p> <p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Estabelecer primeiro contacto com o utente;</li><li>• Realizar avaliação de enfermagem;</li><li>• Estabelecer relação terapêutica;</li><li>• Recolha de dados;</li><li>• Clarificar possíveis diagnósticos de Enfermagem.</li></ul> <p><b>Recursos (Materiais e Humanos):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Entrevistador e Cliente;</li><li>• Gabinete, mesa e cadeiras;</li><li>• Material de escrita; instrumentos de avaliação (MMSE, teste AUDIT, Escala de motivação de Sócrates 8D);</li><li>• Balança, fita métrica e esfigmomanómetro digital.</li></ul>			
Etapas	Conteúdo	Método	Duração

<b>Introdução/Fase Inicial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhimento do utente;</li> <li>- Apresentar os intervenientes;</li> <li>- Explicar o objetivo da entrevista clínica;</li> <li>- Obter o consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos;</li> <li>- Informação sobre sigilo e confidencialidade;</li> <li>- Avaliação de sinais vitais e IMC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Participativo</li> <li>- Interrogativo.</li> </ul>	5 minutos
<b>Desenvolvimento/Fase Exploratória</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar colheita de dados sobre potenciais focos/ diagnósticos de enfermagem;</li> <li>- Elaboração de ecomapa e genograma;</li> <li>- Aplicar instrumentos de avaliação (se possível).</li> </ul>		30 minutos
<b>Conclusão/Fase Final</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumo da entrevista clínica;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Agendamento de próxima consulta.</li> </ul>		5 a 10 minutos

## Guião da Entrevista Clínica

### **História biopsicossocial:**

- Nome:
- Nome que prefere ser tratado:
- Data de nascimento:
- Estado civil:
- Habilitações literárias:
- Agregado familiar:
- Profissão:
- Situação profissional:
- Alergias/intolerâncias:
- Hábitos de vida/atividades
- Sono:
- Refeições:

Genograma	Ecomapa
-----------	---------

## **Processo de adoecer e história de doença atual**

- Antecedentes pessoais:
  1. Médicos e/ou cirúrgicos:
  2. Hábitos toxifílicos:
- História familiar:
- Doença atual:
  1. Início, alteração do funcionamento, como influencia a vida diária...:
  2. Conhecimento sobre:
    - i. Diagnóstico:
    - ii. Consequências da doença:
    - iii. Prognóstico:
  3. Recursos para minimizar/resolver o problema:
  4. Expectativas acerca da evolução da doença:
  5. Medicação habitual:

**Planeamento da Intervenção: “Técnica de Modificação do Comportamento”**

**Local:** Gabinete de Enfermagem

**Data:**

- 4 de outubro de 2024
- 7 de outubro de 2024
- 9 de outubro de 2024

**Hora:** 08h30min

**Duração:** 45 a 60 minutos

**Critérios de Inclusão:**

- Presença de diagnóstico de Enfermagem no âmbito do conhecimento (Amaral et al., 2020).;
- Motivação para participar na intervenção (Amaral et al., 2020).;
- Disponibilidade para participar nas sessões (Amaral et al., 2020).

**Critérios de Exclusão:**

- Estado de descompensação/agudização da doença mental (Sampaio, 2011);
- Défice cognitivo grave (Sampaio et al., 2018);
- Estado confusional (Sampaio et al., 2018);
- Agitação psicomotora (Sampaio et al., 2018);
- Sintomatologia heteróloga grave (Sampaio et al., 2018).

**Alvo/Cliente:** Sr. S.

**Entrevistador:** Estudante especialidade ESMP

**Objetivos:** “Promover a modificação do comportamento ou facilitar a adaptação comportamental” (OE, 2023, pág, 64)

**Recursos (Materiais e Humanos):**

- Entrevistador e Cliente;
- Gabinete; mesa e cadeiras;
- Material de escrita; instrumentos de avaliação (MMSE, Teste AUDIT, Escala de Motivação de Sócrates 8D).

**SESSÃO 01 (Sessão inicial) 04 de outubro de 2024**

<b>Etapas</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Método</b>	<b>Duração</b>
<b>Introdução/Fase Inicial</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acolhimento do utente;</li><li>- Obtenção de consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos;</li><li>- Informação sobre sigilo e confidencialidade.</li></ul>		5 minutos
<b>Desenvolvimento/Fase Exploratória</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identificar, com o utente, o comportamento que necessita de mudar;</li><li>- Determinar a motivação do utente para a mudança;</li><li>- Reforçar a necessidade para a mudança;</li><li>- Dar reforço positivo;</li><li>- Executar escuta ativa;</li><li>- Explicar o funcionamento das sessões;</li><li>- Negociar os objetivos da intervenção (contrato terapêutico);</li><li>- Informar o utente da importância da sua participação ativa no processo terapêutico de mudança;</li><li>- Incentivar o utente a identificar os prós e os contras do seu comportamento;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Expositivo</li><li>- Participativo</li><li>- Interrogativo.</li></ul>	45 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar a utente a identificar os estímulos que aumentam os comportamentos desajustados;</li> <li>- Instruir técnica de autocontrolo (técnica PROARR);</li> <li>- Instruir sobre registo do comportamento.</li> </ul>		
<b>Conclusão/Fase Final</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar resumo da intervenção;</li> <li>- Negociar com o utente algo que terá de concretizar entre as sessões;</li> <li>- Instruir e reforçar estratégias de monitorização e registo do comportamento;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Agendamento da próxima sessão.</li> </ul>		5 a 10 minutos

Data / hora	Situação	Associação	Emoção/ões	Adequação
	1. Qual foi o seu comportamento? 2. Qual o contexto?	1. Que acontecimento (externo ou interno) está associado ao comportamento mal-adaptativo que adotou?	1. Que emoção/ões (triste / ansioso / zangado / etc.) sentiu (antes, durante ou após o comportamento mal-adaptativo)? 2. Quão intensa (0-100%) foi essa emoção?	1. Que comportamento seria desejável nessa situação?
<p>Questões auxiliares para compor uma resposta adaptativa: (1) Que tipo de comportamento teve? (2) Existe alguma explicação alternativa para esse comportamento? (3) O que aconteceu com esse comportamento? (4) Qual é o comportamento mais adequado nessa situação? (5) O que aconteceria se modificasse o comportamento?</p>				

Tabela de registo de comportamento.

**SESSÃO 02 (Sessão intermédia) 07 de outubro de 2024**

<b>Etapas</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Método</b>	<b>Duração</b>
<b>Introdução/Fase Inicial</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acolhimento do utente;</li><li>- Obtenção de consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos;</li><li>- Informação sobre sigilo e confidencialidade.</li></ul>		5 minutos
<b>Desenvolvimento/Fase Exploratória</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar o estado da utente relativamente ao humor, ansiedade, inquietação, etc.;</li><li>- Reavaliar a motivação para a mudança;</li><li>- Dar reforço positivo;</li><li>- Executar escuta ativa;</li><li>- Incentivar a utente a verbalizar experiências positivas que tenha tido ao longo dos dias;</li><li>- Avaliar o progresso realizado desde a sessão anterior;</li><li>- Encorajar a utente a reavaliar o seu comportamento, tomando consciência das respetivas consequências;</li><li>- Promover a reflexão sobre os mecanismos de aprendizagem que levaram a utente ao desenvolvimento do comportamento e quais os fatores que contribuem para a sua manutenção;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Expositivo</li><li>- Participativo</li><li>- Interrogativo.</li></ul>	45 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar as reações do utente perante situações imaginadas que evoquem ou levem ao aparecimento do comportamento;</li> <li>- Promover reflexão sobre estratégias de modificação do comportamento;</li> <li>- Re-negociar contrato terapêutico.</li> </ul>		
<b>Conclusão/Fase Final</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar resumo da intervenção;</li> <li>- Negociar com o utente algo que terá de concretizar entre as sessões;</li> <li>- Reforçar estratégias de monitorização e registo do comportamento;</li> <li>- Pedir feedback da sessão;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Agendamento da próxima sessão.</li> </ul>		5 a 10 minutos

SESSÃO 03 (Sessão final) 09 de outubro de 2024

<b>Etapas</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Método</b>	<b>Duração</b>
<b>Introdução/Fase Inicial</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acolhimento do utente;</li><li>- Obtenção de consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos;</li><li>- Informação sobre sigilo e confidencialidade.</li></ul>		5 minutos
<b>Desenvolvimento/Fase Exploratória</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar o estado da utente relativamente ao humor, ansiedade, inquietação, etc.;</li><li>- Antecipar, juntamente com o utente, potenciais stressores e sintomas, e abordar:<ul style="list-style-type: none"><li>- Estratégias que a utente desenvolveu e que pode utilizar em resposta aos stressores e/ou sintomas;</li><li>- Situações nas quais deve procurar ajuda adicional por parte de um profissional de saúde mental;</li></ul></li><li>- Apreciar e consciencializar para as mudanças comportamentais conseguidas ao longo da intervenção, valorizando o seu papel nessas mudanças;</li><li>- Preparar a utente para a inevitabilidade das dificuldades que poderá vir a encontrar no</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Expositivo</li><li>- Participativo</li><li>- Interrogativo.</li></ul>	45 minutos

	<p>futuro, mas também para o facto de agora ter mais ferramentas para as enfrentar;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar a continuidade de recursos formais e informais;</li> <li>- Reforçar a importância da automonitorização do seu estado e registo do comportamento;</li> <li>- Consciencializar a utente para o estágio de motivação em que se encontra;</li> <li>- Aplicação do instrumento de avaliação (Escala de Motivação de Sócrates 8D).</li> </ul>		
<b>Conclusão/Fase Final</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o curso do funcionamento das sessões;</li> <li>- Pedir feedback das sessões;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>		5 a 10 minutos



## **Anexo II**



## ANEXO II – Planeamento das sessões da intervenção psicoterapêutica “entrevista motivacional”

Planeamento da Entrevista Clínica			
<p><b>Local:</b> Domicílio do cliente</p> <p><b>Data:</b> 04 de dezembro de 2024</p> <p><b>Hora:</b> 11h30min</p> <p><b>Duração:</b> 30 a 45 minutos</p> <p><b>Alvo/Cliente:</b> Sr. T.</p> <p><b>Entrevistador:</b> Estudante especialidade ESMP</p> <p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Estabelecer primeiro contacto com o utente;</li><li>• Realizar avaliação de enfermagem;</li><li>• Estabelecer relação terapêutica;</li><li>• Recolha de dados;</li><li>• Clarificar possíveis diagnósticos de Enfermagem.</li></ul> <p><b>Recursos (Materiais e Humanos):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cliente e Entrevistador;</li><li>• Sala, mesa e cadeiras;</li><li>• Material de escrita; instrumentos de avaliação (MMSE, Teste Audit, Teste de Fagerstrom, Escala de Motivação de Sócrates 8D);</li><li>• Balança, fita métrica e esfigmomanómetro digital.</li></ul>			
Etapas	Conteúdo	Método	Duração

<b>Introdução/Fase Inicial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhimento do utente;</li> <li>- Apresentar os intervenientes;</li> <li>- Explicar o objetivo da entrevista clínica;</li> <li>- Obter o consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos;</li> <li>- Informação sobre sigilo e confidencialidade;</li> <li>- Avaliação de sinais vitais e IMC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Participativo</li> <li>- Interrogativo.</li> </ul>	5 minutos
<b>Desenvolvimento/Fase Exploratória</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar colheita de dados sobre potenciais focos/ diagnósticos de enfermagem;</li> <li>- Elaboração de ecomapa e genograma;</li> <li>- Aplicar instrumentos de avaliação (se possível).</li> </ul>		30 minutos
<b>Conclusão/Fase Final</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumo da entrevista clínica;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Agendamento de próxima consulta.</li> </ul>		5 a 10 minutos

## Guião da Entrevista Clínica

### **História biopsicossocial:**

- Nome:
- Nome que prefere ser tratado:
- Data de nascimento:
- Estado civil:
- Habilitações literárias:
- Agregado familiar:
- Profissão:
- Situação profissional:
- Alergias/intolerâncias:
- Hábitos de vida/atividades
- Sono:
- Refeições:

Genograma	Ecomapa
-----------	---------

## **Processo de adoecer e história de doença atual**

- Antecedentes pessoais:
  1. Médicos e/ou cirúrgicos:
  2. Hábitos toxifílicos:
- História familiar:
- Doença atual:
  1. Início, alteração do funcionamento, como influencia a vida diária...:
  2. Conhecimento sobre:
    - i. Diagnóstico:
    - ii. Consequências da doença:
    - iii. Prognóstico:
  3. Recursos para minimizar/resolver o problema:
  4. Expectativas acerca da evolução da doença:
  5. Medicação habitual:

### Planeamento da Intervenção: “Entrevista Motivacional”

**Local:** Domicílio do cliente

**Data:**

- 18 de dezembro de 2025
- 08 de janeiro de 2025
- 16 de janeiro de 2025
- 07 de fevereiro de 2025

**Hora:** 11h30min

**Duração:** 45 a 60 minutos

**Critérios de Inclusão:**

- Presença de diagnóstico de Enfermagem no âmbito do conhecimento (Amaral et al., 2020).;
- Motivação para participar na intervenção (Amaral et al., 2020).;
- Disponibilidade para participar nas sessões (Amaral et al., 2020).

**Critérios de Exclusão:**

- Estado de descompensação/agudização da doença mental (Sampaio, 2011);
- Défice cognitivo grave (Sampaio et al., 2018);
- Estado confusional (Sampaio et al., 2018);
- Agitação psicomotora (Sampaio et al., 2018);
- Sintomatologia heteróloga grave (Sampaio et al., 2018).

**Alvo/Cliente:** Sr. T.

**Entrevistador:** Estudante especialidade ESMP

**Objetivos:**

- Fornecer ao utente uma explicação breve sobre o setting (local), para dosear as expectativas e medos, assim como consciencializar sobre o que esperar da intervenção;
- Mencionar a duração aproximada das sessões e do acompanhamento;
- Explicar o papel do enfermeiro e os seus objetivos como tal;
- Clarificar o papel do utente;
- Validar a opinião do utente sobre o que está a ser contratualizado.

**Recursos (Materiais e Humanos):**

- EESMP;
- Sala; mesa e cadeiras;
- Material de escrita; instrumentos de avaliação (MMSE, Teste Audit, Teste de Fagerstrom, Escala de Motivação de Sócrates 8D).

**SESSÃO 01 (Sessão inicial) 18 de dezembro de 2024**

<b>Etapas</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Método</b>	<b>Duração</b>
<b>Introdução/Fase Inicial</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acolhimento do utente;</li><li>- Obtenção de consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos;</li><li>- Informação sobre sigilo e confidencialidade.</li></ul>		5 minutos
<b>Desenvolvimento/Fase Exploratória</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identificar, com o utente, o comportamento que necessita de mudar;</li><li>- Determinar a motivação do utente para a mudança;</li><li>- Reforçar a necessidade para a mudança;</li><li>- Dar reforço positivo;</li><li>- Executar escuta ativa;</li><li>- Explicar o funcionamento das sessões;</li><li>- Negociar os objetivos da intervenção (contrato terapêutico);</li><li>- Informar o utente da importância da sua participação ativa no processo terapêutico de mudança;</li><li>- Incentivar o utente a identificar os prós e os contras do seu comportamento;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Expositivo</li><li>- Participativo</li><li>- Interrogativo.</li></ul>	45 minutos

	- Incentivar a utente a identificar os estímulos que aumentam os comportamentos desajustados.		
<b>Conclusão/Fase Final</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar resumo da intervenção;</li> <li>- Negociar com o utente algo que terá de concretizar entre as sessões;</li> <li>- Instruir e reforçar estratégias de monitorização e registo do comportamento;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Agendamento da próxima sessão.</li> </ul>		5 a 10 minutos

**SESSÃO 02 (Sessão intermédia) 08 de janeiro de 2025**

<b>Etapas</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Método</b>	<b>Duração</b>
<b>Introdução/Fase Inicial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhimento do utente;</li> <li>- Obtenção de consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos;</li> <li>- Informação sobre sigilo e confidencialidade.</li> </ul>		5 minutos
<b>Desenvolvimento/Fase Exploratória</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o estado da utente relativamente ao humor, ansiedade, inquietação, etc.;</li> <li>- Reavaliar a motivação para a mudança;</li> <li>- Avaliar o progresso realizado desde a sessão anterior;</li> <li>- Dar reforço positivo;</li> <li>- Executar escuta ativa;</li> <li>- Incentivar a utente a verbalizar experiências positivas que tenha tido ao longo dos dias;</li> <li>- Encorajar a utente a reavaliar o seu comportamento, tomando consciência das respetivas consequências;</li> <li>- Promover reflexão sobre estratégias de modificação do comportamento;</li> <li>- Re-negociar contrato terapêutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Participativo</li> <li>- Interrogativo.</li> </ul>	45 minutos
<b>Conclusão/Fase Final</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar resumo da intervenção;</li> </ul>		5 a 10 minutos

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Negociar com o utente algo que terá de concretizar entre as sessões;</li><li>- Reforçar estratégias de monitorização e registo do comportamento;</li><li>- Pedir feedback da sessão;</li><li>- Esclarecimento de dúvidas;</li><li>- Agendamento da próxima sessão.</li></ul>		
--	--	--	--

**SESSÃO 03 (Sessão intermédia) 16 de janeiro de 2025**

<b>Etapas</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Método</b>	<b>Duração</b>
<b>Introdução/Fase Inicial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhimento do utente;</li> <li>- Obtenção de consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos;</li> <li>- Informação sobre sigilo e confidencialidade.</li> </ul>		5 minutos
<b>Desenvolvimento/Fase Exploratória</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o estado da utente relativamente ao humor, ansiedade, inquietação, etc.;</li> <li>- Reavaliar a motivação para a mudança;</li> <li>- Avaliar o progresso realizado desde a sessão anterior;</li> <li>- Analisar as reações do utente perante situações imaginadas que evoquem ou levem ao aparecimento do comportamento;</li> <li>- Realizar registo dos prós e contras do comportamento: “Balança das decisões”;</li> <li>- Re-negociar contrato terapêutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Participativo</li> <li>- Interrogativo.</li> </ul>	45 minutos
<b>Conclusão/Fase Final</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar resumo da intervenção;</li> <li>- Negociar com o utente algo que terá de concretizar entre as sessões;</li> <li>- Reforçar estratégias de monitorização e registo do comportamento;</li> </ul>		5 a 10 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedir feedback da sessão;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Agendamento da próxima sessão.</li> </ul>		
--	---	--	--

<b>Balança de Decisão</b>			
<b>Continuar a beber como antes</b>		<b>Mudar a forma de beber</b>	
Benefícios	Consequências	Benefícios	Consequências
"Ajuda-me a esquecer"	"Perder o casamento"	"Casamento mais feliz"	"Perder amigos"

Balança das decisões

**SESSÃO 04 (Sessão final) 07 de fevereiro de 2025**

<b>Etapas</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Método</b>	<b>Duração</b>
<b>Introdução/Fase Inicial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhimento do utente;</li> <li>- Obtenção de consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos;</li> <li>- Informação sobre sigilo e confidencialidade.</li> </ul>		5 minutos
<b>Desenvolvimento/Fase Exploratória</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecipar, juntamente com o utente, potenciais stressores e sintomas, e abordar:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estratégias que a utente desenvolveu e que pode utilizar em resposta aos stressores e/ou sintomas;</li> <li>- Situações nas quais deve procurar ajuda adicional por parte de um profissional de saúde mental;</li> </ul> </li> <li>- Apreciar e consciencializar para as mudanças comportamentais conseguidas ao longo da intervenção, valorizando o seu papel nessas mudanças;</li> <li>- Consciencializar a utente para o estágio de motivação em que se encontra;</li> <li>- Aplicação do instrumento de avaliação (Teste de de Fagestrom).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expositivo</li> <li>- Participativo</li> <li>- Interrogativo.</li> </ul>	45 minutos

<b>Conclusão/Fase Final</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar o curso do funcionamento das sessões;</li><li>- Pedir feedback das sessões;</li><li>- Esclarecimento de dúvidas sobre a aplicação do instrumento de avaliação (Teste de de Fagestrom).</li></ul>		5 a 10 minutos
-----------------------------	--	--	----------------

## **Anexo III**



## ANEXO III – Panfleto “Estatuto de Cuidador Informal”

COORDENADOR  
[REDACTED]

EQUIPA DA UCC [REDACTED]

Enfermeiros:  
[REDACTED]

Enfermeiros Especialistas em Reabilitação:  
[REDACTED]

Enfermeiros Especialistas em Saúde Comunitária:  
[REDACTED]

Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica:  
[REDACTED]

Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetria:  
[REDACTED]

Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica:  
[REDACTED]

Médico:  
[REDACTED]

Psicólogo:  
[REDACTED]

Fisioterapeuta:  
[REDACTED]

Técnico de Serviço Social:  
[REDACTED]

Terapeuta da Fala:  
[REDACTED]

Assistente Técnico:  
[REDACTED]

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE [REDACTED]

### UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

[REDACTED]

### MORADA

[REDACTED]

### CONTACTOS

Telefone:  
[REDACTED]

E-mail:  
[REDACTED]

### ACESSIBILIDADE

[REDACTED]

### HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

**Segunda a Sexta-Feira**  
8 horas às 20 horas

**Sábados, Domingos e Feriados**  
9 horas às 17 horas  
(Domicílios programados pela ECCI)

[REDACTED]

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE [REDACTED]

# Estatuto de Cuidador Informal

O que é e o que é necessita para se tornar um Prestador de Cuidados Informal.

REPÚBLICA PORTUGUESA SNS

---

## O QUE SE ENTENDE POR CUIDADOR INFORMAL?

O cuidador informal é a pessoa que cuida de forma regular ou permanente de outra(s) pessoa(s) que esteja(m) numa situação de dependência.

O cuidador informal pode ser:

- **cuidador informal principal**, que vive com a pessoa em situação de dependência, que a acompanha e cuida dela de forma permanente, e que não recebe qualquer remuneração por esses cuidados (só pode ser reconhecido a um requerente por domicílio → Estatuto de Cuidador Informal);
- **cuidador informal não principal**, que acompanha e cuida de alguém dependente de forma regular, mas não permanente, podendo ou não receber remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada (podem ser reconhecidas até três por pessoa cuidada).

## O QUE CARACTERIZA O ESTATUTO DE CUIDADOR INFORMAL SEGUNDO A LEI?

O Decreto-Lei n.º 86/2024, de 6 de novembro, e o Decreto-Regulamentar 5/2024, regulam os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, e estabelece as condições de reconhecimento como cuidador informal bem como das medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas.

---

## QUEM PODE SER CONSIDERADO O CUIDADOR INFORMAL?

É necessário reunir as seguintes condições:

- Ter residência legal em território Nacional;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Ter disponibilidade e condições de saúde adequadas aos cuidados a prestar;
- Ser cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, ou, não tendo laços familiares, viver em comunhão de habitação com a pessoa cuidada, nas situações de cuidador informal principal;
- Não ser pensionista de invalidez absoluta ou invalidez do regime especial de proteção na invalidez e não receber prestações de dependência;
- Os cuidadores não familiares devem ter a mesma morada fiscal de quem cuidam.

## QUAIS OS REQUISITOS DA PESSOA CUIDADA PARA SE OBTER O ESTATUTO DE CUIDADOR INFORMAL?

- Ser acamada ou necessitar de cuidados permanentes, por se encontrar em situação de dependência, e ser titular de complemento por dependência de 1.º grau, mediante avaliação específica dos Serviços de Verificação de Incapacidades do Instituto da Segurança Social;
- Receber uma das seguintes prestações sociais:
- Complemento por dependência de 2.º grau;
- Subsídio por assistência de terceira pessoa.

---

## COMO REQUERER O ESTATUTO E O SUBSÍDIO DE CUIDADOR INFORMAL?

Para requerer o Estatuto de Cuidador Informal deve recorrer ao serviço de atendimento da **Segurança Social**, presencialmente ou online, e deverá receber uma resposta ao pedido no prazo de 20 dias.

Deve ter consigo:

- todos os documentos necessários para prova dos requisitos genéricos relativos ao cuidador informal, bem como dos elementos de prova relativos aos requisitos referentes à pessoa cuidada;
- declaração relativa ao consentimento da pessoa cuidada e declaração médica.

Após o reconhecimento como cuidador informal será emitido o Cartão de Identificação do Cuidador Informal e, caso tenha direito, passa a receber o subsídio correspondente.



## **Anexo IV**



**ANEXO IV – Panfleto “Exaustão do Cuidador”**

**COORDENADOR**  
[Redacted]

**EQUIPA DA UCC**  
[Redacted]

**Enfermeiros:**  
[Redacted]

**Enfermeiros Especialistas em Reabilitação:**  
[Redacted]

**Enfermeiros Especialistas em Saúde Comunitária:**  
[Redacted]

**Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica:**  
[Redacted]

**Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetria:**  
[Redacted]

**Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica:**  
[Redacted]

**Médico:**  
[Redacted]

**Psicólogo:**  
[Redacted]

**Fisioterapeuta:**  
[Redacted]

**Técnico de Serviço Social:**  
[Redacted]

**Terapeuta da Fala:**  
[Redacted]

**Assistente Técnico:**  
[Redacted]

---

**UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE**

[Redacted]

**MORADA**  
[Redacted]

**CONTACTOS**  
**Telefone:**  
[Redacted]

**E-mail:**  
[Redacted]

**ACESSIBILIDADE**  
[Redacted]

**HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO**  
**Segunda a Sexta-Feira**  
8 horas às 20 horas  
**Sábados, Domingos e Feriados**  
9 horas às 17 horas  
(Domicílios programados pela ECCI)

[Redacted]

---

**UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE**

**Exaustão do Cuidador**

Se é cuidador, cuido primeiro de si, pela sua saúde

Cuidar de um idoso pode ser considerada uma experiência muito gratificante. No entanto, o stress que os prestadores de cuidados estão sujeitos pode ser bastante intenso, o que pode trazer consequências ao nível da saúde física e mental. Por esta razão é importante adicionar à rotina diária estratégias que podem ajudar a aliviar a carga, evitar os sintomas de burnout e encontrar mais equilíbrio na vida.

## O QUE É O BURNOUT DO PRESTADOR DE CUIDADOS?

Burnout, ou esgotamento, é um sentimento de exaustão emocional, causando uma sensação como se o cuidador não tivesse mais nada para dar e que não são capazes de continuar a desempenhar este papel. O cuidador pode começar a distanciar-se emocionalmente da pessoa que precisa de cuidados e pode até, inclusive, ficar ressentido com ela.



## SINAIS E SINTOMAS COMUNS DE BURNOUT DO PRESTADOR DE CUIDADOS:

- Ter muito menos energia do que tinha anteriormente;
- Aumento evidente da frequência de constipações ou gripes;
- Sensação constante de exaustão, mesmo depois de dormir ou de fazer uma pausa;
- Negligenciar as próprias necessidades, seja porque está demasiado ocupado ou porque já não se importa;
- A vida gira em torno da prestação de cuidados, mas isso dá pouca satisfação;
- Dificuldade em relaxar, mesmo quando há ajuda disponível;
- Mais impaciência e irritação com a pessoa de quem cuida;
- Sentir desamparo e sem esperança;
- Aumento do ressentimento;
- Sensação de desespero;
- Falta de preocupação ou sentimentos negativos em relação à pessoa que precisa de cuidados;
- Sentimento de incompetência como prestador de cuidados;
- Solidão ou isolamento social;
- Aumento do stress e da ansiedade;
- Sintomas depressivos;
- Cansaço;
- Mudanças nos hábitos alimentares ou de sono;
- Sentimentos de desespero por vezes;
- Perda de interesse em atividades que anteriormente apreciava;
- Falta de motivação.

## FORMAS DE PREVENIR O BURNOUT DO PRESTADOR DE CUIDADOS:

- Adotar uma abordagem de trabalho organizada;
- Procurar o lado positivo da situação;
- Não deixar que a prestação de cuidados tome conta da vida;
- Concentrar nas coisas que se podem controlar;
- Dividir as tarefas mais importantes em partes mais fáceis de gerir;
- Celebrar as pequenas vitórias;
- Definir o que é mais difícil na função de cuidador;
- Pedir ajuda específica;
- Praticar o coping ativo;
- Fazer a gestão das emoções;
- Encarar o comportamento do idoso como resultado da doença;
- Procurar terapia ocupacional;
- Não cair na armadilha da expectativa com o autocuidado;
- Utilizar recursos de apoio disponíveis;
- Praticar alguma técnica de relaxamento;
- Pedir ajuda;
- Ser realista;
- Tirar dias de folga;
- Aceitar os próprios sentimentos;
- Praticar a aceitação;
- Aceitar a própria opção de ser cuidador.

### Outras estratégias:

- Cuidar da própria saúde;
- Fazer exercício;
- Comer de forma saudável;
- Ter uma boa higiene do sono;
- Saber quando procurar ajuda profissional.

## **Anexo V**



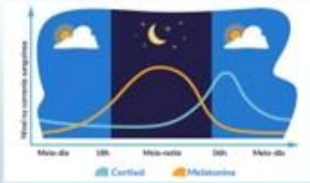
## ANEXO V – Sessão de literacia em saúde: “Importância do Sono”



### O que é o sono?

É um processo fisiológico que corresponde a um período em que ocorre:  
• diminuição do estado de consciência;  
• diminuição da atividade física motora e do metabolismo.  
Tem uma função regeneradora, de conservação de energia, de consolidação da memória e de recuperação.

### Ciclo circadiano



### Fases do sono:



• **Fase 1:** dura cerca de 15 minutos e é caracterizada pelo processo de adormecer, quando os músculos começam a relaxar e o cérebro ainda não está totalmente desligado, pelo que a pessoa pode despertar facilmente perante um estímulo.



• **Fase 2:** é a fase de um sono mais leve, quando o ritmo cardíaco e respiratório diminuem e a temperatura do corpo começa a descer. Dura cerca de 10 a 20 minutos.



• **Fase 3:** o corpo começa a entrar em sono profundo, o metabolismo diminui e todas as órgãos funcionam mais lentamente. É nesta fase que se produz maior quantidade de hormonas de crescimento.



• **Fase 4:** é a fase de sono profundo, quando o corpo realmente começa a reparar as energias, recuperar a saúde das células e produz hormonas ligadas ao crescimento.



• **Fase REM:** nesta fase ocorrem os sonhos e o cérebro retém informações recebidas durante o dia e elimina a memória considerada desnecessária.

### Curiosidade:





O sono é fundamental na manutenção de uma boa saúde física, mental e intelectual.

### Necessidades de sono na adolescência:



8 / 10 horas de sono por noite.



### Importância do sono para o desenvolvimento e saúde:

- 1) Desenvolvimento cerebral;
- 2) Saúde física;
- 3) Saúde mental.

Maior longevidade e qualidade de vida.

### Fatores que influenciam o sono na adolescência:

- 1) Uso da tecnologia;
- 2) Rotina desregulada;
- 3) Stresse e ansiedade;
- 4) Cafeína e álcool.



### Impactos da falta de sono no rendimento escolar e comportamento:



- cansaço e fadiga;
- dificuldade de concentração e atenção nas aulas;
- dificuldade de memória e aprendizagem;



- comportamento hiperativo ou agressivo;
- intabilidade;
- impulsividade;
- mudanças de humor;



- sonolência diurna;
- dificuldade em acordar e levantar-se de manhã;
- necessidade de dormir demasiada ao fim de semana;



- aumento do peso;
- comprometimento do sistema imunológico.



- ▣ depressão;
- ▣ ansiedade.



### Dicas para uma boa noite de sono:

Medicações, suplementos ou bebidas. Não substitua uma boa noite de sono. Evite bebidas com cafeína, álcool e consumo de álcool a maioria parte de hora de dormir.



Ter regular no hora de dormir e de acordar ajuda a reduzir o cansaço.



Não ficar no trabalho ou casa antes de dormir. Evite telas, videogames ou televisão.

Não comer, beber ou fazer exercícios físicos algumas poucas horas antes de dormir.

Exercer as tarefas a fazer, ajuda a evitar preocupações ou ansiedade durante a noite.



De manhã até acordar no dia, tente manter hábitos regulares de hora de dormir.



É importante estabelecer rotinas regulares em horários de sono. Adormecer e acordar mais tarde. Manter atividades rotineiras à noite pode contribuir a melhorar o sono.



Mantém a temperatura ambiente agradável e confortável a noite para ter um bom sono.



### FAÇA DO SONO UMA PRIORIDADE

Podem ser úteis para conseguir uma boa noite de sono e manter-se saudável, atento e feliz.



## **Anexo VI**



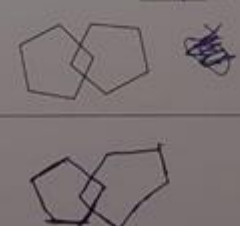
# ANEXO VI - Escalas utilizadas preenchidas Estudo de Caso 1

## 1- MMSE

**MINI EXAME DO ESTADO MENTAL**

**Orientação Temporal Espacial** – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.  
**Registros** – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.  
**Atenção e cálculo** – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.  
**Lembrança ou memória de evocação** – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.  
**Linguagem** – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

**Identificação do cliente**  
 Nome: S.  
 Data de nascimento/idade: 06/11/2015 Sexo: M.  
 Escolaridade: Analfabeto ( ) 0 a 3 anos ( ) 4 a 8 anos ( ) mais de 8 anos (x)  
 Avaliação em: 02/10/2024 Avaliador: R.

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p><b>Orientação Temporal Espacial</b></p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana? <u>A</u> 1                      Dia do mês? <u>1</u> 1                      Mês? <u>1</u> 1                      Ano? <u>1</u> 1                      Hora aproximada? <u>1</u> 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local? <u>A</u> 1                      Instituição (casa, rua)? <u>A</u> 1                      Bairro? <u>A</u> 1                      Cidade? <u>A</u> 1                      Estado? <u>A</u> 1</p>	<p><b>Linguagem</b></p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta.  <u>2</u> 2</p> <p>6. Faça o paciente: Repetir "nem aqui, nem lá".  <u>1</u> 1</p> <p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. "Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa".  <u>3</u> 3</p>
<p><b>Registros</b></p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.                      -Vaso, carro, tijolo <u>3</u> 3</p>	<p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: <b>FECHE OS OLHOS.</b>  <u>1</u> 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido).                      (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto)  <u>Esse é o relógio</u> <u>1</u> 1</p>
<p><b>3. Atenção e cálculo</b></p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente.  <u>5</u> 5</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero.  <u>1</u> 1</p>
<p><b>4. Lembranças (memória de evocação)</b></p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.  <u>2</u> 3</p>	

## 2- AUDIT (1ª aplicação)

### Questionário AUDIT

**1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?** [Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.]

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semanas
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

**2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?**

- 0 = uma ou duas
- 1 = três ou quatro
- 2 = cinco ou seis
- 3 = de sete a nove
- 4 = dez ou mais

**3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?**

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

**10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?**

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

### 3- AUDIT (2ª aplicação)

Questionário AUDIT

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? [Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.]

0 = nunca  
1 = uma vez por mês ou menos  
2 = duas a quatro vezes por mês  
3 = duas a três vezes por semana  
4 = quatro ou mais vezes por semana

3

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

0 = uma ou duas  
1 = três ou quatro  
2 = cinco ou seis  
3 = de sete a nove  
4 = dez ou mais

3

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

0 = nunca  
1 = menos de um vez por mês  
2 = pelo menos uma vez por mês  
3 = pelo menos uma vez por semana  
4 = diariamente ou quase diariamente

2

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

0 = nunca  
1 = menos de um vez por mês  
2 = pelo menos uma vez por mês  
3 = pelo menos uma vez por semana  
4 = diariamente ou quase diariamente

3

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

0 = nunca  
1 = menos de um vez por mês  
2 = pelo menos uma vez por mês  
3 = pelo menos uma vez por semana  
4 = diariamente ou quase diariamente

2

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

0 = nunca  
1 = menos de um vez por mês  
2 = pelo menos uma vez por mês  
3 = pelo menos uma vez por semana  
4 = diariamente ou quase diariamente

3

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

0 = nunca  
1 = menos de um vez por mês  
2 = pelo menos uma vez por mês  
3 = pelo menos uma vez por semana  
4 = diariamente ou quase diariamente

3

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

0 = nunca  
1 = menos de um vez por mês  
2 = pelo menos uma vez por mês  
3 = pelo menos uma vez por semana  
4 = diariamente ou quase diariamente

3

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

0 = não  
1 = sim, mas não nos últimos 12 meses  
2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

2

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

0 = não  
1 = sim, mas não nos últimos 12 meses  
2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

2

9/10

#### 4- Escala de Motivação de SOCRATES 8D (1ª aplicação)

##### SOCRATES 8D

Instruções: Por favor leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se acerca do uso do álcool ou drogas. Para cada afirmação faça um círculo no número de 1 a 5 para indicar o quanto concorda ou discorda com cada afirmação nesse momento. Por favor coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação

		DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NÃO OPINO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1	EU REALMENTE QUERO MUDAR EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
2	ÀS VEZES PERGUNTO A MM MESMO SE SOU DEPENDENTE DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
3	SE NÃO MUDAR RAPIDAMENTE EM RELAÇÃO AO MEU CONSUMO DE ALCOOL E DROGAS, OS MEUS PROBLEMAS VÃO TORNAR-SE MAIORES.	1	2	3	4	5
4	EU JÁ COMECEI A FAZER ALGUMAS MUDANÇAS EM RELAÇÃO AO MEU CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
5	ÀS VEZES PERGUNTO-ME SE O FACTO DE CONSUMIR MAGOA AS OUTRAS PESSOAS.	1	2	3	4	5
6	EU TENHO UM PROBLEMA COM O ALCOOL/ DROGAS.	1	2	3	4	5
7	NÃO ESTOU SÓ A PENSAR EM MUDAR EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS, JÁ ESTOU DE FACTO A FAZER ALGO POR ISSO.	1	2	3	4	5
8	EU JÁ MUDEI EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS E PROCURO APRENDER MANEIRAS QUE ME AJUDEM A EVITAR A RECAÍDA.	1	2	3	4	5
9	EU TENHO UM PROBLEMA SÉRIO COM O ALCOOL/DROGAS?	1	2	3	4	5
10	ÀS VEZES PERGUNTO A MM MESMO SE TENHO CONTROLO SOBRE O MEU CONSUMO DE ALCOOL/ DROGAS.	1	2	3	4	5
11	O MEU CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS ESTA A CAUSAR-ME MUITO MAL.	1	2	3	4	5
12	ACTUALMENTE ESTOU A FAZER COISAS PARA PARAR OU DIMINUIR O MEU CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
13	EU QUERO AJUDA PARA EVITAR TER OS MESMOS PROBLEMAS QUE ANTES TINHA COM O CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
14	EU SEI QUE TENHO UM PROBLEMA COM O ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
15	ÀS VEZES PERGUNTO-ME SE O MEU CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS É EXCESSIVO.	1	2	3	4	5
16	EU SOU UM ALCOÓLICO/TOXICÓDEPENDENTE.	1	2	3	4	5
17	ESTOU A ESFORÇAR-ME PARA MUDAR EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5

Adaptado por Luís Fátca, Luís Janeiro, Maria José Lopes Miguel. Universidade do Algarve. 2007.

## 5- Escala de Motivação de SOCRATES 8D (2ª aplicação)

### SOCRATES 8D

Instruções: Por favor leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se acerca do uso do álcool ou drogas. Para cada afirmação faça um círculo no número de 1 a 5 para indicar o quanto concorda ou discorda com cada afirmação nesse momento. Por favor coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.

		DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM NENHUM	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1	EU REALMENTE QUERO MUDAR EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ALCÓOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
2	AS VEZES PERGUNTO A MIM MESMO SE SOU DEPENDENTE DE ALCÓOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
3	SE NÃO MUDAR RAPIDAMENTE EM RELAÇÃO AO MEU CONSUMO DE ALCÓOL E DROGAS, OS MEUS PROBLEMAS VÃO TORNAR-SE MAIORES.	1	2	3	4	5
4	EU JÁ COMECEI A FAZER ALGUMAS MUDANÇAS EM RELAÇÃO AO MEU CONSUMO DE ALCÓOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
5	AS VEZES PERGUNTO-ME SE O FACTO DE CONSUMIR MAIORES DO QUE AS OUTRAS PESSOAS.	1	2	3	4	5
6	EU TENHO UM PROBLEMA COM O ALCÓOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
7	NÃO ESTOU SÓ A PENSAR EM MUDAR EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ALCÓOL/DROGAS, JÁ ESTOU DE FACTO A FAZER ALGO POR ISSO.	1	2	3	4	5
8	EU JÁ MUDEI EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ALCÓOL/DROGAS E PROCURO APRENDER MANEIRAS QUE ME AJUDEM A EVITAR A RECAÍDA.	1	2	3	4	5
9	EU TENHO UM PROBLEMA SÉRIO COM O ALCÓOL/DROGAS?	1	2	3	4	5
10	AS VEZES PERGUNTO A MIM MESMO SE TENHO CONTROLO SOBRE O MEU CONSUMO DE ALCÓOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
11	O MEU CONSUMO DE ALCÓOL/DROGAS ESTÁ A CAUSAR-ME MUITO MAL.	1	2	3	4	5
12	ACTUALMENTE ESTOU A FAZER COISAS PARA PARAR OU DIMINUIR O MEU CONSUMO DE ALCÓOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
13	EU QUERO AJUDA PARA EVITAR TER OS MESMOS PROBLEMAS QUE ANTES TINHA COM O CONSUMO DE ALCÓOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
14	EU SEI QUE TENHO UM PROBLEMA COM O ALCÓOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
15	AS VEZES PERGUNTO-ME SE O MEU CONSUMO DE ALCÓOL/DROGAS É EXCESSIVO.	1	2	3	4	5
16	EU SOU UM ALCÓOLICÓITO DEPENDENTE.	1	2	3	4	5
17	ESTOU A ESFORÇAR-ME PARA MUDAR EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ALCÓOL/DROGAS.	1	2	3	4	5

Adaptado por Luis Felick, Luis Janeiro, Maria José Lopes Miguel. Universidade do Algarve. 2007.



## **Anexo VII**



## ANEXO VII - Escalas utilizadas preenchidas Estudo de Caso 2

### 1- MMSE

**Mini Mental State Examination (MMSE)**

**1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? 1  
Em que mês estamos? 1  
Em que dia do mês estamos? 0  
Em que dia da semana estamos? 1  
Em que estação do ano estamos? 1

Nota 4

Em que país estamos? 1  
Em que distrito vive? 1  
Em que terra vive? 1  
Em que casa estamos? 1  
Em que andar estamos? 1

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 1  
Gato 1  
Bola 1

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, 12

Nota 4

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

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

Pêra 1  
Gato 1  
Bola 0

Nota 2

**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio 1  
Lápis 1

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 1  
Dobra ao meio 1  
Coloca onde deve 1

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 1

Nota 1

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

Frase:

- PORTUGUÊS

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 1

TOTAL (Máximo 30 pontos) 26

Considera-se com defeito cognitivo:

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

## 2- AUDIT

### Questionário AUDIT

**1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?** [Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.]

- 0 = nunca  
1 = uma vez por mês ou menos  
2 = duas a quatro vezes por mês  
3 = duas a três vezes por semana  
4 = quatro ou mais vezes por semana

**2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?**

- 0 = uma ou duas  
1 = três ou quatro  
2 = cinco ou seis  
3 = de sete a nove  
4 = dez ou mais

**3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?**

- 0 = nunca  
1 = menos de um vez por mês  
2 = pelo menos uma vez por mês  
3 = pelo menos uma vez por semana  
4 = diariamente ou quase diariamente

**4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?**

- 0 = nunca  
1 = menos de um vez por mês  
2 = pelo menos uma vez por mês  
3 = pelo menos uma vez por semana  
4 = diariamente ou quase diariamente

**5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?**

- 0 = nunca  
1 = menos de um vez por mês  
2 = pelo menos uma vez por mês  
3 = pelo menos uma vez por semana  
4 = diariamente ou quase diariamente

**6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?**

- 0 = nunca  
1 = menos de um vez por mês  
2 = pelo menos uma vez por mês  
3 = pelo menos uma vez por semana  
4 = diariamente ou quase diariamente

**7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?**

- 0 = nunca  
1 = menos de um vez por mês  
2 = pelo menos uma vez por mês  
3 = pelo menos uma vez por semana  
4 = diariamente ou quase diariamente

**8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?**

- 0 = nunca  
1 = menos de um vez por mês  
2 = pelo menos uma vez por mês  
3 = pelo menos uma vez por semana  
4 = diariamente ou quase diariamente

**9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?**

- 0 = não  
1 = sim, mas não nos últimos 12 meses  
2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

**10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?**

- 0 = não  
1 = sim, mas não nos últimos 12 meses  
2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

### 3- Inventário da Ansiedade de Beck

#### INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

Aqui está uma relação de sintomas frequentemente associados à ansiedade. Por gentileza, analise minuciosamente cada item da lista. Avalie o grau de desconforto que você experimentou com cada sintoma ao longo da última semana, até o dia de hoje, marcando um "X" no espaço designado na mesma linha de cada sintoma.

SINTOMAS	0 <u>Absolutamente não</u>	1 Levemente Não me incomodou muito	2 Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar	3 Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento	X			
2. Sensação de calor	X			
3. Tremores nas pernas	X			
4. Incapaz de relaxar		X		
5. Medo que aconteça o pior		X		
6. Atordoado (a) ou tonto (a)	X			
7. Palpitação ou aceleração do coração	X			
8. Sem equilíbrio/inseguro(a)	X			
9. Aterrorizado (a)	X			
10. Nervoso (a)		X		
11. Sensação de sufocação	X			
12. Tremores nas mãos	X			
13. Trêmulo (a)	X			
14. Medo de perder o controle	X			
15. Dificuldade de respirar	X			
16. Medo de morrer	X			
17. Assustado (a)	X			
18. Indigestão ou desconforto no abdômen	X			
19. Sensação de desmaio	X			
20. Rosto afogueado (rubor facial)	X			
21. Suor (não devido ao calor)	X			

#### INTERPRETAÇÃO

0 a 10 pontos: dentro do limite mínimo (ansiedade mínima)  
 11 a 19 – ansiedade leve  
 20 a 30 – ansiedade moderada  
 31 a 63 ansiedade grave

#### 4- Teste de Fargestrom (1ª aplicação)

##### Teste de Fargeström

Responda às perguntas abaixo, some o número no final de cada resposta e veja o resultado no fim da página.

1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?

- Dentro de 5 minutos (3)
- 6-30 minutos (2)
- 31-60 minutos (1)
- Depois de 60 minutos (0)

2. Você acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, e outros.)?

- Sim (1)
- Não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

- O primeiro da manhã (1)
- Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

- Menos de 10 (0)
- De 11 a 20 (1)
- De 21 a 30 (2)
- Mais de 31 (3)

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

- Sim (1)
- Não (0)

6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo?

- Sim (1)
- Não (0)

##### Resultado:

Avaliação do resultado

Dependência (soma dos pontos):

- 0-2: muito baixa
- 3-4: baixa
- 5: média
- 6-7: elevada
- 8-10: muito elevada

## 5- Teste de Fargestrom (2ª aplicação)

### Teste de Fargeström

Responda às perguntas abaixo, some o número no final de cada resposta e veja o resultado no fim da página.

1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?

- Dentro de 5 minutos (3)
- 6-30 minutos (2)
- 31-60 minutos (1)
- Depois de 60 minutos (0)

2. Você acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, e outros.)?

- Sim (1)
- Não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

- O primeiro da manhã (1)
- Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

- Menos de 10 (0)
- De 11 a 20 (1)
- De 21 a 30 (2)
- Mais de 31 (3)

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

- Sim (1)
- Não (0)

6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo?

- Sim (1)
- Não (0)

#### Resultado:

Avaliação do resultado

Dependência (soma dos pontos):

- 0-2: muito baixa
- 3-4: baixa
- 5: média
- 6-7: elevada
- 8-10: muito elevada

## 6- Escala de Motivação de SOCRATES 8D (1ª aplicação)

### SOCRATES 8D

**Instruções:** Por favor leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se acerca do uso do álcool ou drogas. Para cada afirmação faça um círculo no número de 1 a 5 para indicar o quanto concorda ou discorda com cada afirmação nesse momento. Por favor coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.

		DISCORDO TOTALMENTE 1	DISCORDO 2	NECESSO 3	CONCORDO 4	CONCORDO TOTALMENTE 5
1	EU REALMENTE QUERO MUDAR EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
2	AS VEZES PERGUNTO A MIM MESMO SE SOU DEPENDENTE DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
3	SE NÃO MUDAR RAPIDAMENTE EM RELAÇÃO AO MEU CONSUMO DE ALCOOL E DROGAS OS MEUS PROBLEMAS VÃO TORNAR-SE MAIORES.	1	2	3	4	5
4	EU JA COMECEI A FAZER ALGUMAS MUDANÇAS EM RELAÇÃO AO MEU CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
5	AS VEZES PERGUNTO-ME SE O FACTO DE CONSUMIR MAGOA AS OUTRAS PESSOAS.	1	2	3	4	5
6	EU TENHO UM PROBLEMA COM O ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
7	NÃO ESTOU SO A PENSAR EM MUDAR EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS, JA ESTOU DE FACTO A FAZER ALGO POR ISSO.	1	2	3	4	5
8	EU JA MUDI EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS E PROCURO APRENDER MANEIRAS QUE ME AJUDEM A EVITAR A RECAIDA.	1	2	3	4	5
9	EU TENHO UM PROBLEMA SERIO COM O ALCOOL/DROGAS?	1	2	3	4	5
10	AS VEZES PERGUNTO A MIM MESMO SE TENHO CONTROLO SOBRE O MEU CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
11	O MEU CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS ESTA A CAUSAR-ME MUITO MAL.	1	2	3	4	5
12	ACTUALMENTE ESTOU A FAZER COISAS PARA PARAR OU DIMINUIR O MEU CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
13	EU QUERO AJUDA PARA EVITAR TER OS MESMOS PROBLEMAS QUE ANTES TINHA COM O CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
14	EU SEI QUE TENHO UM PROBLEMA COM O ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
15	AS VEZES PERGUNTO-ME SE O MEU CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS E EXCESSIVO.	1	2	3	4	5
16	EU SOU UM ALCOOLICOTO/ACDEPENDENTE.	1	2	3	4	5
17	ESTOU A ESFORÇAR-ME PARA MUDAR EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5

Adaptado por Luis Faisca, Luis Janeiro, Maria José Lopes Miguel. Universidade do Algarve. 2007.

## 7- Escala de Motivação de SOCRATES 8D (2ª aplicação)

### SOCRATES 8D

**Instruções:** Por favor leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) senti-se acerca do uso do álcool ou drogas. Para cada afirmação faça um círculo no número de 1 a 5 para indicar o quanto concorda ou discorda com cada afirmação neste momento. Por favor coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.

		DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NECESSO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1	EU REALMENTE QUERO MUDAR EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
2	AS VEZES PERGUNTO A MIM MESMO SE SOU DEPENDENTE DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
3	SE NÃO MUDAR RAPIDAMENTE EM RELAÇÃO AO MEU CONSUMO DE ALCOOL E DROGAS, OS MEUS PROBLEMAS VÃO TORNAR-SE MAIORES.	1	2	3	4	5
4	EU JÁ COMECEI A FAZER ALGUMAS MUDANÇAS EM RELAÇÃO AO MEU CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
5	AS VEZES PERGUNTO-ME SE O FACTO DE CONSUMIR MAGDA AS OUTRAS PESSOAS.	1	2	3	4	5
6	EU TENHO UM PROBLEMA COM O ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
7	NÃO ESTOU SO A PENSAR EM MUDAR EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS, JÁ ESTOU DE FACTO A FAZER ALGO POR ISSO.	1	2	3	4	5
8	EU JÁ MEUO EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS E PROCURO APRENDER MANEIRAS QUE ME AJUDEM A EVITAR A RECAÍDA.	1	2	3	4	5
9	EU TENHO UM PROBLEMA SERIO COM O ALCOOL/DROGAS?	1	2	3	4	5
10	AS VEZES PERGUNTO A MIM MESMO SE TENHO CONTROLO SOBRE O MEU CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
11	O MEU CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS ESTÁ A CAUSAR-ME MUITO MAL.	1	2	3	4	5
12	ACTUALMENTE ESTOU A FAZER COISAS PARA PARAR OU DIMINUIR O MEU CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
13	EU QUERO AJUDA PARA EVITAR TER OS MESMOS PROBLEMAS QUE ANTES TINHA COM O CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
14	EU SEI QUE TENHO UM PROBLEMA COM O ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5
15	AS VEZES PERGUNTO-ME SE O MEU CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS É EXCESSIVO.	1	2	3	4	5
16	EU SOU UM ALCOOLICÓTOXICODEPENDENTE.	1	2	3	4	5
17	ESTOU A ESPORÇAR-ME PARA MUDAR EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ALCOOL/DROGAS.	1	2	3	4	5

Adaptado por Luis Falcao, Luis Janeiro, Maria José Lopes Miguel, Universidade do Algarve, 2007