

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e
Psiquiátrica perante uma pessoa com Comportamentos Aditivos

Intervention of the Specialist Nurse in Mental Health and
Psychiatry in Caring for a Person with Addictive Behaviors

Autor

Ana Catarina Nogueira Lopes

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Saúde Mental e Psiquiátrica perante uma
pessoa com Comportamentos Aditivos

Intervention of the Specialist Nurse in Mental
Health and Psychiatry in Caring for a Person
with Addictive Behaviors

Orientador(es)

António Manuel dos Santos Ferreira

Autor

Ana Catarina Nogueira Lopes

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

"A persistência é o caminho do êxito." Charles Chaplin

AGRADECIMENTO

Finalizada mais uma etapa longa e difícil, que considero ter sido muito importante e não poderia deixar de expressar o mais profundo agradecimento a todos aqueles que me acompanharam ao longo desta dura jornada e que diretamente ou indiretamente contribuíram para o sucesso da minha caminhada que está agora em vias de conclusão.

O caminho percorrido foi longo, cheio de desafios, aprendizagens e momentos de crescimento, nada disso seria possível sem o apoio incondicional daqueles que me são queridos.

Agradeço aos meus familiares pelo amor, paciência e incentivo constante ao longo de todo o mestrado. Aos amigos que me apoiaram ao longo deste percurso de crescimento pessoal e profissional, seja através de palavras de encorajamento ou de companhia nos momentos difíceis o meu sincero agradecimento. Agradeço também, e como não poderia deixar de o fazer, aos meus professores e orientadores pelos momentos de partilha de conhecimentos, orientação e pelo exemplo de dedicação profissional que sempre demonstraram.

RESUMO

O relatório descreve a experiência e as aprendizagens adquiridas no âmbito do Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, realizado no Centro de Respostas Integradas (CRI) e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). O foco principal foi a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) na abordagem de utentes com perturbações mentais, com especial destaque para os comportamentos aditivos e para as demências.

A metodologia adotada incluiu a aplicação do Modelo Adaptativo de Roy (MAR) para compreender os processos de adaptativos dos utentes e estruturar planos de cuidados de acordo com as necessidades individuais de cada utente. Para tal, recorreu-se à Entrevista Motivacional como ferramenta essencial para trabalhar a motivação para a mudança em utentes com perturbação do uso de álcool. No caso de utentes com demência foi necessário recorrer à estimulação cognitiva. A apresentação e desenvolvimento de dois casos clínicos permitiu uma análise detalhada da aplicação prática dessas intervenções, evidenciando a importância de uma abordagem holística e individualizada durante o tratamento.

As experiências possibilitaram o desenvolvimento de competências específicas e comuns do EESMP demonstrando que o papel do mesmo é essencial na promoção da recuperação e da adaptação saudável dos utentes, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. O estágio proporcionou o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, reforçando a importância da interdisciplinaridade e da humanização nos cuidados em saúde mental e psiquiátrica.

ABSTRACT

The internship report describes the experience and the learning acquired during the Professional Internship in Mental Health and Psychiatric Nursing, carried out at the Integrated Response Center (CRI) and the Community Care Unit (UCC). The main focus was the intervention of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatry (EESMP) in dealing with patients with mental and behavioural disorders, with special emphasis on the ones with addictive behaviours and dementia.

The methodology adopted included the application of the Roy Adaptation Model (MAR) to understand the adaptive processes of patients to enable structure care plans according to each patient's individual needs. Motivational Interviewing was used as an essential tool to work on motivation for change in patients with alcohol use disorder. In the case of patients with dementia, cognitive stimulation was necessary. The presentation and development of two clinical cases allowed a detailed analysis of the practical application of these interventions, highlighting the importance of a holistic and individualized approach during treatment.

The results obtained allowed the development of specific and common skills of EESMP demonstrating that their role is essential in promoting the recovery and healthy adaptation of patients, contributing for the improvement of their life quality. The internship provided the development of technical and relational skills, reinforcing the importance of interdisciplinarity and humanization in mental health and psychiatric care.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA - American Pschiatric Association

AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

BAI - Escala de Ansiedade de Beck

BDI - Inventário de Depressão de Beck

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão

Cogweb - Computer Assisted Cognitive Rehabilitation

CRI - Centro de Respostas Integradas

DGRSP - Direção Geral de Reinvenção e Serviços Prisionais (DGRSP)

DSM -5-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 5ª Edição

DV - Demência Vascular

EESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental Psiquiátrica

EM - Entrevista Motivacional

ET"s - Equipas Técnicas Especializadas

MAR - Modelo Adptativo de Roy

MMSE - Mini Mental State Examination

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

NIC - Nursing Interventions Classification

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

NOC - Nursing Outcomes Classification

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PDO - Plano de Desenvolvimento Organizacional

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

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 PERTURBAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL	27
3.1. Enquadramento teórico	27
3.2. Clientes	40
3.3. Medicação	40
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	40
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	43
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	43
3.5. Domínios	43
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	44
3.6. Conceção de Cuidados	49
3.7. Especificação das intervenções	53
3.8. Síntese relativa ao caso	54
4. CONCEÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM DOENÇA DE ALZHEIMER E VASCULAR	57
4.1. Enquadramento teórico	57
4.2. Clientes	70
4.3. Medicação	71
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	71
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	74
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	74
4.5. Domínios	74
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	74
4.6. Conceção de Cuidados	79
4.7. Especificação das intervenções	85
4.8. Síntese relativa ao caso	87
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	89
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	103
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105

ANEXOS	127
--------------	-----

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Índice de Figuras

- Figura 1 - Genograma do Sr. CP.....29
- Figura 2 - Ecomapa do Sr. CP.....30
- Figura 3 - Genograma da Sra. IM.....59
- Figura 4 - Ecomapa da Sra. IM.....60

Índice de tabelas

- Tabela 1 - Principais conceitos do Modelo Adaptativo de Roy.....34

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica realizado na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa e constitui um requisito académico para a obtenção do título de Mestre. A sua elaboração tem como principal objetivo evidenciar o percurso formativo e o desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, refletindo sobre a aplicação de conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do processo formativo. Este relatório documenta a experiência clínica desenvolvida no decurso do terceiro semestre, do segundo ano do mestrado, em dois contextos realizados sob a orientação pedagógica do Professor Doutor António Ferreira e sob a supervisão clínica de um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) em cada local de estágio.

O percurso formativo seguiu o modelo estabelecido pelo plano de estudos do mestrado, integrando a prática clínica como componente essencial para o desenvolvimento de competências avançadas. O estágio decorreu em dois contextos distintos: as Respostas diferenciadas, realizado no Centro de Respostas Integradas (CRI) e o contexto da comunidade realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Em ambos os contextos, a intervenção do EESMP revelou-se fundamental para a implementação de estratégias terapêuticas direcionadas à promoção da saúde mental e bem-estar dos utentes.

A prática de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica assume cada vez mais um papel central na prestação de cuidados a pessoas com necessidades específicas neste âmbito. De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EESMP, esta prática envolve a avaliação, planeamento e implementação de intervenções terapêuticas direcionadas à promoção da adaptação psicossocial, reabilitação e prevenção de recaídas em utentes com perturbações mentais.

As intervenções realizadas pelo EESMP têm como propósito promover a adaptação tanto do utente, como da família face aos desafios resultantes da doença mental, com o intuito de prevenir a deterioração da situação e a discriminação, ao mesmo tempo que se promove a recuperação e a melhoria da qualidade de vida para todos os membros da família (Regulamento n.º 129/2011). Como tal, durante os ensinamentos clínicos, foram desenvolvidas atividades especializadas centradas sobretudo na perturbação aditiva recorrendo à entrevista motivacional e na demência através da estimulação cognitiva de forma a promover a manutenção e/ou recuperação da saúde mental dos utentes.

A evolução da enfermagem como disciplina e profissão tem sido marcada pela especialização

continua e pelo desenvolvimento de modelos de decisão clínica baseados na evidência científica. O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) reforça a autonomia do enfermeiro na tomada de decisão, enfatizando a necessidade de fundamentação científica na prestação de cuidados especializados. Neste contexto, a ontologia na enfermagem assume um papel crucial.

Na lógica conceptual da ontologia em enfermagem, foram desenvolvidos dois estudos de caso, elaborados com base em dados ficcionadas, em alinhamento com a tipologia de pessoa com necessidades de cuidados de enfermagem de cada contexto, suportando todo processo de decisão clínica do EEESMP na prescrição de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A conceção dos cuidados em ambos os casos clínicos seguiu os princípios do Modelo Adaptativo de Roy (MAR). Roy considera que o ser humano é um sistema adaptativo que responde a estímulos internos e externos através de mecanismos de *coping*, reguladores e cognitivos. A adaptação do indivíduo, segundo este modelo, pode ocorrer em quatro modos: fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência (Roy, 2016). O modo fisiológico ou físico inclui as funções biológicas do corpo, como oxigenação, nutrição e eliminação; o modo autoconceito (ou identidade grupal) engloba a perceção da própria identidade, como a imagem corporal e a autoestima; o modo de função de papel corresponde às responsabilidades e papéis que o indivíduo desempenha na sociedade; e o modo de interdependência refere-se às relações interpessoais e à necessidade de amor, respeito e suporte social (Marudhar & Josfeena, 2019). Este modelo adaptativo propõe ainda a existência de um ciclo de adaptação que inclui as seguintes fases: o estímulo onde se inicia o ciclo que desencadeia uma resposta na pessoa; o processamento de informações que é quando são processadas as informações relacionadas com o estímulo prévio, utilizando mecanismos cognitivos e afetivos; a avaliação que corresponda à avaliação das informações processadas para determinar a relevância e a significância do estímulo; a resposta que tem como base a avaliação e consiste na resposta adaptativa dada para enfrentar o estímulo prévio; e o *feedback* que é recebido relativamente à eficácia da resposta (quando esta é percebida como eficaz, o ciclo continua, quando isso não acontece, o ciclo reinicia com uma nova adaptação) (Alligood et, al., 2004). Este modelo destaca a importância da enfermagem na promoção da adaptação da pessoa ao ambiente, intervindo nos diversos modos de adaptação e facilitando o processo de enfrentamento.

A implementação das intervenções de enfermagem especializadas foi pautada pela avaliação rigorosa dos utentes, fundamentada pelos padrões de qualidade de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Estes padrões garantem que os cuidados prestados são baseados em critérios de eficácia, eficiência e humanização, assegurando a melhor resposta às necessidades específicas de cada utente.

No que diz respeito à estrutura do presente relatório, este encontra-se organizado em cinco

capítulos: a introdução na qual é apresentado a contextualização do relatório, justificando a relevância académica e prática, a caracterização dos locais de estágio, na qual se descreve os serviços onde o ensino clínico foi realizado, evidenciando a sua estrutura, funcionamento e contributo para a aquisição de competências, os dois estudos de caso, com a conceção de cuidados estruturada a partir da ontologia em enfermagem e do Modelo Adaptativo de Roy, a análise reflexiva das competências desenvolvidas na qual se reflete sobre as competências adquiridas, tanto comuns como específicas, analisando o contributo para a futura prática clínica e a síntese final do relatório, na qual se sintetiza as aprendizagens do percurso formativo, se reflete sobre o impacto do estágio no desenvolvimento profissional e na consolidação das competências do EESMP.

A elaboração deste relatório seguiu as normas da American Psychological Association (APA) para citações e referências bibliográficas, garantindo o rigor metodológico e científico. Além disso, recorreu-se à plataforma *e4Nursing* para a gestão e análise da informação clínica, permitindo uma abordagem mais estruturada e baseada em evidência.

Este documento pretende, assim, ser um reflexo do percurso de aprendizagem e especialização, destacando o papel do EESMP na promoção da saúde mental e na intervenção diferenciada junto de populações vulneráveis.

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

Segundo as linhas orientadoras do Regulamento n.º 515/2018 da OE, e o programa formativo do EESMP, elaborado pelo Colégio de Especialidade e proposto ao Conselho Diretivo, em acordo com o previsto na alínea d) do n.º 1 do artigo 42º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, os contextos clínicos são unidades de cuidados para acompanhamento da pessoa com necessidades de cuidados de saúde mental. Para tal, durante este percurso académico foram realizados dois ensinamentos clínicos, um no contexto de respostas diferenciadas realizado num centro de respostas integradas e outro no contexto da comunidade realizado numa unidade de cuidados na comunidade.

Com o propósito de clarificar as oportunidades de aprendizagem e potencialidades dos contextos mencionados, apresento de seguida a caracterização de cada contexto, efetuando referência à sua missão, tipologia de clientes assistidos, estrutura física, recursos humanos e organização dos mesmos, projetos de melhoria contínua que possam estar em desenvolvimento, entre outros aspetos pertinentes.

Contexto de Respostas diferenciadas - Centro de Respostas Integradas (CRI)

Os Centros de Referência Integrados (CRI) são definidos por deliberação do conselho de administração do Serviço Nacional de Saúde (SNS) onde estão integrados. Essa decisão ocorre após a apresentação de um plano de ação, que faz parte do Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO), que define as estratégias e o programa de prestação de cuidados de saúde para os próximos três anos (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2020). A criação de um CRI envolve um processo de reorganização interna, com o objetivo de garantir uma gestão eficiente e com autonomia funcional e técnica. Os CRI estabelecem compromissos de desempenho assistencial e económico-financeiro, permitindo responsabilização na prestação de cuidados de saúde (ACSS, 2020).

A organização interna do CRI é definida de forma clara pelo Regulamento n.º 752/2024, e assenta numa estrutura de liderança e em equipas técnicas especializadas. A figura central é o coordenador do CRI, que é responsável pela supervisão geral das atividades da unidade. Além disso, esta estrutura envolve as Equipas Técnicas Especializadas (ET's), que são compostas por profissionais especializados em várias áreas da saúde, e uma Equipa Administrativa, incumbida das funções logísticas e administrativas. Cada uma dessas equipas tem um coordenador responsável pela gestão operacional de sua área (ACSS, 2024).

O CRI é uma Unidade Funcional prestadora de cuidados de saúde que intervém nos

comportamentos aditivos e nas dependências no âmbito da ARS Norte, I.P., e tem como missão promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, assim como a diminuição das dependências e comportamentos aditivos no território em que se encontra inserida. É constituído por diversas ET"s e atualmente, devido a novas reformulações políticas integram-se na ARS. É uma unidade de intervenção que tem como objetivo a prevenção, tratamento e/ou prestação de cuidados integrados a utentes com dependências e comportamentos aditivos, promovendo a redução de riscos e a reinserção social e profissional (SNS, 2025). O modelo de atuação segue um plano terapêutico especializado e individualizado, adaptado às necessidades específicas de cada utente.

No que diz respeito à estrutura física, o CRI encontra-se alocado atualmente a um edifício onde funciona também o centro de saúde local. No entanto, tem um espaço próprio de funcionamento que inclui vários gabinetes clínicos, um gabinete de enfermagem, uma ampla sala de espera e instalações sanitárias, garantindo um ambiente adequado à prestação de cuidados. Possui um sistema de registos informático onde se podem consultar os processos clínicos dos utentes.

No que diz respeito aos recursos humanos a unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar composta por profissionais de saúde com formação diferenciada, que inclui: 2 EESMP, 2 assistentes sociais, 2 assistentes técnicas, 2 médicos psiquiatras, 1 médico de clínica geral e 3 psicólogos. Esta equipa é responsável por dar resposta aos utentes na sua dimensão biopsicossocial fornecendo cuidados às pessoas com problemas aditivos em regime de ambulatório. A equipa de enfermagem atua em estreita articulação com os demais profissionais, assegurando um acompanhamento personalizado, de acordo com os princípios da humanização dos cuidados e da autonomia dos utentes.

A equipa fornece um nível de organização de cuidados, que podem englobar o desenvolvimento de consultas de enfermagem e/ou rastreio HIV/sida, consultas médicas, reinserção social, apoio psicoterapêutico, programa livre de drogas, programas de tratamento ligados ao consumo excessivo de álcool, programa terapêutico com antagonistas e agonistas de opiáceos.

Os utentes podem dar entrada na unidade encaminhados pelo médico de família, através de uma autorreferenciação, pela referenciação dos técnicos de reinserção social na sociedade ou da Direção Geral de Reinvenção e Serviços Prisionais (DGRSP).

Quando integrado no CRI, o utente é inicialmente avaliado pela equipa multidisciplinar para levantamento de possíveis diagnósticos e necessidades, e para realização de encaminhamentos adicionais, quando assim a situação o exige. Após esta avaliação inicial é desenvolvido um plano de tratamento de acordo com as necessidades identificadas previamente, que pode envolver consultas de enfermagem, apoio psicossocial e/ou tratamento médico.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) desempenha um papel central na resposta às necessidades dos utentes com comportamentos aditivos, tanto na avaliação

inicial como no acompanhamento contínuo ao longo do plano terapêutico e podem-se incluir intervenções como a gestão de terapêuticas farmacológicas o apoio psicossocial e a promoção da saúde mental. A sua atuação visa facilitar a adaptação do indivíduo ao processo de recuperação, reduzir fatores de vulnerabilidade psicossocial e promover estratégias de *coping* eficazes.

A Teoria de Adaptação de Callista Roy sustenta que o ser humano é um sistema adaptativo que responde a estímulos internos e externos por meio de mecanismos de *coping* fisiológicos e psicológicos (Coelho & Mendes, 2011). No contexto do CRI, esta abordagem teórica justifica a necessidade de uma intervenção holística e individualizada, que deve incluir os quatro domínios do Modelo Adaptativo de Roy (MAR) (Coelho & Mendes, 2011). A aplicação deste modelo na prática permite que o enfermeiro especialista identifique padrões de adaptação disfuncionais e implemente estratégias que melhorem a interação entre o utente e o ambiente, de forma a que esta desenvolva a capacidade de lidar com os estímulos de forma eficaz e competente e assim alcançar o estado de saúde pretendido (Phillips in Alligood & Tomey, 2004).

Contexto da Comunidade - Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) são unidades funcionais dos Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), tal como o estipulado pelo despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril de 2009, que possuem autonomia organizacional e técnica. A UCC desenvolve a sua intervenção em colaboração com as restantes unidades do ACES, de forma a garantir o cumprimento da sua missão, que visa a melhoria da saúde das populações. De acordo com o despacho n.º 10143/2009, as UCC têm uma abordagem centrada na comunidade.

A atuação abrange uma ampla gama de serviços, focalizando sempre os cuidados de saúde domiciliários e comunitários. As UCC destinam-se à prestação de cuidados a populações mais vulneráveis, atuando também na promoção da saúde, na educação para a saúde e na integração em redes de apoio à família (Ministério da Saúde, 2009). Encontram-se organizadas de acordo com normas e disposições específicas que garantem a autonomia, a qualidade dos cuidados prestados e a articulação eficiente com as outras unidades do ACES e com as estruturas da comunidade.

A UCC rege-se por princípios como a solidariedade, o trabalho em equipa e autonomia, sustentando-se em processos de auto-organização funcional e técnica (Ministério da Saúde, 2009). A interação com estruturas locais, a gestão participativa e a articulação com outras unidades funcionais do ACES são elementos essenciais à sua operacionalização.

O funcionamento da UCC encontra-se limitado ao período laboral compreendido entre as 8h e as 20h, de segunda a sexta-feira, e as atividades desenvolvidas centram-se na prestação de cuidados de saúde, apoio psicossocial e educação para a saúde em contextos domiciliários e comunitários. Destina-se a utentes em situação de risco, dependência física ou funcional e/ou

com patologias que exijam acompanhamento e vigilância contínua. A UCC desempenha um papel fundamental na integração dos cuidados, assegurando a partilha de informação e a colaboração com as demais equipas de saúde locais e entidades comunitárias, contribuindo, assim, para um modelo de cuidados em rede.

Relativamente à estrutura física, o serviço encontra-se no edifício onde funciona o Centro de Saúde local. No entanto, tem um espaço próprio de funcionamento que inclui vários gabinetes, uma sala de reuniões e dispositivos informáticos onde se procedem à realização dos registos com recurso ao *Sclinic*.

A UCC é uma estrutura que presta cuidados de saúde de proximidade e é caracterizada por uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar, que tem como missão promover a melhoria do estado de saúde da população na área geográfica em que se insere, mediante a implementação de cuidados de saúde diferenciados e especializados, e em articulação com outras estruturas sempre que seja necessário. A equipa é composta por diversos profissionais de saúde, incluindo: enfermeiros especialistas em diferentes áreas da enfermagem, 1 médico, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 1 psicólogo, 1 assistente técnico e 1 assistente social, sob a coordenação de um enfermeiro especialista. Na última semana de cada mês, são efetuadas reuniões de equipa onde é realizada também formação interna entre profissionais.

A UCC é responsável por prestar cuidados em diversas áreas de especialidade, implementando vários projetos em áreas como a reabilitação, a saúde escolar, a saúde materna e obstétrica, a saúde mental e psiquiátrica e em cuidados continuados.

No contexto da UCC, o EESMP desempenha um papel crucial na abordagem aos utentes com perturbações neurocognitivas e no desenvolvimento e aplicação de estratégias de apoio aos seus cuidadores. O projeto “Viver com Demência”, integrado na UCC, visa a promoção/manutenção da qualidade de vida das pessoas com demência e dos seus cuidadores informais, através de intervenções que envolvem a estimulação cognitiva dos utentes com demências, a avaliação e monitorização da saúde mental do utente e do cuidador, o desenvolvimento de estratégias de suporte psicossocial e a promoção de ambientes terapêuticos, minimizando os impactos da doença no bem-estar e funcionalidade do utente e a articulação com outros serviços de saúde mental (quando necessário) garantindo a continuidade do cuidados.

A atuação do enfermeiro especialista nesta área pode ser alicerçada por modelos de enfermagem de saúde mental, como o MAR que enfatiza que o ser humano é um sistema adaptativo que responde a diferentes estímulos (Roy, 2016). Deste modo, nos utentes com demência a progressão da doença gera desafios significativos tanto para o utente como para o cuidador, sendo por isso essencial o papel do EESPM na promoção de estratégias que promovam esta adaptação de forma mais fácil e eficaz. Este permite o desenvolvimento de um plano de cuidados centrado no desenvolvimento de mecanismos adaptativos (Coelho & Mendes,

2011) para lidar com as alterações cognitivas e comportamentais causadas pela progressão da patologia.

Desta forma, a UCC integra um ambiente propício para o desenvolvimento de competências especializadas na área da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, possibilitando a aplicação de intervenções psicoterapêuticas para promoção da saúde mental e bem-estar da população assistida.

3. CONCEÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM PERTURBAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL

O Sr. CP tem 56 anos, é casado, tem três filhas e reside atualmente com a segunda esposa. Apresenta um histórico médico significativo que inclui diagnósticos de depressão, dislipidemia e abuso de álcool. Além disso, é um fumador ativo, consumindo cerca de 18 cigarros por dia. O regime medicamentoso habitual do Sr. CP inclui atorvastatina, duloxetina, clonazepam, acamprosato, e vitaminas do complexo B + biotina. Em 2023 voltou a consumir álcool, referindo ingerir diariamente cerca de dois a três shots de whisky logo pela manhã e em algumas ocasiões refere mesmo que o consumo foi excessivo. Regressou ao CRI em outubro 2024, motivado pela esposa para integrar as consultas de alcoologia. As informações recolhidas na avaliação inicial do utente encontram-se apresentadas no Anexo II e na apresentação do cenário inicial do enquadramento teórico. As sessões foram realizadas nos dias 11 de outubro e 14 de novembro de 2024.

3.1. Enquadramento teórico

Cenário inicial

O Sr. CP possui o 11.º ano de escolaridade. Trabalha temporariamente na agricultura em França há cerca de 12 anos, deslocando-se para lá durante vários meses ao ano.

O consumo de álcool iniciou-se precocemente, por volta dos 16 anos, com cerveja e vinho. Durante o serviço militar, o padrão de consumo intensificou-se. Aos 27 anos, ao iniciar uma carreira como vendedor de móveis, passou a ingerir grandes quantidades de álcool regularmente, chegando a afirmar que “a vida fê-lo ser alcoólico” (sic). Em determinado momento, reconheceu que o álcool lhe causava problemas de saúde e procurou ajuda no Centro de Respostas Integradas (CRI), onde se manteve abstinente por seis anos. Contudo, durante esse período, relatou sentir-se “um morto-vivo” (sic), sem motivação para atividades diárias.

Em 2023, voltou a consumir álcool, ingerindo diariamente dois a três *shots* de *whisky* pela manhã. Em algumas ocasiões, o consumo foi excessivo, chegando a beber meia garrafa de *whisky*, o que resultou em sintomas incapacitantes no dia seguinte, como fadiga extrema e impossibilidade de realizar tarefas diárias. O próprio relata que, ao acordar, sente-se apático e abatido, mas que o consumo de álcool o torna mais dinâmico e focado. Admite estar ciente das consequências adversas do abuso de álcool, mas encara a substância como um “medicamento”

que melhora o seu ânimo.

Motivado pela esposa, regressou ao CRI em outubro de 2024 para consultas de alcoologia. Demonstra disposição para alterar este comportamento e aceitou a possibilidade de iniciar tratamento farmacológico como alternativa ao consumo de álcool.

Antecedentes Pessoais

A avaliação dos antecedentes pessoais do Sr. CP revela múltiplos fatores de risco que influenciam a sua adaptação ao estado de saúde e o processo de reabilitação. A análise dos mesmos permite compreender os problemas que impactam negativamente a sua saúde e adaptação do utente, possibilitando uma estratégia integrada e multidimensional. O objetivo da intervenção de enfermagem deve centrar-se na substituição de mecanismos de *coping* ineficazes por estratégias adaptativas que propiciem a recuperação, o equilíbrio e o bem-estar do doente.

A dislipidemia é uma patologia caracterizada por níveis alterados de lípidos no sangue e é um fator de risco significativo para doenças cardiovasculares, sendo frequentemente associada ao consumo crónico de álcool e ao tabagismo. O álcool interfere no metabolismo lipídico, podendo aumentar os níveis de triglicéridos e reduzir o colesterol HDL ("bom colesterol"). O tratamento e prevenção incluem modificações no estilo de vida, como seguir uma dieta equilibrada, praticar atividade física regularmente, cessar o consumo tabágico e limitar o consumo de álcool. Para alguns casos, pode ser necessário tratamento farmacológico para reduzir o risco de complicações cardiovasculares (Pappan et al., 2024).

O histórico de depressão do Sr. CP é um elemento central na compreensão do seu comportamento e na formulação de um plano de cuidados individualizado. A depressão pode estar associada a um autoconceito negativo, baixa autoestima e perceção de inutilidade, o que, por sua parte, pode prolongar comportamentos mal adaptativos, como o consumo de álcool e tabaco (Khantzian, 1997; McHugh, 2019). Nesse âmbito, o enfermeiro deve atuar na identificação atempada de sinais de agravamento da sintomatologia depressiva, proporcionando apoio emocional e incentivando a adesão ao tratamento psicológico e/ou farmacológico (Arbuckle et al., 2020; Tol et al., 2015).

O abuso de álcool constitui um mecanismo de adaptação ineficaz para lidar com os problemas emocionais e sociais. O Modelo de Adaptação de Roy permite entender o uso do álcool, como uma estratégia de *coping* desajustada, que interfere negativamente em todos os modos de adaptação (Roy, 2016):

- Modo fisiológico: impacto nos sistemas cardiovascular, hepático e neurológico.
- Modo de autoconceito: alteração da perceção de si mesmo, com sentimentos de culpa e fracasso.
- Modo de função de papel: dificuldades em manter o desempenho profissional e familiar.

- Modo de interdependência: deterioração das relações interpessoais, principalmente com a família.

O consumo de tabaco (cerca de 18 cigarros/dia) representa um risco acrescido para complicações cardiovasculares e respiratórias (Banks, 2019; McRobbie & Kwan, 2021), sendo também um comportamento muitas vezes associado a estados de ansiedade (Albarrak et al., 2023) e a padrões de consumo de substâncias como o álcool (Hall, 2001; Dierker et al., 2016). O Modelo de Adaptação de Roy permite compreender que o tabagismo pode ser uma resposta compensatória a estímulos de stress, atuando como um regulador emocional mal sucedido.

Caracterização do Cliente

- **Perfil:** Adulto, 56 anos, masculino.
- **Histórico Clínico:** Apresenta antecedentes de dependência de álcool e comorbilidades associadas, necessitando de intervenção bem definida para cessação do consumo e recuperação do bem-estar psicossocial

Genograma e Ecomapa:

O genograma é a demonstração da representação gráfica das informações de uma determinada família. A construção do mesmo permite a visualização da dinâmica familiar e das relações entre os membros que compõem a família, através de símbolos e códigos padronizados, devendo como tal ser constituído por pelo menos três gerações (De Souza Pereira et al., 2009). A figura 1 permite a visualização da constituição da família do Sr. CP.

O ecomapa representa um diagrama das relações do utente com a família e a comunidade. Neste o utente encontra-se representado no centro do círculo e a rede social encontra-se em círculos externos unidos, as linhas indicam o tipo de conexão existente (De Souza Pereira et al., 2009). Na figura 2 representa o ecomapa das relações do Sr. CP com o meio social e os restantes membros da família.

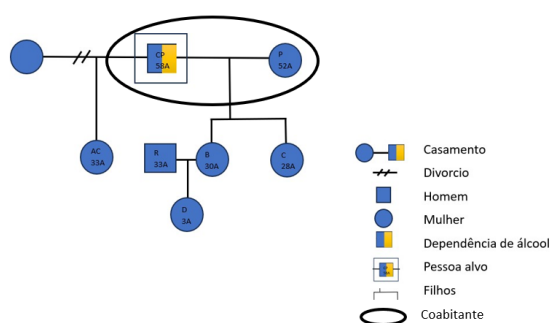


Figura 1 - Genograma do Sr. CP

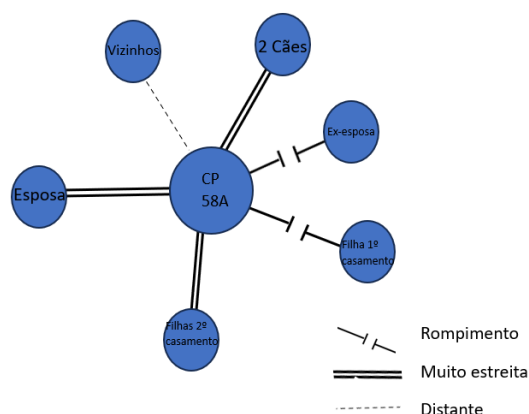


Figura 2 - Ecomapa do Sr. CP

Perturbação do uso de álcool

O consumo abusivo de álcool pode envolver riscos para a saúde dos indivíduos, e frequentemente causa múltiplos problemas médicos e/ou comportamentais que estão incluídos nos critérios de diagnóstico definidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição, Texto Revisto (American Psychiatric Association [APA], 2023) da Associação Psiquiátrica Americana para transtorno por uso de álcool.

Este é o tipo de transtorno por uso de substâncias mais comum em todo o mundo. É estimado que a prevalência mundial seja superior a 100 milhões de indivíduos (Griswold et al., 2018). Para além disso, cerca de 3 milhões de óbitos (5,3% do número total de óbitos mundial) são causados por este transtorno (OMS, 2018). Em 2010, foi o quinto maior fator de risco para morte prematura e incapacidade. Mais recentemente, estima-se que o uso de álcool em quantidades excessivas seja responsável por causar mais de 200 doenças e problemas de saúde como a cirrose hepática, lesões gastrointestinais, entre outras (Ray et al., 2019).

A perturbação do uso de álcool, conforme definida no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª Edição (APA, 2023), caracteriza-se por um padrão problemático de uso de álcool que leva a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo. Este padrão manifesta-se pela presença de pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo num período de 12 meses:

- Consumo de álcool em maior quantidade ou durante mais tempo do que é desejado;
- Há um desejo contínuo ou tentativas frustradas de diminuir ou controlar o consumo de álcool;
- É dedicado muito tempo a tarefas relacionadas à obtenção, consumo ou recuperação dos impactos do álcool;
- É dedicada uma quantidade significativa de tempo a atividades relacionadas a obter,

- consumir ou a recuperar dos efeitos provocados pelo uso álcool;
- Vontade intensa ou impulso para ingerir álcool;
- O consumo frequente de álcool causa falhas no cumprimento de responsabilidades essenciais no trabalho, na escola ou em casa;
- Manutenção do consumo contínuo de álcool, apesar de existirem problemas sociais ou interpessoais recorrentes ou frequentes, provocados ou agravados pelos seus efeitos;
- Atividades sociais, profissionais ou de lazer significativas não são realizadas ou são diminuídas em função do uso de álcool;
- Uso frequente de álcool em situações que representam risco para a segurança física;
- O uso de álcool continua mesmo sabendo que existe um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, provavelmente causado ou agravado pela ingestão de álcool.

Além destes critérios, consideram-se dois fenómenos fisiológicos particularmente relevantes: tolerância e o síndrome de abstinência (APA, 2023) .

A tolerância é definida por (APA, 2023) :

- Acontece como existe a necessidade de aumentar a quantidade de álcool ingerido para obter a intoxicação ou o efeito pretendido;
- A mesma quantidade de álcool provoca um efeito menor do que provocava na fase inicial do consumo.

A abstinência, manifestada por (APA, 2023) :

- Síndrome de abstinência característica do álcool;
- Álcool (ou uma substância similar, como benzodiazepinas) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

A gravidade da perturbação é classificada como leve (presença de 2 a 3 sintomas), moderada (4 a 5 sintomas) ou grave (6 ou mais sintomas). Esta classificação visa apresentar uma compreensão mais alargada do impacto do consumo de álcool na vida do indivíduo (APA, 2023).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10), as perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de álcool são categorizadas sob o código F10, com as seguintes subdivisões:

- F10.0: Intoxicação aguda;
- F10.1: Uso nocivo para a saúde;
- F10.2: Síndrome de dependência;
- F10.3: Estado de abstinência;
- F10.4: Estado de abstinência com delirium;
- F10.5: Perturbação psicótica;
- F10.6: Síndrome amnésica;
- F10.7: Perturbação psicótica residual ou de instalação tardia;
- F10.8: Outras perturbações mentais ou comportamentais;
- F10.9: Perturbação mental ou comportamental não especificada.

Estas categorias abarcam uma variedade de doenças associadas ao uso de álcool, desde intoxicações agudas até perturbações psicóticas e síndromes amnésicas, o que demonstra bem a complexidade e a diversidade dos impactos do álcool na saúde mental e comportamental dos indivíduos.

São fatores de risco para o consumo excessivo de álcool (Hasin et al., 2007):

- Género masculino;
- Idade entre os 18 e os 29 anos;
- Ser caucasiano;
- Outros transtornos por uso de substâncias;
- Transtorno de humor (por exemplo, depressão grave, transtorno bipolar);
- Transtorno de personalidade (por exemplo, personalidade borderline ou antissocial).

Também a genética pode ser considerado um fator de risco segundo Schuckit (2009).

O consumo abusivo de álcool pode provocar consequências sérias para o indivíduo com dependência. Estas podem tanto ser do foro médico como psicológicas e têm impacto significativo na qualidade de vida e no bem-estar. Segundo Fiellin (2000) e Edelman e Fiellin (2016) pode ser responsável por:

- Trauma ou lesão;
- Ansiedade, depressão, suicídio;
- Transtornos associados ao uso de substâncias;
- Hipertensão;
- Sintomas gastrointestinais;
- Sintomas cardíacos;
- Sintomas neurológicos centrais ou periféricos;
- Perturbação eletrolítica;
- Distúrbio do sono;
- Aumento das enzimas hepáticas;
- Supressão da medula óssea;
- Problemas sociais ou legais.

O tratamento farmacológico do transtorno do uso de álcool centra-se na alteração dos efeitos do consumo de álcool. O uso farmacológico foca-se nos sistemas neurotransmissores que fazem de mediadores para sistemas como o sistema opioide, o glutamato, o ácido gama-aminobutírico e serotonina. Os vários medicamentos usados no tratamento desta perturbação têm como objetivo a redução do consumo de álcool e a abstinência (Ernst et al., 2008).

A farmacoterapia é apenas uma das componentes do tratamento do transtorno do uso de álcool, que normalmente se encontra associado à realização de intervenções psicossociais. A decisão de qual o tratamento mais adequado deve ser de acordo com a preferência do utente e tendo sempre em conta a gravidade do transtorno (Ray et al., 2019).

Existem vários tratamentos psicossociais e psicoterapêuticos que podem ser usados no tratamento desta perturbação entre eles: a entrevista motivacional, que tem como objetivo aumentar a motivação e compromisso com a mudança de comportamento; as terapias cognitivo-comportamentais que normalmente se desenvolvem a partir da análise dos pensamentos, sentimentos e comportamentos associados ao consumo do álcool; a terapia comportamental de casais pressupõe que o consumo excessivo de álcool esta diretamente relacionado com os sentimentos negativos do relacionamento; as terapias baseadas em *mindfulness*, onde são promovidos conceitos como a consciência do “aqui e agora”, entre outras (Ray et al., 2019).

A adaptação do tipo de tratamento à preferência de cada indivíduo vai personalizar o plano de cuidados e favorecer a adesão ao plano terapêutico a ser implementado. Embora as intervenções psicossociais demonstrem ser eficazes no tratamento do transtorno do uso de álcool, uma taxa considerável de indivíduos tende a retomar o consumo excessivo após o tratamento psicossocial isolado, daí a importância de manter o acompanhamento para prevenir recaídas futuras. A integração de uma equipa multidisciplinar no plano de cuidados permite a implementação e acompanhamento mais completo, eficaz e adaptado às necessidades do utente, aumentando as probabilidades de sucesso na recuperação e na redução das taxas de recaída (Marlatt & Donovan, 2005).

A prevenção de recaídas na dependência de álcool tradicionalmente envolve intervenções psicossociais e psicoterapêuticas. Associadas a estas intervenções a farmacoterapia desempenha um papel importante na prevenção e na manutenção da abstinência. A naltrexona e o acamprosato são o exemplo de fármacos que reduzem os efeitos psicoativos do álcool e promovem a abstinência (Jung & Namkoong, 2006).

Relação entre o Modelo Adaptativo de Roy (MAR) e a Perturbação do uso de álcool

A escolha de uma teoria em enfermagem é um passo fundamental para orientar a prática, a investigação e a formação na área. A teoria fornece um quadro conceptual que ajuda os enfermeiros a compreender os processos do cuidado, a tomar decisões conscientes e a adaptar as suas intervenções às necessidades dos doentes e aos desafios clínicos. Desde a década de 1950, a enfermagem tem procurado consolidar o seu corpo de conhecimento através do desenvolvimento de modelos teóricos que conferem identidade e autonomia à profissão (Lacerda et al., 2024).

O Modelo de Adaptação de Roy surgiu a partir da necessidade de compreender como os seres humanos respondem a desafios internos e externos, promovendo estratégias de adaptação eficazes para manter o equilíbrio e o bem-estar. Criado por Callista Roy na década de 1970, este modelo fundamenta-se na teoria dos sistemas e na adaptação biológica e psicológica (García et al., 2023).

Roy conceptualiza o ser humano como um sistema adaptativo que responde a estímulos internos e externos através de mecanismos de *coping*, reguladores e cognitivos. A adaptação do indivíduo, segundo este modelo, pode ocorrer em quatro modos: fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência (Roy, 2016). O modo fisiológico ou físico está relacionado às funções biológicas do corpo, como oxigenação, nutrição e eliminação; o modo autoconceito (ou identidade grupal) engloba a percepção da própria identidade, incluindo a imagem corporal e a autoestima; o modo de função de papel refere-se às responsabilidades e papéis que o indivíduo desempenha na sociedade; e o modo de interdependência diz respeito às relações interpessoais e à necessidade de amor, respeito e suporte social (Marudhar & Josfeena, 2019). Os principais conceitos do Modelo de Adaptação de Roy encontram-se na tabela 1, incluindo o papel do enfermeiro:

Conceito	Descrição
Pessoa	O indivíduo ou grupo é visto como um sistema adaptativo que responde aos estímulos do meio ambiente através de mecanismos inatos e adquiridos.
Ambiente	Inclui todas as condições que influenciam o desenvolvimento e comportamento da pessoa, sendo categorizado em focal, contextual e residual.
Saúde	Define-se como a capacidade de adaptação aos desafios impostos pelos estímulos, mantendo a integridade do ser humano.
Enfermagem	O enfermeiro atua como facilitador da adaptação, ajudando o doente a responder de forma positiva aos estímulos e eliminando mecanismos de coping ineficazes.
Adaptação	Processo pelo qual o indivíduo utiliza a consciência e a escolha para se integrar ao ambiente e manter o equilíbrio.

Fonte: Adaptado de: Marudhar & Josfeena (2019).

Tabela 1. Principais conceitos do MAR

No contexto do alcoolismo, o consumo excessivo de álcool pode ser interpretado como um mecanismo de adaptação desajustado para lidar com o stress, ansiedade e estados emocionais

negativos. O álcool, neste caso, surge como um regulador ineficaz que interfere com os modos de adaptação, sobretudo ao nível fisiológico e do autoconceito.

De acordo com Ruiz et al. (2016), um autoconceito elevado pode funcionar como fator protetor contra o consumo de álcool, reduzindo a vulnerabilidade das pessoas perante influências negativas. A resiliência, ou seja, a capacidade de lidar com adversidades, também é identificada como um fator que auxilia na rejeição do álcool, mesmo quando há predisposição social e familiar para o seu consumo.

O consumo excessivo de álcool tem sido identificado como um dos principais fatores de risco para diversas doenças e problemas sociais, sendo responsável por um impacto significativo na saúde pública e na sociedade em geral. De acordo com um estudo de revisão global, o consumo de álcool em 2015 resultou em mais de 85 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), com taxas de mortalidade atribuídas ao álcool de 33 por 100.000 pessoas, evidenciando a sua grande contribuição para o ónus global de doenças. A dependência alcoólica apresenta uma prevalência significativa, especialmente nas regiões europeias, onde o consumo episódico excessivo é mais elevado, sendo estas áreas também as mais afetadas pelas consequências adversas do álcool (Peacock et al., 2018).

A ingestão prolongada de álcool afeta múltiplos sistemas do organismo, estando associada a doenças hepáticas, cardiovasculares, neurológicas e oncológicas. Além disso, compromete a cognição, aumenta o risco de transtornos mentais e agrava patologias preexistentes, como a epilepsia (Varghese & Dakhode, 2022). Do ponto de vista cardiovascular, o álcool eleva a pressão arterial, favorece arritmias e potencia o risco de acidentes vasculares cerebrais (Varghese & Dakhode, 2022). No sistema digestivo, é um fator determinante para a pancreatite e a cirrose hepática, sendo esta das principais causas de morte associadas ao álcool (Roerecke et al., 2019). O consumo alcoólico também está fortemente ligado ao desenvolvimento de vários tipos de cancro, devido à conversão do etanol em substâncias carcinogénicas (Varghese & Dakhode, 2022). Os impactos sociais são igualmente graves, incluindo aumento da violência, acidentes rodoviários e dificuldades laborais e familiares, além de elevados custos para os sistemas de saúde. A iniciação precoce ao álcool eleva o risco de dependência futura, sendo influenciada por fatores socioeconómicos, culturais e familiares (Khamis et al., 2022).

Retomando ao MAR e tendo em conta o mesmo, a intervenção do enfermeiro dentro desta perspetiva é promover respostas adaptativas que favoreçam a saúde e o bem-estar, minimizando comportamentos desajustados. A nível do modo fisiológico, o enfermeiro deve monitorizar os efeitos físicos do consumo de substâncias, incluindo sinais de abstinência, complicações metabólicas e alterações neurológicas, além de intervir para promover o equilíbrio do organismo, garantindo a desintoxicação segura e o apoio à recuperação da saúde física. No âmbito do modelo do autoconceito, é importante referir que muitas pessoas com perturbações por uso de substâncias têm uma perceção negativa de si mesmas, o que pode perpetuar o ciclo

de consumo (Razek, & Sheikh, 2023; Chentsova et al., 2024). Assim, o enfermeiro deve trabalhar o autoconceito positivo, ajudando o doente a reformular crenças disfuncionais sobre si próprio e a desenvolver estratégias saudáveis de regulação emocional. No domínio do modo de função de papel, o enfermeiro deve apoiar a reintegração social e ocupacional, incentivando a recuperação da autonomia e do sentido de propósito do indivíduo, para que este possa reconstruir a sua identidade sem a dependência da substância. Por fim, o enfermeiro deve incentivar o fortalecimento das relações interpessoais, envolvendo a família e as redes de apoio no processo de reabilitação, ajudando o indivíduo a desenvolver relações saudáveis e sustentáveis (modelo de interdependência) (Jennings, 2017; Coelho et al, 2011; Russo et al., 2019; Rezazadeh et al., 2023).

Instrumentos de Avaliação mais relevantes no processo de tomada de decisão

No contexto do tratamento da perturbação do uso de álcool, a utilização de instrumentos de avaliação, como o AUDIT, Mini-Mental State Examination (MMSE) e Socrates 8D, desempenham um fundamental no desenvolvimento e implementação de um plano de tratamento personalizado. A aplicação destas escalas foi fundamental para perceber a gravidade do consumo de álcool e a motivação para a mudança no caso de CP e desenvolver um plano de cuidados adaptado ao utente. Seguidamente serão descritos os instrumentos utilizados no exercício da prática clínica durante o estágio.

O *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para detetar padrões de consumo excessivo, de risco ou dependência de álcool (Babor et al., 2001). Trata-se de um questionário de 10 itens que avalia: a quantidade e a frequência do consumo de álcool, sinais de dependência, problemas relacionados ao uso de álcool. As respostas são pontuadas entre 0 e 4, resultando numa pontuação total que vai de 0 a 40. Na maioria das recomendações, valores ≥ 8 apontam para consumo de risco. A depender do sexo, idade e contextos específicos, o ponto de corte pode variar ligeiramente (Babor et al., 2001).

Em Portugal, a versão portuguesa do AUDIT foi adaptada e validada originalmente por Jorge Roque da Cunha em 2002. Este trabalho, intitulado “Validação da versão portuguesa dos questionários AUDIT e *Five-Shot* para identificação de consumo excessivo de álcool”, foi realizado no âmbito do internato complementar em Clínica Geral (Zona Sul) em Portugal. Cunha conduziu a tradução do instrumento original para o português europeu, seguindo procedimentos de tradução e retrotradução para assegurar a equivalência linguística. O estudo concluiu que a versão portuguesa do AUDIT é um instrumento adequado e útil para triagem de consumo excessivo de álcool em Portugal, sendo de aplicação rápida, fácil pontuação e interpretação direta.

Desde a validação original, o AUDIT tem sido amplamente utilizado em Portugal em diversos contextos e estudos mais recentes têm analisado a sua aplicação e procurado confirmar as suas

propriedades. Em 2012, a Direção-Geral da Saúde incorporou o AUDIT nas normas clínicas nacionais para rastreio e intervenção breve do consumo de álcool, recomendando-o como ferramenta de primeira linha nos cuidados de saúde primários (Cardoso et al., 2021). No entanto, até recentemente não havia outro grande estudo de validação em Portugal além do de 2002. Reconhecendo esta lacuna, Cardoso et al. (2022) realizaram uma revisão sistemática das versões validadas do AUDIT em língua portuguesa. Além disso, a aplicação do AUDIT em subgrupos específicos da população portuguesa tem sido avaliada. Por exemplo, um estudo realizado por Patrício et al., em 2016, com doentes portadores de HIV em Coimbra utilizou o AUDIT para triagem e observou níveis elevados de consumo de risco nessa população, confirmando a utilidade do instrumento em contextos clínicos específicos (neste estudo, o AUDIT mostrou alfa de Cronbach $\sim 0,77$ nas sucessivas avaliações). Também têm sido investigadas versões abreviadas do instrumento como o AUDIT-C, em contextos como universidades e cuidados primários, com vista a facilitar a deteção de consumidores alcoólicos excessivos de forma ainda mais rápida (p. ex.: Trigo & Santiago, 2022). De modo geral, os estudos e usos recentes corroboram que o AUDIT permanece um instrumento válido e eficaz para identificar padrões de consumo arriscado de álcool na população portuguesa, embora enfatizem a importância de continuar a estudar e a melhorar a sua aplicação para diferentes faixas etárias e contextos.

O Mini Mental State Examination (MMSE), proposto por Folstein et al. (1975), é um instrumento de rastreio neurocognitivo, que avalia as dimensões:

- Orientação temporal e espacial;
- Atenção e cálculo;
- Memória de curto prazo (registo e evocação);
- Linguagem (nomeação, repetição, compreensão);
- Capacidade construtiva (cópia de figuras).

A pontuação total varia de 0 a 30. Em adultos alfabetizados, valores ≥ 24 são geralmente tidos como normais, embora deva haver ajuste por idade e escolaridade (Folstein et al., 1975). A versão portuguesa do MMSE foi desenvolvida por Guerreiro et al. (1994), contemplando adaptações linguísticas e culturais. Nessa amostra, observou-se boa fidedignidade teste-reteste e consistência interna aceitável, sendo vastamente adotada em contextos clínicos para despiste de défices cognitivos. Num estudo posterior, Morgado et al. (2009) apresentaram normas revistas para a população portuguesa, corroborando o valor do MMSE como um instrumento simples de rastreio em diferentes contextos clínicos.

Em situações de dependência alcoólica ou uso de substâncias, o MMSE é útil para identificar se eventuais défices cognitivos podem influenciar a adesão a intervenções (Morgado et al., 2009). A ausência de alterações significativas no MMSE é indicador de que o utente possui capacidade para compreender e participar em intervenções psicossociais, como a Entrevista Motivacional.

O SÓCRATES 8D, criado a partir dos estudos de Miller e Tonigan (1996), foi concebido para avaliar a motivação para a mudança em utilizadores de álcool. Está alinhado com o Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente, analisando elementos como:

1. Reconhecimento (Recognition): Em que medida a pessoa admite que o consumo de álcool lhe causa problemas.
2. Ambivalência (*Ambivalence*): Grau de indecisão ou sentimentos contraditórios acerca de mudar o comportamento.
3. Ação (*Taking Steps*): Medida em que o indivíduo já implementa comportamentos concretos de mudança.

Cada item é cotado numa escala de *Likert* de 1 (Discordo fortemente) a 5 (Concordo fortemente). As pontuações das três subescalas podem ser comparadas com tabelas de referência, permitindo determinar se o sujeito se encontra em pré-contemplanção, contemplanção, preparação/ação ou manutenção (Miller & Tonigan, 1996).

A escala foi adaptada e validada para a população portuguesa por Janeiro et al. (2007). Os índices de consistência interna para as medidas Reconhecimento do Problema, Ação e Ambivalência foram adequados, indicando que a versão portuguesa da SOCRATES 8D possui características psicométricas apropriadas para avaliar a motivação para o tratamento em pessoas dependentes de substâncias (Janeiro et al., 2016).

Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente

A motivação pode ser entendida como a possibilidade de um indivíduo começar, dar seguimento e manter-se num processo de mudança. Não deve ser encarada como uma característica estável ou intrínseca da personalidade, mas sim como algo dinâmico, que pode variar consoante as circunstâncias ou momentos experienciados por cada indivíduo. Neste contexto, tendo em conta os comportamentos aditivos, promover a motivação do utente para o tratamento deve ser um dos principais focos do processo terapêutico. A motivação, é um estado interno influenciado por fatores externos, e, ao ser considerada como algo mutável e flutuante, torna mais acessível a promoção e a manutenção da mudança, contribuindo assim para melhores resultados terapêuticos (Souza et al., 2009).

Prochaska e DiClemente (1992), desenvolveram um instrumento para identificar os estágios de mudança, sempre que os utentes iniciavam um tratamento. Este incluía os seguintes estadios pelos quais as pessoas passavam, de forma progressiva sempre que passam por uma mudança de comportamento.

1. Pré-contemplanção: Ausência de perceção do problema e de intenção de mudança;
2. Contemplanção: Reconhece que existe um problema, mas ainda hesitante em mudar;
3. Determinação/Preparação: Toma a decisão de mudar e planeia os próximos passos;
4. Ação: Implementa efetivamente as mudanças;
5. Manutenção: Mantém comportamentos saudáveis, previne recaídas;

6. Recaída (por vezes incluída como parte normal do processo).

O pressuposto deste modelo considera que para as mudanças serem bem-sucedidas devem ser aplicadas estratégias certas (processos), na hora certa (estágios). Neste contexto, importa determinar a fase de mudança em que cada indivíduo se encontra e desta forma adaptar as intervenções terapêuticas (Souza et al. 2009).

Este modelo constitui um avanço teórico significativo na forma de compreender os momentos, os mecanismos e as motivações que provocam mudanças de comportamentos relacionados com a saúde. Trata-se de um modelo com enfoque centrado na pessoa, que facilita a personalização das intervenções, ao permitir que estas sejam ajustadas ao nível à fase de mudança em que o indivíduo se encontra (Ordem dos Psicólogos, 2016).

O processo de mudança é um conceito essencial neste modelo, possibilitando o entendimento de como a mudança do comportamento ocorre. O processo de mudança não pode ser considerado meramente linear, uma vez que os seus estádios são vistos como partes constituintes de uma “espiral”, na qual o utente pode movimentar-se de um estágio para o outro, sem uma ordem estabelecida (Prochaska et al., 1992).

A partir de estudos realizados previamente, que envolviam a motivação, surgiu uma intervenção psicoterapêutica conhecida como Entrevista Motivacional (EM). Esta foi uma intervenção desenvolvida por William R. Miller e Stephen Rollnick no ano de 1980, que inicialmente foi aplicada a pessoas com problemas relacionados com o uso de substâncias. Baseia-se em princípios da psicologia social e cognitiva, utilizando perguntas abertas, escuta ativa e empatia para ajudar os doentes a superar ambivalências e a adotar novos comportamentos saudáveis (Emery & Wimmer, 2023). A EM define-se como um método de comunicação orientado para reforçar a motivação intrínseca do indivíduo, de modo a promover a mudança de comportamentos que representem risco ou sejam desajustados (Miller & Rollnick, 2013). Normalmente, o número de sessões variam entre 1 e 9, com uma duração mínima de 10 minutos e máxima de 148 minutos (Schwenker et al., 2023).

A EM assenta em quatro processos fundamentais (*Engagement*, Focalização, Evocação e Planeamento) e no chamado “Espírito da EM”, caracteriza-se por:

- **Parceria:** O profissional e o utente colaboram de forma horizontal, minimizando a postura de “especialista” que impõe soluções.
- **Aceitação:** Respeito pela autonomia do cliente, reconhecimento da sua dignidade e empatia face às suas dificuldades.
- **Compaixão:** Preocupação genuína com o bem-estar do outro, promovendo uma relação terapêutica de confiança.
- **Evocação:** Em vez de dizer ao utente o que deve fazer, o enfermeiro procura suscitar as motivações pessoais e a perceção que o próprio tem do problema (Miller & Rollnick, 2013; Emery & Wimmer, 2023).

Para além destes fundamentos, a EM caracteriza-se pelo recurso a técnicas de comunicação específicas, conhecidas pela sigla OARS (Open questions, Affirmations, Reflective listening, Summaries) (Miller & Rollnick, 2013; Emery & Wimmer, 2023; Flinn & Jones, 2011). A sua eficácia tem sido demonstrada sobretudo em áreas como o álcool, o tabaco e outras adições (Carroll et al., 2006; Bischof et al., 2021; Schwenker et al., 2023).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 68 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-11 11:00:00	atorvastatina 10mg 0+0+1+0	
2024-10-11 11:00:00	Duloxetine 30mg 1+0+0+0	
2024-10-11 11:00:00	Vitaminas do complexo B + Biotina 1+0+0+0 até ao final da embalagem	
2024-10-11 11:00:00	Clonazepam 0,5mg 0+0+0+1	
2024-10-11 11:00:00	Acamprosato 333mg 0+0+1+0 até ao final da embalagem	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Segundo o REPE, a administração da medicação prescrita é vista como uma intervenção interdependente, isto significa que é uma intervenção que pode ser realizada sem a necessidade de supervisão direta de outros profissionais de saúde, quando o enfermeiro possui o conhecimento necessário para executar essa administração de forma segura, no entanto o

enfermeiro não detém a capacidade de prescrever, apenas administra conforme a medicação prescrita previamente. Este procede à administração da terapêutica prescrita, detectando os efeitos secundários, procedendo e atuando quando necessário de forma a prevenir complicações resultantes de efeitos secundários, recuperar e manter as funções vitais (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996).

Para além das intervenções psicoterapêuticas e psicossociais, o Sr. CP iniciou um regime farmacológico orientado para o controlo de comorbilidades e para o suporte à abstinência do álcool.

1. Atorvastatina 10 mg

A atorvastatina foi prescrita para controlar a dislipidemia do Sr. CP, ajudando a reduzir os níveis de LDL e triglicerídeos. No caso de consumidores de álcool, a função hepática pode estar comprometida, o que exige monitorização adicional para garantir que a estatina não agrave eventuais alterações hepáticas (Mach et al., 2020). Os principais efeitos secundários incluem: alterações nas enzimas hepáticas (necessidade de análises periódicas); mialgias ou miosites (com raros casos de rabdomiólise); perturbações gastrointestinais ligeiras (Mach et al., 2020).

Implicações para enfermagem:

- Vigiar queixas musculares, fraqueza e dore;
- Avaliar parâmetros laboratoriais (função hepática, CK) quando prescrito pelo médico;
- Reforçar adesão.

2. Duloxetina 30 mg

A duloxetina é um antidepressivo inibidor seletivo da recaptação de serotonina e noradrenalina, eficaz no tratamento da depressão e de sintomas ansiosos (Nelson, 2006; Knadler et al., 2011). No historial clínico do Sr. CP, observa-se que o consumo de álcool tem sido utilizado como forma de automedicação para gerir o humor depressivo, sendo, por conseguinte, fundamental estabilizar estes sintomas depressivos de modo a reduzir a propensão para o consumo de álcool. Os principais efeitos adversos associados incluem náuseas, alterações gastrointestinais, xerostomia (boca seca), aumento da sudorese e potenciais alterações do sono. Em casos raros, podem ocorrer elevações da pressão arterial e ideação suicida, particularmente nas fases iniciais do tratamento (Nelson, 2006; Park et al., 2020; Rodrigues-Amorim et al., 2020).

Implicações para enfermagem:

- Informar o utente sobre a possibilidade de efeitos iniciais transitórios (por exemplo, náuseas);
- Avaliar humor (depressivo ou ideação suicida, sobretudo nas primeiras semanas;
- Monitorizar a tensão arterial, se necessário.

3. Acamprosato 333 mg

O acamprosato é utilizado para manutenção de abstinência em indivíduos dependentes de álcool, atuando nos sistemas glutamatérgico e gabaérgico para reduzir *craving* (Mann et al., 2004; Plosker et al., 2015). No caso do Sr. CP, auxilia a prevenir recaídas, diminuindo o desejo de ingerir álcool. Os principais efeitos secundários compreendem: queixas gastrointestinais (diarreia, náuseas); raramente, alterações do humor ou ansiedade aumentada. Em geral, é bem tolerado, mas requer adesão rigorosa ao horário de administração (Mann et al., 2004; Kalk & Lingford-Hughes, 2014).

Implicações para enfermagem:

- Reforçar a necessidade da tomada regular e completa do esquema diário (a eficácia depende da continuidade);
- Vigiar sinais de *distress* gastrointestinal;
- Informar sobre orientações dietéticas ou ajustes, se necessário;
- Articular com a equipa médica se surgirem alterações de humor significativas.

4. Vitaminas do Complexo B + Biotina

A suplementação de vitaminas (sobretudo tiamina, riboflavina, piridoxina) é recomendada em indivíduos com historial de consumo excessivo de álcool para prevenir complicações como neuropatia, anemias e défices nutricionais (Kennedy, 2016). A biotina também é benéfica na saúde da pele, unhas e metabolismo de macronutrientes (Januszewski et al., 2023). Geralmente são bem toleradas; podendo ocorrer potenciais sintomas gastrointestinais (muito raros). Em doses elevadas, algumas vitaminas do complexo B podem levar a ligeira sonolência (Kennedy, 2016).

Implicações para enfermagem:

- Reforçar a importância da regularidade no uso, pois o défice vitamínico é comum na perturbação por uso de álcool;
- Vigiar sinais de hipervitaminose em caso de má utilização;
- Educar sobre hábitos alimentares equilibrados.

5. Clonazepam 0,5 mg

A benzodiazepina é utilizada para a gestão de ansiedade e distúrbios do sono, potencialmente indicados no contexto de abstinência ou humor alterado (Griffin et al., 2013; Bounds & Patel, 2024). Uma dose baixa que visa diminuir sintomas de ansiedade noturna e promover um sono mais regular. Os principais efeitos secundários incluem: sonolência, sedação diurna, diminuição do estado de alerta, risco de dependência se usado a longo prazo; tonturas, confusão (principalmente em doses mais elevadas ou em associações indevidas) (Griffin et al., 2013; Edinoff et al., 2021).

Implicações para enfermagem:

- Avaliar eficácia e vigiar sinais de tolerância ou abuso, sobretudo em alguém com história

de uso de substâncias;

- Planear o eventual desmame a longo prazo, em coordenação com a equipa médica, para evitar dependência.

Monitorização e diagnósticos de enfermagem relacionados a reações adversas

A gestão da politerapia em utentes com múltiplas comorbilidades exige uma abordagem de enfermagem centrada na segurança, adesão terapêutica e vigilância clínica rigorosa (Henriques, 2011). Neste sentido, destaca-se o risco de adesão inadequada à terapêutica, relacionado com fatores como o esquecimento, a baixa motivação e a complexidade posológica. As intervenções de enfermagem devem incluir educação para a saúde durante as consultas, com o objetivo de capacitar o utente para o autocuidado e uso seguro dos medicamentos. Além disso, a utilização de lembretes, como aplicações móveis ou alarmes, tem demonstrado ser uma estratégia eficaz para facilitar a administração correta da medicação. O reforço positivo e o envolvimento de familiares constituem igualmente medidas relevantes para assegurar a adesão terapêutica.

Assim, a terapêutica farmacológica do Sr. CP requer monitorização de possíveis interações e efeitos adversos, complementando-se com as estratégias de intervenção psicoterapêuticas previamente descritas. O enfermeiro, como elemento facilitador do processo de adaptação (Roy, 2016), assume um papel fundamental na educação para a saúde, na vigilância sistemática e na promoção de comportamentos de adesão terapêutica.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

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

Durante o processo de interação com o utente não foi necessário realizar nenhum tipo de ação terapêutica.

3.5. Domínios

Início
11-10-2024 11:00

Domínios
Comportamento aditivo

Fim

Início	Domínios	Fim
11-10-2024 11:00	Emoção	
11-10-2024 11:00	Autogestão do regime medicamentoso	

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

Neste descreve-se o processo de tomada de decisão, tendo em conta os dados recolhidos durante a entrevista clínica, a informação consultada no processo clínico do utente e os instrumentos de avaliação aplicados.

A avaliação de enfermagem foi realizada tendo em conta o utente como sendo um ser biopsicossocial. Como tal a necessidade de intervenção especializada de enfermagem centrou-se na intervenção psicoterapêutica de entrevista motivacional. Para a construção de um plano de cuidados adequado ao Sr. CP, foram identificados três domínios prioritários de intervenção em enfermagem: Comportamento aditivo, Emoção e Autogestão do regime medicamentoso.

Comportamento aditivo

A escolha do domínio “Comportamento Aditivo” justifica-se pela presença, do diagnóstico de Perturbação do Uso de Álcool enquadrado nas perturbações relacionadas com substâncias presente na APA (2023). Este diagnóstico implica a manutenção do consumo contínuo de álcool, apesar de existirem problemas sociais ou interpessoais recorrentes ou frequentes, provocados ou agravados pelos seus efeitos.

Este engloba o uso continuado de substâncias (álcool, tabaco ou outras) que provoquem disfuncionalidade e/ou prejuízo significativo na vida do indivíduo (APA, 2023). No caso do Sr. CP, a perturbação do uso de álcool foi objetivado tanto no discurso do mesmo aquando da entrevista clínica como nos resultados obtidos nas escalas de avaliação aplicadas (resultado AUDIT de “consumo de risco”). Paralelamente existiu consumo regular de tabaco (resultado no questionário Fagerstrom de Dependência de Nicotina - score de 5 fortemente dependente) e através da verbalização do próprio utente que afirma consumir cerca de 18 cigarros por dia. Segundo Dierker et al. (2016) e Hall (2001) existe interação entre o consumo de tabaco e o consumo de álcool. Importa reconhecer, no entanto, que, apesar da clara evidência de consumo de tabaco, o utente não manifesta atualmente motivação para cessar este comportamento.

Relação com o MAR:

- Modo Fisiológico: O consumo crónico de álcool causa múltiplos desequilíbrios orgânicos (ex.: alteração de enzimas hepáticas, alterações cardiovasculares, riscos neurológicos).
- Autoconceito: O álcool pode funcionar como um mecanismo de *coping* desajustado para lidar com sentimentos depressivos, conduzindo a baixa autoestima e perceção

negativa de si próprio (Khantzian, 1997).

- Função de Papel: O Sr. CP vê a sua capacidade laboral e familiar afetada, sobretudo após episódios de consumo excessivo.
- Interdependência: As relações próximas (cônjuge, filhas) sofrem impacto com os episódios de abuso de álcool.

A decisão de não implementar uma intervenção prática imediata no que diz respeito ao consumo de tabaco justifica-se, assim, pelo respeito pelo momento de mudança do utente e pela necessidade de alinhar qualquer estratégia com o seu nível de motivação e envolvimento. De acordo com as diretrizes para uma prática clínica centrada na pessoa, é essencial evitar intervenções prematuras ou impositivas, que possam comprometer a relação terapêutica e a adesão a planos de cuidados futuros (OMS, 2022). Deste modo, a abordagem clínica, neste momento, centra-se exclusivamente na avaliação do padrão de consumo e na monitorização contínua do tabaco, reservando a implementação de intervenções práticas para uma fase posterior, caso o utente manifeste disponibilidade e motivação para mudanças comportamentais efetivas no consumo de tabaco.

A identificação deste domínio sobretudo no que refere à dependência de álcool permite realizar uma abordagem estruturada e direcionada para a avaliação da motivação para a mudança, nível de dependência, reconhecimento do problema, e ainda na identificação de recursos internos e externos que podem sustentar a recuperação relativamente à perturbação do uso de álcool. Encontra-se diretamente relacionado com o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente, sendo, por este motivo, central no desenvolvimento de um plano de cuidados, particularmente quando se pretende aplicar técnicas como a Entrevista Motivacional. Além disso, este domínio possibilita observar a evolução do utente ao longo do processo terapêutico, quer ao nível da redução do consumo, quer da mudança de atitudes face às substâncias, o que é essencial numa abordagem centrada na pessoa e na promoção da sua autonomia.

Emoção

No presente estudo de caso, a escolha do domínio Emoção fundamenta-se nos resultados obtidos no Inventário de Depressão de Beck, que indicam a presença de depressão ligeira, corroborada pelos antecedentes clínicos do utente, nomeadamente episódios prévios de depressão e a toma crónica de medicação antidepressiva. Adicionalmente, o consumo aditivo de álcool e tabaco configura-se como fator de risco e manutenção do humor depressivo, criando um ciclo disfuncional de perpetuação (Beck et al., 1996; APA, 2023). Esta pode estar associada a um autoconceito negativo, baixa autoestima e perceção de inutilidade, o que, por sua parte, pode prolongar comportamentos mal adaptativos, como o consumo de álcool e tabaco (Khantzian, 1997; McHugh, 2019).

Relação com o MAR:

- Modo Autoconceito: A depressão interfere na forma como o indivíduo se

percebe, afetando a autoestima e a motivação para mudar (Roy, 2016).

Neste contexto, torna-se essencial intervir ao nível do humor, considerando que a instabilidade emocional pode comprometer significativamente a motivação para a mudança, a adesão terapêutica e a capacidade de tomar decisões saudáveis. Assim, o objetivo de alcançar um "Humor Equilibrado" torna-se prioritário, uma vez que reflete não só o bem-estar emocional, mas também a capacidade do utente para lidar de forma construtiva com o processo de abstinência ou redução de consumo (McHugh, 2019).

Contudo, importa sublinhar que, nesta fase da intervenção, a abordagem clínica centrou-se exclusivamente na avaliação e monitorização contínua do humor, sem recurso a intervenções diretas para a sua melhoria. Esta decisão justifica-se pela necessidade de avaliar e monitorizar o estado emocional do utente, identificando precocemente qualquer agravamento do humor depressivo (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2022). A implementação de intervenções específicas de melhoria do humor apenas se justificaria caso ocorresse um agravamento significativo dos sintomas depressivos. Como tal, durante o período de tratamento o utente demonstrou capacidade de autocontrolo do humor, não manifestando necessidade imediata de intervenções terapêuticas adicionais. Deste modo, foi possível avaliar o humor, que se manteve estável ainda que com existências de indícios de humor depressivo leve, não exigindo a aplicação de estratégias específicas de regulação emocional imediatas.

Esta abordagem está alinhada com as recomendações atuais para a prática clínica centrada na pessoa, que preconizam a avaliação contínua e a intervenção precoce apenas quando necessária, evitando a implementação de medidas que possam ser desajustadas ou prematuras (OMS, 2022).

Autogestão do regime medicamentoso

Este domínio avalia a capacidade que o utente possui para gerir corretamente a medicação, incluindo cumprimento de horários, posologia e recomendações, assegurando a eficácia do tratamento (Morisky et al., 2008). No caso do Sr. CP, o facto de existir polimedicação associada a dois diagnósticos crónicos interligados faz com que a adesão ao regime terapêutico desempenhe um papel fundamental no sucesso terapêutico

- Depressão: com prescrição de duloxetina;
- Dislipidemia: medicado com a atorvastatina;
- Fazem parte do esquema de polimedicação também o clonazepam como medicação crónica e o acamprosato e vitaminas do complexo B + biotina como medicação instituída recentemente para o tratamento da perturbação do uso de álcool.

Relação com o MAR:

- Modo Fisiológico: A toma irregular de fármacos (atorvastatina, duloxetina, acamprosato, etc.) pode comprometer o equilíbrio orgânico (p. ex. complicações

cardiovasculares, mau controlo da depressão, risco de recaída no álcool).

- Função de Papel: Um adulto funcionalmente apto participa ativamente na sua saúde, gerindo autonomamente a terapêutica prescrita.

A evidência disponível sublinha que regimes terapêuticos complexos, aliados a sintomas depressivos (como apatia) e ao histórico de consumo de substâncias (com impacto na memória e motivação), elevam o risco de não adesão ao tratamento, com possíveis consequências como recaídas no consumo, agravamento do humor e deterioração do perfil metabólico (McHugh, 2019). Neste contexto, a coordenação multidisciplinar entre enfermagem, medicina e farmácia surge como estratégia recomendada para otimizar resultados e prevenir erros (Costa et al., 2015).

Foram implementados, nesta fase, ensinamentos dirigidos ao regime terapêutico, com o objetivo de promover melhorias na autogestão do regime terapêutico, bem como o reforço do conhecimento e da consciencialização do utente relativamente à terapêutica instituída. A decisão de não avançar ainda com uma intervenção prática voltada para a alteração de comportamentos de adesão justifica-se pelo facto de que o utente se encontrava numa fase inicial de reflexão sobre a sua situação clínica, não tendo manifestado, até ao momento, dificuldades práticas que justificassem estratégias de apoio direto ou mudanças comportamentais concretas que justificassem outro tipo de intervenções. Esta abordagem centra-se na prática centrada na pessoa, que recomenda que as intervenções sejam implementadas de forma faseada e ajustada às necessidades reais de cada utente (OMS, 2022).

Justificação da escolha da EM como intervenção central

Cada domínio (Comportamento aditivo, Emoção, Autogestão do regime medicamentoso) está intimamente ligado ao processo de adaptação descrito por Roy e encontra na EM uma técnica válida para estimular a mudança, reduzir a resistência e reafirmar o compromisso do utente com o seu próprio tratamento.

A Entrevista Motivacional (EM), ao validar os sentimentos do utente e ao promover a sua autonomia, constitui uma ferramenta central neste processo. Através de técnicas como a escuta ativa, a evocação de discurso de mudança e o reforço da autoeficácia, a EM contribui para a regulação emocional e para a exploração dos motivos subjacentes ao consumo. Este aspeto é crucial, sobretudo quando se lida com utentes que apresentam sintomatologia depressiva e dependência química simultaneamente (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2022).

A aplicação do AUDIT (Babor et al., 2001) e da escala SÓCRATES 8D (Miller & Tonigan, 1996; versão portuguesa Janeiro et al., 2007) fundamenta a avaliação do grau de severidade do consumo e o estágio de motivação para a mudança, orientando a intervenção. O score obtido no AUDIT que reforça a necessidade de uma intervenção especializada, a pontuação obtida serviu de alerta clínico para a probabilidade de o consumo de álcool já estar a comprometer

significativamente a saúde e o funcionamento diário do utente. A aplicação do SOCRATES 8D indicou a existência de elevada Ambivalência e pontuações moderadas no Reconhecimento do Problema e da Ação, sugerindo que o utente se encontrava sobretudo em Contemplação, embora começasse a reconhecer a necessidade de mudança. A identificação do estágio de contemplação justifica a implementação da EM como intervenção psicoterapêutica, uma vez que esta se foca na resolução da ambivalência e no fortalecimento da motivação intrínseca para a mudança (Bischof et al., 2021; Miller & Rollnick, 2013). A EM foca-se em explorar a ambivalência do utente face ao uso de álcool, levando-o a refletir sobre os benefícios e os riscos do consumo, de modo a facilitar a mudança do comportamento aditivo.

Assim, a abordagem:

- Promove a autonomia e o papel ativo do Sr. CP na definição de objetivos de abstinência ou redução de consumo.
- Aborda crenças e barreiras internas (por exemplo, a sensação de que o álcool lhe melhora o ânimo) de forma empática mas orientada para a reflexão.
- Integra-se facilmente num plano multidisciplinar (enfermagem, medicina, psicologia), podendo complementar o tratamento farmacológico (p. ex. acamprosato).

Vários estudos evidenciam que a adesão ao tratamento e a redução do consumo de substâncias aumentam quando as pessoas são escutadas de modo empático, convidadas a analisar os prós e contras do consumo e estimuladas a descobrir as suas próprias razões para a mudança (Miller & Rollnick, 2013; Bischof et al., 2021). No Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente, a EM enquadra-se muito bem no progresso desde a Contemplação até à Ação, reforçando ativamente a motivação para mudança.

Dado que o utente apresenta perturbação por consumo de álcool, foi fundamental articular o MAR com a EM para:

- Identificar em que modos de adaptação o consumo de álcool exercia maior impacto (fisiológico, autoconceito, função de papel, interdependência). Selecionar áreas de foco (os domínios) em que as intervenções de enfermagem se tornariam prioritárias.
- Aplicar a EM no sentido de aumentar a motivação para abandonar o comportamento aditivo, clarificar o papel das emoções, reforçar a adesão aos fármacos e incentivar atitudes de abertura ao tratamento, numa lógica de interdependência e cooperação multidisciplinar.

Esta junção teórica e prática revela-se especialmente pertinente para casos de adição, em que a pessoa, por vezes, reconhece o problema mas permanece reticente ou pouco confiante na sua capacidade de mudança (McNally & Jean-Richard-dit-Bressel, 2024).

Para a operacionalização desta técnica, foi elaborado um planeamento detalhado de cada fase e sessão de EM, incluindo objetivos, técnicas e indicadores de sucesso, conforme se encontra no Anexo I.

3.6. Conceção de Cuidados

Emoção

11-10-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Com indícios de humor depressivo.

11-10-2024 11:00 - Sem indícios de euforia.

11-10-2024 11:00 - Não verbaliza ansiedade.

11-10-2024 11:00 - Sem manifestação de inquietação.

11-10-2024 11:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

11-10-2024 11:00 - Sem manifestação de pânico .

11-10-2024 11:00 - Não manifesta negação da perda.

11-10-2024 11:00 - Não manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

11-10-2024 11:00 - Inventado de Depressão de Beck (Ponciano, Cardoso e Pereira 2004) - score de 6 depressão leve

11-10-2024 11:00 - Medicação antidepressiva prescrita

11-10-2024 11:00 - Humor depressivo

11-10-2024 11:00 - Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades.

14-11-2024 11:00 - Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades [MANTEVE].

11-10-2024 11:00 - Medicação antidepressiva prescrita

11-10-2024 11:00 - Score no Inventário de Depressão de Beck indicativo de depressão leve

14-11-2024 11:00 - Mantem score no Inventário de Depressão de Beck

11-10-2024 11:00 - Determinar evolução do humor

11-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do humor depressivo [1x/mês]

14-11-2024 11:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

Autogestão do regime medicamentoso

11-10-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

11-10-2024 11:00 - Organiza a medicação conforme horário.

11-10-2024 11:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

11-10-2024 11:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

11-10-2024 11:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

11-10-2024 11:00 - Administra a medicação pela via adequada.

11-10-2024 11:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

11-10-2024 11:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

11-10-2024 11:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

[RESOLVIDO] 14-11-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Possíveis lapsos na toma: Verbalizações ambivalentes sobre a

medicação (o Sr. CP afirma, por vezes, “não sentir grande diferença” ou “esquecer-se

de tomar"); Fatores de sedação (clonazepam) ou “menor energia” que podem levar ao descuido na administração correta.

11-10-2024 11:00 - Polimedicação: O Sr. CP tem vários fármacos prescritos (atorvastatina, duloxetine, acamprosato, vitaminas do complexo B e clonazepam). A complexidade do esquema pode dificultar o cumprimento.

11-10-2024 11:00 - Historial de Depressão e Álcool: Os sintomas depressivos e o abuso de álcool podem interferir na motivação e na capacidade de seguir horários de medicação (McHugh, 2019).

11-10-2024 11:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso [FIM] 14-11-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso [1x/mês] [FIM] 14-11-2024 11:00

14-11-2024 11:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

14-11-2024 11:00 - Organiza a medicação conforme horário.

14-11-2024 11:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

14-11-2024 11:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

14-11-2024 11:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

14-11-2024 11:00 - Administra a medicação pela via adequada.

14-11-2024 11:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

14-11-2024 11:00 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

14-11-2024 11:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

14-11-2024 11:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

11-10-2024 11:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso [FIM]

14-11-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-11-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora [MELHOROU].

11-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

11-10-2024 11:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

11-10-2024 11:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO]

14-11-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [1x/mês] [FIM] 14-11-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso [FIM] 14-11-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 14-11-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 14-11-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM] 14-11-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [FIM] 14-11-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [FIM] 14-11-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [1x/mês] [FIM] 14-11-2024 11:00

14-11-2024 11:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

14-11-2024 11:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso.

Comportamento aditivo

11-10-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Uso de álcool: uso regular que causa disfuncionalidade.

11-10-2024 11:00 - Uso de tabaco: uso regular sem disfuncionalidade.

11-10-2024 11:00 - Uso de drogas: sem uso de drogas.

11-10-2024 11:00 - Resultado AUDIT - consumo de risco

11-10-2024 11:00 - Resultado do SOCRATES 8D - fase de contemplação

11-10-2024 11:00 - Abuso do álcool

14-11-2024 11:00 - AUDIT com resultado classificado como "consumo de risco"

14-11-2024 11:00 - Na reaplicação do SOCRATES 8D - utente encontra-se na fase de ação

11-10-2024 11:00 - Determinar evolução do abuso do álcool

11-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do abuso do álcool [1x/semana]

14-11-2024 11:00 - Uso de álcool: uso regular sem disfuncionalidade [MELHOROU].

11-10-2024 11:00 - Referenciar abuso do álcool ao médico [1x]

11-10-2024 11:00 - Promover mudança comportamental face ao abuso do álcool

11-10-2024 11:00 - Executar técnica de entrevista motivacional [1x/semana]

11-10-2024 11:00 - Promover autocontrolo: abuso do álcool

11-10-2024 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.

11-10-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre abuso do álcool e disfuncionalidade: facilitadora.

11-10-2024 11:00 - Significado atribuído ao abuso do álcool: desvalorização.

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

11-10-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo [RESOLVIDO] 14-11-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo [1x] [FIM] 14-11-2024 11:00

14-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: facilitador [MELHOROU].

11-10-2024 11:00 - Ensinar sobre estratégias de redução de comportamento aditivo [1x/semana] [FIM] 14-11-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do álcool [RESOLVIDO] 14-11-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do álcool [1x/semana] [FIM] 14-11-2024 11:00

14-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do álcool: facilitador [MELHOROU].

11-10-2024 11:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo do abuso do álcool [1x/semana] [FIM] 14-11-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao abuso do álcool [RESOLVIDO] 14-11-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao abuso do álcool [1x] [FIM] 14-11-2024 11:00

14-11-2024 11:00 - Significado atribuído ao abuso do álcool: não dificultador [MANTEVE].

11-10-2024 11:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [1X/semana] [FIM] 14-11-2024 11:00

11-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do abuso do álcool [1x/semana]

14-11-2024 11:00 - Adota parcialmente comportamentos de autocontrolo do abuso do álcool.

14-11-2024 11:00 - Refere insatisfação com o autocontrolo do abuso do álcool mas disponibilidade para melhorar.

11-10-2024 11:00 - Abuso do tabaco

14-11-2024 11:00 - Teste de Fagerstrom - fortemente dependente

14-11-2024 11:00 - Relatos de consumo de cerca de 16 cigarros por dia

11-10-2024 11:00 - Determinar evolução do abuso do tabaco

11-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do abuso do tabaco [1x/mês]

14-11-2024 11:00 - Uso de tabaco: uso regular sem disfuncionalidade [MANTEVE].

11-10-2024 11:00 - Promover autocontrolo: abuso do tabaco

11-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre estratégias de redução de

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

11-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

11-10-2024 11:00 - Significado atribuído ao abuso do tabaco: desvalorização.

11-10-2024 11:00 - *Avaliar evolução do autocontrolo do abuso do tabaco [1x/mês]*

14-11-2024 11:00 - Não adota comportamentos de autocontrolo do abuso do tabaco.

3.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do humor depressivo

- Avaliar o humor inicialmente e conforme progride o tratamento (Bulechek et al., 2018)
- Monitorar mudanças no humor (Bulechek et al., 2018)

Avaliar evolução do significado atribuído ao abuso do álcool

- Identificar fatores internos ou externos que possam melhorar ou reduzir a motivação para adoção de um comportamento saudável (Butcher et al., 2020).
- Monitorizar o nível de responsabilidade que o utente assume pelo seu tratamento (Butcher et al., 2020).

Referenciar abuso do álcool ao médico

- Fornecer encaminhamento ou consulta para outros membros da equipa médica (Bulechek et al., 2018)
- Obter consulta médica (Bulechek et al., 2018)
- Articular com o médico assistente sobre a evolução do utente e possibilidade de otimizar medicação (acamprosato, antidepressivos, etc.).
- Promover reuniões multidisciplinares para troca de informação e definição de estratégias conjuntas (Kools et al., 2022).

Avaliar evolução do abuso do álcool

- Avaliar consumo de álcool através de escalas de avaliação (AUDIT) (Bulechek et al., 2018)

Avaliar evolução do abuso do tabaco

- Avaliar consumo de tabaco através de escalas de avaliação (Bulechek et al., 2018)

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

- Questionar o utente sobre estratégias de autocontrolo do abuso de álcool.

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo do abuso do álcool

- Ensinar sobre estratégias que podem ser utilizadas para evitar comportamentos não saudáveis (Butcher et al., 2020).
- 5510 Educação para a Saúde (Butcher et al., 2020).

- Enfatizar os benefícios imediatos ou a curto prazo para a saúde (Butcher et al., 2020).

Executar técnica de entrevista motivacional

- Discutir com o utente a extensão da responsabilidade pela condição atual
- Elogiar conquistas e reconhecer esforço em cada sessão (Siegel, 2024).
- Negociar metas de mudança - Definir objetivos progressivos (redução ou abstinência) e estratégias para os alcançar (Centre for Addiction and Mental Health, 2021).
- Estabelecer parceria empática - Realizar escuta ativa, refletir e clarificar, de forma a criar um ambiente de confiança (Miller & Rollnick, 2013).
- Explorar prós e contras - Criar, com o utente, um quadro de vantagens e desvantagens do consumo, promovendo consciência dos riscos (Bischof et al., 2021).
- Reforço positivo - Reconhecer pequenos passos (por ex.: "Hoje não bebi de manhã") para aumentar autoeficácia (Siegel, 2024)
- Executar validação de estratégias para manutenção de abstinência

Avaliar evolução do autocontrolo do abuso do álcool

- Monitorizar consumos de álcool.
- Questionar sobre os consumos de álcool.

Avaliar evolução do autocontrolo do abuso do tabaco

- Monitorar a disposição do utente para o autocontrolo do abuso de tabaco (Bulechek et al., 2018)

Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso

- Avaliar a capacidade de o utente autoadministrar os medicamentos (Wagner, Butcher, & Clarke, 2023).
- Avaliar o nível atual de conhecimento do utente sobre o esquema medicamentoso (Butcher et al., 2020).

3.8. Síntese relativa ao caso

A seleção dos domínios, "emoção", "comportamento aditivo" e "autogestão do regime medicamentoso" revelou-se um exercício fundamental de diagnóstico de enfermagem. As intervenções propostas evidenciaram o carácter sistemático e rigoroso do processo de enfermagem, bem como a possibilidade de avaliação contínua ao longo do plano terapêutico.

A análise do caso do Sr. CP foi realizada com base no MAR e permitiu compreender os desafios que influenciam a sua saúde e adaptação. O histórico de dependência alcoólica e as recaídas evidenciaram a necessidade de uma abordagem integrada, centrada na substituição de estratégias de *coping* ineficazes por mecanismos mais adaptativos.

As escalas de avaliação utilizadas, especialmente a SOCRATES 8D, demonstraram que o utente

inicialmente apresentava elevada ambivalência em relação à mudança, mas evoluiu da fase de contemplação para a fase de ação. A implementação da EM revelou-se eficaz no fortalecimento da motivação intrínseca para a mudança, facilitando a adesão ao plano terapêutico.

O planeamento e execução da EM teve como principal objetivo reforçar a motivação intrínseca do indivíduo, de modo a promover a mudança de comportamento relativamente ao uso de álcool (Miller & Rollnick, 2013).

Além das intervenções psicoterapêuticas, a abordagem incluiu a monitorização do consumo de álcool através do AUDIT, a vigilância de défices cognitivos com o MMSE e o suporte contínuo para prevenir recaídas. O acompanhamento próximo e a reaplicação periódica das escalas são fundamentais para avaliar a estabilidade motivacional ao longo do tempo e ajustar as estratégias terapêuticas conforme necessário.

Em conclusão, o sucesso da intervenção depende da continuidade do suporte multidisciplinar, do envolvimento da rede de apoio e da adaptação contínua das estratégias às necessidades do utente. A abordagem estruturada permitiu não só melhorar a motivação para a mudança, mas também criar um plano sustentável para a manutenção da abstinência e promoção do bem-estar psicossocial do utente ao longo do tempo.

4. CONCEÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA COM DOENÇA DE ALZHEIMER E VASCULAR

Utente do sexo feminino de 70 anos de idade com diagnóstico médico de doença de Alzheimer em estágio inicial e demência de etiologia vascular, mantém ainda funcionalidade e autonomia. Apesar de reformada mantém-se ativa, trabalhando como costureira. Tem como antecedentes pessoais descritos : gastrite crónica, hérnia do hiato, dislipidemia, perturbação da ansiedade e rutura da coifa SEOD. Foi admitida no serviço referenciada pela consulta de neurologia para avaliação e possível integração no projeto "Viver com Demência". As informações recolhidas na avaliação inicial da utente encontram-se apresentadas no Anexo III e na apresentação do cenário inicial no enquadramento teórico. As sessões foram realizadas nos dias 16 de dezembro de 2024 e 10 de fevereiro de 2025.

4.1. Enquadramento teórico

Avaliação inicial:

Esta utente, de 70 anos de idade, foi referenciada pela consulta de Neurologia, apresentando um diagnóstico de doença de Alzheimer em estágio inicial e demência de etiologia vascular, mantendo, contudo, alguma funcionalidade e autonomia. Durante a consulta foram aplicados vários testes, nomeadamente:

- Escala de Ansiedade de Beck (BAI; versão de Quintão et al., 2013), com pontuação de 29 (ansiedade moderada).
- Inventário de Depressão de Beck (BDI; versão de Ponciano et al., 2004), com 17 (depressão ligeira a moderada).
- Montreal Cognitive Assessment (MoCA; versão de Freitas et al., 2011), com pontuação de 18 (indicativa de défices cognitivos moderados).
- Escala de Lawton para Avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), versão de Araújo et al. (2007), em que a utente revela dificuldade pontual em lembrar-se se tomou ou não a medicação.
- *Mini Mental State Examination* (MMSE; Guerreiro et al., 1994) com resultado de 22 (desvio ligeiro).

A utente mantém atividade profissional como costureira e administra, em conjunto com uma colega, o seu próprio negócio. Apresenta *insight* para a doença, reconhecendo os défices cognitivos (principalmente a nível de atenção e memória) e utiliza algumas estratégias

compensatórias para lidar com as tarefas diárias. É casada, vive com o marido, tem um filho e possui o quarto ano de escolaridade.

Dorme cerca de 7 horas por noite, não relatando queixas de sono. Nega alergias e consumo de álcool ou drogas.

Antecedentes Pessoais

Os antecedentes pessoais podem afetar de modo significativo o estado de saúde atual, quer pela dimensão clínica, quer pela forma como a utente lida com cada uma das condições no dia a dia. O desconforto físico e as limitações impostas pelas patologias crónicas podem ainda gerar sentimentos de frustração ou de insegurança, sobretudo quando a utente percebe a necessidade de reajustar rotinas diárias ou depender mais de terceiros (Raubinger et al., 2023).

A gastrite crónica e a hérnia do hiato podem desencadear episódios de mal-estar abdominal, dor epigástrica e refluxo gastroesofágico, dificultando a ingestão alimentar adequada. A utente pode experimentar desconforto que afete o seu equilíbrio fisiológico (ex.: apetite, sono, regulação do stress) (Smith et al., 2024; Sipponen & Maaroos, 2015).

A dislipidemia representa um risco acrescido para complicações cardiovasculares. Uma alimentação desequilibrada ou pouca atividade física podem intensificar este fator, exigindo monitorização de níveis de colesterol e triglicéridos e controlo regular dos parâmetros cardiometabólicos (Kalra & Raizada, 2024; Gomez-Delgado et al., 2021).

A rutura da coifa dos rotadores (SEOD) pode reduzir a mobilidade do braço/ombro e causar dor crónica. Tal limitação funcional influencia a capacidade para executar tarefas do dia a dia e implica um esforço adicional na gestão do desconforto físico (Goto et al., 2007; May & Garmel, 2023).

A perturbação de ansiedade pode ser exacerbada pelas alterações cognitivas que vivencia (défices de memória e atenção) (Volel et al., 2019). A ansiedade pode levar a utente a, por vezes, a questionar a sua autoconfiança e a sentir-se menos capaz de desempenhar papéis sociais e ocupacionais. Este quadro psicológico afeta a forma como ela se vê a si própria (autoestima e imagem pessoal).

A presença destes antecedentes pessoais influencia a forma como a utente processa e responde aos estímulos diários no contexto familiar, social e laboral. Cada patologia exige estratégias de *coping* específicas de forma a promover uma abordagem integrativa e individualizada que contribua para manter a maior autonomia e qualidade de vida possíveis.

Utente

- Idade: 70 anos.
- Género: Feminino.
- Diagnóstico: Demência de Alzheimer em estágio inicial + Demência de origem vascular.

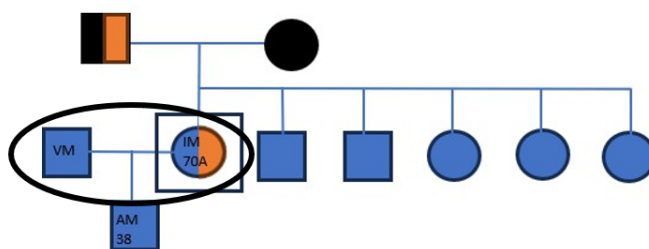
- Mantém atividade profissional (costura).

Cuidador

- Cônjuge, coabita com a utente.
- Disponibilidade total para prestar cuidados.
- Sem dificuldade em reter ou recuperar informação.
- Principal suporte na supervisão das Atividades de Vida Diária (AVD)/ AIVD.

Genograma e Ecomapa:

O genograma e o ecomapa são representações da composição da família da Sra. IM e das relações que a mesma estabelece com o meio envolvente e com os restantes familiares. A Figura 4 demonstra a representação gráfica da família da Sra. IM composta por três gerações enquanto a figura 5 demonstra o diagrama das relações que a mesma estabelece com o meio envolvente e os restantes membros da família.



Legenda:



Figura 4: Genograma da Sra. IM

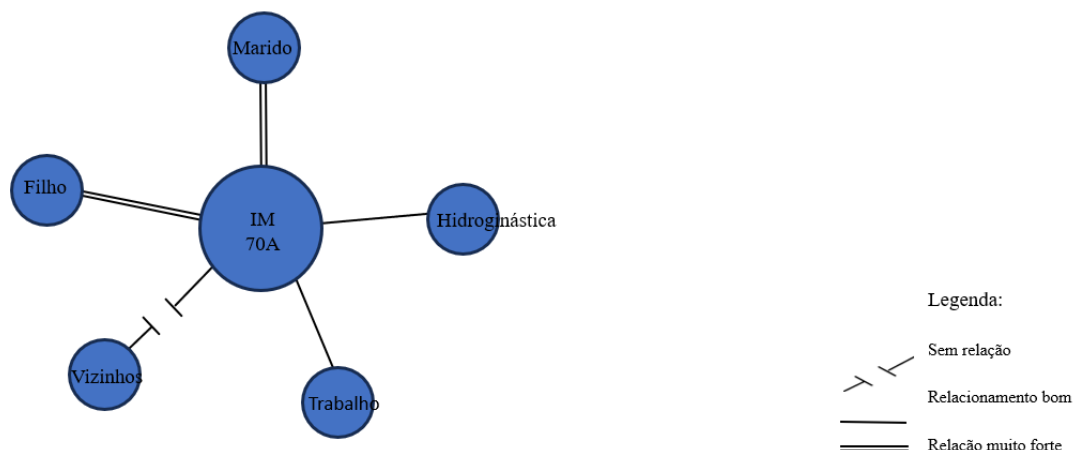


Figura 5: Ecomapa da Sra. IM

O processo de envelhecimento e a cognição

A OMS define a população idosa como aquela com idade superior a 60 anos, para os países considerados em desenvolvimento, enquanto esse limite sobe para 65 anos no caso dos países desenvolvidos. Ao longo das últimas décadas, registou-se um crescimento exponencial da população idosa, sendo estimado pela OMS que em 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com mais de sessenta anos (OMS, 2024). Como tal, Portugal não é exceção, e com a esperança média de vida a aumentar nas últimas duas décadas, no ano de 2023 existiam cerca de 188,1 idosos por cada 100 jovens (INE, 2023).

O envelhecimento é considerado um processo dinâmico, natural, complexo e de degradação progressiva. Torna-se importante que os profissionais de saúde sejam capazes de refletir sobre aquilo que é uma alteração “normal e esperada” causada pelo processo de envelhecimento, e o que é secundário a um processo patológico. Emergem dois conceitos a ter em conta: a senescência ou envelhecimento primário e a senilidade ou envelhecimento secundário. Enquanto o primeiro se refere aos processos naturais e progressivos de envelhecimento que provocam alterações morfológicas, orgânicas e funcionais nos indivíduos (envelhecimento fisiológico), o segundo inclui as alterações decorrentes de situações patológicas que podem surgir no envelhecimento. No dia a dia, a distinção entre estes dois conceitos é difícil tanto para os profissionais de saúde como para os familiares, que acabam por desvalorizar algumas das queixas dos idosos, levando a um diagnóstico mais tardio (Sequeira, 2010 cit. in Costa, 2012).

O processo natural de envelhecimento afeta todos os indivíduos, embora com intensidade variável, e todos acabam por sofrer défices físicos, mentais e funcionais. A intensidade com que cada um vai ser afetado influencia o grau de dependência na vida quotidiana (Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna).

Ao longo do envelhecimento, é natural que surjam alterações neuroanatômicas e, consequentemente, alterações ao nível da cognição. Importa, no entanto, estar atento para detetar precocemente alterações que possam ser patológicas e carecer de atenção e tratamento (Cancela, 2007). Segundo Cancela (2007) podem surgir alterações como atrofia cerebral, aparecimento de placas senis, degeneração neurofibrilar, morte neuronal, rarefação da arborização dendrítica, aumento da proteína amiloide e emaranhados neurofibrilares. Estas alterações, decorrentes do avançar da idade, podem envolver a memória de trabalho, a velocidade de pensamento e a velocidade visuoespacial, mantendo-se a inteligência verbal, a habilidade de cálculo, a linguagem e a atenção básica.

A cognição é uma área complexa que inclui várias funções cognitivas. É considerada um processo elaborado e, quando se encontra comprometida, a capacidade de processamento de informação, generalização e aprendizagem fica alterada (Sequeira *et al.*, 2020). Assim, é de extrema importância que o EESMP, ao possuir competências acrescidas nesta área de especialidade, atue o mais precocemente possível, de forma a obter os maiores ganhos em saúde e, consequentemente, em qualidade de vida para o idoso.

O envelhecimento populacional das últimas décadas fez com que a demência se tornasse um dos problemas de saúde mais relevantes na atualidade. O número de pessoas que vive com demência tem aumentado, e, de acordo com a OMS, em 2015 estimava-se que mais de 47 milhões de pessoas (cerca de 5% da população mundial) conviviam com demência. Este número cresce anualmente e pode atingir cerca de 75 milhões em 2030 e 132 milhões em 2050 (OMS, 2017).

A prevalência de pessoas com demência duplica de cinco em cinco anos em idades entre os 60 e os 90 anos, sendo ainda reduzida em idades inferiores a 60 anos (Sequeira, 2010). A forma como a demência produz sintomatologia é influenciada pelo estadio em que a pessoa se encontra, podendo incluir o aparecimento de sintomas semelhantes aos de outras patologias, como perturbações do humor, perturbações do sono, alterações de comportamento e sintomas psicóticos (Lyketsos *et al.*, 2000).

A demência de Alzheimer é a forma mais comum de demência, representando cerca de 60-70% dos casos, seguida de outras formas, como a demência vascular, a demência com corpos de Lewy e a demência frontotemporal (OMS, 2017).

Definição e Caracterização das Demências de Alzheimer e Vascular: Sintomas e Tratamentos

Demência de Alzheimer

A demência de Alzheimer é uma perturbação neurodegenerativa progressiva caracterizada por défices cognitivos, comportamentais e funcionais, tendo como principal expressão clínica a perda gradual de memória e o comprometimento das funções executivas (Kumar *et al.*, 2024).

Nos estadios iniciais, o sintoma mais evidente é a dificuldade em reter e recuperar informação recente, podendo evoluir para amnésia significativa nas fases mais avançadas (Buccellato et al., 2023). A par do défice de memória, surgem alterações das funções executivas, como dificuldades na capacidade de planear, resolver problemas e organizar tarefas quotidianas (Kumar et al., 2024). Com a progressão da doença, são frequentes as perturbações do comportamento, nomeadamente apatia, agitação, irritabilidade, desorientação e, em alguns casos, sintomas psicóticos como delírios ou alucinações (Li et al., 2014). Este conjunto de alterações contribui para o declínio progressivo da autonomia, levando à perda de independência nas atividades de vida diária, como vestir-se, alimentar-se e cuidar da higiene pessoal (Breijyeh & Karaman, 2020).

Segundo a APA (2023), a Demência de Alzheimer é designada como uma Perturbação Neurocognitiva Maior devido à Doença de Alzheimer. O diagnóstico baseia-se na evidência de um declínio cognitivo significativo em um ou mais domínios cognitivos, nomeadamente: atenção complexa, função executiva (como planeamento, tomada de decisões ou flexibilidade mental), aprendizagem e memória, linguagem, perceção motora e cognição social. Este declínio deve ser identificado a partir do relato do próprio indivíduo, de um informante fiável (como um familiar ou cuidador), ou por meio de avaliação clínica padronizada. Além disso, o comprometimento cognitivo deve interferir com a autonomia nas atividades da vida diária, não podendo ser explicado por *delirium* ou por outra perturbação mental (APA, 2023).

No que respeita ao tratamento e às abordagens terapêuticas, a intervenção farmacológica inclui, em estádios leve a moderado, a prescrição de inibidores da colinesterase, como donepezilo ou rivastigmina, com o objetivo de postergar o declínio cognitivo (Buccellato et al., 2023). Nos estádios moderado a grave, a memantina, um antagonista moderado do recetor N-metil-D-aspartato, pode ser utilizada para estabilizar ou melhorar os sintomas cognitivos e comportamentais (Breijyeh & Karaman, 2020).

Complementarmente, as intervenções não farmacológicas desempenham um papel essencial na gestão da doença. A estimulação cognitiva e a reabilitação neuropsicológica consistem em exercícios estruturados que visam estimular funções como a memória, a atenção e a orientação (Huynh et al., 2022). A terapia de reminiscência, por sua vez, recorre ao uso de fotografias, música ou objetos pessoais para evocar memórias passadas e promover o bem-estar emocional (Huynh et al., 2022).

O apoio psicossocial também é fundamental. Destaca-se a psicoeducação dirigida a familiares e cuidadores, fornecendo informações sobre a evolução da patologia, estratégias de comunicação eficazes e formas de lidar com comportamentos desafiantes (Dickinson et al., 2016). Finalmente, as intervenções multidisciplinares, que envolvem fisioterapia, terapia ocupacional e apoio comunitário, objetivam preservar a autonomia da pessoa com demência de Alzheimer e promover a sua qualidade de vida (Huynh et al., 2022).

No âmbito do MAR, o enfermeiro deve reconhecer que a pessoa com doença de Alzheimer enfrenta estímulos internos e externos, tornando-se crucial apoiar os mecanismos de *coping* fisiológicos e cognitivos em todos os modos de adaptação (fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência). A perda progressiva de memória e as perturbações comportamentais podem afetar o modo fisiológico e o autoconceito (autoimagem, autoestima), requerendo intervenções de enfermagem que promovam a reorientação, a estimulação das capacidades preservadas e a manutenção do sentido de identidade. Além disso, a função de papel (e.g., o papel social) e a interdependência (relações familiares e comunitárias) podem ficar significativamente comprometidas, requerendo estratégias de suporte ao cuidador, psicoeducação e trabalho em equipa interdisciplinar para otimizar a adaptação e a qualidade de vida do utente (Roy, 2016).

Demência vascular

A demência vascular (DV) resulta de lesões cerebrovasculares – geralmente enfartes ou isquemia crónica – que comprometem o fornecimento de sangue a áreas cruciais do encéfalo, levando a défices cognitivos e funcionais (Sanders et al., 2023). Ao contrário da doença de Alzheimer, a DV pode apresentar-se de forma súbita após um acidente vascular cerebral (AVC) ou progredir em “degraus”, com sucessivas quedas do desempenho cognitivo a cada enfarte ou evento isquémico (Huang et al., 2021). Dependendo do território vascular afetado, a função executiva pode sofrer grande impacto se ocorrerem lesões nos lobos frontais (Huang et al., 2021). Podem ocorrer períodos de desorientação súbita ou confusão, sobretudo nas fases iniciais de pequenos enfartes sucessivos (Sanders et al., 2023). Hemiparesias, alterações de marcha ou reflexos patológicos também podem surgir, dependendo das áreas cerebrais afetadas (Sanders et al., 2023).

O tratamento da demência vascular foca-se sobretudo no controlo dos fatores de risco cardiovascular. O tratamento de hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia e a cessação tabágica são fundamentais para prevenir novos eventos vasculares (Sanders et al., 2023). Intervenções que visam a adoção de estilos de vida saudáveis, com dieta equilibrada e exercício físico regular, podem travar a progressão da doença (Gupta et al., 2021). Podem ser usados fármacos antiplaquetários (ex.: ácido acetilsalicílico) ou anticoagulantes se houver fibrilhação auricular, com vista a diminuir o risco de novos enfartes (Huang et al., 2021). Em alguns casos, inibidores da colinesterase ou memantina podem ser prescritos, sobretudo se houver um padrão “misto” (demência vascular e Alzheimer) (Huang et al., 2021).

A reabilitação neuropsicológica é focada no treino de funções executivas, velocidade de processamento e estratégias compensatórias para memória e orientação (Gupta et al., 2021). Intervenções multidisciplinares, incluindo fisioterapia e terapia ocupacional, são recomendadas para otimizar capacidades remanescentes e reeducar funções motoras se necessário (Saúde et al., 2023). É também essencial informar o cuidador e a família sobre a possibilidade de

progressão da DV em “degraus” e a potencial sobrecarga emocional associada (Sanders et al., 2023). Para além disso, é necessário assegurar o envolvimento de equipas de enfermagem, serviço social e apoios comunitários para gestão de complicações e suporte ao domicílio (Sanders et al., 2023).

À luz do MAR, a DV introduz exigências complementares nos modos de adaptação, devido às alterações vasculares que podem surgir de forma súbita e imprevisível. Na perspetiva fisiológica, o enfermeiro atua na monitorização e controlo dos fatores de risco, bem como na vigilância dos défices motores e sensoriais decorrentes das lesões. O modo de função de papel, por exemplo, pode ser seriamente afetado quando o utente perde a capacidade de desempenhar tarefas profissionais ou familiares. Além disso, a componente de interdependência requer uma intervenção sistemática na capacitação de cuidadores, sobretudo para lidar com mudanças abruptas no estado cognitivo e funcional do utente. Desta forma, o enfermeiro especialista, ao promover estratégias de *coping* e colaborar com equipas multidisciplinares, contribui para que o utente e a sua família mantenham o máximo de adaptação e qualidade de vida, apesar do curso clínico frequentemente irregular desta patologia (Roy, 2016; Roy et al., 2009).

Em suma, a demência de Alzheimer e a DV são duas das principais causas de declínio cognitivo progressivo em adultos idosos, podendo também coexistir (demência mista). Embora partilhem alguns sintomas, distinguem-se pela fisiopatologia subjacente e pelo padrão de evolução, refletindo-se nas abordagens terapêuticas. A compreensão das especificidades de cada patologia permite ao enfermeiro adaptar as estratégias de avaliação, intervenção e ensino ao utente e aos familiares/cuidadores, promovendo a funcionalidade e a melhor qualidade de vida possível em cada estágio da doença (Gibson et al., 2020; Yaghmour, 2022). À luz do MAR, a resposta da pessoa com demência e respetiva família a estes estímulos (declínio cognitivo, eventos vasculares, alterações comportamentais) exige uma intervenção holística, que inclua medidas para fortalecer os mecanismos de *coping*, promover a autoestima, ajustar a função de papel e fortalecer as redes de apoio, de modo a fomentar uma adaptação positiva em cada estágio evolutivo da doença.

Instrumentos de avaliação

O recurso a instrumentos de avaliação é fundamental, uma vez que permite que os enfermeiros recolham dados, planeiem e façam uma avaliação das intervenções previamente implementadas. Estas possibilitam a melhoria na qualidade dos cuidados prestados e consequentemente reflete-se na melhoria da qualidade de saúde dos utentes (Castro, 2021).

O MoCA foi desenvolvido por Nasreddine et al. (2005) para detetar défices cognitivos ligeiros, muitas vezes não identificados em testes mais tradicionais, como o MMSE. Avalia domínios como a atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, habilidades

visuoespaciais, cálculo, orientação e abstração. Este é especialmente indicado em estádios iniciais de demência ou em casos de queixas cognitivas ainda pouco específicas, podendo detetar sinais subclínicos ou quadros de comprometimento cognitivo ligeiro. A aplicação dura aproximadamente 10 a 15 minutos, com uma pontuação máxima de 30. Geralmente, valores inferiores a 26 sugerem défices cognitivos, embora seja necessário considerar variáveis como a escolaridade, a língua materna e outros fatores culturais (Freitas et al., 2011; Nasreddine et al., 2005).

Estudos de validação em Portugal (Freitas et al., 2011) demonstraram boa sensibilidade e especificidade do MoCA para a triagem de défices cognitivos ligeiros e demências incipientes, reforçando a utilidade deste instrumento em diferentes contextos clínicos e populacionais. Este instrumento de avaliação foi aplicado com a finalidade de diagnosticar e monitorizar possíveis défices cognitivos com o objetivo de desenvolver um plano de cuidados individualizado e personalizado, ajustado às necessidades da utente.

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi originalmente concebido por Beck et al. na década de 1960, sendo posteriormente revisto e atualizado (Beck et al., 1996). A versão mais recente, BDI-II, é amplamente utilizada em contexto clínico e de investigação para avaliar a intensidade e a gravidade dos sintomas depressivos. Composto por 21 itens que abrangem diversas dimensões do humor, pensamentos negativos, alterações de sono e apetite, entre outros sintomas, o BDI procura quantificar o grau de perturbação depressiva. A sua aplicação é simples e requer, em média, 5 a 10 minutos. Pontuações mais elevadas indicam maior severidade do quadro depressivo, orientando o profissional de saúde para intervenções mais específicas ou encaminhamento para psiquiatria/psicologia clínica (Beck et al., 1996).

Ao longo das décadas, o BDI demonstrou alta consistência interna (coeficientes alfa de Cronbach geralmente acima de 0,80) e correlações positivas com outros instrumentos de rastreio de depressão, o que lhe confere robustez psicométrica (Beck et al., 1996; Subica et al., 2014; Valdés et al., 2017). Em Portugal, existem estudos de adaptação e validação que confirmam a adequação deste instrumento a diferentes faixas etárias e contextos (Vaz-Serra & Pio-Abreu, 1973; Campos & Gonçalves, 2011).

Nos casos de diagnóstico demência de Alzheimer e a DV precoce a depressão pode ser mais intensa devido ao impacto da doença nas relações sociais, profissionais e pessoais do indivíduo, acentuando o sofrimento psicológico e as dificuldades no enfrentamento da doença (Smid et al., 2022). A aplicação do BDI permite avaliar a intensidade e gravidade dos sintomas depressivos e a partir daí desenvolver um plano de cuidados personalizado.

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), desenvolvido por Beck e Steer (1993), é um questionário autoaplicado composto por 21 itens que avaliam sintomas somáticos e cognitivos de ansiedade, como sudorese, tremores, preocupações excessivas, entre outros. Destina-se a

identificar a presença e a intensidade dos sintomas ansiosos, permitindo uma distinção mais precisa entre ansiedade e depressão, dado que muitos quadros clínicos apresentam sintomas sobrepostos. Cada item é classificado numa escala de quatro pontos (0-3), resultando numa pontuação total que indica a gravidade da ansiedade. Em média, o preenchimento do BAI leva cerca de 5 a 10 minutos (Beck & Steer, 1993).

Apresenta elevada fidedignidade e uma boa sensibilidade na deteção de quadros de ansiedade (Beck et al., 1988). Vários estudos apontam a solidez do BAI para diferenciar sintomas ansiosos de outra sintomatologia afetiva, nomeadamente depressão (Geissner et al., 2018; Kabacoff et al., 1997; Freeston et al., 1994). Em Portugal, foram realizadas adaptações e estudos de validação, confirmando a utilidade do BAI em diversos contextos clínicos, como cuidados de saúde primários e unidades de saúde mental (Quintão et al., 2013).

Nos casos de diagnóstico demência de Alzheimer e a DV precoce, a ansiedade pode ser mais intensa devido ao impacto da doença nas relações envolventes (Smid et al., 2022), também o facto da utente ter como antecedente pessoal perturbação da ansiedade pode influenciar negativamente a eficácia do plano de cuidados implementado. A aplicação do BAI permite identificar a presença e a intensidade dos sintomas ansiosos e a partir daí desenvolver um plano de cuidados personalizado e eficaz, tendo em conta os resultados obtidos na aplicação deste inventário.

A Escala de Lawton, proposta originalmente por Lawton e Brody (1969), tem como finalidade avaliar o grau de independência do indivíduo na realização das AIVD, tais como fazer compras, preparar refeições, gerir as finanças, usar transportes ou organizar a medicação. Ao contrário das Atividades Básicas da Vida Diária (como tomar banho ou vestir-se), as AIVD requerem um nível de autonomia cognitiva e funcional superior. Assim, a Escala de Lawton oferece informações relevantes sobre a capacidade do utente de viver de forma independente na comunidade. A aplicação consiste em questionar o próprio utente e/ou o cuidador sobre a capacidade para executar tarefas como gerir a casa, cozinhar ou manusear dinheiro e medicamentos (Araújo et al., 2007).

A pontuação varia consoante a competência declarada ou observada em cada domínio (por exemplo, pode ser atribuída uma pontuação de 0 - 1 ou 0 - 2, dependendo da versão) e indica o grau de autonomia ou dependência em cada tarefa. Pontuações mais altas sugerem maior independência nas AIVD, enquanto valores baixos podem evidenciar a necessidade de supervisão ou ajuda (Lawton & Brody, 1969; Araújo et al., 2007).

Em Portugal, a versão adaptada por Araújo et al. (2007) comprovou a utilidade desta escala na identificação de limitações funcionais em pessoas idosas, servindo de guia para a implementação de intervenções de enfermagem e equipas multidisciplinares.

A aplicação desta escala permite monitorizar a capacidade funcional da utente e identificar

dificuldades funcionais para as quais possa necessitar de ajuda ou supervisão na sua realização.

Intervenção Psicoterapêutica de Estimulação Cognitiva

Uma intervenção psicoterapêutica é uma aplicação informada e intencional de técnicas de Psicoterapia. Segundo Sampaio, Sequeira, & Lluch Canut (2014) assentas nos seguintes princípios:

- É estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial;
- Realizada por um EESMP;
- É baseada em um ou mais racionais teóricos de Psicoterapia;
- desenvolvida de acordo com um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental;
- O utente deve desempenhas um papel ativo e tem, necessariamente, alguma consciência de si;
- Necessidade de 3 a 12 sessões para ser realizada;
- Assenta na relação terapêutica e na comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente;
- O objetivo é alterar ou atenuar um estado considerado negativo pelo utente, através do estabelecimento de metas definidas entre o enfermeiro e o paciente no inicio da intervenção.

A estimulação cognitiva é uma intervenção psicoterapêutica, não farmacológica que tem como objetivo preservar ou melhorar as funções cognitivas de pessoas com défices intelectuais ou demências (Reshmathi & Verma, 2024). Envolve um conjunto de atividades estruturadas que estimulam áreas como memória, linguagem, atenção, orientação e funções executivas, adaptadas ao perfil de cada utente (Aguirre et al., 2013).

É utilizada nos estadios iniciais ou moderados de demências, como a doença de Alzheimer ou a DV (Spector et al., 2024; Clare & Woods, 2004). Pode ser aplicada individualmente ou em grupo, em ambiente clínico, domiciliário ou através de plataformas digitais (Gonzalez-Moreno et al., 2022; Rai et al., 2020). A sua adoção precoce pode abrandar o declínio cognitivo e prolongar a autonomia do utente na realização das atividades de vida diária (Spector et al., 2019).

Deve ser desenvolvida iniciando sempre por uma avaliação das áreas cognitivas preservadas e das que se encontram mais comprometidas, definindo objetivos claros (como reforçar memória de curto prazo ou trabalhar funções executivas). Posteriormente devem ser implementadas sessões regulares com exercícios de atenção, *puzzles* de associação, recordação de eventos (terapia de reminiscência), jogos de palavras, treino de orientação temporal e espacial, entre outros (Woods et al., 2012).

A intensidade e a duração variam: estudos indicam benefícios com 2 a 3 sessões semanais, de 30 a 45 minutos cada (Spector et al., 2019; Spector et al., 2003). É fundamental ajustar as tarefas ao nível de dificuldade adequado, assegurando reforço positivo e promovendo a

participação do utente (Woods et al., 2012).

O Computer Assisted Cognitive Rehabilitation (*Cogweb*) é um sistema online criado pela empresa Neuroinova para suportar programas individualizados de reabilitação e estimulação das funções cognitivas (Albuquerque, 2021; Neuroinova, 2025; Oliveira, 2016).

Possibilita:

- **Configuração Personalizada:** O enfermeiro especialista configura exercícios específicos dentro da plataforma, ajustando a dificuldade, o tipo de tarefas (cálculo, memória, atenção etc.) e a duração das sessões de acordo com a evolução do utente.
- **Acesso Simples:** O *Cogweb* é acedido em casa ou na instituição através de um computador/tablet com ligação à internet. Esta facilidade permite continuar o treino mesmo fora do contexto clínico, promovendo aderência e continuidade.
- **Feedback e Monitorização:** O sistema regista o desempenho, permitindo ao profissional de saúde analisar a evolução e ajustar o plano de treino. Assim, há maior controlo sobre as áreas que necessitam de intervenção mais intensiva.
- **Integração Multidisciplinar:** A plataforma pode ser integrada num programa multidisciplinar de reabilitação, complementando outras estratégias, como terapia ocupacional ou intervenção em grupo. (Albuquerque, 2021; Neuroinova, 2025).

A estimulação cognitiva com o recurso ao *Cogweb*, facilita respostas adaptativas nos quatro modos descritos por Roy (2016):

- **Modo Fisiológico:** Promove a estimulação neuronal e pode atenuar o ritmo de declínio de certas áreas cognitivas, contribuindo para a homeostasia cerebral.
- **Modo Autoconceito:** Ao sentir maior controlo sobre a memória ou a atenção, a pessoa reforça a autoestima e a perceção de competência, mesmo numa fase de demência incipiente.
- **Modo Função de Papel:** A melhoria ou estabilização das competências cognitivas favorece a manutenção das atividades ocupacionais e sociais, prolongando a capacidade de desempenhar papéis na família e na comunidade.
- **Modo Interdependência:** Quando o treino é partilhado com cuidadores ou envolve feedback constante, fomenta a cooperação e reforça as redes de apoio, melhorando a interação com a família e a equipa de saúde.

O Cuidador Informal

Em Portugal, o Estatuto do Cuidador Informal define o cuidador informal como a pessoa que presta cuidados regulares ou permanentes a outra pessoa em situação de dependência, com quem tenha uma relação familiar ou de proximidade. Este estatuto distingue entre o cuidador informal principal, que assume a responsabilidade pelos cuidados de forma permanente, e o cuidador informal não principal, que presta cuidados de forma regular, mas não permanente, podendo ou não auferir remuneração pelo desempenho dessa função (Diário da República, 2019).

No contexto das demências, este papel ganha uma importância acrescida, pois o cuidador participa ativamente na gestão das rotinas, da medicação e na supervisão das alterações cognitivas e comportamentais, contribuindo decisivamente para a manutenção do utente no seu domicílio durante o maior período possível (Frias et al., 2020). Este é responsável pela:

- **Manutenção da Autonomia do Utente:** O cuidador informal ajuda o utente a manter a maior independência possível, adaptando as tarefas às limitações cognitivas e físicas (Gillespie et al., 2014).
- **Deteção Precoce de Alterações:** Por acompanhar diariamente o utente, o cuidador é capaz de identificar precocemente deteriorações do estado de saúde ou alterações de comportamento, referenciando-as aos profissionais de saúde (Frias et al., 2020).
- **Prevenção de Internamentos Desnecessários:** Vários estudos indicam que o suporte familiar eficiente reduz o recurso a internamentos prolongados ou institucionalização precoce, sempre que o ambiente doméstico ofereça condições mínimas de segurança (Weaver & Weaver, 2014; Gillham et al., 2024; Penrod et al., 2000).

A psicoeducação ao cuidador informal, segundo Lukens e McFarlane (2004), é uma abordagem profissional que combina técnicas psicoterapêuticas com estratégias educativas, com o objetivo de capacitar os cuidadores informais, promovendo o conhecimento, a adaptação e o empoderamento face a situações de doença ou desafios significativos da vida. Esta abordagem, centrada na competência e na colaboração, baseia-se em vários modelos teóricos como a teoria dos sistemas ecológicos, a terapia cognitivo-comportamental e os modelos de *coping* e suporte social. A psicoeducação foca-se na transmissão de informação sobre o estado de saúde (como a demência ou outras doenças crónicas), no desenvolvimento de competências práticas (como resolução de problemas e estratégias de comunicação), no fortalecimento emocional e no suporte social, promovendo uma participação ativa e fundamentada dos cuidadores no processo de cuidado.

No contexto do cuidado informal, a psicoeducação ajuda o cuidador a compreender melhor a doença, as suas manifestações e as estratégias adequadas de gestão (Abreu et al., 2015). De uma forma geral:

- Fornece informação estruturada sobre a patologia (neste caso, as alterações cognitivas e comportamentais na demência de Alzheimer e/ou vascular) (Cristancho-Lacroix et al., 2015; Theißen et al., 2024).
- Apoia na criação de competências práticas (por exemplo, métodos de comunicação simplificada, gestão de alterações de comportamento, organização de rotinas) (Cristancho-Lacroix et al., 2015; Alves et al., 2015; Theißen et al., 2024).
- Reforça a adaptação emocional do cuidador, promovendo estratégias de *coping* positivo, como técnicas de relaxamento, partilha de experiências em grupo ou procura de suportes comunitários (Theißen et al., 2024; Alves et al., 2015).

Estas intervenções são de grande importância no contexto de doenças neurodegenerativas como a demência, uma vez que os cuidadores informais, além de prestarem cuidados físicos e

logísticos, lidam com desafios emocionais complexos. A evidência aponta que intervenções estruturadas, presenciais ou online, podem melhorar a autoconfiança, reduzir a sobrecarga e aumentar o sentimento de preparação dos cuidadores para lidar com a progressão da doença (Cristancho-Lacroix et al., 2015; Theißen et al., 2024).

No contexto do MAR, o cuidador informal enquadra-se no modo de interdependência, pois as relações interpessoais e as fontes de apoio externo constituem elementos centrais para a adaptação do utente e do próprio cuidador. A forma como o cuidador se adapta (e recebe suporte psicológico) repercute-se na capacidade do utente responder adaptativamente às limitações cognitivas; ao mesmo tempo, a evolução da demência afeta a saúde mental do cuidador (Roy, 2016).

Fornecer psicoeducação e apoio ao cuidador informal facilita a adaptação conjunta, incentivando o desenvolvimento de estratégias de *coping* positivo e promovendo a estabilidade emocional de ambos (Camarena et al., 2022; Rosas-Santiago et al., 2023).

A qualidade de vida dos cuidadores informais está intimamente ligada ao seu bem-estar psicológico e à perceção de apoio social. A literatura mostra que os cuidadores que relatam níveis mais baixos de suporte familiar ou institucional apresentam piores indicadores de qualidade de vida (Frias et al., 2020). A ausência de apoio pode levar ao isolamento social, sentimento de incapacidade e perda de identidade pessoal, reforçando o ciclo de sobrecarga (Peeters et al., 2010).

O impacto psicossocial da prestação de cuidados informais é vastamente reconhecido. Os cuidadores enfrentam elevados níveis de sobrecarga, que se traduzem em repercussões na sua saúde física e mental, nomeadamente maior risco de depressão, ansiedade, distúrbios do sono e doenças cardiovasculares (Allen et al., 2019; Frias et al., 2020). A sobrecarga é influenciada por múltiplos fatores, entre os quais se destacam os comportamentos desafiantes da pessoa com demência e as questões de segurança no ambiente domiciliário. Estes fatores, mesmo quando controladas as alterações cognitivas e funcionais, mantêm uma associação significativa com a carga sentida pelo cuidador (Allen et al., 2019).

Apesar das dificuldades, os cuidadores também identificam aspetos positivos no seu papel, como o reforço do vínculo com a pessoa cuidada, a satisfação pessoal e o desenvolvimento de competências de resiliência (Nordtug et al., 2021). No entanto, estes benefícios só se manifestam quando os cuidadores dispõem de apoio emocional, informação adequada e oportunidades para cuidar de si próprios.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 70 anos | Feminino

Cuidador

16-12-2024 18:00

- 16-12-2024 18:00 - Parentesco: cônjuge.
- 16-12-2024 18:00 - Coabita com a pessoa dependente.
- 16-12-2024 18:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.
- 16-12-2024 18:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.
- 16-12-2024 18:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.
- 16-12-2024 18:00 - Verbalizações de dúvidas relativamente à evolução do diagnóstico e tratamento da utente
- 16-12-2024 18:00 - 'Manifesta inquietação e receio relativamente ao futuro durante a entrevista clínica

10-02-2025 18:00

- 10-02-2025 18:00 - Parentesco: cônjuge.
- 10-02-2025 18:00 - Coabita com a pessoa dependente.
- 10-02-2025 18:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.
- 10-02-2025 18:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.
- 10-02-2025 18:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.
- 10-02-2025 18:00 - Verbalizações de dúvidas relativamente à evolução do diagnóstico e tratamento da utente
- 10-02-2025 18:00 - 'Manifesta inquietação e receio relativamente ao futuro durante a entrevista clínica

4.3. Medicação

Início

2024-12-16 18:00:00
2024-12-16 18:00:00
2024-12-16 18:00:00
2024-12-16 18:00:00

Medicação

Betaistina 16mg
Esomeprazol 20mg
Memantina 15mg
Sertralina 50mg

Fim

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Para além das intervenções psicoterapêuticas e psicossociais, a Sra. IM mantém um regime farmacológico orientado para o controlo de comorbilidades. A compreensão das indicações, mecanismos de ação e potenciais reações adversas de cada fármaco é fundamental para o desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem que promova a adesão ao regime medicamentoso e o controlo dos sintomas.

Betaistina 16 mg

A betaistina é frequentemente utilizada no controlo de vertigens ou perturbações do equilíbrio, sendo potencialmente benéfica em utentes com queixas de tonturas ou desequilíbrios. Uma meta-análise de Della Pepa et al. (2006) demonstrou a eficácia da betaistina em casos de vertigens de diversas etiologias (excluindo Doença de Ménière), incluindo vertigem paroxística posicional e insuficiência vertebrobasilar, apontando uma melhoria significativa dos sintomas em comparação com o placebo.

Em doentes idosos, é essencial vigiar possíveis efeitos gastrointestinais e cefaleias, bem como avaliar se há melhoria efetiva das queixas de vertigens. Lacour (2013) sublinha que, embora a betaistina seja geralmente bem tolerada, a sua eficácia está relacionada com a dose e duração do tratamento, sendo recomendados períodos de 3 a 8 semanas para obter benefícios significativos.

O enfermeiro deve reforçar a toma no horário certo, sobretudo se a utente tender a esquecer-se, oferecendo estratégias de organização. Esta orientação está alinhada com o papel da adesão terapêutica descrito nas diretrizes NICE (2020), que apontam que a betaistina pode ser considerada para o alívio sintomático de perturbações vestibulares, desde que o seu uso seja avaliado clinicamente em função da resposta do utente e da ausência de efeitos adversos relevantes.

Embora raras, deve-se atentar a eventuais interações com outros fármacos que possam aumentar sonolência ou comprometer a pressão arterial (NICE, 2020).

Esomeprazol 20 mg

O esomeprazol é um inibidor da bomba de prótons, frequentemente prescrito para proteger a mucosa gástrica ou tratar a doença do refluxo gastroesofágico. A sua eficácia no alívio dos sintomas típicos do refluxo, como a azia e a dor epigástrica, foi comprovada por Hou et al. (2020), através de uma meta-análise de ensaios clínicos randomizados, que demonstrou uma melhoria significativa dos sintomas e uma menor taxa de recaídas face ao placebo.

É essencial vigiar a adesão ao tratamento, dado que a interrupção precoce ou o uso irregular

pode comprometer a eficácia e aumentar o risco de complicações digestivas. Esta vigilância é particularmente relevante em doentes polimedicados ou com história de problemas gástricos. Teng et al. (2015) reforçam esta preocupação ao sublinhar que, apesar da eficácia ligeiramente superior do esomeprazol face ao omeprazol na cicatrização da esofagite de refluxo, tal benefício é marginal e pode ser condicionado por fatores como a adesão ao regime terapêutico, duração do tratamento e características individuais, como o metabolismo de fármacos via CYP2C19.

Memantina 15 mg

A memantina é um fármaco utilizado para desacelerar a progressão dos défices cognitivos em pessoas com Doença de Alzheimer em estágio moderado a grave. Atua como antagonista não competitivo dos recetores NMDA, reduzindo a excitotoxicidade induzida pelo glutamato — um mecanismo associado à degeneração neuronal na doença de Alzheimer. A memantina bloqueia preferencialmente os recetores NMDA extrasinápticos, o que contribui para proteger os neurónios sem comprometer a transmissão sináptica normal, tornando-a eficaz e bem tolerada (Kuns et al., 2024). Adicionalmente, para além da sintomatologia cognitiva, a memantina pode também contribuir para atenuar manifestações neuropsiquiátricas, nomeadamente agitação, agressividade e alucinações, normalmente presentes em fases avançadas da doença. Como salientado por Folch et al. (2018), embora os efeitos clínicos sejam considerados modestos, a memantina revela potencial neuroprotetor, sobretudo quando administrada em combinação com inibidores da colinesterase.

Sertralina 50 mg

A Sertralina trata-se de um antidepressivo inibidor seletivo da recaptação da serotonina, prescrito para o controlo de humor depressivo e ansiedade, ambos identificados neste caso. É considerada um dos fármacos de primeira linha no tratamento da depressão major, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação de pânico, entre outras indicações. O seu mecanismo de ação baseia-se na inibição seletiva da recaptação da serotonina ao nível do recetor pré-sináptico, promovendo a acumulação desta no espaço sináptico e, conseqüentemente, a regulação do humor e do estado emocional (Singh & Saadabadi, 2023).

Geralmente é bem tolerada e apresenta como reações adversas mais comuns as náuseas, tonturas, alterações do sono e, por vezes, alterações do apetite. A sua utilização requer alguma vigilância, nomeadamente em idosos, devido ao risco aumentado de hiponatremia ou síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (Singh & Saadabadi, 2023).

A estabilização do humor favorece não só a melhoria global da qualidade de vida, como também pode facilitar uma maior adesão aos restantes tratamentos e reduzir a resistência às intervenções de estimulação cognitiva. A literatura demonstra que a sertralina pode melhorar significativamente os sintomas de ansiedade e proporcionar benefícios no bem-estar mental,

mesmo em casos de depressão ligeira a moderada, sendo também útil em utentes sem diagnóstico formal de depressão major (Lewis et al., 2019).

A enfermagem deve acompanhar a evolução do humor, a adesão terapêutica, a ocorrência de reações adversas e sinais de ideação suicida, sobretudo nas fases iniciais do tratamento. O risco de ideação suicida é mais elevado nos primeiros tempos de administração e em adultos jovens, sendo crucial um acompanhamento próximo e atento nestas fases (Sheehan & Kamijima, 2009).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

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

Durante o processo de interação com o utente não foi necessário realizar nenhum tipo de ação terapêutica.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
16-12-2024 18:00	Memória	
16-12-2024 18:00	Autogestão do regime medicamentoso	
16-12-2024 18:00	Atenção	
16-12-2024 18:00	Emoção	

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

A escolha dos domínios identificados no estudo de caso foi baseada na necessidade de uma abordagem holística ao utente de forma a promover a qualidade de vida e aumentar a eficácia do plano de cuidados desenvolvido.

A seleção dos domínios — Emoção, Memória, Atenção e Autogestão do Regime Medicamentoso deriva, portanto, de uma análise cuidadosa dos antecedentes pessoais, do quadro clínico da

utente, das escalas de avaliação aplicadas (MoCA, BAI, BDI, Lawton, MMSE) e dos princípios teóricos do MAR (2016). Cada domínio representa áreas onde a intervenção de enfermagem especializada pode promover a adaptação funcional, incrementar a autonomia, prevenir riscos de agravamento e favorecer o bem-estar global da utente e do seu cuidador.

A escolha de cada um baseia-se numa análise rigorosa das necessidades da utente e dos respetivos fatores que comprometem a sua funcionalidade e bem-estar psicossocial. Seguidamente, justifica-se cada domínio de forma individual, suportada pela literatura científica.

Emoção

A aplicação do BAI revelou um nível de ansiedade moderada, com uma pontuação de 29, enquanto o BDI indicou a presença de depressão ligeira a moderada, com uma pontuação de 17. Ambos os instrumentos confirmam a presença de sintomas emocionais negativos que comprometem a qualidade de vida e podem agravar o défice cognitivo (Smid et al., 2022). A existência de antecedentes pessoais de depressão e perturbação de ansiedade constitui um fator adicional que pode intensificar estes sintomas emocionais negativos.

Nos estádios iniciais da doença de Alzheimer, é comum que a ansiedade e a depressão surjam como resposta psicológica ao desenvolvimento da própria doença, bem como em consequência das dificuldades associadas ao enfrentamento das mudanças cognitivas e funcionais. Em casos de diagnóstico precoce, estes sintomas tendem a ser mais intensos, refletindo o impacto da doença nas esferas social, profissional e pessoal do indivíduo, o que acentua o sofrimento psicológico e dificulta o enfrentamento da doença (Smid et al., 2022).

Além disso, a sintomatologia depressiva pode estar relacionada com a redução da função neurocognitiva, afetando domínios como a função executiva, a memória de curto prazo, a capacidade visuoespacial, a velocidade psicomotora e o processamento de informações, comprometendo o desempenho em tarefas cognitivamente exigentes (Paiva, 2023).

De acordo com Roy (2016), o domínio do autoconceito inclui a componente emocional e a percepção de si próprio. A presença de sintomas ansiosos e depressivos compromete a adaptação às limitações cognitivas, aumentando o risco de isolamento e de diminuição da funcionalidade. Assim, a gestão adequada dos níveis de ansiedade e depressão revela-se fundamental para otimizar a adesão terapêutica, reforçar a autoestima e potenciar a motivação para a participação ativa nas sessões de estimulação cognitiva (Casemiro et al., 2016; Brooks et al., 2021).

A identificação deste domínio justifica-se, portanto, pela necessidade de desenvolver estratégias de gestão da ansiedade, apoio emocional e acompanhamento do humor depressivo, visando melhorar a motivação para as intervenções cognitivas (Zhu et al., 2019). A intervenção especializada, que pode incluir a psicoeducação e a monitorização regular, demonstra potencial para reduzir os sintomas ansiosos e estabilizar o humor, contribuindo para a melhoria da

qualidade de vida (Sulistiyo et al., 2017; Mathew, 2022; Sampaio et al., 2018).

Ao longo das consultas de enfermagem foram realizados ensinamentos sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade e de relaxamento de forma a minimizar os impactos negativos desta sintomatologia no quotidiano da utente, promovendo o desenvolvimento de competências de autorregulação emocional, através da respiração diafragmática, de práticas de *mindfulness* (Chen et al., 2020), de ensinamentos sobre a importância da realização de atividade de lazer e de focar a atenção em atividades que proporcionem relaxamento, foi oferecida disponibilidade para escuta ativa, validando os sentimentos de preocupação e medo expressos pela utente (Griep et al., 2016; Hirota et al., 2023). O ensino sobre estas estratégias teve como finalidade potenciar a capacidade da utente para lidar com a ansiedade, reduzindo a frequência e a intensidade dos episódios e contribuindo, assim, para uma maior adesão às intervenções terapêuticas e uma melhoria geral do bem-estar.

Contudo, nesta fase inicial do tratamento, não foram realizadas intervenções específicas para melhoria do humor depressivo ligeiro apenas foi realizada uma monitorização contínua do humor de forma a detetar precocemente possíveis agravamentos, dado que a utente não manifestou disponibilidade ou interesse em outro tipo de abordagem que não estivesse diretamente relacionado com as queixas de alterações cognitivas. Esta decisão justifica-se pela necessidade de respeitar o momento e a motivação do utente, evitando intervenções que pudessem ser percecionadas como descontextualizadas ou invasivas, e privilegiando uma abordagem centrada nas preocupações prioritárias expressas pelo próprio utente (Miller & Rollnick, 2013).

Memória e Atenção

A avaliação cognitiva realizada através do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) evidenciou défices significativos nos domínios da memória e da atenção, consistentes com o diagnóstico de demência de Alzheimer e vascular em fase inicial. A memória, particularmente nas vertentes de armazenamento e evocação, é um dos primeiros domínios a ser comprometido nas demências, manifestando-se por esquecimentos frequentes, dificuldades em lidar com rotinas e necessidade crescente de supervisão (Buccellato et al., 2023).

A memória é responsável pelo armazenamento e evocação de informações, sensações e experiências, sendo essencial para a identidade pessoal e para a orientação no quotidiano. Está intimamente relacionada com outras funções cognitivas, como a função executiva e a aprendizagem (Júnior & Faria, 2015). A perda de memória constitui uma resposta mal adaptativa às alterações neurodegenerativas, exigindo intervenções de enfermagem que promovam estratégias compensatórias para manter a funcionalidade (Roy, 2016).

Simultaneamente, os défices de atenção observados comprometem a capacidade de concentração e de execução de tarefas quotidianas, como a gestão da medicação e a realização

de atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Alterações na circuitaria frontal e parietal podem justificar a redução da atenção, sendo que a enfermagem deve atuar na reeducação ou compensação desta resposta adaptativa comprometida (Ramzaoui et al., 2018; Roy, 2016). . A existência de défices de atenção faz com que a utente possa não conseguir desempenhar de forma eficaz o seu papel no local de trabalho (costureira) ou na administração do negócio. O treino da atenção através de exercícios estruturados (como a estimulação cognitiva) potencia a participação ativa em atividades cognitivas e de reabilitação (Clare & Woods, 2004). Proporcionar ambientes calmos e livres de distrações otimiza a capacidade de concentração.

Intervenções como a estimulação cognitiva, através de plataformas como o Cogweb, e o treino mnemónico têm demonstrado eficácia na mitigação das limitações funcionais associadas aos défices de memória e atenção, promovendo a autonomia e o bem-estar dos utentes com demência (Woods et al., 2023; Cafferata et al., 2021).

No contexto da demência, a presença de um cuidador informal, geralmente um membro da família, é comum e essencial para a promoção da autonomia e supervisão das atividades da vida diária (AVD) e AIVD. Estes cuidadores desempenham um papel crucial na qualidade de vida das pessoas com demência, sendo que intervenções adequadas podem reduzir a sua sobrecarga, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida tanto dos utentes quanto dos próprios cuidadores (Zarit et al., 1980; Brodaty & Donkin, 2009).

A implementação de psicoeducação dirigido ao cuidador informal (anexo IV) permite a partilha de experiências e estratégias de gestão do stress ou *burnout*. Estudos destacam a importância de envolver ativamente o cuidador em sessões de ensino, assegurando a continuidade dos cuidados em casa e promovendo uma atitude mais confiante e resiliente (Rodriguez et al., 2021; Whitlatch et al., 2019; Camarena et al., 2022; Frias et al., 2020; Shin et al., 2024).

A sobrecarga do cuidador é reconhecida como um fator que influencia a evolução do doente com demência e pode conduzir a perturbações mentais no próprio cuidador (Scerbe et al., 2023; Cham et al., 2022). O MAR sublinha a importância do suporte e das relações interpessoais no processo de adaptação, sendo o cuidador um elemento-chave para apoiar a estimulação cognitiva, a gestão da medicação e a prevenção de riscos. A sua formação e acompanhamento psicológico são cruciais para a sustentação do plano terapêutico (Roy, 2016; Barczak & Gabryelewicz, 2021; Gillespie et al., 2016).

Autogestão do Regime Medicamentoso

A Escala de Lawton revelou alteração especificamente na dimensão relativa ao manuseamento de medicação: a utente não se lembra, com frequência, se tomou ou não os comprimidos. Também o facto de ser uma utente polimedicada com um esquema medicamentoso complexo pode dificultar a adesão ao regime terapêutico, factos que justificam a identificação deste domínio. Uteses com demência demonstram dificuldades na autogestão da medicação devido a

déficits sobretudo de memória e atenção (Ownby et al., 2006).

A gestão do regime terapêutico é uma componente do autocuidado, sendo um foco de atuação em enfermagem no qual capacidade para gerir o regime é essencial. A capacidade para gerir a medicação é definida como uma competência para autogerir o regime medicamentoso prescrito e para aderir à terapêutica medicamentosa (ICN, 2019). Esta pode ser definida como a capacidade do paciente cumprir a medicação prescrita, com dose correta, frequência, horário, via e a continuidade da sua utilização, sem erros (Oliveira, 2015).

O regime medicamentoso é fundamental para estabilizar a doença, controlar sintomas depressivos/ansiosos e retardar o declínio cognitivo. A gestão terapêutica inadequada pode causar complicações como a progressão acelerada da demência. A literatura sugere que a utilização de dispositivos, como caixas de comprimidos organizadas, pode ajudar a melhorar a adesão ao tratamento (Ooi et al., 2018).

A adesão correta à terapêutica — nomeadamente a memantina e a sertralina — é fundamental para controlar os sintomas e retardar a progressão das demências. Falhas regulares podem agravar a deterioração cognitiva, o humor depressivo e favorecer recaídas (Dhikav et al., 2013; Arlt et al., 2008).

De acordo com o MAR, a autonomia na gestão da medicação é parte integrante do autocuidado e do desempenho de papéis sociais. Quando comprometida, indica necessidade de intervenções de enfermagem e suporte do cuidador (Roy, 2016). Tomar a medicação de forma errática pode exacerbar sintomas, desde agravamento do humor (falha na sertralina) até défices cognitivos (falha na memantina).

Quando a autogestão do regime terapêutico se encontra comprometida surge a necessidade de Intervenções de educação para a saúde, planeando soluções práticas (caixas organizadoras diárias, lembretes de telemóvel) e envolvendo o cuidador informal para verificar efetivamente a adesão (Huang et al., 2024; Liu et al., 2024).

Justificação da escolha da Estimulação cognitiva

A seleção da estimulação cognitiva como foco principal de intervenção neste estudo de caso fundamenta-se em quatro fatores-chave, os quais sustentam a sua relevância tanto em termos clínicos como no enquadramento do MAR. Em primeiro lugar, destacam-se os benefícios de médio e longo prazo. Vários ensaios clínicos controlados demonstram que a prática regular de exercícios cognitivos pode atrasar a progressão dos défices, sobretudo nos estádios iniciais da demência (Radić et al., 2021; Woods et al., 2023; Garcia Campuzano & Moussavi, 2013). Ainda que não revertam o processo neurodegenerativo, estas intervenções revelam-se eficazes na melhoria do desempenho em tarefas do quotidiano, contribuindo para a manutenção da funcionalidade e, conseqüentemente, da autonomia (Clare & Woods, 2004).

Em segundo lugar, a estimulação cognitiva mostra um elevado potencial de adaptação ao modo de função de papel e ao modo fisiológico, conforme proposto no MAR. No modo fisiológico, esta intervenção promove uma maior capacidade de resposta neurocognitiva, enquanto no modo função de papel favorece a manutenção de tarefas e papéis ocupacionais. Ao manter-se cognitivamente ativa, a pessoa consegue preservar a sua identidade e participar em atividades sociais e ocupacionais, o que se traduz em respostas adaptativas mais positivas (Roy, 2016).

O terceiro fator prende-se com o envolvimento do cuidador e da rede de apoio. Através da utilização de plataformas como o Cogweb, é possível integrar a estimulação cognitiva na rotina familiar, permitindo que o cuidador participe no processo ou o acompanhe de forma ativa (Kurz et al., 2012). Esta componente reforça o modo de interdependência do Modelo de Roy, dado que promove a construção de novas estratégias familiares para enfrentar a doença, fomentando o suporte mútuo e o fortalecimento do coping conjunto (Roy, 2016).

Por fim, salienta-se o baixo risco e a facilidade de implementação desta abordagem. Ao contrário de certas terapêuticas farmacológicas, a estimulação cognitiva está associada a efeitos adversos mínimos, podendo ser aplicada tanto em contexto domiciliário como institucional, desde que devidamente acompanhada. Acresce a possibilidade de personalizar as tarefas e estabelecer metas concretas e realistas, o que contribui para o envolvimento ativo e a motivação contínua da pessoa (Yuill & Hollis, 2011; Woods et al., 2023; Orgeta et al., 2015).

4.6. Conceção de Cuidados

Emoção

16-12-2024 18:00

16-12-2024 18:00 - Com indícios de humor depressivo.

16-12-2024 18:00 - Verbaliza ansiedade.

16-12-2024 18:00 - Ansiedade

16-12-2024 18:00 - Inventário de Ansiedade de Beck - score 29 (ansiedade moderada)

16-12-2024 18:00 - Antecedente pessoal de Perturbação da Ansiedade

16-12-2024 18:00 - Relatos da própria utente de momentos vivenciados de grande ansiedade, normalmente associados há atividade laboral ou aos lapsos de memória

10-02-2025 18:00 - Mantém score no Inventário de Ansiedade de Beck de ansiedade moderada.

10-02-2025 18:00 - Mostra-se bastante ansiosa relativamente à sua condição clínica.

16-12-2024 18:00 - Determinar evolução da ansiedade

16-12-2024 18:00 - Avaliar evolução da ansiedade [1x mês]

10-02-2025 18:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

16-12-2024 18:00 - Diminuir ansiedade

16-12-2024 18:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade [1x semana]

16-12-2024 18:00 - Promover autocontrolo: ansiedade

16-12-2024 18:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

16-12-2024 18:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 10-02-2025 18:00

16-12-2024 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [FIM] 10-02-2025 18:00

10-02-2025 18:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

16-12-2024 18:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [FIM] 10-02-2025 18:00

16-12-2024 18:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [FIM] 10-02-2025 18:00

16-12-2024 18:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade [1x mês]

10-02-2025 18:00 - Adota comportamentos de autocontrolo da ansiedade.

10-02-2025 18:00 - Refere satisfação com o autocontrolo da ansiedade.

16-12-2024 18:00 - Promover papel do cuidador: gestão da ansiedade

16-12-2024 18:00 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador.

16-12-2024 18:00 - Capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade: facilitadora.

16-12-2024 18:00 - Durante a entrevista clínica demonstrou possuir conhecimentos sobre estratégias de controlo da ansiedade

16-12-2024 18:00 - Humor depressivo

16-12-2024 18:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Autodesvalorização, Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades.

10-02-2025 18:00 - Mantém score no Inventário de Depressão de Beck de depressão leve.

16-12-2024 18:00 - Inventário da Ansiedade de Beck - score 17 (depressão ligeira)

10-02-2025 18:00 - Durante as consultas demonstra indícios de sentimentos de tristeza, sobretudo no que refere ao diagnóstico.

16-12-2024 18:00 - Determinar evolução do humor

16-12-2024 18:00 - Avaliar evolução do humor depressivo [1x mês]

10-02-2025 18:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

16-12-2024 18:00 - Promover papel do cuidador: gestão do humor

16-12-2024 18:00 - Conhecimento do cuidador sobre humor depressivo: facilitador.

16-12-2024 18:00 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: : facilitador.

16-12-2024 18:00 - Consciencialização do cuidador sobre a relação entre a medicação e o equilíbrio de humor: facilitadora.

16-12-2024 18:00 - Significado atribuído pelo cuidador ao regime medicamentoso:

não dificultador.

16-12-2024 18:00 - Durante a entrevista clínica demonstrou possuir conhecimentos sobre estratégias de gestão do humor depressivo

Memória

16-12-2024 18:00

16-12-2024 18:00 - Dificuldade em reter nova informação.

16-12-2024 18:00 - Dificuldade em recuperar informação.

16-12-2024 18:00 - Sem desorientação face às pessoas.

16-12-2024 18:00 - Sem desorientação no espaço.

16-12-2024 18:00 - Desorientação no tempo.

16-12-2024 18:00 - MoCa - Score 18 (Média)

16-12-2024 18:00 - MMSE - Score 22 (desvio ligeiro)

16-12-2024 18:00 - ACE-R - Score 62 (desvio ligeiro)

16-12-2024 18:00 - Queixas de esquecimentos e de dificuldade em reter informações novas

16-12-2024 18:00 - Memória comprometida

16-12-2024 18:00 - Utente apresenta relatos de esquecimentos frequentes, corroborados pelo marido (cuidador informal).

16-12-2024 18:00 - Pontuação anormal nos teste cognitivos.

16-12-2024 18:00 - Score 1 de 5 na evocação deferida no MoCA.

10-02-2025 18:00 - Mantém mesmas queixas de lapsos de memória frequentes.

16-12-2024 18:00 - Determinar evolução da memória

16-12-2024 18:00 - Avaliar evolução da memória [1x mês]

10-02-2025 18:00 - Dificuldade em reter nova informação.

10-02-2025 18:00 - Dificuldade em recuperar informação.

16-12-2024 18:00 - Estimular memória

16-12-2024 18:00 - Assistir a usar estímulos da memória [3x/semana]

16-12-2024 18:00 - Executar estimulação cognitiva [3x/semana]

16-12-2024 18:00 - Promover papel do cuidador: estimulação da memória

10-02-2025 18:00 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias facilitadoras da evocação de informação: facilitador.

16-12-2024 18:00 - Durante a entrevista clínica foram identificadas informações imprecisas sobre estratégias facilitadoras da evocação de informação que o cuidador pode utilizar com a utente.

10-02-2025 18:00 - Cuidador quando questionado no final das sessões de psicoeducação sobre estratégias de estimulação de memória demonstra possuir conhecimentos (como o recurso ao uso de pistas ou à técnica da associação).

16-12-2024 18:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da evocação de informação [RESOLVIDO]

10-02-2025 18:00

16-12-2024 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias facilitadoras da evocação de informação [FIM] 10-02-2025 18:00

10-02-2025 18:00 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias facilitadoras da evocação de informação: facilitador.

16-12-2024 18:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias facilitadoras da

evocação de informação [1x/semana] [FIM] 10-02-2025 18:00

16-12-2024 18:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: estimulação da memória [FIM] 10-02-2025 18:00

10-02-2025 18:00 - O cuidador adota comportamentos de estimulação da memória.

10-02-2025 18:00

10-02-2025 18:00 - Mantem queixas de lapsos de memória frequentes

Autogestão do regime medicamentoso

16-12-2024 18:00

16-12-2024 18:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

16-12-2024 18:00 - Não organiza a medicação conforme horário.

16-12-2024 18:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

16-12-2024 18:00 - Administra a medicação pela via adequada.

16-12-2024 18:00 - Escala de Lawton - alteração na capacidade de autogestão da medicação

16-12-2024 18:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

16-12-2024 18:00 - Relatos da utente de esquecimentos de se tomou ou não a medicação diária.

16-12-2024 18:00 - Polimedicação

10-02-2025 18:00 - Cuidador e utente referem que com o recurso há caixa de comprimidos a utente consegue ser autónoma na administração da medicação diária.

16-12-2024 18:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

16-12-2024 18:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

16-12-2024 18:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-02-2025 18:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

10-02-2025 18:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora [MELHOROU].

16-12-2024 18:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

16-12-2024 18:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-02-2025 18:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

10-02-2025 18:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora [MELHOROU].

16-12-2024 18:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso na autogestão do regime medicamentoso

16-12-2024 18:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

16-12-2024 18:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 10-02-2025 18:00

16-12-2024 18:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o

uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

[FIM] 10-02-2025 18:00

10-02-2025 18:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

10-02-2025 18:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora [MELHOROU].

16-12-2024 18:00 - Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso [1x] [FIM]

10-02-2025 18:00

16-12-2024 18:00 - Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso [RESOLVIDO] 10-02-2025 18:00

16-12-2024 18:00 - Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso [FIM] 10-02-2025 18:00

10-02-2025 18:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

10-02-2025 18:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora [MELHOROU].

16-12-2024 18:00 - Instruir a administrar medicação [1x ou SOS] [FIM]

10-02-2025 18:00

16-12-2024 18:00 - Treinar a administrar medicação [1x] [FIM] 10-02-2025 18:00

16-12-2024 18:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [1x]

10-02-2025 18:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

10-02-2025 18:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso.

16-12-2024 18:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso

16-12-2024 18:00 - Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

16-12-2024 18:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-02-2025 18:00 - Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

10-02-2025 18:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora [MELHOROU].

10-02-2025 18:00 - Cuidador realizou a compra da caixa de preparação da medicação e refere que neste momento mantém apenas a supervisão da utente no que refere há preparação da medicação.

16-12-2024 18:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 10-02-2025 18:00

16-12-2024 18:00 - Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso [1x/semana] [FIM] 10-02-2025 18:00

16-12-2024 18:00 - Ensinar cuidador sobre resposta à medicação [1x/semana] [FIM] 10-02-2025 18:00

16-12-2024 18:00 - Ensinar cuidador sobre efeitos secundários da medicação [1x/semana] [FIM] 10-02-2025 18:00

16-12-2024 18:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso [1x]

10-02-2025 18:00 - O cuidador adota comportamentos de gestão do regime medicamentoso.

10-02-2025 18:00

10-02-2025 18:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

10-02-2025 18:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - Organiza a medicação conforme horário.

Atenção

16-12-2024 18:00

16-12-2024 18:00 - Dificuldade em manter o foco durante a avaliação inicial.

16-12-2024 18:00 - Score de 5 pontos no MoCA na atenção.

16-12-2024 18:00 - Défice evidenciado na manutenção da atenção em tarefas quotidianas corroborado pelo marido.

16-12-2024 18:00 - Distração frequente com estímulos do meio ambiente.

16-12-2024 18:00 - Promover o papel do cuidador: Estimulação da atenção

16-12-2024 18:00 - Durante a entrevista clínica ao cuidador informal foram identificadas informações imprecisas sobre estratégias facilitadoras de promoção da atenção que o cuidador pode utilizar com a utente.

10-02-2025 18:00 - Cuidador quando questionado no final das sessões de psicoeducação sobre estratégias de estimulação da atenção demonstra possuir conhecimentos.

10-02-2025 18:00 - Refere que promove um ambiente tranquilo e livre de estímulos para que a utente possa realizar as tarefas tranquilamente.

16-12-2024 18:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras de promoção da atenção

16-12-2024 18:00 - Executar psicoeducação [FIM] 10-02-2025 18:00 [1 x semana]

16-12-2024 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias facilitadoras de promoção da atenção [MELHOROU] [1 x]

16-12-2024 18:00 - Avaliar a evolução do papel do cuidador: estimulação da atenção [FIM] 10-02-2025 18:00 O cuidador adota comportamentos de estimulação da memória

16-12-2024 18:00 - Atenção comprometida

16-12-2024 18:00 - Relatos de dificuldade em manter a atenção numa determinada tarefa durante a entrevista clínica.

16-12-2024 18:00 - Durante a entrevista clínica facilmente mudava o foco de atenção.

16-12-2024 18:00 - Score de 5 pontos na atenção no MoCA

10-02-2025 18:00 - Mantém queixas de dificuldade em manter a atenção numa só tarefa.

16-12-2024 18:00 - Determinar a evolução da atenção

16-12-2024 18:00 - Avaliar evolução da atenção

10-02-2025 18:00 - Avaliar a evolução da atenção [MANTÉM] [1 x mês]

16-12-2024 18:00 - Atenção comprometida

16-12-2024 18:00 - Estimular a atenção

16-12-2024 18:00 - Executar estimulação cognitiva

10-02-2025 18:00

10-02-2025 18:00 - Facilmente muda o foco da atenção a estímulos externos durante as consultas

10-02-2025 18:00 - Relatos da utente de dificuldade em se concentrar na realização de uma só tarefa

4.7. Especificação das intervenções

Instruir a administrar medicação

- Sugerir a utilização de caixas organizadoras (diárias ou semanais) e alarmes de telemóvel, reforçando estratégias de lembrete (Costa et al., 2015).
- Verificar semanalmente a rotina de toma, corrigindo falhas e clarificando dúvidas (El-Saifi et al., 2019).
- Orientar o cuidador quanto aos horários e à importância da continuidade do tratamento, sobretudo em fármacos de efeito crónico (Alsaad et al., 2023).
- Determinar a capacidade de a utente se automedicar (Bulechek et al., 2018)
- Explicar, numa linguagem clara, a finalidade de cada fármaco (por ex., Memantina para retardar o declínio cognitivo, Sertralina para estabilizar humor) (Bowen et al., 2017).

Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso

- Questionar utente sobre lapsos e esquecimentos.

Treinar a administrar medicação

- Treinar preparação da medicação em caixa de comprimidos (Bulechek et al., 2018)

Analisar com o cliente a relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

- Monitorizar a adesão ao regime medicamentoso (Bulechek et al., 2018)
- Desenvolver estratégias com o utente e cuidador informal para aperfeiçoar a adesão ao regime medicamentoso (uso de caixa de medicação) (Bulechek et al., 2018)
- Identificar fatores que podem impedir a adesão ao regime medicamentoso (Bulechek et al., 2018)

Ensinar cuidador sobre efeitos secundários da medicação

- Incentivar o cuidador a relatar sinais de reações adversas ou falta de eficácia ao profissional de saúde (OMS, 2020).

Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso

- Ensinar e demonstrar o uso correto de uma caixa de medicação.

Avaliar evolução do humor depressivo

- Aplicar escalas de avaliação do humor (Bulechek et al., 2018)

Avaliar evolução da ansiedade

- Aplicar escalas de avaliação da ansiedade (Bulechek et al., 2018)
- Avaliar sinais verbais e não verbais da ansiedade (Bulechek et al., 2018)

Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

- Facilitar a expressão de emoções através de conversas abertas ou atividades expressivas (música, pintura) (Bai & Zhou, 2022)
- Explorar fatores desencadeantes de ansiedade (p. ex., mudança de rotinas, aumento das exigências cognitivas), ajudando a pessoa a reconhecer precocemente sinais de alerta (Ginsburg et al., 2021).
- Criar um ambiente calmo e seguro para a pessoa, minimizando estímulos que possam desencadear stress (Xia et al., 2022)

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Encorajar a realização de atividades não competitivas (Bulechek et al., 2018)

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- Orientar o utente sobre o recurso a técnicas de relaxamento e respiração (Bulechek et al., 2018)
- Ensinar técnicas de relaxamento (respiração diafragmática, mindfulness) e encorajar a prática diária (Hernández Ortega et al., 2021).

Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime medicamentoso

- Questionar o cuidador sobre a gestão do regime terapêutico

Avaliar evolução do papel do cuidador: estimulação da memória

- Questionar o cuidador sobre estratégias de estimulação da memória.

Executar estimulação cognitiva

- Ensinar sobre o processo de estimulação cognitiva (cogweb).
- Implementar sessões regulares (3 vezes por semana) de estimulação cognitiva através da plataforma cogweb orientados para o treino da atenção e memória (Gonzalez-Moreno et al. 2022).
- Dar instruções calmas, assertivas e de forma tranquila (Bulechek et al., 2018)
- Pedir ao utente para repetir as instruções antes de iniciar a tarefa (Bulechek et al., 2018)
- Diminuir ou repetir pistas verbais sempre que necessário (Bulechek et al., 2018)
- Oferecer assistência sempre que necessário (Bulechek et al., 2018)
- Implementar estratégias para estimular a memória (Bulechek et al., 2018)
- Proporcionar ambiente calmo (Bulechek et al., 2018)
- Conversar com a utente (Bulechek et al., 2018)
- Orientar em relação ao tempo (Bulechek et al., 2018)
- Utilizar suportes visuais como calendários e agendas para apoiar a reorientação temporal e espacial (Evans & Collier, 2019).
- Refletir e reforçar fatores positivos, elogiando pequenas conquistas ou melhorias (Hassan et al., 2017).
- Envolver o cuidador na prática de estimulação, reforçando a continuidade das atividades em casa (Gonzalez-Moreno et al., 2022).

- Planear a intervenção (anexo II)

Executar psicoeducação [FIM] 10-02-2025 18:00

- Descrever de que forma a progressão da demência irá afetar a evolução da memória e da atenção (Bulechek et al., 2018)
- Ensinar sobre estratégias de comunicação
- Explicar a importância da adoção de rotinas estruturadas
- Ensinar sobre estratégias de gestão de stress e sobrecarga do cuidador
- planear sessões de psicoeducação (anexo III)

4.8. Síntese relativa ao caso

Este estudo de caso ilustra a importância de uma abordagem holística em situações de demência de Alzheimer e vascular em fase inicial, associada a sintomas de ansiedade e depressão. As escalas de avaliação (BAI, BDI, MoCA, MMSE e Lawton), a consulta do processo e os antecedentes pessoais forneceram dados objetivos para a identificação dos domínios: domínio emoção, memória, atenção e autogestão do regime medicamentoso.

A articulação de intervenções (NIC) e resultados (NOC), possibilitou o desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado, promovendo a adaptação da utente à sua condição de saúde, a melhoria da sua funcionalidade e a prevenção de sobrecarga do cuidador.

O envelhecimento encontra-se diretamente associado ao aumento dos casos de demência. A DV e a doença de Alzheimer são exemplos de tipos de demência. A avaliação cognitiva através do recurso a instrumentos como o MMSE e o MoCA permite identificar défices cognitivos, sobretudo de atenção e memória. O diagnóstico e a intervenção precoce, com recurso à intervenção psicoterapêutica de estimulação cognitiva, tem-se demonstrado ser eficaz na melhoria da funcionalidade, no retardar do progresso da doença e na prevenção de complicações associadas ao processo de evolução patológica (Clare & Woods, 2004). Estudos realizados demonstram que o planeamento e aplicação do tratamento de estimulação cognitiva em pessoas com demência não só melhora a cognição, mas também contribui para a melhoria dos sintomas comportamentais, promovendo o aumento da qualidade de vida dos utentes (Mapelli et al., 2013).

Os cuidadores informais são fundamentais no tratamento e na qualidade de vida das pessoas com demência. O apoio contínuo efetuado ao cuidador informal através do acompanhamento em consultas e da realização de intervenções como a psicoeducação tem demonstrado efeitos positivos na gestão da vida diária, e consequentemente, na melhoria da qualidade de vida dos utentes com demência e dos seus cuidadores (Brodaty & Donkin, 2009). A capacitação do cuidador é essencial para o sucesso do plano terapêutico e para o bem-estar do utente.

A realização de uma abordagem integrada, na qual se inclui a avaliação cognitiva, a gestão emocional, o apoio ao cuidador informal e a estimulação cognitiva, é fundamental na otimização da qualidade de vida.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, os cuidados de enfermagem têm como objetivo ajudar o indivíduo a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional o mais rápido possível. Durante a realização do ensino clínico foi possível a integração e conhecimento das dinâmicas do serviço e das intervenções inerentes ao EESMP, interferir e desenvolver de forma autónoma a prestação dos cuidados de enfermagem especializados nos diferentes contextos, possibilitando desta forma o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EESMP. Seguidamente, irá ser realizada uma análise reflexiva sobre o desenvolvimento destas competências.

Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas

As competências comuns dos Enfermeiros Especialistas são aquelas partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade (OE, 2019).

"Responsabilidade profissional, ética e legal" (OE, 2019, p.4746).

A prática profissional ética e legal em enfermagem transcende o mero cumprimento de normas, exigindo uma reflexão contínua sobre as ações e decisões tomadas. Durante os ensinamentos clínicos, tornou-se evidente que a atuação do ESMP não se restringe ao conhecimento técnico; é igualmente fundamental possuir sensibilidade ética para promover a dignidade e o bem-estar dos utentes em todos os momentos de prestação de cuidados.

Este entendimento é corroborado por Nunes (2008), que destaca que a deontologia profissional permite garantir o correto exercício profissional, aleando os princípios éticos à própria regulamentação de forma a não se limitar a um conjunto de normas, mas envolver também uma reflexão constante sobre as ações e decisões que devem ser tomadas ao longo do desenvolvimento e implementação do plano de cuidados, sendo essencial para garantir a qualidade dos cuidados prestados.

A enfermagem enquanto profissão tem bem definidos os princípios éticos e deontológicos que fundamentam o seu exercício tanto através do REPE, como do Código Deontológico do Enfermeiro. Estes documentos norteiam o exercício da profissão e são transversais a todos os enfermeiros quer sejam ou não especialistas.

De acordo com a Deontologia Profissional de Enfermagem, o exercício profissional deve centrar-

se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa, família ou comunidade, sendo essencial que a formação em enfermagem garanta a aquisição de competências profissionais em conformidade com o quadro de referência da profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Como tal, a prática ética e legal em enfermagem requer uma abordagem reflexiva contínua, fundamentada na deontologia profissional, de forma a se assegurar a prestação de cuidados de qualidade que respeitem a dignidade e os direitos dos utentes.

Durante os ensinamentos clínicos, a reflexão contínua sobre os valores éticos e legais que norteiam a prestação de cuidados especializados e individualizados foi fundamental e todos os planos de cuidados desenvolvidos e implementados foram elaborados de acordo com os interesses e necessidades dos utentes, estando sempre em conformidade com o Código Deontológico que rege a profissão.

No CRI, foi importante manter comunicação assertiva, livre de julgamentos, capaz de promover uma relação terapêutica e de confiança com os utentes. Na intervenção direcionada para utentes vulneráveis com comportamentos aditivos foi importante que cada um fosse tratado com dignidade e individualidade. Paralelamente foram adotadas estratégias para a criação de um ambiente terapêutico livre de julgamentos, preconceitos e assegurando a privacidade e o direito à confidencialidade. Na UCC, a experiência destacou a importância dos cuidados humanizados e personalizados, regidos pela singularidade e ajustados ao desenvolvimento da intervenção psicoterapêutica de acordo com as necessidades individuais de cada utente. Todos os planos de cuidados desenvolvidos e implementados, foram alvo de uma reflexão crítica durante o processo de tomada de decisão, sendo que, após a sua implementação foram aplicados novos instrumentos de avaliação para validar se a intervenção estaria ou não a ser eficaz.

Durante a realização de todas as intervenções psicoterapêuticas foi assegurado ao utente o direito à confidencialidade e segurança de que tudo o que fosse abordado seria mantido em sigilo profissional e foi obtida a autorização por parte dos utentes para efetuar os registos escritos das sessões. Cada intervenção implementada foi realizada de acordo com os interesses e necessidades de cada utente.

Em suma, estes contextos de ensino clínico reforçaram a importância da proteção dos direitos humanos e do cumprimento da responsabilidade profissional, garantindo a prestação de cuidados que promovam não apenas a saúde mental, mas também que garantam a dignidade, o respeito e a autonomia dos utentes, gerindo situações potencialmente comprometedoras e otimizando o plano de cuidados personalizado.

"Domínio da melhoria contínua da qualidade" (OE, 2019, p.4747).

Os enfermeiros fundamentam a sua prática nas boas práticas recomendadas, visando uma prestação de cuidados que seja segura, eficaz e eficiente. Nesse contexto, é essencial que,

durante a prestação de cuidados, o enfermeiro mantenha um compromisso contínuo com a qualidade, demonstrando disponibilidade para mudanças e adesão a novas aprendizagens (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A melhoria contínua da qualidade em enfermagem constitui um processo sistemático e proativo que visa otimizar a segurança, eficácia e eficiência dos cuidados prestados. Este processo implica a implementação de estratégias institucionais alinhadas com a regulamentação existente de forma a promover a avaliação contínua das práticas clínicas, a realização de auditorias, a reflexão crítica sobre os resultados obtidos e a liderança na conceção e execução de programas de melhoria da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

"Garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica" (p.4747) é uma competência que destaca a responsabilidade do enfermeiro enquanto líder no processo de mudança e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Implica a capacidade de identificar áreas de melhoria, implementar intervenções sustentadas em evidências e avaliar criticamente os resultados alcançados (Ordem dos Enfermeiros, 2019). No entanto, durante o ensino clínico realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade e no Centro de Reabilitação e Integração (CRI), esta competência não pôde ser plenamente desenvolvida. Tal facto relacionou-se, com limitações estruturais, organizacionais que não permitiram a implementação efetiva de programas de melhoria contínua de qualidade. Ainda assim, a reflexão crítica sobre estas experiências contribui para a consolidação do entendimento sobre a relevância desta competência e sobre as condições necessárias para o seu desenvolvimento futuro na prática profissional. Contudo, foram mobilizados conhecimentos e habilidades com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. No CRI a atuação orientada pelos conhecimentos avançados permitiu o desenvolvimento de práticas clínicas fundamentadas por evidência científica e o trabalho em equipa multidisciplinar permitiu a partilha de experiências e definição de um plano de cuidados adequado a cada utente. Aquando das consultas de enfermagem foi promovido um ambiente físico e psicossocial calmo gerador de segurança de forma a promover o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz. Na UCC, na qual os cuidados do EESMP eram sobretudo centralizados no projeto "Viver com Demência", foram estabelecidas estratégias para promover cuidados personalizados, ajustados as necessidades do utente e dos cuidadores/familiares, com o desenvolvimento e planeamento de atividades de enfermagem que visam a obtenção de resultados positivos. A utilização de escalas de avaliação e de reavaliação aplicadas aos utentes permitiram fazer o diagnóstico das áreas com necessidade de intervenção e ajustar o plano de cuidados de forma a otimizar e melhorar os resultados obtidos. A aplicação destas escalas permitiu validar a pertinência e eficácia das intervenções realizadas e desta forma utilizar os dados para desenvolvimento no futuro de investigação nesta área.

O Enfermeiro Especialista reconhece a gestão do ambiente centrado na pessoa como uma condição essencial para a eficácia terapêutica e para a prevenção de incidentes, assumindo um

papel proativo na promoção de um ambiente que favoreça o bem-estar dos utentes e na gestão do risco associado aos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Durante o ensino clínico, foi possível observar e participar ativamente em diversas estratégias que visam a criação de um ambiente seguro e centrado na pessoa, nomeadamente na identificação de potenciais fatores de risco e na adaptação de intervenções personalizadas para mitigar esses riscos. No entanto, o desenvolvimento integral desta competência revelou-se dependente de fatores institucionais, como a cultura de segurança e a existência de processos de gestão de risco formalizados (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Apesar das limitações encontradas, a experiência clínica possibilitou o reconhecimento da importância desta competência para a qualidade dos cuidados e para a autonomia do enfermeiro especialista como líder na gestão do ambiente terapêutico.

Em ambos os contextos clínicos, existia também uma caixa de sugestões nas quais os utentes poderiam dar a sua opinião e sugestões livres de julgamentos e de forma anónima. Estas sugestões permitiam melhorar a qualidade dos cuidados e ajusta-los àquilo que é a tipologia e os gostos dos utentes.

Este ensino clínico possibilitou o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, alinhando os conhecimentos avançados, o planeamento estratégico e avaliação contínua dos cuidados de enfermagem. Isto evidencia a importância de um compromisso constante com a qualidade dos cuidados prestados, promoção da segurança, e dignidade na prestação dos cuidados, de acordo com a prática de enfermagem avançada e especializada.

"Domínio da gestão dos cuidados" (OE, 2019, p.4748).

O Enfermeiro Especialista desempenha um papel crucial na gestão dos cuidados, otimizando as intervenções de enfermagem e coordenando as ações da equipa de saúde para garantir a prestação de cuidados seguros e de qualidade. Esta competência implica a capacidade de liderar processos de tomada de decisão clínica, bem como a gestão eficaz das tarefas delegadas, assegurando que estas se enquadram no âmbito das boas práticas e das necessidades individuais de cada utente (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Nos contextos clínicos, foi possível observar e participar ativamente nas decisões da equipa de saúde nomeadamente na definição de planos de cuidados individualizados e na adaptação de estratégias terapêuticas de acordo com a evolução do estado clínico dos utentes sobretudo no ensino clínico realizado no contexto das respostas diferenciadas. A partilha de informação pertinente e clara entre a equipa multidisciplinar possibilitou uma melhoria no processo de tomada de decisão, favorecendo a segurança e a eficácia dos cuidados prestados. Por outro lado, emergiu também a importância de reconhecer situações que poderiam exigir a colaboração ou a referenciação para outros profissionais de saúde, numa perspetiva de trabalho interdisciplinar. Contudo, foi também possível identificar desafios, nomeadamente na UCC, onde a articulação com outros prestadores de cuidados nem sempre se revelou eficaz, limitando a

implementação plena deste domínio. Esta experiência reforçou a consciência crítica sobre a necessidade de desenvolver estratégias de comunicação e articulação mais robustas para garantir uma tomada de decisão partilhada e segura, que respeite a autonomia e a dignidade dos utentes.

No decorrer dos ensinamentos clínicos foi necessário identificar necessidades individuais dos utentes e implementar estratégias de forma a promover a saúde e bem-estar dos utentes. Assim, tanto a gestão de recursos humanos, como materiais foi importante no que refere ao desenvolvimento e criação de um ambiente terapêutico e prestação de cuidados de qualidade. Durante as sessões de estimulação cognitiva, foram delegadas tarefas (trabalhos de casa) que o utente deve realizar com a supervisão/orientação do cuidador informal durante a semana. Para tal, foi necessário utilizar técnicas como a instrução ou a demonstração das tarefas a efetuar à posteriori, sendo que no início de cada sessão de estimulação se procedia à avaliação/correção das tarefas efetuadas pelo utente.

Na UCC, o elemento responsável pela gestão da unidade é um enfermeiro especialista a este compete dar normas e guias orientadores para os demais enfermeiros que compõem a unidade. Cada enfermeiro especialista das diferentes especialidades é, no entanto responsável pela gestão do seu leque de utentes e deve priorizar aqueles que, através da sua avaliação considera que tem maior necessidade/benefício de intervenção no momento, sendo ele também o responsável pela alta clínica quando considera que atingiu o patamar considerado satisfatório ou quando pela evolução da doença já não existe benefício na intervenção a realizar. Como tal, durante este período estágio foi possível participar ativamente neste processo de gestão de cuidados. No CRI por existir um trabalho em equipa multidisciplinar de forma mais evidente e direta por vezes, foi necessário adaptar o estilo de liderança às diferentes áreas de forma a se obter um ambiente terapêutico positivo, capaz de tratar o utente em todas as suas vertentes, para tal foi promovendo o espírito de grupo entre todos os colaboradores com reuniões periódicas e partilha de conhecimentos e experiências entre todos.

O desenvolvimento destas competências demonstrou-se fundamental na prestação de cuidados e permitiu a aquisição de conhecimentos e estratégias de forma a desenvolver uma abordagem holística dos utentes, que permite promover uma prestação de cuidados de qualidade tanto aos utentes com comportamentos aditivos como aos utentes com patologias demenciais.

" Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais" (OE, 2019, p.4749).

A construção da identidade profissional é um processo contínuo e multifacetado, essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. Este processo é influenciado por diversas experiências, incluindo a formação académica, a prática clínica e as interações interpessoais no ambiente de trabalho (Albuquerque, 2021). Segundo este autor a construção da identidade profissional ocorre da interseção entre o desejo individual, a trajetória pessoal e profissional, as relações interpessoais e profissionais, a aceitação dos próprios limites, o

reconhecimento das competências individuais, a capacidade de reconciliação e a habilidade para lidar com frustrações e sentimentos de impotência.

Durante o ensino clínico realizados na UCC e no CRI, emergiu a relevância do autoconhecimento enquanto competência essencial do Enfermeiro Especialista. Esta competência, que se manifesta através da consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, revelou-se fundamental para estabelecer relações terapêuticas significativas e eficazes com os utentes, bem como para assegurar um trabalho colaborativo eficiente com a equipa multidisciplinar (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O ensino clínico possibilitou a consolidação dos conhecimentos adquiridos durante o decorrer do mestrado com a sua aplicação na prática e em contextos reais. A experiência em ambos os locais de estágio proporcionou contacto direto com técnicas psicoterapêuticas e psicoeducativas, gestão de sintomas neuropsiquiátricos e apoio aos cuidadores informais/familiares reforçando a importância das intervenções centradas no utente.

A integração nas diferentes equipas multidisciplinares possibilitou uma aprendizagem dinâmica, incentivando sempre a reflexão sobre as necessidades e pertinência das intervenções a realizar no futuro. A necessidade de criar e adaptar estratégias consoante o estadio de desenvolvimento da patologia, o ambiente e/ou as necessidades individuais de cada utente, proporcionou o desenvolvimento do pensamento crítico, promovendo uma postura de aprendizagem constante.

No CRI, a complexidade das situações clínicas exigiu o reconhecimento e a utilização consciente dos recursos internos e das próprias limitações. O trabalho em equipa revelou-se especialmente desafiante, exigindo a capacidade de ajustar as respostas emocionais e comportamentais para lidar eficazmente com a pressão e para antecipar e resolver situações de potencial conflitualidade. A integração no projeto "Viver com Demência" na UCC facilitou a aquisição de competências específicas na área da estimulação cognitiva e na capacitação dos cuidadores informais. O contacto com a técnica da estimulação cognitiva reforçou a necessidade de avaliar, planear e implementar a intervenção de acordo com o estadio da patologia e da capacidade do utente de forma a promover ou manter a autonomia e bem-estar. Foram aplicadas técnicas de resolução de conflitos direccionadas sobretudo para os cuidadores informais.

A experiência nestes contextos clínicos salientou a importância do trabalho multidisciplinar. A partilha de conhecimentos e informações do estado de saúde dos utentes possibilitou a aquisição de habilidades de comunicação, fundamentais para a elaboração de um plano de cuidados individualizado e adequado há necessidade individual. A participação em momentos de reflexão fundamentados em análises críticas e na discussão de estratégias inovadoras para a melhoria dos cuidados de enfermagem especializados promoveu a aquisição de novas competências.

A exposição a situações emocionalmente exigentes, como o sofrimento dos cuidadores

informais ou a progressão do défice cognitivo exigiu o desenvolvimento de estratégias de regulação emocional e gestão do stress, fundamentais para garantir a prática profissional ética e humanizada. O contacto com as diversas tipologias de utentes nas duas realidades do ensino clínico favoreceu o desenvolvimento de competências na tomada de decisão clínica fundamentada em evidência científica, de forma a promover uma intervenção o mais eficaz possível junto do utente e da sua família.

A reflexão crítica sobre esta competência permitiu identificar a importância fundamental da integração da investigação e da produção de conhecimento na prática profissional no desenvolvimento da qualidade dos cuidados prestados. De acordo com Melnyk e Fineout-Overholt (2019), a prática baseada em evidência constitui um elemento essencial para a prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa, promovendo ganhos em saúde e reforçando a qualidade da assistência prestada. Além disso, a *American Nurses Association* (2015) salienta que a incorporação de resultados de estudos científicos e o envolvimento em processos de investigação são componentes essenciais para o crescimento contínuo do profissional de enfermagem e para a construção de uma prática clínica especializada e inovadora. Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros (2019) destaca que estas atividades reforçam a autonomia do enfermeiro especialista e consolidam a sua identidade profissional, favorecendo o desenvolvimento de competências de liderança no contexto clínico.

Em suma, a experiência adquirida nos ensinamentos clínicos salientou a importância de uma atuação interdisciplinar e centrada na pessoa, de forma a prestar cuidados humanizados e eficazes. O desenvolvimento de autoconhecimento e assertividade possibilitou a abordagem estruturada e consciente na interação com os utentes, famílias, cuidadores informais e restante equipa. Por outro lado, a prática baseada na evidência científica consolidou uma postura crítica e reflexiva essencial para uma abordagem especializada.

Competências específicas do EESMP

As competências específicas são aquelas adquiridas em resposta tanto aos processos da vida, como aos problemas de saúde, dentro do campo de atuação de uma área específica. Estas competências são evidenciadas através da capacidade de oferecer cuidados especializados que respondam de forma adequada às necessidades das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

"Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional" (OE, 2019, p.21428).

Esta competência refere-se à capacidade de autoconsciência que o EESMP deve possuir na

relação terapêutica e na realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas com os utentes (Diário da República, 2019). Segundo Peplau (1991), a relação interpessoal entre o enfermeiro e o utente é o foco central da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, e a autoconsciência profissional é essencial para garantir que a relação terapêutica não é influenciada por fatores pessoais. No CRI e na UCC, esta competência assume uma relevância central, considerando a diversidade de intervenções e a tipologia de utentes envolvidas.

No decorrer do ensino clínico no CRI, a autoconsciência do EESMP foi essencial para estabelecer uma relação terapêutica eficaz com pessoas que enfrentam dependências químicas. O conhecimento sobre as emoções próprias e a capacidade para as gerir, influencia o sucesso da relação terapêutica. Segundo Rogers (1951), a autenticidade é um fator no sucesso da terapia, uma vez que influencia diretamente a relação de confiança entre o utente e o enfermeiro. Ao longo da realização deste ensino clínico surgiram frequentemente emoções como a frustração, compaixão ou julgamento inconsciente ao contactar com situações de dependência ou de recaídas dos utentes. A capacidade de lidar com estas situações exigiu algum esforço e momentos de reflexão e/ou mesmo de partilha de sentimentos com as enfermeiras tutoras, com o objetivo de manter uma neutralidade no atendimento destes utentes. O reconhecimento em tempo real das emoções vivenciadas e experienciadas permitiu ajustar a abordagem a cada utente de forma a manter uma postura empática e profissional.

A postura corporal e a comunicação não verbal foram determinantes no estabelecimento de uma relação terapêutica de sucesso, pelo que foi importante durante todo o ensino clínico manter a consciência do próprio comportamento e nunca fazer juízos de valor ou críticas aos utentes. No tratamento de utentes com dependência, nos quais frequentemente estão associados históricos de recaídas ou resistência na adesão ao tratamento, causam muitas vezes sentimentos de impotência e desânimo. Este motivo exigiu uma reflexão constante e um maior distanciamento dos casos de forma a evitar envolvimento pessoal excessivos e/ou atitudes defensivas que iriam interferir na relação psicoterapêutica.

Durante o estágio clínico foi extremamente importante perceber que manter os limites na relação com os utentes é crucial na manutenção de uma relação terapêutica eficaz. Esta tipologia de utentes tendencialmente procura testar esses limites, por vezes tentando mesmo manipular ou mentir para conseguirem por exemplo uma dose mais de metadona. Foi necessário, portanto manter uma postura clara e consistente de forma a manter os limites terapêuticos bem explícitos, de forma a preservar o sucesso do tratamento e garantir que possa atuar como um agente facilitador do processo de recuperação do utente.

Na UCC, a interação com pessoas com demência e os seus cuidadores/familiares exigiu uma abordagem diferenciada, onde a autoconsciência do enfermeiro influenciava diretamente a qualidade das intervenções cognitivas e psicoeducativas realizadas. Como aponta Kitwood

(1997), a abordagem centrada na pessoa é essencial no tratamento da demência. Isso exige que não só se esteja atento tanto ao utente, como também ao próprio estado emocional do profissional que presta cuidados.

Ao longo deste ensino clínico, surgiram alguns sentimentos de tristeza ou frustração devido à progressão desta doença, que muitas vezes é oportunista. O reconhecimento destas emoções permitiu manter uma postura profissional e focada na promoção da qualidade de vida dos utentes, não influenciando o tratamento pelas emoções e sentimentos próprios experienciados.

Nas sessões de psicoeducação aos cuidadores, existiram frequentemente relatos de sobrecarga emocional e física. Isso muitas vezes gerou sentimentos de impotência e incapacidade, porque enquanto profissional de saúde, apesar das estratégias e apoio fornecido durante as sessões, por vezes não são suficientes em alguns casos para ajudar os cuidadores. Refletir sobre estes sentimentos foi importante para não deixar que os mesmos tivessem influência no plano terapêutico do utente. Alguns familiares/cuidadores tendem a recorrer ao EESMP para suporte emocional e/ou conselhos sobre decisões familiares, estabelecer limites sem perder a empatia e encaminhar estes cuidadores para grupos de apoio muitas vezes foi uma solução eficaz no equilíbrio da relação terapêutica.

Perceber que muitas vezes existe desvalorização das queixas dos utentes quando a sintomatologia ainda se encontra numa fase inicial, fez perceber que a eficácia do tratamento e os benefícios da estimulação cognitiva não são os mesmos.

Nas sessões de grupo tanto de estimulação cognitiva como de psicoeducação para o cuidador informal foi importante ter em atenção as expressões faciais e o tom de voz de forma a promover um ambiente terapêutico positivo e uma comunicação eficaz tanto verbal como não verbal.

Em suma, durante o ensino clínico foi necessário lidar com situações emocionalmente intensas, que exigiram momentos de reflexão para uma tomada de consciência dos sentimentos próprio durante o estabelecimento da relação terapêutica de forma a evitar que estas a influenciem e prejudiquem a eficácia do tratamento. Desenvolver essa competência implica um processo contínuo de reflexão e autoavaliação, essencial para o crescimento profissional do EESMP.

"Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental" (OE, 2019, p.21428).

O Regulamento das Competências Específicas do EESPM (Ordem dos Enfermeiros, 2011) enfatiza a importância de uma avaliação ampla das necessidades psicossociais e da implementação de projetos de promoção da saúde mental e prevenção da perturbação mental. Esta competência refere-se à necessidade de uma abordagem holística na assistência em saúde mental, considerando o impacto da saúde mental ao longo do ciclo de vida e nos diversos contextos sociais do indivíduo, família, grupos e comunidade (Ordem dos enfermeiros, 2011).

O CRI presta cuidados especializados sobretudo a pessoas que estão inseridas num contexto de elevada vulnerabilidade social e clínica, no qual o EESPM deve atuar não apenas no tratamento da adição, mas também na promoção da saúde mental e no fortalecimento da rede de suporte destes utentes. Este tipo de população frequentemente está associado a histórias de exclusão social, desemprego, comorbilidades psiquiátricas e falta de suporte familiar. Durante o ensino clínico denotou-se que é extremamente importante a avaliação global do utente numa abordagem que integre fatores individuais, familiares e comunitários. Segundo Fonseca (2019), o estigma é um fator que tem influência sobre a vida e o processo de recuperação de pessoas com dependência, devendo, como tal, ser tido em conta no desenvolvimento das intervenções. Como tal, a avaliação não se restringiu apenas ao utente, abrangeu também a comunidade e os fatores socioculturais que influenciam a sua trajetória de vida, de forma a identificar fatores protetores e fatores agressores que possam prejudicar a adesão e eficácia do tratamento.

Durante o ensino clínico no CRI, a entrevista motivacional (anexo II) foi utilizada como ferramenta essencial na avaliação das necessidades dos utentes. Esta técnica, descrita por Miller e Rollnick (2013), visa aumentar a motivação para a mudança e no fortalecimento do compromisso com o tratamento, sendo como tal crucial nos utentes com baixa adesão às consultas e ao programa de metadona. Para além desta também foram realizadas sessões de psicoeducação, que se demonstraram eficazes na promoção de hábitos de vida saudáveis e na desabitação de dependências químicas, sobretudo nas ligadas ao álcool.

Foi possível a participação em projetos de promoção da saúde mental nos quais o CRI se encontra envolvido como a saúde escolar, na promoção da saúde mental positiva nas crianças de 7/8 anos com o trabalhar das emoções e a forma de lidar com as mesmas e nas crianças de 5/6 com o *bullying* e a relação entre pares. A realização dessas sessões permitiu realizar psicoeducação em crianças de determinadas faixas etárias de forma a contribuir para a criação de uma personalidade saudável e na criação de relacionamentos saudáveis entre pares. Trabalhar com estas faixas etárias nem sempre é fácil, quer pela ingenuidade quer pela irreverência das idades, no entanto no final foi gratificante quando de uma sessão para a outra se consegue perceber os conhecimentos que adquiriram.

Na UCC, a atuação do EESMP envolveu intervenções dirigidas tanto para os utentes com patologias demenciais, como aos cuidadores, considerando que a sobrecarga do cuidador é um fator de risco significativo para a deterioração da saúde mental.

A demência não afeta apenas a pessoa diagnosticada, mas também transforma a dinâmica familiar, exigindo uma adaptação contínua dos cuidadores. Ao longo do ensino clínico foi necessário identificar de fatores de risco para exaustão do cuidador (nível de dependência do utente, suporte familiar disponível, sintomas depressivos e ansiedade), aplicar escalas de forma a avaliar as capacidades do utente para determinar as estratégias de estimulação cognitiva mais adequadas, desenvolver sessões de estimulação cognitiva tanto em grupo como individual

e sessões de psicoeducação para os cuidadores informais.

As sessões de psicoeducação em grupo de 6 a 8 cuidadores, de cerca de 45 minutos de duração cada uma com frequência de uma vez por semana durante 8 semanas. Cada sessão estava previamente planeada e abordavam temáticas como: definição da doença e sintomatologia, estratégias de gestão do *stress*, estratégias de comunicação com o doente, a importância do autocuidado, recursos na comunidade, entre outras. Durante estas sessões eram fornecidos momentos de partilha de experiências e troca de opiniões. As sessões de estimulação cognitiva eram realizadas de forma individual ou em grupo. A individual poderia ser presencial (uma vez por semana) ou com recurso ao *cogweb* (diária). Estas intervenções visaram sempre a manutenção ou melhoria das funções cognitivas dos utentes.

Em suma, na atuação enquanto EESMP, devemos possuir um olhar abrangente sobre as necessidades dos utentes e das suas comunidades. Tanto no CRI quanto na UCC, a aplicação desta competência demonstrou a importância de uma avaliação holística, da implementação de programas de promoção da saúde mental e da prevenção da sobrecarga emocional de utentes e/ou dos seus cuidadores.

"Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto" (OE, 2019, p.21248).

O enfermeiro EESMP desempenha um papel fundamental na recuperação e promoção da saúde mental, atuando de forma integrada com a família, grupos e comunidade na recuperação da saúde mental dos utentes.

A identificação de problemas e necessidades específicas do cliente e da comunidade é crucial no desenvolvimento de um plano de cuidados adequado e personalizado para cada utente (Ordem dos Enfermeiros, 2011). No CRI, foi necessário a realização de entrevistas clínicas (anexo I) com o objetivo de recolher dados e informações pertinentes para a definição e planeamento do tratamento a seguir. A avaliação global dos utentes para além da definição dos diagnósticos permitiu identificar fatores de vulnerabilidade, como a exclusão social, desemprego, falta de condições habitacionais e comorbilidades psiquiátricas que poderão interferir no sucesso do tratamento. Foi necessário por vezes, mobilizar recursos, juntamente com a restante equipa multidisciplinar para promover a redução dos riscos e minimização de danos.

No contexto da UCC, atua-se sobretudo na demência, com o projeto "Viver com Demência" no qual se desenvolvem atividade de estimulação cognitiva e psicoeducação para cuidadores/familiares. Cada utente foi avaliado na entrevista clínica assim como o seu cuidador informal/familiar. o objetivo era perceber a fase da demência em que se encontrava o utente e o nível de desgaste e fadiga que o próprio cuidador/familiar se encontrava e a partir daí

desenvolver um plano de cuidados adaptado às necessidades identificadas.

Foi importante perceber o contexto socioeconómico em que cada utente está inserido e aos recursos que poderá ter à sua disposição, assim como o acompanhamento que poderá o cuidador disponibilizar, para ,desta forma se envolver no processo de estimulação cognitiva do utente com demência ao longo do seu autocuidado no domicílio. No caso do cuidador informal fazer psicoeducação, dando a conhecer os recursos da comunidade a que poderá recorrer e promover o encaminhamento para outras áreas de intervenção como assistência social e psicólogos.

Em ambos os contextos foi importante elaborar e implementar sempre planos de cuidados personalizados, baseados nos diagnósticos previamente identificados e nos resultados pretendidos de forma a ter o tratamento mais eficaz. Para tal, cada utente foi visto como um ser holístico e único, com as suas próprias particularidades, sendo por isso o plano de cuidados também ele único, diferente de indivíduo para indivíduo de acordo com as suas patologias e histórias pessoais e familiares, sendo necessário em alguns casos envolver a equipa multidisciplinar no tratamento, e fazer ensinios sobre os recursos que existam na comunidade.

Em suma, a continuidade dos cuidados é fundamental para a eficácia das intervenções efetuadas. Para tal, é necessário assegurar o que os utentes e as suas famílias recebam suporte adequado ao longo do processo terapêutico. A articulação entre os diferentes níveis de cuidados e a implementação de estratégias de monitorização são elementos essenciais para a promoção da saúde mental.

"Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde" (OE, 2019, p.20429).

Durante o ensino clínico desenvolvido no CRI, evidenciou-se a complexidade das intervenções em contextos de dependência química. O papel do EESM transcende a administração terapêutica, abrangendo componentes psicossociais e de reabilitação. O Programa de Metadona revelou-se uma oportunidade para aprofundar competências adquiridas no período letivo, especialmente na gestão do consumo de substâncias e na redução de danos. Estudos demonstram que intervenções breves realizadas por enfermeiros podem reduzir significativamente o consumo de risco em utentes em tratamento com metadona (Rosa et al., 2015). As consultas de alcoologia proporcionaram uma abordagem terapêutica centrada em intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, promovendo o insight e a consciencialização para os riscos e consequências do consumo de álcool. A utilização da entrevista motivacional, uma técnica centrada na pessoa, mostrou-se eficaz na promoção da mudança comportamental, aumentando a motivação intrínseca para a abstinência (Gonçalves, 2022).

Capacitar os utentes sobre o impacto do consumo de substâncias químicas e desenvolver estratégias para a adoção de estilos de vida mais saudáveis constituiu um desafio, devido à falta de motivação e resistência à mudança. A EM revelou-se uma ferramenta essencial para promover a motivação e facilitar a mudança comportamental (Macedo, 2024).

O envolvimento das famílias foi crucial na recolha de informações e na implementação de planos de cuidado eficazes. A colaboração com a equipa multidisciplinar mostrou-se fundamental para oferecer uma resposta integrada, considerando que o consumo de substâncias está frequentemente associado a comorbilidades psiquiátricas e dificuldades sociais (Marques, 2012).

O ensino clínico desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), no âmbito do projeto “Viver com Demência”, proporcionou uma compreensão aprofundada das necessidades das pessoas com demência e dos seus familiares/cuidadores, evidenciando o impacto emocional e social associado à progressão da doença. As intervenções de estimulação cognitiva, avaliadas através de instrumentos como o MMSE e o MoCA, demonstraram eficácia na melhoria ou estabilização das funções cognitivas dos utentes, promovendo, consequentemente, uma melhor qualidade de vida (Câmara & Nunes, 2021).

Contudo, a adaptação das intervenções de estimulação cognitiva às diferentes fases da demência revelou-se desafiante. Enquanto algumas estratégias mostraram-se eficazes em estádios iniciais ou moderados da doença, tornaram-se menos aplicáveis em fases mais avançadas, onde a deterioração cognitiva limita significativamente a capacidade de interação e aprendizagem. Este facto sublinha a importância de uma abordagem flexível e centrada na pessoa, ajustando as intervenções conforme a evolução da doença (Meireles & Vicente, 2019).

Durante este período foi possível identificar sinais de sobrecarga emocional e/ou dificuldades em lidar com as exigências do cuidado diário dos utentes com patologias demenciais, através da aplicação de escalas de avaliação da sobrecarga do cuidador. A possibilidade de realização de psicoeducação aos cuidadores/familiares, tanto em grupo como em sessões individuais, as quais desempenham um papel muito importante na melhoria da qualidade de vida tanto dos utentes como das famílias, demonstrou ser muito importante. No entanto, a resistência de alguns cuidadores em aceitar ajuda e mudar rotinas estabelecidas representou um desafio, evidenciando a necessidade de desenvolver estratégias mais eficazes de envolvimento e sensibilização.

Em suma, a experiência nos dois contextos revelou que é muito importante a adoção de uma abordagem holística, que integrasse os conhecimentos técnicos com uma forte componente relacional e terapêutica entre os utentes e os profissionais de saúde. Foi essencial a adaptação das estratégias às necessidades individuais dos clientes, respeitando o tempo e capacidade de mudança de cada um. O ensino clínico reforçou a importância da formação contínua para aprimorar abordagens psicoterapêuticas e socioterapêuticas que contribuem efetivamente para

a promoção da saúde mental.

No geral, este percurso proporcionou uma visão abrangente sobre o papel do EESMP, destacando o impacto das suas intervenções na vida dos utentes e das suas famílias. O desenvolvimento desta competência revelou-se essencial para a prática clínica, demonstrando que a enfermagem em saúde mental vai além da gestão de sintomas, envolvendo um compromisso ativo com a recuperação, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório de estágio de natureza profissional, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, constitui a materialização do percurso formativo alicerçado na integração de conhecimentos teóricos e práticos, com o objetivo do desenvolvimento de competências clínicas avançadas, específicas e diferenciadas. A prática decorreu em dois contextos clínicos distintos e proporcionou um quadro de experiências abrangente e multidimensional, essencial na formação de EESMP.

A intervenção foi orientada pelos pressupostos teóricos do MAR, que concebe que o ser humano é um sistema biopsicossocial dinâmico, em constante interação com estímulos internos e externos, cuja resposta adaptativa é mediada por mecanismos de *coping* reguladores e cognitivos (Roy, 2016). Este modelo sustentou a formulação diagnóstica e a conceção dos planos de cuidados, com foco na promoção da adaptação nos seus quatro modos estruturantes: fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência. No caso do utente CP, destacaram-se os modos fisiológico, de autoconceito, de função de papel e de interdependência na compreensão dos comportamentos aditivos, bem como a importância de estratégias terapêuticas que promovam a substituição de mecanismos de *coping* desajustados por respostas mais eficazes. Já no caso da utente IM, cuja funcionalidade estava progressivamente comprometida pela demência de Alzheimer e DV, a aplicação do mesmo modelo evidenciou os obstáculos na preservação da autonomia e da cognição, salientando a necessidade de envolvimento familiar e psicoeducação aos cuidadores.

O desenvolvimento e implementação das intervenções foram fundamentado por um raciocínio clínico rigoroso, suportado pela evidência científica e desenvolvido num contexto interdisciplinar. Esta abordagem permitiu não só a individualização dos cuidados, mas também a sua monitorização e reavaliação contínuas, promovendo ganhos em saúde nos domínios da funcionalidade, adesão terapêutica, literacia em saúde mental e relação psicoterapêutica. A utilização da plataforma *e4Nursing* na elaboração dos estudos de caso contribuiu para o reforço da prática baseada na evidência e para a sistematização de registos clínicos segundo a ontologia em Enfermagem.

Do ponto de vista do desenvolvimento profissional, este percurso permitiu desenvolver e consolidar competências comuns e específicas do EESMP.

A análise reflexiva do processo de aprendizagem evidenciou que o EESMP detém um papel fulcral na conceção e implementação de planos terapêuticos integrados, na prevenção da institucionalização e da recaída, na reabilitação psicossocial e na promoção da saúde mental,

atuando como agente facilitador de mudança, adaptação e inclusão social da pessoa em sofrimento psíquico.

Conclui-se que a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica desempenha um impacto significativo na melhoria da qualidade de vida dos utentes, sendo essencial o investimento contínuo na capacitação dos profissionais e na implementação de estratégias baseadas na evidência. O ensino clínico proporcionou não só o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, mas também uma reflexão crítica sobre os desafios e oportunidades encontradas ao longo do processo formativo. Desta forma, este percurso contribuiu para o aperfeiçoamento de competências clínicas, científicas e éticas do Enfermeiro Especialista, capacitando-o para atuar de forma autónoma e integrada em equipas multidisciplinares.

Em última instância, este conjunto de experiências clínicas e de fundamentação teórica destaca o valor da especialização como uma via de desenvolvimento de competências avançadas, permitindo ao profissional responder de forma mais eficaz, empática e multidimensional às necessidades dos utentes, famílias e comunidades. O percurso percorrido nestes dois estudos de caso aponta, por conseguinte, para a indispensável continuidade de uma postura investigativa, de aprendizagem permanente e de colaboração interdisciplinar, caminhos que fortalecem a enfermagem enquanto ciência do cuidar e a tornam cada vez mais pertinente na construção de um sistema de saúde inclusivo e centrado na pessoa.

Por fim, o relatório evidencia que a intervenção especializada em saúde mental exige um compromisso permanente com a promoção do bem-estar, a prevenção da doença e a reabilitação psicossocial, consolidando o papel do enfermeiro especialista como agente de mudança e facilitador do processo terapêutico.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abo Hamza, E., Yoon, A., Liu, L., Garg, A., Richard, Y., Frydecka, D., Helal, A., & Moustafa, A. A. (2023). The relationship between mindfulness and readiness to change in alcohol drinkers. *International journal of environmental research and public health*, 20(9), 5690. <https://doi.org/10.3390/ijerph20095690>
- Abreu, M., Silva, A. L., Costa, N., & Abreu, W. (2015). Psychoeducational programs for informal caregivers of dependent older adults: barriers to participation. *Procedia - social and behavioral sciences*, 171, 629–634. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.170>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2020). *Centros de responsabilidade integrados*. <https://www.acss.min-saude.pt/2020/07/28/centros-de-responsabilidade-integrados/>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2024). Regulamento n.º 752/2024. *Diário da república*: 2.ª série, (136), 10700–121. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2024/07/136000000/0010700121.pdf>
- Aguirre, E., Woods, R. T., Spector, A., & Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing research reviews*, 12(1), 253–262. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.07.001>
- Albarrak, D. A., Alotaibi, A. B., Alotaibi, R. F., Alramadhan, S. H., bin Muhanna, A. I., Aldehan, A. M., & bin Abdulrahman, K. A. (2023). The association between nicotine dependence and mental health in the general population of saudi arabia: A cross-sectional analytical study. *International journal of general medicine*, Volume 16, 5801–5815. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S429609>
- Albuquerque, A. (2021). *Integração dos enfermeiros e construção da identidade profissional: Contributos da supervisão clínica* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum.<http://hdl.handle.net/10400.26/39577>
- Allen, A., Buckley, M., Cryan, J. F., Ní Chorcóráin, A., et al. (2019). Informal caregiving for dementia patients: The contribution of patient characteristics and behaviours to caregiver burden. *Age and Ageing*, 49(1), 52–56. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz128>
- Alsaad, S. H. M., Yassin, I. A., Alghobari, A. J. S., Mutared, O. M. S. al, Jamhoo, W. H. al, Hokash, K. H. H. al, Alrabie, H. O. S., Alyami, A. A. M., & Alyami, H. M. (2023). The effectiveness of nursing interventions in educating patients about the importance of adhering to medication regimens following laboratory and x-ray procedures. *Saudi journal of medical and pharmaceutical sciences*, 9(12), 793–796. <https://doi.org/10.36348/sjmps.2023.v09i12.003>

- Alturkistani, S. (2023). Correlation between chronic conditions and job absenteeism among healthcare administration employees at King Abdullah medical city in Makkah, Saudi Arabia. *Work*, 75(1), 349–355. <https://doi.org/10.3233/WOR-220157>
- Amaral-Carvalho, V., Bento Lima-Silva, T., Inácio Mariano, L., Cruz de Souza, L., Cerqueira Guimarães, H., Santoro Bahia, V., Nitrini, R., Tonidandel Barbosa, M., Sanches Yassuda, M., & Caramelli, P. (2024). Improved accuracy of the addenbrooke's cognitive examination-revised in the diagnosis of mild cognitive impairment, mild dementia due to alzheimer's disease and behavioral variant frontotemporal dementia using mokken scale analysis. *Journal of alzheimer's disease*, 100(s1), S45–S55. <https://doi.org/10.3233/JAD-240554>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-5)* (5ª ed.). Climepsi Editores.
- Arbuckle, M. R., Foster, F. P., Talley, R. M., Covell, N. H., & Essock, S. M. (2020). Applying motivational interviewing strategies to enhance organizational readiness and facilitate implementation efforts. *Quality management in health care*, 29(1), 1–6. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000234>
- Arlt, S., Lindner, R., Rösler, A. et al. (2008). Adherence to medication in patients with dementia. *Drugs aging* 25, 1033–104.
- Assembleia da República. (2015). Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. *Diário da República: 1.ª série*, (181), 8059–8105.
- 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.
- Bai, L., & Zhou, Z. (2022). A Application of positive psychology intervention in continuous quality improvement of nursing care for patients with intracranial tumor. *Neuro-Oncology*, 24(Supplement_2), ii4–ii4. <https://doi.org/10.1093/neuonc/noac174.011>
- Banks, E., Joshy, G., Korda, R. J., Stavreski, B., Soga, K., Egger, S., Day, C., Clarke, N. E., Lewington, S., & Lopez, A. D. (2019). Tobacco smoking and risk of 36 cardiovascular disease subtypes: fatal and non-fatal outcomes in a large prospective australian study. *BMC medicine*, 17(1), 128. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1351-4>
- Barczak, A., & Gabryelewicz, T. (2021). Diagnosis and management in dementia – recommendations. *Aktualności neurologiczne*, 21(2), 65–75. <https://doi.org/10.15557/AN.2021.0008>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory-II (BDI-II). *APA psycTests*. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>

Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993) Beck depression inventory manual. *Psychological corporation*, San Antonio.

Bischof, G., Bischof, A., & Rumpf, H.-J. (2021). Motivational interviewing: an evidence-based approach for use in medical practice. *Deutsches ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0014>

Booncharoen, K., Hiransuthikul, A., Thanapornsangsuth, P., Thanprasertsuk, S., Sarutikriangkri, Y., Tangnimitchoke, S., Rattanawong, W., Phanthumchinda, K., & Likitjaroen, Y. (2023). Episodic memory decline symptoms are strong predictors of Alzheimer's disease defined by Positron Emission Tomography in participants with amnesic mild cognitive impairment and mild dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 19(S18). <https://doi.org/10.1002/alz.073005>

Bounds, C. G., & Patel, P. (2024). Benzodiazepines. In *statpearls*. StatPearls publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470159/>

Bowen, J. F., Rotz, M. E., Patterson, B. J., & Sen, S. (2017). Nurses' attitudes and behaviors on patient medication education. *Pharmacy practice*, 15(2), 930-930. <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2017.02.930>

Breijyeh, Z., & Karaman, R. (2020). Comprehensive review on Alzheimer's disease: Causes and treatment. *Molecules*, 25(24), 5789. <https://doi.org/10.3390/molecules25245789>

Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(2), 217-228. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty>

Brooks, H., Oughli, H.A., Kamel, L. et al. Enhancing cognition in older persons with depression or anxiety with a combination of mindfulness-based stress reduction (MBSR) and transcranial direct current stimulation (tdcs): results of a pilot randomized clinical trial. *Mindfulness* 12, 3047-3059. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01764-9>

Buccellato, F. R., D'Anca, M., Tartaglia, G. M., Del Fabbro, M., Scarpini, E., & Galimberti, D. (2023). Treatment of alzheimer's disease: beyond symptomatic therapies. *International journal of molecular sciences*, 24(18), 13900. <https://doi.org/10.3390/ijms241813900>

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing interventions classification (NIC)* (7th ed.). Elsevier.

Cafferata, R. M. T., Hicks, B., & von Bastian, C. C. (2021). Effectiveness of cognitive stimulation for dementia: A systematic review and meta-analysis. *Psychological bulletin*, 147(5), 455-476. <https://doi.org/10.1037/bul0000325>

Camarena, J. M., Blanco, M. A., Sansano, N., Canut, M. T., Aran, L., & Llobet, M. (2022). Intervenciones enfermeras para disminuir la sobrecarga de cuidadores informales. Revisión sistemática de ensayos clínicos. *Enfermería Global*, 21(4), 562-586.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.502351>

Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). Adaptação do inventário de depressão de beck II para a população portuguesa. *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica*, Lisboa, 25 a 27 de Julho.

Cancela, D. (2007). *O processo de envelhecimento* [Estágio de complemento ao diploma de licenciatura em Psicologia, Universidade Lusíada do Porto]. Universidade Lusíada do Porto.

Cardoso, D. P., Oliveira, D., Antunes, B., Saraiva, R., Angus, K., Gallardo, E., & Rosário, F. (2022). Portuguese validated versions of the alcohol use disorders identification test: a systematic review. *Acta médica portuguesa*, 35(4), 264–269. <https://doi.org/10.20344/amp.15765>

Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentinos, C., Kunkel, L. E., Mikulich-Gilbertson, S. K., Morgenstern, J., Obert, J. L., Polcin, D., Snead, N., & Woody, G. E. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and alcohol dependence*, 81(3), 301–312. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.08.002>

Casemiro, F. G., Rodrigues, I. A., Dias, J. C., Alves, L. C. de S., Inouye, K., & Grato, A. C. M. (2016). Impact of cognitive stimulation on depression, anxiety, cognition and functional capacity among adults and elderly participants of an open university for senior citizens. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 19(4), 683–694. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150214>

Centre for Addiction and Mental Health. (2021). Negotiating a change plan. In fundamentals of addiction. CAMH. <https://www.camh.ca/en/professionals/treating-conditions-and-disorders/fundamentals-of-addiction/f-of-addiction---motivation-and-change/f-of-addiction---negotiating-a-change-plan>

Cham, C. Q., Ibrahim, N., Siau, C. S., Kalaman, C. R., Ho, M. C., Yahya, A. N., Visvalingam, U., Roslan, S., Abd Rahman, F. N., & Lee, K. W. (2022). Caregiver burden among caregivers of patients with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, 10(12), 2423. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122423>

Chentsova, V. O., Bravo, A. J., Hetelekides, E., Gutierrez, D., & Prince, M. A. (2024). Exploring perceptions of self-stigma of substance use and current alcohol and marijuana use patterns among college students. *PLOS ONE*, 19(4), 0301535. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301535>

Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: a review. *Neuropsychological rehabilitation*, 14(4), 385–401. <https://doi.org/10.1080/09602010443000074>

Coelho, S. M. S., & Mendes, I. M. D. M. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Escola Anna Nery*, 15(4), 845–850.

<https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400026>

Contador, I., Bermejo-Pareja, F., Fernández-Calvo, B., Boycheva, E., Tapias, E., Llamas, S., & Benito-León, J. (2016). The 37 item version of the mini-mental state examination: normative data in a population-based cohort of older spanish adults (NEDICES). *Archives of clinical neuropsychology*, 31(3), 263-272. <https://doi.org/10.1093/arclin/acw003>

Costa, A. (2012). *Efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com défice cognitivo ligeiro* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Institucional da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Costa, E., Pecorelli, S., Giardini, A., Savin, M., Menditto, E., Lehane, E., Laosa, O., Monaco, A., & Marengoni, A. (2015). Interventional tools to improve medication adherence: review of literature. *Patient preference and adherence*, 1303. <https://doi.org/10.2147/PPA.S87551>

Cunha, J. R. (2002). *Validação da versão portuguesa dos questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool* [Trabalho de internato complementar de Clínica Geral, Zona Sul]. Lisboa.

De Souza Pereira, A. P., Teixeira, G. M., De Araújo Belcorso Bressan, C., & Martini, J. G. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. (1996). Regulamento do exercício profissional do enfermeiro. *Diário da República: 1.ª série*, (207).

Della Pepa, C., Guidetti, G., & Eandi, M. (2006). Betahistine in the treatment of vertiginous syndromes: a meta-analysis. *Acta otorhinolaryngologica italica*, 26(4), 208-215.

Dhikav, V., Singh, P., & Anand, K. S. (2013). Medication adherence survey of drugs useful in prevention of dementia of Alzheimer's type among Indian patients. *International psychogeriatrics*, 25(9), 1409-1413. <https://doi.org/10.1017/S1041610213000744>

Diário da República. (2019). *Estatuto do cuidador informal*. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2019-124524843>

Dickinson, C., Dow, J., Gibson, G., Hayes, L., Robalino, S., & Robinson, L. (2016). Psychosocial intervention for carers of people with dementia: what components are most effective and when? A systematic review of systematic reviews. *International psychogeriatrics*, 29(1), 31-43. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001447>

Dierker, L., Selya, A., Rose, J., Hedeker, D., & Mermelstein, R. (2016). Nicotine dependence and alcohol problems from adolescence to young adulthood. *Dual diagnosis open access*, 01 (02). <https://doi.org/10.21767/2472-5048.100009>

- Eadie, J., Gutierrez, G., Moghimi, E., Stephenson, C., Khalafi, P., Nikjoo, N., Jagayat, J., Gizzarelli, T., Reshetukha, T., Omrani, M., Yang, M., & Alavi, N. (2023). Developing and implementing a web-based relapse prevention psychotherapy program for patients with alcohol use disorder: protocol for a randomized controlled trial. *JMIR research protocols*, 12, e44694. <https://doi.org/10.2196/44694>
- Edelman, EJ e Fiellin, DA (2016). Uso de álcool. *Anais de medicina interna*, 164 (1), ITC1. <https://doi.org/10.7326/aitc201601050>
- Edinoff, A. N., Nix, C. A., Hollier, J., Sagrera, C. E., Delacroix, B. M., Abubakar, T., Cornett, E. M., Kaye, A. M., & Kaye, A. D. (2021). Benzodiazepines: uses, dangers, and clinical considerations. *Neurology international*, 13(4), 594-607. <https://doi.org/10.3390/neurolint13040059>
- El-Saifi, N., Moyle, W., Jones, C., & Alston-Knox, C. (2019). Determinants of medication adherence in older people with dementia from the caregivers' perspective. *International psychogeriatrics*, 31(3), 331-339. <https://doi.org/10.1017/S1041610218000583>
- Emery, R. L., & Wimmer, M. (2023). Motivational interviewing. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568740/>
- Ernst, DB, Pettinati, HM, Weiss, RD, Donovan, DM, & Longabaugh, R. (2008). Uma intervenção para tratar dependência de álcool: relacionando elementos do tratamento médico aos resultados do paciente com implicações para os cuidados primários. *The annals of family medicine*, 6 (5), 435-440. <https://doi.org/10.1370/afm.884>
- Evans, N., & Collier, L. (2019). An exploration of the experience of using calendar reminders for people with dementia and family carers. *Dementia*, 18(5), 1912-1933. <https://doi.org/10.1177/1471301217734916>
- Fiellin, D. A., Reid, M. C., & O'Connor, P. G. (2000). Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Archives of internal medicine*, 160(13), 1977-1989. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.13.1977>
- Flinn, S., & Jones, C. (2011). The use of motivational interviewing to manage behavioral changes in hand injured clients. *Journal of hand therapy*, 24(2), 140-146. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2010.08.008>
- Folch, J., Busquets, O., Ettcheto, M., Sánchez-López, E., Castro-Torres, R. D., Verdaguer, E., García, M. L., Olloquequi, J., Casadesus, G., Beas-Zárate, C., Pelegrí, C., Vilaplana, J., Auladell, C., & Camins, A. (2018). Memantine for the treatment of dementia: a review on its current and future applications. *Journal of alzheimer's disease*, 62(3), 1223-1240. <https://doi.org/10.3233/JAD-170672>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3),

189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6).

Fortinsky, R. H., Delaney, C., Harel, O., Pasquale, K., Schjaveland, E., Lynch, J., Kleppinger, A., & Crumb, S. (2014). Results and lessons learned from a nurse practitioner-guided dementia care intervention for primary care patients and their family caregivers. *Research in gerontological nursing*, 7(3), 126-137. <https://doi.org/10.3928/19404921-20140113-01>

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994). The beck anxiety inventory. Psychometric properties of a french translation [Article in French]. *Encephale*, 20(1), 47-55. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8174510/>

Frias, C. E., Cabrera, E., & Zabalegui, A. (2020). Informal caregivers' roles in dementia: the impact on their quality of life. *Life*, 10(251), 1-12. <https://doi.org/10.3390/life10110251>

Garcia Campuzano, M. T., & Moussavi, Z. (2013). 2220 - associative memory exercises as a means for alzheimer's treatment: a case study. *European psychiatry*, 28(S1), 1.

García, A. M., Bustos, B. C., & Maya, Á. M. (2023). Aplicación del modelo de adaptación de Roy en el contexto comunitario. *Revista cuidarte*, 14(3), e3016. <https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.3016>

Garner, B. R., Gotham, H. J., Chaple, M., Martino, S., Ford, J. H., Roosa, M. R., Speck, K. J., Vandersloot, D., Bradshaw, M., Ball, E. L., Toro, A. K., Griggs, C., & Tueller, S. J. (2020). The implementation and sustainment facilitation strategy improved implementation effectiveness and intervention effectiveness: results from a cluster-randomized, type 2 hybrid trial. *Implementation research and practice*, 1. <https://doi.org/10.1177/2633489520948073>

Geissner, E., & Huetteroth, A. (2018). Beck Anxiety Inventory deutsch – Ein reliables, valides und praxisgeeignetes Instrument zur Messung klinischer Angst. PPM - psychotherapie · psychosomatik · *Medizinische psychologie*, 68(03/04), 118-125. <https://doi.org/10.1055/s-0043-122941>

Gibson, C., Goeman, D., & Pond, D. (2020). What is the role of the practice nurse in the care of people living with dementia, or cognitive impairment, and their support person(s)?: a systematic review. *BMC family practice*, 21(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01177-y>

Gillespie, R., Burns, P., Harrison, L., Baker, A., Win, K., Traynor, V., & Mullan, J. (2016). Medication management for people living with dementia: development and evaluation of a multilingual information resource for family caregivers of people living with dementia. *In update on dementia*. InTech. <https://doi.org/10.5772/64661>

Gillespie, R., Mullan, J., & Harrison, L. (2014). Managing medications: the role of informal caregivers of older adults and people living with dementia. A review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 23(23-24), 3296-3308. <https://doi.org/10.1111/jocn.12519>

- Gillham, J., Vassilev, I., & Band, R. (2024). Exploring the support provided by the formal and informal network members during “hospital at home” treatment from a nursing perspective: an interview study. *Health & social care in the community*, 2024(1). <https://doi.org/10.1155/2024/6942462>
- Ginsburg, G. S., Drake, K. L., Muggeo, M. A., Stewart, C. E., Pikulski, P. J., Zheng, D., & Harel, O. (2021). A pilot RCT of a school nurse delivered intervention to reduce student anxiety. *Journal of clinical child & adolescent psychology*, 50(2), 177–186. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1630833>
- Gomez-Delgado, F., Katsiki, N., Lopez-Miranda, J., & Perez-Martinez, P. (2021). Dietary habits, lipoprotein metabolism and cardiovascular disease: from individual foods to dietary patterns. *Critical reviews in food science and nutrition*, 61(10), 1651–1669. <https://doi.org/10.1080/10408398.2020.1764487>
- Gonçalves, A. I. C. (2022). *Intervenções psicoeducativas na promoção da mudança da pessoa com dependência de álcool* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum.
- Gonzalez-Moreno, J., Satorres, E., Soria-Urios, G., & Meléndez, J. C. (2022). Cognitive stimulation in moderate alzheimer’s disease. *Journal of applied gerontology*, 41(8), 1934–1941. <https://doi.org/10.1177/07334648221089283>
- Goto, M., Suzuki, K., & Shimada, T. (2007). Relationship between lifestyle and shoulder motor function after reconstruction of rotator cuff tear. *Journal of physical therapy science*, 19(4), 243–249. <https://doi.org/10.1589/jpts.19.243>
- Griswold, MG, Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, SRM, Tymeson, HD, Venkateswaran, V., Tapp, AD, Forouzanfar, MH, Salama, JS, Abate, KH, Abate, D., Abay, SM, Abbafati, C., Abdulkader, RS, Abebe, Z., Aboyans, V., Abrar, MM, Acharya, P., . . . Gakidou, E. (2018b). Uso e carga de álcool em 195 países e territórios, 1990–2016: uma análise sistemática para o Global Burden of Disease Study 2016. *The lancet*, 392 (10152), 1015–1035. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31310-2)
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista portuguesa de neurologia*, 1(9), 9–10. <https://www.scienceopen.com/document?vid=97d4329c-9dba-49fe-9df1-db1215f3d4c5>
- Gupta, A., Prakash, N. B., & Sannyasi, G. (2021). Rehabilitation in dementia. *Indian journal of psychological medicine*, 43(5 Suppl), S37–S47. <https://doi.org/10.1177/02537176211033316>
- Hall, L. D. W. (2001). The relationship between tobacco use, substance-use disorders and mental health: results from the National Survey of mental health and well-being. *Nicotine & tobacco*

research, 3(3), 225-234. <https://doi.org/10.1080/14622200110050457>

Hasin, DS, Stinson, FS, Ogburn, E., & Grant, BF (2007). Prevalência, correlatos, incapacidade e comorbidade do abuso e dependência de álcool do DSM-IV nos Estados Unidos. *Arquivos de psiquiatria geral*, 64 (7), 830. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.7.830>

Hassan, A., Rajamani, A., & Fitzsimons, F. (2017). The MOVIN' project (mobilisation of ventilated intensive care patients at nepean): A quality improvement project based on the principles of knowledge translation to promote nurse-led mobilisation of critically ill ventilated patients. *Intensive and critical care nursing*, 42, 36-43. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.011>

Henriques, M. A. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: Eficácia das intervenções de enfermagem* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.

Hernández Ortega, R., González Pascual, J. L., & Fernández Araque, A. M. (2021). Impact of an intervention program with reinforcement on nursing students' stress and anxiety levels in their clinical practices. *Nurse education in practice*, 55, 103179. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103179>

Hirota, M., Chiba, R., Aoyama, S., Hirano, Y., Ichikawa, K., Greiner, C., Fujimoto, H., Yotsumoto, K., & Hashimoto, T. (2023). Individual nurse-led active listening intervention for spouses of individuals with depression: a pre-/posttest pilot study. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 61(12), 19-25. <https://doi.org/10.3928/02793695-20230524-01>

Hou, M., Hu, H., Jin, C., & Yu, X. (2020). Efficacy and safety of esomeprazole for the treatment of reflux symptoms in patients with gastroesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis. *Iranian journal of public health*, 49(12), 2264-2274. <http://ijph.tums.ac.ir>

Hsieh, S., Schubert, S., Hoon, C., Mioshi, E., & Hodges, J. R. (2013). Validation of the addenbrooke's cognitive examination iii in frontotemporal dementia and alzheimer's disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 36(3-4), 242-250. <https://doi.org/10.1159/000351671>

Huang, H.-L., Shyu, Y.-I. L., Hsu, W.-C., Liao, Y.-T., Huang, H.-L., & Hsieh, S.-H. (2024). Effectiveness of a health education program for people with dementia and their family caregivers: An intervention by nurse practitioners. *Archives of psychiatric nursing*, 50, 147-159. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.03.018>

Huang, K., Zhou, Z.-F., Zhu, Y.-G., Wan, Z.-K., Yang, M.-W., Hong, F.-F., & Yang, S.-L. (2021). Pharmacological treatment of vascular dementia: A molecular mechanism perspective. *Aging and disease*, 12(1), 308-326. <https://doi.org/10.14336/AD.2020.0427>

Huynh, Q.-S., Elangovan, S., & Holsinger, R. M. D. (2022). Non-pharmacological therapeutic options for the treatment of Alzheimer's disease. *International journal of molecular sciences*,

23(19), 11037. <https://doi.org/10.3390/ijms231911037>

International Council of Nurses. (2019). *International classification for nursing practice* (pp. 1-141). International Council of Nurses.

Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Anuários estatísticos regionais: Informação estatística à escala regional e municipal (2023-2024)*. Instituto Nacional de Estatística. <https://www.ine.pt>

Iwasa, H., Yoshida, Y., & Ishii, K. (2024). Association of spousal social support in child-rearing and marital satisfaction with subjective well-being among fathers and mothers. *Behavioral sciences*, 14(2).

Janeiro, L., Faísca, L., & Lopez Miguel, M. J. (2016). Qualidades psicométricas da versão portuguesa da socrates 8d numa amostra de heroinodependentes em tratamento. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación - e avaliação psicológica*, 42(2), 179-193. https://doi.org/10.21865/RIDEP42_179

Janeiro, L., Faísca, L., & Miguel, M. (2007). *SOCRATES 8D: Guia de aplicação e interpretação. Contributo para a adaptação à população portuguesa*. Departamento de Psicologia, Universidade do Algarve.

Januszewski, J., Forma, A., Zembala, J., Flieger, M., Tyczyńska, M., Dring, J. C., Dudek, I., Świątek, K., & Baj, J. (2023). Nutritional supplements for skin health—a review of what should be chosen and why. *Medicina*, 60(1), 68. <https://doi.org/10.3390/medicina60010068>

Jennings, K. M. (2017). The Roy adaptation model. *Advances in nursing science*, 40(4), 370-383. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000175>

Câmara, J., & Nunes, M. V. S. (2021). Impacto de um programa de estimulação cognitiva na comunicação e cognição: Um estudo com pessoas com demência institucionalizadas. In J. Pinheiro (Coord.), *Olhares sobre o envelhecimento: Estudos interdisciplinares* (Vol. 1, pp. 273-285).

Johansson, M. F., McKee, K. J., Dahlberg, L., Williams, C. L., & Marmstål Hammar, L. (2024). Perceived importance of types and characteristics of support to informal caregivers among spouse caregivers of persons with dementia in sweden: a cross-sectional questionnaire-based study. *International journal of environmental research and public health*, 21(10), 1348. <https://doi.org/10.3390/ijerph21101348>

Jung, Y., & Namkoong, K. (2006). Farmacoterapia para dependência de álcool: medicamentos anti-desejo para prevenção de recaídas. *Yonsei medical journal*, 47 (2), 167. <https://doi.org/10.3349/ymj.2006.47.2.167>

Júnior, C. A. M., & Faria, N. C. (2015). Memória. *Revista scielo brasil*, 28 (4), 780- 788.

DOI:10.1590/1678-7153.201528416

Kabacoff, R. I., Segal, D. L., Hersen, M., & van Hasselt, V. B. (1997). Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck anxiety inventory and the state-trait anxiety inventory with older adult psychiatric outpatients. *Journal of anxiety disorders*, 11(1), 33-47. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(96\)00033-3](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(96)00033-3)

Kaczmarek, B., Ilkowska, Z., Kropinska, S., Tobis, S., Krzyminska-Siemaszko, R., Kaluzniak-Szymanowska, A., & Wieczorowska-Tobis, K. (2022). Applying ACE-III, M-ACE and MMSE to diagnostic screening assessment of cognitive functions within the polish population. *International journal of environmental research and public health*, 19(19), 12257. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912257>

Kalk, N. J., & Lingford-Hughes, A. R. (2014). The clinical pharmacology of acamprosate. *British journal of clinical pharmacology*, 77(2), 315-323. <https://doi.org/10.1111/bcp.12070>

Kalra, S., & Raizada, N. (2024). Dyslipidemia in diabetes. *Indian heart journal*, 76, S80-S82. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2023.11.002>

Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., Daeppen, J. B., Saunders, J. B., & Burnand, B. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane database of systematic reviews*, 2018(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4>

Khamis, A. A., Salleh, S. Z., Ab Karim, M. S., Mohd Rom, N. A., Janasekaran, S., Idris, A., & Abd Rashid, R. bin. (2022). Alcohol consumption patterns: a systematic review of demographic and sociocultural influencing factors. *International journal of environmental research and public health*, 19(13), 8103. <https://doi.org/10.3390/ijerph19138103>

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4(5), 231-244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Open university press..

Knadler, M. P., Lobo, E., Chappell, J., & Bergstrom, R. (2011). Duloxetine. *Clinical pharmacokinetics*, 50(5), 281-294. <https://doi.org/10.2165/11539240-000000000-00000>

Kools, N., Dekker, G. G., Kaijen, B. A. P., Meijboom, B. R., Bovens, R. H. L. M., & Rozema, A. D. (2022). Interdisciplinary collaboration in the treatment of alcohol use disorders in a general hospital department: a mixed-method study. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 17(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s13011-022-00486-y>

Kumar, A., Sidhu, J., Lui, F., & Tsao, J. W. (2024). *Alzheimer disease*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499922/>

- Kuns, B., Rosani, A., Patel, P., & Varghese, D. (2024). *Memantine*. In StatPearls. StatPearls Publishing. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482326/>
- Kurz, A., Thöne-Otto, A., Cramer, B., Egert, S., Frölich, L., Gertz, H.-J., Kehl, V., Wagenpfeil, S., & Werheid, K. (2012). CORDIAL cognitive rehabilitation and cognitive-behavioral treatment for early dementia in Alzheimer disease: a multicenter, randomized, controlled trial. *Alzheimer disease & associated disorders*, 26(3), 246–253. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e318231e46e>
- Lacerda, M. R., Santos, M. I., Tonim, L., & Diogo, P. M. (2024). Contributo da construção de teorias para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3), e34542. <https://doi.org/10.12707/RVI24.18.34542>
- Lacour, M. (2013). Betahistine treatment in managing vertigo and improving vestibular compensation: Clarification. *Journal of Vestibular Research*, 23(3), 139–151. <https://doi.org/10.3233/VES-130496>
- Li, X.-L., Hu, N., Tan, M.-S., Yu, J.-T., & Tan, L. (2014). Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's disease. *BioMed research international*, 2014, 927804. <https://doi.org/10.1155/2014/927804>
- Liu, X., Wang, S., Wei, L., Liu, Y., Bian, J., Wang, S., & Du, X. (2024). The impact of empowerment theory-based health education on Alzheimer's disease informal caregivers: a randomized controlled trial. *Frontiers in public health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1393823>
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief treatment and crisis intervention*, 4(3), 205–225. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh019>
- Lyketsos, C., Steinberg, M., Tschanz, J., Norton, M., Steffens, D., & Breitner, J. (2000). Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the cache county study on memory in aging. *American journal of psychiatry*, 157(5), 708–714. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.708>
- Macedo, A. F. (2024). *A entrevista motivacional como intervenção do enfermeiro especialista na pessoa com perturbação depressiva* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde do Vale do Ave]. Repositório CESPU.
- Mapelli D, Di Rosa E, Nocita R, Sava D. (2013) Cognitive stimulation in patients with dementia: randomized controlled trial. *Dement geriatr cogn dis extra*. (1), 263-71. doi: 10.1159/000353457. PMID: 24052800; PMCID: PMC3776449
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). The guilford press.
- Marques, F. J. S. (2012). *Intervenções especializadas de enfermagem de prevenção da recaída*

no cliente com dependência alcoólica [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum.

Marudhar, M., & Josfeena, J. (2019). Roy's adaptation model of nursing. *International journal of scientific development and research (IJSDR)*, 4(1), 284-287.

Mathew, B. (2022). Effectiveness of psychological intervention package on anxiety and wellness level among patients with anxiety disorders. *Journal of family medicine and primary care*, 11(11), 6704-6713. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_561_21

May, T., & Garmel, G. M. (2023, June 26). *Rotator cuff injury*. In StatPearls. StatPearls publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547664/>

McCrady, B. (2021). The role of the family in alcohol use disorder recovery for adults. *Alcohol research: current reviews*, 41(1). <https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.06>

McHugh, R. (2019). Alcohol use disorder and depressive disorders. *Alcohol research: current reviews*, 40(1). <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.01>

McNally, G. P., & Jean-Richard-dit-Bressel, P. (2024). A cognitive pathway to persistent, maladaptive choice. *European addiction research*, 30(4), 233-242. <https://doi.org/10.1159/000538103>

McRobbie, H., & Kwan, B. (2021). Tobacco use disorder and the lungs. *Addiction*, 116(9), 2559-2571. <https://doi.org/10.1111/add.15309>

Meireles, L., & Vicente, S. G. (2021). ImproveCog, um programa de estimulação cognitiva dirigido a pessoas com Défice Cognitivo Ligeiro e Demência: Etapa 1 de desenvolvimento. *PSICOLOGIA*, 35(2), 27-44. <https://doi.org/10.17575/psicologia.v35i2.1734>

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: helping people change* (3rd ed.). The guilford press.

Ministério da Saúde. (2009). *Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril*. Diário da República: Série II, (74), 15438-15440.

Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2006). The addenbrooke's cognitive examination revised (ace-r): a brief cognitive test battery for dementia screening. *International journal of geriatric psychiatry*, 21(11), 1078-1085. <https://doi.org/10.1002/gps.1610>

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

NANDA International. (2021). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions & classification 2021–2023*. Wiley-Blackwell.

National Guideline Centre - NICE (UK). (2020). *Tinnitus: assessment and management. Evidence review for betahistine (NICE Guideline No. 155)*. London: national institute for health and care excellence (NICE). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng155>

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2025). *Conduct a brief intervention: Build motivation and a plan for change*. National Institutes of Health. <https://www.niaaa.nih.gov/health-professionals-communities/core-resource-on-alcohol/conduct-brief-intervention-build-motivation-and-plan-change>

Neuroinova. (2025, março 19). *O que é o COGWEB®? COGWEB*. <https://www.cogweb.com/about.php?lang=pt>

Nordtug, B., Malmedal, W. K., Alnes, R. E., Blindheim, K., Steinsheim, G., & Moe, A. (2021). Informal caregivers and persons with dementia's everyday life coping. *Health psychology open*, 8(1), 1–12. <https://doi.org/10.1177/20551029211000954>

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). (n.d.). *Avaliação geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI)*. https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

Oliveira, C. A. C. (2015). *Autocuidado: Gerir o regime medicamentoso* [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Científico de Acesso Aberto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10771/1/teseformatada02_11.pdf

Oliveira, J. M. M. (2016). *Atividade “Palavras-chave”: Design de uma atividade de treino cognitivo* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra.

Ooi, C., Yoon, P., How, C., & Poon, N. (2018). Managing challenging behaviours in dementia. *Singapore medical journal*, 59(10), 514–518. <https://doi.org/10.11622/smedj.2018125>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento n.º 129/2011: Competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica*. Diário da República.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 428/2018: Regulamento de competência do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica*. Diário da República, 2.ª série, B(151).

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019, pp. 4744-475

- Ordem dos Psicólogos (2016). *Guia orientador da intervenção psicológica nos problemas ligados ao álcool. Março 2016*. Ordem dos Psicólogos. Disponível em: [efaidnbmnnnibpcajpcgiclfendmkaj/https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/guia_orientador_da_intervencao_aao_psicologica_nos_problemas_ligados_ao_alcool_2016.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/guia_orientador_da_intervencao_aao_psicologica_nos_problemas_ligados_ao_alcool_2016.pdf)
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID-10* (10ª ed.). Direção-Geral da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *Relatório global sobre saúde e álcool*. Organização Mundial da Saúde.
- Orgeta, V., Leung, P., Yates, L., Kang, S., Hoare, Z., Henderson, C., et al. (2015). Individual cognitive stimulation therapy for dementia: a clinical effectiveness and cost-effectiveness pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Health technology assessment*, 19(64), 1-108. <https://doi.org/10.3310/hta19640>
- Ownby, R. L., Jacobs, M. L., Waldrop-Valverde, D., & Duara, R. (2006). Medication adherence in Alzheimer's disease: challenges and strategies. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 31(4), 516-521. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2006.00753.x>
- Paiva, M. S. (2023). *Efeitos do uso concomitante de benzodiazepinas e antidepressivos na percepção da intencionalidade dos atos* [Tese de mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/150682/2/632827.pdf>
- Pappan, N., Awosika, A. O., & Rehman, A. (2024). *Dyslipidemia*. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560891/>
- Park, K., Kim, S., Ko, Y.-J., & Park, B.-J. (2020). Duloxetine and cardiovascular adverse events: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 124, 109-114. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.02.022>
- Patrício, S. M., Finnell, D. S., & Barroso, T. (2016). *Efeito das intervenções breves na redução do consumo de álcool em indivíduos portadores do vírus da imunodeficiência humana*. Revista de enfermagem referência, Série IV, 11, 41-50.
- Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J., Giovino, G. A., West, R., Hall, W., Griffiths, P., Ali, R., Gowing, L., Marsden, J., Ferrari, A. J., Grebely, J., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113(10), 1905-1926. <https://doi.org/10.1111/add.14234>
- Peeters, J. M., Van Beek, A. P. A., Meerveld, J. H. C. M., Spreeuwenberg, P. M. M., & Francke, A. L. (2010). Informal caregivers of persons with dementia, their use of and needs for specific professional support: A survey of the national dementia programme. *Bmc Nursing*, 9(9), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-9-9>

- Penrod, J. D., Kane, R. A., & Kane, R. L. (2000). Effects of posthospital informal care on nursing home discharge. *Research on aging*, 22(1), 66–82. <https://doi.org/10.1177/0164027500221004>
- Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing.
- Philips, K. D. (2002). Irmã Callista Roy: modelo de adaptação. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra. modelos e teorias de Enfermagem* (pp. 301–333). Lusodidacta.
- Pihet, S., Kipfer, S., & Vaucher, P. (2017). Psycho-education for informal dementia care-givers: is reframing the most important strategy?. *Innovation in aging*, 1(suppl_1), 170–170. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.659>
- Piper, M. E., Kenford, S., Fiore, M. C., & Baker, T. B. (2012). smoking cessation and quality of life: changes in life satisfaction over 3 years following a quit attempt. *Annals of behavioral medicine*, 43(2), 262–270. <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9329-2>
- Plosker, G. L. (2015). Acamprosate: A Review of its use in alcohol dependence. *Drugs*, 75(11), 1255–1268. <https://doi.org/10.1007/s40265-015-0423-9>
- Prasoppokakorn, T., Assanangkornchai, S., Marsden, J., & Sam-Angsri, N. (2021). Use among Thai adolescents. *Substance Use & Misuse*, 56(1), 72–80. <https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1837168>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47(9), 1102–1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Quintão, S., Delgado, A. R., & Prieto, G. (2013). Validity study of the beck anxiety inventory (portuguese version) by the rasch rating scale model. *Psicologia: reflexão e crítica*, 26(2), 305–310. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000200010>
- Radić, B., Blažeković, A., Duraković, D., Jurišić-Kvesić, A., Bilic, E., & Borovečki, F. (2021). could mental and physical exercise alleviate alzheimer's disease?. *Psychiatria danubina*, 33(Suppl 4), 1267–1273.
- Rai, H. K., Schneider, J., & Orrell, M. (2020). An individual cognitive stimulation therapy app for people with dementia: development and usability study of thinkability. *JMIR aging*, 3(2), e17105. <https://doi.org/10.2196/17105>
- Ramzaoui, H., Faure, S., & Spotorno, S. (2018). Alzheimer's disease, visual search, and instrumental activities of daily living: a review and a new perspective on attention and eye movements. *Journal of alzheimer's disease*, 66(3), 901–925. <https://doi.org/10.3233/JAD-180043>
- Raubinger, S., Allworth, S., & Carey, S. (2023). When you are living and dying at the same time:

a qualitative exploration of living with gastrointestinal motility disorders. *Journal of human nutrition and dietetics*, 36(3), 622–631. <https://doi.org/10.1111/jhn.13114>

Ray, L. A., Ph.D, Bujarski, S., Ph.D, Grodin, E., Ph.D, Hartwell, E., Ph.D, Green, R., M.A, Venegas, A., B.S, Lim, A. C., M.A, Gillis, A., M.D, & Miotto, K., M.D (2019). State-of-the-art behavioral and pharmacological treatments for alcohol use disorder. *The american journal of drug and alcohol abuse*, 45(2), 124–140. <https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1528265>

Razani, J., Wong, J. T., Dafaeeboini, N., Edwards-Lee, T., Po Lu, Alessi, C., & Josephson, K. (2009). Predicting everyday functional abilities of dementia patients with the mini-mental state examination. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 22(1), 62–70. <https://doi.org/10.1177/0891988708328217>

Razek, R., & Sheikh, M. (2023). Self -stigma and depression among patients with substance use disorders: role of perceived social support. *Egyptian journal of health care*, 14(3), 1254–1270. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2023.376190>

Reshmathi R., & Verma, N. (2024). Effectiveness of cognitive stimulation therapy (CST) among people with dementia - a narrative review. *EPRA international journal of multidisciplinary research (IJMR)*, 423–430. <https://doi.org/10.36713/epra16957>

Rezazadeh, M., Hosseini, S. A., & Musarezaie, A. (2023). Effects of Roy's adaptation model on quality of life in people with opioid abuse under methadone maintenance treatment: a randomized trial. *Ethiopian journal of health sciences*, 33(2). <https://doi.org/10.4314/ejhs.v33i2.21>

Rice, V. H., Heath, L., Livingstone-Banks, J., & Hartmann-Boyce, J. (2017). Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*, 2017(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001188.pub5>

Rocha, P. M. da. (2016). *Validação da versão portuguesa do Addenbrooke Cognitive Examination-III numa amostra de participantes com demência e défice cognitivo ligeiro* [Relatório de estágio, CESPU]. Repositório CESPU. <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/2550>

Rodrigues-Amorim, D., Olivares, J. M., Spuch, C., & Rivera-Baltanás, T. (2020). a systematic review of efficacy, safety, and tolerability of duloxetine. *Frontiers in psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.554899>

Rodriguez, K., Fugard, M., Amini, S., Smith, G., Marasco, D., Shatzer, J., Guerrero, M., Garvan, C., Davis, J., & Price, C. (2021). Caregiver response to an online dementia and caregiver wellness education platform. *Journal of alzheimer's disease reports*, 5(1), 433–442. <https://doi.org/10.3233/ADR-200292>

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory*.

Houghton Mifflin.

Rosa, N. R. P., Abreu, Â. M. M., & Barroso, T. M. M. D. A. (2015). Efeito das intervenções breves na redução do consumo de risco nos utentes em tratamento com metadona. *Revista de enfermagem referência*, IV(6), 27-34.

Rosas-Santiago, F. J., Jiménez Genchi, J., Sotelo Heredia, I., & Ramírez Zamora, V. E. (2023). Psychoeducation and group acceptance and commitment therapy as psychological support strategies for informal caregivers of patients with a first psychotic episode: an experimental study. *Psychosis*, 15(3), 292-305. <https://doi.org/10.1080/17522439.2022.2061041>

Roy, C. (2016). *The Roy Adaptation Model*. Pearson.

Roy, C., Whetsell, M. V., & Frederickson, K. (2009). The Roy adaptation model and research. *Nursing science quarterly*, 22(3), 209-211. <https://doi.org/10.1177/0894318409337168>

Russo, S., Baumann, S. L., Velasco-Whetsell, M., & Roy, C. (2019). A Comparison of two case studies using the roy adaptation model: parents of opioid-dependent adults and bariatric surgery. *Nursing science quarterly*, 32(1), 61-67. <https://doi.org/10.1177/0894318418807943>

Sampaio, F. M. C., Araújo, O., Sequeira, C., Lluch Canut, M. T., & Martins, T. (2018). A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety in adult psychiatric outpatients. *Journal of advanced nursing*, 74(5), 1114-1126. <https://doi.org/10.1111/jan.13520>

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2014). Intervenciones NIC del dominio conductual: Um estudo de focus group de intervenciones psicoterapêuticas de enfermagem. In *asociación española de nomenclatura, taxonomía y diagnósticos de enfermería (AENTDE) (ed.), X simposium AENTDE "Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad"* (pp. 718-721).

Saúde, A., Bouça-Machado, R., Leitão, M., Benedetti, A., & Ferreira, J. J. (2023). The efficacy and safety of physiotherapy in people with dementia: a systematic review. *Journal of alzheimer's diseases*, 94(3). <https://doi.org/10.3233/JAD-230463>

Scazufca, M., Almeida, O. P., Vallada, H. P., Tasse, W. A., & Menezes, P. R. (2009). Limitations of the Mini-Mental State Examination for screening dementia in a community with low socioeconomic status. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 259(1), 8-15. <https://doi.org/10.1007/s00406-008-0827-6>

Scerbe, A., O'Connell, M. E., Astell, A., Morgan, D., Kosteniuk, J., Panyavin, I., DesRoches, A., & Webster, C. (2023). Digital tools for delivery of dementia education for caregivers of persons with dementia: a systematic review and meta-analysis of impact on caregiver distress and depressive symptoms. *PLOS ONE*, 18(5), e0283600. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283600>

- Schuckit, MA (2009). Uma visão geral das influências genéticas no alcoolismo. *PubMed* , 36 (1), 55-14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19062348>
- Schwenker, R., Dietrich, C. E., Hirpa, S., Nothacker, M., Smedslund, G., Frese, T., & Unverzagt, S. (2023). Motivational interviewing for substance use reduction. *Cochrane database of systematic reviews*, 2023(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008063.pub3>
- Sequeira, C., Sampaio, F., Sousa, I, Araújo, O., Silva, M. 2020. In Sequeira, C., & Sampaio, F., *Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica diagnósticos e intervenções* (pp125-127) Lidel.
- Sevilha: AENTDE.Sanders, A. E., Schoo, C., & Kalish, V. B. (2023). *Vascular dementia*. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532254/>
- Shin, H., Wandee, C., & O'Mathuna, D. (2024). Effects of psychoeducation on burden, depression, and anxiety in dementia family caregivers: A systematic review. *Innovation in aging*, 8(Supplement_1), 1305-1306. <https://doi.org/10.1093/geroni/igae098.4170>
- Siegel, A. (2024). *Positive reinforcement: definition and strategies*. olympic behavioral health. <https://olympicbehavioralhealth.com/rehab-blog/positive-reinforcement/>
- Sipponen, P., & Maaroos, H.-I. (2015). Chronic gastritis. *scandinavian journal of gastroenterology*, 50(6), 657-667. <https://doi.org/10.3109/00365521.2015.1019918>
- Smid, J., Studart-Neto, A., César-Freitas, K. G., Dourado, M. C. N., Kochhann, R., Barbosa, B. J. A. P., Schilling, L. P., Balthazar, M. L. F., Frota, N. A. F., Souza, L. C. de, Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., Chaves, M. L. F., Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Resende, E. de P. F., & Vale, F. A. C. (2022). Declínio cognitivo subjetivo, comprometimento cognitivo leve e demência - diagnóstico sindrômico: recomendações do departamento científico de neurologia cognitiva e do envelhecimento da academia brasileira de neurologia. *Dementia & neuropsychologia*, 16(3), 1-24. <https://doi.org/10.1590/1980-5764-dn-2022-s101pt>
- Smith, R. E., Sharma, S., & Shahjehan, R. D. (2024, July 17). *Hiatal hernia*. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562200/>
- Souza, C. C., Silva, J. G., Oliveira, M. S., Bittencourt, S. A., & Freire, S. D. (2009). Jogo patológico e motivação para mudança de comportamento. *Psicologia Clínica*, 21(2), 345-361. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652009000200007
- Spalding, D. M., Obonsawin, M., Eynon, C., Glass, A., Holton, L., McGibbon, M., McMorrow, C. L., & Nicholls, L. A. B. (2021). Impacts of trait anxiety on visual working memory, as a function of task demand and situational stress. *Cognition and emotion*, 35(1), 30-49. <https://doi.org/10.1080/02699931.2020.1803217>
- Spector, A., Abdul Wahab, N. D., Stott, J., Fisher, E., Hui, E. K., Perkins, L., Leung, W. G., Evans, R., Wong, G., & Felstead, C. (2024). Virtual group cognitive stimulation therapy for dementia:

- mixed-methods feasibility randomized controlled trial. *The gerontologist*, 64(8). <https://doi.org/10.1093/geront/gnae063>
- Spector, A., Davies, S., Woods, B., & Orrell, M. (2019). *Cognitive stimulation therapy (CST) - for dementia: A handbook for carers*. Routledge.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. *British journal of psychiatry*, 183, 248-254. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.248>
- Subica, A. M., Fowler, J. C., Elhai, J. D., Frueh, B. C., Sharp, C., Kelly, E. L., & Allen, J. G. (2014). Factor structure and diagnostic validity of the Beck Depression Inventory-II with adult clinical inpatients: Comparison to a gold-standard diagnostic interview. *Psychological assessment*, 26(4), 1106-1115. <https://doi.org/10.1037/a0036998>
- Sulistiyo, Y., Santoso, B., Shobirun, S., Hadisaputro, S., Latifah, L., & Endang Pujiastuti, R. S. (2017). Effect of psychoeducation on anxiety in patients with coronary heart disease. *Belitung nursing journal*, 3(6), 743-749. <https://doi.org/10.33546/bnj.303>
- Sun, W., Horsburgh, S., Quevedo, A., Liscano, R., Tabafunda, A., Akhter, R., Lemonde, M., Kapralos, B., Tokuhira, A., Bartfay, E., Ashtarieh, B. (2020). Advancing reminiscence therapy through virtual reality application to promote social connectedness of persons with Dementia. *Gerontechnology*, 19(0), 1-1. <https://journal.gerontechnology.org/currentIssueContent.aspx?aid=2865>
- Teng, M., Khoo, A. L., Zhao, Y. J., Lin, L., Lim, B. P., Wu, T. S., & Dan, Y. Y. (2015). Meta-analysis of the effectiveness of esomeprazole in gastroesophageal reflux disease and Helicobacter pylori infection. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 40(4), 368-375. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12277>
- Timotin, I., Ganenco, A., Lozovanu, S., Arnaut, O., Grabovschi, I., Moldovanu, I., & Vovc, V. (2023). The role of depression and anxiety in pain perception. *The moldovan medical journal*, 66(1), 24-30. <https://doi.org/10.52418/moldovan-med-j.66-1.23.04>
- Tol, A., Alhani, F., Shojaezadeh, D., Sharifirad, G., & Moazam, N. (2015). An empowering approach to promote the quality of life and self-management among type 2 diabetic patients. *Journal of Education and health promotion*, 4(1), 13. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.154022>
- Trigo, A., & Santiago, L. M. (2022). Consumo de álcool nos estudantes do ensino superior de coimbra e o impacto das festas académicas. *Acta médica portuguesa*, 35(4), 249-256. <https://doi.org/10.20344/amp.12366>
- Valdés, C., Morales-Reyes, I., Pérez, J. C., Medellín, A., Rojas, G., & Krause, M. (2017). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck IA para la población chilena. *Revista médica de chile*, 145(8), 1005-1012.

<https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000801005>

van Dulmen, S. (2011). The value of tailored communication for person-centred outcomes. *Journal of evaluation in clinical practice*, 17(2), 381-383. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01586.x>

Varghese, J., & Dakhode, S. (2022). Effects of alcohol consumption on various systems of the human body: a systematic review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.30057>

Volel, B. A., Petelin, D. S., Akhapkin, R. v., & Malyutina, A. A. (2018). Cognitive impairment in anxiety disorders. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*, 10(1), 78-82. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2018-1-78-82>

Wagner, C. M., Butcher, H. K., & Clarke, M. F. (2023). *Nursing interventions classification (NIC)*. (1st ed.). Elsevier.

Watakakosol, R., Suttiwan, P., Ngamake, S. T., Raveepatarakul, J., Wiwattanapantuwong, J., Iamsupasit, S., & Tuicomepee, A. (2020). Integration of the Theory of Planned Behavior and Transtheoretical Model of Change for prediction of intentions to reduce or stop alcohol use among Thai adolescents. *Substance Use & Misuse*, 56(1), 72-80. <https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1837168>

Weaver, F. M., & Weaver, B. A. (2014). Does availability of informal care within the household impact hospitalisation?. *Health economics, policy and law*, 9(1), 71-93. <https://doi.org/10.1017/S1744133113000169>

Wewers, M. E., Ferketich, A. K., Harness, J., & Paskett, E. D. (2009). Effectiveness of a nurse-managed, lay-led tobacco cessation intervention among ohio appalachian women. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*, 18(12), 3451-3458. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-09-0952>

Whitlatch, C. J., Heid, A. R., Femia, E. E., Orsulic-Jeras, S., Szabo, S., & Zarit, S. H. (2019). The support, health, activities, resources, and education program for early stage dementia: results from a randomized controlled trial. *Dementia*, 18(6), 2122-2139. <https://doi.org/10.1177/1471301217743033>

Williams, S., Mashlan, W., & Watts, T. (2019). How nurses can support informal carers of people living with dementia. *Nursing older people*, 31(5), 30-33. <https://doi.org/10.7748/nop.2019.e1181>

Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane database of systematic reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub2>

Woods, B., Rai, H. K., Elliott, E., Aguirre, E., Orrell, M., & Spector, A. (2023). Cognitive stimulation

to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane database of systematic reviews*, 2023(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub3>

World Health Organization. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. World health organization. <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017-2025>

World Health Organization. (2022). *Guidelines on mental health at work*.

Xia, Y., Zhou, W., & Wu, S. (2022). The value of comprehensive nursing intervention on anxiety in patients with acute heart failure and diabetes via expression of stress-related genes. *Cellular and molecular biology*, 67(6), 298-304. <https://doi.org/10.14715/cmb/2021.67.6.39>

Yaghmour, S. M. (2022). Impact of settings and culture on nurses' knowledge of and attitudes and perceptions towards people with dementia: an integrative literature review. *Nursing open*, 9(1), 66-93. <https://doi.org/10.1002/nop2.1106>

Yanagida, N., Yamaguchi, T., & Matsunari, Y. (2024). Evaluating the impact of reminiscence therapy on cognitive and emotional outcomes in dementia patients. *Journal of personalized medicine*, 14(6), 629. <https://doi.org/10.3390/jpm14060629>

Yu, R.-C., Mukadam, N., Kapur, N., Stott, J., Hu, C.-J., Hong, C.-T., Yang, C.-C., Chan, L., Huang, L.-K., & Livingston, G. (2022). Validation of the taiwanese version of ace-iii (t-ace-iii) to detect dementia in a memory clinic. *Archives of clinical neuropsychology*, 37(3), 692-703. <https://doi.org/10.1093/arclin/acab089>

Yuill, N., & Hollis, V. (2011). A systematic review of cognitive stimulation therapy for older adults with mild to moderate dementia: an occupational therapy perspective. *Occupational therapy international*, 18(4), 163-186. <https://doi.org/10.1002/oti.315>

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20(6), 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

Zhu, W., Zhang, X., Ren, Y., & Wang, Q. (2019). Effects of motivational psychological nursing combined with cognitive behavioral intervention on anxiety and depression, self-care ability and sleep quality of elderly patients undergoing glaucoma surgery. *International journal of clinical and experimental medicine*, 12(10), 12434-12440.

8. ANEXOS

Anexo I

Planeamento da entrevista clínica

PLANEAMENTO DE ENTREVISTA	
Cliente:	
Data:	13 de dezembro de 2023
Duração:	55 minutos
Entrevistador:	Enfermeira Catarina
Hora:	14h00
Local:	Gabinete de Enfermagem
Objetivos:	• Estabelecer o primeiro contacto com a cliente • Desenvolver relação terapêutica de confiança mútua • Executar avaliação de Enfermagem • Aplicar Instrumentos de avaliação • Definir diagnósticos de Enfermagem
Recursos:	• Enfermeira Gabinete de Enfermagem (com mesa, duas cadeiras e um computador); • Material de Escrita; • Instrumentos de Avaliação; • Monitor de avaliação de sinais vitais; • Balança; • Termómetro.

Quadro 1, Planeamento de Entrevista, objetivos gerais e recursos

PLANEAMENTO DE ENTREVISTA				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos materiais	Duração
Fase Inicial	-Acolhimento do cliente: (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); -Apresentação (primeiro e último nome, título profissional); - Questionar cliente “como gostaria de ser tratada?”; - Explicar objetivos da entrevista clínica e a sua Duração; - Obter consentimento informado, salvaguardando confidencialidade e sigilo profissional.	Interrogativo Expositivo Participativo Ativo	Gabinete; Mesa e Cadeiras; Material de Escrita.	10 minutos
Fase Exploratória	-Iniciar com questões abertas; questionar o cliente sobre o que a preocupa; - Questionar sobre dados pessoais; processo de doença; história da doença atual, hábitos/ atividades de vida diária; - Numa segunda fase, clarificar com questões mais fechadas; - Objetivo: recolher dados, identificar os principais problemas; - Definir Genograma / Ecomapa - Monitorizar peso, altura e sinais vitais.		Gabinete; Mesa e Cadeiras; Material de Escrita; Instrumento de Avaliação; Balança; Termómetro; Monitor de Avaliação.	35 minutos
Fase Exploratória	- Realizar uma pequena síntese final da informação abordada; - Dar feedback acerca dos problemas de enfermagem identificados; - Encorajar cliente e dar tempo para colocar dúvidas; - Orientar cliente para continuidade de cuidados e agendar próximo contacto; - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.		Gabinete; Mesa e Cadeiras; Material de Escrita.	10 minutos

Quadro 2- Planeamento de Entrevista, estrutura

Guião da entrevista clínica:

História biopsicossocial:

- Nome:
- Nome preferido:
- Idade e data de nascimento:
- Estado civil:
- Habilitações literárias:
- Agregado familiar:
- Profissão:
- Situação profissional:
- Alergias
- Genograma e ecomapa

Processo de adoecer e história atual da doença:

- Início, alteração do funcionamento, como influencia a vida diária...
- Diagnostico:
- Consequências da doença:
- Prognóstico:
- Recursos da pessoa para resolver/minimizar problema:
- Expetativas acerca da evolução da doença:
- Medicação:
- Antecedentes pessoais
- Patológicos:
- Cirúrgicos:
- História familiar
- História pessoal
- Hábitos de vida/ aticidades diárias
- Sono
- Refeições

Genograma:

Ecomapa:

Anexo II

Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica: “Entrevista Motivacional”	
Local	Gabinete de enfermagem
Data	11/10 (sessão 0) 18/10 (sessão 1) 24/10 (sessão 2) 29/10 (sessão 3) 08/11 (sessão 4) 14/11 (sessão 5)
Hora	11:00H
Duração	45 a 60 minutos
Alvo/Cliente	Utente com perturbação do uso de álcool
Entrevistador	EESMP
Objetivos	• Apurar fase do ciclo de mudança em que se encontra o cliente; • Apurar o motivo da necessidade da intervenção; • Desenvolver diagnósticos de enfermagem; • Apoiar a expressão das dúvidas e responder a questões.
CrITÉrios de exclusão	• Estado de descompensação/agudização da doença mental; • Doença mental severa; • Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave; • Perturbação da personalidade grave.
Recursos Humanos	• EESMP
Recursos Materiais	• Sala; mesa e cadeiras; • Material de escrita; • Instrumento de avaliação (AUDIT, Mini mental e Socrates8D); • Computador; • Esfigmomanómetro e estetoscópio.

Quadro 1, Planeamento de Entrevista, objetivos gerais e recursos

Sessão 0 – Avaliação Inicial (Entrevista clínica)			
Etapas	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Conteúdo	- Cumprimentos iniciais; - Obtenção de consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos; - Informação sobre sigilo e confidencialidade.	- Recolher dados para potenciais focos e diagnósticos; - Elaboração de genograma e ecomapa; - Executar escuta ativa; - Promover equilíbrio entre argumentos ambivalentes; - Aplicar instrumentos de avaliação;	- Realizar resumo da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Agendamento da próxima sessão.
Método	Expositivo, Participativo, Interrogativo, Ativo		
Duração	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

Quadro 2: Planeamento da intervenção psicoterapêutica: EM – Estrutura

Sessão 1 (Sessão inicial)			
Etapas	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Conteúdo	- Cumprimentos iniciais; - Obtenção de consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos; - Informação sobre sigilo e confidencialidade.	- Explicar em que consiste a intervenção e os objetivos; - Explicar/ clarificar o papel do utente na intervenção; - Validar a opinião do utente sobre o que esta a ser contratualizado;	- Realizar resumo da sessão; - Pedir feedback da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Agendamento da próxima sessão.

		Validar sentimentos e reconhecer o esforço de ter procurado ajuda.	
Método	Expositivo, Participativo, Interrogativo, Ativo		
Duração	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

Quadro 3: Planeamento da intervenção psicoterapêutica: EM – Estrutura

Sessão 2 (Sessão intermédia)			
Etapas	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Conteúdo	- Cumprimentos iniciais; - Obtenção de consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos; - Informação sobre sigilo e confidencialidade.	- Análise dos fatores facilitadores/dificultadores da mudança com perguntas como: “Quais seriam as vantagens se deixasse de beber pela manhã?”; - Criar balança das decisões; - Analisar prós e contras da mudança com o utente;	- Realizar resumo da sessão; - Pedir feedback da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Agendamento da próxima sessão
Método	Expositivo, Participativo, Interrogativo, Ativo		
Duração	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

Quadro 4: Planeamento da intervenção psicoterapêutica: EM – Estrutura

Balanço da decisão			
Continuar a beber como antes		Mudar a forma de beber	
Benefícios	Consequências	Benefícios	Consequências

Figura 1 Quadro 5 – balanço das decisões

Sessão 3 (Sessão intermédia)			
Etapas	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Conteúdo	- Cumprimentos iniciais; - Obtenção de consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos; - Informação sobre sigilo e confidencialidade.	- Analisar a balança de decisões; - Reflexão de sentimentos: “Ouço que se sente frustrado com a falta de energia quando bebe. Pode explicar mais?”; - Questão “Como acha que poderia lidar com as manhãs em que se sente apático sem recorrer ao álcool?” <i>Scaling Questions</i> (Escala de 1 a 10): “Quanto quer	- Realizar resumo da sessão; - Pedir feedback da sessão; - Esclarecimento de dúvidas; - Agendamento da próxima sessão.

		mudar, numa escala de 1 a 10?"; • Estimular o compromisso de mudança de comportamento no futuro próximo.	
Método	Expositivo, Participativo, Interrogativo, Ativo		
Duração	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

Quadro 5: Planeamento da intervenção psicoterapêutica: EM – Estrutura

Sessão 4 (Sessão intermédia)			
Etapas	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Conteúdo	• Cumprimentos iniciais; • Obtenção de consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos; • Informação sobre sigilo e confidencialidade.	• Negociar um plano de mudança (abstinência); • “O que acha que pode fazer amanhã ou esta semana para reduzir o consumo?”; • Registar as metas (ex.: “Reduzir para 1 shot/dia até o final da semana”).	• Realizar resumo da sessão; • Pedir feedback da sessão; • Esclarecimento de dúvidas; • Agendamento da próxima sessão.
Método	Expositivo, Participativo, Interrogativo, Ativo		
Duração	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

Quadro 6: Planeamento da intervenção psicoterapêutica: EM – Estrutura

Sessão 5 (Sessão intermédia)			
Etapas	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Conteúdo	• Cumprimentos iniciais; • Obtenção de consentimento para a	• Refletir sobre as metas atingidas e o processo de mudança de comportamento;	• Realizar resumo da sessão; • Pedir feedback da sessão;

	recolha de dados e registo dos mesmos; • Informação sobre sigilo e confidencialidade.	• Sugestão de “pequenos prémios” pelos dias de abstinência; • Aplicação da escala SÓCRATES 8D.	• Esclarecimento de dúvidas; • Agendamento da próxima sessão.
Método	Expositivo, Participativo, Interrogativo, Ativo		
Duração	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

Quadro 7: Planeamento da intervenção psicoterapêutica: EM – Estrutura

Observações finais

- **Flexibilidade:** Este planeamento pode ser reformulado consoante as respostas do utente, avançando ou retomando fases anteriores se houver recaída ou aumento de ambivalência.
- **Duração das sessões:** Cada sessão pode ter 20-60 minutos, dependendo da disponibilidade e do âmbito específico.
- **Integração multidisciplinar:** Se o Sr. CP necessitar de acompanhamento suplementar (psiquiatra, psicólogo, nutricionista), a articulação deve ser feita paralelamente à EM.

Escalas de avaliação Aplicadas

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

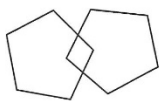
Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____

Sexo: _____

Escolaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos (X)

Avaliação em: ____/____/____ Avaliador: _____.

Pontuações máximas	Pontuações máximas
Orientação Temporal Espacial 1. Qual é o (a) Dia da semana? <u>1</u> 1 Dia do mês? <u>0</u> 1 Mês? <u>1</u> 1 Ano? <u>1</u> 1 Hora aproximada? <u>1</u> 1 2. Onde estamos? Local? <u>1</u> 1 Instituição (casa, rua)? <u>1</u> 1 Bairro? <u>1</u> 1 Cidade? <u>1</u> 1 Estado? <u>1</u> 1	Linguagem 5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta <u>2</u> 2 6. Faça o paciente. Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá". <u>1</u> 1 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 8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHÉ OS OLHOS. <u>1</u> 1 9. 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>1</u> 1 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
Registros 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	
3. Atenção e cálculo 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 palavra MUNDO de trás para frente. <u>5</u> 5	
4. Lembranças (memória de evocação) Pergunte o nome das 3 palavras aprendidos na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. <u>4</u> 3	

O ALBERTO RESF A COITM COM AS TESOURAS.



AValiação do escore obtido	TOTAL DE PONTOS OBTIDOS <u>27</u>
Pontos de corte – MEEM Brucki et al. (2003) 20 pontos para analfabetos 25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo 26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos de estudo 28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo 29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo.	

Referências

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-198.

Bertolucci PHF et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 1994, 52(1):1-7.

Brucki SMD et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 2003, 61(3):777-781 B.

Tabela para apresentação dos resultados do MINIMENTAL

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL									
Teste	Idade no teste	Orien. Tem./Espac.	Registros	Atenção e cálculo	Lembrança	Linguagem	Total	Classificação	Data

2- Inventario de Depressao de Beck (BDI-II)

POR FAVOR LEIA CUIDADOSAMENTE CADA GRUPO DE AFIRMAÇÕES ABAIXO E ESCOLHA EM CADA UM A **FRASE QUE MELHOR DESCREVE COMO SE TEM SENTIDO DURANTE AS PASSADAS DUAS SEMANAS, INCLUINDO O DIA DE HOJE**. PODERÃO HAVER VÁRIAS FRASES NO MESMO GRUPO QUE LHE PAREÇAM ADEQUADAS - NO ENTANTO, **ESCOLHA APENAS UMA** EM CADA GRUPO. (assinale uma cruz em cada grupo)

1. Tristeza

- ☐ Não me sinto triste.
- ☒ Sinto-me triste muitas vezes.
- ☐ Sinto-me sempre triste.
- ☐ Estou tão triste ou infeliz que já não aguento.

3. Fracassos Passados

- ☒ Não me considero uma falhada.
- ☐ Fracassei mais vezes do que deveria.
- ☐ Revendo o passado, o que noto é uma quantidade de fracassos.
- ☐ Sinto-me completamente falhada como pessoa.

5. Sentimentos de Culpa

- ☒ Não me sinto particularmente culpada.
- ☐ Sinto-me culpada por muitas coisas que fiz ou devia ter feito.
- ☐ Sinto-me bastante culpada a maioria das vezes.
- ☐ Sinto-me culpada durante o tempo todo.

7. Auto-Depreciação

- ☒ Aquilo que acho de mim é o que sempre achei.
- ☐ Perdi confiança em mim própria.
- ☐ Estou desapontada comigo mesmo.
- ☐ Eu não gosto de mim.

9. Pensamentos ou Desejos Suicidas

- ☒ Não tenho qualquer ideia de me matar.
- ☐ Tenho ideias de me matar, mas não as levarei a cabo.
- ☐ Gostaria de me matar.
- ☐ Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

2. Pessimismo

- ☒ Não me sinto desencorajada em relação ao futuro.
- ☐ Sinto-me mais desencorajada em relação ao futuro do que antes.
- ☐ Já não espero que os meus problemas se resolvam.
- ☐ Não tenho qualquer esperança no futuro; tudo só pode piorar.

4. Perda de Prazer

- ☐ Tenho tanto prazer como antes com as coisas que gosto.
- ☒ Eu não gosto tanto das coisas como costumava.
- ☐ Tenho pouco prazer com as coisas que costumava gostar.
- ☐ Não tenho qualquer prazer nas coisas que costumava gostar.

6. Sentimentos de Punição

- ☒ Não sinto que esteja a ser castigada.
- ☐ Sinto que posso vir a ser castigada.
- ☐ Acho que vou ser castigada.
- ☐ Sinto que estou a ser castigada.

8. Auto-Criticismo

- ☒ Não me critico mais do que o habitual.
- ☐ Critico-me mais do que costumava.
- ☐ Critico-me por todas as minhas falhas.
- ☐ Culpo-me de tudo o que de mal me acontece.

10. Choro

- ☒ Não choro mais do que costumava.
- ☐ Choro mais do que costumava.
- ☐ Choro por tudo e por nada.
- ☐ Apetece-me chorar, mas já não consigo.

11. Agitação

- ☐ Não me sinto mais inquieta do que o habitual.
- ☒ Sinto-me mais inquieta do que o habitual.
- ☐ Estou tão agitada que é difícil parar quieta.
- ☐ Estou tão agitada que tenho de me manter a fazer algo.

13. Indecisão

- ☒ Tomo decisões como sempre o fiz.
- ☐ Acho mais difícil tomar decisões do que o habitual.
- ☐ É muito mais difícil tomar decisões do que antigamente.
- ☐ Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão.

15. Perda de Energia

- ☐ Tenho a mesma energia de sempre.
- ☒ Sinto-me com menos energia do que o habitual.
- ☐ Não me sinto com energia para muitas coisas.
- ☐ Não me sinto com energia para nada.

17. Irritabilidade

- ☐ Não estou mais irritável do que o normal.
- ☒ Estou mais irritável do que o habitual.
- ☐ Estou muito mais irritável do que o habitual.
- ☐ Estou irritável o tempo todo.

19. Dificuldades de concentração

- ☒ Concentro-me tão bem como antes.
- ☐ Não me consigo concentrar tão bem como antes.
- ☐ É difícil pensar em qualquer coisa por muito tempo.
- ☐ Acho que não me consigo concentrar em nada.

20. Cansaço ou Fadiga

- ☒ Não me sinto mais cansada que o habitual.
- ☐ Canso-me mais facilmente que o costume.
- ☐ Estou demasiado cansada para fazer as coisas do costume.
- ☐ Estou demasiado cansada para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer.

12. Perda de Interesse

- ☐ Não perdi o interesse nos outros ou nas minhas actividades.
- ☒ Estou menos interessado nas coisas ou nos outros.
- ☐ Perdi a maioria do interesse nas coisas ou nos outros.
- ☐ É difícil interessar-me pelo que quer que seja.

14. Sentimentos de Inutilidade

- ☒ Não me considero incapaz / inútil.
- ☐ Não me considero tão válida e útil como costumava.
- ☐ Sinto-me mais inútil do que as outras pessoas.
- ☐ Sinto-me completamente inútil.

16. Alterações no Padrão de Sono

- ☒ Não notei qualquer mudança no meu sono.
- ☐ Durmo um pouco mais que o habitual.
- ☐ Durmo um pouco menos que o habitual.
- ☐ Durmo muito mais que o habitual.
- ☐ Durmo muito menos que o habitual.
- ☐ Durmo a maior parte do tempo durante o dia.
- ☐ Acordo 1-2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

18. Alterações no Apetite

- ☒ Não notei qualquer alteração no meu apetite.
- ☐ Tenho um pouco menos de apetite do que o habitual.
- ☐ Tenho um pouco mais de apetite do que o habitual.
- ☐ O meu apetite é muito menor do que o normal.
- ☐ O meu apetite é muito maior do que o normal.
- ☐ Perdi por completo o apetite.
- ☐ Anseio por comida o tempo todo.

21. Perda de Interesse Sexual

- ☒ Não notei qualquer alteração no meu interesse sexual.
- ☐ Sinto-me menos interessada sexualmente do que o costume.
- ☐ Sinto-me muito menos interessada pela vida sexual.
- ☐ Perdi por completo o interesse que tinha pela vida sexual.

3- 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 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

4- Teste de Fagerstrom

Teste de Fagerstrom

Este questionário pretende aferir a seu grau de dependência da nicotina. Tenha em consideração que não há respostas certas ou erradas e que, quanto mais as respostas corresponderem à sua realidade, maior será a utilidade deste questionário para o seu Pneumologista definir um plano personalizado de cessação tabágica. Por favor, responda a todas as perguntas, assinalando as respostas com um X.

Perguntas	Respostas	Pontos
1. Quanto tempo depois de acordar fuma o 1º cigarro?	Na 1ª meia hora ☒	1
	Após a 1ª meia hora ☐	0
2. Considera que é difícil conseguir não fumar em locais proibidos?	Sim ☐	1
	Não ☒	0
3. Qual o cigarro que lhe custaria mais deixar?	O 1º da manhã ☒	1
	Qualquer outro ☐	0
	15 ou menos ☐	0
4. Quantos cigarros fuma por dia?	16 a 25 ☒	1
	26 ou mais ☐	2
5. Fuma mais durante as 1ªs horas da manhã do que no resto do dia?	Sim ☒	1
	Não ☐	0
6. Mesmo quando está doente fuma?	Sim ☒	1
	Não ☐	0
Total de Pontos 5		

Grau de dependência:

- . de 0 a 2 pontos - Pouco dependente
- . de 3 a 4 pontos - Dependente
- . de 5 a 6 pontos - Fortemente dependente
- . mais de 6 pontos - Muito fortemente dependente

5 – SOCRATES 8D – Primeira aplicação

Anexo A

SOCRATES 8D

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

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

Tabela 1
Cotação para cálculo três fatores da SOCRATES 8D

	Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
Item 1		3	
Item 2			3
Item 3	4		
Item 4		4	
Item 5	---	---	---
Item 6			3
Item 7	4		
Item 8		3	
Item 9		3	
Item 10	5		
Item 11			5
Item 12	3		
Item 13		4	
Item 14		5	
Item 15	5		
Item 16			4
Item 17	5		
Item 18		4	
Item 19		4	
	Total <u>26</u>	Total <u>30</u>	Total <u>15</u>
	(Intervalo: 6-30)	(Intervalo: 8-40)	(Intervalo: 4-20)

Tabela 2
Percentis para os três fatores da SOCRATES 8D

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

5 – SOCRATES 8D – Segunda aplicação

Anexo A

SOCRATES 8D

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

7^ª Avaliação

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

Tabela 1
Cotação para cálculo três fatores da SOCRATES 8D

	Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
Item 1		5	
Item 2			4
Item 3	5		
Item 4		5	
Item 5	---	---	---
Item 6			5
Item 7	5		
Item 8		5	
Item 9		5	
Item 10	4		
Item 11			4
Item 12	2		
Item 13		5	
Item 14		5	
Item 15	5		
Item 16			1
Item 17	5		
Item 18		5	
Item 19		5	
	Total <u>26</u>	Total <u>40</u>	Total <u>14</u>
	(Intervalo: 6-30)	(Intervalo: 8-40)	(Intervalo: 4-20)

Tabela 2
Percentis para os três fatores da SOCRATES 8D

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

Anexo III

PLANEAMENTO DA ENTREVISTA CLÍNICA

PLANEAMENTO DE ENTREVISTA	
Cliente:	IMBM
Data:	13 De dezembro de 2024
Duração:	55 Minutos
Entrevistador:	Enfermeira Catarina
Hora:	14h00
Local:	Gabinete de Enfermagem
Objetivos:	• Estabelecer o primeiro contacto com a cliente; • Desenvolver relação terapêutica de confiança mútua; • Executar avaliação de Enfermagem; • Aplicar Instrumentos de avaliação (MOCA); • Definir diagnósticos de Enfermagem.
Recursos:	• Enfermeira • Gabinete de Enfermagem (com mesa, duas cadeiras e um computador); • Material de Escrita; • Instrumentos de Avaliação; • Monitor de avaliação de sinais vitais.

Quadro 1, Planeamento de Entrevista, objetivos gerais e recursos

PLANEAMENTO DE ENTREVISTA				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos materiais	Duração
Fase Inicial	- Acolhimento do cliente: (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); - Apresentação (primeiro e último nome, título profissional); - Questionar cliente “como gostaria de ser tratada?”; - Explicar objetivos da entrevista clínica e a sua duração; - Obter consentimento informado, salvaguardando confidencialidade e sigilo profissional.	Interrogativo Expositivo Participativo Ativo	Gabinete; Mesa e Cadeiras; Material de Escrita.	10 minutos

Fase Exploratória	- Iniciar com questões abertas; questionar a cliente sobre o que a preocupa; - Numa segunda fase, realizar questões mais fechadas;		Gabinete; Mesa e Cadeiras; Material de Escrita; Instrumento de Avaliação;.	35 minutos
Fase Final	- Realizar uma pequena síntese final da informação abordada; - Dar feedback acerca dos problemas de enfermagem identificados; - Encorajar cliente e dar tempo para colocar dúvidas; - Orientar cliente para continuidade de cuidados e agendar próximo contacto; - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.		Gabinete; Mesa e Cadeiras; Material de Escrita.	10 minutos

Quadro 2- Planeamento de Entrevista, estrutura

Guião da entrevista clínica:

História biopsicossocial:

- Nome: IMBM
- Nome preferido:
- Idade e data de nascimento:
- Estado civil:
- Habilitações literárias: 4ºano
- Agregado familiar:
- Profissão: costureira
- Situação profissional:
- Alergias:

Genograma	Ecomapa

Processo de adoecer e história atual da doença:

- Antecedentes pessoais:

- Patológicos: gastrite crónica; Hérnia do hiato; Dislipidemia; perturbação da ansiedade; Rutura da coifa SEOD
- Consumos (álcool, tabaco); nega
- Cirúrgicos: nega
- História familiar

Doença atual:

- Início, alteração do funcionamento, como influência a vida diária...
- Conhecimento sobre:
 - Diagnóstico (disfunção cognitiva mista -Alzheimer e vascular):
 - Consequências da doença:
 - Prognóstico:
- Recursos para resolver/minimizar problema:
- Expetativas acerca da evolução da doença:
- Medicação:
 - Betaistina 16mg
 - Sertralina 50mg
 - Memantina 15mg
 - Esomeprasol 20mg
- Hábitos de vida/ aticidades diárias
- Sono (horas e tipo) sem alterações
- Refeições

Escalas de avaliação

Índice de Lawton

ÍNDICE LAWTON

Itens	Actividade Instrumental Vida Diária	Pontuação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar refeições	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Fazer compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Usar telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Usar transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Usar dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsabilizar-se pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Total (0-30): _____

Pontuação	Nível de dependência
8	Independente
9 – 20	Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda
> 20	Severamente dependente, necessita de muita ajuda

Fonte: SEQUEIRA, Carlos – *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, 2010.

Inventario da depressão de Beck (BDI-II)

BDI-II (A.T. Beck, 1996;
Adapt. A.Q. Martins & A. Coelho, 2003)

POR FAVOR LEIA CUIDADOSAMENTE CADA GRUPO DE AFIRMAÇÕES ABAIXO E ESCOLHA EM CADA UM A FRASE QUE MELHOR DESCREVE COMO SE TEM SENTIDO DURANTE AS PASSADAS DUAS SEMANAS, INCLUINDO O DIA DE HOJE. PODERÃO HAVER VÁRIAS FRASES NO MESMO GRUPO QUE LHE PAREÇAM ADEQUADAS – NO ENTANTO, ESCOLHA APENAS UMA EM CADA GRUPO. (assinale uma cruz em cada grupo)

1. Tristeza

- ☐ Não me sinto triste.
- ☒ Sinto-me triste muitas vezes.
- ☐ Sinto-me sempre triste.
- ☐ Estou tão triste ou infeliz que já não aguento.

2. Pessimismo

- ☐ Não me sinto desencorajada em relação ao futuro.
- ☒ Sinto-me mais desencorajada em relação ao futuro do que antes.
- ☐ Já não espero que os meus problemas se resolvam.
- ☐ Não tenho qualquer esperança no futuro; tudo só pode piorar.

3. Fracassos Passados

- ☐ Não me considero uma falhada.
- ☒ Fracassei mais vezes do que deveria.
- ☐ Revendo o passado, o que noto é uma quantidade de fracassos.
- ☐ Sinto-me completamente falhada como pessoa.

4. Perda de Prazer

- ☐ Tenho tanto prazer como antes com as coisas que gosto.
- ☒ Eu não gosto tanto das coisas como costumava.
- ☐ Tenho pouco prazer com as coisas que costumava gostar.
- ☐ Não tenho qualquer prazer nas coisas que costumava gostar.

5. Sentimentos de Culpa

- ☒ Não me sinto particularmente culpada.
- ☐ Sinto-me culpada por muitas coisas que fiz ou devia ter feito.
- ☐ Sinto-me bastante culpada a maioria das vezes.
- ☐ Sinto-me culpada durante o tempo todo.

6. Sentimentos de Punição

- ☐ Não sinto que esteja a ser castigada.
- ☐ Sinto que posso vir a ser castigada.
- ☐ Acho que vou ser castigada.
- ☒ Sinto que estou a ser castigada.

7. Auto-Depreciação

- ☒ Aquilo que acho de mim é o que sempre achei.
- ☐ Perdi confiança em mim própria.
- ☐ Estou desapontada comigo mesmo.
- ☐ Eu não gosto de mim.

8. Auto-Criticismo

- ☒ Não me critico mais do que o habitual.
- ☐ Critico-me mais do que costumava.
- ☐ Critico-me por todas as minhas falhas.
- ☐ Culpo-me de tudo o que de mal me acontece.

9. Pensamentos ou Desejos Suicidas

- ☒ Não tenho qualquer ideia de me matar.
- ☐ Tenho ideias de me matar, mas não as levarei a cabo.
- ☐ Gostaria de me matar.
- ☐ Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

10. Choro

- ☒ Não choro mais do que costumava.
- ☐ Choro mais do que costumava.
- ☐ Choro por tudo e por nada.
- ☐ Apetece-me chorar, mas já não consigo.

POR FAVOR LEIA CUIDADOSAMENTE CADA GRUPO DE AFIRMAÇÕES ABAIXO E ESCOLHA EM CADA UM A **FRASE QUE MELHOR DESCREVE COMO SE TEM SENTIDO DURANTE AS PASSADAS DUAS SEMANAS, INCLUINDO O DIA DE HOJE**. PODERÃO HAVER VÁRIAS FRASES NO MESMO GRUPO QUE LHE PAREÇAM ADEQUADAS – NO ENTANTO, **ESCOLHA APENAS UMA** EM CADA GRUPO. (assinale uma cruz em cada grupo)

1. Tristeza

- ☐ Não me sinto triste.
- ☒ Sinto-me triste muitas vezes.
- ☐ Sinto-me sempre triste.
- ☐ Estou tão triste ou infeliz que já não aguento.

3. Fracassos Passados

- ☐ Não me considero uma falhada.
- ☒ Fracassei mais vezes do que deveria.
- ☐ Revendo o passado, o que noto é uma quantidade de fracassos.
- ☐ Sinto-me completamente falhada como pessoa.

5. Sentimentos de Culpa

- ☒ Não me sinto particularmente culpada.
- ☐ Sinto-me culpada por muitas coisas que fiz ou devia ter feito.
- ☐ Sinto-me bastante culpada a maioria das vezes.
- ☐ Sinto-me culpada durante o tempo todo.

7. Auto-Depreciação

- ☒ Aquilo que acho de mim é o que sempre achei.
- ☐ Perdi confiança em mim própria.
- ☐ Estou desapontada comigo mesmo.
- ☐ Eu não gosto de mim.

9. Pensamentos ou Desejos Suicidas

- ☒ Não tenho qualquer ideia de me matar.
- ☐ Tenho ideias de me matar, mas não as levarei a cabo.
- ☐ Gostaria de me matar.
- ☐ Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

2. Pessimismo

- ☐ Não me sinto desencorajada em relação ao futuro.
- ☒ Sinto-me mais desencorajada em relação ao futuro do que antes.
- ☐ Já não espero que os meus problemas se resolvam.
- ☐ Não tenho qualquer esperança no futuro; tudo só pode piorar.

4. Perda de Prazer

- ☐ Tenho tanto prazer como antes com as coisas que gosto.
- ☒ Eu não gosto tanto das coisas como costumava.
- ☐ Tenho pouco prazer com as coisas que costumava gostar.
- ☐ Não tenho qualquer prazer nas coisas que costumava gostar.

6. Sentimentos de Punição

- ☐ Não sinto que esteja a ser castigada.
- ☐ Sinto que posso vir a ser castigada.
- ☐ Acho que vou ser castigada.
- ☒ Sinto que estou a ser castigada.

8. Auto-Criticismo

- ☒ Não me critico mais do que o habitual.
- ☐ Critico-me mais do que costumava.
- ☐ Critico-me por todas as minhas falhas.
- ☐ Culpo-me de tudo o que de mal me acontece.

10. Choro

- ☒ Não choro mais do que costumava.
- ☐ Choro mais do que costumava.
- ☐ Choro por tudo e por nada.
- ☐ Apetece-me chorar, mas já não consigo.

Inventário da ansiedade de Beck

Inventário de Ansiedade de Beck

Abaixo está uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado(a) por cada um dos sintomas durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "X" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

SINTOMAS	0 <u>Absolutamente não</u>	1 <u>Levemente</u> Não me incomodou muito	2 <u>Moderadamente</u> Foi muito desagradável, mas pude suportar	3 <u>Gravemente</u> 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

Fonte: Cunha, 2001

PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA: ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica: “Estimulação Cognitiva	
Local	Gabinete de enfermagem
Data	16, 23 de dezembro de 2024 13 e 27 de janeiro de 2025 10 de fevereiro de 2025
Hora	18:30H
Duração	45 a 60 minutos
Alvo/Cliente	Transtornos neurocognitivos <i>minor</i> (DSM-V) – Doença de <i>alzheimer</i> e vascular
Entrevistador	EESMP
Objetivos	• Minimizar ou manter défices cognitivos manifestados; • Capacitar o utente para mobilizar conhecimentos e estratégias compensatórias que possibilitem a sua autonomia.
CrITÉRIOS de exclusão	• Défice cognitivo acentuado; • Atividade alucinatória e/ou delirante exacerbada; • Agitação psicomotora; • Estado confusional; • Acuidade auditiva reduzida.
Recursos Humanos	EESMP e cliente.
Recursos Materiais	• Sala; mesa e cadeiras; computador; • Material de escrita; • Instrumentos didáticos.

Quadro 3: Planeamento da intervenção psicoterapêutica: Estimulação cognitiva: objetivos gerais e recursos

SESSÃO 01 (Sessão inicial) - 16/12/2024			
Etapas	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Conteúdo	• Cumprimentos iniciais; • Obtenção de consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos;	• Refletir sobre o assunto abordado na sessão anterior; • Explicar como os exercícios de estimulação cognitiva vão ser efetuados; • Realizar sessão de estimulação cognitiva	• Realizar resumo da sessão e tarefa a realizar até à próxima sessão; • Pedir feedback da sessão; • Esclarecimento de dúvidas;

	• Informação sobre sigilo e confidencialidade.	com recurso há plataforma <i>cogweb</i> : Terapia de orientação para a realidade, treino de funções específicas (atenção e memória de curto prazo) e treino de funções executivas.	• Agendamento da próxima sessão.
Método	Expositivo, Participativo, Interrogativo, Ativo		
Duração	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

Quadro 4: Planeamento da intervenção psicoterapêutica: Estimulação cognitiva – Estrutura

SESSÃO 02 (Sessão intermédia) - 23/12/2024			
Etapas	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Conteúdo	• Cumprimentos iniciais; • Obtenção de consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos; • Informação sobre sigilo e confidencialidade.	• Refletir sobre o assunto abordado na sessão anterior; • Realizar sessão de estimulação cognitiva com recurso há plataforma <i>cogweb</i>: Terapia de orientação para a realidade, treino de funções específicas (atenção e memória de curto prazo) e treino de funções executivas.	• Realizar resumo da sessão e tarefa a realizar até à próxima sessão; • Pedir feedback da sessão; • Esclarecimento de dúvidas; • Agendamento da próxima sessão.
Método	Expositivo, Participativo, Interrogativo, Ativo		
Duração	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

Quadro 5: Planeamento da intervenção psicoterapêutica: Estimulação cognitiva – Estrutura

SESSÃO 03 (Sessão intermédia) - 13/01/2025			
Etapas	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Conteúdo	• Cumprimentos iniciais; • Obtenção de consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos;	• Refletir sobre o assunto abordado na sessão anterior; • Aplicar MoCA; • Realizar sessão de estimulação cognitiva	• Realizar resumo da sessão e tarefa a realizar até à próxima sessão; • Pedir feedback da sessão;

	• Informação sobre sigilo e confidencialidade.	com recurso há plataforma <i>cogweb</i> : Terapia de orientação para a realidade, treino de funções específicas (atenção e memória de curto prazo) e treino de funções executivas.	• Esclarecimento de dúvidas; • Agendamento da próxima sessão.
Método	Expositivo, Participativo, Interrogativo, Ativo		
Duração	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

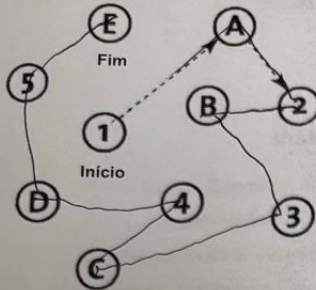
Quadro 6: Planeamento da intervenção psicoterapêutica: Estimulação cognitiva – Estrutura

MoCA

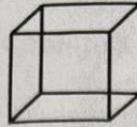
MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) VERSÃO PORTUGUESA – 7.1 VERSÃO ORIGINAL

Nome: F Idade: 70 A
Género: _____ Data de Nascimento: _____
Escolaridade: 4* Data de Avaliação: 13/01/2025

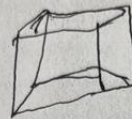
VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA



[1]

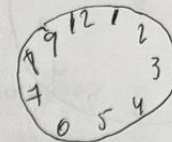


Copiar o cubo



[0]

Desenhar um Relógio (onze e dez) (3 pontos)



[1] Contorno

[1] Números

[0] Ponteiros

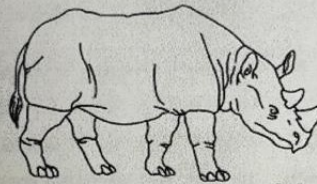
Pontos

2/5

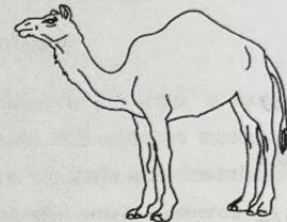
NOMEAÇÃO



[1]



[]



[4]

2/3

MEMÓRIA

Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-la. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.

Boca Linho Igreja Cravo Azul

1º ensaio 4 2 3 4 0
2º ensaio 7 4 3 2 0

Sem Pontuação

ATENÇÃO

Leia a sequência de números. (1 número/segundo)

O sujeito deve repetir a sequência. [0] 2 1 8 5 4

O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa. [1] 7 4 2

1/2

Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.

[] FBACMNAAJ KLBFAKDEAAAJAMOFAB

1/1

Subtrair de 7 em 7 começando em 100.

[] 93 92 [X] 86 85 [X] 79 78 [X] 72 71 [X] 65 64

4 ou 5 subtrações correctas: 3 pontos; 2 ou 3 correctas: 2 pontos; 1 correcta: 1 ponto; 0 correctas: 0 pontos

3/3

LINGUAGEM

Repetir: Eu só sei que hoje devemos ajudar o João.

[X] O gato esconde-se sempre que os cães entram na sala. [X]

2/2

Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "P" (1 minuto).

[] 10 (N ≥ 11 palavras)

0/1

ABSTRACÇÃO

Semelhança p.ex. entre banana e laranja = fruta [0] comboio - bicicleta [0] relógio - régua

0/2

EVOCAÇÃO DIFERIDA

Deve recordar as palavras SEM PISTAS

Boca [] Linho [] Igreja [X] Cravo [] Azul []

Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS

1/5

Opcional

Pista de categoria

X X X X X

Pista de escolha múltipla

ORIENTAÇÃO

[0] Dia do mês [4] Mês [4] Ano [1] Dia da semana [1] Lugar [1] Localidade

5/6

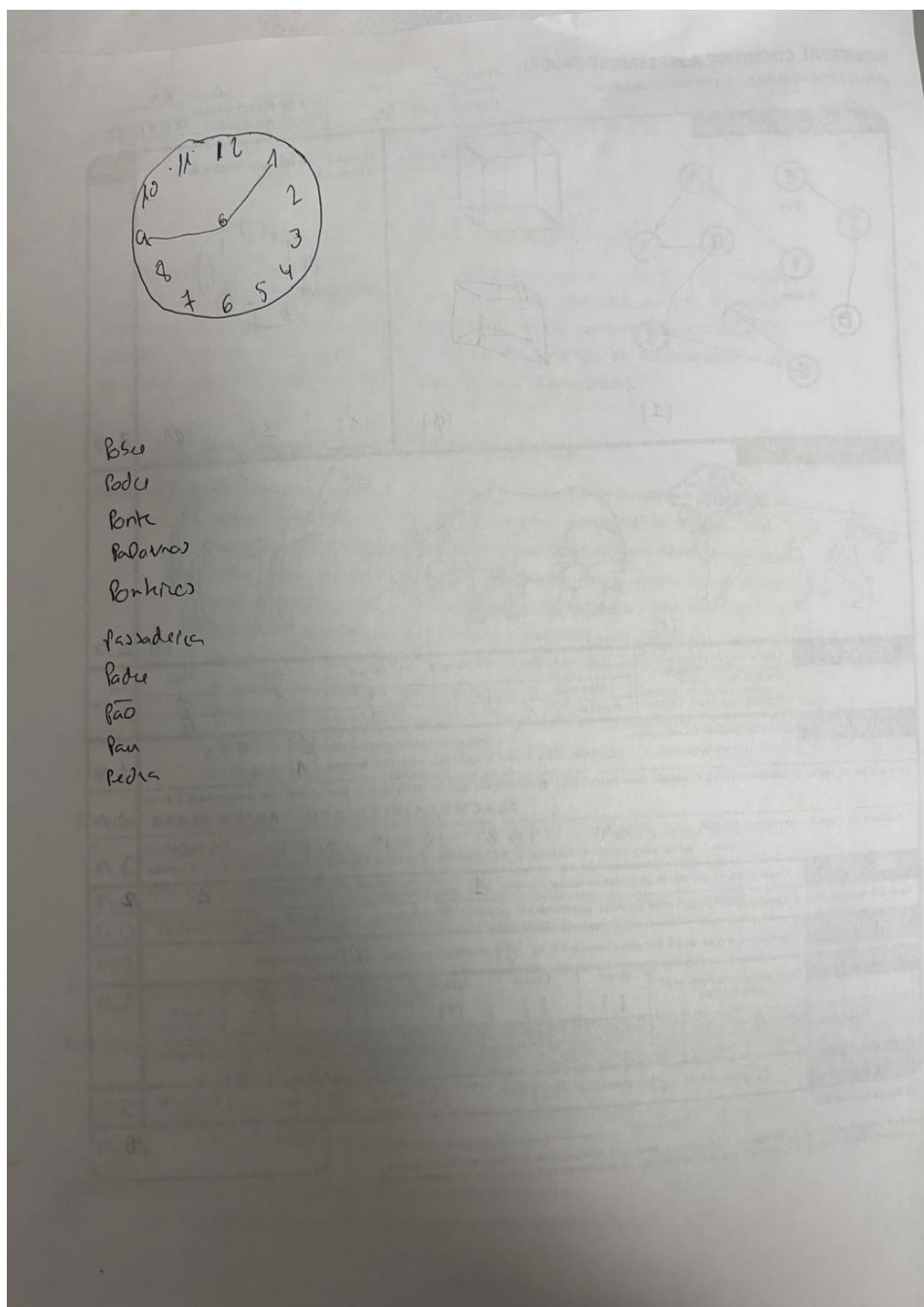
© Z.Nasreddine MD

Examinador: _____

TOTAL

10/30

versão Portuguesa: Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 1. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.



SESSÃO 04 (Sessão intermédia) - 27/01/2025			
Etapas	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Conteúdo	- Cumprimentos iniciais; - Obtenção de consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos;	- Refletir sobre o assunto abordado na sessão anterior; - Realizar sessão de estimulação cognitiva com recurso há plataforma <i>cogweb</i>: Terapia de orientação para a realidade, treino de	- Realizar resumo da sessão e tarefa a realizar ate à próxima sessão; - Pedir feedback da sessão;

	• Informação sobre sigilo e confidencialidade.	funções específicas (atenção e memória de curto prazo) e treino de funções executivas.	• Esclarecimento de dúvidas; • Agendamento da próxima sessão.
Método	Expositivo, Participativo, Interrogativo, Ativo		
Duração	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

Quadro 7: Planeamento da intervenção psicoterapêutica: Estimulação cognitiva – Estrutura

SESSÃO 05 (Sessão intermédia) - 10/02/2025			
Etapas	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Conteúdo	• Cumprimentos iniciais; • Obtenção de consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos; • Informação sobre sigilo e confidencialidade.	• Refletir sobre o assunto abordado na sessão anterior; • Salientar a importância da adesão à realização dos exercícios no domicílio para o sucesso no tratamento; • Ensino sobre estratégias para ultrapassar barreiras criadas pelo défice de memória; • Realizar sessão de estimulação cognitiva com recurso há plataforma <i>cogweb</i>: Terapia de orientação para a realidade, treino de funções específicas (atenção e memória de curto prazo)	• Realizar resumo da sessão e tarefa a realizar até à próxima sessão; • Pedir feedback da sessão; • Esclarecimento de dúvidas; • Agendamento da próxima sessão.
Método	Expositivo, Participativo, Interrogativo, Ativo		
Duração	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

Quadro 8: Planeamento da intervenção psicoterapêutica: Estimulação cognitiva – Estrutura

Anexo IV

Intervenção psicoterapêutica Familiar/cuidador

PLANEAMENTO DE ENTREVISTA	
Cliente:	Cuidador/Familiar da utente IMBM
Data:	14 de janeiro de 2024
Duração:	55 Minutos
Entrevistador:	Enfermeira Catarina
Hora:	14h00m
Local:	Gabinete de Enfermagem
Objetivos:	• Identificar necessidades do familiar/cuidador; • Explorar o conhecimento e expetativas sobre a evolução da doença; • Ensinar sobre estratégias de estimulação da memória e atenção; • Identificar estratégias de <i>coping</i> (explorar como o cuidador lida com situações desafiadoras); • Fornecer um espaço de partilha de informação; • Avaliar stress do cuidador.
Recursos:	• Enfermeira • Gabinete de Enfermagem (com mesa, duas cadeiras e um computador); • Material de Escrita; • Instrumentos de Avaliação (stress do prestador de cuidados).

Tabela 1 - Planeamento da entrevista

PLANEAMENTO DE ENTREVISTA

Etapas	Conteúdo	Método	Recursos materiais	Duração
Fase Inicial	• Acolhimento do cliente: (cumprimentos iniciais, • acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); • Apresentação (primeiro e último nome, título profissional); • Questionar cliente “como gostaria de ser tratado?”; • Explicar objetivos da entrevista clínica e a sua duração; • Obter consentimento informado, salvaguardando; • confidencialidade e sigilo profissional.	Interrogativo Expositivo Participativo Ativo	Gabinete; Mesa e Cadeiras; Material de Escrita.	10 minutos
Fase Exploratória	• Questionar familiar/cuidador sobre as necessidades que tenha identificado no âmbito da doença e comportamento do utente; • Explorar os conhecimentos que possui sobre a doença, evolução e tratamento; • Explorar como o familiar/cuidador lida com situações desafiadoras; • Permitir que expresse o que sente e as dúvidas que possui.		Gabinete; Mesa e Cadeiras; Material de Escrita; Instrumento de Avaliação.	35 minutos

Fase Final	• Realizar uma pequena síntese final da informação abordada; • Dar feedback sobre as necessidades identificadas; • Orientar cuidador/familiar para continuidade de cuidados e agendar próximo contacto; • Despedida formal, com acompanhamento até à porta.		Gabinete; Mesa e Cadeiras; Material de Escrita.	10 minutos
-------------------	--	--	--	------------

Tabela 2- Planeamento da entrevista estrutura

PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO PSICOEDUCAÇÃO	
Local	Gabinete de Enfermagem
Data	23 de janeiro de 2025 27 de janeiro de 2025 10 de fevereiro de 2025
Hora	11h
Duração	45 a 60 minutos
Alvo/Cliente	Familiar/cuidador de utente com DA e demência vascular
Entrevistador	EESMP
Objetivos	• Realizar psicoeducação, capacitando o familiar cuidador sobre: ○ Fisiopatologia da doença ○ Fases de evolução ○ Tratamento; • Ensino sobre de estratégias de comunicação; • Incentivar e promover a importância da criação de rotinas estruturadas.
Recursos (Materiais e Humanos)	• EESMP; • Gabinete; • Mesa e cadeiras; • Material de escrita;

Tabela 3 – Planeamento da intervenção

SESSÃO 01 (Sessão inicial) 23/01/2025			
Etapas	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
	• Acolhimento do familiar/cuidador; • Informação sobre sigilo e confidencialidade .	• Capacitar sobre a doença: explorar os principais sintomas e progressão da doença; • Explorar consequências da evolução da doença com as alterações ao nível da cognição, dos sintomas comportamentais, psicológicos e funcionais.	• Realizar resumo da sessão; • Pedir feedback da sessão; • Esclarecimento de dúvidas.
Método	Expositivo, Participativo, Interrogativo, Ativo.		

Duração	5 minutos	45 minutos	5 a 10 minutos
----------------	-----------	------------	----------------

Tabela 4- Sessão 01 (Sessão Inicial)

SESSÃO 02 (Sessão intermédia) 27/01/2025			
Etapas	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
	• Acolhimento do familiar/cuidador; • Informação sobre sigilo e confidencialidade.	• Ensinar sobre estratégias de comunicação (utilização de frases mais simples, importância do contacto visual, redução de estímulos/distrações, fornecer tempo para as respostas, validar emoções, a adaptação do tom de voz, evitar fazer perguntas abertas, entre outras) e gestão de comportamentos desafiadores (lidar com comportamentos como a ansiedade e depressão possíveis gatilhos para esses comportamentos); • Ensinar sobre estratégias de estimulação da memória e atenção; • Abordar a importância de criação de rotinas estruturadas, uma vez que reduzem a desorientação e promovem a orientação da utente numa fase mais evoluída da doença.	• Realizar resumo da sessão; • Pedir feedback da sessão; • Esclarecimento de dúvidas.
Método	Expositivo, Participativo, Interrogativo, Ativo.		
Duração	5 minutos	45 minutos	5 a 10 minutos

Tabela 5- Sessão 02 (Sessão Intermédia)

SESSÃO 03 (Sessão intermédia) 10/02/2025			
Etapas	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
	- Acolhimento do familiar/cuidador; - Informação sobre sigilo e confidencialidade.	- Capacitar o cuidador sobre estratégias de gestão de <i>stress</i> e sobrecarga; - Incentivar atividades sociais como encontros com familiares e amigos.	- Realizar resumo da sessão; - Pedir feedback da sessão; - Esclarecimento de dúvidas.
Método	Expositivo, Participativo, Interrogativo, Ativo.		
Duração	5 minutos	45 minutos	5 a 10 minutos

Tabela 6- Sessão 03 (Sessão Intermédia)