



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Estágio com Relatório Final em contexto de internamento de doentes agudos e saúde mental comunitária

Cuidado à Pessoa com Demência

Ana Luísa Leite Bento

Viseu, março 2026

Estágio com Relatório Final em contexto de internamento de doentes agudos e saúde mental comunitária.

Cuidado à Pessoa com Demência

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professor Doutor Amadeu Matos Gonçalves

Ana Luísa Leite Bento

Viseu, março de 2026

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste percurso acadêmico representa muito mais do que o término de uma etapa formativa, simboliza um caminho profundamente desafiante, marcado por crescimento pessoal, superação e resiliência. Ao longo deste trajeto, foram várias as pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que este momento fosse possível, e a quem dirijo a minha mais sincera e sentida gratidão.

À minha família, o meu mais profundo e emotivo agradecimento. Aos meus pais, por serem o meu alicerce inabalável, pelo amor incondicional, pela paciência infinita e pela força que sempre me transmitiram, mesmo nos momentos em que tudo parecia mais difícil. Obrigada por acreditarem em mim, mesmo quando eu própria duvidei, por nunca me deixarem desistir e por serem, sempre, o meu lugar seguro.

Ao meu irmão e à minha cunhada, agradeço o apoio constante, a compreensão e o carinho demonstrado ao longo de todo este percurso. À minha afilhada e ao meu sobrinho, que, mesmo sem saberem, foram luz em muitos momentos mais escuros o vosso sorriso e a vossa presença trouxeram leveza, esperança e motivação para continuar.

Aos meus amigos, o meu sincero obrigada pela amizade verdadeira, pela paciência nos momentos de ausência, pelas palavras de incentivo e pela presença, mesmo quando o cansaço e as dificuldades se tornavam mais evidentes. Foram, sem dúvida, um suporte essencial neste caminho.

A todos os professores e à equipa docente, manifesto o meu profundo reconhecimento pela dedicação, pelo rigor científico, pela exigência e pelo acompanhamento ao longo deste percurso. A qualidade do ensino e o apoio prestado foram determinantes para o meu crescimento académico e profissional. À minha turma, deixo também uma palavra especial de agradecimento pelo companheirismo, pela partilha de experiências e pelo apoio mútuo. Levo comigo não apenas colegas, mas pessoas que marcaram este percurso e que, certamente, levarei para a vida.

Não posso deixar de me dirigir a mim mesma. Este foi, sem dúvida, um dos períodos mais desafiantes da minha vida, marcado por dificuldades a nível de saúde, por momentos de grande fragilidade emocional, por lágrimas, incertezas e pela constante presença de pensamentos negativos. Houve inúmeras vezes em que desistir foi uma hipótese real, em que o peso do caminho parecia maior do que a força para o continuar. Ainda assim, com o apoio daqueles que me rodeiam e com uma coragem que fui descobrindo ao longo do percurso,

consegui persistir. Hoje, reconheço em mim uma força que desconhecia fui resiliente, fui persistente e fui, acima de tudo, capaz.

Por fim, e de forma muito especial, dedico este trabalho à minha avó, que partiu no início do mês de fevereiro. A sua perda marcou profundamente esta etapa final, tornando-a ainda mais exigente e emocionalmente desafiante. Foi, sem dúvida, uma das minhas maiores fontes de força ao longo deste percurso. O seu amor, os seus ensinamentos e a sua presença, ainda que agora ausente fisicamente, continuam vivos em mim. Gosto de acreditar que, onde quer que esteja, acompanha este momento e sente orgulho no caminho que percorri. Esta conquista é também sua, e a ela dedico, com todo o amor e saudade, o culminar deste percurso.

Entre viagens, desafios, lágrimas e momentos de superação, termino este ciclo com um profundo sentimento de gratidão. Tudo o que foi vivido contribuiu para o crescimento pessoal e profissional que hoje reconheço em mim.

A todos, o meu mais sincero obrigada.

RESUMO

Esta é a tese final do mestrado em Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica, curso n.º 309456, que analisa criticamente o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado de pessoas com demência em dois contextos clínicos complementares: o Serviço de Cuidados Domiciliários para a Demência (DCSS) da Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro e a Unidade de Psiquiatria e Saúde Mental (PMH) do Hospital Distrital de Bragança. Um quadro conceptual, juntamente com uma análise dos estágios clínicos, o desenvolvimento de competências de enfermagem comuns e especializadas e a componente de investigação aplicada foram todos integrados no relatório. Foram utilizadas evidências recentes para reforçar o quadro teórico, juntamente com a perspetiva disciplinar da enfermagem, que se baseou na teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau, com ênfase na relação terapêutica, na comunicação, na segurança e dignidade e nos cuidados centrados na pessoa. Durante os estágios clínicos, foram adquiridas competências para avaliar comportamentos de várias formas, gerir os sintomas comportamentais e psicológicos da demência, intervir com estratégias não farmacológicas, apoiar os cuidadores, tomar decisões éticas, trabalhar com especialistas e planear a continuidade dos cuidados. Além disso, foi realizado um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo com 121 residentes da rede de serviços comunitários de Mogadouro, que foram acompanhados durante a prestação de um serviço comunitário de demência. Os resultados indicaram uma elevada proporção de indivíduos de meia-idade e idosos, bem como a doença de Alzheimer e demências mistas como os diagnósticos mais comuns, e um nível de dependência que variava de leve a moderado. As conclusões sublinham ainda mais a importância de um programa de apoio social baseado na comunidade, apoiado por enfermeiros, concebido para satisfazer as necessidades da pessoa com demência e da sua família — especificamente adaptado ao estágio da demência, ao risco clínico, ao fardo e às necessidades da comunidade. Existem limitações metodológicas: a utilização de uma amostra de conveniência, a natureza descritiva do estudo e a ausência de inferência causal. O panorama geral apresentado no relatório é de rigor clínico, pensamento crítico e uma base ética, sensibilidade relacional e prática baseada em evidências na enfermagem especializada em saúde mental para cuidados de demência.

Palavras-chave: Demência; Enfermagem em Saúde Mental; Cuidados comunitários; Competências especializadas.

ABSTRACT

This is the final thesis for a master's degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, course number 309456, which critically analyzes the development of specialized skills in caring for people with dementia in two complementary clinical healthcare settings: the Dementia Home Care Service (DCSS) at Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro and the Psychiatry and Mental Health Unit (PMH) at Bragança District Hospital. A conceptual framework, along with an analysis of clinical placements, the development of common and specialized nursing competencies, and the applied research component were all integrated into the report. Recent evidence was used to reinforce the theoretical framework, along with the disciplinary perspective of nursing, which was based on Hildegard Peplau's theory of interpersonal relations, with an emphasis on the therapeutic relationship, communication, safety and dignity, and person-centered care. During clinical placements, competencies were acquired to assess behaviors in various ways, manage the behavioral and psychological symptoms of dementia, intervene with non-pharmacological strategies, support caregivers, make ethical decisions, work with specialists, and plan for continuity of care. In addition, a quantitative, descriptive, and retrospective study was conducted on 121 residents of the community services network in Mogadouro, who were monitored during the provision of a community dementia service. The results indicated a high proportion of middle-aged and elderly individuals, as well as Alzheimer's disease and mixed dementia as the most common diagnoses, and a level of dependency ranging from mild to moderate. The conclusions further underscore the importance of a community-based social support program, supported by nurses, designed to meet the needs of the person with dementia and their family—specifically tailored to the stage of dementia, clinical risk, burden, and community needs. There are methodological limitations: the use of a convenience sample, the descriptive nature of the study, and the absence of causal inference. The overall picture presented in the report is one of clinical rigor, critical thinking, and an ethical foundation, relational sensitivity, and evidence-based practice in specialized mental health nursing for dementia care.

Keywords: Dementia; Mental Health Nursing; Community Care; Specialist Competences.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	1
RESUMO	3
ABSTRACT	4
ÍNDICE	5
ÍNDICE DE TABELAS	8
SIGLAS E ABREVIATURAS	9
INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1. Conceitos e fases da demência	15
1.2. Tipos de demência	16
1.3. A demência como condição social	17
1.4. Modelo teórico de enfermagem: relações interpessoais de Peplau	18
2. ESTÁGIO EM CONTEXTO SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA	22
3. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE PESSOAS EM DESCOMPENSAÇÃO AGUDA	26
4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	30
4.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	31
4.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica	36
5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO	43

5.1. Resumo	43
5.2. Justificação do estudo	43
5.3. Enquadramento teórico.....	44
5.4. Participantes e métodos	49
5.5. Resultados	50
5.6. Discussão	53
5.6.1. Limitações do estudo.....	56
5.6.2 Contributos para a Prática e Investigação Futura.....	56
5.7. Conclusão.....	57
5.8. Implicações para a prática clínica	58
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
7. BIBLIOGRAFIA	64
ANEXOS.....	70
Anexo I – Projeto do Ensino Clínico de opção 8- Estágio com relatório final em contexto de saúde mental na comunidade.....	72
Lista de Tabelas	78
Lista de Siglas.....	80
Introdução	81
Caracterização da instituição	82
Competências a desenvolver no Ensino Clínico.....	85
Atividades Planeadas.....	88

Cronograma	90
Conclusão	91
Referências Bibliográficas.....	93
Anexo II– Projeto do Ensino Clínico de opção 8- Estágio com relatório final em contexto de internamento de agudos	94
Lista de Tabelas	100
Lista de Siglas.....	101
Introdução	102
Competências a desenvolver no Ensino Clínico.....	104
Atividades Planeadas.....	107
Cronograma	111
Conclusão	112
Referências Bibliográficas.....	114
Anexo III– Planos de Intervenção elaborados durante o estágio em internamento de agudos.....	115

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Síntese das principais atividades desenvolvidas no estágio em contexto comunitário	25
Tabela 2: Síntese das principais atividades desenvolvidas no estágio em contexto de internamento de pessoas em descompensação aguda	29
Tabela 3: Principais medidas descritivas da amostra	50
Tabela 4: Frequência absoluta e relativa dos diferentes tipos de demência.....	50
Tabela 5: Distribuição dos utentes pelos três estádios de dependência.....	51
Tabela 6: Tipo de demência e o estágio de dependência.....	52

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD – Activities of Basic Daily Living

AD – Alzheimer’s Disease

AIVD – Instrumental Activities of Daily Living

APA – American Psychiatric Association

BPSD – Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia

CMAI – Cohen-Mansfield Agitation Inventory

DFT – Frontotemporal Dementia

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

DV – Vascular Dementia

EESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

GDS – Geriatric Depression Scale

GPS – Global Positioning System

MMSE – Mini-Mental State Examination

MoCA – Montreal Cognitive Assessment

N – Sample Size

NPI – Neuropsychiatric Inventory

OE – Ordem dos Enfermeiros

SADD – Serviço de Apoio Domiciliário à Demência

SCM – Santa Casa da Misericórdia

ULS – Unidade Local de Saúde

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

A demência envolve um grande número de fatores que são geralmente progressivos e caracterizam-se por um comprometimento progressivo de uma ou mais funções cognitivas e por uma perda progressiva de autonomia. O conhecimento e a compreensão da demência hoje em dia não se baseiam apenas numa abordagem puramente biomédica, mas abrangem aspetos cognitivos, emocionais, comportamentais, familiares, sociais e éticos. A demência é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das três principais causas de incapacidade e dependência em pessoas idosas e tem efeitos profundos na pessoa idosa, nos cuidadores, nas famílias e nos sistemas de saúde e proteção social (OMS, 2025).

Os sintomas comportamentais e psicológicos (BPS) são clinicamente relevantes no caso de pessoas com demência assistidas em lares de idosos. Estes podem variar entre agitação e agressividade, passando por ansiedade, sintomas de depressão, apatia, alterações do sono, alucinações, delírios, desinibição e deambulação. Estes sintomas devem ser avaliados e identificados, e o ambiente da pessoa deve ser adaptado, devendo a comunicação terapêutica ser uma prioridade fundamental e os métodos não farmacológicos — tais como a adoção de estratégias centradas na pessoa — devem ser priorizados, a menos que clinicamente justificados, proporcionados e devidamente revistos de acordo com as diretrizes do NHS estabelecidas pelo NICE (2018/2025), Livingston et al., 2024.

Foram realizados dois estágios sequencialmente, nomeadamente: especialidades clínicas na assistência a pessoas com demência, na comunidade, e especialidades clínicas em serviços psiquiátricos de internamento numa unidade psiquiátrica de cuidados agudos. A seleção destes contextos permitiu o estudo de vários aspetos da demência ao longo do continuum, que vai desde a continuidade e a prevenção no contexto doméstico até à gestão de crises, riscos e descompensação comportamental num contexto hospitalar.

A intervenção na comunidade enfatizou a avaliação abrangente, a funcionalidade, a prevenção de riscos e/ou o apoio aos cuidadores, bem como a continuidade de uma vida segura na comunidade. No contexto de internamento agudo, foi importante monitorizar e gerir constantemente os sintomas comportamentais dos doentes, uma vez que estes se tornam mais confusos e ansiosos quando colocados num ambiente desconhecido e volátil, bem como cumprir considerações éticas, trabalhar com uma equipa multidisciplinar e planear a alta hospitalar.

Por conseguinte, este relatório visa destacar a aquisição de competências específicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, o que envolverá prática clínica supervisionada, investigação, evidência científica primária e as reflexões atuais da disciplina de enfermagem. O cuidado de pessoas com demência é encarado como uma experiência clínica, relacional e ética, centrada no cuidado e na dignidade, mantendo-as em segurança, promovendo a maior autonomia possível, proporcionando continuidade de cuidados e apoiando a saúde e o bem-estar dos cuidadores.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O envelhecimento da população constitui atualmente um dos maiores desafios para a saúde pública. Esta situação é particularmente evidente em Portugal e exige uma abordagem holística, que implique uma resposta multissetorial, dando prioridade à prevenção de doenças, à continuidade dos cuidados, ao apoio social e à redução das desigualdades, bem como à promoção da saúde. As principais intervenções sugeridas devem basear-se em todo o ciclo de vida e em contextos regionais específicos, sobretudo em regiões caracterizadas por populações envelhecidas e também em regiões de dispersão geográfica, tal como destacado no NHP2030 (DG Diretor-Geral, 2023).

Quando alguém envelhece, isso não é um sinal de demência. Ser idoso não é o mesmo que ter demência, uma vez que as alterações fisiológicas, cognitivas e psicossociais estão todas relacionadas com o processo de envelhecimento. Estes são os danos mais graves e mais visíveis, porque a demência é o resultado de processos patológicos que afetam as capacidades cognitivas e funcionais e, se não forem controlados, podem eventualmente resultar em perda de autonomia, de comunicação, de identidade, de segurança e de inclusão social. (Organização Mundial de Saúde, 2025).

Clinicamente, a demência é um padrão de sintomas indicativo de um processo patológico do cérebro (geralmente crónico ou progressivo). Estas alterações abrangem mudanças na memória, atenção, linguagem, funções executivas, orientação, capacidade viso espacial, comportamento e julgamento. O termo «perturbação neurocognitiva grave», que inclui a palavra «neuro» para lembrar aos profissionais de saúde mental que devem olhar para além de uma queixa de memória para indicar que um ou mais domínios cognitivos estão diminuídos, e o termo «cognitiva» indica que os domínios avaliados abrangem estes elementos: atenção/percepção, memória, planeamento/organização, memória verbal, funcionamento executivo e capacidades motoras e sensoriais (Associação Psiquiátrica Americana, 2013).

A avaliação deve ser «integral» e ter em conta vários fatores, tais como o historial médico, os níveis de funcionamento antes do incidente, as alterações comportamentais, as atividades da vida diária (tanto básicas como instrumentais), as alterações psicológicas, o risco ambiental, o contexto familiar e os recursos disponíveis. A adoção desta abordagem reveste-se de particular importância, uma vez que duas pessoas podem ter o mesmo diagnóstico de demência, mas encontrar-se em fases diferentes da doença, dispor de sistemas de apoio muito distintos, apresentar multimorbilidade diferente e até mesmo um perfil comportamental da doença muito singular.

Muitas vezes, um dos aspetos mais difíceis da vida em instituições e da vida familiar após um diagnóstico de demência são os sintomas comportamentais e psicológicos. Trata-se tipicamente de comportamentos que resultam de dor, medo, desorientação, desconforto, sobre estimulação do ambiente, bem como de desejos negados e falta de competências de comunicação. Assim, não são considerados apenas comportamentos perturbadores e/ou disciplinares, mas também comportamentos numa abordagem clínica, relacional e contextualizada.

Os efeitos da demência são também sociais e familiares – muito mais do que individuais, afetam as pessoas à sua volta, no seio do seu agregado familiar e da comunidade. A falta de conhecimento, juntamente com o estigma do declínio cognitivo e a tendência para normalizar esta mudança como parte da velhice, atrasa o diagnóstico e o acesso a intervenções. Apesar dos progressos significativos alcançados, persistem ainda equívocos e mitos na comunidade sobre a demência e os seus cuidados, que podem ser encontrados neste Relatório Mundial sobre a Doença de Alzheimer 2024; assim, existe uma grande necessidade de educação pública, de consciencialização comunitária e educação e formação para os profissionais de saúde (Alzheimer's Disease International, 2024).

Nos últimos anos, tem sido consistentemente recomendado a nível internacional que a resposta à demência se centre no indivíduo, na sua família e na comunidade. As abordagens utilizadas seguem o princípio do diagnóstico precoce, do planeamento personalizado dos cuidados, das NPI (intervenções não farmacológicas), do apoio aos cuidados/cuidadores, da reabilitação (sempre que possível), da adaptação ambiental e da continuidade dos cuidados em ambos os níveis – cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e o sistema de cuidados comunitários e sociais (Alzheimer's Disease International, 2025; National Institute for Health and Care Excellence, 2018/2025).

As três políticas sobre demência, a Estratégia de Saúde para a Demência em Portugal (MSD), o Plano Nacional de Saúde para a Demência (NHPd) e a Agenda Nacional de Saúde (NHA), incluem todas a necessidade de coordenar a gestão regional, local e de casos, a formação profissional e de estabelecer respostas específicas para as pessoas com demência e os seus cuidadores (Ministério da Saúde, 2021, 2025, NHA, 2019). As configurações das comunidades rurais são especialmente úteis na consideração destas diretrizes, uma vez que pode haver maior vulnerabilidade resultante do isolamento, das distâncias em relação aos serviços e do fardo familiar.

Isto confere uma importância fundamental à Saúde Mental e à Enfermagem Psiquiátrica, onde o enfermeiro especialista está envolvido numa avaliação abrangente, na relação terapêutica, em intervenções psicoeducativas, no apoio às famílias, na gestão de riscos, na dignidade da pessoa e no contexto de vida da pessoa, tudo isto num contexto de «singularidade» da pessoa e de evidência científica.

1.1. Conceitos e fases da demência

O conhecimento sobre a demência tem sido continuamente atualizado, deslocando a ênfase da alteração principalmente cognitiva para uma perspetiva centrada nos aspetos clínicos, funcionais, relacionais e sociais. A demência também resulta em incapacidade e dependência dos idosos e tem implicações físicas, psicológicas, sociais e económicas para a pessoa com demência, a sua família ou cuidadores e a sociedade (Organização Mundial de Saúde, 2025).

A demência apresenta variações clínicas únicas. Os sinais precoces podem incluir problemas de memória ou orientação, dificuldades de linguagem, problemas de atenção ou concentração e dificuldades na realização de atividades instrumentais da vida diária.

À medida que a doença progride, os indivíduos podem perder autonomia nas atividades da vida diária, apresentar um aumento do risco de quedas, tornar-se mais ativos ou comportar-se de forma diferente, aumentar a sua necessidade de supervisão, ter problemas de comunicação e dormir pior.

O problema é de grande dimensão, conforme ilustrado pelos números seguintes. Um estudo realizado pela Alzheimer Europe, divulgado no relatório «Facing Dementia in Europe: Statistics», estima que, até 2025, 238 401 (2,29 %) pessoas em Portugal viverão com demência e, até 2050, este número ascenderá a 367 807 pessoas (3,23 %). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2025), existem atualmente milhões de pessoas a viver com demência e esses números estão a aumentar ano após ano em todo o mundo, constituindo uma emergência de saúde pública.

Embora a idade avançada seja um fator de risco para o desenvolvimento da demência, fatores clínicos, sociais e ambientais também contribuem para o risco. Mas novas investigações demonstraram que, embora seja possível introduzir alterações ao longo da vida, tais como a audição e a visão, a educação, a atividade física, o controlo dos fatores de risco cardiovasculares, o isolamento social, a depressão, o consumo de álcool, o tabagismo e a

exposição à poluição – todos estes aspetos devem ser abordados e melhorados, a fim de prevenir a doença e manter a saúde cerebral. (Livingston et al., 2024).

A demência não é uma doença comum. Nas fases iniciais, algumas pessoas podem apresentar sintomas de declínio cognitivo ou alterações comportamentais, emocionais e/ou funcionais. Esta variabilidade não só deve servir de base para o estabelecimento de objetivos de cuidados individuais e programas de avaliação que reflitam as necessidades de cuidados de cada pessoa, como também deve permitir avaliações regulares com a pessoa e os seus cuidadores, em vez de uma intervenção de «abordagem padronizada».

É fundamental que as crianças sejam identificadas precocemente, avaliadas de forma regular e adequada, e submetidas a intervenções e tratamentos abrangentes para garantir a proteção, a preservação, a saúde e os cuidados da criança. Embora haja um declínio cognitivo significativo, existem necessidades emocionais, relacionais e de identidade que precisam de ser reconhecidas através da implementação de intervenções especiais.

1.2. Tipos de demência

Existem algumas formas distintas clínicas e etiológicas de demência. A demência de Alzheimer, a demência vascular, a demência combinada, a demência frontotemporal e a demência com corpos de Lewy são as mais comuns. Embora seja importante identificar o tipo de demência, é também crucial ter em mente que não existe necessariamente uma correlação entre o nível de cuidados e a categoria da demência, e que é necessária uma avaliação funcional, comportamental, emocional e/ou familiar.

A doença de Alzheimer é o tipo mais frequente de demência e é uma doença progressiva que causa uma deterioração das células e funções cerebrais, envolvendo, em alguns casos, défices de memória episódica (cognitiva), bem como perda de orientação, autonomia, comportamento e funções executivas. Novas investigações revelam que os problemas de memória não são a única coisa que muda gradualmente com a doença de Alzheimer; a doença afeta também a vida, as relações e a identidade da pessoa (Alzheimer's Association, 2025).

A demência vascular tem sido associada a lesões cerebrais causadas por doenças cardiovasculares e fatores de risco (tais como hipertensão, diabetes, dislipidemia, tabagismo ou acidente vascular cerebral). No quadro clínico, podem observar-se disfunção executiva e

comprometimento da atenção, retardo psicomotor, alterações de humor e comprometimento do funcionamento. Tanto na clínica como na comunidade, o controlo e a prevenção dos fatores de risco vasculares são de extrema importância.

A demência frontotemporal afeta o cérebro numa fase mais precoce da vida do que a doença de Alzheimer e pode manifestar-se com dificuldades de linguagem que se agravam com o tempo, alterações em vários comportamentos sociais, apatia, falta de empatia e diminuição das inibições, o que envolve alterações de personalidade. Estes sintomas específicos podem, por vezes, ser confundidos com o «desejo» de mudar de comportamento e causar dificuldades às famílias.

A demência com corpos de Lewy apresenta sintomas semelhantes a outras variantes, tais como a doença de Parkinson com corpos de Lewy e a demência com corpos de Lewy, manifestando-se como flutuações cognitivas/perda de memória declarativa, acompanhadas por perturbações do sono REM e sensibilidade a determinados medicamentos, bem como uma tendência para quedas. É necessário um elevado nível de sensibilização clínica, monitorização intensiva e boa comunicação entre a equipa de cuidados de saúde, o doente e a família.

A grande variedade destas características exigirá uma avaliação médica especializada do doente e a recolha do historial médico relevante, a realização de avaliações neurológicas, cognitivas e funcionais, bem como a análise do historial familiar do doente e outros exames necessários para o diagnóstico. Esta é uma forma subtil de demência que deve ser tida em conta como parte de um quadro global da pessoa, para compreender a sua vulnerabilidade, independência, padrões comportamentais e qualidade de vida num ambiente residencial especial.

1.3. A demência como condição social

Embora seja uma situação clínica, a demência é também uma condição social, que afeta o papel de uma pessoa na sua comunidade, na família e na vida social. O declínio cognitivo e funcional tem impacto na forma como uma pessoa se comporta ou se sente, na forma como os outros a percebem, na sua identidade, independência e segurança. Por isso, o tratamento dos sintomas não deve ser a única forma de cuidados prestados; os cuidados devem centrar-se na promoção da dignidade e da inclusão, no respeito pelos direitos dos doentes e na vivência de uma vida de qualidade.

Ainda existe, de forma generalizada, muito estigma. Infelizmente, há muitas famílias que adiam a procura de ajuda porque têm medo do que os outros possam pensar se souberem que o seu ente querido tem um problema cerebral, porque não sabem o que fazer, ou porque pensam que não há nada de errado com o cérebro do seu ente querido. A literatura recente tem destacado o papel da redução do estigma, da literacia e da formação na comunidade e/ou entre os profissionais para ajudar as pessoas que vivem com demência a procurar e aceder a apoio e cuidados, quebrar o ciclo do estigma e promover mais oportunidades de diagnóstico (Alzheimer's Disease International, 2024; Organização Mundial de Saúde, 2025).

No entanto, familiares e amigos que lidam com alguma forma de demência valorizam a segurança, quando a informação é compreendida, quando são aceites, respeitados e bem comunicados, quando podem ser tocados por outros, quando existem atividades significativas e quando podem viver no seu ambiente familiar, desde que este seja seguro e clinicamente viável. Tudo isto indica que devem ser abordados com base numa abordagem centrada na pessoa, tendo em conta a sua história, preferências, valores e autonomia.

Os cuidados são relacionais e a família ou o cuidador informal são parte integrante dos cuidados. O fardo (físico, emocional, económico e/ou relacional) pode resultar numa crise, erro de medicação, fadiga, negligência inadvertida e/ou hospitalização precoce. Assim, o apoio aos cuidados deve ser conceptualizado como uma intervenção clínica fundamental a par dos serviços para pessoas com demência, e não como uma «segunda prioridade» em relação a estes.

A demência manifesta-se de forma diferente em áreas rurais, como em Mogadouro, que se caracterizam por um elevado isolamento social, redes familiares fortes, elevada taxa de envelhecimento, população mais dispersa e baixo acesso a serviços especializados. Por conseguinte, é necessária uma resposta específica da própria comunidade, que deve ser capaz de assegurar o acompanhamento, a proximidade, a educação e a prevenção de riscos da comunidade, bem como a continuidade dos cuidados.

1.4. Modelo teórico de enfermagem: relações interpessoais de Peplau

Para sustentar a prática clínica especializada e responder à necessidade de fundamentação disciplinar, este trabalho ancora-se na Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau.

A enfermagem psiquiátrica encontra-se intimamente ligada à evolução histórica, científica e filosófica da própria disciplina. Inicialmente, o empirismo exerceu uma influência generalizada sobre as construções teóricas inaugurais, priorizando a objetividade, a mensuração e o controlo. Esta orientação refletia-se em abordagens de cuidados alinhadas com a perspetiva da higiene mental e da prevenção, influenciadas, em determinados períodos, por preceitos de eugenia (McEwen & Wills, 2016).

Historicamente, a prática da enfermagem psiquiátrica esteve associada a funções de vigilância, controlo e manutenção da ordem institucional, sob uma lógica alienista e asilar. Nesse modelo, o papel do enfermeiro caracterizava-se pelos estatutos de guarda e disciplinador, com uma dimensão terapêutica escassamente percecionada ou vivenciada (Rodrigues et al., 2017). Consequentemente, a emergência da enfermagem psiquiátrica tendeu a submeter-se ao discurso médico-psiquiátrico e à orgânica do espaço asilar, limitando o valor da relação terapêutica e a autonomia profissional.

A partir da década de 1950, no período pós-Segunda Guerra Mundial, emergiram transformações significativas nas conceções de ciência e de cuidado. O desenvolvimento da fenomenologia de Edmund Husserl, do construtivismo de Jean Piaget e do historicismo de Wilhelm Dilthey impulsionou a valorização da subjetividade, da experiência humana e dos contextos socio-históricos na compreensão do sofrimento psicológico. Foi neste panorama científico que surgiu a Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard Elizabeth Peplau, enfermeira de saúde mental e teórica de referência na transição para a enfermagem psiquiátrica moderna (Franzoi et al., 2016; Stefanelli et al., 2017).

A formulação de teorias de enfermagem concorreu para a consolidação da disciplina enquanto ciência académica e não apenas aplicada. Estes referenciais operam na descrição, explicação, predição ou prescrição de fenómenos inerentes à práxis profissional, estruturando a disciplina e subsidiando o processo de tomada de decisão clínica (McEwen & Wills, 2016). No âmbito deste desenvolvimento epistémico, coexistem diferentes matrizes teóricas, destacando-se as teorias do processo interacional, as de médio alcance e as orientadas para a prática (Bezerra et al., 2018; McEwen & Wills, 2016).

A publicação da obra *Interpersonal Relations in Nursing*, em 1952, marcou uma rutura paradigmática no saber disciplinar. O hiato temporal verificado entre a produção e a publicação da obra decorreu das barreiras institucionais da época à produção científica autónoma por enfermeiros, sem a coautoria médica (Franzoi et al., 2016; Peplau, 1990). O impacto de Peplau estendeu-se ao plano associativo e editorial, através da fundação de

periódicos, consultoria governamental e liderança em organizações profissionais, valendo-lhe o reconhecimento internacional com a atribuição do Prémio Christiane Reimann pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (Franzoi et al., 2016; Stefanelli et al., 2017).

O pioneirismo deste modelo residiu na centralidade atribuída às dimensões psicossociais e à díade enfermeiro-pessoa. A teoria preconiza que a interação terapêutica constitui o vetor vital das intervenções em saúde mental, sendo instrumental na identificação de necessidades, na contratualização da relação, na promoção da independência e na potenciação de respostas adaptativas face a estressores psicológicos (Franzoi et al., 2016; Peplau, 1990). Não obstante a sua relevância, a transição para uma prática clínica assente na relação terapêutica e em intervenções psicoterapêuticas autónomas permanece um desafio contemporâneo para a especialidade (Sampaio et al., 2018; Stefanelli et al., 2017).

Nesta perspetiva, o exercício da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica contemporâneo pressupõe o abandono das abordagens tradicionais focadas na reiteração de controlos e na vigilância punitiva, evoluindo para uma prática clínica especializada, relacional, ética e cientificamente sustentada. O referencial de Peplau reitera a premência de uma relação intencional e estruturada, focada na mundividência do indivíduo, nas suas experiências prévias, necessidades, recursos e contexto existencial.

Peplau conceitualiza a enfermagem como um processo interpessoal e terapêutico, que opera em cooperação com outros processos humanos direcionados para a saúde. No domínio do cuidado à pessoa com demência, este referencial assume particular propriedade. Embora o declínio cognitivo institua barreiras complexas à comunicação verbal, a relação estabelecida entre o enfermeiro, o utente e o cuidador informal configura o eixo primordial para a contratualização e eficácia do plano terapêutico.

A operacionalização prática deste modelo ao longo dos estágios de especialidade estruturou-se nas quatro fases sequenciais preconizadas pela teórica:

- **Fase de Orientação:** Etapa inicial desencadeada pela manifestação de necessidades de ajuda profissional por parte do utente ou do cuidador. A estudante focou a sua ação no acolhimento terapêutico, na avaliação diagnóstica multidimensional e na identificação partilhada das necessidades prioritárias em saúde mental.
- **Fase de Identificação:** Momento de vinculação em que o utente e a família se identificam com o profissional prestador de cuidados. Neste estágio, a estudante promoveu um ambiente de segurança e confiança recíproca, considerado crucial para

a atenuação dos níveis de ansiedade e para o alívio do sentimento de sobrecarga do cuidador.

- **Fase de Exploração:** Período em que o utente e o cuidador capitalizam as respostas institucionais disponíveis e as competências especializadas do enfermeiro. A estudante desenvolveu intervenções focadas na psicoeducação, na estimulação cognitiva e em estratégias individualizadas para a gestão de sintomas neuropsiquiátricos e comportamentos disruptivos.
- **Fase de Resolução:** Processo de autonomização gradual, caracterizado pela satisfação das metas traçadas e pela cessação progressiva dos laços terapêuticos formais. Nesta etapa, a estudante priorizou a capacitação continuada da família, preparando a transição para a alta e assegurando a continuidade dos cuidados de saúde mental na comunidade.

2. ESTÁGIO EM CONTEXTO SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA

O estágio comunitário integrou-se na Opção de Curso 8 – Estágio com Relatório Final em Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica, centrando-se na transição para a prática avançada nos domínios da saúde mental aguda e comunitária. A abordagem desenvolvida pautou-se pelo envolvimento ativo de todos os agentes do processo assistencial, tomando como referência o modelo implementado no Serviço de Apoio Domiciliário à Demência (SADD) da Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro, sob a supervisão do Professor Doutor Amadeu Gonçalves e da Enfermeira Especialista Sara Henriques. Ao posicionar a pessoa com demência e o respetivo cuidador informal no cerne do planeamento de cuidados, este contexto propiciou o desenvolvimento de competências clínicas, relacionais e bioéticas estruturais para o exercício especializado.

O modelo do SADD assenta nos princípios da proximidade geográfica, da acessibilidade ao domicílio e da continuidade e diferenciação das respostas assistenciais. A operacionalização desta intervenção comunitária exigiu a ponderação de determinantes específicos inerentes a uma população predominantemente idosa e rural, tais como a dispersão e distância face aos serviços de saúde, o isolamento social, a vulnerabilidade das redes de suporte familiar, a escassez de recursos comunitários locais, a segurança ambiental e a sobrecarga do cuidador. Constatou-se, deste modo, que a enfermagem de saúde mental comunitária requer a articulação sistemática entre a avaliação clínica de excelência, a contratualização de intervenções de proximidade, a gestão partilhada de riscos e o desenvolvimento de uma sólida consciência comunitária.

A avaliação multidimensional configurou o eixo central da práxis. A aplicação de instrumentos de colheita de dados validados — designadamente o Índice de Katz, o Índice de Lawton, a Escala de Morse, a Escala de Braden, o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) e a *Geriatric Depression Scale* (GDS) — sustentou o raciocínio clínico e a formulação de diagnósticos de enfermagem. Contudo, no contexto da visita domiciliária, a aplicabilidade destes scores foi otimizada através da observação direta do ambiente habitacional, das rotinas diárias, dos padrões de comunicação intrafamiliar, da revisão da adesão terapêutica e da qualidade do vínculo estabelecido entre a pessoa com demência e o seu cuidador.

O suporte ao cuidador informal emergiu como componente indissociável do plano de cuidados à pessoa com demência. As situações de crise identificadas ou antecipadas decorreram, com frequência, da progressão inevitável do quadro neurodegenerativo, da exaustão física e emocional, do medo face à incerteza do prognóstico, de barreiras na comunicação verbal e

da ausência de estratégias eficazes de autocuidado. Face a este diagnóstico, as intervenções focaram-se na psicoeducação, no aconselhamento pragmático, no suporte emocional estruturado e na articulação com as redes de apoio formal, visando promover a segurança, a estabilidade e a manutenção da díade no seu meio natural de vida.

As intervenções não farmacológicas constituíram a abordagem prioritária na gestão dos Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência (SCPD). Estratégias como a validação, a orientação para a realidade não confrontacional, a terapia de reminiscência, a estimulação cognitiva e sensorial, o relaxamento e a adaptação ambiental foram mobilizadas com o intuito de mitigar o sofrimento ético e psicológico, preservar o vínculo afetivo e salvaguardar a dignidade do utente. A seleção e implementação destas modalidades terapêuticas pautaram-se pela flexibilidade, ajustando-se continuamente ao estágio evolutivo da demência, à tolerância do indivíduo e à capacidade adaptativa do cuidador.

A estudante deparou-se, outrossim, com o desafio complexo da gestão da segurança e da preservação da identidade da pessoa com síndrome demencial. Um dos aspetos críticos vivenciados prendeu-se com a monitorização e prevenção do comportamento de vaguear (*wandering*), prevalentemente manifesto nas fases moderadas da doença. Perante a necessidade de avaliar a introdução de dispositivos tecnológicos de geolocalização (GPS) para gerir o risco de deambulação e desaparecimento em meio rural, a estudante desenvolveu uma reflexão crítica e uma problematização bioética aprofundada.

A introdução de sistemas de monitorização tecnológica gera uma tensão ética inevitável entre os princípios da beneficência — consubstanciada no imperativo de garantir a integridade física e prevenir quedas ou perdas — e o princípio da autonomia e liberdade individual. À luz do referencial de Peplau, a aplicação estrita destes dispositivos sem o envolvimento do utente no processo de decisão (sempre que a capacidade cognitiva residual o permita) ou sem ponderar o impacto na sua privacidade, pode configurar uma modalidade de vigilância intrusiva que fragiliza e despersonaliza a relação interpessoal.

Desta forma, a estudante geriu este dilema clínico rejeitando a mera imposição tecnológica, privilegiando antes o processo de negociação e psicoeducação com a família e com o próprio utente. Analisou-se criteriosamente o limiar entre a proteção necessária e o isolamento forçado, ponderando o sofrimento ético decorrente da perda de privacidade do idoso. Esta tomada de decisão baseada na evidência demonstrou que os localizadores GPS devem operar como um recurso de segurança subsidiário e complementar, obrigatoriamente

integrados num plano psicoterapêutico global que priorize a estimulação cognitiva, a orientação espaciotemporal e a valorização de rotinas significativas.

O processo de aprendizagem em contexto de equipa multidisciplinar evidenciou-se altamente enriquecedor. Através da participação ativa em discussões de casos clínicos, no planeamento partilhado de cuidados, na articulação interprofissional e em atividades de recolha de dados para investigação, tornou-se claro que a eficácia da resposta comunitária à demência reside na convergência integrada entre os cuidados de saúde, o apoio social e a parceria efetiva entre a família e a comunidade. Esta dinâmica de cooperação reforçou a necessidade de manter registos clínicos de enfermagem detalhados e estruturados, fundamentando a tomada de decisões na melhor evidência científica disponível.

Em suma, o estágio comunitário consolidou a capacidade da estudante para articular competências avançadas de avaliação multidimensional, suporte especializado ao cuidador, monitorização da adesão farmacológica, gestão de riscos bioéticos e coordenação de recursos na comunidade. A experiência adquirida evidenciou a elevada exigência inerente ao cuidar da pessoa com demência no domicílio, sublinhando a importância de conciliar o rigor das abordagens clínicas com a sensibilidade humanística exigida no acompanhamento à diáde, garantindo que as intervenções permaneçam flexíveis e perfeitamente ajustadas à realidade singular de cada família.

Na Tabela 1 encontram-se sintetizadas as principais atividades desenvolvidas no decurso do estágio em contexto comunitário, realizado entre setembro e novembro de 2025:

Tabela 1: Síntese das principais atividades desenvolvidas no estágio em contexto comunitário

Domínio de atividade	O que foi realizado na prática
Integração no serviço e protocolos	Integração na equipa multidisciplinar, observação da dinâmica de funcionamento do SADD, familiarização com procedimentos internos e rotinas de registo.
Avaliação multidimensional	Participação na avaliação cognitiva, funcional, emocional e de risco, com recurso a instrumentos padronizados; recolha de anamnese e monitorização da evolução sintomática.
Visitas domiciliárias e planeamento de cuidados	Realização de visitas domiciliárias supervisionadas, implementação e seguimento de planos individualizados de cuidados, registo estruturado e comunicação à equipa.
Gestão e segurança da medicação	Preparação de caixas de medicação, monitorização da adesão, identificação de inconsistências/medicação fora de validade, articulação para evitar falhas terapêuticas.
Educação e capacitação do cuidador	Psicoeducação sobre demência, comunicação terapêutica, gestão de comportamentos desafiantes, autocuidado do cuidador e encaminhamento para apoios sociais/comunitários.
Intervenção em situações complexas/crise	Observação e participação em intervenções orientadas para crise (ex.: risco suicidário) e acompanhamento de situações de elevada complexidade em saúde mental na comunidade.
Investigação e melhoria contínua	Participação em atividades relacionadas com investigação (aplicação de instrumentos e recolha de dados), reforçando competências de prática baseada na evidência.

3. ESTÁGIO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE PESSOAS EM DESCOMPENSAÇÃO AGUDA

O estágio clínico em contexto de internamento agudo decorreu no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Bragança, integrando a Unidade de Internamento de Agudos durante o ano letivo de 2024/2025. Esta imersão assistencial desenvolveu-se no âmbito da Opção de Curso 8 – Estágio Clínico com Relatório Final, focando-se na articulação entre os cuidados hospitalares agudos e as respostas de saúde mental comunitária. A supervisão clínica e académica foi assegurada pela Enfermeira Especialista Sílvia Lima e pelo Professor Doutor Amadeu Gonçalves. Ao longo de um período de nove semanas, caracterizado por uma elevada instabilidade psicopatológica e comportamental dos utentes, foi possível consolidar os pressupostos teóricos e operacionalizar as intervenções de enfermagem especializada em ambiente de crise.

A Unidade acolhia utentes em fase de descompensação psiquiátrica aguda, decorrente de patologias que cursavam com sintomatologia psicótica, depressão grave, ideação suicida, agitação psicomotora, desorganização comportamental e síndromes demenciais associadas a alterações neuropsiquiátricas proeminentes. Perante esta diversidade etiológica, instituiu-se como imperativo clínico uma práxis fundamentada na avaliação contínua, na comunicação terapêutica adaptada, na gestão proativa de riscos e no compromisso inabalável com a preservação da dignidade da pessoa. Estes princípios assumiram particular relevo em situações de limitação severa na comunicação verbal, de oposição declarada aos cuidados ou de franca vulnerabilidade no processo de tomada de decisão.

No plano institucional, a experiência propiciou a compreensão do valor terapêutico da hospitalização aguda enquanto medida de estabilização sintomática, bem como o reconhecimento das suas limitações intrínsecas. A brevidade dos períodos de internamento, a intensidade das intervenções, a premência de garantir a segurança física e o risco de descontinuidade assistencial pós-alta evidenciaram a necessidade de um planeamento precoce, assente na coordenação multidisciplinar e na inclusão ativa da família. Sob esta perspetiva, o ambiente hospitalar não foi perspetivado meramente como um espaço de contenção e aplicação mecânica de protocolos de crise, mas sim como uma etapa de transição crítica entre a descompensação aguda e a reabilitação psicossocial continuada.

A fase de integração na Unidade permitiu a familiarização da estudante com a orgânica do serviço, os protocolos de segurança institucional, os sistemas de registo eletrónico e as dinâmicas de articulação interprofissional. Este período inicial demonstrou a exigência de

conjugar uma postura estruturada e previsível no espaço terapêutico da psiquiatria aguda com a flexibilidade relacional e o discernimento ético perante a singularidade do utente. Constatou-se que a salvaguarda dos direitos e da dignidade dos indivíduos em sofrimento mental grave se encontra indissociavelmente interligada com a garantia de um ambiente clinicamente seguro.

A colheita de dados e a avaliação clínica constituíram competências basilares desenvolvidas pela estudante. No contexto de internamento agudo, a avaliação configura um processo dinâmico, contínuo e sistemático de observação, interpretação e reavaliação. A estudante foi capacitada para identificar precocemente alterações no estado mental, nas funções cognitivas, no padrão comportamental e psicomotor, nos perfis de risco e de funcionalidade, bem como para avaliar a eficácia das redes de suporte familiar e a resposta do utente às intervenções prescritas.

Sempre que a estabilidade clínica o justificava, foram mobilizados instrumentos de avaliação validados, nomeadamente o *Mini-Mental State Examination* (MMSE), a Escala de Cornell para a Depressão na Demência, o Inventário de Agitação de Cohen-Mansfield e o Inventário Neuropsiquiátrico (NPI). Todavia, ponderou-se que fatores decorrentes da fase aguda — como a ansiedade extrema, a agitação psicomotora, a flutuação da consciência e os efeitos da sedação farmacológica — poderiam condicionar a colaboração do utente e enviesar as pontuações obtidas. Por conseguinte, a aplicação destas escalas foi articulada de forma complementar com a observação clínica direta, as informações recolhidas junto da equipa de saúde e os dados fornecidos pelos cuidadores.

As intervenções dirigidas à gestão da agitação, da ansiedade, do sofrimento emocional e da desorganização comportamental assumiram um papel crucial no quotidiano assistencial. A mobilização alternada de estratégias como a escuta ativa, a validação emocional, a modulação de estímulos ambientais, a presença terapêutica e a orientação para a realidade através de abordagens não confrontacionais permitiu reduzir o stresse psicofisiológico e reforçar a segurança ontológica do utente. Estas intervenções, complementadas por técnicas de reminiscência e estimulação sensorial adaptadas, revelaram-se fundamentais para compreender os comportamentos disruptivos enquanto formas de comunicação de medo, dor ou necessidades não atendidas. Os respetivos planos de intervenção estruturados encontram-se discriminados no Anexo III.

A dimensão bioética assumiu contornos de elevada complexidade no internamento agudo, particularmente nas situações que configuravam risco de violência auto ou heterodirigida.

Face à necessidade de aplicação de medidas farmacológicas de emergência ou de contenção física/mecânica, a estudante procedeu a uma análise analítica orientada pelos princípios da necessidade, proporcionalidade, subsidiariedade e limitação temporal. Determinou-se que estas medidas de exceção não devem instituir-se como norma assistencial, configurando um último recurso terapêutico a adotar exclusivamente após o esgotamento de abordagens menos intrusivas e mediante validação e registo por equipa multidisciplinar.

Apesar da curta permanência hospitalar característica da unidade, a reabilitação psicossocial foi reconhecida como uma dimensão transversal. O incentivo ao autocuidado, a participação em atividades de expressão plástica, as experiências de estimulação sensorial e musical, e as interações estruturadas articuladas com a Terapia Ocupacional demonstraram ser eficazes na mitigação da ansiedade e na preservação das capacidades funcionais residuais. Estas intervenções evidenciaram que o processo de recuperação e capacitação (*recovery*) deve ser iniciado de forma concomitante com a fase de estabilização clínica, e não relegado apenas para o período pós-crise.

O envolvimento do cuidador e da família revelou-se central no levantamento da história de vida do utente, na compreensão do seu funcionamento pré-mórbido, na identificação de fatores gatilho e no planeamento da adesão terapêutica pós-alta. Ao providenciar suporte especializado às famílias através de intervenções psicoeducacionais, escuta ativa e orientação focada, a estudante contribuiu para atenuar sentimentos de impotência, culpa e exaustão, viabilizando uma transição de cuidados mais segura e realista para a comunidade.

A eficácia do processo assistencial foi potenciada pela articulação estreita no seio da equipa multidisciplinar. A abordagem interdisciplinar — congregando enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais — facilitou a integração de perspetivas clínicas e sociais diferenciadas, a definição concertada de prioridades e a continuidade de cuidados. A sistematização da informação, a colaboração interprofissional, o reconhecimento proativo de riscos e a promoção de uma filosofia de cuidados centrada na pessoa afirmaram-se como os aspetos identitários e distintivos do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica neste contexto.

O estágio exigiu igualmente um elevado nível de autoconsciência profissional e de autogestão emocional, dada a densidade do sofrimento psíquico vivenciado. A exposição regular a fenómenos de marcada instabilidade comportamental e ideação suicida exigiu da estudante o desenvolvimento de mecanismos de regulação emocional e de reflexão crítica, reforçando a importância do recurso à supervisão clínica e académica. Este suporte de supervisão

afirmou-se indispensável para transpor as vivências em oportunidades efetivas de aprendizagem nos domínios da gestão do risco, da relação terapêutica e da tomada de decisão ética.

Em suma, o estágio em contexto de internamento de agudos consolidou competências avançadas em avaliação especializada, gestão integrada de crises e aplicação de intervenções não farmacológicas sob uma perspetiva interprofissional e ética. A experiência reiterou que os cuidados de saúde mental em ambiente hospitalar agudo devem primar pelo rigor técnico, pela proporcionalidade e pela humanização, rejeitando visões reducionistas que limitem a identidade do utente ao seu diagnóstico clínico ou ao comportamento manifestado no momento da crise.

Na Tabela 2 apresenta-se a síntese das principais dimensões e atividades desenvolvidas durante este período de estágio:

Tabela 2: Síntese das principais atividades desenvolvidas no estágio em contexto de internamento de pessoas em descompensação aguda

Dimensão	Resumo
Contexto	O estágio foi realizado na Unidade de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Bragança, no âmbito do Mestrado em <i>Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica</i> .
Contexto clínico	Decorreu em contexto de <i>internamento de agudos</i> , centrado na prestação de cuidados a pessoas em descompensação psiquiátrica aguda.
Principais situações	A estudante acompanhou <i>utentes</i> com esquizofrenia, depressão, ideação suicida, episódios psicóticos e demência com alteração comportamental.
Principais intervenções	Os cuidados incluíram avaliação clínica, identificação de risco, comunicação terapêutica, intervenções não farmacológicas e gestão da crise.
Trabalho multidisciplinar	O estágio implicou articulação próxima com enfermagem, psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional e serviço social.
Família e continuidade de cuidados	O envolvimento dos cuidadores e o planeamento da alta foram essenciais para assegurar a continuidade segura dos cuidados após o <i>internamento</i> .
Competências desenvolvidas	A estudante reforçou competências na avaliação especializada, relação terapêutica, tomada de decisão ética e gestão de situações agudas em saúde mental.
Contributo global	Este estágio foi fundamental para a consolidação da identidade profissional no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Este capítulo apresenta uma análise analítica e reflexiva sobre o processo de desenvolvimento de competências preconizado no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Articula-se a transposição dos saberes teóricos para a práxis clínica, evidenciando as experiências governativas, assistenciais e éticas vivenciadas em cenários específicos de cuidados. A reflexão centra-se nos dois ambientes diferenciados de estágio — os cuidados comunitários e o internamento hospitalar de agudos —, demonstrando de que forma esta complementaridade assistencial permitiu à estudante a apropriação progressiva de competências gerais e especializadas.

O estágio comunitário, desenvolvido no Serviço de Apoio Domiciliário à Demência (SADD), proporcionou oportunidades para o aprofundamento de competências nos domínios da avaliação multidimensional, da visita domiciliária estruturada, do suporte especializado à díade cuidadora, da monitorização da segurança farmacológica, do recurso a tecnologias de geolocalização e telessaúde, da implementação de intervenções não farmacológicas e da gestão de recursos comunitários. Por sua vez, o estágio na Unidade de Internamento de Agudos propiciou o treino avançado na avaliação proativa de riscos, na comunicação terapêutica em crise, na contratualização e aplicação de medidas de contenção física/mecânica, na tomada de decisão bioética, na articulação interprofissional e no planeamento da alta de transição.

O exercício profissional especializado em enfermagem requer atualização científica contínua, uma prática baseada na melhor evidência disponível e a capacidade de fundir o rigor conceptual com a sensibilidade relacional. Não obstante a relevância metodológica da simulação clínica enquanto estratégia pedagógica para o treino de procedimentos procedimentais, no domínio da saúde mental e psiquiatria a prática clínica supervisionada permanece insubstituível. A fluidez das relações interpessoais, a imprevisibilidade fenomenológica, a densidade do sofrimento psíquico e os dilemas éticos que emergem no terreno assistencial configuram dimensões dinâmicas que exigem uma imersão real e contextualizada.

Ao longo deste percurso, a prática clínica sob supervisão direta permitiu à estudante integrar os referenciais teóricos, consolidar o raciocínio clínico, refinar a arte da presença terapêutica e introjetar o papel da supervisão reflexiva enquanto facilitadora da elaboração de vivências emocionalmente densas. Mais do que a mera apropriação de competências técnicas, este processo desenvolveu a capacidade de análise crítica, a adaptabilidade metodológica, o

reconhecimento das limitações científicas individuais e a construção gradual da identidade profissional como enfermeira especialista.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019), o enfermeiro especialista detém competências científicas, técnicas e interpessoais avançadas que o capacitam para a prestação de cuidados de elevada complexidade, pautados pela responsabilidade ética, liderança clínica, melhoria contínua da qualidade e governação assente na evidência. No âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria, este perfil de competências corporiza-se na edificação de relações terapêuticas intencionais, na resposta imediata a emergências psiquiátricas, na capacitação dos sistemas familiares, na promoção de processos de recuperação (*recovery*) e na salvaguarda intransigente da dignidade de populações em situação de extrema vulnerabilidade.

Nesta perspetiva, a avaliação do percurso de aquisição de competências especializadas encontra sólida ancoragem na Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. Este referencial teórico reitera que os enfermeiros, por via da relação terapêutica estabelecida com os utentes, coparticipam num processo interacional contínuo e transformador, transcendendo a dimensão meramente incidental dos cuidados. Tanto no domínio das síndromes demenciais como na afeção psiquiátrica aguda, as ferramentas estruturais do cuidar especializado — designadamente a comunicação terapêutica, a contratualização da confiança, a presença atenta, a validação emocional e o uso terapêutico de si — assumem relevância crucial na mediação da saúde e do bem-estar.

4.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

Não obstante a especificidade inerente a cada área de especialização em enfermagem, o exercício clínico avançado pressupõe a apropriação de um núcleo transversal de conhecimentos, competências e atributos profissionais partilhados por todos os enfermeiros especialistas, independentemente do seu domínio de atuação. Estas competências comuns configuram o referencial normativo e estruturante da prática especializada em Portugal.

Este referencial encontra-se consagrado no Regulamento n.º 140/2019, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 6 de fevereiro, visando assegurar que os enfermeiros especialistas prestem cuidados altamente qualificados, seguros e em estrita conformidade com padrões de excelência profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2019). À luz deste regulamento, as competências comuns encontram-se estruturadas em quatro grandes domínios:

Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; e Aprendizagem e desenvolvimento profissional. Longe de constituírem abstrações conceituais, estas dimensões são progressivamente interiorizadas e refinadas através da experiência clínica, da prática reflexiva e da formação em contexto de trabalho, sob supervisão especializada.

O primeiro domínio, **Responsabilidade profissional, ética e legal**, preconiza o desenvolvimento de uma prática clínica eticamente informada e juridicamente sustentada, em estrita observância do quadro normativo vigente e dos preceitos deontológicos da profissão. Este domínio exige que o enfermeiro especialista atue com integridade, respeitando os direitos humanos e salvaguardando a dignidade intrínseca da pessoa sob sua responsabilidade. Ao longo de ambos os estágios, este referencial constituiu o eixo orientador da ação da estudante. Quer no contexto comunitário do SADD, quer na Unidade de Internamento de Agudos, a prestação de cuidados foi pautada pelos imperativos éticos e deontológicos, assumindo particular propriedade perante cenários de marcada vulnerabilidade, flutuação da capacidade cognitiva, autonomia reduzida e instabilidade comportamental severa.

A responsabilidade bioética adquiriu especial densidade durante a intervenção domiciliária junto de pessoas com demência e respetivos cuidadores informais. Cada decisão assistencial exigiu a ponderação meticulosa de dimensões como a privacidade, a confidencialidade, a autonomia residual e a integridade da dinâmica familiar. Emergiu, neste âmbito, a necessidade de problematizar eticamente a introdução de sistemas de geolocalização e teleassistência (GPS). A estudante procurou gerir de forma equitativa o imperativo de proteção contra os riscos associados à deambulação desorientada e o respeito pela liberdade individual, assentando a tomada de decisão nos critérios de consentimento informado, proporcionalidade e dignidade (Johnstone, 2019; Passmore, 2013). De igual modo, no contexto do internamento de agudos, as situações que cursavam com agitação psicomotora, risco de suicídio ou desorganização comportamental exigiram uma avaliação bioética rigorosa perante a eventual necessidade de aplicação de medidas farmacológicas de emergência ou contenção mecânica. Tais intervenções de exceção requereram da estudante uma fundamentação baseada no princípio da proporcionalidade, na limitação temporal, no registo clínico detalhado e na validação em equipa multidisciplinar.

Estes princípios assumiram relevância maior quando o utente manifestava comportamentos de contorno agressivo, autodestrutivo ou severamente desorganizado. Mesmo em situações de crise psicopatológica, priorizou-se a preservação da dignidade da pessoa, promovendo o

seu envolvimento nas decisões terapêuticas sempre que clinicamente viável, e acautelando a confidencialidade e a proporcionalidade das intervenções. No domínio da saúde mental, o segredo profissional e a confidencialidade transcendem a obrigação legal, configurando um imperativo ético estrutural na gestão de narrativas de sofrimento psíquico profundo. Adicionalmente, os princípios da beneficência e da não-maleficência exigiram que a ação especializada da estudante se direcionasse para o melhor interesse do indivíduo, mitigando riscos adicionais e garantindo que qualquer medida restritiva fosse eticamente legítima e clinicamente justificada, salvaguardando o princípio da justiça através de um acesso equitativo e não discriminatório aos cuidados.

O segundo domínio, **Melhoria contínua da qualidade**, postula que o enfermeiro especialista deve promover, colaborar e implementar estratégias institucionais direcionadas para a governação clínica, a segurança do doente, a gestão do risco e a otimização sistemática dos processos assistenciais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Esta competência foi operacionalizada de forma diferenciada e complementar em ambos os contextos de estágio. No âmbito comunitário, a melhoria da qualidade articulou-se estreitamente com a organização e continuidade dos cuidados domiciliários e com a adaptabilidade das intervenções face à natureza progressiva das demências. O processo de avaliação multidimensional sistemática, a formulação de planos de cuidados individualizados com recurso a escalas validadas e a linha de suporte permanente assegurada pelo SADD constituíram indicadores de um modelo assistencial focado na qualidade e na centralidade do utente. A orgânica do serviço, assente numa resposta integrada — abrangendo o suporte clínico, a capacitação e treino dos cuidadores e a gestão de riscos ambientais —, ilustrou a aplicação prática de padrões de excelência nos cuidados domiciliários.

No contexto do internamento de agudos, a melhoria contínua da qualidade centrou-se na manutenção de um ambiente clínico seguro e terapêutico, na reavaliação sistemática do estado mental para o ajuste do plano de cuidados e na articulação proativa com o planeamento multiprofissional da alta. A participação da estudante em discussões clínicas de casos complexos, a monitorização estruturada de parâmetros de segurança, a coordenação de planos de transição e a integração em processos de supervisão reflexiva consolidaram a compreensão de que a qualidade em saúde mental depende da consistência técnico-científica, do registo documental rigoroso, da eficácia na comunicação interprofissional e da gestão preditiva do risco.

Adicionalmente, a passagem pelo contexto comunitário envolveu a integração em atividades ligadas à investigação científica, nomeadamente na colheita e organização de dados para

estudos de pós-graduação sobre sobrecarga e dinâmicas de funcionamento familiar na demência, bem como na análise de parâmetros de avaliação psicológica integrados em investigações doutorais. Estas vivências reforçaram a percepção da estudante quanto à importância de sustentar o desenvolvimento dos serviços de saúde mental na evidência empírica e numa cultura institucional reflexiva.

O terceiro domínio, **Gestão dos cuidados**, preconiza a capacidade do enfermeiro especialista para gerir os recursos disponíveis, otimizando-os em função das necessidades em saúde identificadas e mobilizando estratégias de liderança que potenciem a qualidade e a segurança assistencial. Embora o exercício de uma liderança formal seja condicionado pelo estatuto de estudante em contexto de formação supervisionada, o desenvolvimento desta competência foi viabilizado através da participação ativa na coordenação, priorização e organização dos cuidados e na articulação interprofissional. No estágio comunitário, a gestão dos cuidados traduziu-se na calendarização e planeamento estratégico das visitas domiciliárias, na triagem de intervenções com base em critérios de prioridade clínica, no ajuste das respostas assistenciais às necessidades mutáveis de cada núcleo familiar e na mediação com as redes de apoio formal e parceiros sociais. A gestão da segurança farmacológica assumiu particular relevo, englobando a reconciliação e verificação de prescrições médicas, a preparação supervisionada de caixas de medicação semanais, a identificação de fármacos fora de validade ou em duplicidade, o esclarecimento de regimes terapêuticos complexos junto da família e o alerta à equipa de saúde mental perante inconsistências ou riscos que justificassem reavaliação clínica.

No internamento de agudos, a gestão dos cuidados materializou-se no envolvimento supervisionado da estudante na organização assistencial de um ambiente clínico caracterizado pela elevada imprevisibilidade e volatilidade psicopatológica. A integração nas discussões de casos e a observação direta dos processos de tomada de decisão e de gestão da segurança na unidade de internamento propiciaram uma apropriação dos conceitos de priorização clínica, gestão da dotação de recursos e continuidade do plano terapêutico em equipa multidisciplinar.

O quarto domínio reporta-se à **Aprendizagem e desenvolvimento profissional**, relacionando-se com a capacidade do enfermeiro especialista em adotar uma postura criticamente reflexiva, desenvolver a assertividade interprofissional e alicerçar a sua prática na melhor evidência científica. No domínio da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a autoconsciência não configura uma dimensão acessória, mas sim uma ferramenta assistencial estrutural. A compreensão minuciosa dos mecanismos emocionais projetivos e

introjetivos em si e no utente, bem como a capacidade de gerir limites terapêuticos e reações contratransferenciais, determina diretamente a eficácia do uso terapêutico de si em situações de crise. A premência da regulação emocional, da autorreflexão contínua e da sensibilidade interpessoal foi amplamente validada em ambos os estágios.

Na comunidade, este domínio foi mobilizado perante o sofrimento associado ao luto antecipatório, à exaustão física e psicológica dos cuidadores informais, ao declínio cognitivo progressivo e aos dilemas entre a segurança do utente e o respeito pela sua autodeterminação. No contexto de internamento agudo, a exigência traduziu-se no confronto quotidiano com manifestações de sintomatologia psicótica, ideação suicida, episódios de marcada agitação e agressividade, requerendo da estudante uma sólida estabilidade emocional e discernimento clínico perante cenários de vincada incerteza fenomenológica.

O desenvolvimento da assertividade profissional constituiu outro pilar de crescimento. A prática supervisionada, articulada com o diálogo reflexivo sistemático com os supervisores clínicos e com o orientador académico, promoveu a autoconfiança e a eficácia na comunicação interprofissional. A assertividade revelou-se instrumental na gestão de limites terapêuticos com utentes e famílias, bem como na participação fundamentada nas reuniões da equipa multidisciplinar, sendo pedagogicamente sustentada pelos conteúdos curriculares dedicados ao desenvolvimento pessoal e à relação de ajuda em saúde mental.

Simultaneamente, a tomada de decisão clínica passou a assentar progressivamente na evidência científica, através da utilização de instrumentos psicométricos validados, da sistematização documental e do cumprimento de protocolos clínicos atualizados. O contacto com a literatura científica de referência e a reflexão metodológica dotaram a estudante de um olhar mais rigoroso sobre a prática especializada, reforçando que a enfermagem de saúde mental contemporânea deve conciliar a sensibilidade relacional com a solidez científica. As discussões clínicas regulares funcionaram como espaços catalisadores de aprendizagem, permitindo descodificar as vivências práticas, identificar necessidades de formação continuada e converter dilemas clínicos em oportunidades reais de maturação pessoal e consolidação da identidade profissional como futura enfermeira especialista.

A complementaridade entre ambos os estágios potenciou o desenvolvimento integrado destas competências comuns. Enquanto o contexto comunitário robustece os princípios de continuidade assistencial, capacitação da família, suporte proativo no domicílio e governação integrada na comunidade; o internamento de agudos consolidou aptidões associadas à gestão da crise psiquiátrica iminente, estabilização sintomática, gestão ética da contenção e

planeamento da alta de transição. Ambas as experiências convergiram para a consubstanciação dos quatro domínios preconizados no Regulamento n.º 140/2019.

4.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) encontram-se vertidas no respetivo regulamento oficial publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 151, de 7 de agosto de 2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Este documento define o quadro normativo, as unidades de competência e os critérios de avaliação exigidos para o exercício da prática clínica avançada neste domínio disciplinar.

Os dois contextos de estágio realizados ao longo do percurso de mestrado — o Serviço de Apoio Domiciliário à Demência (SADD) da Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro, no âmbito comunitário, e a Unidade de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Bragança, no plano do internamento de agudos — propiciaram oportunidades complementares para a aquisição progressiva destas competências específicas. Não obstante as assimetrias metodológicas, de ritmos assistenciais e de níveis de agudização psicopatológica característicos de cada serviço, ambos permitiram à estudante consolidar os conhecimentos científicos, as habilidades interpessoais, a sensibilidade bioética e a destreza de intervenção esperados de um EESMP, conforme se analisa seguidamente:

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

Esta competência específica encontra-se intimamente interligada com o domínio comum da aprendizagem e desenvolvimento profissional, na medida em que postula o autoconhecimento, a inteligência emocional e a maturidade reflexiva como pilares da atuação do especialista. Todavia, em saúde mental e psiquiatria, esta dimensão adquire valor ontológico fundamental: o próprio enfermeiro, através da sua postura, comunicação e equilíbrio psíquico, assume-se como o instrumento primordial de mediação terapêutica. A consolidação da autoconsciência permite ao profissional descodificar as suas próprias emoções, crenças, respostas automáticas e limitações, mobilizando este saber de forma intencional e terapêutica na relação de ajuda. Como preconizado por Taylor (1992), estas dimensões devem ser estruturalmente trabalhadas no processo formativo avançado, uma vez

que a preparação emocional e a maturação do "eu" são pré-requisitos obrigatórios para o cuidar especializado em saúde mental.

O autoconhecimento opera como um catalisador do desenvolvimento do "eu" terapêutico, ampliando a capacidade de aceitação e de introspecção do enfermeiro, dotando-o de uma percepção refinada face à singularidade existencial da pessoa cuidada (Stuart & Laraia, 2001). Ao longo de ambos os estágios, a prática reflexiva sistemática sustentou este crescimento. No contexto comunitário, a exposição direta à perda de funções cognitivas, ao isolamento geográfico e social de idosos rurais, à exaustão dos cuidadores e aos dilemas bioéticos associados à introdução de vigilância tecnológica exigiu da estudante uma elevada sensibilidade relacional e uma constante modulação emocional. Paralelamente, no internamento de agudos, o confronto direto com o sofrimento psicótico extremo, comportamentos de contorno agressivo, quadros de agitação psicomotora acentuada e ideação suicida requereu uma autogestão emocional rigorosa. Foi imperativo manter a presença terapêutica e assegurar um ambiente de contenção relacional e de segurança, sem que a estudante incorresse em fenómenos de saturação ou exaustão contratransferencial.

Este percurso de autoconhecimento caracterizou-se pela sua natureza complexa e não-linear, exigindo abertura à crítica, aceitação de vulnerabilidades científicas ou emocionais e resiliência perante cenários de vincada incerteza clínica. Contudo, foi precisamente através destas experiências limite que a maturação pessoal e profissional se viabilizou. Os processos de supervisão reflexiva partilhados com os orientadores clínicos e com o docente tutor permitiram à estudante analisar criticamente as interações desenvolvidas, retificar lacunas práticas e aperfeiçoar o uso terapêutico de si. Desta forma, as vivências de estágio corroboraram o pensamento de Salgueiro (2006), ao defender que o escopo mais elevado do enfermeiro especialista reside em tornar-se perito na utilização consciente de si mesmo — na totalidade do seu ser e do seu saber — como agente de transformação e terapia, alicerçado numa intuição sensível e refinada. Nesta base, considera-se que esta primeira competência específica foi significativamente consolidada ao longo do processo formativo.

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

A operacionalização desta competência estruturou-se a partir da diversidade assistencial dos contextos de estágio, capacitando a estudante para desenhar e implementar intervenções de promoção e proteção da saúde mental direcionadas para indivíduos, sistemas familiares e grupos em diferentes níveis de cuidados. No panorama comunitário, esta dimensão

concretizou-se através do suporte especializado oferecido a idosos com quadros demenciais e respetivos cuidadores informais no seu meio natural de vida. Alinhado com a filosofia de cuidados do SADD, o foco da intervenção transcendeu a perspetiva individual do utente, integrando de forma sistémica a dinâmica familiar e os recursos de proximidade geográfica. A implementação de avaliações multidimensionais no domicílio, o desenvolvimento de sessões de capacitação para cuidadores, a mitigação de riscos habitacionais e a articulação com respostas formais locais contribuíram para promover a estabilidade psicossocial e otimizar a saúde mental da comunidade.

Nesta dinâmica assistencial, a família assumiu-se como o parceiro terapêutico nuclear. No domínio do acompanhamento às demências em contexto rural, o sistema familiar configura a principal fonte de suporte emocional, cuidados básicos e manutenção do sentido de identidade do idoso. O envolvimento dos cuidadores informais foi instrumental para a colheita de dados biográficos determinantes, para a compreensão e descodificação de alterações comportamentais e para a personalização de intervenções não farmacológicas seguras. A estudante teve a oportunidade de constatar de que forma o suporte aos cuidadores informais, as intervenções de cariz psicoeducacional e a orientação clínica foram eficazes na redução dos índices de stresse familiar, na melhoria dos padrões de comunicação e na potenciação de estratégias de enfrentamento (*coping*) perante a progressão da patologia, validando a inclusão da família como destinatária e coprodutora de cuidados em saúde mental.

No internamento de agudos, esta competência foi mobilizada no acompanhamento a utentes que vivenciavam descompensações psiquiátricas agudas severas, procurando, em articulação com os limites institucionais, integrar o núcleo familiar no processo terapêutico e na preparação do regresso à comunidade. Compreendeu-se que, mesmo num ambiente focado na estabilização de sintomas de crise, a otimização da saúde mental requer a valorização do percurso existencial do utente, das suas redes de apoio, vulnerabilidades socioemocionais e necessidades relacionais. O acompanhamento a utentes em fases agudas de esquizofrenia, perturbações do humor com risco autolítico major e síndromes demenciais complexas com sintomas neuropsiquiátricos acentuados consolidou a premissa de que a prestação especializada deve ser estritamente centrada na pessoa, sensível às transições do ciclo de vida e ajustada ao sofrimento individual.

A prática em ambos os contextos evidenciou que a otimização da saúde mental pressupõe ir além da gestão farmacológica da doença, exigindo abordagens focadas na prevenção, no empoderamento e no suporte adaptativo. Isto traduziu-se na identificação precoce de fatores de risco, na promoção de ambientes de segurança emocional, na estruturação de rotinas

diárias significativas e na capacitação dos cuidadores informais para responderem eficazmente ao sofrimento psicológico, atestando o progresso da estudante no desenvolvimento desta competência.

c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

Esta competência exige que o enfermeiro especialista atue enquanto facilitador dos processos de reabilitação e recuperação (*recovery*) em saúde mental, mobilizando de forma estratégica os recursos, padrões interacionais e dinâmicas específicas de cada matriz familiar ou comunitária. O seu desenvolvimento foi estruturado através da aplicação sistemática da metodologia de planeamento de cuidados, assente na capacidade da estudante para diagnosticar necessidades complexas, formular juízos clínicos precisos, contratualizar objetivos terapêuticos e implementar intervenções ajustadas.

No contexto comunitário do SADD, esta competência materializou-se na elaboração de planos individuais de cuidados decorrentes de uma avaliação multidimensional minuciosa. A exploração parametrizada das dimensões cognitiva, funcional, emocional, social e ambiental permitiu identificar as necessidades prioritárias e desenhar respostas sob medida, rejeitando abordagens padronizadas. As intervenções foram customizadas atendendo à severidade do declínio cognitivo, à resiliência do cuidador informal, às características estruturais da habitação e à evolução fenomenológica dos sintomas neuropsiquiátricos. O uso da teleassistência para pessoas em risco de deambulação, o suporte prestado na gestão da medicação, a educação dos cuidadores e o acompanhamento de crises oferecido pelo serviço configuraram exemplos de como os cuidados orientados para a recuperação foram operacionalizados a partir das potencialidades do próprio contexto comunitário.

No âmbito do internamento de agudos, o acompanhamento no processo de recuperação exigiu flexibilidade metodológica face à severidade da crise psicopatológica. Numa unidade de curta permanência hospitalar, o conceito de recuperação foca-se, inicialmente, na estabilização clínico-sintomática, na mitigação de riscos imediatos para a própria pessoa ou para terceiros, no restabelecimento de um patamar mínimo de segurança psicológica e na reabilitação do funcionamento básico. Todavia, mesmo sob a pressão da agudização, a estudante procurou alinhar os cuidados com o percurso histórico do utente, as suas preferências individuais, crenças valorativas e capacidades funcionais residuais. As intervenções terapêuticas foram continuamente calibradas em função da apresentação

clínica, do nível de discernimento (*insight*) e da tolerância ao stresse do utente, integrando de forma sistemática os contributos da equipa interprofissional.

A articulação em rede e o planeamento da continuidade assistencial afirmaram-se como vetores determinantes para o sucesso da recuperação. Na comunidade, isto traduziu-se na coordenação entre o SADD, os cuidadores e as estruturas formais de apoio social. No hospital de agudos, manifestou-se na estruturação precoce do planeamento da alta, garantindo que a estabilização alcançada na enfermaria hospitalar encontrava eco numa transição segura, num plano de acompanhamento na comunidade, na revisão do envolvimento familiar e na edificação de um projeto de alta realista. Este percurso formativo permitiu integrar os elementos nucleares da recuperação num modelo de atuação logicamente estruturado e clinicamente relevante.

d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

De acordo com o perfil de competências específicas do EESMP, a implementação do plano de cuidados direcionado para a recuperação e adaptação à vivência da saúde ou da doença mental pressupõe a mobilização intencional de modalidades de intervenção psicoterapêutica, socioterapêutica, psicossocial e psicoeducativa (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Esta quarta competência reúne a essência operativa da enfermagem especializada, tendo sido extensamente desenvolvida através de abordagens diferenciadas em ambos os estágios.

No estágio comunitário, a vertente **psicoeducativa** assumiu-se como a modalidade de intervenção mais prevalente e estruturada. Teve como destinatários principais os cuidadores informais, dada a necessidade de providenciar suporte científico e aconselhamento prático sobre as manifestações neuropsiquiátricas das demências, estratégias de comunicação adaptada, gestão segura do regime terapêutico e prevenção da síndrome de exaustão do próprio cuidador. As intervenções psicoeducacionais desenvolvidas pela estudante englobaram o esclarecimento sobre o curso clínico da doença, o treino para a gestão de episódios de agitação ou deambulação desorientada, a reestruturação ambiental para a prevenção de acidentes e a orientação para a ativação de redes de apoio formal e comunitário. Estas ações dotaram as famílias de maior previsibilidade e segurança assistencial, reduzindo os níveis de ansiedade associados à complexidade do cuidar no domicílio.

Ainda no plano comunitário, as dimensões **psicossocial e socioterapêutica** foram abordadas através do acompanhamento relacional contínuo nas visitas domiciliárias, da validação empática das experiências emocionais e da estruturação de rotinas diárias significativas. A estudante confrontou-se e integrou intervenções em cenários clínicos de elevada complexidade na comunidade — incluindo o acompanhamento a utentes com quadros severos de esquizofrenia, perturbação afetiva bipolar e episódios depressivos graves com vulnerabilidade social —, mobilizando as ferramentas da comunicação terapêutica, da empatia e do acolhimento compassivo para edificar espaços de segurança no seio das famílias.

No contexto de internamento de agudos, as intervenções **psicoterapêuticas e socioterapêuticas de enfermagem** assumiram contornos de urgência clínica, traduzindo-se na utilização de técnicas de comunicação terapêutica avançada, validação de afetos, desaceleração verbal (*de-escalation*), técnicas de ancoragem sensorial (*grounding*), suporte comportamental na agitação e orientação para a realidade de forma não confrontacional. Embora o ambiente hospitalar agudo seja frequentemente pressionado pela urgência do controlo sintomático farmacológico e pela gestão de riscos imediatos, constatou-se que a eficácia da estabilização depende criticamente destas intervenções relacionais autónomas, as quais concorrem para que o utente se sinta humanamente acolhido, compreendido e seguro. A dimensão socioterapêutica corporizou-se, outrossim, no incentivo à autonomia no autocuidado, na promoção da participação em atividades de estimulação cognitiva e sensorial na enfermaria e na cooperação com os planos da Terapia Ocupacional, visando estruturar o tempo, conter os níveis de ansiedade e preservar o funcionamento cognitivo e motor circundante.

Por fim, a **psicoeducação** adquiriu também relevo na unidade de agudos, particularmente na abordagem aos familiares e cuidadores informais aquando dos momentos de visita e na fase de preparação para o regresso ao domicílio. A orientação focada na identificação precoce de sinais de recaída psicopatológica, na promoção da adesão ao regime terapêutico farmacológico, na gestão de comportamentos de risco e na literacia sobre a doença mental constituiu componente crucial da intervenção especializada.

Em suma, as atividades desenvolvidas e avaliadas em ambos os estágios ofereceram contributos estruturais para a apropriação desta última competência específica do EESMP. Evidenciou-se que os cuidados de enfermagem especializada em saúde mental rejeitam visões reducionistas limitadas ao controlo sintomático ou à resposta mecânica à crise, exigindo antes uma abordagem terapêutica integradora que incorpore o suporte emocional, a

psicoeducação, os cuidados relacionais, a sensibilidade ao contexto e a mobilização ativa das dinâmicas intrafamiliares e comunitárias.

Neste sentido, conclui-se que o percurso formativo supervisionado dotou a estudante de ferramentas científicas, humanas e metodológicas para prestar cuidados especializados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducativos de forma progressivamente autónoma, segura e perfeitamente sintonizada com o perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO

5.1. Resumo

Este estudo foi realizado no âmbito da componente de aquisição de competências de investigação, que integrou o programa de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica do Programa de Mestrado. O seu objetivo foi aprofundar a compreensão da demência enquanto problema de saúde pública, com especial enfoque no contexto comunitário do município de Mogadouro — um contexto isolado, com uma população muito idosa e menos bem servida por mecanismos sociais, o que torna a população idosa mais vulnerável.

Foi utilizada uma abordagem quantitativa e descritiva; após a análise da informação de 121 utentes apoiados pelo Serviço de Apoio Domiciliário à Demência, foi possível caracterizar o seu perfil clínico com base na idade, no tempo decorrido desde o diagnóstico de demência, no tipo de demência e no nível de dependência. O trabalho de revisão da literatura, análise crítica da evidência, organização metodológica do processo de investigação, processamento de dados e interpretação dos resultados criou uma oportunidade para a concentração em competências tão importantes como a investigação no apoio a competências especiais da prática e para o planeamento de intervenções de enfermagem baseadas em evidências.

5.2. Justificação do estudo

A demência tornou-se o principal problema de saúde pública em Portugal e na Europa. Até 2025, o número de pessoas com demência em Portugal é estimado pela Alzheimer Europe em 238 401 pessoas (2,29% da população), o que está acima da média estimada para a UE-27. Estima-se que, até 2050, esse número aumente para 367 807, aumentando assim a pressão sobre o Sistema Nacional de Saúde, os serviços sociais, os cuidadores informais e os serviços comunitários especializados (Alzheimer Europe, 2025).

O distrito de Bragança é, sem dúvida, uma região geograficamente vulnerável, caracterizada pela diversidade da sua população, pelo aumento da sua idade média e pelo isolamento social. Estes fatores podem revelar-se um obstáculo ao diagnóstico precoce, ao acompanhamento regular, à continuidade dos cuidados e ao apoio aos cuidadores, pelo que as respostas localizadas e baseadas na comunidade assumem especial importância.

É importante referir que a resposta da Santa Casa da Misericórdia é muito proeminente no município de Mogadouro, com o Serviço de Apoio Domiciliário dedicado aos cuidados a pessoas com demência, especialmente em zonas rurais. O estudo é, assim, importante porque contribuirá para melhorar a compreensão do quadro clínico dos utentes acompanhados, para apoiar o planeamento local dos cuidados e para servir de base à prestação de intervenções especializadas que respondam às necessidades reais.

5.3. Enquadramento teórico

A demência já constitui uma grande preocupação para uma população em envelhecimento e, com o aumento da esperança de vida, assiste-se a um número cada vez maior de idosos (Alzheimer Europe, 2025; Organização Mundial de Saúde, 2025). No entanto, não se espera que esta situação se agrave do ponto de vista patológico, sendo provável que se deteriore ainda mais. É importante perceber que, embora algumas destas alterações sejam normais, outras indicam um distúrbio neurocognitivo e não devem ser patologizadas nem consideradas como uma alteração relacionada com a idade, para evitar confundir sintomas clinicamente significativos com alterações normais (relacionadas com a idade) (American Psychiatric Association, 2013; 2014; Fernandes, 2014; Sequeira, 2010).

A demência é definida como uma síndrome, desencadeada por uma série de doenças ou lesões cerebrais (a maioria das quais progressivas), que causa um comprometimento cognitivo e tem um impacto acentuado na autonomia, na vida social e na qualidade de vida da pessoa (Alzheimer Portugal, s.d.; Organização Mundial de Saúde, 2012, 2025). O significado desta definição é que a demência não se limita apenas ao desempenho cognitivo do indivíduo, mas deve estar intimamente associada à pessoa, à família, ao ambiente, aos recursos disponíveis e à reação social e clínica necessária (Abreu, 2017; Alzheimer's Disease International, 2024; Livingston et al., 2024).

A doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência e perda de memória, com subsequentes declínios progressivos noutras áreas da função cognitiva, tais como a aprendizagem, a linguagem, a orientação, as competências executivas e as atividades da vida diária (AVDs), tendo-se verificado que estas estão associadas à doença de Alzheimer (Alzheimer's Association, 2025; Alzheimer's Disease International, 2015; Sequeira, 2010). Embora os sintomas cognitivos manifestem uma alteração no funcionamento do indivíduo, as mudanças comportamentais, nos cuidados prestados e na família vividas pela pessoa com

deficiência cognitiva podem afetar outras pessoas, a sua saúde e os sistemas de apoio social, bem como a família e os amigos (Alzheimer's Association, 2025; Livingston et al., 2024; Organização Mundial de Saúde, 2017).

A demência vascular tem sido associada a anomalias vasculares do cérebro e a fatores de risco modificáveis (incluindo hipertensão, diabetes, dislipidemia, tabagismo e acidente vascular cerebral), tanto no início como ao longo do curso da doença (Carvalho, 2014; Gallucci et al., 2005; American Psychiatric Association, 2013, 2014). Isto pode resultar em comprometimento do raciocínio ou da capacidade de realizar tarefas, problemas emocionais e comprometimento funcional. A monitorização e gestão a longo prazo dos fatores de risco são importantes na prevenção de eventos cardiovasculares, e os fatores de risco cardiovasculares devem ser monitorizados/geridos ao longo da vida (National Institute for Health and Care Excellence, 2018/2025, Livingston et al., 2024).

A demência mista ocorre com maior frequência na velhice e é a combinação destes dois tipos de demência. Clinicamente, este grupo é significativo não só por questões de diagnóstico, mas também pelas questões adicionais únicas que podem surgir para este grupo — tais como a necessidade acrescida de tratamento da multimorbilidade e a necessidade de um plano de cuidados mais inclusivo que aborde as necessidades cognitivas, comportamentais, funcionais, motoras, cardiovasculares e específicas da família (Alzheimer's Association, 2025; Fernandes, 2014; Sequeira, 2010).

Para além de todos os sintomas FOG acima referidos, a FTD também apresenta alterações comportamentais e de personalidade, diminuição do discernimento social, perturbações da linguagem e pode surgir em idades mais jovens do que as demências causadas por outras doenças (Gabbard 2007, Parmera & Nitrini 2015). As pessoas com DLB, por outro lado, podem sofrer alterações repentinas no estado mental; ver, ouvir ou sentir coisas que não existem realmente; podem ter outros problemas semelhantes aos das pessoas diagnosticadas com a doença de Parkinson; caem facilmente; podem ser mais sensíveis aos efeitos secundários ou à dosagem dos medicamentos, especialmente alguns medicamentos antidepressivos conhecidos como antipsicóticos (Passmore, 2013; Gallucci et al., 2005; Townsend, 2011). É necessária uma avaliação clínica cuidadosa dos subtipos para definir os requisitos específicos de cuidados, intervenção e apoio terapêutico pós-intervenção.

Alguns dos fatores que mais contribuem para o sofrimento da pessoa, o fardo da família, o recurso a serviços de emergência, a hospitalização e a institucionalização (Pestana & Caldas, 2009; Livingston, et al. 2024) estão associados aos sintomas físicos e/ou psicológicos da

demência. Em primeiro lugar, recomenda-se rever a lista de fatores que possam estar a contribuir para os sintomas, tais como dor, infeção, obstipação, alterações ambientais, fadiga/privação de sono, efeitos adversos de medicamentos, medo e ansiedade e necessidades não satisfeitas (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2018/2025) .

Se possível, a primeira escolha de tratamento deve ser o tratamento não farmacológico. Estes incluem, por exemplo: validação da comunicação, estruturação de rotinas, trabalho com o ambiente, estimulação dos sentidos, estimulação da mente, reminiscência, atividades significativas, musicoterapia, trabalho com as famílias, redução de estímulos excessivos, etc. (ver abaixo exemplos de cada um destes). Estas abordagens podem ser úteis, mas devem ser ajustadas ao nível da demência, adaptadas à pessoa e as suas necessidades de resposta devem ser monitorizadas em todos os momentos.

Se for recomendado um medicamento psicotrópico, este deve ser justificado de forma responsável, com base em riscos graves, na doença ou na falta de resposta a outras formas de intervenção adequadas e eficazes, e deve ser administrado, revisto e monitorizado quanto a possíveis efeitos secundários, conforme recomendado por Livingston et al. (2024) e pelo National Institute for Health and Care Excellence (2018/2025). Especialmente preocupante para idosos com demência, que correm maior risco de serem sedados e de sofrerem uma variedade de efeitos secundários cardiovasculares, comprometimento cognitivo, quedas e risco de interações medicamentosas (Passmore, 2013; Townsend, 2011).

Os cuidadores informais são parte integrante da história de vida da pessoa que vive com demência, tendo responsabilidades pelas atividades da vida diária (AVDs), medicamentos, comportamento e pelo apoio em casa (Alzheimer's Disease International 2024, Roest et al. 2007, Sequeira 2007). Alguns dos eventos e sintomas mais comuns que podem ocorrer devido ao esgotamento do cuidador são depressão, ansiedade, perda de confiança, pressões financeiras, baixa qualidade de vida, dificuldades financeiras ou sentimentos de solidão (Abreu, 2017; Livingston et al., 2024; Sequeira, 2010). As intervenções sugeridas com base nestes quadros são a psicoeducação, a validação de sentimentos, a formação em competências de comunicação, a assistência nos cuidados pessoais e a informação sobre os apoios sociais disponíveis.

Na enfermagem de saúde mental/psiquiátrica, a intervenção vai além da simples gestão de sintomas. O(a) enfermeiro(a) especializado(a) utiliza competências relacionadas com a avaliação multidimensional da pessoa, a relação terapêutica, a intervenção psicoeducativa, a

gestão de crises, o apoio à família e a colaboração interprofissional, bem como na garantia da proteção da dignidade da pessoa, conforme exigido pela Ordem dos Enfermeiros de Portugal, 2015, 2018 e 2019. Esta prática deve ser complementada por evidências e modelos de vários campos que possam proporcionar uma compreensão holística da pessoa, tais como, mas não se limitando aos seguintes componentes que podem ser utilizados para identificar e compreender as necessidades, recursos, relações e contexto de vida de uma pessoa (McEwen & Wills, 2016; Sampaio et al., 2018; Stefanelli et al., 2017):

A Teoria das Relações Interpessoais de Peplau é muito útil a este respeito, porque ela apresenta detalhes específicos sobre a relação terapêutica entre o doente e o enfermeiro como um elemento fundamental do processo de enfermagem (Peplau, 1990, 1991, 1997). Pode ser utilizada para enfatizar o valor de ser uma presença terapêutica, de comunicar com a pessoa como um indivíduo e não com a sua perda de memória, de reconhecer as emoções da pessoa e torná-las visíveis, e de utilizar esta relação como uma ferramenta para ajudar a reduzir a ansiedade/segurança e ajudar o indivíduo e o sistema familiar a progredir no contexto da demência (Peplau, 1991, 1997; Franzoi et al., 2016).

Todos os princípios de reabilitação e preservação de capacidades têm de estar alinhados com a abordagem comunitária à demência. Sugere-se que há necessidade de mudar a direção do pensamento sobre a demência — do que falta para o que lhes está a acontecer, como podem ser apoiados para que possam reabilitar-se/facilitar a adaptação funcional e tornar-se agentes significativos de autodeterminação, e o que lhes pode acontecer a seguir (Alzheimer's Disease International, 2025). Isto está em consonância com o conceito de cuidados de enfermagem centrados na pessoa, o que significa que os cuidados de enfermagem se concentram no funcionamento/capacidade, na dignidade e na participação social, no mais alto grau possível (Abreu, 2017; Associação Portuguesa de Enfermagem, 2015).

Sempre que se consideram comunidades com acesso limitado a estes serviços, no entanto, há quatro fatores-chave a destacar, para além do «tempo necessário para aceder aos serviços»: a ausência de cuidados especializados, a falta de isolamento social, a falta de dependência da rede familiar e a importância do acesso aos serviços, não só em termos do tempo necessário para lá chegar, mas também da menor disponibilidade dos serviços especializados (Alzheimer Europe, 2025; Guarda Nacional Republicana, 2024; Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro, 2024). As intervenções preventivas que podem ser implementadas para reduzir o número de crises, aumentar a segurança dos idosos e promover a continuidade dos cuidados estão listadas abaixo: aumentar o número de visitas domiciliárias; introduzir a Telecare; coordenar os cuidados para um indivíduo; planear

atividades e cuidados para um indivíduo; e mobilizar recursos comunitários (Direção-Geral de Saúde, 2023; Ministério da Saúde, 2021; Organização Mundial da Saúde, 2017).

Isto pode ser implementado para melhorar a segurança de pessoas com elevado risco de vagar, fugir ou desaparecer, por exemplo, através da utilização de tecnologia de localização. No entanto, isto deve ser feito de forma ética, uma vez que existem muitos aspetos morais em que o consentimento informado, a autonomia, o impacto emocional na pessoa e na sua família, a proporcionalidade e a autonomia residual são questões levantadas (Passmore 2013; Johnstone 2019). No contexto da interseccionalidade, as tecnologias devem ser um complemento e não um modelo de substituição dos apoios clínicos, familiares e comunitários (National Institute for Health & Care Excellence, 2018/25); devem ser aplicadas de forma adequada, individualizada e com sensibilidade ética.

Algumas das áreas mais importantes para utilizar a dependência como princípio orientador de quando e onde as intervenções podem começar e terminar são a autonomia, a estimulação, a identidade, o planeamento antecipado e o apoio emocional (Sequeira, 2007, 2010). Para casos ligeiros, a ênfase da intervenção deve recair na manutenção da autonomia, na estimulação da mente e no reforço da função cognitiva, bem como no desenvolvimento da identidade com foco no planeamento antecipado. Na fase moderada, a gestão dos sintomas e a adaptação ao ambiente são mais importantes, juntamente com a formação dos cuidadores e as atividades de prevenção de riscos. Quando uma pessoa atinge a fase avançada, é importante ter em conta o seguinte: serviços paliativos (se necessários); apoio familiar; garantir que a pessoa se sinta confortável e mantenha a sua dignidade; evitar o sofrimento (Abreu 2017; Alzheimer's Disease International 2025; OMS 2017).

O estudo realizado na comunidade de Mogadouro justifica-se neste contexto, porque, ao considerar as variáveis que influenciam a população da comunidade estudada, tais como a idade, a esperança de vida da pessoa diagnosticada com demência, o tipo de demência e o grau de dependência, seria possível caracterizar uma população que é efetivamente apoiada pelo estudo na comunidade (Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro, 2024). Embora não possa substituir um estudo epidemiológico, uma análise dos dados sobre os serviços pode orientar o planeamento (local) das intervenções e a qualidade dos cuidados prestados (Ngufwa 2020, Direção-Geral de Saúde, 2023, Ministério da Saúde, 2021). A teoria apela à criação de respostas formais e específicas na comunidade e, mais importante ainda, à inclusão de um(a) enfermeiro(a) com formação específica que seja o ponto focal da comunidade. A Ordem dos Enfermeiros de Portugal (2018), Livingston et al. (2024) e Sampaio et al. (2018) delineiam uma abordagem multifacetada a esta resposta, centrando-se numa

avaliação multidimensional, na intervenção não farmacológica, no apoio ao cuidador, na gestão de riscos e na continuidade dos cuidados, bem como na tomada de decisões éticas em relação à prática clínica especializada.

5.4. Participantes e métodos

Os participantes corresponderam a 121 utentes (N = 121) acompanhados pelo Serviço de Apoio Domiciliário à Demência da Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro, no contexto do estágio em saúde mental comunitária. Trata-se de uma amostra de conveniência, constituída por pessoas já sinalizadas e acompanhadas pelo serviço, pelo que os resultados descrevem o perfil clínico dos utentes apoiados e não a prevalência da demência no município.

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo destinado a analisar os dados disponíveis no serviço, nomeadamente a idade, o tempo decorrido desde o diagnóstico, o tipo de demência desenvolvida e o grau de dependência. Esta abordagem metodológica permitiu descrever a população assistida e criar evidências locais para apoiar o planeamento dos cuidados, tendo em conta as limitações das evidências do serviço.

A metodologia foi concebida de forma a corresponder ao objetivo de caracterizar clinicamente a amostra. Foram estabelecidos processos de organização, codificação e análise dos dados, que garantem a proteção da confidencialidade e a integração dos dados. A investigação quantitativa descritiva é mais adequada quando a intenção é observar as características de uma população ou fenómeno sem manipulação das variáveis, de modo a descrever e sistematizar as características observadas.

Não foram formuladas hipóteses causais, uma vez que o estudo não foi concebido para estabelecer relações de causa e efeito. O estudo utilizou estatísticas descritivas que envolvem frequências, percentagens, médias, desvios-padrão, medianas, mínimos e máximos de forma objetiva e clinicamente significativa.

Os dados foram analisados utilizando o Microsoft Excel e as amostras e as variáveis clínicas disponíveis foram descritas. Os resultados foram então tabulados para facilitar a leitura, a comparação e o planeamento de cuidados mais especializados para os cuidados de enfermagem.

5.5. Resultados

Os resultados são apresentados nas Tabelas 3 a 6. De acordo com a natureza quantitativa e descritiva do estudo, os dados são apresentados através de frequências, percentagens, médias, desvios-padrão, medianas e intervalos. A apresentação inicia-se com a caracterização geral da amostra, seguindo-se a distribuição dos tipos de demência, dos estádios de dependência e da relação entre o tipo de demência e o nível de dependência. A Tabela 3 apresenta o número total de utentes, a idade e o tempo decorrido desde o diagnóstico.

Tabela 3: Principais medidas descritivas da amostra

Indicador	Valor	Unidade
Número total de utentes	121	n
Idade média	80,9	anos
Mediana da idade	81,0	anos
Idade mínima	63	anos
Idade máxima	98	anos

A amostra foi composta por 121 utentes do serviço. Quanto à idade, a média foi de 80,93 anos (DP = 7,42), com mediana de 81 anos, idade mínima de 63 anos e idade máxima de 98 anos. Estes resultados indicam uma população predominantemente idosa, compatível com o perfil epidemiológico da demência. Relativamente ao tempo decorrido desde o diagnóstico, a média foi de 4,31 anos (DP = 2,75), com mediana de 4 anos, variando entre 1 e 12 anos. Este dado mostra que o serviço acompanha tanto pessoas recentemente diagnosticadas como pessoas com trajetória mais prolongada da doença. A distribuição da amostra de acordo com o tipo de demência é apresentada na Tabela 4.

Tabela 4: Frequência absoluta e relativa dos diferentes tipos de demência

Tipo de demência	Frequência	Percentagem
Alzheimer	52	43,0%
Demência mista	45	37,2%
Doença de Parkinson	11	9,1%
Demência vascular	7	5,8%
Demência frontotemporal	5	4,1%
Demência por corpos de Lewy	1	0,8%
Total	121	100,0%

A doença de Alzheimer foi o diagnóstico mais comum (52, 43,0%) entre a amostra total. Seguiu-se a demência mista, com 45 casos (37,2%). Em conjunto, estes dois grupos de diagnóstico representaram 80,2% de todos os casos, o que demonstra claramente a predominância destes dois grupos de diagnóstico na população do estudo. A demência relacionada com a doença de Parkinson foi responsável por 11 casos (9,1%), enquanto a demência vascular foi responsável por 7 casos (5,8%). A demência frontotemporal foi encontrada em 5 casos (4,1%) e a demência por corpos de Lewy foi o diagnóstico menos comum, com apenas 1 caso (0,8%). Estes resultados indicam que, neste serviço comunitário, a doença de Alzheimer e a demência mista constituem a maioria das realidades clínicas a acompanhar e a intervir, enquanto outras formas de demência estão presentes em proporções menores. A tabela 5 mostra a distribuição dos utentes do serviço de acordo com o estágio de dependência registado.

Tabela 5: Distribuição dos utentes pelos três estádios de dependência

Estádio de dependência	Frequência	Percentagem
1.º estágio	48	39,7%
2.º estágio	56	46,3%
3.º estágio	17	14,0%
Total	121	100,0%

O tipo de dependência mais comum foi o 2.º Estádio, com 56 utentes do serviço (46,3%). Seguiu-se o 1.º Estádio, com 48 utentes do serviço (39,7%). O 3.º estágio foi o menos frequente, com 17 utentes (14,0%). Estes resultados sugerem que a maioria das pessoas acompanhadas pelo serviço se encontrava em estágios de dependência ligeiros a moderados, enquanto uma proporção menor já se encontrava em estágios mais avançados de dependência. Esta distribuição é clinicamente relevante, na medida em que reflete a necessidade de intervenções que abordem simultaneamente as questões do declínio funcional, da sobrecarga do cuidador e da manutenção da autonomia pelo maior tempo possível.

Por fim, a tabela 6 examina a relação entre o tipo de demência e o estágio de dependência utilizando uma tabela de contingência.

Tabela 6: Tipo de demência e o estágio de dependência

Tipo de demência	1.º	2.º	3.º	Total
Alzheimer	16	26	10	52
Demência mista	25	19	1	45
Doença de Parkinson	3	5	3	11
Demência vascular	3	3	1	7
Demência frontotemporal	1	3	1	5
Demência por corpos de Lewy	0	0	1	1
Total	48	56	17	121

Entre os utilizadores do serviço com doença de Alzheimer, a maior percentagem foi do grupo com 2.º estágio de dependência ($n = 26$), seguido do 1.º ($n = 16$) e do 3.º ($n = 10$) estágio. Esta distribuição dá a impressão de que, nesta amostra, a doença de Alzheimer tendia a ser mais comum em estágios intermédios de dependência, embora também constituísse uma proporção significativa dos casos mais avançados. No caso da demência mista, a maioria dos utentes encontrava-se no 1.º estágio ($n = 25$), seguido do 2.º estágio ($n = 19$), enquanto apenas 1 caso foi registado no 3.º estágio. Este padrão pode ser um reflexo do facto de muitos destes casos estarem a ser acompanhados em fases mais precoces ou menos avançadas do declínio funcional.

No que diz respeito à demência relacionada com a doença de Parkinson, a distribuição dos casos repartiu-se pelos três estádios, estando mais concentrada no 2.º estágio ($n = 5$), mas sendo também relevante no 3.º estágio ($n = 3$). A demência vascular apresentou um equilíbrio entre o 1.º e o 2.º estágio ($n = 3$ em cada) e 1 caso no 3.º estágio. Da mesma forma, a demência frontotemporal apresentou maior concentração no 2.º estágio ($n = 3$) e houve 1 caso em cada um dos 1.º e 3.º estádios. Por fim, a demência por corpos de Lewy foi registada no 3.º estágio de dependência (apenas 1 caso).

Em conjunto, estes resultados demonstram que a doença de Alzheimer e a demência mista foram as categorias diagnósticas mais comuns na amostra, enquanto o 2.º estágio de dependência foi o nível mais comum de comprometimento funcional. A tabulação cruzada também parece indicar que os vários tipos de demência estavam distribuídos de forma desigual pelos estádios de dependência, com a doença de Alzheimer a desempenhar um papel mais significativo nos estádios intermédios e avançados de dependência, enquanto a demência mista era mais prevalente nos estádios iniciais de dependência. Embora não tenha sido realizada qualquer análise inferencial, estes resultados descritivos são bastante úteis para caracterizar o perfil clínico da população acompanhada pelo SADD e no planeamento de

intervenções de enfermagem baseadas na comunidade, orientadas para o grau de dependência e a complexidade diagnóstica de cada utilizador do serviço.

5.6. Discussão

Os resultados obtidos junto dos 121 utentes acompanhados pelo Serviço de Apoio Domiciliário à Demência em Mogadouro permitem uma discussão clinicamente significativa, embora metodologicamente cautelosa, sobre a demência em relação a três variáveis analíticas principais: idade, tipo de demência e grau de dependência, sendo que o tempo decorrido desde o diagnóstico funciona como um importante indicador interpretativo da progressão da doença. Uma vez que se trata de uma amostra baseada no serviço e não de um inquérito epidemiológico baseado na população, os resultados não devem ser interpretados como taxas de prevalência para a população do município de Mogadouro. Em vez disso, devem ser vistos como o perfil clínico das pessoas já identificadas e acompanhadas no âmbito de uma resposta comunitária real aos cuidados de demência. Esta distinção é importante, porque a amostra reflete o acesso aos cuidados e os padrões de encaminhamento, o apoio familiar e a organização dos serviços, e não necessariamente o peso total oculto da demência na comunidade. Mesmo assim, os resultados para a localidade são altamente relevantes e demonstram a forma como a demência se apresenta efetivamente num território rural e em envelhecimento, oferecendo uma base para o planeamento especializado dos cuidados de enfermagem.

A idade surge como variável estruturante. A idade média da amostra foi de 80,93 anos, com mediana de 81 anos e intervalo entre 63 e 98 anos. Esta concentração etária é coerente com a evidência que identifica o envelhecimento como principal fator de risco para demência. Está também em consonância com estimativas europeias recentes, segundo as quais Portugal terá 238 401 pessoas a viver com demência em 2025, correspondendo a 2,29% da população total, e poderá atingir 367 807 pessoas em 2050 (Alzheimer Europe, 2025; World Health Organization, 2025).

A segunda variável principal é o tipo de demência. Na amostra de Mogadouro, a doença de Alzheimer foi o diagnóstico mais comum, representando 43,0%, e o diagnóstico mais frequente foi a demência mista (37,2%). Os outros diagnósticos foram menos comuns; incluíram demência relacionada com Parkinson, demência vascular, demência frontotemporal e demência com corpos de Lewy. Este padrão é coerente com a literatura disponível, que é

consistente ao identificar a causa mais comum de demência como a doença de Alzheimer, reconhecendo a realidade da demência mista como um evento frequente na população idosa, especialmente quando coexistem processos neurodegenerativos e vasculares (American Psychiatric Association, 2013; Gallucci et al., 2005; Fernandes, 2014; Alzheimer Portugal, 2015a). A proeminência da demência mista na amostra local é pertinente, em particular, na medida em que serve como um indicador de que a realidade da demência nos cuidados comunitários se insere frequentemente no contexto da sobreposição de etiologias e de quadros clínicos mais complexos do que o sugerido pelas categorias de diagnóstico mais rígidas. Isto tem implicações importantes para o planeamento dos cuidados, devido à tendência da demência mista para estar associada a uma maior heterogeneidade nas manifestações cognitivas, comportamentais e funcionais, o que requer uma avaliação e intervenção mais individualizadas (Carvalho, 2014; Fonseca, 2014).

Além disso, ao avaliar os dados de prevalência para a Europa no seu conjunto, é importante ter em conta que, de acordo com o relatório, não existem muitas estimativas detalhadas de prevalência que incluam os tipos e estágios de demência por país. A Alzheimer Europe 2024 é uma fonte de alta qualidade de estimativas do número total de indivíduos que vivem com demência (por idade e sexo); no entanto, não constitui uma fonte tão fiável de estimativas de prevalência para tipos específicos de demência, tais como a doença de Alzheimer, a demência mista, a demência vascular ou a demência frontotemporal.

Não estando sempre disponível para relatórios macroepidemiológicos, esta informação reveste-se de particular valor no planeamento dos serviços locais prestados a estas populações. Num sentido prático, isto serve para lembrar que a monitorização baseada nos serviços é importante, e isto pode ser alargado para afirmar que não só deve haver um foco no registo do diagnóstico de demência, mas também um foco no registo dos níveis de dependência, comportamento e carga do cuidador, uma vez que estes têm um impacto direto nas prioridades de cuidados e na natureza da intervenção de que a comunidade poderá necessitar.

Em terceiro lugar, a análise incide sobre o nível de dependência. Em comparação com a amostra recolhida em Mogadouro, o segundo estágio de dependência surgiu com maior frequência do que noutros grupos (46,3%), seguido do primeiro estágio (39,7%) e, por fim, do terceiro estágio (14,0%). Esta distribuição pode ser significativa para as implicações clínicas, uma vez que indica que o SADD reflete a dependência ligeira a moderada e não apenas os estádios tardios, mas também os estádios avançados da dependência. Os profissionais de enfermagem e de saúde pública devem ter em conta que esta é uma descoberta importante,

pois sugere uma possível dimensão temporal que pode ser relevante quando as pessoas começam a tornar-se dependentes de drogas e álcool e que, logicamente, pode constituir uma janela de oportunidade para intervir antes de os níveis de dependência se agravarem. Esta interpretação é ainda mais flagrante quando se tem em conta o estágio de dependência, para além do tempo decorrido desde o diagnóstico.

Verificou-se que o tempo médio desde o diagnóstico se prolongava gradualmente do estágio 1 para o estágio 2: 2,7 anos para 4,7 anos e para o estágio 3: 7,7 anos. O mesmo se verificou com a idade, com médias de 79,7 anos, 81,0 anos e 84,2 anos, respetivamente, nos vários estágios. O desenho descritivo não fornece quaisquer insights sobre causa e efeito, mas é lógico de uma perspetiva clínica, sendo também apoiado por Sequeira (2007, 2010), Moreira (2014) e Fonseca (2014) no que diz respeito à progressão da demência. Nesta amostra, quanto maior o nível de dependência (especialmente em idades mais avançadas), maior a complexidade dos cuidados (especialmente quanto mais tempo decorrido desde o diagnóstico).

Quando o tipo de demência é cruzado com o estágio de dependência, encontram-se outros padrões clinicamente relevantes. A doença de Alzheimer apresentou uma concentração mais forte no segundo estágio e manteve ainda uma proporção importante no terceiro estágio, enquanto a demência mista se concentrou mais no primeiro estágio. A demência relacionada com Parkinson e a demência frontotemporal, apesar do menor número de casos, apresentaram uma distribuição mais heterogénea pelos estágios. Estes resultados devem ser interpretados com cautela, uma vez que alguns dos subgrupos são pequenos, mas sugerem ainda assim que a expressão funcional da demência na comunidade não é uniforme entre os diagnósticos. Este ponto é especialmente relevante no que diz respeito à enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica, na medida em que a intervenção não pode basear-se exclusivamente no rótulo diagnóstico. Tal como proposto por Stuart e Laraia (2001) e Townsend (2011), os cuidados de enfermagem eficazes em saúde mental dependem de uma leitura individual e contextualizada do estado cognitivo, do comportamento, da experiência emocional, da dinâmica familiar e do grau de autonomia da pessoa. Nos cuidados de demência, esta avaliação individualizada é ainda mais necessária, uma vez que duas pessoas com o mesmo diagnóstico podem ter necessidades muito diferentes, dependendo da fase do diagnóstico, do perfil comportamental e dos apoios nas suas vidas.

Quando comparado com o contexto nacional, os cuidados devem ser considerados em dois níveis – o peso demográfico e as implicações para os cuidados, com cautela. Prevê-se que a percentagem de pessoas com demência seja superior à média da UE-27 a nível nacional até

2025 (Alzheimer Europe, 2025). A amostra de Mogadouro é, no entanto, uma amostra de serviços e não uma amostra da população. Por conseguinte, os resultados não são generalizáveis à população do município no seu conjunto, mas constituem um indicador local valioso das questões comunitárias para orientar as intervenções, especialmente porque uma grande proporção das pessoas que vivem no município são idosas e as proporções de pessoas com vários tipos de demência e dependência são diferentes.

5.6.1. Limitações do estudo

A interpretação e a aplicabilidade dos resultados obtidos no presente estudo de investigação devem ser contextualizadas à luz de determinadas limitações de ordem metodológica.

Em primeiro lugar, aponta-se a utilização de uma amostra de conveniência (não probabilística), constituída pelos participantes que se encontravam acessíveis nos contextos clínicos onde o estágio decorreu. Esta opção metodológica, embora justificada pelas condicionantes de tempo e de acesso à população-alvo num percurso de mestrado, impede a generalização estatística dos resultados para a população global de cuidadores ou pessoas com demência na região de Viseu e Bragança.

Em segundo lugar, o desenho do estudo, por ser de natureza descritivo-correlacional e transversal, não permite o estabelecimento de inferências causais definitivas entre as variáveis analisadas. Limita-se, por isso, a descrever e correlacionar os fenómenos observados no momento exato da colheita de dados. Embora estas limitações tenham sido sumariamente ponderadas ao longo da discussão do documento, assume-se aqui de forma explícita o enviesamento inerente à dimensão amostral, reforçando a necessidade de futuros estudos longitudinais e multicêntricos na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Portugal.

5.6.2 Contributos para a Prática e Investigação Futura

Apesar das limitações metodológicas supracitadas, o presente estudo assume um valor fulcral como ferramenta de diagnóstico de situação nos contextos intervencionados. Os dados obtidos fornecem indicadores empíricos relevantes sobre as reais necessidades e vulnerabilidades dos cuidadores de pessoas com demência, servindo de base para o planeamento de futuras intervenções psicoeducacionais e de suporte comunitário mais direcionadas.

Ademais, este trabalho contribui para o enriquecimento do corpo de conhecimento da enfermagem de saúde mental, demonstrando a relevância de transpor os achados da investigação diretamente para a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados à comunidade.

5.7. Conclusão

Os resultados obtidos neste estudo permitiram caracterizar o perfil clínico dos 121 utentes atendidos pelo Serviço de Apoio Domiciliário à Demência do município de Mogadouro, promovendo a importância de produzir evidência local para orientar as atividades clínicas numa população em envelhecimento em áreas rurais.

Estes dados indicam uma prevalência epidemiológica da demência, mas não necessariamente no município como um todo, mas sim numa população para a qual o município desenvolveu uma resposta comunitária especializada.

A amostra foi composta predominantemente por idosos muito avançados, com uma idade média de 80,93 anos, o que está totalmente em consonância com a literatura que identifica o envelhecimento como o principal fator de risco para o desenvolvimento da demência e com as projeções demográficas europeias e portuguesas que mostram um aumento significativo da carga da demência nos grupos etários mais avançados. Neste sentido, os dados de Mogadouro são consistentes com o contexto nacional mais alargado, onde o envelhecimento da população em Portugal coincide necessariamente com as crescentes exigências em matéria de saúde mental comunitária e cuidados de demência.

No que diz respeito à distribuição em termos de diagnósticos, o subtipo mais comum foi a doença de Alzheimer, seguida da demência mista. Esta constatação é também consistente com a evidência disponível que identifica a doença de Alzheimer como a forma mais comum de demência e reconhece a demência mista como uma realidade clínica, particularmente em idosos com processos degenerativos e vasculares que são suscetíveis de coocorrer. O facto de estas duas categorias predominarem na amostra local parece significar que o planeamento dos cuidados em Mogadouro deve ter especial atenção às questões do declínio cognitivo progressivo, dos sintomas comportamentais, da adaptação familiar e da combinação de múltiplas vulnerabilidades clínicas.

Os resultados indicaram também que o 2.º grau de dependência é o mais comum, seguido do 1.º e dos 3.º graus de dependência. A distribuição mostra que um grande número de doentes está a ser assistido com níveis moderados de dependência e alguns dos efeitos desta situação

podem ser mitigados, prevenidos e reabilitados através da intervenção na dependência moderada, bem como atuando de forma relacional. Estas alterações na idade à data da morte e/ou no tempo decorrido desde o diagnóstico em tipos mais avançados são clinicamente consistentes com o que se deveria esperar de uma doença progressiva (demência), mas não podem ser consideradas necessariamente causais, uma vez que o desenho do estudo foi descritivo.

A análise cruzada entre o tipo de demência e o estágio de dependência reforça ainda mais a heterogeneidade da demência em contextos comunitários. A doença de Alzheimer parecia mais concentrada nos estágios intermediário e avançado, enquanto a presença de demência mista era mais marcante nos estágios iniciais. Este achado sugere que o diagnóstico por si só não é suficiente para orientar os cuidados e que a intervenção especializada deve sempre levar em conta a interação entre subtipo, grau de dependência, tempo decorrido desde o diagnóstico, expressão comportamental e contexto familiar. A este respeito, o estudo enfatiza a importância da avaliação multidimensional e do planeamento individualizado dos cuidados, ambos elementos centrais na prática de enfermagem especializada em saúde mental.

Em geral, os resultados apoiam a conclusão de que os cuidados de demência em Mogadouro já se caracterizam pela complexidade clínica, pelo declínio funcional e por uma necessidade evidente de intervenção especializada estrutural e baseada na comunidade.

Este estudo reforça a necessidade de utilizar dados locais para orientar a resposta às necessidades individuais e o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria na recolha de dados em cada fase e no apoio às famílias, a fim de garantir a continuidade, a dignidade e a segurança nos cuidados prestados à pessoa com demência.

5.8. Implicações para a prática clínica

Os resultados deste estudo têm implicações na prática clínica, particularmente porque a informação terá um impacto direto na organização dos serviços comunitários da SNMHP para a pessoa com demência.

Em primeiro lugar, os grupos de marcos mais avançados estão sobre representados; em segundo lugar, uma boa proporção de doentes foi diagnosticada com doença de Alzheimer/ADM (demência mista) em vez de outros grupos de diagnóstico; e, em terceiro lugar, os doentes concentraram-se nas primeira e segunda dependências.

O desenvolvimento de um programa comunitário especial (liderado por enfermeiros) justifica-se neste contexto. O reforço deste programa deve incluir uma avaliação multidimensional, intervenção não farmacológica, apoio aos cuidadores, gestão de riscos, adaptação ambiental, bem como coordenação de serviços. Este programa será apoiado pelos princípios da enfermagem especializada em saúde mental, pelas recomendações de abordagens comunitárias globais, tanto a nível nacional como internacional, e por um plano para evitar crises desnecessárias, o fardo familiar e a institucionalização prematura (Alzheimer's Disease International, 2025; Ministério da Saúde, 2021; 2025; National Institute for Health and Care Excellence, 2018/2025).

O programa proposto deve refletir um modelo de avaliação multidimensional, uma vez que a demência é uma realidade cognitiva (mental), funcional, emocional, comportamental, relacional e social. A avaliação da cognição e da dependência, dos sintomas comportamentais e psicológicos, da comunicação, do fardo familiar, do risco ambiental, da segurança da medicação e das necessidades subjetivas da pessoa e da família fazem parte da especialidade da intervenção de enfermagem.

Uma perspectiva psicoterapêutica e psicoeducativa da intervenção deve enfatizar estratégias de apoio adaptadas à demência, comunicação terapêutica, validação emocional, tentativas de aliviar o sofrimento dos doentes, preservação das identidades dos doentes e construção de ambientes relacionais de apoio. Esta orientação está em consonância com a teoria orientada para a tarefa de Peplau, que enfatiza o uso da relação terapêutica como instrumento estruturante nos cuidados de saúde mental (Peplau, 1991, 1997).

No sentido prático, a intervenção deve envolver comunicação validada, trabalho de reminiscência, assistência emocional em momentos de desorientação, rotinas estruturadas e estratégias comportamentais para que o indivíduo minimize o sofrimento e melhore a sua vida quotidiana. Isto justifica-se especialmente na amostra local, onde a maioria dos utentes ainda se encontra nas primeira e segunda fases de dependência e, por isso, ainda possui um potencial importante para o envolvimento relacional e a resposta terapêutica.

A educação psicossocial dos cuidadores deve ser parte integrante do programa. A literatura analisada indicou que, além do indivíduo diagnosticado com demência, todo o sistema familiar também pode ficar emocionalmente sobrecarregado e exausto, inseguro quanto ao futuro, sentir tensão nos papéis e ter uma qualidade de vida reduzida. O enfermeiro especialista deve, portanto, realizar sessões regulares sobre a progressão da demência, como comunicar

com a pessoa, gestão comportamental, medicação, prevenção de quedas, deambulação, autocuidado e acesso a recursos sociais.

O programa deve também ser sensível às fases da doença. Para os utentes na fase inicial de dependência, a intervenção deve dar prioridade à estimulação cognitiva e emocional, à manutenção de rotinas, ao estímulo à autonomia e ao apoio à autoestima e à identidade. Para aqueles na segunda fase, o foco deve ser alargado para abranger a gestão dos sintomas comportamentais, a adaptação ambiental, o reforço da formação dos cuidadores e uma monitorização mais rigorosa dos riscos de segurança.

Para aqueles na terceira fase, o conforto, o acolhimento relacional, a dignidade, a gestão dos sintomas e o apoio à adaptação ao fim de vida devem tornar-se uma prioridade crescente, de acordo com a compreensão emergente da demência como uma doença que justifica uma abordagem paliativa nas fases finais (Abreu, 2017). Esta abordagem é eticamente importante, pois evita a redução dos cuidados à mera dependência e, em vez disso, reconhece a pessoa com demência como um sujeito com necessidades emocionais, relacionais e de dignidade contínuas (Passmore, 2013).

Além disso, o princípio da gestão de casos deve ser incorporado no programa. Enquanto enfermeira especialista única, a Especialista em Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica tem a oportunidade de facilitar a comunicação dentro das famílias, com outros serviços de saúde, serviços hospitalares, serviços sociais e a comunidade. Em municípios rurais como Mogadouro, tal como os que se encontram noutras zonas rurais do país, as populações geograficamente dispersas, o envelhecimento da população e o isolamento social podem constituir uma fonte de complexidade dos cuidados que precisa de ser abordada (Direção-Geral de Saúde, 2023; Ministério da Saúde, 2021, 2025).

Existe uma forma específica em que as visitas domiciliárias, os acompanhamentos por telefone, as reuniões familiares e os planos de cuidados individualizados e documentados devem constituir uma componente do programa de intervenção – e não apenas ocasionalmente.

Por fim, os resultados mostram que os serviços especializados para o cuidado da pessoa com demência devem ser determinados de acordo com os seguintes fatores: idade, diagnóstico, grau de dependência, tempo decorrido desde o diagnóstico de demência, contexto familiar, risco clínico e recursos. Tais variáveis podem ser utilizadas para estratificar as necessidades e definir melhor a natureza das intervenções que podem ser utilizadas. Por conseguinte,

justifica-se um programa comunitário estruturado liderado por enfermeiros especializados que cumpra os critérios de avaliação, intervenção psicoterapêutica e psicoeducativa, apoio aos cuidadores, gestão comportamental, segurança e continuidade dos cuidados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório Final consubstancia o culminar de um percurso formativo de excelência no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, articulando de forma indissociável a aprendizagem clínica supervisionada, a prática reflexiva, a apropriação progressiva de competências avançadas e a aplicação da investigação científica à realidade assistencial. A imersão em dois contextos clínicos distintos e complementaridades — a intervenção comunitária no Serviço de Apoio Domiciliário à Demência (SADD) e a assistência hospitalar na Unidade de Internamento de Agudos — propiciou uma compreensão holística e aprofundada das manifestações das síndromes demenciais e do sofrimento mental grave.

No ambiente comunitário, o estágio facultou o desenvolvimento de competências críticas associadas à avaliação multidimensional, à operacionalização da visita domiciliária, ao suporte especializado e psicoeducação da díade cuidadora, à mitigação de riscos ambientais e à promoção da segurança farmacológica, em estreita articulação com os recursos formais e informais locais. Esta experiência reiterou que o cuidar especializado na demência transcende a abordagem focal do declínio cognitivo, impondo uma intervenção extensiva à funcionalidade, aos sintomas neuropsiquiátricos, ao sofrimento emocional, à segurança física e ontológica, e à exaustão do sistema familiar, salvaguardando sempre a autonomia residual do utente.

No serviço de internamento de agudos, o processo de aprendizagem centrou-se na gestão integrada da crise psicopatológica, na avaliação preditiva de riscos, na contratualização e monitorização de medidas de contenção, na tomada de decisão bioética e no planeamento proativo da alta de transição. Este contexto instável e de elevada exigência clínica sedimentou o imperativo de que, independentemente do nível de desorganização comportamental, agitação psicomotora ou vulnerabilidade autolítica do indivíduo, os cuidados especializados de enfermagem devem pautar-se invariavelmente por critérios de proporcionalidade, humanização e centralidade na pessoa.

O percurso documentado reflete a consolidação progressiva das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, evidenciando o crescimento da estudante nos domínios da responsabilidade ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da governação dos cuidados, da autoconsciência e do uso terapêutico de si. Reitera-se a relevância da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau como referencial epistemológico estruturante da disciplina, validando a relação terapêutica intencional como a principal ferramenta clínica de mediação e transformação em saúde mental.

A vertente de investigação integrada, desenvolvida através da colheita de dados realizada em articulação com a equipa de saúde durante o estágio, permitiu à estudante proceder à caracterização clínica e sociodemográfica de 121 utentes integrados no SADD. Este esforço colaborativo contribuiu para a geração de evidência empírica local, indispensável para a sustentabilidade e refinamento metodológico deste programa comunitário estruturado. Os resultados obtidos, não obstante as limitações metodológicas identificadas nomeadamente a tipologia de amostragem por conveniência e a impossibilidade de estabelecer inferências de causalidade, corroboram a necessidade premente de desenhar respostas especializadas, integradas e longitudinais, especificamente ajustadas às idiossincrasias e vulnerabilidades do contexto geográfico rural.

Em suma, a prestação de cuidados de saúde mental com elevados padrões de excelência assenta na tríade indissociável entre o rigor científico baseado na evidência, o discernimento bioético e a sensibilidade interpessoal. As experiências formativas vivenciadas ao longo deste trajeto de mestrado enfatizam o papel insubstituível do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica enquanto agente promotor do equilíbrio dinâmico entre a resposta à crise e a continuidade dos cuidados, a garantia da segurança e o respeito pela autonomia, e a solidez da ciência e a arte da relação terapêutica, coadjuvando decisivamente para a edificação de uma práxis assistencial digna, segura e humanizada.

7. BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. (2017). De uma síndrome a condição social: Cuidados paliativos a pessoas com demência avançada. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 18(1), 1–2. <https://periodicos.ufc.br/rene/article/view/18854>

Aleixo, A. R. L. R., & Almeida, R. A. R. (2014). Simulação na formação ao longo da vida em enfermagem: Evidências científicas. In I. Rodrigues, I. Fernandes, I. Penha, J. Moraes, L. Brito, & R. Rocha (Orgs.), *A simulação clínica no ensino de enfermagem*. Editora CRV. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/79941/2/104135.pdf>

Alzheimer Europe. (2025). *The prevalence of dementia in Europe 2025*. Alzheimer Europe. <https://www.alzheimer-europe.org/dementia/prevalence-dementia-europe>

Alzheimer Portugal. (2009). *Plano Nacional de Intervenção Alzheimer: Trabalho preparatório para a conferência “Doença de Alzheimer: Que políticas?”*. Alzheimer Portugal.

Alzheimer Portugal. (n.d.). *O que é a demência?* Alzheimer Portugal. <https://alzheimerportugal.org>

Alzheimer’s Association. (2025). 2025 Alzheimer’s disease facts and figures. *Alzheimer’s & Dementia*, 21(5), e70235. <https://doi.org/10.1002/alz.70235>

Alzheimer’s Disease International. (2015). *World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia*. Alzheimer’s Disease International. <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2015.pdf>

Alzheimer’s Disease International. (2024). *World Alzheimer Report 2024: Global changes in attitudes to dementia*. Alzheimer’s Disease International. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2024/>

Alzheimer’s Disease International. (2025). *World Alzheimer Report 2025: Reimagining life with dementia – The power of rehabilitation*. Alzheimer’s Disease International. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2025/>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.^a ed.). Climepsi Editores.

Bezerra, C. M. B., Silca, B. C. O., Silva, R. A. R., Martino, M. M. F., Monteiro, A. I., & Enders, B. C. (2018). Análise descritiva da teoria ambientalista de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 9(2), 79–83. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1105/450>

Carvalho, A. (2014). *Demência na terceira idade: Contributos teóricos, competências a mobilizar e estratégias de intervenção*. ADRAVE. https://sigarra.up.pt/fcnaup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=138234

Direção-Geral da Saúde. (2023a). *Norma sobre abordagem diagnóstica e terapêutica do doente com défice cognitivo ou demência*. Ministério da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/12/norma_053_2011_abordagem-diagnostica-e-terapeutica-do-doente_04_2023.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2023b). *Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde sustentável: de tod@s para tod@s*. Ministério da Saúde. <https://pns.dgs.pt/>

Fernandes, L. (2014). Envelhecimento e demências. In A. Fonseca (Ed.), *Envelhecimento, saúde e doença: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 93–115). Coisas de Ler. <http://id.bnportugal.gov.pt/bib/bibnacional/1880322>

Fonseca, A. (2014). *Cuidados e demência na terceira idade: Manual prático*. ADRAVE. <http://hdl.handle.net/10400.14/23417>

Franzoi, M. A. H., Lemos, K. C., Jesus, C. A. C., Pinho, D. L. M., Kamada, I., & Reis, P. E. D. (2016). Peplau's interpersonal relations theory: An evaluation based on Fawcett's criteria. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 10(4), 3653–3661. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11140>

Gabbard, G. (2007). *Tratamento dos transtornos psiquiátricos*. Artmed.

Gallucci Neto, J., Tamelini, M. G., & Forlenza, O. V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32(3), 119–130. <https://doi.org/10.1590/s0101-60832005000300004>

Guarda Nacional Republicana. (2024). *Operação Censos Sénior 2024: Resultados provisórios*. Ministério da Administração Interna. <https://ssi.gov.pt/publicacoes/relatorio-anual-de-seguranca-interna/RASI%202024.pdf>

Instituto da Segurança Social. (2005). *Situação social dos doentes de Alzheimer: Um estudo exploratório*. Instituto da Segurança Social. <https://alzheimerportugal.org/situacao-social-dos-doentes-de-alzheimer-um-estudo-exploratorio/>

Johnstone, M. (2019). *Bioethics: A nursing perspective* (5th ed.). Elsevier.

Kröger, E., Andel, R., Lindsay, J., Benounissa, Z., Verreault, R., & Laurin, D. (2008). Is complexity of work associated with risk of dementia? The Canadian Study of Health and Aging. *American Journal of Epidemiology*, 167(7), 820–830. <https://doi.org/10.1093/aje/kwm382>

Kurz, F., & Lautenschlager, N. T. (2010). The concept of dementia: Retain, reframe, rename or replace? *International Psychogeriatrics*, 22(1), 37–42. <https://doi.org/10.1017/S1041610209991364>

Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K., Samus, Q., Shirai, K., Singh-Manoux, A., Schneider, L. S., Walsh, S., Yao, Y., Sommerlad, A., & Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet*, 404(10452), 572–628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)

Maftum, M. A., Silva, A. G. S., Borba, L. O., Brusamarello, T., & Czarnobay, J. (2017). Mudanças ocorridas na prática profissional na área da saúde mental frente à reforma psiquiátrica brasileira na visão da equipe de enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 9(2), 309–314. http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3626/pdf_1

McEwen, M., & Wills, E. M. (2016). *Bases teóricas de enfermagem* (4.^a ed.). Artmed.

Ministério da Saúde. (2021). Despacho n.º 12761/2021, de 29 de dezembro: Aprova os Planos Regionais da Saúde para as Demências e determina a constituição da Comissão Executiva

do Plano Nacional da Saúde para as Demências. *Diário da República*, 2.^a série, N.º 251. <https://files.dre.pt/2s/2021/12/251000000/0008500087.pdf>

Ministério da Saúde. (2025). Despacho n.º 1598/2025, de 4 de fevereiro: Fixa a composição da Comissão Executiva do Plano Nacional da Saúde para as Demências e altera o Despacho n.º 237/2024, de 11 de janeiro. *Diário da República*, 2.^a série, N.º 24. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1598-2025-905997279>

Moreira, A. C. R. S. (2015). *O cuidar na demência: Uma realidade emergente* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/78801>

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers* (NICE Guideline NG97). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 356/2015: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde mental. *Diário da República*, 2.^a série, N.º 122. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 515/2018: Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. *Diário da República*, 2.^a série, N.º 151. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

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.

Parmera, J. B., & Nitrini, R. (2015). Demências: Da investigação ao diagnóstico. *Revista de Medicina*, 94(3), 179–184. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v94i3p179-184>

Passmore, M. (2013). Neuropsychiatric symptoms of dementia: Consent, quality of life, and dignity. *BioMed Research International*, 2013, Article 230134. <https://doi.org/10.1155/2013/230134>

Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería* (1.^a ed.). Salvat.

Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing.

Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>

Pestana, L. C., & Caldas, C. P. (2009). Cuidados de enfermagem ao idoso com demência que apresenta sintomas comportamentais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(4), 583–587. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000400015>

Pinho, A. (2012). *Efeitos de um programa de reabilitação cognitiva em pessoas com demência em contexto hospitalar* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1424868>

Rocha, A. R. O. (2016). *Pessoas com demência: Que respostas sociais em Portugal?* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Estudo Geral. <http://hdl.handle.net/10316/32406>

Rodrigues, J., Kempfer, S. S., Lenz, J. R., & Oliveira, S. N. (2017). Influência das reformas curriculares no ensino de saúde mental em enfermagem: 1969 a 2014. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(3), e67850.

Roest, H., Meiland, F., Maroccini, R., Comijs, H., Jonker, C., & Dröes, R. (2007). Subjective needs of people with dementia: A review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 19(3), 559–592. <https://doi.org/10.1017/S1041610206004716>

Salgueiro, N. (2006). O enfermeiro e a responsabilidade de se tornar competente. *Enfermagem e o Cidadão*, 4(10), 2–3.

Sampaio, F., Sequeira, C., & Canut, T. L. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19), 77–84. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n19/n19a10.pdf>

Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro. (2024). *Relatório de atividades: Serviço de Apoio Domiciliário à Demência (SADD)*. Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro. <https://misericordiamogadouro.pt/portfolio/apoio-domiciliario-as-demencias/>

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções*. Quarteto.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.

Stefanelli, M. C., Fukuda, I. M. K., & Arantes, E. C. (2017). *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*(2.^a ed.). Manole.

Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2001). *Principles and practice of psychiatric nursing* (7th ed.). Mosby Elsevier.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: Conceitos de cuidados na prática baseada na evidência*. Lusociência.

World Health Organization. (2012). *Dementia: A public health priority*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75263>

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. (2025). *Dementia*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Zanini, R. (2010). Demência no idoso: Aspectos neuropsicológicos. *Revista Neurociências*, 18(2), 220–226.

ANEXOS

Anexo I – Projeto do Ensino Clínico de opção 8- Estágio com relatório final em contexto de saúde mental na comunidade



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Projeto do Ensino Clínico de opção 8-

Estágio com relatório final em contexto de saúde mental na comunidade

**Ensino Clínico de opção 8-
Estágio com relatório final em contexto de saúde
mental na comunidade**

Ana Luísa Bento, nº 29704

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Trabalho elaborado no âmbito do Ensino Clínico: Opção 8-
Estágio com relatório final em contexto de saúde mental na comunidade

Sob a orientação do docente Professor Doutor Amadeu
Gonçalves e o Enfermeiro Tutor, Enfermeira Especialista
em Saúde Mental e Psiquiátrica, Sara Henriques

Viseu, Setembro de 2025

Sumário

Lista de Tabelas

Lista de Siglas

Introdução 81

Caracterização da instituição 82

Competências a desenvolver no Ensino Clínico 85

Atividades Planeadas 88

Cronograma 90

Conclusão 91

Referências Bibliográficas 93

Lista de Tabelas

Tabela 1: Síntese das principais atividades desenvolvidas no estágio em contexto comunitário	25
Tabela 2: Síntese das principais atividades desenvolvidas no estágio em contexto de internamento de pessoas em descompensação aguda.....	29
Tabela 3: Principais medidas descritivas da amostra	50
Tabela 4: Frequência absoluta e relativa dos diferentes tipos de demência.....	50
Tabela 5: Distribuição dos utentes pelos três estádios de dependência.....	51
Tabela 6: Tipo de demência e o estágio de dependência	52

Lista de Siglas

ESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

RGPD - Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

SADD - Serviço de Apoio Domiciliário à Demência

MMSE – Mini-Mental State Examination

MoCA – Montreal Cognitive Assessment

Introdução

No âmbito da unidade curricular de Opção 8 – Estágio com relatório final em contexto de saúde mental na comunidade do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, decorrente do ano letivo 2024/2025 foi-me proposto a elaboração deste planeamento individual de estágio, onde menciono qual o meu horário ao longo do estágio e quais os meus principais objetivos e atividades a desenvolver para este estágio sob a orientação do Professor Amadeu Gonçalves e a tutoria da Enfermeira Sara Henriques.

O Ensino Clínico realiza-se no Serviço de Demências da Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro, a decorre entre 16 de setembro e 14 de novembro de 2025 e tem a duração total de 8 semanas. O estágio será efetuado em diferentes dias da semana, com turnos de 7 horas organizados, sempre que possível, de acordo com a disponibilidade da Enfermeira Tutora.

Este projeto de estágio constitui um guia essencial, pois permite planejar de forma antecipada e sistemática os objetivos a alcançar e as atividades a desenvolver. Entre os principais objetivos incluem-se:

- Estabelecer metas gerais e específicas;
- Definir estratégias de concretização;
- Promover a integração no ensino clínico;
- Estruturar o percurso de aprendizagem;
- Divulgar os objetivos e as estratégias;
- Comparar atividades previstas com as realizadas;
- Servir de suporte para a avaliação.

O documento está dividido em capítulos: introdução, planeamento das atividades com respetivos objetivos, cronograma, considerações finais e horário.

Será apresentado aos orientadores e docentes responsáveis, de modo a facilitar o cumprimento dos objetivos definidos.

Este projeto insere-se num processo de aprendizagem contínua, no qual se pretende reforçar as competências já adquiridas e desenvolver novas capacidades ao longo do estágio.

Caracterização da instituição

A Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro, através do seu Serviço de Apoio Domiciliário à Demência (SADD), integra respostas locais de apoio a pessoas com demência com mais de 65 anos de idade, privilegiando a prestação de cuidados em contexto domiciliário e a articulação com recursos comunitários. A parceria com a Câmara Municipal de Mogadouro potencia ações de sensibilização, logística para atividades comunitárias e mobilização de recursos municipais.

Este serviço distingue-se pela prestação de cuidados especializados e gratuitos a pessoas com demência e seus cuidadores, num modelo de apoio integral que inclui avaliação multidimensional, intervenção terapêutica e suporte continuado.

O trabalho do SADD organiza-se em quatro fases essenciais: sinalização, admissão, diagnóstico/avaliação e intervenção/acompanhamento. As sinalizações podem ter origem na comunidade, nos familiares ou nos profissionais de saúde dos cuidados primários, procurando a equipa dar resposta às admissões no prazo de 72 horas.

O diagnóstico e avaliação constituem etapas fundamentais, pois permitem garantir cuidados adequados, promover a qualidade de vida e identificar precocemente tanto a demência como eventuais condições médicas associadas. Esta fase é abrangente e contempla várias dimensões, desde a avaliação clínica e neurológica até à análise psicossocial e familiar, assegurando uma compreensão global das necessidades do utente e dos cuidadores.

Esta fase é abrangente e integra várias dimensões:

- Acolhimento e avaliação global da situação pessoal, social e familiar;
- Avaliação médica e neurológica, incluindo o estado físico, exames neurológicos, aplicação de instrumentos como o Índice de Katz, a Escala de Morse e o Índice de Braden, bem como a realização de exames complementares para diagnóstico diferencial;
- Avaliação neuropsicológica com recurso a escalas como o MMSE (Mini Mental State Exam), o Índice de Lawton e a Geriatric Depression Scale (GDS). Esta avaliação contempla ainda a recolha de anamnese, história clínica, historial familiar e evolução dos sintomas, além da análise do impacto destes na autonomia para as atividades de vida diária (AVD). Inclui também avaliação do estado mental e diagnóstico diferencial entre subtipos de demência, depressão, défice cognitivo ligeiro (DCL) e envelhecimento natural;

- Identificação de défices e capacidades preservadas;
- Análise de necessidades, interesses, hábitos, expectativas e potencialidades;
- Observação do ambiente e das rotinas diárias (identificação de fatores de agitação);
- Avaliação da sobrecarga do cuidador e das suas necessidades de apoio, informação técnica, gestão do stress e estratégias para lidar com os comportamentos do utente;
- Inclusão no Programa de Capacitação do Cuidador da Pessoa com Demência.

De forma geral, esta fase recorre a exames neurológicos, testes psicométricos, entrevistas e observação direta, podendo prolongar-se por 3 a 4 sessões, ajustáveis a cada caso.

A intervenção e acompanhamento envolvem todos os elementos da equipa, com reuniões semanais para análise dos casos e definição de estratégias. A partir da avaliação, é elaborado um Plano Individual de Cuidados, que se traduz num Plano de Intervenção Multidisciplinar, aplicado em sessões especializadas ou em atendimentos familiares conjuntos. O serviço disponibiliza ainda apoio telefónico permanente, 24 horas por dia, 7 dias por semana.

De acordo com a evidência científica atual, são privilegiadas as intervenções não farmacológicas, pela sua eficácia e ausência de efeitos adversos, em comparação com as abordagens farmacológicas. Estas incluem psicoeducação, estimulação cognitiva e sensorial, terapia de validação, orientação para a realidade, reminiscências, terapias de apoio, musicoterapia, mindfulness e relaxamento. Quando necessário, recorrem-se a intervenções farmacológicas para controlar sintomas como agressividade, agitação ou alterações do sono, bem como para tratar condições associadas (ex.: depressão, ansiedade) e para utilizar fármacos antidemenciais que preservem as funções cognitivas ainda ativas.

O acompanhamento próximo da pessoa com demência e da sua família é essencial para reconhecer e gerir as reações emocionais, comportamentais e atitudinais decorrentes da doença. A intervenção visa promover equilíbrio emocional, aliviar sintomas e melhorar o bem-estar, valorizando também o apoio familiar, a ocupação, a inclusão e a identidade da pessoa.

Além disso, são realizadas ações de mediação familiar e resolução de conflitos, bem como sessões de formação e apoio especializado ao cuidador informal. Este programa procura reduzir a sobrecarga associada ao cuidar, aumentar a literacia em saúde e fornecer estratégias práticas para estimular a pessoa com demência no quotidiano.

Por último, o SADD disponibiliza um banco de ajudas técnicas de empréstimo gratuito (camas articuladas, colchões e almofadas anti-escaras, cadeiras de rodas, tablets, jogos de estimulação cognitiva, entre outros) e assegura ainda um serviço de teleassistência através

de relógios com GPS, atualmente utilizado por 36 utentes em risco de fuga ou desaparecimento.

Competências a desenvolver no Ensino Clínico

A Escola Superior de Saúde de Viseu define como objetivos desta unidade curricular, baseando-se nos Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, nº 356/2015), o Regulamento de Competências Comuns (OE, nº 140/2019) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, nº 515/2018), define os seguintes objetivos de estágio:

- Aplicar os conhecimentos e competências no âmbito das metodologias de investigação em enfermagem, na área da especialidade em saúde mental e psiquiatria;
- Elaborar um relatório final baseado nos estágios realizados, integrando elementos fundamentais, fases do processo e princípios éticos e formais;
- Difundir os resultados do relatório final, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao indivíduo, família, grupos e comunidade.

Procede-se, assim, à definição de objetivos específicos tendo em conta os regulamentos anteriormente mencionados e estabelecer atividades a desenvolver, ao longo do estágio, por forma a atingir os mesmos.

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Mental (OE nº 356/2015):

- Prestar cuidados centrados na pessoa, família e comunidade, respeitando a dignidade e os direitos humanos;
- Garantir ambientes terapêuticos seguros;
- Incentivar a participação ativa da pessoa e da família no processo de recuperação;
- Basear a prática profissional na evidência científica e na avaliação dos resultados;
- Promover ganhos em autonomia, saúde mental e qualidade de vida.

Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE nº 140/2019):

- Demonstrar pensamento crítico e fundamentar a tomada de decisão clínica;
- Resolver problemas complexos em diferentes contextos de prática;
- Desenvolver uma prática baseada na evidência científica e na investigação em enfermagem;
- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;
- Exercer liderança e integrar equipas multiprofissionais;

- Atuar de acordo com princípios éticos, legais e deontológicos;
- Contribuir para a supervisão, formação e desenvolvimento profissional de colegas e futuros enfermeiros.

Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (OE nº 515/2018):

- Avaliar de forma global e sistemática a pessoa em sofrimento mental;
- Identificar necessidades e prioridades de intervenção;
- Planear e implementar intervenções terapêuticas individualizadas e comunitárias;
- Promover processos de recuperação e reabilitação psicossocial;
- Desenvolver ações de prevenção da doença mental e promoção da saúde mental;
- Combater o estigma associado à doença mental;
- Apoiar famílias e cuidadores no processo de recuperação;
- Intervir em situações de crise, risco ou vulnerabilidade;
- Contribuir para políticas de saúde mental e para práticas inovadoras nos serviços de saúde.

Posto isto apresento assim como Objetivo geral:

- Consolidar competências avançadas em Enfermagem de Saúde Mental aplicadas à prestação de cuidados a pessoas com demência em contexto comunitário.

E como Objetivos específicos:

- Realizar avaliação integral de pessoas com demência, utilizando instrumentos padronizados e avaliação funcional.
- Desenhar e implementar planos de cuidados individualizados, integrando estratégias não farmacológicas e monitorização da terapêutica.
- Promover a educação e capacitação dos cuidadores formais e informais.
- Articular recursos comunitários e redes de suporte para potenciar a manutenção do doente no domicílio.
- Desenvolver competência em gestão de medicação em domicílio, garantindo segurança e adesão.
- Participar em atividades de investigação aplicada e melhoria da qualidade dos cuidados.

Pode afirmar-se que prestação de cuidados especializados a pessoas com demência exige uma abordagem abrangente, sistematizada e baseada em evidência científica. O papel do

enfermeiro especialista é fundamental neste processo, não apenas na avaliação e planeamento dos cuidados, mas também na gestão terapêutica, no trabalho interprofissional e no desenvolvimento de estratégias educativas que visam a melhoria contínua da qualidade de vida dos doentes e cuidadores.

A avaliação clínica especializada constitui o primeiro passo fundamental, englobando a realização de uma história clínica direcionada para a demência, bem como a avaliação cognitiva, funcional e psicossocial. A partir desta análise, procede-se ao planeamento e implementação de cuidados de enfermagem, com definição de objetivos de cuidado mensuráveis, aplicação de intervenções fundamentadas na melhor evidência disponível e revisão contínua do plano de cuidados, de modo a assegurar a sua adequação às necessidades em constante evolução.

A gestão da medicação é uma dimensão de elevada relevância, traduzindo-se na organização e supervisão dos regimes terapêuticos em contexto domiciliário, na identificação precoce de riscos associados, na monitorização da adesão ao tratamento e na manutenção de uma comunicação eficaz e permanente com a equipa médica. Em paralelo, a comunicação e o trabalho interprofissional assumem-se como pilares essenciais, refletindo-se no desenvolvimento de estratégias de interação adaptadas a doentes e cuidadores, bem como na colaboração estreita com equipas multiprofissionais, em que a liderança em reuniões de caso constitui uma mais-valia para a coordenação dos cuidados.

No que concerne à ética e à confidencialidade, a prática do enfermeiro especialista rege-se pelo código deontológico da profissão e pelas normas legais em vigor, em particular o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), garantindo o respeito pela dignidade e privacidade da pessoa. Para além disso, a investigação e a melhoria contínua estão presentes na prática quotidiana, mediante a aplicação de metodologias de investigação aplicada, a recolha sistemática de dados de qualidade e a participação em projetos que visam a inovação e o desenvolvimento dos cuidados de saúde. Por fim, a educação para a saúde constitui uma dimensão essencial, traduzida na conceção e implementação de sessões educativas dirigidas a cuidadores e à comunidade, com recurso a instrumentos de avaliação adequados e à interpretação crítica dos resultados obtidos. Ou seja, o cuidado especializado a pessoas com demência requer uma prática de enfermagem centrada na avaliação rigorosa, no planeamento individualizado, na gestão terapêutica e na comunicação eficaz com todas as partes envolvidas. Aliados a princípios éticos, à investigação aplicada e à promoção da educação para a saúde, estes elementos contribuem para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para a promoção da dignidade e do bem-estar da pessoa com demência e da sua rede de suporte.

Atividades Planeadas

As atividades a desenvolver neste ensino clínico têm como objetivo a concretização dos objetivos mencionados no ponto anterior.

- I. Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do Serviço de Demências da Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro, integrando e mantendo uma postura assertiva e profissional.
 - Dia 16/09/2025- Reunião de apresentação com a enfermeira especialista Sara Henriques e visita guiada às instalações, mais integração com a equipa multidisciplinar do Serviço de Demências;
 - Dia 19/05/2025 – Reunião com o Professor Orientador de Estágio e a Enfermeira tutora, para falar acerca dos objetivos de estágio.
 - Observação da dinâmica de funcionamento e organização interna.
- II. Explicação e formação inicial em protocolos locais; observação de atividades; sessões práticas de preparação de planos semanais, sinalizações, consultas de enfermagem, questionar sobre estado clínico dos utentes aos cuidadores via contacto telefónico e ainda relembrar da data de realização de exames complementares de diagnóstico e necessidade de receituário para levantamento de medicação na farmácia para no dia de preparação das caixas de medicação não haver falhas de terapêutica. .
- III. Realização de visitas domiciliárias sob supervisão; início de planos de cuidados; preparação e organização de medicação ao domicílio; participação em reuniões multidisciplinares. Participação nas II Jornadas de Saúde Mental em Carrazeda de Ansiães, dia 10 de outubro de 2025.

Visitas domiciliárias

As visitas domiciliárias constituem o núcleo da intervenção comunitária. Cada visita terá objetivos pré-definidos: avaliação inicial, seguimento de planos de cuidados, monitorização da medicação e educação ao cuidador. A preparação inclui revisão do planeamento das intervenções e identificação de materiais necessários.

Durante a visita, a estudante deverá: realizar uma avaliação cognitiva breve, avaliar a funcionalidade nas atividades da vida diária, identificar riscos ambientais (quedas, obstáculos, iluminação inadequada), verificar a organização da medicação e orientar o cuidador sobre práticas seguras. Os resultados serão registados de forma estruturada e comunicados à equipa multidisciplinar.

As visitas serão realizadas sob supervisão direta da enfermeira tutora, evoluindo para maior autonomia ao longo das semanas, mediante avaliação das competências do estagiário.

Gestão de medicação e preparação de caixas

A gestão segura da medicação no domicílio é uma prioridade. As tarefas incluem revisão da terapêutica, organização de caixas de medicação, verificação de interações medicamentosas e identificação de fármacos fora da validade ou duplicados. A estudante deverá instruir o cuidador sobre horários, técnicas de administração, armazenamento seguro e sinais de alerta para efeitos adversos.

Além disso, será implementado um protocolo de comunicação com os médicos prescritores sempre que sejam identificadas anomalias ou necessidades de ajuste terapêutico. A monitorização da adesão será documentada e analisada em reuniões de equipa.

Educação e suporte ao cuidador

As intervenções dirigidas aos cuidadores serão realizadas durante as visitas presenciais e se necessário com materiais escritos simples e acessíveis. Os temas abordados devem abranger a compreensão da demência, técnicas de comunicação, saber lidar com comportamentos difíceis, estratégias de autocuidado do cuidador e indicações para recurso a apoios sociais. O objetivo é capacitar o cuidador, reduzir a sobrecarga e promover estratégias sustentáveis para a manutenção do doente em ambiente comunitário.

- IV. Maior autonomia nas visitas ao domicílio; implementação de intervenções de educação a cuidadores; monitorização de resultados e ajustes de intervenções.
- V. Consolidação de competências; elaboração do relatório final de estágio; apresentação de resultados; recolha de feedback e plano de melhoria contínua.

Cronograma

Tabela 1: Cronograma de Atividades

Semanas do Ensino Clínico	1º Semana	2º Semana	3º Semana	4º Semana	5º Semana	6º Semana	7º Semana	8ª semana
Objetivos								
I								
II								
III								
IV								
V								

Conclusão

O presente planeamento de estágio constitui a proposta da estudante para a realização deste estágio na área das demências, centrado no desenvolvimento de competências avançadas em enfermagem de saúde mental, em contexto comunitário.

Através deste estágio, pretende-se articular diferentes dimensões do meu percurso formativo: a consolidação dos conhecimentos teóricos já adquiridos, a prática supervisionada em ambiente real e a aplicação de metodologias de investigação direcionadas para esta área específica.

O meu objetivo é que esta experiência me permita não só aprofundar competências técnicas e científicas, mas também reforçar capacidades relacionais, éticas e de tomada de decisão clínica, essenciais na intervenção junto de pessoas com demência e dos seus cuidadores. Considero fundamental que a prática em saúde mental, sobretudo em contexto comunitário, se centre na dignidade da pessoa, na promoção da autonomia e no apoio contínuo às famílias, de modo a garantir cuidados especializados, humanizados e ajustados às necessidades de cada situação.

Estou consciente de que a realização deste plano requer muito esforço da minha parte mas também reconheço a importância deste serviço para utentes e cuidadores e que através da monitorização contínua e da boa utilização de indicadores de qualidade, farei a diferença na vidas destas pessoas. Acredito que este processo permitirá não apenas a minha capacitação profissional, mas também uma contribuição concreta para a melhoria da resposta comunitária às pessoas com demência e aos seus cuidadores.

Horário de estágio:

<u>Data:</u>		<u>Horário:</u>
<u>Setembro</u>	16.09.2025	09h-12h30h / 14h- 17h30
17.09.2025		09h-12h30h / 14h- 17h30
19.09.2025		09h-12h30h / 14h- 17h30
22.09.2025		09h-12h30h / 14h- 17h30
23.09.2025		09h-12h30h / 14h- 17h30
24.09.2025		09h-12h30h / 14h- 17h30
25.09.2025		09h-12h30h / 14h- 17h30
26.09.2025		09h-12h30h / 14h- 17h30
<u>Outubro</u>	01.10.2025	09h-12h30h / 14h- 17h30
06.10.2025		09h-12h30h / 14h- 17h30
07.09.2015		09h-12h30h / 14h- 17h30
08.10.2025		09h-12h30h / 14h- 17h30
10.10.2025		Não sabemos horário (Jornadas da juventude) 7h??
16.10.2025		09h-12h30h / 14h- 17h30
17.10.2025		09h-12h30h / 14h- 17h30
25.10.2025		09h-12h30h / 14h- 17h30
28.10.2025		09h-12h30h / 14h- 17h30
29.10.2025		09h-12h30h / 14h- 17h30
30.10.2025		09h-12h30h / 14h- 17h30
31.10.2025		09h-12h30h / 14h- 17h30

Total de horas mês de Setembro: 56 horas + Total de horas mês de Outubro: 84 horas
= 140 horas

Este horário não é final pode sofrer alterações conforme o horário de trabalho da Enfermeira Tutora e o meu horário de trabalho também.

Referências Bibliográficas

- Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro. (2021). *Relatório de atividades 2021 – Serviço de Apoio Domiciliário à Demência (SADD)*. Câmara Municipal de Mogadouro.
- Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro. (2024). *Relatório de atividades 2024 – Serviço de Apoio Domiciliário à Demência (SADD)*. Câmara Municipal de Mogadouro.
- Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional para a Demência 2021–2025. Lisboa: DGS.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 515/2018 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).
- World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva: WHO; 2017.
- World Health Organization. Dementia: Key facts. WHO factsheets and resources.

Anexo II– Projeto do Ensino Clínico de opção 8- Estágio com relatório final em contexto de internamento de agudos



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

**Projeto do Ensino Clínico de opção 8-
Estágio com relatório final em contexto de internamento de agudos**

**Ensino Clínico de opção 8-
Estágio com relatório final em contexto de
internamento de agudos**

Ana Luísa Bento, nº 29704

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Trabalho elaborado no âmbito do Ensino Clínico: Opção 8-
Estágio com relatório final em contexto de internamento de agudos

Sob a orientação do docente Professor Doutor Amadeu
Gonçalves e o Enfermeiro Tutor, Enfermeira Especialista
em Saúde Mental e Psiquiátrica, Silvia

Viseu, Dezembro de 2025

Sumário

Lista de Tabelas 100

Lista de Siglas 101

Introdução 102

Competências a desenvolver no Ensino Clínico 104

Atividades Planeadas 107

Cronograma 111

Conclusão 112

Referências Bibliográficas 114

Lista de Tabelas

Tabela 1: Síntese das principais atividades desenvolvidas no estágio em contexto comunitário	25
Tabela 2: Síntese das principais atividades desenvolvidas no estágio em contexto de internamento de pessoas em descompensação aguda.....	29
Tabela 3: Principais medidas descritivas da amostra	50
Tabela 4: Frequência absoluta e relativa dos diferentes tipos de demência.....	50
Tabela 5: Distribuição dos utentes pelos três estádios de dependência.....	51
Tabela 6: Tipo de demência e o estágio de dependência	52

Lista de Siglas

ESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

RGPD - Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

MMSE – Mini-Mental State Examination

MoCA – Montreal Cognitive Assessment

Introdução

No âmbito da unidade curricular de Opção 8 – Estágio com relatório final em contexto de saúde mental na comunidade do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, decorrente do ano letivo 2024/2025 foi-me proposto a elaboração deste projeto individual de estágio, onde menciono qual o meu horário ao longo do estágio e quais os meus principais objetivos e atividades a desenvolver para este estágio sob a orientação do Professor Amadeu Gonçalves e a tutoria da Enfermeira Silvia Lima.

O presente projeto de estágio tem o intuito de fundamentar e orientar o meu percurso ao longo das nove semanas subsequentes.

O estágio realizar-se-a na Unidade de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Bragança, sob a supervisão da enfermeira especialista Silvia Lima e orientação pedagógica do professor Doutor Amadeu Gonçalves, como já anteriormente tinha referido.

Este projeto de estágio constitui um guia essencial, pois permite planejar de forma antecipada e sistemática os objetivos a alcançar e as atividades a desenvolver. Entre os principais objetivos incluem-se:

- Estabelecer metas gerais e específicas;
- Definir estratégias de concretização;
- Promover a integração no ensino clínico;
- Estruturar o percurso de aprendizagem;
- Divulgar os objetivos e as estratégias;
- Comparar atividades previstas com as realizadas;
- Servir de suporte para a avaliação.

O documento está dividido em capítulos: introdução, planeamento das atividades com respetivos objetivos, cronograma, considerações finais e horário.

Será apresentado aos orientadores e docentes responsáveis, de modo a facilitar o cumprimento dos objetivos definidos.

Este projeto insere-se num processo de aprendizagem contínua, no qual se pretende reforçar as competências já adquiridas e desenvolver novas capacidades ao longo do estágio.

Caracterização da instituição

O Hospital Distrital de Bragança foi inaugurado em 1 de abril de 1973 e integra atualmente a Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULS Nordeste). Com o passar dos anos, tornou-se uma referência regional em cuidados hospitalares, oferecendo serviços de internamento, consultas externas, cuidados intensivos e meios complementares de diagnóstico. A unidade de Psiquiatria e Saúde Mental, integrada desde 1958 como clínica psiquiátrica e posteriormente modernizada, dispõe de internamento para doentes agudos e serviços especializados de reabilitação psicossocial, incluindo a Unidade de Doentes de Evolução Prolongada (UDEP) e a Unidade de Pedopsiquiatria.

Recentemente, em 2025, a ULS Nordeste destinou cerca de 1,85 milhões de euros à modernização do Departamento de Saúde Mental, com destaque para a requalificação das infraestruturas, integração de serviços dispersos e criação de novos espaços para consultas e internamento.

Além do internamento, a ULS Nordeste reforçou a resposta comunitária através de uma Equipa Comunitária de Saúde Mental para adultos, composta por psiquiatras, enfermeiros especialistas em saúde mental, psicólogos, terapeutas ocupacionais e serviço social. Esta equipa acompanha atualmente cerca de 40 utentes com doença mental grave, promovendo a prevenção, tratamento e reintegração na comunidade.

O distrito de Bragança apresenta desafios específicos na área da saúde mental, incluindo elevada taxa de suicídio, em parte devido ao isolamento social e à dispersão geográfica da população, e limitações na disponibilização de profissionais especializados.

Competências a desenvolver no Ensino Clínico

A Escola Superior de Saúde de Viseu define como objetivos desta unidade curricular, baseando-se nos Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, nº 356/2015), o Regulamento de Competências Comuns (OE, nº 140/2019) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, nº 515/2018), define os seguintes objetivos de estágio:

- Aplicar os conhecimentos e competências no âmbito das metodologias de investigação em enfermagem, na área da especialidade em saúde mental e psiquiatria;
- Elaborar um relatório final baseado nos estágios realizados, integrando elementos fundamentais, fases do processo e princípios éticos e formais;
- Difundir os resultados do relatório final, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao indivíduo, família, grupos e comunidade.

Procede-se, assim, à definição de objetivos específicos tendo em conta os regulamentos anteriormente mencionados e estabelecer atividades a desenvolver, ao longo do estágio, por forma a atingir os mesmos.

O ensino clínico em internamento de agudos, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, constitui uma oportunidade formativa privilegiada para a consolidação de competências avançadas na avaliação e intervenção junto de pessoas diversas doenças psiquiátricas mas principalmente com demência em fase de descompensação comportamental. A escolha da demência como foco justifica-se pela sua elevada prevalência, pelo impacto funcional e psicossocial associado e pela complexidade assistencial que impõe — nomeadamente quando surge com manifestações comportamentais agudas que colocam em risco a segurança e a dignidade da pessoa e da sua rede de suporte. As linhas de atuação clínica deverão articular princípios éticos, evidência científica e normativas profissionais, designadamente os Regulamentos da Ordem dos Enfermeiros que definem os Padrões de Qualidade e as competências do enfermeiro especialista.

A prática especializada em saúde mental encontra enquadramento nos **Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental** (OE n.º 356/2015), que destacam a centralidade do cuidado centrado na pessoa, a necessidade de ambientes terapêuticos seguros e a obrigatoriedade de fundamentar a prática em evidência científica. Para complementar, o **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista** (OE n.º 140/2019) e o **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e**

Psiquiátrica (OE n.º 515/2018) definem competências de pensamento crítico, liderança clínica, intervenção em crise e avaliação global do doente em sofrimento mental.

Do ponto de vista das políticas de saúde para a demência, Portugal dispõe de documentos estratégicos que orientam a organização do percurso de cuidados (Estratégia Nacional/Plano para as Demências) e normas técnicas relativas à abordagem diagnóstica e terapêutica do défice cognitivo/demência, as quais reforçam a necessidade de articulação dos níveis de cuidados e de formação específica dos profissionais.

Objetivo geral

Consolidar competências avançadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica aplicadas à prestação de cuidados especializados a pessoas várias patologias do foro psicológico como esquizofrenias, depressões, ideação suicida, demência entre outros em contexto de internamento de agudos, com ênfase na avaliação do risco, estabilização clínica, intervenção não farmacológica, gestão da terapêutica, envolvimento familiar e planeamento da continuidade de cuidados.

Objetivos específicos

1. Realizar avaliação clínica integral (estado mental, risco, função e comportamento) utilizando instrumentos validados;
2. Identificar prioridades de intervenção e formular diagnósticos de enfermagem em contexto agudo;
3. Planear e executar intervenções terapêuticas individualizadas (ênfase em estratégias não farmacológicas de modulação comportamental);
4. Monitorizar e colaborar na gestão da terapêutica psicofarmacológica, identificando efeitos adversos e questões de segurança;
5. Capacitar cuidadores e articular recursos comunitários para a transição segura após alta;
6. Desenvolver investigação aplicada e processos de melhoria contínua da qualidade.

Avaliação e instrumentos clínicos

A avaliação inicial e continuada dos utentes com perturbações mentais deve integrar instrumentos validados que permitam descrever o quadro cognitivo, os sintomas neuropsiquiátricos e a agitação. Entre as ferramentas de uso corrente e apropriadas ao contexto hospitalar de agudos destacam-se: a **Cornell Sale for Depression in Dementia** (avaliação de sintomas depressivos em demência), o **Neuropsychiatric Inventory (NPI)** (avaliar sintomas comportamentais e o seu impacto no cuidador), o **Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)** (avaliar tipos e frequência de

comportamentos agitados) e instrumentos sintéticos de rastreio cognitivo como o **MMSE** ou o **MoCA** quando clinicamente viável. A seleção e utilização destes instrumentos devem ser feitas de forma criteriosa, tendo em conta a capacidade de colaboração do utente, a fase da doença e o propósito clínico da avaliação.

Intervenções terapêuticas e de segurança

A evidência recomenda priorizar **intervenções não farmacológicas** para os sintomas comportamentais associados a cada patologia, integrando: escuta ativa, orientações ambientais (redução de estímulos, rotinas previsíveis), estimulação sensorial adaptada, técnicas de reminiscência e atividades ocupacionais ajustadas às capacidades remanescentes. Em episódios de agitação extrema ou risco iminente, a equipa deverá aplicar estratégias de desescalada verbal, intervenção ambiental e, apenas quando estritamente necessário e de acordo com a prescrição médica e os princípios éticos/legais, procedimentos farmacológicos e medidas restritivas proporcionais. A monitorização rigorosa dos efeitos adversos e a revisão contínua da pertinência da medicação são competências centrais do enfermeiro especialista. As recomendações internacionais e as normas nacionais reforçam a priorização de abordagens centradas na pessoa e a avaliação multidimensional como componentes essenciais do plano terapêutico.

Trabalho multidisciplinar, família e continuidade de cuidados

A gestão do internamento de agudos para todos os tipos de doentes exige articulação estreita entre psiquiatria/neurologia, enfermagem especializada, psicologia, terapia ocupacional, serviço social e medicina interna quando necessário. O enfermeiro especialista tem um papel central na liderança das reuniões de caso, na sistematização da informação clínica e na preparação do processo de alta, assegurando planos de cuidados que articulam recursos comunitários e suportes familiares. A educação e capacitação dos cuidadores — incluindo estratégias práticas para gestão de comportamentos e sinais de recaída — são intervenções de alto impacto para reduzir reinternamentos e melhorar qualidade de vida.

Investigação aplicada e melhoria contínua

O estágio integra atividades de investigação aplicada e projetos de melhoria da qualidade que visam produzir evidência local sobre a eficácia de intervenções não farmacológicas, adesão a protocolos e resultados centrados na pessoa. A cultura de recolha sistemática de dados contribui para a sustentabilidade das boas práticas e para a produção de conhecimento transferível ao nível regional.

Ética, direitos e deontologia

A atuação clínica deve observar estritamente o Código Deontológico, a legislação aplicável (incluindo RGPD) e os princípios de proporcionalidade, beneficência e respeito da autonomia residual da pessoa com demência. Decisões sobre medidas restritivas, contenção ou alterações significativas do plano terapêutico devem ser documentadas, justificadas clinicamente e alvo de revisão multidisciplinar.

Atividades Planeadas

As atividades a desenvolver neste ensino clínico têm como objetivo a concretização dos objetivos mencionados no ponto anterior.

2.1. Objetivo I – Conhecer a unidade

(Competências do EEESMP: integração na equipa, compreensão do ambiente terapêutico, responsabilidade ética e profissional)

- Participação em reunião inicial com a Enfermeira Chefe para conhecimento da missão, estrutura e dinâmica do serviço de internamento de agudos.
- Apresentação formal à equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos psiquiatras, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social) e realização de visita guiada aos diversos espaços: salas de convívio, quartos, áreas terapêuticas e zonas de maior risco.
- Integração prática no funcionamento da equipa de enfermagem, mantendo postura profissional, comunicação assertiva e respeito pelos princípios éticos e legais da prática em saúde mental.
- Conhecimento da organização interna, incluindo:
 - protocolos de atuação em situações de agitação psicomotora,
 - procedimentos de segurança,
 - normas de contenção física/química,
 - estratégias não farmacológicas usadas no serviço para gestão de sintomas comportamentais na demência.
- Familiarização com a documentação clínica, sistemas de registo e metodologia de trabalho utilizada na unidade.

2.2. Objetivo II – Identificar focos de atenção

(Competências do EEESMP: avaliação compreensiva, identificação de necessidades cognitivas, emocionais e funcionais da pessoa)

- Realização de entrevistas terapêuticas adaptadas ao déficit cognitivo, privilegiando comunicação simples, validação emocional e observação da expressão não verbal da utente.
- Observação sistemática dos comportamentos da utente ao longo do dia, permitindo identificar padrões de agitação, ansiedade, alterações do humor, défices de orientação ou outros sintomas neuropsiquiátricos.
- Elaboração de diagnósticos de enfermagem em saúde mental com base nos dados recolhidos, considerando aspetos como:
 - confusão crónica/desorientação,
 - risco de agitação ou agressividade,
 - ansiedade,
 - incapacidade para autocuidado,
 - défices na comunicação,
 - necessidade de apoio psicossocial.
- Aplicação de escalas de avaliação adequadas ao estado clínico de cada utente:
 - **Escala Cornell** (avaliação de depressão em demência),
 - **NPI – Neuropsychiatric Inventory** (avaliação de sintomas comportamentais),
 - **CMAI** (avaliação de agitação),
 - **MMSE ou MoCA** (se clinicamente viável),
 - escalas funcionais (ABVD/AIVD).

Estas escalas podem vir a ser substituídas por outras que melhor se adaptem á utente.

- Recolha de informação clínica e psicossocial com equipa e, quando possível, com cuidadores, para contextualizar história de vida, percurso da doença e fatores desencadeantes da crise atual.

2.3. Objetivo III – Planeamento e execução de intervenções

(Competências do EEESMP: intervenção terapêutica especializada, gestão da crise, promoção da estabilidade emocional e funcional)

- Implementação de intervenções terapêuticas individualizadas, adequadas ao nível de cognição e estado emocional da utente, tais como:
 - estimulação cognitiva focada em memórias positivas, reminiscência e reconhecimento de elementos familiares;
 - técnicas de orientação para a realidade de forma não confrontativa (reorientação temporal, ambiental e pessoal);
 - estratégias de relaxamento adaptadas, como música suave, respiração guiada simples ou técnicas de grounding sensorial;
 - intervenções de modulação comportamental para prevenção de agitação.
- Realização contínua de avaliação da eficácia das intervenções, com readequação do plano de cuidados segundo a evolução clínica, necessidades emergentes e resposta da utente.
- Acompanhamento integral do percurso da utente durante o internamento, assegurando cuidados especializados desde o momento da admissão, passando pelo período de estabilização, até à preparação da alta.
- Participação ativa nas reuniões de equipa multidisciplinar e nas sessões de planeamento da alta, contribuindo com informação de enfermagem relevante para a continuidade de cuidados e segurança da utente após o internamento.
- Implementação de estratégias de contenção verbal e de desescalada emocional, respeitando sempre os princípios éticos e legais e privilegiando abordagens não farmacológicas.

2.4. Objetivo IV – Reabilitação psicossocial

(Competências do EEESMP: promoção da autonomia, funcionalidade, qualidade de vida e inclusão social)

- Promoção do autocuidado através do incentivo à participação ativa nas atividades da rotina diária, sempre que possível, reforçando capacidades preservadas (alimentação, higiene, escolha de vestuário, mobilidade).

- Estímulo da autoestima e identidade pessoal, utilizando comunicação terapêutica centrada na valorização de competências, preferências e história de vida da utente.
- Incentivo à interação social, facilitando a participação em atividades terapêuticas individuais ou de grupo, promovidas pelo serviço ou pelo terapeuta ocupacional (pintura, música, jogos simples, cozinhar, ginástica adaptada).
- Apoio na reabilitação psicossocial e funcionalidade, promovendo:
 - manutenção da mobilidade e prevenção de declínio físico,
 - estruturação de rotinas diárias para reduzir ansiedade,
 - comportamentos adaptativos às regras e ambiente da unidade,
 - reforço da ligação emocional com pessoas significativas.
- Facilitação do envolvimento da família ou cuidadores no processo de reabilitação, colaborando na educação para o cuidado, prevenção de crises e gestão de sintomas após a alta.

2.5. Objetivo V – Reflexão e avaliação

(Competências do EEESMP: desenvolvimento profissional contínuo, prática reflexiva e melhoria da qualidade dos cuidados)

- Realização de reuniões periódicas com o orientador escolar e com o enfermeiro especialista do serviço, permitindo reflexão sobre intervenções realizadas, dificuldades sentidas e oportunidades de melhoria.
- Promoção da autoavaliação crítica das competências desenvolvidas durante o estágio, valorizando aspetos como a relação terapêutica, capacidade de avaliação especializada, comunicação terapêutica e intervenção no comportamento.
- Participação em processos de heteroavaliação pela equipa clínica, recolhendo feedback construtivo relativo à prática, tomada de decisão, integração na equipa e postura profissional.
- Elaboração do Relatório de Estágio, integrando evidência científica, reflexão crítica, descrição das intervenções e análise da evolução da utente acompanhada.
- **Identificação de áreas de melhoria e definição de estratégias para o desenvolvimento futuro de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.**

Cronograma

Tabela 1: Cronograma de Atividades

Semanas do Ensino Clínico	1º Semana	2º Semana	3º Semana	4º Semana	5º Semana	6º Semana	7º Semana	8ª semana	9ª semana
Objetivos									
I									
II									
III									
IV									
V									

Conclusão

O presente projeto de estágio estruturou-se como um instrumento orientador do Ensino Clínico opção 8, possibilitando a definição clara de objetivos, competências a desenvolver e atividades a realizar no contexto do internamento de agudos para pessoas com demência. Através da integração na equipa multiprofissional do Hospital Distrital de Bragança, este estágio permitirá aprofundar conhecimentos teóricos e desenvolver competências práticas avançadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, nomeadamente na avaliação global do utente, planeamento individualizado de cuidados, implementação de intervenções terapêuticas especializadas e promoção da reabilitação psicossocial, conforme o quadro clínico de cada um.

Adicionalmente, a experiência proporciona uma oportunidade de reflexão crítica sobre a prática profissional, consolidando a capacidade de tomada de decisão fundamentada em evidência científica, princípios éticos e necessidades do utente. A participação ativa na educação de cuidadores, na comunicação interprofissional e na gestão de situações de risco contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, reforçando a importância do papel do enfermeiro especialista na promoção da dignidade, autonomia e bem-estar dos indivíduos com demência.

Concluindo, o estágio permitirá não só o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais essenciais à prática clínica em saúde mental, mas também o fortalecimento de uma postura profissional ética, crítica e reflexiva, preparando a estudante para o exercício futuro como enfermeira especialista para enfrentar os desafios clínicos de um contexto complexo e multidimensional, como o internamento de doentes com demência em fase aguda.

Horário de estágio:

<u>Data:</u>		<u>Horário:</u>
<u>Novembro</u>	17/11/2025	08h- 18h
18/11/2025		08h- 18h
25/11/2025		08h- 20h
26/11/2025		08h- 20h
29/11/2025		08h- 18h
<u>Dezembro</u>	03/12/2025	08h- 18h
09/12/2025		08h- 18h
11/12/2025		08h- 20h
12/12/2025		08h- 20h
16/12/2025		08h- 18h
18/12/2025		08h- 18h
22/12/2025		08h- 18h
<u>Janeiro</u>	<u>Ainda sem horário.</u>	

Total de horas mês de Novembro: 54 horas + Total de horas mês de Dezembro: 74 horas = 128 horas

Este horário não é final pode sofrer alterações conforme o horário de trabalho da Enfermeira Tutora e o meu horário de trabalho também.

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional para a Demência 2021–2025. Lisboa: DGS.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 515/2018 – Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental.
- World Health Organization. Dementia: Key facts. WHO factsheets and resources.
- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). *The Cornell Scale for Depression in Dementia*. *Biological Psychiatry*, 23(3), 271–284. [PubMed](#)
- Cummings, J. L., et al. (1994). *The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia*. *Neurology*, 44, 2308–2314. [DCRC](#)
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1989). *Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) manual*. (Instruções de utilização e validação). [DCRC](#)
- Nasreddine, Z. S., et al. (2005). *The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A brief screening tool for mild cognitive impairment*. *Journal of the American Geriatrics Society*. [agsjournals.onlinelibrary.wiley.com](#)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers* (NG97). [NICE](#)
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Norma sobre abordagem diagnóstica e terapêutica do doente com défice cognitivo ou demência (atualização)*. Ministério da Saúde, Portugal. [Normas DGS](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 356/2015 — Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da República. [Ordem dos Enfermeiros](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 — Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República. [Diário da República](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 515/2018 — Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Diário da República. [Diário da República](#)
- Escola Superior de Saúde de Viseu / Instituto Politécnico de Viseu. (2024). *Guia orientador de trabalhos escritos*. (Versão revisada). [ESSV](#)

Anexo III– Planos de Intervenção elaborados durante o estágio em internamento de agudos

1. PLANO DE INTERVENÇÃO – 9 SEMANAS

Exemplo:

Utente: Mulher, 81 anos

Diagnósticos: Demência associada à Doença de Parkinson + Depressão

Contexto: Internamento de Agudos – Saúde Mental

Objetivo Geral: Promover estabilidade emocional e funcional, reduzir sintomas depressivos e comportamentais, garantir segurança física e emocional, envolver família e preparar continuidade de cuidados.

SEMANA 1 – Avaliação Abrangente + Relação Terapêutica

Objetivos

- Avaliação física, motora, cognitiva e emocional.
- Identificar fatores que desencadeiam tristeza, apatia, confusão ou agitação.
- Estabelecer ambiente seguro e relação empática.

Intervenções

- Escalas: **MoCA**, **GDS-15** (depressão geriátrica), **UPDRS** (observação funcional), **NPI**, risco de quedas.
- Avaliação da marcha, rigidez, discinesias e tremor.
- Avaliação do humor (observação de tristeza, choro, desmotivação).
- Obter linha de base com família.
- Comunicação lenta, clara, tempo para resposta (pela bradicinesia e lentificação cognitiva).
- Estabelecimento de rotina diária previsível (essencial na demência com Parkinson).

SEMANA 2 – Regulação Emocional e Redução da Ansiedade

Objetivos

- Reduzir tristeza, ansiedade e irritabilidade.
- Aumentar sensação de segurança e conforto.

Intervenções

- Técnicas de validação emocional: reconhecer sentimentos sem contrariar.
- Sessões breves de **relaxamento guiado**, música suave, toque terapêutico.
- Momentos de conversa terapêutica centrados no “aqui e agora”.
- Monitorização dos efeitos e horários da medicação dopaminérgica (flutuações motoras influenciam comportamento).

SEMANA 3 – Estimulação Cognitiva Adaptada + Orientação

(Adaptada para lentificação cognitiva e motora da Doença de Parkinson)

Objetivos

- Manter capacidades cognitivas preservadas.
- Prevenir agravamento da apatia.

Intervenções

- Exercícios simples e lentos:
 - Reconhecimento de fotografias familiares
 - Atividades de reminiscência (vida, família, eventos passados)
 - Jogos de associação simples
- Orientação suave: calendário grande, relógio grande, rotina visual.
- Sessões curtas (5–10 min) para evitar fadiga e frustração.

SEMANA 4 – Mobilidade, Equilíbrio e Prevenção de Complicações

(A Doença de Parkinson aumenta muito o risco de quedas)

Objetivos

- Prevenir quedas e rigidez.

- Promover segurança física e conforto.

Intervenções

- Observação dos períodos “on/off” dos fármacos dopaminérgicos.
- Mobilização passiva/ativa com fisioterapia.
- Organização ambiental: corrimões, cadeira estável, tapetes retirados, calçado estável.
- Monitorização da dor (frequente devido à rigidez).
- Vigilância de disfagia e risco de engasgamento.

SEMANA 5 – Estimulação Social e Intervenção na Depressão

Objetivos

- Combater isolamento, apatia e perda de interesse.
- Promover interação social segura.

Intervenções

- Participação em grupos pequenos e calmos (evitar sobre estimulação).
- Atividades prazerosas compatíveis com limitações motoras:
 - Pintura simples
 - Música ao vivo ou karaoke suave
 - Dobrar tecidos ou tarefas domésticas simples (Neste caso a utente diz ter sido costureira no passado, bordar ou cozer alguma coisa pode ser uma atividade a propor)
- Reforço positivo e feedback imediato para aumentar autoestima.
- Contacto estruturado com a família (horários previsíveis). (Neste caso não podemos aplicar este pois só tem uma afilhada que se encontra no estrangeiro de família)

SEMANA 6 – Capacitação da Família/Cuidadores. (Ponto a tentar desenvolver com a afilhada quando viesse a Portugal)

Objetivos

- Preparar a família para lidar com depressão + demência + Parkinson.
- Reduzir ansiedade da família e promover continuidade de cuidados.
-

Intervenções

- Ensinar:
 - Estratégias de comunicação (frases curtas, tempo para resposta)
 - Manejo de tristeza, apatia ou irritabilidade
 - Como lidar com períodos “off” (lentificação intensa)
 - Técnicas de redirecionamento comportamental
- Educação sobre a importância das rotinas estruturadas.
- Apoio emocional à família.

SEMANA 7 – Revisão do Plano Terapêutico e Gestão de Sintomas

Objetivos

- Avaliar evolução clínica e emocional.
- Ajustar intervenções e discutir alterações terapêuticas com equipe médica.

Intervenções

- Repetição de escalas (GDS, NPI, observações motoras).
- Reunião multidisciplinar (EESMP, médico psiquiatra, neurologia, terapeutas).
- Ajustar intervenções de acordo com resposta:
 - Aumentar estimulação cognitiva?
 - Reduzir estímulos ambientais?
 - Trabalhar mais mobilidade?
- Observação de efeitos adversos dos antidepressivos e dopaminérgicos (interações são comuns).

SEMANA 8 – Preparação da Alta e Plano de Continuidade

Objetivos

- Criar plano de cuidados estruturado para o domicílio ou instituição.
- Assegurar transição segura.

Intervenções

- Plano individual de cuidados com:
 - Rotina diária

- Estratégias de comunicação
- Manejo de tristeza / agitação
- Periodização da medicação anti parkinsónica
- Sinais de alarme
- Articular com:
 - Enfermeiro de família
 - Unidade de cuidados continuados
 - Equipas comunitárias de saúde mental
- Plano de prevenção de quedas e adaptações ambientais.

SEMANA 9 – Avaliação Final e Consolidação

Objetivos

- Avaliar resultados alcançados.
- Garantir autonomia da família e segurança da utente.

Intervenções

- Aplicação final das mesmas escalas usadas no início.
- Reunião com família para reforço das estratégias aprendidas.
- Ajuste final do plano de continuidade.
- Marcação de consulta pós-alta (saúde mental e neurologia).

INDICADORES DE SUCESSO

- Redução de tristeza, apatia ou choro frequente.
- Melhoria da participação em atividades.
- Menos episódios de confusão, ansiedade ou irritabilidade.
- Maior estabilidade motora dentro das limitações do Parkinson.
- Menor risco de queda.
- Família mais segura e capacitada para uma alta segura e estruturada.

2. Plano de intervenção – 9 semanas (com atividades específicas)

Utente: ex: 81 anos – Depressão + Demência associada à Doença de Parkinson

Foco terapêutico: Estimulação cognitiva e emocional, manutenção funcional, redução da apatia, melhoria do humor, prevenção de declínio.

Semana 1 – Avaliação e Introdução às Atividades

Objetivos

- Avaliar capacidade física, cognitiva e sensorial para participar nas atividades.
- Identificar preferências pessoais para personalizar o plano.
- Introduzir atividades de forma suave.

Intervenções

- Avaliação cognitiva e funcional.
- Teste inicial com **jogos simples no tablet** (memória, quebra-cabeças grandes, jogos de associação).
- Sessão breve de **relaxamento com música suave** (5–10 min).
- Primeiro contacto com **mandalas simples** (grandes e com poucos detalhes).
- Observação da tolerância à estimulação (fadiga, frustração, lentificação).

Semana 2 – Estimulação Cognitiva Estruturada (tablet + jogos analógicos)

Objetivos

- Aumentar foco, atenção e motivação.
- Reduzir isolamentos e apatia.

Intervenções

- **Tablet (10–15 min):**
 - Jogos de memória visuais
 - Sequências simples
 - Jogos de palavras simples
- **Jogos analógicos:**
 - Puzzle de poucas peças (6–12)
 - Jogo das diferenças

- **Técnicas usadas pelo EESMP:** comunicação clara, reforço positivo, pausas frequentes.

Semana 3 – Pintura de Mandalas + Estimulação Motora Fina

Objetivos

- Trabalhar motricidade fina (afetada pela Doença de Parkinson).
- Melhorar concentração e reduzir ansiedade.
- Estimular criatividade e autoestima.

Intervenções

- Sessões de **pintura de mandalas grandes** (linhas espessas, cores simples).
- Estratégias compensatórias para tremor:
 - Apoio do antebraço
 - Lápis grossos ou marcadores de fácil preensão
- No final, breve momento de validação emocional e partilha (reforça autoestima).

Semana 4 – Relaxamento com Música + Sessões de Bem-estar

Objetivos

- Reduzir ansiedade, agitação, tristeza.
- Aumentar sensação de tranquilidade.

Intervenções

- **Sessão de relaxamento (10–15 min):**
 - Música clássica suave ou preferências pessoais
 - Respiração lenta guiada
 - Ambiente com luz reduzida
- Combinar música com **alongamentos suaves** acompanhados (apoio fisioterapia se necessário).
- Utilizar a música também como intervenção breve em tempos de maior confusão ou irritabilidade.

Semana 5 – Integração das Atividades: Jogos + Mandalas + Música

Objetivos

- Criar rotina de estimulação variada e prazerosa.
- Evitar monotonia e estimular diferentes áreas cognitivas.

Intervenções

- Sessão combinada (30–40 min com pausas):
 1. **Tablet (10 min)** – jogo de atenção
 2. **Mandalas (10–15 min)** – expressão criativa
 3. **Música relaxante (5–10 min)** – encerramento
- Observação de humor antes e depois da sessão (necessária pela depressão).

Semana 6 – Estimulação Social com Atividades Partilhadas

Objetivos

- Reduzir retraimento social.
- Trabalhar comunicação e motivação.

Intervenções

- **Jogos em dupla ou pequeno grupo:**
 - Memória
 - Dominó grande
 - Lotaria adaptada
- Sessões de música em grupo (cantarolar, escutar, comentar).
- Expor trabalhos de mandalas em painel para reforçar autoestima.

Semana 7 – Progressão da Estimulação Cognitiva

Objetivos

- Ajustar nível de dificuldade (sem gerar frustração).
- Promover conquista pessoal.

Intervenções

- **Tablet (15 min):** níveis ligeiramente mais complexos.
- Mandalas com mais detalhe — avaliando tolerância.
- Introdução de jogos de categorização ou associação de palavras (ajuda memória semântica).
- Conversas guiadas sobre temas preferidos (memória remota preservada).

Semana 8 – Consolidação + Preparação para Alta

Objetivos

- Criar rotina de estimulação para continuar no domicílio ou instituição.
- Ensinar família/cuidadores a usar atividades terapêuticas em casa.

Intervenções

- Sessão explicativa com a família:
 - Quais jogos usar no tablet e por quanto tempo
 - Como usar música para estabilizar o humor
 - Como estimular com mandalas sem gerar fadiga
- Criar **plano semanal** com horários curtos e regulares.
- Ensinar técnicas de validação emocional e comunicação.

Semana 9 – Avaliação Final + Reforço

Objetivos

- Medir impacto emocional, cognitivo e funcional.
- Ajustar atividades para continuidade.

Intervenções

- Aplicação de escalas avaliativas iniciais (GDS, observação funcional, humor).
- Rever preferências da utente (o que mais gostou: tablet? Mandalas?).
- Criar manual de continuidade de estimulação:
 - 10 min tablet
 - 10 min mandalas
 - 10 min música
 - 3–4 vezes por semana
- Reforço positivo e celebração dos progressos.

Organização semanal sugerida (Rotina)

3x/semana

- **Tablet:** 10 a 15 min
- **Jogos analógicos:** 10 min
- **Mandalas:** 10–20 min
- **Relaxamento com música:** 10 min

(Sessões sempre com pausas curtas, dadas as flutuações do Parkinson.)

BENEFÍCIOS ESPERADOS

- Melhoria do humor, redução de apatia e tristeza.
- Maior capacidade de concentração em tarefas simples.
- Estimulação motora fina (importante no Parkinson).
- Redução de ansiedade e episódios de desorientação.
- Aumento de autoestima e sensação de competência.
- Melhoria da interação social.

1. GRELHA SEMANAL PREENCHÍVEL (Atividades de Estimulação)

Semana Atividade		2 ^a Feira	3 ^a Feira	4 ^a Feira	5 ^a Feira	6 ^a Feira	Observações
1	Tablet (10 min)	☐	☐	☐	☐	☐	
	Jogos simples (10 min)	☐	☐	☐	☐	☐	
	Pintura de mandalas (10–15 min)	☐	☐	☐	☐	☐	
	Relaxamento com música (10 min)	☐	☐	☐	☐	☐	
2	Tablet (10–15 min)	☐	☐	☐	☐	☐	
	Jogos analógicos (10 min)	☐	☐	☐	☐	☐	
	Mandalas	☐	☐	☐	☐	☐	
	Música	☐	☐	☐	☐	☐	
3	Tablet – memória	☐	☐	☐	☐	☐	
	Mandalas simples	☐	☐	☐	☐	☐	

Semana Atividade		2 ^a Feira	3 ^a Feira	4 ^a Feira	5 ^a Feira	6 ^a Feira	Observações
	Relaxamento	☐	☐	☐	☐	☐	
4	Tablet – atenção	☐	☐	☐	☐	☐	
	Jogos motores (peças grandes)	☐	☐	☐	☐	☐	
	Música relaxante	☐	☐	☐	☐	☐	
5	Sessão combinada (Tablet + Mandala + Música)	☐	☐	☐	☐	☐	
6	Jogos em pequeno grupo	☐	☐	☐	☐	☐	
	Mandalas partilhadas	☐	☐	☐	☐	☐	
	Música em grupo	☐	☐	☐	☐	☐	
7	Tablet – tarefas avançadas	☐	☐	☐	☐	☐	
	Mandalas com mais detalhe	☐	☐	☐	☐	☐	
	Conversa guiada	☐	☐	☐	☐	☐	
8	Sessões preparatórias para alta	☐	☐	☐	☐	☐	
	Reforço com música	☐	☐	☐	☐	☐	
9	Avaliação final	☐	☐	☐	☐	☐	
	Atividade preferida da utente	☐	☐	☐	☐	☐	

(Pode imprimir e utilizar semanalmente.)

2. Plano individual de cada sessão (MODELO)

Plano Individual de Sessão de Estimulação

Utente: _____

Data: _____

Interveniente _____ **(EESMP):** _____

Local: _____

1. Objetivo da Sessão

- ☐ Estimulação cognitiva
- ☐ Estimulação motora fina
- ☐ Redução da ansiedade
- ☐ Melhoria do humor
- ☐ Promoção da interação
- ☐ Outro: _____

2. Atividades Planeadas

1) Tablet (10–15 min)

- Jogo utilizado: _____
- Foco: ☐ Atenção ☐ Memória ☐ Perceção visual ☐ Linguagem

2) Jogos/Atividade manual (10–15 min)

- Tipo: ☐ Puzzle ☐ Dominó grande ☐ Jogo das diferenças
- Observações: _____

3) Pintura de Mandalas (10–20 min)

- Tipo de mandala: ☐ Simples ☐ Detalhada
- Grau _____ de _____ ajuda _____ necessária:
☐ Independente ☐ Parcial ☐ Total

4) Relaxamento com Música (10 min)

- Tipo de música: _____
- Reação da utente: _____

3. Tempo Total de Sessão

_____ min

4. Comportamento Observado

- Humor antes: ☐ Bom ☐ Neutro ☐ Triste ☐ Ansiosa
- Humor depois: ☐ Bom ☐ Neutro ☐ Triste ☐ Ansiosa
- Atenção: ☐ Boa ☐ Intermitente ☐ Reduzida
- Participação: ☐ Ativa ☐ Adequada ☐ Passiva ☐ Resistência
- Fadiga: ☐ Sem fadiga ☐ Moderada ☐ Acentuada

5. Resultados

- Objetivo atingido?
 - ☐ Sim
 - ☐ Parcialmente
 - ☐ Não
- Observações finais:

3. Lista de Aplicações e jogos adequados para o tablet

(Adequados para idosos com demência e Parkinson — apps simples, com contrastes altos e movimentos reduzidos.)

Cognitivo – Simples

1. Lumosity (níveis básicos)

- Jogos curtos e intuitivos.
- Trabalha atenção e processamento.

2. NeuroNation (modo fácil)

- Exercícios lentos e progressivos.

3. Memory Games – Jogo da Memória

- Estímulo visual simples.
- Não requer rapidez.

Atenção e Percepção Visual

4. Spot the Difference (Diferenças fáceis)

- Muito bom para concentração.

5. Large Print Word Search

- Caça-palavras com letras grandes.

Linguagem / Semântica

6. Palavras Cruzadas Sênior

- Letras grandes e pistas simples.

7. ABC Talk / Nomear Imagens

- Bom para manter linguagem acessível.

Jogos de Relaxamento

8. Calm / Calm for Seniors

- Música relaxante + imagens tranquilas.

9. Musicoterapia (apps simples)

- Sons ambientes, natureza, piano suave.

Coordenação Motora Fina

10. Jogos de arrastar e soltar (Drag & Drop)

- Boa ferramenta para Parkinson.
- Ritmo lento.
- Reforça precisão do movimento.