



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em  
Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Comunitária: Área de  
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**CUIDAR DAS PESSOAS COM SINAIS DE DEMÊNCIA  
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
COM CUIDADORES**

CARING FOR PEOPLE WITH SIGNS OF DEMENTIA  
COMMUNITY NURSING INTERVENTION WITH CAREGIVERS

Por  
Melissa Mota Branco

Lisboa, 2022



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em  
Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Comunitária: Área de  
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**CUIDAR DAS PESSOAS COM SINAIS DE DEMÊNCIA  
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
COM CUIDADORES**

CARING FOR PEOPLE WITH SIGNS OF DEMENTIA  
COMMUNITY NURSING INTERVENTION WITH CAREGIVERS

Por  
Melissa Mota Branco

Sob a orientação de  
Prof<sup>ª</sup>. Doutora Elisa Maria Bernardo Garcia

Lisboa, 2022



*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito.*

*Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes”*

**Marthin Luther King**



## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu marido pelo apoio, paciência, motivação e compreensão.

À minha filha, pelo sorriso lindo que me encorajou em todo este percurso.

À Prof. Doutora Elisa Garcia, por toda a sua enorme dedicação, pela disponibilidade demonstrada, por todo o saber que partilhou comigo, por tudo o que me ensinou e pela confiança transmitida, foi um privilégio tê-la como orientadora nesta caminhada.

À Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Orientadora Olívia Serra pela partilha do seu saber pelo seu apoio, orientação, disponibilidade e colaboração.

À Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Céu pelo seu apoio, orientação, disponibilidade e colaboração.

À Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Gestora e à equipa da UCC “Saúde a Seu Lado” pela forma com que me acolheram.

A toda a minha FAMÍLIA e todos os meus amigos pelo carinho, amor, confiança e incentivo.

Aos meus colegas do Serviço de Neurologia pelo apoio, motivação e compreensão nos momentos mais difíceis.

Aos meus colegas do 14º Curso de Mestrado, em especial à Joana Costa, pelo apoio incondicional em todos os momentos.

A todas as pessoas que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho.

A todos, o meu sincero MUITO OBRIGADA!



## RESUMO

Atualmente o fenómeno do envelhecimento é uma realidade mundial. As alterações demográficas trazem consequências para a saúde, levando ao aumento da prevalência de doenças não transmissíveis de evolução prolongada, sendo uma dessas patologias a demência. (OMS, 2015). Portugal apresenta 1,88% da população com demência e estima-se que em 2050, o número aumentará para 3,82% (Alzheimer Europe, 2019).

As demências acarretam perdas funcionais, nomeadamente ao nível da autonomia das pessoas idosas. Esta perda de autonomia leva à dependência e consequentemente à procura de respostas sociais que visam apoiar as famílias, surgindo assim o conceito de cuidador formal.

Estes cuidadores nem sempre têm formação na área da prestação de cuidados à pessoa com sinais de demência, pelo que cabe à enfermagem comunitária desenvolver estratégias para capacitar e empoderar este grupo profissional com vista ao aumento de conhecimentos e à melhoria da qualidade dos cuidados por eles prestados.

O projeto foi desenvolvido num serviço de apoio domiciliário, integrado numa Instituição de Solidariedade Social, na área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) “Saúde a seu Lado”. Teve como objetivo contribuir para a capacitação das ajudantes familiares do serviço de apoio domiciliário (SAD), relativamente à prestação de cuidados à pessoa com sinais de demência. Foi suportado na Metodologia do Planeamento da Saúde e pelo Modelo Teórico de Dorothea Orem. Face ao diagnóstico de situação, resultados obtidos, priorização dos diagnósticos e definição de estratégias, foram desenvolvidas intervenções no âmbito da educação para a saúde em colaboração com a Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica da UCC. A participação do grupo, a adesão e a satisfação nas sessões realizadas foi positiva, sugerindo ganhos significativos na aquisição de conhecimentos, fundamental para o capacitação dos cuidadores formais. As atividades desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

**Palavras-chave:** pessoa idosa, demência, domicílio, cuidador formal, enfermagem comunitária.



## ABSTRACT

Currently, the phenomenon of ageing is a worldwide reality. Demographic changes bring consequences for health, leading to an increase in the prevalence of noncommunicable diseases of prolonged evolution, one of these pathologies being dementia. (WHO, 2015). Portugal presents 1.88% of the population with dementia and it is estimated that in 2050, the number will increase to 3.82% (Alzheimer Europe, 2019).

Dementias lead to functional losses, namely at the level of autonomy of the elderly. This loss of autonomy leads to dependence and, consequently, to the search for social responses aimed at supporting families, thus emerging the concept of formal caregiver.

These caregivers are not always trained in the area of care provision to people with signs of dementia, so community nursing should develop strategies to train and empower this professional group with a view to increasing their knowledge and improving the quality of care provided by them.

The project was developed in a home support service, integrated into a Social Solidarity Institution, in the area covered by the Community Care Unit (CCU) "Saúde a seu Lado". It aimed to contribute to the capacity building of family helpers of the home support service, regarding the provision of care to persons with signs of dementia. It was based on the Health Planning Methodology and Dorothea Orem's Theoretical Model. Based on the diagnosis of the situation, the results obtained, the prioritisation of diagnoses and the definition of strategies, interventions were developed within the scope of health education in collaboration with the Mental Health and Psychiatric Specialist Nurse of the CCU. The group's participation, adherence and satisfaction in the sessions held was positive, suggesting significant gains in knowledge acquisition, fundamental to the empowerment of formal caregivers. The activities developed contributed to the development of specific skills of the nurse specialist in community nursing and public health.

**Key words:** elderly, dementia, home support service, formal caregiver, community nursing.



## **LISTA DE SIGLAS**

AFAD – Ajudante Familiar de Apoio Domiciliário;

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde;

APA – American Psychological Association;

AVD – Atividade de Vida Diária;

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

CSP – Cuidados de Saúde Primários;

DGS – Direção Geral de Saúde;

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados;

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos;

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública;

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;

ICN – *Internacional Council of Nurses*;

ICS - Instituto de Ciências da Saúde;

INE – Instituto Nacional de Estatística;

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social;

OCDE – Organisation for Economic Cooperation and Development;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

OMS – Organização Mundial da Saúde;

PLS – Plano Local de Saúde;

PNS – Plano Nacional de Saúde;

PNSPI – Plano Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas;

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental;

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário;

SNS – Serviço Nacional de Saúde;

Sr.<sup>a</sup> – Senhora;

UC – Unidade Curricular;

TDAC – Teoria do Défice de Auto Cuidado;

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade;

UCP – Universidade Católica Portuguesa;

UN – *United Nations*.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>1. AS DEMÊNCIAS COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA</b>	<b>19</b>
<b>1.1 Dados epidemiológicos das demências</b>	<b>21</b>
<b>1.2 Perspetiva clínica das demências</b>	<b>22</b>
<b>1.3 O serviço de apoio domiciliário como resposta social</b>	<b>26</b>
1.3.1 O cuidador formal	27
<b>1.4 Enfermagem comunitária como suporte</b>	<b>29</b>
<b>1.5 Teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem</b>	<b>32</b>
<b>2. METODOLOGIA</b>	<b>35</b>
<b>2.1 Diagnóstico de situação</b>	<b>35</b>
2.1.1 Contexto do local de intervenção	36
2.1.2 Identificação de problemas	38
2.1.3 População alvo	40
2.1.4 Tratamento da informação	41
2.1.5 Apresentação e análise de resultados	43
2.1.6 Diagnósticos de enfermagem	47
<b>2.2 Definição de prioridades</b>	<b>48</b>
<b>2.3 Fixação de objetivos e metas</b>	<b>49</b>
<b>2.4 Seleção de estratégias</b>	<b>52</b>
<b>2.5 Programas e projetos</b>	<b>53</b>
<b>2.6 Preparação da execução</b>	<b>54</b>
<b>2.7 Avaliação do projeto</b>	<b>56</b>
<b>2.8 Implicações para a prática clínica</b>	<b>59</b>
<b>3. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E DQUIRIDAS</b>	<b>61</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>65</b>

<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>77</b>
<b>Anexo I</b> - Autorização do ACES para implementação do projeto de intervenção comunitária	<b>78</b>
<b>Anexo II</b> - Autorização da IPSS para implementação do projeto de intervenção comunitária	<b>80</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>83</b>
<b>Apêndice I</b> - Resumos das reuniões realizadas com: a Enfermeira Coordenadora da UCC, a Direção da IPSS e a Responsável pelo SAD	<b>84</b>
<b>Apêndice II</b> - Pedido de autorização ao Diretor Executivo do ACES	<b>88</b>
<b>Apêndice III</b> - Pedido de autorização à direção da IPSS	<b>90</b>
<b>Apêndice IV</b> - Guião das entrevistas realizadas às AFAD e consentimento livre e esclarecido	<b>92</b>
<b>Apêndice V</b> - Matriz de análise de conteúdo das entrevistas	<b>96</b>
<b>Apêndice VI</b> - <i>“As vivências dos cuidadores formais no cuidado ao idoso com sinais de demência, em contexto domiciliário: scoping review</i> , póster e certificado de participação no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem	<b>101</b>
<b>Apêndice VII</b> - Cronograma das atividades desenvolvidas	<b>123</b>
<b>Apêndice VIII</b> - Plano da sessão de educação para a saúde I, Sessão de educação para a saúde I, Ficha de avaliação de conhecimentos da Sessão I e Questionário de satisfação da sessão I	<b>125</b>
<b>Apêndice IX</b> - Plano da sessão de educação para a saúde II, Sessão de educação para a saúde II, Ficha de avaliação de conhecimentos da Sessão II e Questionário de satisfação da sessão II	<b>140</b>
<b>Apêndice X</b> - Plano da sessão de educação para a saúde III, Sessão de educação para a saúde III, Ficha de avaliação de conhecimentos da Sessão III e Questionário de satisfação da sessão III	<b>155</b>
<b>Apêndice XI</b> - Manual do cuidador formal: Demências	<b>168</b>
<b>Apêndice XII</b> - Metas e indicadores de atividade resultante do questionário de avaliação de conhecimentos da Sessão I, Sessão II e Sessão III	<b>184</b>

<b>Apêndice XIII</b> - Sessão informativa com a equipa de enfermagem da UCC	<b>188</b>
<b>Apêndice XIV</b> - Ficha de avaliação de conhecimentos a aplicar 6 meses após a implementação do Projeto	<b>195</b>

## **ÍNDICE QUADROS**

<b>Quadro 1.</b> Relação entre o instrumento de colheita de informação e o requisito de autocuidado avaliado.	<b>40</b>
<b>Quadro 2.</b> Análise categorial das entrevistas realizadas às AFAD.	<b>42</b>
<b>Quadro 3.</b> Enunciados dos diagnósticos de enfermagem.	<b>48</b>
<b>Quadro 4.</b> Método de Hanlon.	<b>49</b>
<b>Quadro 5.</b> Metas e indicadores de atividade definidos para as atividades desenvolvidas.	<b>51</b>
<b>Quadro 6.</b> Indicadores de atividade relacionados com as metas e os resultados obtidos.	<b>57</b>

## **ÍNDICE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1</b> – Habilitações literárias das informantes.	<b>43</b>
<b>Gráfico 2</b> – Anos de serviço das informantes na instituição.	<b>44</b>
<b>Gráfico 3</b> – Frequência das informantes em formação sobre demências.	<b>44</b>



## INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório” integrada no 3º semestre do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária: Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). O estágio foi desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) “Saúde a seu Lado”, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde Loures - Odivelas (ACES Loures - Odivelas), que decorreu entre 6 de setembro de 2021 e 18 de dezembro de 2021.

No mestrado, de âmbito profissional, a prática clínica desenvolvida em estágio constitui uma componente fundamental para a aquisição de competências específicas pretendidas na área de especialização de enfermagem comunitária e de saúde pública, como o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades (UCP, 2017). Este relatório tem como objetivo geral documentar e fundamentar o desenvolvimento de conhecimentos e competências adquiridas ao longo do estágio. Enquadra a prática clínica sustentada na evidência científica, demonstra a implementação de um projeto de intervenção comunitária, apresenta a capacidade de reflexão sobre a prática e sobre as atividades desenvolvidas, demonstrando e avaliando os seus resultados.

Atualmente o aumento da esperança média de vida acarreta consequências para a saúde, levando ao aumento da prevalência das doenças não transmissíveis de evolução prolongada, como sendo o caso das demências, que já é reconhecida como um grave problema global de saúde pública, a par de outras patologias (OMS, 2015). O aumento da prevalência da demência, associada à sobrecarga a nível psicológico, social e financeiro traduz-se numa prioridade de saúde pública (OMS, 2012a). A pertinência deste projeto prende-se com a importância de promover a saúde, prevenir complicações, garantir o acompanhamento seguro e melhorar a qualidade de prestação de cuidados das pessoas com sinais de demência. Torna-se assim essencial perceber quais as maiores dificuldades e necessidades dos

cuidadores formais, por forma a apoiá-los e capacitá-los no melhor cuidado às pessoas com sinais de demência. É necessário estabelecer um trabalho de parceria entre a pessoa com demência, família, cuidadores formais, instituições de apoio e serviços de saúde disponíveis na comunidade. Só percebendo o que os cuidadores formais de apoio domiciliário sentem é que poderemos, enquanto enfermeiros, atuar com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e inclusão social da pessoa com sinais de demência. Quanto maior a capacitação, maior o sentimento de segurança e confiança destes profissionais que cuidam.

Surge assim, no decorrer do estágio o projeto “Cuidar das pessoas com sinais de demência – Intervenção de enfermagem comunitária com cuidadores”, de acordo com a metodologia do planeamento da saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993). O seu planeamento e desenvolvimento foram suportados pela Teoria do Défice de autocuidado (TDAC) de Dorothea Orem. A temática do projeto surge no diagnóstico de situação, através da realização de entrevistas semiestruturadas às ajudantes familiares de apoio domiciliário (AFAD) e posterior análise de conteúdo da informação obtida pelas mesmas, segundo Bardin (2018). A partir das necessidades identificadas, foi desenvolvido um projeto de intervenção, com o objetivo de contribuir para a capacitação das AFAD relativamente à prestação de cuidados à pessoa com sinais de demência. Face ao diagnóstico de situação, resultados obtidos, priorização dos diagnósticos e definição de estratégias, foram desenvolvidas intervenções no âmbito da educação para a saúde em parceria com a Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) da UCC.

O relatório foi estruturado em quatro capítulos. No primeiro é feita a justificação do projeto, é apresentado o tema como problema de saúde pública, com sua caracterização epidemiológica, são desenvolvidos os conceitos chave de demência e do cuidador formal, culminando na enfermagem comunitária como suporte ao serviço de apoio domiciliário (SAD). Neste capítulo são documentados os principais fatores que interferem na relação de prestação de cuidados, em que um dos intervenientes é o cuidador formal e é ainda apresentado o referencial teórico de enfermagem utilizado. O capítulo dois, compreende a metodologia adotada, o planeamento em saúde, onde surge a descrição das várias etapas e são também apresentadas as implicações para a prática clínica. No terceiro capítulo são descritas as competências desenvolvidas no decorrer do estágio. Por último, é apresentada a conclusão deste relatório. Após a conclusão estão incluídos os anexos e os apêndices, com informação relevante para a fundamentação do trabalho desenvolvido.

As normas da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição (2020), serviram de base para orientar a elaboração do presente relatório.

## **1. AS DEMÊNCIAS COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

O envelhecimento é um fenómeno complexo, que faz parte do desenvolvimento normal do ser humano e envolve várias dimensões (Santos, *et al.*, 2009). Este processo individual e dinâmico implica e é implicado por transformações físicas, psicológicas, sociais e ambientais, que se relacionam entre si continuamente, influenciando-se mutuamente, constituindo determinantes para o envelhecimento salubre ou patológico (Sequeira, 2018).

Ao nível biológico, o envelhecimento é associado ao acumular de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, há uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de adquirir diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo (OMS, 2015).

Atualmente o fenómeno do envelhecimento é uma realidade mundial, desencadeando uma mudança na pirâmide populacional. O aumento da esperança média de vida, articulado com a diminuição acentuada das taxas de fertilidade, levou a uma aceleração do envelhecimento da população a nível mundial (OMS, 2005). Portugal acompanha essa tendência (Sequeira, 2018).

O envelhecimento populacional é uma das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações transversais a todos os setores da sociedade. Estima-se que até 2050 o número de pessoas com 60 anos ou mais triplique até 2100, sendo de 962 milhões em 2017, de 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100 (Nações Unidas, 2021).

A par do envelhecimento, também o isolamento social pode afetar a saúde. A ausência de relacionamentos sociais compromete significativamente os hábitos de vida de pessoas na terceira idade, como a gestão da sua saúde, nutrição, atividade física e o sono. Essas alterações comportamentais evidenciam o avanço das transformações psicológicas, principalmente relacionadas com a memória, pensamentos positivos, raciocínio e bem-estar (Souza et al, 2021). Este isolamento tem vindo a agravar-se em Portugal, em 2019 23% da população portuguesa vivia sozinha, sendo que 55% desta população tem idade superior a 65 anos (Pordata, 2020).

O aumento da esperança média de vida pode ser atribuído a inúmeras causas. Pode dever-se em grande parte aos avanços da medicina, em colaboração com outras ciências, que possibilitaram o diagnóstico, o tratamento ou o controlo de diversas patologias. Permitindo assim o aumento da longevidade dos indivíduos, uma diminuição acentuada da mortalidade infantil e juvenil, que conjugados com vários outros fatores de ordem económica e social, influenciaram positivamente as condições de vida da população (United Nations Population Fund, 2012).

Estas alterações demográficas acarretam consequências indiscutíveis para a saúde, levando ao aumento da prevalência de doenças crónicas bem como o aumento da procura dos serviços de saúde por parte deste grupo populacional (Alzheimer Portugal, 2009; OMS, 2015). A maioria dos problemas de saúde das pessoas mais velhas são associados a condições crónicas, principalmente doenças não transmissíveis. Por outro lado, outros problemas de saúde podem ser controlados eficazmente, sobretudo se forem detetados precocemente. Os ambientes de apoio podem garantir que as pessoas, com declínios das suas capacidades, vivam dignamente e com crescimento pessoal contínuo (OMS, 2015).

O impacto na saúde é evidente e traz grandes desafios à saúde pública, a nível dos sistemas de saúde, na adequação dos serviços e sua acessibilidade, bem como, à disponibilidade de estruturas físicas e tecnologias específicas, incluindo os custos económicos associados e a escassez de profissionais capacitados (Alves et al., 2020).

Um acontecimento não antecipado, que surja de forma abrupta ou de forma gradual, associado a um decréscimo da capacidade das estruturas ou funções do organismo acarreta uma transição para uma nova vida, podendo levar a uma dependência de terceiros, como acontece no caso da demência (Sequeira, 2018). Atualmente, as transformações demográficas tornaram evidente a relação entre a tendência crescente do envelhecimento populacional observado e o aumento da incidência de demência (United Nations Population Fund, 2012).

Em 2012, a OMS em colaboração com a Alzheimer Disease Internacional apelaram ao reconhecimento das dificuldades sentidas pelas pessoas com demência e seus cuidadores, emitindo o relatório “Demência: uma prioridade de saúde pública”. Nesse relatório é enfatizado que os custos do cuidar da pessoa com demência suba a par ou até de forma mais rápida do que a própria prevalência da demência e que o impacto para os cuidadores é esmagador, levantando necessidades a nível do apoio em questões de saúde, sociais, financeiras e jurídicas OMS (2012a).

Segundo a OMS (2012b) a demência é a maior causa de anos perdidos devido à incapacidade nos países desenvolvidos e a segunda maior causa no mundo. É difícil fazer uma estimativa precisa da incidência de demência entre a população devido ao problema do diagnóstico (Sequeira, 2018).

### **1.1 Dados epidemiológicos das demências**

Em termos epidemiológicos, a OMS estima que em todo o mundo existam 47.5 milhões de pessoas com demência, número que pode atingir os 75.6 milhões em 2030 e quase triplicar em 2050 para os 135.5 milhões. Segundo as estimativas da prevalência das demências na Europa, no “Dementia in Europe Yearbook 2019”, Portugal apresenta 1,88% da população com demência, e estima-se que em 2050 o número aumentará para 3,82%, dado o envelhecimento da população (Alzheimer Europe, 2020).

O relatório “Health at a Glance 2017” da Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) coloca Portugal como o 4º país com mais casos por cada mil habitantes. Na OECD a média é de 14.8 casos por cada mil habitantes, sendo que para Portugal a estimativa é de 19.9. De acordo com este relatório, a estimativa do número de casos com demência em Portugal sobe para mais de 205 mil pessoas, número que aumentará para os 322 mil casos até 2037. Tanto a incidência da demência como a sua prevalência aumentam quase exponencialmente com a idade, duplicando a cada 5 anos (OECD, 2017).

As mulheres são mais afetadas pela patologia que os homens. A *Alzheimer Europe* (2020) dá conta de uma prevalência em mulheres superior à da prevalência em homens em qualquer faixa etária. A taxa de prevalência de demência específica para a idade masculina na Europa, na faixa etária dos 60–64 é de 0,2, enquanto nas mulheres, para a mesma faixa etária, é de 0,9. Na faixa etária acima dos 90 anos a taxa de prevalência masculina é de 29,7 e nas mulheres corresponde a 44,8 (Alzheimer Europe, 2020).

No que concerne à idade, os estudos afirmam que a prevalência e a incidência aumentam com a idade. A prevalência até aos 60 anos de idade ainda é apresentada com valores inferiores a 1% (Sequeira, 2018). A demência é identificada como uma patologia do envelhecimento, demonstrado no aumento da sua prevalência nas faixas etárias mais elevadas. Se a referida doença é devida ao envelhecimento ou relacionada com este, é algo que ainda não está totalmente clarificado, apesar do comprovado aumento da prevalência nos grupos de idade mais avançada (Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

As principais causas de morte também mudam com a idade. Depois dos 50 anos, as mortes por doenças do aparelho circulatório aumentam de forma constante, tornando-se uma das principais causas de morte após os 80 anos, juntamente com as demências. Esta patologia é considerada uma causa de morte maior para as mulheres do que para os homens. Segundo as estatísticas de saúde da OECD de 2017, a percentagem de mortes, por género nas demências é de 4,5% nas mulheres, sendo a terceira maior causa de morte feminina, e de 2,1% nos homens, apresentando-se como a décima maior causa de morte no género masculino. No que diz respeito a Portugal, o relatório “Health at a Glance 2017” apresenta as demências como a quarta maior causa de morte (OECD, 2017).

## **1.2 Perspetiva clínica das demências**

O termo demência deriva do latim de-mentis (de: fora, sem; mentis: mente, razão; assim significa fora da razão, ou perda da mente). O conceito é utilizado para denominar um grupo de doenças específicas e para fazer referência a uma síndrome clínica que pode ter muitas causas. As definições variam segundo a importância e menção de diferentes manifestações, etiologias e repercussões no curso clínico. Ao longo da história o termo foi utilizado de diversas maneiras, mas sempre indo ao encontro da perda da razão e da memória (Firmino, 2006).

Como referido anteriormente, a demência é identificada como uma patologia do envelhecimento (Castro-Caldas & Mendonça, 2005). Assim, revela-se um processo difícil fazer a separação entre as alterações cognitivas resultante do processo normal do envelhecimento e aquelas que resultam de uma perturbação mental.

Na definição apresentada pela OMS em 1992, a demência caracteriza-se por uma síndrome resultante da doença cerebral, geralmente de natureza crónica ou progressiva em que há alterações das funções nervosas superiores envolvendo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio. As desordens das funções cognitivas são maioritariamente acompanhadas e muitas vezes antecedidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação (OMS, 1992).

A classificação psiquiátrica americana (DSM-IV) define como critérios de demência: défice cognitivo múltiplo (que afeta a memória) associado a pelo menos um dos seguintes sintomas: afasia, agnosia, apraxia ou disfunção executiva, deterioração do funcionamento social. Por outro lado, a classificação internacional das doenças (ICD-10) apresenta como critérios de demência: síndrome provocada por doença cerebral, progressiva, que afeta a

memória e uma ou mais funções cognitivas superiores, como o pensamento abstrato, a orientação, a compreensão, o cálculo, a aprendizagem, a linguagem e juízo; sem alteração do nível de consciência ou de alerta; que afeta o controle emocional, comportamento social ou motivação, interferindo nas atividades de vida diárias (OMS, 1992).

De salientar que a demência não é uma doença determinada, mas representa sim um conjunto de sinais e sintomas que podem ter diversas causas e por isso abranger vários tipos de doenças (Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

Existem diversos tipos de demência, com diferentes etiologias e fisiopatologias. Elas podem ser degenerativas - doença de Alzheimer, demência de Corpos de Lewy e demência frontotemporal; de origem vascular - multienfartes ou “enfartes estratégicos”, lacunar ou subcortical – leucoencefalopatia isquêmica; e existem ainda outros tipos de demência com diferentes causas - como por exemplo, a demência alcoólica, a demência pós-traumática, pós-encefálica, ou decorrente de outras doenças (designada por demência secundária), como da SIDA, da doença de Pick, doença de Parkinson, doença de Huntington, doença de Creutzfeldt-Jakob, entre outras (OMS, 2010).

As tipologias mais comuns de demência são: a doença de Alzheimer (forma mais comum de demência, constituindo cerca de 50% a 70% de todos os casos) e a demência vascular (associado aos problemas cardiovasculares e constitui o segundo tipo mais comum), seguindo-se as demências frontotemporais e a demência de Corpos de Lewis (Sequeira, 2018; Figueiredo et. al., 2016).

A causa das demências é desconhecida, mas admite-se que existem vários fatores que podem afetar a possibilidade de desenvolver demência, sendo eles: idade, o sexo feminino, a baixa escolaridade, o estilo de vida, fatores psicológicos e fatores cardiovasculares. (Castro-Caldas & Mendonça, 2005; Figueiredo et. al., 2016).

O diagnóstico da demência é difícil, principalmente nas fases iniciais. Os sintomas podem confundir-se com sintomas de outras doenças. Numa fase inicial o diagnóstico reveste-se de alguma complexidade devido a múltiplos fatores, como sendo, a idade, a escolaridade, o nível sociocultural, a comorbilidade e até a presença de alterações comportamentais/funcionais relacionadas com outras patologias. Desta forma, o diagnóstico é realizado muitas vezes quando já existem repercussões funcionais e na presença da pessoa com demência e do seu cuidador, dado que a demência é um processo insidioso, que necessita de ser avaliado ao longo de um determinado período de tempo (Sequeira, 2018). Uma avaliação completa à pessoa ajuda a fazer um diagnóstico. É crucial excluir as causas ditas reversíveis, isto é, aquelas em que a deterioração cognitiva pode ser revertida com um

tratamento curativo. Assim, a avaliação inclui: história clínica, exames físicos e laboratoriais, exames cognitivos e exames de imagem médica (Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

Os sintomas comportamentais e psicológicos que acompanham as várias demências são muito frequentes e importantes pelo sofrimento que provocam na pessoa e também no cuidador. Entre os problemas cognitivos encontram-se a perda de memória, a desorientação, a dificuldade de comunicação e a dificuldade em reconhecer pessoas e objetos. Relativamente às manifestações comportamentais estas englobam a inquietação motora, comportamentos culturalmente inapropriados como gritar, agressão física, desinibição sexual, discurso ofensivo, perguntas repetidas e falta de iniciativa. Entre os sintomas psicológicos encontram-se os pensamentos delirantes, ilusões, alucinações, insónia, depressão e ansiedade (Ferro & Pimentel, 2013).

Numa fase inicial, as manifestações cognitivas apresentadas podem ser insuficientes para cumprirem os critérios de diagnóstico, pelo que se pode considerar e classificar as demências em vários estadios: ligeira, moderada ou grave. Esta classificação vai desde o funcionamento cognitivo normal, ao défice psicométrico sem manifestações clínicas, perturbações cognitivas menores sem interferirem aparentemente na atividade quotidiana, até à síndrome demencial que se caracteriza pela existência de manifestações na atividade quotidiana do indivíduo (Sequeira, 2018).

Na demência ligeira a pessoa começa a demonstrar dificuldades em planear e executar as tarefas profissionais mais complexas (orientação das finanças, organização do trabalho diário) e nas relações temporais. Denota-se também a dificuldade de nomeação, isto é, a evocação de nomes de objetos e pessoas. Inicialmente a pessoa vai perdendo alguma autonomia e os défices são notados pelos familiares (Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

Na demência moderada as manifestações, descritas na fase ligeira, vão-se agravando progressivamente. Vaguear sem sentido; dificuldade em reconhecer membros da família, em encontrar as palavras certas, em ler ou escrever; surgem manifestações de ansiedade, agitação, desconfiança e agressividade. A pessoa começa a descuidar-se nas atividades de vida diária (AVD's), na sua apresentação e higiene. Nesta fase, evidencia-se a dificuldade de concentração, orientação, a pessoa fica mais lenta e apática e não reconhece os seus défices (Castro-Caldas & Mendonça, 2005; Figueiredo et. al., 2016).

Por fim, na demência severa o defeito de memória é muito grave, não havendo retenção de informação. Há dificuldade ou incapacidade para caminhar; a pessoa necessita de apoio constante para realização de AVD's; incapacidade para falar ou compreender as palavras;

pode perder o controlo da bexiga ou intestinos; tem dificuldade na deglutição; incapacidade de reconhecer familiares e amigos; tem comportamentos de desconfiança e agressividade. Na fase terminal a pessoa com demência fica acamada, incontinente e não há comunicação verbal. (Castro-Caldas & Mendonça, 2005; Figueiredo et. al., 2016). No entanto, é importante ter presente que as fases se sobrepõem e que não são iguais para todas as pessoas. Além disso, o curso da doença não é linear (Figueiredo et. al., 2016).

Para as demências não existe tratamento curativo ou que altere a história natural da doença. Existem várias terapias que ajudam a pessoa a viver melhor: a terapia farmacológica e as terapias não farmacológicas. Quando falamos em terapia farmacológica, falamos na existência de fármacos muito úteis, quer para otimizar as funções cognitivas (como os inibidores da acetilcolinesterase ou a memantina), quer para controlar os sintomas comportamentais causados pela doença. Nas terapias não farmacológicas existem intervenções que têm como objetivo potenciar o funcionamento cognitivo e o bem-estar da pessoa, bem como, ajudá-la no processo de adaptação à doença. Estas podem ser programas e atividades de estimulação, estimulação cognitiva, orientação para a realidade, reminiscência e memórias de vida e ainda a terapia de validação (Figueiredo et. al., 2016).

As medidas terapêuticas não-farmacológicas da demência têm vindo a ser defendidas como benéficas e existe um progressivo interesse científico em integrar essas medidas pelos resultados positivos que estas têm, permitindo a manutenção da capacidade de realizar AVD's, da manutenção da vida social e das atividades de lazer, entre outras (Guerreiro, 2005). As atividades têm como objetivo a estimulação das aptidões da pessoa, preservando, a sua autonomia, conforto e dignidade pelo maior período de tempo possível (União das Misericórdias Portuguesas, 2015).

A demência acarreta necessidades ao nível pessoal, social e físico, carecendo de supervisão permanente nas AVD's das pessoas com demência. Durante a evolução da doença, as limitações cognitivas vão aumentando, exigindo às pessoas com demência a necessidade de ajuda no processo de tomada de decisão e no planeamento da sua vida. O aumento de situações de demência constitui uma responsabilidade demasiado pesada para os familiares cuidadores (Figueiredo, 2007).

Mas são os sintomas comportamentais e psicológicos da demência que levam mais de metade das famílias de pessoas com demência a procurarem ajuda a longo prazo, nomeadamente os sintomas de agitação e agressividade (Barbosa, et al., 2011). Estes comportamentos são mais frequentes no período da manhã, acompanhados pela resistência aos cuidados (Volicer, et al., 2007). A dificuldade na comunicação entre as pessoas com

demência e os seus cuidadores é sugerida por muitos autores como causa para a resistência aos cuidados. Esta reação demonstra-se como uma atitude de defesa perante o seu cuidador, que é percebida como uma ameaça. A persistência no cuidado aumenta os comportamentos de agressividade e agitação demonstrados pelas pessoas com demência (Volicer, et al., 2007; Mahoney, et al., 1999). A comunicação deve ser apresentada aos cuidadores como um instrumento de trabalho que complementar as técnicas de higiene e prestação de cuidados, geralmente ligadas à área de saúde como a enfermagem, que por norma se encontram na base da formação dos auxiliares de geriatria (Santana, et al., 2008).

### **1.3 O serviço de apoio domiciliário como resposta social**

O impacto negativo do aumento da esperança média de vida pode interferir no estado de saúde das pessoas com demência com alteração da sua autonomia, debilitando-o e tornando-o cada vez mais dependente. São fundamentais redes de apoio formal e informal que proporcionem às pessoas com sinais de demência a melhoria ou manutenção da sua qualidade de vida através da satisfação das necessidades de cuidados.

O cuidado informal encontra-se muito ligado ao passado, em que a responsabilidade dos cuidados pertencia às pessoas mais próximas, muitas vezes pela família ou mesmo pessoas contíguas à sua habitação, sendo os cuidados prestados maioritariamente no seu domicílio (Sequeira, 2018). A sobrecarga vivenciada pelos cuidadores informais de pessoas com demência merece especial atenção, pois são eles que possibilitam a permanência da pessoa em casa, à qual são acrescidos custos pessoais e sociais elevados (Ory et al., 1999). Na pessoa com demência, os problemas comportamentais (mais do que os cognitivos) podem exacerbar o impacto negativo do “cuidar” (Pinquart & Sörensen, 2004).

Na sociedade portuguesa foram implementados, progressivamente, serviços e equipamentos de apoio social para responder às necessidades de populações mais vulneráveis como as pessoas com sinais de demência.

As políticas europeias sublinham a importância das pessoas com necessidades de cuidados que permaneçam a viver no seu domicílio durante o maior tempo possível. Este objetivo é geralmente o desejo expresso pela própria pessoa e o fator primordial na decisão dos seus familiares (Sousa, et al., 2006). Também em Portugal, no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNPSPI) uma das metas é a promoção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente, no seu domicílio e meio natural de vida (DGS, 2006).

São exemplos de respostas de cuidados de longa duração: os centros de dia, os hospitais de dia, os lares para pessoas dependentes e independentes, os SAD e as unidades de cuidados continuados (Gil, 2009).

Os SAD surgiram em Portugal na década de 80, direcionados a pessoas com dependência (Nogueira, 2009). Estes serviços encontram-se regulamentados através da Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro (2013) e abrange uma resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, que presta cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias, quando por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, a satisfação das necessidades básicas e/ou as AVD's. A mesma portaria define como objetivos do SAD: contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias, contribuir para retardar ou evitar a institucionalização, assegurar aos indivíduos e famílias a satisfação das suas necessidades básicas, prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial e colaborar na prestação de cuidados de saúde. Para tal, o SAD dispõe dos serviços de prestação de cuidados de higiene e conforto, arrumação e pequenas limpezas no domicílio, confeção, transporte e/ou distribuição de refeições, tratamento de roupas, entre outras diligências, nomeadamente o acompanhamento ao exterior.

O SAD visa assim, a promoção e prevenção do isolamento e da dependência, através da promoção da funcionalidade das pessoas e da redução de institucionalizações. Contudo, há a constatação que a diversidade dos serviços é insuficiente para dar resposta às necessidades da população, o que direciona as atividades de apoio social e de saúde para os serviços de alimentação e de higiene, o que leva a deficiências em termos de funcionamento e de formação dos recursos humanos na prestação de um serviço de qualidade (Gil, 2009).

As estruturas de apoio aos cuidadores informais surgem como recurso para satisfazer as suas necessidades e solucionar os problemas quer destes, quer das pessoas com sinais de demência, o que contribui para a melhoria da qualidade de vida de ambos. Os sistemas de cuidados formais e informais são desta forma complementares e interdependentes.

### 1.3.1 O cuidador formal

O conceito de cuidador é descrito pelo International Council of Nurses (ICN) na classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) como a pessoa que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da patologia ou incapacidade, e também o que dá resposta às necessidades da pessoa dependente (OE, 2019).

Para Sousa (2011), o aumento da esperança média de vida e as alterações das estruturas familiares levou ao apoio formal às pessoas com dependência. Esta procura de instituições e recursos sociais de forma a dar resposta à necessidade de cuidados que a pessoa requer, faz emergir a tipologia do cuidador formal (Sequeira, 2018).

Entende-se por cuidador formal aquele que presta cuidados a outra pessoa e o faz numa base contratual, isto é, estabelecendo com o utente/cliente uma relação profissional e qualificada, comprometendo-se a prestar-lhe cuidados sob obrigações específicas, sob recompensa remuneratória e/ou material pelo exercício das suas funções. Este, é referente ao cuidado prestado por profissionais devidamente qualificados, quer seja ao nível domiciliário e/ou institucional, que têm uma preparação específica para desempenhar esse papel (Batista et al., 2014; Sequeira, 2018). Estes profissionais geralmente estão vinculados às redes sociais de suporte. Na Portaria n.º 02/2020 (2020) as redes sociais de suporte são caracterizadas como o conjunto de recursos humanos e serviços institucionais que a pessoa que é cuidada tem à sua disposição e que podem prestar apoio no contexto domiciliário e comunitário.

O Decreto-Lei n.º 141/89 (1989), identifica os profissionais do SAD como ajudantes familiares de apoio domiciliário (AFAD), definindo-as como pessoas que, em articulação com instituições de suporte, prestam serviços domiciliários imprescindíveis à normalidade da vida da família nos casos em que os mesmos serviços não possam ser prestados pelos seus membros.

O mesmo Decreto-Lei (1989) salienta que estes têm como funções o tratamento de roupas, alimentação e prestação de cuidados de higiene e conforto pessoal aos utentes; realização de serviços necessários aos utentes no exterior e acompanhá-los nas suas deslocações; administração de medicação prescrita que não seja da exclusiva competência dos técnicos de saúde e atuar de forma a ultrapassar possíveis situações de isolamento e solidão. Devem ainda possuir as seguintes condições: idade igual ou superior a 18 anos, boa saúde física e mental, escolaridade obrigatória, sentido de responsabilidade, estabilidade emocional e interesse pela atividade, capacidade para desempenhar funções de apoio às famílias com o intuito de estimular as capacidades dos utentes.

A Portaria n.º 38/2013 (2013), salienta ainda que estes devem: possuir a formação adequada às funções que exerçam; ter capacidade de comunicação de forma a adotar uma atitude de escuta e observação quanto às necessidades dos utentes; executar e adequar o programa de cuidados e serviços e ter formação que permita uma intervenção correta em situações de dependência decorrentes de envelhecimento e ou de deficiência.

Estes profissionais são definidos como trabalhadores com qualificações diversas, que prestam cuidados às pessoas dependentes com a supervisão de um profissional devidamente qualificado (OMS, 2004). Sendo profissionais contratados e devidamente habilitados, devem estar preparados adequadamente, para prestar os cuidados no domicílio ou nas instituições sociais (Sequeira, 2018; Sousa, 2011). Devem assim possuir competências para um trabalho no seio de uma equipa multidisciplinar, tal como conhecimentos, de modo a poderem intervir de forma adequada, reconhecendo quais as necessidades daqueles de quem cuidam apoiando-os na realização das suas AVD's (King et al., 2012; Sequeira, 2018).

#### **1.4 Enfermagem comunitária como suporte**

O Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) menciona que a transição de hospitais psiquiátricos para uma rede de serviços com suporte na comunidade é a estratégia de desenvolvimento de serviços que melhor garante a qualidade de cuidados de saúde mental (Ministério da Saúde, 2008). Em Portugal, já se fala há anos na criação do Plano Nacional de Saúde (PNS) para as Demências, contudo este ainda não foi conseguido. Em 2018, foi publicado um Despacho n.º 5988/2018 (2018), que aprova a Estratégia da Saúde na Área das Demências e determina a constituição e a composição da Coordenação do (PNS) para as Demências. O despacho aborda os princípios a que devem obedecer os cuidados a pessoas com demência e visa promover uma maior colaboração e coordenação intersectorial, no diagnóstico, tratamentos, reforço do papel dos cuidados de saúde primários (CSP) e na colaboração destes com os cuidados hospitalares, com os cuidados continuados integrados e com os cuidados paliativos, permitindo a continuidade dos cuidados na comunidade e o apoio às famílias.

Estas orientações estão alinhadas com as estratégias emanadas na Conferência de Alma-Ata em que CSP correspondem ao primeiro nível de contacto com o sistema de saúde do país, e devem ser prestados de modo continuado e próximo das populações, constituindo-se como um pilar de segurança e autoconfiança das mesmas. A verificar-se a participação das comunidades no planeamento, gestão e prestação dos cuidados, essa confiança será reforçada, sendo que para participar é fundamental que haja um investimento na educação dos indivíduos (aquisição de capacidade de participação) (OMS, 1978). Por outro lado, a carta de Ottawa (OMS, 1986) afirmou que é elementar capacitar as pessoas para aprenderem durante todo o ciclo vital, de forma a prepará-las para as diferentes etapas e para enfrentarem as doenças crónicas e as incapacidades, dando ênfase ao envolvimento da comunidade como

um tema central no discurso da promoção da saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (2011), os CSP são o pilar do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Estes exercem “importantes funções de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços” (MS, 2011:1182) e há uma contribuição para melhores níveis de saúde da população.

As mudanças demográficas, bem como as suas consequências através das alterações dos indicadores de mortalidade, morbidade e a emergência das doenças crónicas não transmissíveis, levantam novas necessidades de saúde, tendo os CSP ganho maior relevância nos últimos anos, como resposta aos problemas levantados pela população.

Estas mudanças requerem uma adaptação na prestação de cuidados. Os CSP assumem um papel preponderante na saúde, dando respostas aos problemas das pessoas, família e comunidade. Perante o descrito, o enfermeiro deve focar-se na população, promover a saúde e prevenir a doença e intervir junto da pessoa, família e comunidade, melhorando a sua qualidade de vida e o seu estado de saúde (OE, 2011).

A declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) reconheceu que a saúde é um objetivo social, no qual os governos devem investir. A participação é um direito e um dever, e os CSP o meio de acesso generalizado aos cuidados. Os pressupostos da declaração de Alma Ata vêm sustentar o movimento da promoção da saúde e têm-se expandido ao longo dos últimos anos, sobre os indicadores da OMS, nomeadamente através da realização de conferências globais da promoção da saúde. A primeira conferência originou a Carta de Otava em que é apresentada a definição de promoção da saúde: “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem” (OMS, 1986, p. 1). A saúde é atingida através de instrumentos como os recursos pessoais e sociais. O objetivo é a capacitação das pessoas e comunidades de forma a ampliarem o controlo sobre a sua saúde e os seus determinantes (Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, 2015).

O enfermeiro constitui um recurso e um elemento da comunidade, ocupando uma posição privilegiada na identificação das necessidades e garantindo respostas adequadas na qualidade da prestação de cuidados (OE, 2011).

No artigo 80º do Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro é tido como “sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido; b) participar na orientação da comunidade e na busca de

soluções para os problemas de saúde detetados; c) colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.” (OE, 2015).

Com a tendência cada vez mais acentuada do envelhecimento da população, torna-se necessária uma resposta conjunta e eficaz às problemáticas identificadas em relação à pessoa com sinais de demência, em situação de dependência.

O EEECSPP é detentor de competências específicas e pode intervir em inúmeros contextos, como na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos com intuito de promover a capacitação e “empowerment” das comunidades (OE, 2019).

Deste modo, para esse “empowerment” dos indivíduos, grupos e comunidades, o enfermeiro deve recorrer a estratégias como formar e educar, de forma a capacitar as pessoas para uma análise crítica dos fatores determinantes da saúde, bem como das escolhas baseadas em comportamentos saudáveis. A educação para a saúde deve começar no seio familiar, contudo, deve ser integrada ao longo do ciclo vital e deve abranger outros locais de intervenção, como por exemplo, os serviços de saúde ou outras instituições comunitárias. Deve ser realizada em articulação com os líderes formais e informais da comunidade, para que todos sejam transformadores e produtores de saberes (SPPS, 2015).

Segundo a Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro a operacionalidade do SAD deverá resultar de uma rede de serviços organizada a partir da parceria estabelecida entre serviços locais de saúde e autarquia. Stanhope e Lancaster (2011) definem parceiro ou relação de parceria como uma relação entre indivíduos, grupos ou organizações em que ambos trabalham para um objetivo comum. Pode ser visto como sinónimo de aliança, em que ambas as partes estão focadas, em conjunto, envolvidas em todas as fases do processo, como a implementação de um programa específico.

É importante haver investimento na formação e na valorização da profissão para que haja qualidade nos cuidados prestados (Sousa, 2011). Sousa (2011), refere que “a formação em ordem à profissionalização e ao reconhecimento desta categoria profissional encontra-se ainda condicionada por fatores comuns a outras áreas” (2011:29). Esses fatores podem estar relacionados com a escassez ou ausência de formações direcionadas; escassez ou inexistência de pessoal especializado nas instituições que responda às necessidades formativas; recursos humanos reduzidos para o volume de trabalho; funcionários pouco motivados para formação pós-laboral e órgãos de gestão pouco sensibilizados para a importância da formação.

Atualmente, as exigências impostas às instituições são cada vez maiores e, por isso, é necessário aperfeiçoar as qualificações dos seus trabalhadores. A formação nas instituições vai ao encontro das necessidades da instituição, dos funcionários e da sua população alvo. Reconhece-se assim uma área de intervenção ao EEECS, pois este detém um conhecimento mais amplo das necessidades da população, para capacitar o cuidador formal, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa dependente, como também para a segurança dos utentes do SAD.

### **1.5 Teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem**

A obra de Dorothea Elizabeth Orem é um modelo conceptual de enfermagem com três teorias de Enfermagem, formalizada como a grande TDAC da enfermagem. É uma Grande Teoria que se integra na escola de pensamento das necessidades, sendo a orientação da enfermagem para a pessoa (Tomey & Alligood, 2004).

O conceito central da teoria é o autocuidado na resposta à doença, é a capacidade de cumprir o autocuidado (self care). Dorothea Orem explicou o autocuidado como uma necessidade humana e a enfermagem como um serviço humano, salientando como a preocupação da enfermagem pela necessidade que o ser humano tem de ter ações de autocuidado continuamente para manter a vida e a saúde ou para recuperar da doença ou lesões. Assim, para a teórica, autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Este autocuidado é universal por compreender todos os aspetos vivenciais, não se limitando às AVD's e às atividades instrumentais (Santos et al, 2017).

O autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas exercem refletidamente por si próprias ou que alguém a efetue por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Quando a capacidade de autocuidado está comprometida - no caso de doenças crónicas, as pessoas experienciam desvios de saúde e necessitam de cuidados. Consequentemente, precisam, de satisfazer as suas necessidades de autocuidado, seja individualmente ou com recurso a terceiros. Estudos indicam que uma interveniência educativa de suporte, desenvolvida com base na teoria do autocuidado de Orem, amplia a capacidade de autocuidado do utente. O autocuidado é sensível aos cuidados de enfermagem, com efeito positivo na promoção da saúde e no bem-estar da pessoa através do aumento de conhecimentos e habilidades (Santos et al., 2017).

Orem reconhece que as atividades de autocuidado aliviam os sintomas e as complicações das doenças, reduzem o tempo de recuperação e reduzem a taxa de hospitalização e re-hospitalização. As pessoas estão dispostas a ocupar-se de si próprias e dos seus familiares dependentes com o intuito de satisfazer as necessidades de autocuidado através da aprendizagem. A capacidade de autocuidado é assegurada quando a pessoa consegue desempenhar a atividade de autocuidado de forma a manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar (Santos et al., 2017).

O processo de enfermagem de Orem (2001) é um método de determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado. Compreende os seguintes passos: fase de diagnóstico e prescrição, que determina as necessidades ou não de cuidados de enfermagem. O enfermeiro realiza a colheita de dados da pessoa. Os dados são agrupados nas áreas das necessidades de autocuidado, de desenvolvimento e de desvio de saúde do indivíduo, bem como, o seu inter-relacionamento. Entre esses dados são avaliados os conhecimentos, capacidades, motivação e orientação da pessoa. No passo 2 há a fase do planeamento dos sistemas de enfermagem, bem como do planeamento da execução dos atos de enfermagem. As metas são estabelecidas de acordo com o diagnóstico de enfermagem, capacitando a pessoa a tornar-se um autêntico agente de autocuidado. O passo 3 inclui a produção e execução do sistema de enfermagem, onde o enfermeiro pode prestar auxílio à pessoa/grupo no que se refere ao autocuidado, de modo a alcançar resultados identificados e descritos de saúde. O passo 3 inclui a evolução, onde é realizada a avaliação.

Orem (2001) desenvolveu o seu projeto em três teorias inter-relacionadas, que são: a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a TDAC, que explica o motivo pela qual as pessoas podem ser apoiadas pela enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem.

Na teoria do autocuidado o conceito dos requisitos de autocuidado podem ser: universais, desenvolvimentais e desvio de saúde. Os requisitos universais são comuns, estão relacionados com os processos da vida e com a conservação da integridade do funcionamento e estrutura humana. Os requisitos de desenvolvimento são as manifestações individualizadas dos requisitos universais que foram particularizados por processos de desenvolvimento, relacionados a algum evento; como por exemplo a adaptação a mudanças físicas ou a um novo trabalho. O de desvio de saúde surge em condições de doença, lesões, ou pode ser resultado de apreciações médicas exigidas para colmatar uma condição.

A teoria de sistemas de enfermagem dividida em: sistema totalmente compensatório, quando o ser humano está incapaz de cuidar de si mesmo, e a enfermeira o assiste, substituindo-o, sendo suficiente para ele. Sistema parcialmente compensatório, quando a enfermeira e o indivíduo participam na realização de ações terapêuticas de autocuidado. O sistema de apoio-educação é quando o indivíduo necessita de assistência na forma de apoio, orientação e ensino (Queirós *et al*, 2014).

Na vertente comunitária, Orem (2001) refere que as pessoas podem cingir-se a um grupo, uma unidade multipessoa, uma vez que várias pessoas numa comunidade podem apresentar um tipo similar de requisitos de autocuidado.

Em suma, segundo o modelo de Dorothea Orem, quando uma pessoa não reúne habilidades suficientes no autocuidado, torna-se necessário que outra pessoa execute tais cuidados. Isto determina a necessidade da intervenção de enfermagem, quando as exigências de autocuidado são maiores do que a capacidade da pessoa para desenvolver esse mesmo autocuidado. Dotar o cuidador destas capacidades, é um processo complexo, sujeito a vários fatores intrínsecos e extrínsecos, pelo que, o reconhecimento das necessidades de informação dos cuidadores da pessoa dependente com sinais de demência, constitui o primeiro passo a ser realizado por profissionais antes de planear qualquer intervenção.

## **2. METODOLOGIA**

O presente capítulo pretende descrever as etapas realizadas tendo por base a metodologia de planeamento em saúde. Segundo Imperatori & Giraldes (1993) esta metodologia é um instrumento que permite realizar ações com vista ao desenvolvimento deste setor. O planeamento é definido como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1993:6).

Assume-se assim, o desejo de conseguir uma situação diferente, onde seja percecionada a eficácia, a eficiência, a qualidade e a equidade pela sociedade em geral, ou por uma comunidade em particular (Nunes, 2016). Não tem como enfoque os serviços de saúde, mas requer também o envolvimento de todos os setores económicos e sociais que condicionem a saúde da população (Imperatori & Giraldes, 1993).

As várias etapas do planeamento em saúde são: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e por fim a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993), e são apresentadas em consonância com o preconizado pela ordem dos enfermeiros para o EEECSF e também com as etapas do processo de enfermagem pela TDAC de Dorothea Orem.

### **2.1 Diagnóstico de situação**

A primeira fase do planeamento da saúde corresponde ao diagnóstico de situação, onde é realizada a identificação dos problemas e o levantamento das necessidades de saúde da população que requerem intervenção. Funciona como justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. Esta fase é o ponto de partida para medir o avanço alcançado com as atividades. O conhecimento das necessidades sentidas e expressas pela população é importante no diagnóstico, mas também o será na fase de escolhas de prioridades e no momento da formulação de estratégias e programação. A

concretização do diagnóstico da situação é assim, condição obrigatória para se delinear a intervenção (Imperatori & Giraldes 1993).

Para a elaboração do mesmo, procedeu-se à caracterização do local onde decorreu o estágio, de forma a identificar o nível de saúde da população, determinar o foco de intervenção, bem como as necessidades de saúde.

### 2.1.1 Contexto do local de intervenção

O estágio final foi realizado entre 6 de setembro e 18 de dezembro de 2021, na UCC “Saúde a Seu Lado”, pertencente ao ACES Loures-Odivelas, pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. A Unidade está situada no concelho de Odivelas, dando resposta à União das freguesias de Ramada e Caneças, União das freguesias de Póvoa de Santo Adrião e Olival Basto e Freguesia de Odivelas (SNS, 2022), distribuídas numa área geográfica de 17,29 km<sup>2</sup> (Fonseca, 2018).

Os dados estatísticos mais recentes, referentes ao ano de 2021, revelam que a população abrangida pela UCC corresponde a 103 563 utentes (SNS, 2022), perante um total de 148 058 habitantes no município (PORDATA, 2021).

No que diz respeito à natalidade a taxa bruta de natalidade tem vindo a crescer nos últimos anos, ao contrário do que acontece a nível nacional (PORDATA, 2021). Existe uma proporção de população jovem 0-14 anos de 15,1%, enquanto a nível de Portugal territorial a taxa é de 13,5%. Em idade ativa a taxa é de 64% igualando-se à taxa nacional que é de 63,7%. Verifica-se ainda que existe um grande número de habitantes com idades acima dos 65 anos com 20,9%, correspondendo a um total de 23 507 utentes, enquanto a nível nacional a taxa é ligeiramente superior, sendo de 23,4%. Perante estes dados é importante ressaltar o índice de dependência dos utentes abrangidos com cerca de 61,39% sendo nas pessoas com mais de 65 anos de 36,63%, ligeiramente superior à nacional de 34,7% (SNS, 2022). É, portanto, um concelho com uma elevada percentagem de população em fase ativa e com um índice de envelhecimento inferior ao nacional, mas com uma elevada taxa de dependência da população com mais de 65 anos.

A UCC é uma unidade funcional que tem a missão de contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, na sua área geográfica, através da prestação de cuidados de saúde, apoio social e psicológico no contexto domiciliário e comunitário, fundamentalmente a pessoas, famílias e grupos em situações de dependência física e funcional ou de vulnerabilidade. Opera ainda, na educação para a saúde e na incorporação em redes de apoio

à família. Assegura assim respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população em parceria com estruturas da comunidade local (Fonseca, 2018).

A equipa da UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar: 14 enfermeiros, 1 secretário clínico, 2 assistentes operacionais, 2 psicólogos, 3 técnicos de serviço social, 1 fisioterapeuta e 2 médicos a tempo parcial (SNS,2022). A estrutura funcional integra a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e a Equipa de Projetos de Intervenção Comunitária e alguns dos recursos humanos são partilhados com a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) (Fonseca, 2018).

A Unidade apresenta no seu Plano de Ação da UCC as áreas prioritárias de intervenção, tendo por base os programas de saúde prioritários, bem como os problemas definidos no Plano Local de Saúde (PLS) e também a população da área de influência da UCC. Sendo elas: a intervenção com indivíduos dependentes e suas famílias/cuidadores, intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência, promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos nos diferentes settings, na comunidade, e por fim, promoção e proteção de saúde ao longo do ciclo de vida, em diferentes momentos e contextos, intervindo a nível de programas de saúde já existentes, reforçando assim a colaboração intersectorial (Fonseca, 2018).

Para dar resposta às áreas prioritárias de intervenção, a UCC tem em carteira diversos projetos: “Vamos à escola”, Formação de Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida, “Entre escovas e bochechos”, “Prevenir e agir no combate à diabetes”, “Envelhecer com mais saber”, “Cuidar no domicílio: uma necessidade real”, “Formar para cuidar”, “Capacitar para cuidar”, “Promoção de Bem-estar”, “ECSCP” e de desenvolvimento Profissional e Formação Contínua.

Dentro destes, importa destacar o Projeto “Formar para Cuidar”, dirigido aos cuidadores formais, que pretende, em parceria com as Instituições Públicas de Solidariedade Social (IPSS), a formação contínua dos profissionais, contribuindo para o bem-estar e conforto dos utentes e seus cuidadores informais da área geográfica de abrangência da UCC.

O diagnóstico de situação de saúde foi realizado em vários momentos do processo de forma a identificar as necessidades de saúde. Para a elaboração do diagnóstico de saúde foram utilizadas técnicas de identificação de problemas e necessidades tendo em conta o proposto por Tavares (1990). Numa fase preliminar foram consultados o PLS e o plano de ação da UCC, foi realizada uma reunião com a Enfermeira Orientadora e Enfermeira

Coordenadora. De referir, que apesar da temática não ser um dos 5 problemas prioritários do ACES Loures-Odivelas, foi tido em conta a perceção da equipa das necessidades da população, sendo de salientar que com o isolamento durante a pandemia Covid-19 houve um agravamento da dependência das pessoas com sinais de demência. Posteriormente foi realizada uma visita exploratória a uma IPSS onde foi realizada uma reunião com Diretora Técnica da IPSS da área de atuação da UCC e com as responsáveis SAD (Apêndice I). Numa segunda fase tendo em conta as necessidades manifestadas pelos informadores-chave optou-se por uma metodologia de cariz qualitativa na recolha de informação, tendo sido consensual entre todos os intervenientes (mestranda, Sra. Professora Orientadora, Sra. Enfermeira Orientadora e parceiros), através da técnica entrevista semiestruturada, com o objetivo de identificar as necessidades, sentimentos e dificuldades sentidas por estes cuidadores formais no cuidado à pessoa com sinais de demência.

### 2.1.2 Identificação de problemas

No decorrer do estágio foi realizada inicialmente uma reunião com a Enfermeira Coordenadora da UCC e Enfermeira Orientadora de Estágio com o intuito de apresentar os objetivos do estágio e proceder à identificação das necessidades de intervenção (Apêndice I). Foi discutido entre os presentes quais as necessidades de intervenção na comunidade que eram sentidas e mencionado que a atual situação pandémica causada pelo SARS-CoV-2 teve um grande impacto no trabalho desenvolvido pela UCC. Foi referido também o impacto que a pandemia teve na população envelhecida, como o isolamento, o encerramento dos centros de dia, sendo prioritário a intervenção junto destes centros. Desta forma, foi discutida a pertinência da implementação do projeto na UCC nos centros de dia. Foi sugerido agendamento de reunião com diretora técnica de uma IPSS próximo da UCC, geograficamente.

Na IPSS foram realizadas 2 reuniões, uma com a Diretora Técnica da Instituição (Apêndice I), que revelou que o centro de dia estava encerrado dada a atual situação pandémica, contudo revelou bastante interesse na implementação de um projeto de intervenção comunitária, junto dos profissionais do SAD. Posteriormente foi realizada uma reunião com as Técnicas Responsáveis pelo SAD (Apêndice I), expressando estas a necessidade de intervenção sobre a temática das demências. As responsáveis pelo SAD demonstraram bastante interesse na colaboração na implementação do projeto. Referiram que a pandemia teve grande impacto no centro de dia da instituição, tendo este encerrado.

Atualmente o SAD responde às necessidades de 50 utentes, sendo cerca de 80 a 90% portadores de demência. Foi discutida a pertinência da implementação do projeto no SAD, na formação dos cuidadores formais, sendo sugerida a área das demências e comunicação com as pessoas com demência. De salientar que o isolamento das pessoas com demência, aumentado pela pandemia provocou agravamento do declínio cognitivo, da função locomotora, e, conseqüentemente, das necessidades de prestação de cuidados prestados.

Posteriormente, foi realizada uma reunião com a responsável pelo Projeto “Formar para cuidar”, dirigido aos cuidadores formais, onde foi salientado que todos os anos, é levantada como necessidade formativa a temática das demências pelas instituições e que é uma área a desenvolver, mas a escassez de recursos humanos não tem permitido dar resposta.

Dado esta também ser uma área de interesse pessoal, sendo vista como uma intervenção de saúde pública essencial a nível mundial, foi identificada como a área alvo de atenção, tendo-se assumindo como foco os cuidadores formais. Tendo em conta o exposto, foi realizado o pedido formal ao Diretor Executivo do ACES (Apêndice II) e também à direção da IPSS (Apêndice III) para implementação do projeto.

Como técnicas para identificação das necessidades das AFAD, optou-se pela utilização da entrevista, uma vez que pode ser utilizada no sentido da construção de conhecimento sobre determinado objeto. Constitui-se como uma conversa a dois ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa de um entrevistador e destinada a construir informações pertinentes a determinado objeto de investigação. Fomenta a proximidade com o participante e a possibilidade de obter informação mais detalhada sobre o tema (Minayo, 2018).

A utilização da entrevista requer planeamento prévio e manutenção do componente ético, desde a escolha do participante, do entrevistador, do local, do modo ou mesmo do momento para sua realização (Minayo, 2018).

Elegeu-se a entrevista semiestruturada, que combina um roteiro com questões previamente formuladas e outras abertas, permitindo ao entrevistador um controle maior sobre o que pretende saber sobre o campo e, ao mesmo tempo, dar espaço a uma reflexão livre e espontânea do entrevistado sobre os tópicos assinalados. Nesse tipo de entrevista o entrevistado tem liberdade para se posicionar favorável ou não sobre o tema, sem se prender à pergunta formulada (Minayo, 2018). Foi então construído um guião de entrevista a aplicar à população alvo (Apêndice IV).

As entrevistas tiveram como objetivo geral identificar as vivências (necessidades, dificuldades e sentimentos) do grupo relacionadas com a prestação de cuidados à pessoa com sinais de demência, com o propósito da elaboração do diagnóstico de situação.

Para a realização da entrevista, foi elaborado o consentimento livre e esclarecido escrito (Apêndice IV), que foi entregue às AFAD após ser explicada a natureza do projeto de intervenção comunitária. As entrevistas foram realizadas a 21 e 22 de outubro de 2021, numa sala da Instituição, durante o horário laboral das cuidadoras.

Por fim, e tendo em conta a grande TDAC de Dorothea Orem que suporta o projeto, o quadro 1 apresenta a relação entre o requisito de autocuidado e a informação a obter.

**Quadro 1.** Relação entre o instrumento de colheita de informação e o requisito de autocuidado avaliado.

Requisito de autocuidado	Informação a obter
Requisitos universais	Caracterização sociodemográfica
Requisitos de desenvolvimento	Formação
Requisitos de desvios de saúde	Dificuldades/ Necessidades/ Sentimentos

Fonte: Adaptado de Orem (2001)

### 2.1.3 População alvo

Segundo Fortin (1999), a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção e para os quais o investigador deseja fazer generalizações. A população alvo raramente é acessível ao investigador na sua totalidade, sendo necessário recorrer a uma amostra. A população alvo do presente projeto são todas as AFAD da área geográfica da UCC “Saúde a Seu Lado”.

Não sendo possível, entrevistar todos os cuidadores formais da área de abrangência da UCC, recorreu-se a uma amostragem não probabilística por conveniência (Reis, 2018), selecionando uma IPSS próxima. A IPSS selecionada contempla várias respostas sociais, desde a infância, população sénior e comunidade. O SAD tem como destinatários pessoas com dependência na AVD's na União de Freguesias da Póvoa de Santo Adrião e Olival Basto, com um total de 50 utentes, 80-90% com sinais de demência. Tem como serviços: a higiene pessoal e a habitacional; o tratamento de roupa; a alimentação; e o acompanhamento social. Funciona de segunda-feira a domingo e a equipa de profissionais é composta por 10 AFAD coordenadas pela responsável do SAD (Técnica de Educação Social).

Foram definidos como critérios de inclusão: AFAD que exerça funções na IPSS que participa no projeto, com capacidade de leitura, compreensão e escrita e que assine o consentimento livre e esclarecido, autorizando a realização de uma entrevista semiestruturada e a análise dos dados. Apesar da amostra ser inicialmente de 10 AFAD, por ausência temporária de um elemento nas datas de realização das entrevistas, não foi possível integrá-la na amostra, passando esta a ser de 9 elementos.

#### 2.1.4 Tratamento da informação

Após a realização das entrevistas, foi realizada a transcrição integral das mesmas que depois foi disponibilizada às participantes, para leitura e validação da informação.

O tratamento da informação teve por base a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2018). Esta possui duas funções, a heurística, em que a análise de conteúdo valoriza a tentativa exploratória, aumentando a tendência para a descoberta; e a de “administração da prova”, que contribui para a verificação através de uma confirmação e/ou de uma invalidação de hipóteses, ou de afirmações previamente estabelecidas (Bardin, 2018). Este conjunto de técnicas de análise das informações tem como objetivo obter, através da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos das variáveis depreendidas das mensagens (Bardin, 2018).

A análise de conteúdo das entrevistas desenvolveu-se em torno de três polos cronológicos: a pré-análise (fase de organização, para sistematizar as ideias iniciais, através da leitura flutuante da informação obtida, para identificação e análise dos achados), a exploração do material (realização de codificação, decomposição ou enumeração, em que a informação em bruto foi agregada em unidades) e o tratamento dos resultados e interpretações (os resultados são tratados com o objetivo de serem significativos válidos) (Bardin, 2018).

Segundo a mesma autora a análise deve ter em conta as unidades de registo e as unidades de contexto. A unidade de registo corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a frequência (Bardin, 2018). A unidade de contexto corresponde ao segmento da mensagem e é uma unidade de compreensão para codificar a unidade de registo (Bardin, 2018).

Foi constituído o corpus da análise através do registo escrito das respostas às questões efetuadas nas entrevistas às AFAD. A análise de conteúdo foi realizada tendo por base os objetivos da pesquisa, motivo pelo qual se centrou na identificação das necessidades,

sentimentos e dificuldades sentidas pelos cuidadores formais do SAD no cuidado à pessoa com sinais de demência. A análise categorial foi realizada tendo por base a elaboração de uma matriz de análise de conteúdo das entrevistas (Apêndice V), onde foi estabelecido como unidade de registo o tema e unidade de contexto a resposta dada pelas AFAD ao tema, mais especificamente às categorias estabelecidas dentro do tema. Assim, surgiram 3 unidades de registo, 7 categorias principais, divididas em subcategorias, que direcionam a apresentação dos resultados obtidos como é apresentado no quadro 2.

**Quadro 2.** Análise categorial das entrevistas realizadas às AFAD.

<b>Tema</b>	<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Frequência</b>
<b>Atividade profissional</b>	Atividades diárias	Higiene pessoal, higiene habitacional, alimentação, administração de medicação	9
<b>Formação</b>	Caraterização da formação	Formação anterior à entrada na Instituição	9
		Formações específicas na área das demências	6
	Necessidades formativas	Conhecimentos sobre tipologias, sinais de demência	5
		Estratégias de comunicação	6
<b>Prestação de cuidados à pessoa com sinais de demência</b>	Sentimentos vivenciados pelas AFAD	Impotência	4
		Exaustão emocional	3
		Empatia	3
	Dificuldades das AFAD	Interação com a pessoa	7
		Comunicação ineficaz com a pessoa	8
		Identificação de sinais de demência	6
		Ausência de conhecimentos sobre tipologias de demências	8
		Episódios de alucinações/ agitação	4
		Contato com a família	2
		Gestão do regime terapêutico	1
		Prestação de cuidados de higiene	7
		Alimentação	4
	Necessidades das AFAD	Tempo	1
		Condições habitacionais da pessoa cuidada	1
	Estratégias adotadas pelas AFAD	Comunicar por gestos	1
		Humor	2
		Silêncio	1
		Não contrariar	4
		Carinho	1
		Falar com serenidade	5

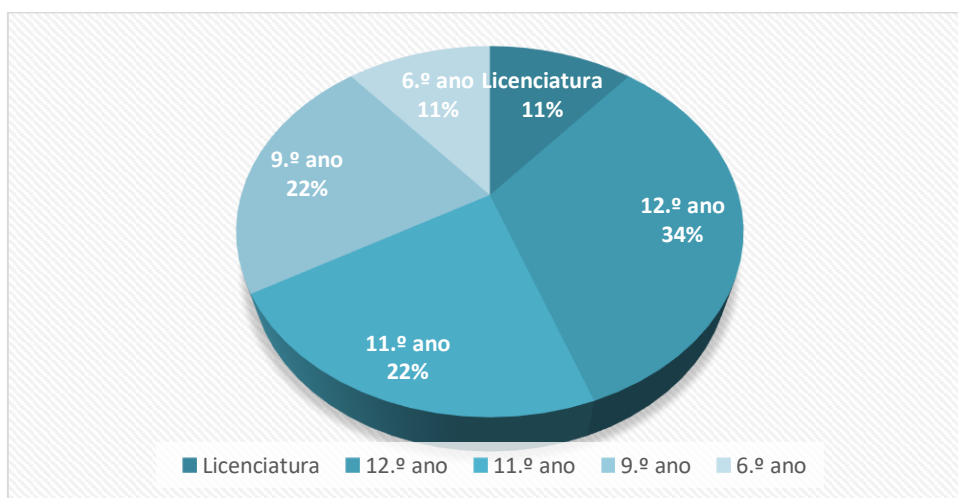
Os dados da caracterização sociodemográfica dos informantes foram facultados pela responsável do SAD e submetidos a uma análise estatística descritiva, realizada através do programa informático Microsoft Excel 2010.

### 2.1.5 Apresentação e análise de resultados

Todos os participantes eram do sexo feminino, 100%, sendo que a média de idades é de 47 anos, variando entre os 31 e os 63 anos.

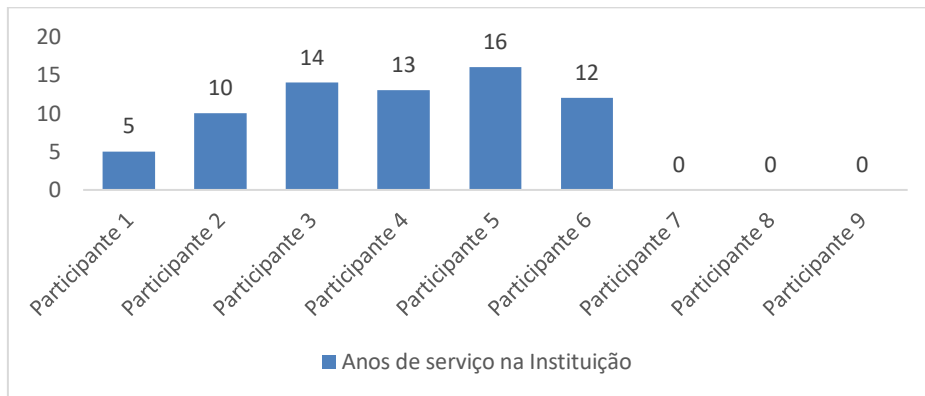
No que diz respeito às habilitações literárias (gráfico 1), apenas 45% das participantes apresentam a escolaridade mínima obrigatória atual (licenciatura 11% e 12.º ano 34%), sendo que 55% (6.º ano -11% + 9.º ano - 22% + 11.º ano - 22%) não tem a escolaridade mínima obrigatória atualmente. Este fato deve-se à faixa etária das participantes, uma vez que as habilitações mínimas obrigatórias variam consoante a data de nascimento da pessoa.

**Gráfico 1.** Habilitações literárias das informantes.



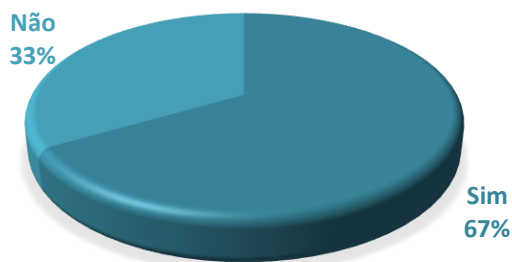
Relativamente aos anos de serviço na instituição (gráfico 2), os participantes trabalham em média há 8,5 anos na Instituição, sendo que existem 3 elementos que integraram a equipa este ano, tendo menos de 1 ano de serviço na instituição. As participantes com menos anos de experiência, exercem funções no SAD há 4, 7 e 9 meses.

**Gráfico 2.** Anos de serviço das informantes na instituição.



Em relação à formação que já tinham frequentada, 100% das participantes / informantes revelou ter formação na área de prestação de cuidados à pessoa. Relativamente à frequência em formação sobre a temática das demências (gráfico 3), apenas os 3 elementos que integraram a equipa no ano de 2020, 33%, referiram não ter participado em nenhuma formação sobre a temática.

**Gráfico 3.** Frequência das informantes em formação sobre demências.



Na instituição, semanalmente, é realizada uma reunião, onde são discutidas algumas dúvidas das cuidadoras com a responsável e onde é delineado o plano de cuidados individualizado para os utentes do SAD.

Perante os resultados obtidos com a análise de conteúdo, tornou-se importante perceber em que medida os mesmos se aproximam das necessidades reais. Nesse sentido, foi realizada uma scoping review (Apêndice VI) com o objetivo geral de mapear as vivências das cuidadoras formais no cuidado à pessoa com sinais de demência, em contexto domiciliário.

A evidência científica consultada vai ao encontro dos resultados obtidos. Dos artigos elegíveis no de Schneider et al. (2019) as atividades diárias realizadas pelos cuidadores formais coincidem com as descritas pelos participantes do projeto e incluem higiene pessoal, higiene habitacional, alimentação e administração de medicação. Relativamente à

caraterização da formação, Morgan et al. (2016) e Cunningham et al. (2020) abordam a temática onde é reforçada a ideia que as instituições são responsáveis pela formação dos seus trabalhadores. Os autores enfatizam que para além das formações realizadas serem em número reduzido, a integração de novos trabalhadores é feita através do acompanhamento a profissionais seniores com experiência, de forma a capacitá-los e dar-lhes formação com a prática profissional. Relativamente às formações específicas para trabalhar com pessoas com sinais demências Cunningham et al. (2020) afirmam que não é dado enfoque às patologias e às comorbilidades das pessoas com demência, revelando-se uma necessidade formativa. Durante as entrevistas as cuidadoras foram referenciando mesmo isso, que a integração é realizada pelas profissionais que estão há mais anos na instituição e que são escassas as formações na área das demências e que estas deviam ser mais aprofundadas:

E1 - *“Este tema dava para formações de dia inteiro, coisa que não acontece.”*

E2 - *“Tudo! Cada vez é mais importante, devido ao envelhecimento. As pessoas não estão despertas para o que são as demências. É importante sermos esclarecidas. As pessoas deviam de saber que eles não fazem de propósito. Quanto mais ferramentas tivermos, melhor.”*

Relativamente às necessidades levantadas pelas entrevistadas foram unânimes as necessidades formativas sobre a temática das demências, evidenciando a escassez de conhecimento sobre tipologias, sinais de demência e estratégias de comunicação:

E1 - *“Mas o que significa ter demência? Então, mas qual a diferença entre o Alzheimer e a demência? Devíamos ser esclarecidas.”*

E 5 - *“Devíamos ter formação sobre comunicação. As estratégias de comunicação são muito importantes. “*

Nos estudos consultados, Morgan et al. (2016) revela que os profissionais identificaram prioridades de aprendizagem como os primeiros sintomas de demência, reconhecer as diferenças dos subtipos de demência, avaliar a capacidade funcional, conversar com as famílias sobre a progressão da doença e gerir os sintomas comportamentais das pessoas com sinais de demência. O artigo de Bayly et al. (2018), vem complementar, referindo que depois de formações os profissionais aprimoraram os seus conhecimentos e a capacidade de adequar a informação adquirida sobre demência à sua prática profissional, melhorando consequentemente o bem-estar da família e do cliente.

Relativamente aos sentimentos vivenciados pelas AFAD, nas entrevistas foram evidenciados: a impotência, a exaustão emocional e a empatia. De modo geral todas as inquiridas revelaram satisfação profissional, associando apenas a exaustão emocional relativamente aos comportamentos desafiantes da pessoa com sinais de demência:

E3 – *“Tem que se compreender a maneira de ser deles. Isto é uma escola! É colocar-me no lugar dos outros. Leva-me a mudanças de atitude”*

E5 – *“Quero puxar por ele e a situação não permite. Sinto que puxo, puxo e não sinto a resposta deles. Não reagem.”*

Também para Moscato e Varescon (2017), os profissionais entrevistados deram as suas perceções sobre o seu trabalho, sentindo-se úteis para as pessoas com demência ao fornecer apoio. O artigo de D'Astous et al. (2019), vem ao encontro do que tem sido descrito e enfatiza a necessidade destes profissionais ao nível não só do suporte informativo e técnico, mas também a nível emocional.

Nos resultados também são reconhecidas as dificuldades das entrevistadas, nomeadamente: identificação de sinais de demência, ausência de conhecimentos sobre tipologias, episódios de alucinações/ de agitação, contato com a família do utente, gestão do regime terapêutico, prestação de cuidados de higiene e a alimentação (Apêndice V).

Além destas, salienta-se a necessidade de tempo e de condições habitacionais melhoradas para a prestação de cuidados às pessoas com sinais de demência.

Quanto às estratégias utilizadas pelas cuidadoras para a prestação de cuidados são diversificadas e vão desde o comunicar por gestos, humor, silêncio, não contrariar, carinho, falar com serenidade, são estratégias encontradas pelas entrevistadas para prestar cuidados à pessoa com sinais de demência que vão ao encontro do referido no artigo de Schneider et al. (2019) que corrobora essas mesmas estratégias.

Tanto as dificuldades e as necessidades vão ao encontro da literatura. Ao longo da realização da *scoping review* (Apêndice VI) foram identificadas várias dificuldades no trabalho com pessoas com sinais de demência, desde o desconhecimento da doença à interação com a pessoa com demência e família. Os artigos analisados dão ênfase que cuidar de uma pessoa com demência é mais exigente do que cuidar de uma pessoa com limitações de outra ordem, devido sobretudo às dificuldades de comunicação e interação e aos distúrbios comportamentais próprios da doença. A evidência menciona que estes cuidadores manifestam um sentimento de incerteza relativamente à adequação e à qualidade dos cuidados que prestam e têm dificuldade na interação com os familiares dos utentes,

especialmente devido à presença de expectativas desiguais (Schneider et al., 2019; Moscato e Varescon, 2017; Bayly et al., 2018; Morgan et al., 2016; Cunningham et al., 2020; D'Astous et al., 2019; Mole et al., 2019).

Face aos resultados obtidos na análise de conteúdo, identificaram-se as necessidades referentes à prestação de cuidados à pessoa com sinais de demência: necessidades formativas em relação à temática e estratégias de comunicação, segurança do utente relacionada com a prestação de cuidados à pessoa com sinais de demência – prestação de cuidados de higiene, alimentação, gestão do regime terapêutico e articulação com a família.

Na fase seguinte do planeamento em saúde, são definidos os diagnósticos de enfermagem que vão ao encontro das necessidades e dificuldades referidas pelas cuidadoras formais.

#### 2.1.6 Diagnósticos de enfermagem

A definição dos diagnósticos de enfermagem é essencial para o processo de tomada de decisão, nomeadamente das atividades a desenvolver para a execução efetiva do projeto de intervenção comunitária, permitindo assim a continuidade do processo de Planeamento em Saúde segundo Imperatori & Giraldes (1993).

Para Orem toda a pessoa é capaz de amadurecer e se motivar a aprender a cuidar de si de maneira propositada, racional e voluntária: este é o autocuidado. Já quando, por algum motivo, o indivíduo está impossibilitado e necessita de receber este cuidado de outro indivíduo, temos o “cuidado dependente”. A teoria é finalizada referindo que os enfermeiros são hábeis para atender aos défices de cuidados da pessoa e, para realizar estes cuidados, deverão traçar um plano de cuidados, especificando o tipo de cuidado e quem o realizará (enfermeiro, técnico, familiar) (Orem, 2001).

Desta forma, procedeu-se à identificação dos requisitos de autocuidado não satisfeitos ou insatisfatoriamente satisfeitos, segundo Orem (2001) do grupo de AFAD, e foi realizado um paralelismo entre esses requisitos e os diagnósticos de enfermagem correspondentes na CIPE® Versão 2019, apresentados no quadro 3 (OE, 2019).

**Quadro 3.** Enunciados dos diagnósticos de enfermagem.

Necessidades	Modelo teórico de Dorothea Orem		CIPE®, Versão 2019
	Requisitos		
Necessidades formativas	Requisitos de desenvolvimento	Défice de conhecimento do cuidador formal sobre demências.	Conhecimento sobre demências comprometido pelo cuidador formal Foco: Conhecimento Juízo: Comprometido
		Comunicação ineficaz relacionada com a falta de conhecimento sobre os processos de comunicação eficazes.	Comunicação comprometida do cuidador formal com a pessoa com sinais de demência e família. Foco: Comunicação Juízo: comprometida
Segurança do utente	Requisitos de desvio de saúde	Risco para a segurança do utente relacionado com a não adesão à prestação dos cuidados.	Segurança da pessoa com sinais de demência comprometida por não adesão ao autocuidado. Foco: Segurança Juízo: Comprometida

Fonte: Adaptado de Orem (2001) e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2019)

## 2.2 Definição de prioridades

Segundo Imperatori e Giraldes (1982), a definição de prioridades é a segunda fase do processo de planeamento em saúde. É condicionada pelo diagnóstico de situação e determinará a etapa da fixação de objetivos. É um processo de tomada de decisão, visando a pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados a atingir pela implementação de um projeto, tornando-se fulcral selecionar prioridades com vista a identificar que problemas se devem solucionar primeiro (Tavares, 1990).

Na priorização dos diagnósticos identificados recorreu-se ao Método de Hanlon (Tavares, 1990). Este método utiliza quatro critérios para a execução da priorização: **Amplitude** (A); **Gravidade** do problema (B); **Eficácia** da solução (ou a vulnerabilidade) (C) e **Exequibilidade** do projeto ou da intervenção (D). A priorização dos problemas é conseguida pelo cálculo da fórmula: *Valor de prioridade = (A + B) C x D*.

A cada um dos critérios deve ser atribuído um peso através de uma escala pré-determinada. Neste caso no critério A optou-se pelo número de pessoas afetadas pelo problema. No critério B, é avaliada em termos de mortalidade, morbilidade, criação de incapacidades e custos sendo classificada numa escala 0 a 10, sendo que 10 é o valor máximo da gravidade de um problema. Em ambos, a definição do peso foi baseada num consenso

entre peritos, a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Orientadora e a Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Orientadora. No critério C é utilizada uma escala de 0,5 a 1,5, sendo 0,5 de mais difícil solução. Por fim, no critério D o valor 1 corresponde à exequibilidade da intervenção e o 0 à não exequibilidade do mesmo. Este último critério deve ter em conta a pertinência, a exequibilidade económica, a aceitabilidade, a disponibilidade de recursos e a legalidade.

O quadro 4 apresenta as ponderações obtidas pelo cálculo de priorização que possibilitaram hierarquizar os diagnósticos identificados.

**Quadro 4.** Método de Hanlon.

Diagnósticos de enfermagem	Critérios do Método				
	A	B	C	D	Valor de prioridade = (A + B) C x D
<b>Conhecimento sobre demências comprometido pelo cuidador formal</b>	9	8	1,5	1	25,5
<b>Comunicação comprometida do cuidador formal com a pessoa com sinais de demência e família.</b>	8	9	1	1	17
<b>Segurança da pessoa com sinais de demência comprometida por não adesão ao autocuidado.</b>	7	10	1	1	17

Fonte: Adaptado de Tavares (1990)

Analisando os resultados obtidos no quadro 3, identificou-se como diagnóstico prioritário o *Conhecimento sobre demências comprometido pelo cuidador formal*. Constatou-se também que existe um empate entre o diagnóstico 2 e o diagnóstico 3, apresentando o mesmo valor de ponderação (17). Tendo em conta os critérios temporais e de exequibilidade do estágio, ficaram definidos como diagnósticos prioritários: *conhecimento sobre demências comprometido pelo cuidador formal e comunicação comprometida do cuidador formal com a pessoa com sinais de demência e família*.

### 2.3 Fixação de objetivos e metas

A definição de objetivos diz respeito à terceira etapa do processo de planeamento em saúde. Após a determinação de prioridades, a formulação de objetivos é essencial para alcançar os resultados previstos para a população-alvo. O objetivo é um resultado visado em termos de estado que se pretende atingir para a população-alvo (Tavares, 1990).

Os objetivos devem motivar a ação e por isso devem ser pertinentes, precisos, exequíveis e mensuráveis (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Tavares (1990) acrescenta que os objetivos devem ser interdependentes e sequenciais. Uma correta hierarquização dos mesmos pressupõe a formulação de objetivos gerais e de objetivos específicos. O objetivo geral refere-se a uma determinada situação que se pretende atingir, sendo elaborado de forma generalizada, enquanto os específicos particularizam as suas diversas componentes, de forma a facilitar o seu alcance.

Como objetivo geral deste projeto definiu-se: **contribuir para a capacitação das ajudantes familiares da IPSS, relativamente à prestação de cuidados da pessoa com sinais de demência**. Para o alcançar, foram propostos objetivos específicos, definidas as atividades a desenvolver e as metas a alcançar. Os mesmos foram delineados em consenso com os peritos (orientadora clínica e científica e também com a EESMP da UCC), tendo em conta o critério temporal do estágio, e tendo por base a TDAC de Dorothea Orem (2001).

Como objetivos específicos definiram-se os seguintes:

- Envolver a Direção da IPSS e a responsável pelo SAD no projeto;
- Articular com a especialidade de Saúde Mental;
- Proporcionar conhecimento sobre as demências;
- Fornecer estratégias de comunicação e interação com as pessoas com sinais de demência e família;
- Facilitar estratégias para manutenção física e psíquica das pessoas com sinais de demência;
- Contribuir com material educativo de suporte à prestação de cuidados à pessoa com sinais de demência para ficar disponível na UCC no âmbito do projeto “Formar para cuidar”;
- Envolver a equipa da UCC Saúde a Seu Lado no projeto para a sua continuidade.

Sendo um objetivo, um resultado desejável e tecnicamente exequível, a sua tradução em “metas” ou em “objetivos operacionais” torna-se essencial para a avaliação dos resultados (Imperatori & Giraldes,1993). Assim, para mensurar os objetivos fixados devem ser definidos indicadores. Os indicadores representam uma relação entre uma determinada situação e a população em risco relativamente à situação descrita e podem subdividir-se em indicadores de atividade ou execução e indicadores de resultado ou de impacto.

Um indicador de resultado pretende mensurar a alteração de comportamento consequente à intervenção, enquanto o de atividade pretende medir a atividade desenvolvida. Uma meta traduz-se em termos de indicadores de atividades, mensuráveis a curto prazo e, surgem na sequência dos objetivos específicos anteriormente referidos, contribuindo para a sua realização através da sua operacionalização (Nunes, 2016).

Tendo em conta o exposto, para cada atividade foi estabelecida uma meta e indicadores de atividade apresentadas no quadro 5.

**Quadro 5.** Metas e indicadores de atividade definidos para as atividades desenvolvidas.

Atividade	Meta	Indicador de atividade
<i>Reunião informativa com a responsável pelo SAD.</i>	Que 100% das reuniões programadas na IPSS sejam realizadas.	$\frac{\text{N.}^\circ \text{ reuniões realizadas}}{\text{N.}^\circ \text{ reuniões programadas}} \times 100$
<i>Sessões de educação para a saúde às ajudantes familiares de apoio domiciliário.</i>	<p>a) Que 100% das 3 sessões de educação para a saúde programadas na IPSS sejam realizadas.</p> <p>b) Que 70% das AFAD da IPSS assistam às sessões de educação para a saúde.</p> <p>c) Que 70% dos participantes avaliem as sessões de educação para a saúde com nível satisfatório (Satisfeito ou muito Satisfeito).</p>	<p>a) <math display="block">\frac{\text{N.}^\circ \text{ de sessões realizadas na IPSS}}{\text{N.}^\circ \text{ Sessão de Educação para a Saúde programadas na IPSS}} \times 100</math></p> <p>b) <math display="block">\frac{\text{N.}^\circ \text{ AFAD presentes na sessão de educação para a saúde}}{\text{N.}^\circ \text{ total de AFAD da IPSS}} \times 100</math></p> <p>c) <math display="block">\frac{\text{N.}^\circ \text{ de AFAD com nível satisfatório de sessão}}{\text{N.}^\circ \text{ total de AFAD na sessão}} \times 100</math></p>
<i>Elaborar um manual sobre demências</i>	Que 100% da entrega do manual à equipa da UCC seja atingida.	$\frac{\text{N.}^\circ \text{ de manuais entregues}}{\text{N.}^\circ \text{ de manuais previsto de elaboração}} \times 100$
<i>Sessão informativa com a equipa de enfermagem da UCC.</i>	<p>a) Que 100% da sessão informativa programada seja realizada;</p> <p>b) Que 50% dos profissionais de saúde da UCC estejam presentes na apresentação do projeto;</p> <p>c) Que 80% dos profissionais de saúde da UCC presentes avaliem a sessão informativa com nível satisfatório (Satisfeito ou Muito Satisfeito).</p>	<p>a) <math display="block">\frac{\text{Reunião informativa realizada na UCC}}{\text{Reunião informativa programada na UCC}} \times 100</math></p> <p>b) <math display="block">\frac{\text{N.}^\circ \text{ profissionais de saúde da UCC presentes na sessão informativa}}{\text{N.}^\circ \text{ total de profissionais de saúde da UCC}} \times 100</math></p> <p>c) <math display="block">\frac{\text{N.}^\circ \text{ de participantes com nível satisfatório de sessão}}{\text{N.}^\circ \text{ total de participantes na sessão}} \times 100</math></p>

Para cada sessão de educação para a saúde foram estabelecidos os objetivos operacionais/ metas de forma a atingir os indicadores de atividade para medir também a atividade desenvolvida, estes são descritos no Apêndice XII.

Os indicadores de atividade, relacionados com a aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos, foram selecionados para cada meta determinada (Apêndice XII), foram elaborados da seguinte forma:

$$\text{Indicador de atividade} = \frac{\text{N.º de participantes que selecionou a resposta correta}}{\text{N.º total de participantes na sessão}} \times 100$$

Nesta fase de fixação de objetivos apenas foi feito um esboço dos objetivos operacionais pretendidos, como sugerido por Tavares (1990), uma vez que “Fixar objetivos consiste em definir exatamente para onde se vai. A forma como se lá chega é parte integrante da seleção de estratégias” (Tavares,1990:136).

## **2.4 Seleção de estratégias**

A etapa de seleção de estratégias de intervenção refere-se a um conjunto de técnicas específicas, preparadas com o intuito de atingir um determinado objetivo, minorando assim um ou mais problemas de saúde. Nesta fase é possível escolher um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo (Imperatori & Giraldes,1993).

Tavares (1990) afirma que quanto mais profundos forem os conhecimentos de quem faz o planeamento sobre o problema em estudo, maior será a probabilidade de propor novas formas de abordagem dos problemas, com o intuito da sua resolução ou minimização destes. Refere ainda que “uma boa revisão do que já foi feito noutros locais, relativamente aos problemas em causa, poderá contribuir para a construção de estratégias inovadoras” (Tavares, 1990: 147).

Assim, tendo em conta os objetivos definidos como ponto de partida, foi utilizada como estratégia a pesquisa bibliográfica de evidência científica, que foi minuciosa e incessante de forma a justificar a problemática. Dessa pesquisa culminou a scoping review intitulada “As vivências dos cuidadores formais no cuidado ao idoso com sinais de demência, em contexto domiciliário: scoping review” (Apêndice VI). A realização da scoping review teve como objetivo mapear as dificuldades, necessidades e sentimentos dos cuidadores formais no cuidado à pessoa com sinais de demência, em contexto domiciliário. A literatura consultada

espelha as dificuldades, necessidades e sentimentos revelados pelas cuidadoras formais entrevistadas, para a elaboração do presente projeto, e evidencia a necessidade de capacitação destes cuidadores, através de programas formativos.

Outra estratégia de intervenção selecionada foi a educação para a saúde, sendo esta uma estratégia bastante referenciada na evidência científica consultada e indo ao encontro do sistema de apoio-educação da TDAC, de Dorothea Orem (quando o indivíduo necessita de assistência na forma de apoio, orientação e ensinamento). Este sistema possibilita ajustar as intervenções a desenvolver e o seu planeamento deve estar vinculado ao suporte educacional, para que o cuidador atinja a proficiência para cuidar de maneira eficiente (Orem, 2001).

Por outro lado, Laverack (2008) indica que as melhores estratégias para estabelecer e ampliar as capacidades das organizações comunitárias, são as estratégias que promovem ligações que incluem parcerias e que demonstram a capacidade para trabalhar em rede, colaborar, cooperar e desenvolver relações que promovam uma interdependência elevada. Estas relações interdependentes representam uma maior sustentabilidade do projeto. Além da parceria realizada com a IPSS, para a implementação do projeto, foi realizada parceria com a EESMP da UCC, para acompanhar e participar no projeto, com vista à replicação do mesmo em outras instituições, sendo um elemento chave na partilha de conhecimento e contribuíram para a capacitação dos cuidadores formais.

## **2.5 Programas e Projetos**

Depois da seleção das estratégias delineadas segue-se a fase do planeamento operacional da execução do projeto. Define-se projeto como “um conjunto de atividades contribuindo para a execução de um Programa, decorrendo num período bem delimitado de tempo.” (Tavares, 1990:165).

Surge assim projeto: Cuidar das pessoas com sinais de demência – Intervenção de enfermagem comunitária com cuidadores. Este projeto foi enquadrado no *da UCC: “Formar para cuidar”*, dirigido aos cuidadores formais da sua área de abrangência.

O projeto elaborado vai ao encontro das estratégias emanadas pelo PNSPI, PNSM, PNS – Revisão e Extensão a 2020, contribuindo assim para a execução de Programas já existentes.

O PNS identifica como uma das metas o aumento em pelo menos 30% do número de anos de vida saudável, para homens e mulheres (DGS, 2015). Procura-se assim, através do PNSPI emitido pela DGS, desenvolver um conjunto de estratégias de intervenção, de forma a conceder as respostas adequadas às necessidades das pessoas nesta faixa etária,

respondendo a três domínios essenciais: a promoção de um envelhecimento ativo; adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas; e a promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência das pessoas idosas (DGS, 2006).

“As prevenções primárias, secundária e terciária (...) na população idosa constituem uma abordagem prioritária e indispensável do sector da saúde no quadro da manutenção da máxima autonomia e independência (...) obrigando (...) a uma mudança de mentalidades e de atitudes da população face ao envelhecimento e a uma intervenção intersectorial, em todos os níveis da sociedade, que promova a adaptação e melhoria dos enquadramentos ambientais e de suporte às suas principais necessidades.” (DGS, 2006: 10). Neste caso, o projeto desenvolvido assenta na prevenção secundária e terciária.

## **2.6 Preparação da execução**

No sentido de dar resposta ao objetivo geral deste projeto, foram realizadas reuniões com a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Orientadora e a Sr.<sup>a</sup> Professora Orientadora.

Durante o planeamento da intervenção a *scoping review* (Apêndice VI) realizada teve um peso importante, pois serviu de ponto de partida para a intervenção comunitária desenvolvida neste projeto. Trouxe como contributo a síntese da ciência acerca da problemática das demências, as abordagens utilizadas e os seus resultados. Contribuiu desta forma para o planeamento das intervenções, mediante uma prática baseada na evidência.

Esta etapa consiste no planeamento das execuções que é a etapa que antecede à concretização das atividades. A especificação detalhada das atividades pretende definir, de forma pormenorizada, os resultados que pretendemos atingir, a lista de atividades a executar e a forma como devem ser executadas, avaliar os recursos que vão ser necessários para a execução dessas atividades e estabelecer um horário e um calendário detalhado da execução das atividades do projeto (Imperatori e Giraldes, 1993).

Para cada atividade foram desenvolvidos planos, onde era especificado os parâmetros sugeridos por Imperatori e Giraldes (1993), o que deve ser feito, quem deve fazer, quando, onde, como, o objetivo a atingir e a avaliação da atividade. Os planos das sessões de educação para a saúde detalhados são apresentados nos Apêndice VIII, IX e X, de forma a clarificar o mais possível cada uma das atividades.

As atividades procuraram dar resposta aos objetivos previamente delineados e assentes no diagnóstico de Situação. Como linha orientadora, foi elaborado um Cronograma de GANTT de acordo com Imperatori e Giraldes (1993) (Apêndice VII).

A primeira atividade correspondeu à reunião com a responsável do SAD, via telefone, a 18 de novembro de 2022 com a mestrande e focou-se na apresentação dos resultados das entrevistas; apresentação do projeto e seus objetivos, e agendamento das 3 sessões de educação para a saúde a realizar às AFAD da IPSS.

A segunda atividade: reunião com a EESMP da UCC, foi realizada em diversos contatos ao longo da elaboração do projeto. Foi crucial a parceria com esta especialista, desde a fase de diagnóstico até à fase de avaliação do projeto. As sessões de educação para a saúde (Apêndice VIII, IX e X) e o Manual (Apêndice XI) foram elaborados com a colaboração da mesma, bem como as apresentações das sessões.

As três sessões de educação para a saúde foram realizadas a 24 de novembro e 3 e 6 de dezembro de 2021. Decorreram nas instalações da IPSS, em horário laboral, entre as 14h45 e as 15h30/16h00, de forma a proporcionar uma maior adesão das cuidadoras formais. Contudo, por vezes, o tempo de realização da sessão foi ultrapassado, dado a participação das cuidadoras, com partilha das suas experiências profissionais e debate sobre algumas situações vivenciadas. Para cada uma das 3 sessões foram elaborados: o plano de sessão, uma apresentação em powerpoint com diapositivos para exposição, um questionário de satisfação e uma ficha de avaliação de conhecimentos da sessão (Apêndices VIII, IX e X). Para a divulgação das atividades foi pedida a colaboração da responsável pelo SAD, para que na reunião diária lembrasse as AFAD das datas das sessões e do local da sua realização. A articulação com todos os intervenientes foi fundamental no desenrolar do projeto, quer na disponibilização de recursos materiais quer na mobilização das AFAD. A intervenção abrangeu um total de 10 AFAD. Não houve adesão da totalidade das participantes nas 3 sessões, dado estas serem realizadas durante o horário laboral e, tendo estas profissionais horários rotativos de 2ª a domingo. Durante as sessões, além do método expositivo, foi utilizado ainda o método interrogativo e interativo. Houve, por parte da população-alvo, interesse pela temática, tendo existido bastante participação, partilha de experiências e as AFAD foram-se identificando com o exposto.

A elaboração de um Manual sobre demências (Apêndice XI), teve o objetivo de contribuir com material educativo de suporte à prestação de cuidados às pessoas com sinais de demência. O manual ficará disponível na UCC no âmbito do projeto “Formar para cuidar”, para fornecer às instituições como material de consulta para esclarecimento de dúvidas que possam surgir às AFAD. A elaboração do manual teve a colaboração da Enfermeira ESMP.

Tanto as sessões de educação para a saúde, bem como o manual vêm corroborar o descrito na evidência científica, que evidencia que os cuidadores formais relataram que as formações ministradas por profissionais de saúde com experiência na área das demências, aprimoraram os seus conhecimentos, modificaram os seus conhecimentos sobre demência e melhoraram a capacidade de adaptar os seus comportamentos na prestação de cuidados às pessoas com demência, melhorando conseqüentemente o bem-estar da família e do cliente. As descobertas sugerem a utilidade de tais estratégias para ir ao encontro das necessidades de educação contínua dos prestadores de cuidados domiciliários (Bayly et al., 2018).

Por último, foi realizada uma sessão informativa à equipa de profissionais de saúde da UCC com o objetivo de apresentar e envolver a equipa da UCC Saúde a Seu Lado no projeto, para a sua continuidade. Foi elaborado o plano de sessão, uma apresentação em powerpoint com diapositivos para exposição e um questionário de satisfação (Apêndice XIII). A equipa de enfermagem relevou interesse e motivação pelo projeto, foram interativos e consideraram um tema bastante atual e pertinente. A sessão foi realizada a 13 de dezembro pelas 14h00, nas instalações da UCC e teve a participação de 8 enfermeiras. Não foi possível ter toda a equipa de enfermagem presente dada a ausência dos profissionais, por motivo de doença, férias e folgas semanais.

## **2.7 Avaliação do projeto**

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), a última etapa do planeamento em saúde consiste em comparar algo com um padrão, de forma a corrigir ou afinar as atividades realizadas ou planear de forma mais eficiente.

A avaliação do projeto permite determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo. As informações devem ser pertinentes, perceptíveis e fáceis de obter, de maneira a que se possam tirar conclusões coerentes bem como propostas úteis (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990). É considerada sinónimo de controlo de execução com adoção de medidas corretivas, em caso de necessidade, com vista à melhoria de programas e projetos (Imperatori & Giraldes, 1993).

A avaliação de processo consiste na avaliação das atividades desenvolvidas, da avaliação da satisfação das AFAD (Apêndice VIII, IX e X), bem como das respostas dadas no instrumento de avaliação dos conhecimentos obtidos na sessão (Apêndice VIII, IX e X).

No quadro 6, são apresentados os resultados obtidos em relação aos indicadores de atividade. Nestes dados, todas as metas foram atingidas, isto é, as atividades propostas foram

realizadas e o grau de satisfação nas sessões efetuadas foi de 100%, tendo em conta que todos os participantes atribuíram o grau de satisfeito ou muito satisfeito em relação a todos os pontos de avaliação, desde a temática, qualidade de comunicação, entre outros. (Apêndice VIII, IX e X – questionários de grau de satisfação).

**Quadro 6.** Indicadores de atividade relacionados com as metas e os resultados obtidos.

Indicadores de atividade	Meta	Resultado
$\frac{\text{N.}^\circ \text{ sessões realizadas na IPSS}}{\text{N.}^\circ \text{ sessões programadas na IPSS}} \times 100$	100%	100%
$\frac{\text{N.}^\circ \text{ AFAD presentes na sessão 1}}{\text{N.}^\circ \text{ total de AFAD da IPSS}} \times 100$	70%	80%
$\frac{\text{N.}^\circ \text{ AFAD presentes na sessão 2}}{\text{N.}^\circ \text{ total de AFAD da IPSS}} \times 100$	70%	70%
$\frac{\text{N.}^\circ \text{ AFAD presentes na sessão 3}}{\text{N.}^\circ \text{ total de AFAD da IPSS}} \times 100$	70%	80%
$\frac{\text{N.}^\circ \text{ de AFAD com nível satisfatório de sessão}}{\text{N.}^\circ \text{ total de AFAD na sessão}} \times 100$	70%	100%
$\frac{\text{N.}^\circ \text{ Manual entregue}}{\text{N.}^\circ \text{ Manuais previsto de elaboração}} \times 100$	100%	100%
$\frac{\text{N.}^\circ \text{ profissionais de saúde da UCC presentes na sessão informativa}}{\text{N.}^\circ \text{ total de profissionais de saúde da UCC}} \times 100$	50%	57%

No que diz respeito aos resultados dos indicadores de atividade relativos ao questionário de avaliação de conhecimentos, estes são apresentados em apêndice (Apêndice XII), dado a extensão dos mesmos. De qualquer forma todas as metas foram atingidas, e algumas até suplantadas.

Tendo em conta os resultados apresentados, os indicadores de atividade foram avaliados de três formas distintas: através do número de sessões realizadas em relação ao número de sessões programadas, número de respostas certas identificadas na ficha de conhecimentos e outra através do grau de satisfação avaliado pelas participantes, no final de cada sessão. Podemos aferir que os objetivos foram todos alcançados e muitos até superados. As sessões de educação para a saúde programadas foram as realizadas, atingindo-se o objetivo de 100%.

No que diz respeito às fichas de avaliação de conhecimento os dados suprarreferidos remetem para uma avaliação global da intervenção bastante positiva, tendo as metas sido superadas. No final de cada sessão foi entregue um questionário, com o intuito de avaliar o

grau de satisfação das participantes. No questionário na questão final “Sugestões para futuras sessões”, 5 participantes evidenciaram a importância da formação contínua na melhoria dos cuidados prestados.

O questionário de satisfação aplicado teve por base um já existente na UCC, sendo apenas adaptado à sessão realizada. Em todas as sessões, 100% dos participantes assinalaram o item satisfeito ou o muito satisfeito em relação aos critérios apresentados, o que reflete um elevado grau de satisfação.

De destacar a motivação e participação demonstrada pela responsável pelo SAD e pelas AFAD em todas as sessões. A presença e participação da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Orientadora em todas as atividades, bem como da Enfermeira ESMP, sendo um elemento-chave na dinamização das sessões de educação para a saúde, contribuindo desta forma, para o reforço das parcerias entre parceiros e consequentemente para a continuidade do projeto.

Considerou-se assim, após reflexão crítica e através dos dados obtidos através da avaliação que as metas estabelecidas foram largamente superadas. Houve uma boa evolução na relação estabelecida com os participantes, desde a fase de diagnóstico, através das entrevistas e durante as sessões, o que de alguma forma contribuiu para estes bons resultados. O feedback ao longo das sessões foi bastante positivo, tendo as participantes partilhado as suas experiências diárias, intervindo com questões e opiniões acerca da temática e por fim, houve uma tomada de consciência pelas participantes da importância destas sessões no contributo no desempenho das suas funções.

No que concerne à avaliação do projeto através dos indicadores de impacto esta não foi possível realizar, uma vez que os indicadores de resultado ou impacto não são passíveis de ser medidos no imediato, pois medem os efeitos a médio-longo prazo tendo por base o objetivo geral (Imperator & Giraldes, 1993). Assim sendo, foi elaborada uma proposta de avaliação de impacto que deve ser realizada 6 meses após a intervenção comunitária junto das AFAD que participaram no Projeto. A proposta consiste na aplicação de uma ficha de avaliação de conhecimentos, com questões iguais às aplicadas nas 3 sessões, com os mesmos objetivos operacionais. (Apêndice XIV). Após a aplicação, os indicadores de impacto devem ser comparados.

## 2.8 Implicações para a prática clínica

Os cuidadores formais são definidos como trabalhadores auxiliares, com qualificações diversas, que prestam cuidados às pessoas com sinais de dependência com a supervisão de um profissional devidamente qualificado (OMS, 2004). Sendo profissionais contratados, e devidamente habilitados, devem estar preparados adequadamente, para prestar os cuidados no domicílio ou nas instituições sociais (Sequeira, 2018; Sousa, 2011). Devem assim possuir competências para um trabalho no seio de uma equipa multidisciplinar, tal como conhecimentos, de modo a poderem intervir de forma adequada, reconhecendo quais as necessidades daqueles de quem cuidam apoiando-os na realização das suas atividades de vida diárias (King et al., 2012; Sequeira, 2018).

O conceito de cuidador formal encontra-se ainda preso à designação de profissionais de saúde, não sendo reconhecido o seu papel enquanto cuidadores com obrigações técnicas, mas também com necessidades variadas (Oliveira *et. al.*, 2007). Neste contexto torna-se cada vez mais importante focar o conhecimento sobre os cuidadores formais que são chamados a colaborar na prestação de cuidados dignos e qualificados a pessoas com sinais de demência.

A pertinência do presente projeto de intervenção comunitária prende-se com a importância de promover a saúde, prevenir complicações, garantir o acompanhamento seguro e melhorar a qualidade de prestação de cuidados à pessoa com sinais de demência. Tornou-se essencial perceber quais as maiores dificuldades dos cuidadores formais, por forma a apoiá-los e capacitá-los no melhor cuidado à pessoa com sinais de demência. Como referido anteriormente, sendo a demência uma das doenças crónicas não transmissíveis em que a incidência está a aumentar é necessário estabelecer um trabalho de parceria entre a pessoa com demência, família, cuidadores formais, instituições de apoio e serviços de saúde disponíveis na comunidade, pois só percebendo o que os cuidadores formais de apoio domiciliário sentem é que poderemos, enquanto enfermeiros, atuar com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e inclusão social da pessoa com sinais de demência. Quanto maior a capacitação, maior o sentimento de segurança e confiança destes profissionais que cuidam.

Contribuir para a capacitação das ajudantes familiares da IPSS, relativamente à prestação de cuidados da pessoa com sinais de demência traduz-se inevitavelmente em ganhos em saúde, na melhoria dos cuidados prestados e conseqüentemente na melhoria da qualidade de vida da pessoa com sinais de demência, tendo por base as premissas referidas anteriormente.

Para Orem (2001) a condição que valida a existência de uma exigência de enfermagem no adulto é a ausência da capacidade de manter continuamente a quantidade e qualidade do autocuidado. Esta capacidade é terapêutica na sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença, da lesão ou no enfrentar dos seus efeitos. Através do sistema de apoio-educação os enfermeiros são potenciais educadores, em que o papel do enfermeiro é promover o cliente como um agente do autocuidado (Orem, 2001).

A efetivação deste projeto de intervenção comunitária, vai ao encontro das competências específicas do EEECS, cuja ação é cada vez mais relevante, tendo em atenção às demências como um problema de saúde pública.

Em suma para o SAD houve contribuição para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com sinais de demência e foi estabelecida parceria da UCC com a Instituição para capacitação das AFAD. Foi fomentada a aprendizagem profissional, havendo contribuição para uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados ao grupo de pessoas com sinais de demência que usufruem do SAD. E por fim, permitiu o contributo da UCC ao nível da comunidade, contribuindo para melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde.

### **3. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E ADQUIRIDAS**

Neste capítulo é feita uma reflexão sobre as competências adquiridas e desenvolvidas no decurso do Estágio Final: Comuns ao Enfermeiro Especialista, Específicas do EEECS e com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos que regulam o exercício da profissão. Ao longo do estágio foram obtidas e desenvolvidas competências fundamentais, de forma a promover a mudança e crescimento pessoal e profissional.

Assim, importa evidenciar o conceito de Enfermeiro Especialista proposto pela Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento n.º 140/2019:

*“enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2019: 4744).*

Tendo em conta os quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, os objetivos foram atingidos, sendo elas competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, competências do domínio da gestão dos cuidados e competências do domínio das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Face ao exposto, ao longo do projeto foram tidas em conta todas as considerações ético-legais inerentes à profissão e para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista. Foram realizados os pedidos de autorização (Apêndice II e Apêndice III) para a aprovação e implementação do projeto e foi garantida a confidencialidade e anonimato, em conformidade com as normas e procedimentos éticos (Apêndice IV), salvaguardando o respeito pelos parceiros e por todos os participantes envolvidos.

Com a elaboração do projeto foram desenvolvidas práticas de qualidade para melhoria contínua dos serviços que são prestados pela UCC onde decorreu o estágio. Para a realização deste estágio foi necessário consultar documentos de informação tais como: o diagnóstico

social do concelho, dados estatísticos, plano de atividades da UCC, entre outros para a identificação de problemas.

Para a concretização do projeto foram estabelecidas parcerias, com realização de diversas reuniões, bem como visita à IPSS alvo de intervenção. Foi possível acompanhar o trabalho desenvolvido na UCC, no seio da equipa multidisciplinar, incluindo toda a dinâmica que envolve a ECCI e ECSCP, visitas domiciliárias, participação na campanha de vacinação domiciliária contra a COVID-19. Procurei ainda participar em ações de formação, promovendo assim a formação contínua e aquisição de conhecimento pessoal/profissional. (Curso Alzheimer Portugal, Webinar “Desafios do Envelhecimento”, “Demência: Intervenção na comunidade: lições aprendidas e propostas para o futuro” – Alzheimer Portugal). Foi feita ainda colaboração com o “Projeto Formar para cuidar” da UCC, dirigido aos cuidadores informais, sobre a temática - demências. Com a efetivação do projeto, procurou-se dar visibilidade ao trabalho desenvolvido pelo enfermeiro EEECS, cuja ação é cada vez mais relevante, tendo em atenção o envelhecimento da população e neste caso a problemática de saúde pública com o aumento da prevalência das demências.

Foi desenvolvido o projeto assumindo uma postura de liderança perante o mesmo, tendo em conta a adequação dos recursos e das atividades a desenvolver. Foram estabelecidos contatos com os parceiros de forma a otimizar o projeto e a construir estratégias adequadas, tendo por base a experiência de todos os intervenientes. Nas sessões de formação houve o cuidado de permitir todas as intervenções, fomentando a participação e o envolvimento dos cuidadores formais.

Foi realizada uma scoping review (Apêndice VI) que permitiu dar uma base de evidência científica ao projeto. Também se desenvolveu a competência de formador, em que se elaborou e ministrou as sessões de formação na área selecionada.

O Regulamento N°428/2018, de 16 de julho (OE, 2018) considera que, o EEECS assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde. Identifica ainda o perfil de Competências Específicas do EEECS:

*“a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;*

*b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;*

*c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;*

*d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”*

(OE, 2018: 19354)

Assim sendo, estabeleceu-se, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, nomeadamente a um grupo de AFAD do SAD, para de seguida e conforme as necessidades encontradas, intervir promovendo a saúde e segurança dos utentes que o frequentam.

Com esta metodologia foi possível identificar problemas e necessidades desta comunidade, no contexto de um grupo, priorizar os mesmos, definir objetivos e selecionar estratégias. A educação para a saúde foi a estratégia escolhida, tendo por base como referencial teórico de enfermagem a TDAC de Dorothea Orem.

Incluiu também orientações emanadas pelo PNS, Revisão e Extensão até 2020, o PNSPI, PNSM. No âmbito da cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, esta competência desenvolveu-se durante o diagnóstico da situação, na colheita de dados, no tratamento e análise dos dados.

É ainda expectável que durante o percurso do Estágio Final, sejam também desenvolvidas Competências de Mestre em Enfermagem. Segundo o Decreto-Lei nº 63/206 de 13 de setembro (2016), o grau de mestre é conferido aos que demonstrem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde e que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação. Deve ainda aplicar os conhecimentos e ter capacidade de compreensão e de resolução de problemas, integrando conhecimentos, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta; ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes de uma forma clara e sem ambiguidades.

Assim sendo, face às atividades realizadas durante o projeto já descritas, a elaboração do póster científico, refletindo os resultados da *scoping review*, mobilizando conhecimentos que sustentam uma prática baseada na evidência, bem como com a realização do relatório de estágio foi possível chegar a conclusões e conhecimentos efetivos para a melhoria da qualidade dos cuidados, contribuindo não só para a construção do conhecimento, mas também para ganhos efetivos em saúde na comunidade.



#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente relatório descreve todas as atividades realizadas em contexto de estágio na UCC onde decorreu o mesmo. Este estágio tinha como grande objetivo a aquisição das competências de mestre e as competências específicas do EEECSF. Foi dada evidência à metodologia científica do Planeamento em Saúde e ao Modelo teórico de Dorothea Orem - TDAC (2001).

A atual situação demográfica levanta questões que levam à reflexão sobre as medidas a tomar para proporcionar às pessoas um envelhecimento digno. As pessoas com demência apresentam grande dependência física e frequentes distúrbios comportamentais, o que leva a um grande desgaste dos cuidadores formais.

O cuidador formal não tem sido uma prioridade para as governações, mas o investimento na formação e na valorização destes profissionais é fundamental para um aumento na qualidade dos cuidados prestados, com especial foco na informação e aquisição de conhecimentos e competências em relação à demência (Sousa, 2011).

O EEECSF tem um papel crucial na comunidade dada a sua proximidade com a mesma. Desta forma, é importante que os projetos de intervenção comunitária respondam às necessidades deste grupo profissional, e que este profissional coloque em prática as suas competências específicas em prol da melhoria dos cuidados prestados pelos cuidadores formais.

O projeto desenvolvido “Cuidar das Pessoas com Sinais de Demência – Intervenção de enfermagem comunitária com cuidadores”, foi ao encontro das necessidades formativas dos cuidadores formais com o intuito de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos mesmos, de forma a manter a autonomia e atrasar a progressão da doença.

O diagnóstico de situação surgiu da relação das necessidades reais, expressas e sentidas, isto é, partiu da perceção existente pela equipa de enfermagem da UCC culminando na análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas às AFAD sobre a temática em análise, possibilitando o desenvolvimento de estratégias de intervenção direcionadas às necessidades e dificuldades sentidas pelas informantes. Foram desenvolvidas intervenções no âmbito da

educação para a saúde em colaboração com a EESMP da UCC, com grande adesão e satisfação do grupo nas sessões realizadas.

O projeto vai ao encontro das orientações emanadas pelo PNS, Revisão e Extensão até 2020, o PNSPI, PNSM, que privilegiam a manutenção das pessoas com sinais de demência no domicílio, com o objetivo de manter por mais tempo as suas capacidades, promovendo a qualidade de vida da pessoa cuidada.

Como desafios, a destacar as restrições provocadas pela pandemia Covid-19 e o fator tempo, não sendo possível alargar o projeto a outras IPSS, sendo que a sua continuidade seria um fator abonatório para a melhoria dos cuidados prestados pelos cuidadores formais.

Ao longo do percurso, as minhas decisões e intervenções foram baseadas na evidência científica, de forma a garantir a uma comunidade cuidados mais atuais e eficazes através da evidência de pesquisa disponível para promover uma melhor utilização de recursos limitados na prestação de intervenções. O trabalho desenvolvido possibilitou a aquisição de competências, tanto a nível profissional como também pessoal.

Apesar de atualmente me encontrar a exercer funções em contexto hospitalar, o estágio permite transferir as competências adquiridas em função de famílias/grupos/comunidades - pessoas hospitalizadas, os seus cuidadores ou até mesmo os colaboradores das instituições hospitalares - tanto a nível das doenças neurodegenerativas, tendo em conta os seus défices de autocuidado, ou outras necessidades.

Pelo que já foi referido ao longo de todo este documento, considera-se que os objetivos do estágio foram alcançados bem como foram adquiridas as competências específicas do EEECS, assim como as condições para a obtenção do grau de mestre.

## BIBLIOGRAFIA

Alves, A., Araújo, D., Coimbra, D., Leitão, S.. (2020). *Envelhecimento populacional: desafios e possibilidades para a saúde pública* [Comunicação oral]. Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG. 1º CONGERU – Congresso Online de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG. 1(1). <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/congressogeriatría/article/view/2384>

Alzheimer Europe. (2020). *Dementia in Europe yearbook 2019*. In: Estimating dementia cases amongst migrants living in Europe. Luxembourg: Alzheimer Europe. <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks>

Alzheimer Portugal. (2009). *Plano Nacional de Intervenção Alzheimer: trabalho preparatório para a conferência “doença de Alzheimer: que políticas”*. Lisboa. <http://www.alzheimer-europe.org>

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: The oficial guide to APA style* (7th ed). American Psychological Association

Barbosa, A.; Figueiredo, D.; Cruz, J.; Marques, A.; Sousa, L. (2011). *Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais*. *Psicologia, Saúde & Doença*, 12 (1): 119-29.

Bardin L. (2018). *Análise de Conteúdo*. Edições70.

Batista, M. P. P., Almeida, M. H. M., Ancman, S. (2014) *Formal elderly caregivers: historical background in the Brazilian contexto*. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 17(4): 879-885. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13148>

Bayly M, Forbes D, Blake C, Peacock S, Morgan D. (2018) *Development and implementation of dementia-related integrated knowledge translation strategies in rural home care*. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care* 18(2):29-64 <https://rnojournal.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/509>

Castro-Caldas, A., Mendonça, A. (2005) *A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lidel – Edições técnicas, Lda.

Cunningham N, Cowie J, Watchman K, Methven K. (2020) *Understanding the training and education needs of homecare workers supporting people with dementia and cancer: A systematic review of reviews*. *Dementia* (London). 19(8):2780-2803. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31271044/>

D'Astous V, Abrams R, Vandrevalla T, Samsi K, Manthorpe J. (2019) *Gaps in Understanding the Experiences of Homecare Workers Providing Care for People with Dementia up to the End of Life: A Systematic Review*. *Dementia* (London). 18(3):970-989. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28358269/>

Decreto-Lei n.º 141/89 do Ministério do Emprego e da Segurança Social: *Regime jurídico e de proteção social dos ajudantes familiares*. (1989). Diário da República n.º 98/1989, Série I de 1989-04-28, páginas 1782 – 1785. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/141-1989-625605>

Decreto-Lei n.º 63/2016. Diário da República n.º 176 de 13 de setembro de 2016 – 1ª série. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. [https://dre.pt/home/-/dre/75319452/details/maximized?p\\_auth=0xVgXbzq](https://dre.pt/home/-/dre/75319452/details/maximized?p_auth=0xVgXbzq)

Despacho n.º 5988/2018 de 19 de junho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde: *Estratégia da Saúde na Área das Demências e constituição e composição da Coordenação do Plano Nacional da Saúde para as Demências*. (2018). Diário da República n.º 116/2018, Série II de 2018-06-19. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5988-2018-115533450>

Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>

DGS. (2015). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Ministério da Saúde. Lisboa. <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Ferro, J.; Pimentel, J.. (2013). *Neurologia Fundamental – Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. 2.ª Edição. Lidel – Edições Técnicas, Lda.

- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Climepsi Editores.
- Figueiredo, D., Marques, A., Barbosa, A. (2016) *Demência. E agora? Um guia para cuidar com sentido(s) em instituições*. Lusodidacta.
- Firmino, H. (2006). *Psicogeriatría*. Psiquiatria Clínica.
- Fonseca, I. M. M. N. (2018). *Relatório de atividades de UCC “Saúde a Seu Lado” ACES Loures Odivelas, Ano 2017*. ARSLVT, IP
- Fortin MF. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Lusociência.
- Gil, A. (2009). *Serviços de Apoio Domiciliário - ofertas e custos no mercado privado*. Instituto da Segurança Social, IP. [https://www.seg-social.pt/documents/10152/13328/servicos\\_apoio\\_domiciliario/4bcf4195-cdb9-4cfe-a1be-df8ab84f2ddd/4bcf4195-cdb9-4cfe-a1be-df8ab84f2ddd](https://www.seg-social.pt/documents/10152/13328/servicos_apoio_domiciliario/4bcf4195-cdb9-4cfe-a1be-df8ab84f2ddd/4bcf4195-cdb9-4cfe-a1be-df8ab84f2ddd)
- Guerreiro, M. (2005). *Terapêutica não farmacológica da demência*. In *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Coord. Alexandre Castro-Caldas e Alexandre Mendonça. Edições Lidel
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde – manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*, 3ª edição. Obras Avulsas
- King, R., Hartke, R., Houle, T., Lee, J., Herring, G., Alexander-Peterson, B., Raad, J. (2012) *A problem-solving early intervention for stroke caregivers: one year follow-up*. *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*. 37(5): 231–243. <https://doi.org/10.1002/rnj.039>
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde – poder e empoderamento*. Lusociência
- Mahoney, E., Hurley, A., Volicer, L., Bell, M., Gianotis, P., Hartshorn, M., Warden, V. (1999). *Development and testing of the resistiveness to care scale*. *Nursing and Health*, 27-38.
- Minayo, M.C.S., Costa, A.P. (2018). *Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa*. *Revista Lusófona de Educação*, 40, 139-153. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>

Ministério da Saúde. (2011). Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Lisboa: MS. <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>

Ministério da Saúde. (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo. Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. <https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/09/Plano-Nacional-de-Saude-Mental.pdf>

Mole L, Kent B, Hickson M, Abbott R. (2019) *'It's what you do that makes a difference'* An interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care workers experiences of nutritional care for people living with dementia at home. BMC Geriatr. 19(1):250. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31500576/>

Morgan, D., Kosteniuk, J, O'Connell, M., Bello- Haas, V., Stewart, N., Karunanayake, C. (2016) *Dementia-related work activities of home care nurses and aides: Frequency, perceived competence, and continuing education priorities*, Educational Gerontology, 42(2), 120-135, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03601277.2015.1083390>

Moscato A, Varescon I. (2017) *Satisfaction and difficulties of French professional home caregivers in supporting older people with Alzheimer's disease or alcohol misuse*. Health Soc Care Community. 26:27–34. <https://doi.org/10.1111/hsc.12457>

Nações Unidas. (2021). *Centro Regional de Informação para a Europa - Envelhecimento*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

Nogueira, J. M. (2009). A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados. MTSS.

Nunes, M. (2016). *Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as ferramentas de auxílio*. Chiado Editora

Oliveira, M., Queirós, C., & Guerra, M. (2007). *O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: do caos à autopoiese*. Psicologia, saúde & doenças, 8 (2), 181-196.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011, junho). *Responsabilidade para com a Comunidade. XI Seminário de Ética*. Revista da Ordem dos Enfermeiros (ROE nº37), 1646-2629.

<http://docplayer.com.br/15781302-Numero-37-junho-2011-%20www-ordemenfermeiros-pt-issn-1646-2629-responsabilidade-para-coma%20comunidade.html>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico*. Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. [PDF]  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar*. [PDF]  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunit%C3%A1ria-e-de-sa%C3%BAdep%C3%BAblica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2019). CIPE® Versão 2019 – *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República n.º 26/2019, Série II (No 140/2019 de 2019-02-06), 4744–4750. [PDF]  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Orem, D., Taylor, S., Renpenning, K. (2001). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby.

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2017) *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017\\_health\\_glance-2017-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en)

Organização Mundial de Saúde (OMS). (1978). Declaration of Alma-Ata: international conference of primary health care. [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).

Organização Mundial de Saúde. (1986). The Ottawa Charter of Health Promotion. First international conference on health promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>.

Organização Mundial de Saúde (1992). *Internacional statistical classification of diseases and related health problems*. (ICD-10, 10<sup>th</sup> revision). Geneva: WHO, Division of Mental Health

Organização Mundial de Saúde (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. Japan: World Health Organization. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO\\_WKC\\_Tech.Ser.\\_04.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)

Organização Mundial de Saúde. (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*. Version for 2010. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>

Organização Mundial de Saúde. (2012a). *Dementia: A public health priority*. World Health Organization and Alzheimer's Disease International. <https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority>

Organização Mundial de Saúde. (2012b). *Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012*. Geneva, World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70853>

Organização Mundial de Saúde (2015). *Resumo: Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf?jsessionid=C3B990523D176743F4CBD7E477669357?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?jsessionid=C3B990523D176743F4CBD7E477669357?sequence=6)

Ory, M., Hoffman, R., Yee, J., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). *Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers*. *The Gerontologist*, 39 (2), 177-185.

Pinquart, M., Sörensen, S. (2004). Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: a meta-analytic comparison. *Ageing and Mental Health*, 8 (5), 438-449.

PORDATA (2020). Como vivem os portugueses? <https://www.pordata.pt/Publicacoes/Livros/Como+vivem+os+portugueses+-189>

PORDATA (2021). Base de dados de Portugal contemporâneo. <https://www.pordata.pt/Europa/%c3%8dndice+de+envelhecimento-1609>

Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro do Diário da República, 1.ª série — N.º 2. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Lisboa

Portaria n.º 02/2020 de 10 de Janeiro. Diário da República Portuguesa. Série I. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Lisboa

Reis, E., Melo, P., Andrade, R., Calapez, T. (2018) *Estatística Aplicada – Vol. 2*. Edições Sílabo.

Santana, R., Figueiredo, N., Ferreira, M., & Alvim, N. (2008). *A Formação da mensagem na comunicação entre cuidadores e idosos com demência*. Abril-Junho. *Enfermagem*, pp. 288-96.

Santos, B., Ramos, A., Fonseca, C. (2017). *Training to practice: Importance of Self-Care Theory in Nursing Process for improving care.*, *Journal of Aging & Innovation*, 6 (1): 51- 54. <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-forma%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Santos, F.; Andrade, V.; Bueno, O. (2009). *Envelhecimento: Um Processo Multifatorial*. In *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, 14(1): 3-10. <https://www.scielo.br/j/pe/a/FmvzytBwzYqPBv6x6sMzXFq/abstract/?lang=pt>

Schneider J, Pollock K, Wilkinson S, Perry-Young L, Travers C, Turner N. (2019) *The subjective world of home care workers in dementia: an "order of worth" analysis*. *Home Health Care Serv Q*. 38(2): 96-109. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30794075/>

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. (Coord, Ed.) (2a). LIDEL.

Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2022, Janeiro 13). UCC Saúde a Seu Lado - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30029/3112551/Pages/default.aspx>

Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (SPPS). (2015). *Promoção da Saúde: Da Investigação à Prática*. (1ª Edição). Editora, LDA

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *O recurso aos apoios formais: A família, o idoso e os cuidados formais*. In L. Sousa, D. Figueiredo, & M. Cerqueira, *Envelhecer em família - Os cuidados familiares na velhice* (pp. 51-77). Ambar.

Sousa, M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Príncipe

Souza, E.; Oliveira, A.; Lima, S.; Melo, G.; Araújo, K. (2021). *Impactos do isolamento social na funcionalidade de idosos durante a pandemia da COVID-19: uma revisão integrativa*. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 10, n. 10, pág. e498101018895, <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18895>

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População* (7ª Edição). Lusodidacta, Soc. Port. De Material Didáctico, Lda.

Queirós, P., Vidinha, T. e Filho, A. (2014). *Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem*. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832014000300018](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000300018)

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Ed.: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. 5.ª edição, Lusociência.

União das Misericórdias Portuguesas. (2015). *Manual de Boas Práticas Demências*. Projeto VIDAS – Valorização e Inovação em Demências. [https://cdn.ump.pt/files/files/Manual\\_Boas\\_Praticas\\_Demencia.pdf](https://cdn.ump.pt/files/files/Manual_Boas_Praticas_Demencia.pdf)

United Nations Population Fund (Unfpa) (2012). *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*. <http://www.unfpa.org>

Universidade Católica Portuguesa. (2017). *Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Regulamento Geral*. Instituto de Ciências da Saúde, Regulamento Geral 2012, alterado em 2017.

Volicer, L., Bass, E., & Luther, S. (2007). *Agitation and resistiveness to care are two separate behavioral syndromes of dementia*. *Journal of the American Medical Directors Association*, 527-532.



## **ANEXOS**

**Anexo I - Autorização do ACES para implementação do projeto de intervenção  
comunitária**

---

**De:** [REDACTED] | ACES Loures Odiveias - Diretor Executivo <[REDACTED]@arslvt.min-saude.pt>

**Enviado:** 12 de outubro de 2021 12:11

**Para:** Olivia Serra | UCC Odiveias <[REDACTED]@arslvt.min-saude.pt>

**Assunto:** RE: Pedido de autorização de realização de projeto

As minhas desculpas.

Está autorizado.

[REDACTED]  
Diretor Executivo  
ACES Loures Odiveias  
Morada: Rua Manuel de Arriaga n.º 5- Urbanização Terraços da Ponte  
2685-160 Sacavém  
Telefone: +351219492400  
Email: [REDACTED]@arslvt.min-saude.pt  
[www.arslvt.min-saude.pt](http://www.arslvt.min-saude.pt)

**Anexo II - Autorização da IPSS para implementação do projeto de intervenção  
comunitária**

-----  
De: [redacted]@gmail.com>  
Date: quinta, 14/10/2021 à(s) 16:29  
To: Melissa Branco [redacted]@gmail.com>

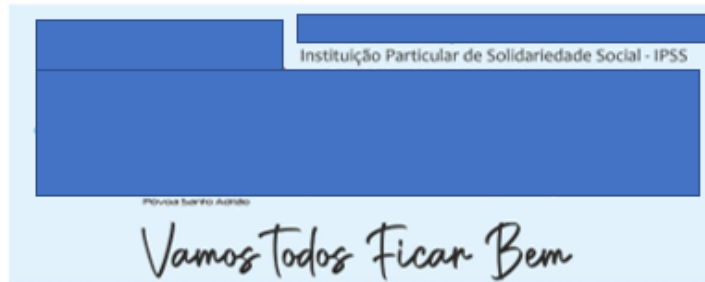
Boa tarde, Enf. Melissa

Em resposta ao seu e-mail, vimos confirmar o seu pedido de realizar e implementar o seu projeto no âmbito do Mestrado de Enfermagem.

Com os melhores cumprimentos,

[redacted]

--





## **APÊNDICES**

**Apêndice I** - Resumos das reuniões realizadas com: a Enfermeira Coordenadora da UCC, a Direção da IPSS e a Responsável pelo SAD



**Reunião com Enfermeira Coordenadora da UCC e Enfermeira Orientadora**

**Local:** UCC “Saúde a seu Lado”, Póvoa de santo Adrião

**Data:** 13-09-2021 **Hora:** 9:30

**Duração:** 30 minutos

**Intervenientes:** Enfermeira Coordenadora da UCC

Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Orientadora

Mestranda Melissa Branco

**Assunto:** Acolhimento à UCC

Apresentação dos objetivos do estágio e do projeto de intervenção comunitária;

Identificação das necessidades de intervenção.

**Resultados:** Feito acolhimento à UCC pela Enfermeira Coordenadora. Discutido entre os presentes quais as necessidades de intervenção na comunidade que eram sentidas. Foi mencionado que a atual situação pandémica causada pelo sars-cov2 teve um grande impacto no trabalho desenvolvido pela UCC, tanto a nível da saúde escolar, como nos projetos desenvolvidos com a restante comunidade. Por outro lado, foi referido também o impacto que a pandemia teve na população envelhecida, como o isolamento, o encerramento dos centros de dia, sendo prioritário a intervenção junto destes centros. Desta forma, foi discutida a pertinência da implementação do projeto da mestranda na UCC nos centros de dia. Foi igualmente debatido a abordagem à população alvo. Foi sugerido agendamento de reunião com diretora técnica do Centro Social próximo da UCC, para levantamento das necessidades sentidas e posteriormente extensão do projeto a outras instituições, dependendo do número da amostra da população alvo definida.



## Reunião com Diretora Técnica da IPSS

**Local:** IPSS A

**Data:** 13-09-2021 **Hora:** 10:15

**Duração:** 30 minutos

**Intervenientes:** Diretora Técnica da IPSS

Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Orientadora

Mestranda Melissa Branco

**Assunto:** Apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária;  
Identificação das necessidades de intervenção.

**Resultados:** Feito apresentação das intervenientes da reunião e apresentado o objetivo da mesma, tendo em conta o âmbito do projeto de intervenção comunitária. A Diretora demonstrou bastante interesse na colaboração da implementação do projeto. Referiu que a pandemia teve grande impacto no Centro de dia da instituição, tendo este mesmo encerrado por não reunir as condições necessárias para a sua abertura dada a atual situação pandémica. De referir que o centro de dia tinha como população-alvo pessoas com demência. Com o encerramento do centro, os 20 utentes passaram a estar integrados no Serviço de Apoio Domiciliário. Desta forma, foi discutida a pertinência da implementação do projeto da mestranda na UCC no Serviço de Apoio Domiciliário. Foi igualmente debatido a abordagem à população alvo. Foi sugerido agendamento de reunião com as Técnicas responsáveis pelo Serviço de Apoio Domiciliário, para levantamento das necessidades sentidas.



## Reunião com Técnicas responsáveis pelo Serviço de Apoio Domiciliário

**Local:** IPSS A

**Data:** 13-09-2021 **Hora:** 10:45

**Duração:** 40 minutos

**Intervenientes:** Técnica de Apoio Social A. da IPSS

Técnica de Apoio Social T. da IPSS

Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Orientadora

Mestranda Melissa Branco

**Assunto:** Apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária;

Identificação das necessidades de intervenção.

**Resultados:** Feito apresentação das intervenientes da reunião e apresentado o objetivo da mesma, tendo em conta o âmbito do projeto de intervenção comunitária. As responsáveis pelo SAD demonstraram bastante interesse na colaboração na implementação do projeto. Referiram que a pandemia teve grande impacto no Centro de dia da instituição, tendo este encerrado por não reunir as condições necessárias para a sua abertura dada a atual situação pandémica. De referir que o centro de dia tinha como população-alvo pessoas com demência. Com o encerramento do centro, os 20 utentes passaram a estar integrados no Serviço de Apoio Domiciliário. Atualmente o SAD responde às necessidades de 50 utentes, sendo cerca de 80 a 90% portadores de demência. Desta forma, foi discutida a pertinência da implementação do projeto da mestranda na UCC no Serviço de Apoio Domiciliário, na formação dos cuidadores formais, sendo sugerida a área das demências e comunicação com a pessoa com demência. De salientar que o isolamento nos idosos, aumentado pela pandemia provocou agravamento do declínio cognitivo, da função locomotora, e, conseqüentemente, das necessidades de prestação de cuidados prestados. Foram fornecidos os contatos para posterior formalização do pedido de autorização de implementação do projeto.

**Apêndice II - Pedido de autorização ao Diretor Executivo do ACES**



## **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO DO ACES LOURES-ODIVELAS PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO**

Póvoa de Santo Adrião, 07 de outubro de 2021

Exmo. Sr. ° Diretor Executivo do ACES Loures-Odivelas, Dr. ° xxxxxx,

Eu, Melissa Mota Branco, mestranda e enfermeira, no âmbito do protocolo entre a Universidade Católica Portuguesa e a ARSLVT para realização da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, inserida no 3.º semestre do 14.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, do Instituto de Ciências da Saúde – Lisboa, a decorrer na Unidade Cuidados na Comunidade Saúde a seu Lado, ACES Loures-Odivelas, entre setembro e dezembro de 2021, venho por este meio solicitar autorização para desenvolver um projeto de intervenção comunitária, com um grupo de cuidadores formais, no âmbito do projeto “Formar para cuidar” na área do cuidado ao idoso com demência, sob orientação da Sra. Enf.ª Orientadora Olívia Serra (Mestre e Especialista em Enfermagem comunitária).

Mais solicito, permissão para a divulgação do nome da Enf.ª orientadora do contexto de prática clínica e o nome da vossa instituição como componentes do relatório final que será defendido em prova pública, tendo em conta o Regulamento Geral de Proteção de Dados, Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, em vigor desde maio de 2018.

Agradeço resposta o mais breve possível, tendo em conta o tempo disponível para a implementação de todas as fases do projeto.

Com os melhores cumprimentos,

Melissa Mota Branco

**Apêndice III - Pedido de autorização à Direção da IPSS**



Exma. Sra. Diretora do Centro xx,

Dra. xxxxxxxx

**Assunto:** Pedido de autorização à Direção do Centro xxxxxxxxxxxxxxxx- Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

Eu, Melissa Mota Branco, mestranda e enfermeira, no âmbito do protocolo assinado entre o ICS-UCP/ARSLVT, a frequentar o 14º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da UCP encontro-me a realizar o estágio final na Unidade de Cuidados na Comunidade “Saúde a Seu Lado” sob a orientação da Srª Enfermeira Mestre e Especialista, Olívia Serra, com o intuito de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Deste modo, venho solicitar autorização para a implementação de um projeto de intervenção comunitária, na área do cuidado ao idoso com demência, com o grupo de cuidadores formais do SAD – inserido no regular funcionamento da Srª Enfermeira no âmbito do Projeto “Formar para cuidar”. O projeto terá como perspetiva sensibilizar estes cuidadores para a temática dos cuidados à pessoa com demência.

Desde já, agradeço a disponibilidade dispensada e uma resposta breve, tendo em conta o tempo disponível para a implementação do projeto de intervenção.

Com os melhores cumprimentos,

Melissa Mota Branco

**Apêndice IV** - Guião das entrevistas realizadas às AFAD e Consentimento Livre e  
Esclarecido



## **Guião da entrevista semiestruturada**

### **Entrevistador:**

Enfermeira Melissa Branco, Mestranda de Enfermagem, área de Especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa – Instituto Ciências da Saúde Lisboa.

**População alvo:** AFAD do Serviço de apoio domiciliário

### **Objetivos Geral:**

- Identificar vivências do grupo relacionadas com a prestação de cuidados à pessoa com demência, com o propósito da elaboração do diagnóstico de situação;

### **Âmbito:**

Na entrevista pretende-se apresentar a razão do projeto de intervenção e os objetivos aos participantes. Visa estabelecer uma relação de colaboração entre o entrevistador e os entrevistados, com o intuito de identificar as áreas de atuação do cuidador formal a pessoas com demência e as áreas prioritárias de intervenção do projeto.

## Estrutura da entrevista

Fase	Objetivos	Questões	Linhas de orientação
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar a razão do projeto e os objetivos aos participantes;</li> <li>- Garantir a confidencialidade de todas as informações recolhidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Está esclarecido(a) sobre as razões que levaram à realização deste trabalho?</li> <li>- Compreendeu a razão de participar neste trabalho?</li> <li>- Gostaria de colocar alguma questão?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar a mestranda;</li> <li>- Contextualizar a entrevista no âmbito do projeto de intervenção comunitária;</li> <li>- Informar o participante sobre o que se pretende com a sua participação e a importância da mesma;</li> <li>- Solicitar a participação voluntária e a obtenção do consentimento livre e esclarecido;</li> <li>- Reforçar a salvaguarda das questões de confidencialidade (os participantes não serão identificados na descrição das informações).</li> </ul>
<b>Corpo da entrevista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar a formação prévia acerca da temática realizada pelos participantes;</li> <li>- Identificar as vivências dos participantes em relação à temática;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frequentou alguma formação no âmbito desta temática?</li> <li>- Quais as necessidades formativas que considera mais urgentes no cuidado à pessoa com demência?</li> <li>- No seu dia-a-dia perante uma pessoa que cuida com demência, que tipo de cuidados presta?</li> <li>- O que sente a cuidar de pessoas com sinais de demência?</li> <li>- Quais as maiores dificuldades sentidas na prestação de cuidados à pessoa com demência?</li> <li>- Que tipo de estratégias considera serem as mais importantes para a prestação de cuidados à pessoa com demência?</li> </ul>	
<b>Finalização da entrevista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilizar a resposta e discussão de eventuais dúvidas</li> <li>- Agradecer a colaboração no projeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Há alguma questão que necessite de esclarecimento em relação ao tema que estivemos a abordar?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumir as ideias principais percebidas;</li> <li>- Proceder ao agradecimento final.</li> </ul>



## CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Exmos.(as) Srs.(as),

Eu, Melissa Mota Branco, Enfermeira e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa, encontro-me a desenvolver estágio na UCC “Saúde a seu Lado” sob a tutoria da Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Doutora Elisa Garcia, e orientação da Enfermeira Mestre e Especialista Olívia Serra.

Pretendo realizar um projeto de intervenção comunitária que contempla a temática do cuidado à pessoa com sinais de demência.

A sua participação é muito importante. Deste modo, venho solicitar a sua colaboração para o projeto e o consentimento para uma entrevista que tem como objetivo identificar as dificuldades sentidas pelas Ajudantes de Apoio Domiciliário, relacionadas com a prestação de cuidados à pessoa com sinais de demência.

A sua participação é voluntária, não implica qualquer risco para si podendo desistir a qualquer momento, sem consequências de qualquer tipo. Também é livre de recusar responder a qualquer pergunta.

Gostaria ainda de assegurar que serão salvaguardadas todas as questões éticas e deontológicas, relativamente às informações que me forem transmitidas, estando à sua inteira disposição para os esclarecimentos que considerar necessários. Toda a informação será usada, somente, para fins académicos e, aquando do seu tratamento é garantido o seu anonimato e confidencialidade.

O tempo médio previsto para a entrevista será de 30 minutos. Toda a informação disponibilizada no final da entrevista será validada por si.

Se considerar estar bem informada e aceitar participar, por favor assine este documento.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_

Assinatura da mestranda

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

**Apêndice V - Matriz de Análise de Conteúdo das entrevistas**

## MATRIZ DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS DAS AJUDANTES FAMILIARES DE APOIO DOMICILIÁRIO

População alvo: ajudantes familiares de apoio domiciliário

E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9

Corpus da análise:

Registo integral das respostas às questões colocadas em entrevista a E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9.

Tema/ Unidade de Registo	Categoria	Subcategoria	Unidades de contexto	Participantes									Frequência	
				E 1	E 2	E 3	E 4	E 5	E 6	E 7	E 8	E 9		
Atividade profissional das AFAD	Atividades diárias	Higiene pessoal Higiene habitacional Alimentação Administração de medicação	“Os cuidados de higiene pessoal é o que mais fazemos, mas fazemos de tudo um pouco: Higiene pessoal, habitacional, alimentação, medicação e estimulação”	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9	
			“Também damos o pequeno-almoço, almoço e lanche”	X										
			“A medicação já vai preparada daqui pela Doutora. Todos os dias levamos e depois é só dar ao utente.”			X								
Formação	Caracterização da formação	Formação anterior à entrada na Instituição	“Não, não trabalhava na área”	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9	
			“Sempre trabalhei no SAD. Tive inicialmente formação básica”					X						
		Formações específicas para trabalhar com pessoas com	“Às vezes temos curso sobre as demências, mas são rápidos. 1h30”	X					X					6
			“Frequentei os cursos do Centro de Saúde.”	X	X									

	Caracterização da formação (cont.)	sinais demências	“Frequentei cursos dados pela Instituição.”		X										
			“Agora temos formações on-line, mas não é a mesma coisa. Já tivemos há alguns anos sobre essa matéria. Agora com o COVID está tudo parado”			X									
			“Sim, já assisti a uma”					X	X						
			“Não, nenhuma.”							X	X	X			3
Formação (cont.)	Necessidades formativas	Conhecimento sobre tipologias, sinais de demência	“Este tema dava para formações de dia inteiro, coisa que não acontece”	X	X						X		X	5	
			“Tudo! Cada vez é mais importante, devido ao envelhecimento. As pessoas não estão despertas para o que são as demências. É importante sermos esclarecidas. As pessoas deviam de saber que eles não fazem de propósito. Quanto mais ferramentas tivermos, melhor.”					X							
			“Como lidar com a pessoa com demência”	X			X	X				X			
		Estratégias de comunicação	“Devíamos ter formação sobre escuta activa. As pessoas têm que aprender a escutá-los”			X								6	
			“As estratégias de comunicação são muito importantes. “					X	X		X				
Prestação de cuidados à pessoa com sinais de demência	Sentimentos vivenciados pelas AFAD	Impotência	“Quero puxar por ele e a situação não permite. Sinto que puxo, puxo e não sinto a resposta deles. Não reagem.”					X	X	X			X	4	
		Exaustão emocional	“Sinto-me esgotada muitas vezes”					X				X	X	3	
		Empatia	“Tem que se compreender a maneira de ser deles. Isto é uma escola! É colocar-me no lugar dos outros. Leva-me a mudanças de atitude”	X		X						X		3	
	Dificuldades das AFAD	Interação com a pessoa	“Por exemplo, levá-los para a banheira (...) No caso de uma Sra às vezes tem que se usar a força porque ela não quer fazer” “Esquecem-se que têm que tomar banho, que os temos que levantar. Temos que insistir” “Falar com calma, se não ficam mais agitados.”					X				X		7	

Prestação de cuidados à pessoa com sinais de demência (cont.)	Dificuldades das AFAD (cont.)		“Não colaboram. Nós dizemos uma coisa e depois esquecem e fazem outra.” “Eles têm muito medo. Agarram-se muito. Temos que fazer muita força.”	X		X						X	X		
		Comunicação ineficaz com a pessoa	“O desconhecimento da mente deles. Não conseguir falar com eles.” “Dizer que isto é um gato ou um cão, para eles é o mesmo” “Agora com a máscara é mais difícil. “ “Há dias que não interage. Toco, grito. Não sei o que fazer.”			X	X	X				X			7
		Identificação de sinais de demência	“Eu não sei quais os sinais de demência. Sei que eles não me reconhecem, que são teimosos. Mas quais os sinais? Não sei.” “Não percebem. (...) Não se lembram.”	X		X		X			X	X	X		6
		Ausência de conhecimentos sobre tipologias de demências	“Alzheimer.” “As demências são parecidas ao Alzheimer, não são?” “Sei que existem tipos, mas já não me lembro quais são” “Não sei.”	X			X	X	X				X		8
		Episódios de alucinações/ de agitação	“Têm a particularidade de não se lembrarem, ficarem mais agressivos.” “Às vezes chegamos a casa deles e reparamos que fizeram disparates. Quando os confrontamos ficam agitados/ agressivos e acusam-me a mim de o ter feito” “As alterações de medicação não ajudam. Ficam mais agressivos”			X	X	X			X				4
		Contacto com a família	“Dificuldade com as famílias. Ficam chateadas porque vamos tarde.” “Os familiares falam por cima de nós. (...) Pedimos que os familiares se retirem (...) deixam-nos mais agitados”		X		X								2

Prestação de cuidados à pessoa com sinais de demência (cont.)	Dificuldades das AFAD (cont.)	Gestão do regime terapêutico	“São poucos. Nós não mexemos na medicação. A medicação já vai preparada daqui pela Doutora. Todos os dias levamos e depois é só dar ao utente.”			X							1
		Prestação de cuidados de higiene	“Por exemplo, levá-los para a banheira (...) No caso de uma Sr.ª às vezes tem que se usar a força porque ela não quer fazer” “(…) A gestão da higiene num doente com demência é diferente, mais difícil. Não sei se não têm a perceção de como fazer.”	X			X			X	X		7
		Alimentação	“Alimentação a alguns. É uma das primeiras coisas que me alerta. Não querem comer mais. Começam sempre com negação à alimentação. Esquecem-se de comer. Se fizermos companhia acabam por comer”	X			X			X	X		4
	Necessidades das AFAD	Tempo	“Falta de tempo. Às vezes é difícil tentar que eles façam as coisas sozinhos. Demoram muito tempo.”	X									1
		Condições habitacionais da pessoa cuidada	“As condições habitacionais não são as melhores para a prestação de cuidados.”			X							1
	Estratégias adotadas pelas AFAD	Comunicar por gestos	“A mimica tem resultados melhores com estes doentes”				X						1
		Humor	“A abordagem é levá-los a bem, entrar na brincadeira. “			X				X			2
		Silêncio	“O silêncio também é muito bom, que eles às vezes querem é estar no cantinho deles.”									X	1
		Não contrariar	“Levá-los de acordo com os seus gostos.” “Nunca pressioná-los nem levá-los à força.” “Respeitar o tempo deles.” “Tentamos contornar a situação”			X	X				X	X	4
		Carinho	“Fazer uma festinha”	X									1
		Falar com serenidade	“A maneira como se fala. Você consegue tudo dela” “Falar com calma.”	X									5

**Apêndice VI** - *“As vivências dos cuidadores formais no cuidado ao idoso com sinais de demência, em contexto domiciliário: scoping review”*, pôster e certificado de participação no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

**As vivências dos cuidadores formais no cuidado  
ao idoso com sinais de demência, em contexto  
domiciliário**

Scoping Review elaborada no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final  
e Relatório” inserida no Mestrado de Enfermagem na área de  
Especialização em Enfermagem Comunitária: Enfermagem de Saúde  
Comunitária e de Saúde Pública

Por  
Melissa Mota Branco

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de  
Lisboa

Lisboa, 2021

**As vivências dos cuidadores formais no cuidado à  
pessoa com sinais de demência, em contexto  
domiciliário**

Scoping Review elaborada no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final  
e Relatório” inserida no Mestrado de Enfermagem na área de  
Especialização em Enfermagem Comunitária: Enfermagem de Saúde  
Comunitária e de Saúde Pública

Por  
Melissa Mota Branco  
192020081

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de  
Lisboa

Sob orientação da Professora Doutora Elisa Garcia

Lisboa, 2021

## LISTA DE SIGLAS

AFAD – Ajudantes Familiares de Apoio Domiciliário
DGS – Direção Geral de Saúde
JBI – Joanna Briggs Institute
SAD – Serviço de Apoio Domiciliário
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS – Organização Mundial de Saúde
PCC – População, Conceito e Contexto
PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyse

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	7
1. METODOLOGIA.....	9
1.1 TIPO DE ESTUDO.....	9
1.2 ASPETOS ÉTICOS.....	9
1.3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	9
1.4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	9
1.5 EXTRAÇÃO DE RESULTADOS.....	10
2. RESULTADOS.....	11
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	18
3.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	24
3.2 IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA.....	24
3.3 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
BIBLIOGRAFIA.....	28

## ÍNDICE DE IMAGENS

Figura 1. Fluxograma PRISMA .....	11
-----------------------------------	----

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Resumo dos artigos elegíveis .....	12
--	----

## INTRODUÇÃO

Atualmente o fenómeno do envelhecimento é uma realidade mundial. As alterações demográficas acarretam consequências indiscutíveis para a saúde, levando ao aumento da prevalência de doenças crónicas. (OMS, 2015)

Segundo as estimativas da prevalência das demências na Europa, Portugal apresenta 1,88% da população com demência, aproximadamente, 193 mil e 500 pessoas com demência, e estima-se que em 2050 o número aumentará para 3,82%. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em todo o mundo existam 47.5 milhões de pessoas com demência, número que pode atingir os 75.6 milhões em 2030 e quase triplicar em 2050 para os 135.5 milhões. (Alzheimer Europe, 2019).

Na definição apresentada pela OMS em 1992, a demência caracteriza-se por “Uma síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva no qual se registam múltiplas alterações das funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio, (...). As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes precedidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação.” (Sequeira, 2018).

Cada vez mais há uma procura maior de instituições e recursos sociais de forma a dar resposta à necessidade de cuidados que a pessoa idosa requer, surgindo assim a tipologia do cuidador formal (Sequeira, 2018). Este, é referente ao cuidado prestado por profissionais devidamente qualificados, quer seja ao nível domiciliário e/ou institucional, que têm uma preparação específica para desempenhar esse papel. (Batista et al., 2014; Sequeira, 2018).

Estes profissionais devem possuir competências, de modo a poderem intervir de forma adequada, reconhecendo quais as necessidades daqueles de quem cuidam apoiando-os na realização das suas atividades de vida diárias (King et al., 2012; Sequeira, 2018).

O conceito de cuidador formal encontra-se ainda preso à designação de profissionais de saúde, não sendo reconhecido o seu papel enquanto cuidadores com obrigações técnicas, mas também com necessidades variadas (Oliveira et al., 2007). Neste contexto torna-se cada vez mais importante focar o conhecimento sobre estes que são chamados a colaborar na prestação de cuidados dignos e qualificados a idosos.

Torna-se assim essencial estabelecer um trabalho de parceria entre a pessoa com demência, família, cuidadores formais, instituições de apoio e serviços de saúde disponíveis na

comunidade, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e inclusão social da pessoa com sinais de demência.

Dorothea Orem explicou o autocuidado como uma necessidade humana e a enfermagem como um serviço humano. Quando as necessidades de autocuidado excedem a capacidade de autocuidado, as pessoas experienciam desvios de saúde e necessitam de cuidados. O sistema de apoio e educação dos cuidadores formais possibilita ajustar as intervenções a desenvolver, uma vez que estes estão aptos a desempenhar ou podem e devem aprender a desempenhar medidas requeridas externamente ou internamente orientadas para o autocuidado do idoso com sinais de demência, sendo necessária assistência da enfermagem (Orem, 2001).

Faço ao exposto pretende-se o desenvolvimento de uma *scoping review* que siga as recomendações do *The Institute Joanna Briggs (JBI)*. O acrónimo de PCC inclui como P (pessoa) cuidadores formais, C (conceito) vivências das cuidadoras formais no cuidado à pessoa com sinais de demência e C (contexto) em contexto familiar. A questão de investigação que se colocou, segundo o acrónimo PCC foi “Quais as vivências das cuidadoras formais no cuidado à pessoa com sinais de demência, em contexto domiciliário?”. O objetivo geral desta *scoping review* é mapear as vivências das cuidadoras formais no cuidado à pessoa com sinais de demência, em contexto domiciliário. Os objetivos específicos são mapear as dificuldades, as necessidades e os sentimentos dos cuidadores formais na prestação de cuidados à pessoa com sinais de demência. A presente *scoping review* está subdividida em 5 capítulos: introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusão.

As normas da *American Psychological Association (APA)*, 6ª edição (2012), serviram de base para orientar a redação da *scoping review*. De salientar que após a pesquisa realizada, não foram encontradas *scoping reviews* sobre o tema a tratar.

## 1. METODOLOGIA

### 1.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo de investigação é uma scoping review que visa à obtenção de resultados amplos e abrangentes de um determinado tema, de forma exploratória, tendo uma questão vasta e aberta. Este tipo de investigação é usado para identificar as variáveis e as lacunas existentes na literatura. (Peters et al. 2020).

### 1.2 ASPETOS ÉTICOS

Quanto às questões éticas, estas foram asseguradas premiando o rigor da metodologia de pesquisa, no tratamento e apresentação de dados, e na referenciação dos autores, por forma a manter a fiabilidade e fidelidade da informação dos documentos que fundamentam um estudo de revisão.

### 1.3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A metodologia desta Scoping Review foi baseada no The Joanna Briggs Institute (JBI) Reviewers' Manual 2020 - Methodology for JBI Scoping Review. Os resultados obtidos na pesquisa são apresentados através do fluxograma Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) e a extração de resultados é apresentada sob forma de tabela.

### 1.4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

A pesquisa de artigos para esta scoping review foi realizada por etapas, tal como preconizado no manual de JBI: numa primeira etapa realizou-se pesquisa "aberta" sobre o tema em bases de dados científicos, tais como *EBSCO Host* e *PubMed*, assim como com recurso ao motor de busca *Google Scholar*, de modo a permitir a identificação de palavras-chaves contidas no título e resumos dos artigos e posteriormente, através destas, foram identificados os descritores MeSh: *dementia*, *home health allied*, *home health personnel*, *Alzheimer disease*,

*home care*, *caregivers*. Na etapa seguinte, efetivou-se o cruzamento dos mesmos com o operador booleano [AND], com as seguintes associações: *dementia* [AND] *home health allied*; *Alzheimer disease* [AND] *home health allied*; *dementia* [AND] *home health personnel*; *Alzheimer disease* [AND] *home health personnel*; *dementia* [AND] *home care* [AND] *caregivers*; *Alzheimer disease* [AND] *home care*. Foram utilizados limitadores temporais [2016-2021] sem especificidade de idioma.

A pesquisa foi efetuada entre os meses de Setembro e Outubro de 2021, pela mestranda Melissa Branco do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, pela professora orientadora Elisa Garcia do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto de Ciências da saúde, Universidade Católica Portuguesa e pela orientadora clínica Enfermeira Olívia Serra, Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária. A comparação dos resultados da pesquisa foi feita através da plataforma *Ryan* *Q/CRI*, por forma a sistematizar o processo de inclusão dos estudos optou-se pela metodologia PRISMA. A seleção dos artigos é apresentada num diagrama de fluxo (Figura 1).

### 1.5 EXTRAÇÃO DE RESULTADOS

Estabeleceram-se como critérios de inclusão: artigos com limitadores temporais [2016-2021], com texto completo gratuito, sem especificidade de idioma, artigos que abordem os cuidadores formais de pessoas com demência em contexto domiciliário, assim como artigos que evidenciaram as dificuldades, necessidades e sentimentos desta população, perante o cuidado à pessoa com sinais de demência, quer de natureza quantitativa ou qualitativa.

## 2. RESULTADOS

Os resultados obtidos na pesquisa são apresentados através do fluxograma PRISMA (Figura 1). Foram identificados 101 artigos nas bases de dados científicas, dos quais foram removidos 3 artigos por duplicação. Dos 98 artigos analisados, 27 artigos foram excluídos pelo título, 45 artigos pela leitura integral do resumo não enquadrando o PCC definido, 10 artigos por critérios temporais previamente estabelecidos e 3 artigos por falta de texto completo. Assim, foram elegidos 13 artigos para leitura integral, dos quais 6 foram removidos por conteúdo não pertinente, identificando-se 7 artigos como amostra final. Após a análise dos artigos foi possível depreender um conjunto de vivências dos cuidadores formais no cuidado à pessoa com sinais de demência, em contexto domiciliário, identificando as dificuldades, necessidades e sentimentos sentidas pela população (Quadro 1).

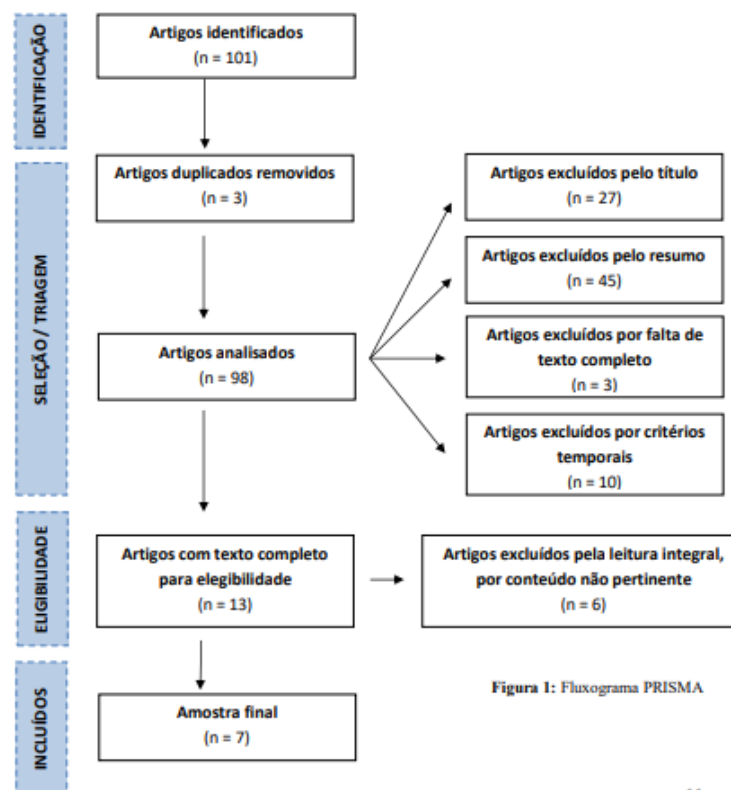


Figura 1: Fluxograma PRISMA

Quadro 1. Resumo dos artigos elegíveis.

Identificação do Artigo	País	Objetivo do estudo	População Amostra	Resultados	Conclusões
<p>A The subjective world of home care workers in dementia: an “order of worth” analysis</p> <p>(Schneider et al., 2019)</p>	<p>United Kingdom</p>	<p>Compreender como é um “bom” atendimento domiciliário para que este possa ser prestado de forma mais ampla.</p>	<p>334 visitas a seis famílias diferentes ao longo de dez meses; 11 diários de profissionais de apoio domiciliário e foram ainda realizadas entrevistas a 14 profissionais.</p>	<p>A atividade profissional inclui tarefas práticas de preparação de refeições, administração de medicamentos, tarefas domésticas e cuidados pessoais para idosos com demência.</p> <p>Os participantes referem estratégias sociais para a “construção de relacionamento”, como: conversar, observar, rir e compartilhar um interesse comum. Utilizam ainda estratégias para estimulação cognitiva, reconendo a técnicas sociais. A satisfação do cliente é sempre o objetivo do cuidado. Os profissionais de saúde demonstraram uma quantidade notável de tato e habilidade social para evitar embarçar ou humilhar clientes.</p> <p>Como dificuldades, os trabalhadores do apoio domiciliário referiram a agressividade dos clientes ou a não colaboração nas atividades, o que torna o processo de cuidado complicado e insatisfatório para a maioria dos trabalhadores; a relação com a família dos idosos com sinais de demência, e a gestão do tempo dos cuidados.</p>	<p>Embora aspirem priorizar a pessoa com demência, receber reconhecimento pelo que fazem parece fazer parte do equilíbrio moral implícito no cuidado domiciliário.</p> <p>Essa análise também permite que alguém de fora entenda como é importante para os prestadores de cuidados conseguir uma melhoria no bem-estar do cliente, por menor que seja. Mecanismos eficazes para capacitar os profissionais de saúde e recompensar os seus esforços podem ter implicações para a manutenção da equipa num ambiente de alta rotatividade.</p>

B	<p>“Satisfaction and difficulties of French professional home caregivers in supporting older people with Alzheimer’s disease or alcohol misuse”</p> <p>(Moscatto e Varescon, 2017)</p>	França	<p>Explorar a satisfação e as dificuldades dos profissionais de apoio domiciliário, bem como as suas experiências no cuidado de pessoas com doença de Alzheimer ou uso abusivo de álcool.</p>	Profissionais de apoio domiciliário (n = 17)	<p>A análise das entrevistas mostra que os profissionais de apoio domiciliário são afetados ao depararem-se com o envelhecimento psicopatológico. Eles mencionam principalmente a doença de Alzheimer e abuso de álcool. Definem a doença com vocabulário profissional, descrevendo os sintomas, e depois por sua percepção da experiência do idoso durante a sua doença. Enfatizam, sobretudo, a sua satisfação na realização da atividade profissional.</p> <p>Como dificuldade no cuidado à pessoa com Alzheimer ou uso de álcool referiram o lidar com os transtornos comportamentais, a relação com a família, o lidar com a progressão da doença e principalmente com a morte dos clientes.</p>	<p>Os profissionais entrevistados deram as suas percepções sobre as pessoas idosas e o seu trabalho, sentindo-se assim úteis ao fornecer apoio. As suas percepções desempenham um papel importante no seu trabalho e podem ter impacto na sua experiência profissional e pessoal, bem como na natureza do apoio aos idosos. Melhor identificação e conhecimento das dificuldades dos cuidadores em contexto domiciliário, bem como a compreensão das suas vivências frente às patologias associadas, devem auxiliar no desenvolvimento de ações de prevenção e apoio a esses profissionais nas empresas que os empregam.</p>
C	<p>Development and implementation of dementia-related integrated knowledge translation strategies in rural home care</p> <p>(Bayly et al., 2018)</p>	Canadá	<p>Desenvolver estratégias integradas de tradução de conhecimento para facilitar a troca e uso dos melhores conhecimentos disponíveis sobre cuidados à pessoa com demência.</p>	Profissionais de apoio domiciliário (n =19).	<p>Os investigadores sugerem que os prestadores de cuidados domiciliários têm necessidades educacionais relacionadas com demência e beneficiam de suportes formais de troca de conhecimento. O projeto com implementação de estratégias formativas executou 2 estratégias: um folheto com informações / recursos para pessoas com demência e seus familiares e a segunda envolvia educação em demência e treino de habilidades através de sessões de formação on-line ministradas por Profissionais de saúde. Após os módulos de formação, os participantes tinham acesso a aplicações que possuíam ferramentas de fácil e rápido acesso com informações e dicas no cuidado à pessoa com demência.</p>	<p>Os cuidadores relataram que as estratégias de formação possibilitaram soluções rurais / comunitárias específicas, aprimoraram os seus conhecimentos e a capacidade de utilizar as melhores práticas de informação sobre demência, aumentaram a sua capacidade no sentido de modificar os seus conhecimentos sobre demência e, em última análise, melhorou o bem-estar da família e do cliente. Os cuidadores relataram benefícios profissionais da sua participação nas formações e também benefícios para as pessoas que vivem com demência, tal como os seus cuidadores. As descobertas sugerem a utilidade de tais estratégias para ir ao encontro das necessidades de educação contínua dos prestadores de cuidados domiciliários.</p>

D	Dementia-related work activities of home care nurses and aides: Frequency, perceived competence, and continuing education priorities  (Morgan et al., 2016)	Canadá	Examinar a frequência e a competência percebida na realização de 20 atividades de trabalho relacionadas com a demência e identificar as prioridades de educação continuada entre a equipa de apoio domiciliário.	Auxiliares de apoio domiciliário (n = 41) e enfermeiros/gerente de caso (n = 41).	As 5 atividades mais realizadas pelos auxiliares foram avaliar o risco de quedas (100%), auxiliar nos cuidados pessoais (100%), reconhecer alterações na função cognitiva do utente (97,6%), auxiliar nas atividades de vida diária (96,6%) e discutir questões de segurança (78,0%). Os Enfermeiros/gerentes de caso relataram sentir-se mais competentes do que os auxiliares em 8 atividades. As cinco atividades com maiores níveis de competência para os auxiliares foram: auxiliar nos cuidados pessoais (90,2%), auxiliar nas atividades da vida diária (87,8%), avaliar o risco de quedas (80,5%), reconhecer alterações na função cognitiva dos utentes (73,2 %), e prestação de cuidados paliativos aos utentes (70,0%). Para os auxiliares foram identificadas prioridades de aprendizagem: deteção dos primeiros sintomas de demência, reconhecer as diferenças dos subtipos de demência, avaliar a capacidade funcional, conversar com as famílias sobre a progressão da doença e gerir os sintomas comportamentais dos idosos.	Esta descoberta pode refletir os níveis mais baixos de educação dos auxiliares em comparação com a restante equipa profissional e o papel mais restrito dos auxiliares, que normalmente se concentra na prestação de cuidados práticos e têm menos oportunidades de desenvolver outras habilidades. Os resultados deste estudo destacam a importância de avaliar diretamente a competência percebida e as prioridades de educação para a equipa de apoio domiciliário que presta assistência a indivíduos com demência.
---	---	--------	--	---	--	---

E	<p>Understanding the training and education needs of homecare workers supporting people with dementia and cancer: A systematic review of reviews</p> <p>(Cunningham et al., 2020)</p>	United Kingdom	<p>Compilar e sintetizar as descobertas de revisões sistemáticas sobre a preparação e educação dos trabalhadores dos serviços de apoio domiciliário, nas áreas da demência e do cancro.</p> <p>Identificar os principais temas, que tornam mais fácil ou mais difícil a preparação e educação dos trabalhadores que prestam cuidados domiciliários.</p> <p>Destacar as principais lacunas na educação dos trabalhadores de apoio domiciliário, bem como as áreas/aspectos a melhorar no desenvolvimento e pesquisas futuras.</p>	Revisão sistemática da literatura	<p>Na análise da literatura foram identificados 3 temas: educação e preparação; força de trabalho: motivação e resiliência; e organizações: apoiar a aprendizagem.</p> <p>No tema educação e preparação é dado ênfase à aprendizagem cara a cara, em grupos e em equipas de trabalho. Os bons métodos de ensino incluíram a oportunidade de partilhar e trocar novas aprendizagens e estabelecer contacto com colegas e com colegas seniores. Outros facilitadores chave combinaram métodos de ensino multidisciplinares, integrados e colaborativos.</p> <p>No segundo tema - Força de trabalho: motivação e resiliência - os custos, a localização, a distância, as viagens, as habilidades técnicas (computador), baixa satisfação no trabalho, esgotamento, exaustão emocional combinada com suporte emocional limitado e falta de preparação para a morte e clientes em fim de vida foram citadas como barreiras de motivação para a aprendizagem.</p> <p>Por último, no terceiro tema - Organizações: Apoiar a aprendizagem: refere como facilitador da aprendizagem a formação contínua e a supervisão/monitorização dos trabalhadores. As barreiras identificadas foram a descontinuidade da gestão das organizações, a sobrecarga dos trabalhadores e a estratégia educacional focada na vertente prática.</p>	<p>Esta revisão destaca que a preparação e a educação disponíveis e acessíveis para os trabalhadores de cuidados domiciliários podem não preencher as lacunas de conhecimento de forma a evitar prejuízos. Não é dado ênfase às patologias e às comorbilidades dos utentes com demência e cancro. Além disso, a preparação e educação representam um estilo de aprendizagem passivo e isso não reflete as melhores práticas e abordagens de aprendizagem defendidas em todo o espectro da pesquisa educacional.</p>
---	---	----------------	--	-----------------------------------	---	---

F	<p>Gaps in understanding the experiences of homecare workers providing care for people with dementia upto the end of life: A systematic review</p> <p>(D'Astous et al., 2019)</p>	United Kingdom	<p>Explorar as perspectivas e experiências de trabalhadores de apoio domiciliário na prestação de cuidados a pessoas com demência que vivem em casa até ao fim de vida.</p>		<p>Os dados foram sintetizados em três temas abrangentes: valorização da profissão, trabalho emocional e má informação e comunicação.</p> <p>No primeiro tema foi destacada a ambiguidade da função e falta de validação da função, sentirem-se parte da equipa multidisciplinar, enfatizando a importância da comunicação entre os membros da mesma.</p> <p>O segundo tema foi o trabalho emocional, tendo em conta o stress no trabalho relacionado com os cuidados à pessoa com demência, tensão emocional relacionada aos cuidados de fim de vida e suporte emocional limitado.</p> <p>Por fim os trabalhadores referem ter uma preparação limitada: escassas informações sobre o cliente para prepará-los para a função e necessidades de preparação para o processo de fim de vida específico para demência.</p>	<p>O papel dos trabalhadores de apoio domiciliário na prestação de cuidados à pessoa com demência até o fim da vida permanece pouco pesquisado. O estudo apresenta como necessidades destes profissionais suporte informativo, técnico e emocional.</p>
---	---	----------------	---	--	--	---

G	<p>'It's what you do that makes a difference' An interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care workers experiences of nutritional care for people living with dementia at home</p> <p>(Mole et al., 2019)</p>	United Kingdom	<p>Explorar as experiências e percepções sobre o cuidado nutricional de pessoas que vivem com demência em casa, na perspectiva de profissionais de saúde e trabalhadores de apoio domiciliário.</p>	<p>7 Participantes: 2 trabalhadoras de apoio domiciliário, 1 clínico geral, 1 nutricionista, 1 terapeuta ocupacional, 1 enfermeiro e 1 assistente social.</p>	<p>Os tópicos incluíram explorar a natureza do papel dos participantes, as suas experiências de cuidado nutricional neste grupo e o que eles achavam que melhoraria o cuidado nutricional para pessoas que vivem com demência em casa. Foram identificados 4 temas: a responsabilidade de cuidar, prática restringida pela política, importância da parceria necessária entre os profissionais e os cuidadores familiares e melhorar o cuidado nutricional.</p> <p>Embora a função específica de cada profissional de saúde seja diferente, houve um consenso entre os participantes ligada à garantia de um ambiente seguro e à promoção do bem-estar. Os participantes discutiram os atributos que consideram importantes necessários ao trabalhar com alguém com demência</p> <p>Os participantes sentiram que muitas questões relacionadas à eficácia do cuidado nutricional eram resultado do tempo disponível para os profissionais do apoio domiciliário por visita. Pessoas com demência podem ter dificuldades para planejar os horários das refeições e podem perder ou deixar as refeições se não receberem apoio.</p>	<p>Os resultados reforçam a importância de garantir que os profissionais de saúde e os profissionais de apoio domiciliário recebam formação adequada para identificar os riscos nutricionais, ajudar os cuidadores familiares a fazer escolhas adequadas de alimentos e bebidas e prevenir o risco de desnutrição.</p>
---	---	----------------	---	---	---	--

### 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O artigo A é um estudo de caso etnográfico de um centro de apoio domiciliário em Inglaterra. Os pesquisadores gravaram notas de campo em 334 visitas de cuidado a seis famílias diferentes ao longo de dez meses; onze profissionais desenvolveram diários com 231 entradas, totalizando mais de 87.500 palavras; e foram ainda realizadas entrevistas a 14 profissionais. A atividade profissional destes cuidadores inclui tarefas práticas de preparação de refeições, administração de medicamentos, tarefas domésticas e cuidados pessoais para idosos com demência. Os participantes referem adotar estratégias sociais para a “construção de relacionamento”. Isso inclui conversar, observar, rir e compartilhar um interesse comum. O uso de tarefas práticas para responder às necessidades sociais, são utilizadas também com o objetivo de aproveitar as oportunidades para a estimulação cognitiva em pessoas com demência. Sempre que possível, o bom apoio domiciliário parece ter como objetivo a satisfação do cliente. Os profissionais demonstraram, uma quantidade notável de tato e habilidade social para evitar embaraçar ou humilhar os idosos em situações de lapsos de memória ou incontinência, por exemplo. Outras estratégias diplomáticas são utilizadas, particularmente para lidar com os familiares, que por vezes agem de maneira diferente do cuidador pago. Clientes agressivos ou não colaborantes nos cuidados são problemáticos e às vezes podem ser distópicos porque isso torna o processo de cuidado complicado e insatisfatório para a maioria dos trabalhadores, que geralmente preferem ser capazes de demonstrar uma melhoria material no bem-estar do cliente no final de uma visita. Os familiares às vezes podem apresentar um inconveniente, especialmente se não tiverem visão ou não seguirem os mesmos valores de cuidado que o trabalhador. Os cuidadores referem que muitos familiares transgridem as fronteiras sociais e que utilizam assuntos negativos ou distópicos que destabilizam os idosos. Vários trabalhadores dão exemplos em que permaneceram além de seu tempo alocado (pago) porque consideraram isso importante para os interesses do cliente. Embora aspirem priorizar a pessoa com demência, receber reconhecimento pelo que fazem parece fazer parte do equilíbrio moral implícito no cuidado no domicílio. No final do artigo é enfatizado que os mecanismos eficazes para capacitar os profissionais de saúde e recompensar os seus esforços podem ter implicações para a manutenção da equipa num ambiente de alta rotatividade. (Schneider et al., 2019)

No artigo B a análise textual das entrevistas realizadas mostra que os profissionais de apoio domiciliário são afetados com o envelhecimento psicopatológico dos clientes. Eles

mencionam como principais patologias dos seus idosos a doença de Alzheimer e abuso de álcool. No entanto, a doença de Alzheimer continua a ser a principal percepção do envelhecimento patológico para todos eles. Definem a doença com vocabulário profissional, descrevendo os sintomas. No entanto, o conhecimento profissional e suas vivências quotidianas com a doença não influencia a natureza das suas percepções. Ao descrever a experiência profissional de envelhecimento patológico, enfatizam, sobretudo, a satisfação profissional. Esse sentimento advém da percepção de sentir-se adaptado profissionalmente para prestar um suporte de qualidade no que se refere a “entender, falar, repetir” e “fazer” com a pessoa. O sofrimento também foi mencionado durante os cuidados devido à inevitável progressão da doença. A progressão do envelhecimento não é isenta de consequências nas relações com os familiares. Os profissionais entrevistados deram as suas percepções sobre as pessoas idosas e seu trabalho e sentiam-se úteis ao fornecer apoio, apesar dos desfechos desfavoráveis dos transtornos. Referiram como dificuldades o lidar com os transtornos comportamentais, as relações com os familiares e principalmente a dificuldade em lidar com a morte dos clientes. As suas percepções desempenham um papel importante no seu trabalho e podem ter impacto na sua experiência profissional e pessoal, bem como na natureza do apoio aos idosos. O estudo enfatiza que uma melhor identificação e conhecimento das dificuldades dos cuidadores em contexto domiciliário, bem como a compreensão das suas vivências frente às patologias associadas, devem auxiliar no desenvolvimento de ações de prevenção e apoio a estes profissionais nas empresas que os empregam. Muitas vezes sozinhos na casa do idoso e com pouco apoio das organizações que os empregam, eles precisam de apoio psicológico para ajudá-los a falar sobre as suas experiências no trabalho, incluindo as suas ansiedades, as suas limitações e os seus sentimentos de impotência. Do ponto de vista ético, esse apoio profissional a esses funcionários é essencial para garantir o atendimento adequado e oportuno aos idosos. Evidentemente, cuidar do cuidador levará a um sistema de cuidado aprimorado, evitando o aumento do sofrimento já vivenciado (Moscato e Varescon, 2017).

A análise deste artigo vai de encontro a outros resultados da literatura que referem que apesar de não terem formação sobre a temática, a abordagem intuitiva dos trabalhadores do apoio domiciliário deve ser valorizada, que se deve fornecer aos trabalhadores formação sobre a patologia em causa e sobre as necessidades do destinatário dos cuidados, de forma a desmistificar as suas crenças e melhorar a qualidade de cuidados prestados (Ayalon, 2008).

No artigo C, (Bayly et al., 2018), os investigadores do estudo sugerem que os prestadores de cuidados domiciliários a nível rural têm necessidades educacionais relacionadas com demência e iriam beneficiar de suportes formais de formação. O projeto sobre a implementação de estratégias de formação ocorreu em 2 Centros de cuidados domiciliários em zonas rurais e foram avaliadas em vários momentos. Foi contratada uma Enfermeira para implementação do projeto nos 2 centros em colaboração com os investigadores. No Centro A

estratégia envolveu o desenvolvimento e implementação de um folheto com informações / recursos para pessoas com demência e seus cuidadores (incluía informações sobre demência, gestão da demência e estratégias de comunicação, uma lista de recursos locais (incluindo custos associados) e informações de contato e links para outros recursos úteis relacionados com demência. No Centro B a estratégia envolvia educação em demência e treino de habilidades através de sessões de formação on-line ministradas por Profissionais de saúde. Após os módulos de formação, os participantes tinham acesso a aplicações que possuíam ferramentas de fácil e rápido acesso com informações e dicas no cuidado à pessoa com demência. Em consonância com os focos desta pesquisa, os temas foram organizados em três categorias: (a) vantagens e desvantagens das estratégias de formação, (b) papel do formador e (c) o impacto percebido das estratégias de formação. Enquanto os prestadores de cuidados domiciliares identificaram várias vantagens nas estratégias eficazes de formação (ou seja, desenvolvimento colaborativo por usuários do conhecimento, alinhamento com os valores e cultura organizacional, e comunicação regular), surgiram também dificuldades de implementação do projeto (por exemplo, falta de tempo, recursos limitados e a natureza variável da demência). Os participantes sentiram que a liderança era importante para o sucesso das estratégias e viram o formador de uma forma muito positiva, especificamente em relação à facilidade de comunicação, mantendo as estratégias sob controle. O formador era considerado um recurso humano valioso, útil para a tradução contínua do conhecimento. Os cuidadores relataram que as estratégias formação possibilitaram soluções rurais / comunitárias específicas, aprimoraram os seus conhecimentos e a capacidade de utilizar as melhores práticas, aumentaram a sua capacidade no sentido de modificar os seus conhecimentos sobre demência e, em última análise, melhorou o bem-estar da família e do cliente. Os cuidadores relataram benefícios profissionais da sua participação nas estratégias de tradução integrada de conhecimento e também benefícios para as pessoas que vivem com demência, tal como os seus cuidadores. As descobertas sugerem a utilidade de tais estratégias para ir ao encontro das necessidades de educação contínua dos prestadores de cuidados domiciliares (Bayly et al., 2018). O presente artigo, vai de encontro aos que as famílias dos idosos com sinais de demência sentem. Estas abordam 5 temas fundamentais relacionados com a compreensão dos trabalhadores de apoio domiciliário sobre demência, cuidado centrado na pessoa, comunicação e relacionamento, colaboração mútua e a influência das restrições organizacionais na continuidade de cuidado. Reconhecem nos profissionais do apoio domiciliário falta de conhecimento sobre demência. Por outro lado, a compreensão da experiência vivida com a demência, a comunicação e o relacionamento eficazes e a continuidade do cuidado contribuem significativamente para uma experiência positiva em receber cuidados (Polacsek et al, 2019).

O artigo D trata de uma pesquisa transversal de todos os funcionários de apoio domiciliário numa região de saúde rural. De 111 funcionários elegíveis, 82 participaram (41

auxiliares de apoio domiciliário e 41 enfermeiras / gerentes de caso). A pesquisa foi realizada através de um questionário aplicado aos dois grupos da amostra. O questionário incluía 20 atividades relacionadas com o cuidado à pessoa com demência que foram avaliadas em relação à frequência com que as realizavam, depois era avaliada a competência percebida e posteriormente foram questionados sobre tópicos das necessidades formativas. As cinco atividades mais realizadas pelos enfermeiros /gerentes de caso foram: reconhecer mudanças na função cognitiva dos utentes (97,6%), discutir questões de segurança com as famílias (95,1%), discutir estratégias para gerir os cuidados pessoais dos utentes (90,2%), avaliar o risco de quedas (90,2%) e detetar os primeiros sintomas de demência (87,5%). Nos auxiliares, as cinco atividades mais frequentes foram avaliar o risco de quedas (100%), auxiliar nos cuidados pessoais (100%), reconhecer alterações na função cognitiva do utente (97,6%), auxiliar nas atividades de vida diária (96,6%) e discutir questões de segurança (78,0%). Os Enfermeiros / gerentes de caso relataram sentir-se mais competentes do que auxiliares em oito atividades. Os auxiliares sentiam-se altamente competentes em apenas duas atividades (auxiliar nos cuidados pessoais e nas atividades da vida diária). Assim, os enfermeiros / gerentes sentiam-se mais competentes em geral do que os auxiliares. Esta descoberta pode refletir os níveis mais baixos de educação dos auxiliares em comparação com a equipe profissional e o papel mais restrito dos auxiliares, que normalmente se concentra na prestação de cuidados práticos e tem menos oportunidades de desenvolver outras habilidades. Para os auxiliares foram identificadas prioridades de aprendizagem reconhecer as diferenças dos subtipos de demência, avaliar a capacidade funcional, conversar com as famílias sobre a progressão da doença, gerir os sintomas comportamentais dos idosos. Estas descobertas sugerem que os auxiliares fariam essas atividades com mais frequência se estivessem adequadamente preparados. Os resultados deste estudo destacam a importância de avaliar diretamente a competência percebida e as prioridades de educação para a equipa de apoio domiciliário que presta assistência a indivíduos com demência. Basear as decisões sobre a programação de educação continuada apenas em atividades típicas de enfermeiros e auxiliares de assistência domiciliária (ou seja, a frequência das atividades) pode levar ao desalinhamento das intervenções educacionais com as necessidades sentidas (Morgan et al., 2016).

Relativamente ao artigo E, este consiste numa revisão sistemática de revisões e fornece uma visão geral da preparação e educação sobre demência e cancro acessível aos trabalhadores de cuidados domiciliares. Foram seleccionadas 13 artigos de revisões, todos eles evidenciando as necessidades formativas dos trabalhadores de apoio domiciliário. Na análise da literatura foram identificados 3 temas: educação e preparação; Força de trabalho: motivação e resiliência; Organizações: Apoiar a aprendizagem.

No tema educação e preparação, alguns métodos de ensino são identificados como facilitadores de aprendizagem. É dado ênfase à aprendizagem cara a cara, em grupos e em

equipes de trabalho. Os bons métodos de ensino incluíram a oportunidade de compartilhar e trocar novas aprendizagens e estabelecer contato com colegas e com colegas seniores para apoio, orientação e troca de conhecimento. Este método de ensino e aprendizagem também aumentou a coesão do grupo entre os trabalhadores de cuidados domiciliares. Outros facilitadores chave combinaram métodos de ensino multidisciplinares, integrados e colaborativos. Isso incluiu contribuições de especialistas conhecidos ou especialistas na área, juntamente com informações de, por exemplo, pessoas com demência e seus cuidadores.

No segundo tema - Força de trabalho: motivação e resiliência – os custos, a localização, a distância, as viagens e as habilidades técnicas (computador) foram citadas em sete análises como barreiras de motivação para a aprendizagem e particularmente relevantes numa localidade rural. Outras barreiras identificadas foram: baixa satisfação no trabalho, esgotamento, exaustão emocional combinada com suporte emocional limitado e falta de preparação para a morte e clientes em fim de vida.

Por último, o terceiro tema - Organizações: Apoiar a aprendizagem - refere como facilitador da aprendizagem a formação contínua e a supervisão/ monitorização dos trabalhadores. As barreiras identificadas foram a descontinuidade da gestão das organizações e a sobrecarga dos trabalhadores. Enfatizam ainda que as organizações que têm como estratégia educacional, maioritariamente, a vertente prática, levam também a uma maior dificuldade de aprendizagem dos trabalhadores (Cunningham et al., 2020).

O artigo F é uma revisão sistemática da literatura que explora as perspetivas e experiências de trabalhadores de apoio domiciliário que prestam cuidados a pessoas com demência que vivem em casa até o final de vida. Foram incluídos 12. Os dados foram sintetizados em três temas abrangentes: valorização da profissão, trabalho emocional e má informação e comunicação.

No primeiro tema foi destacada a ambiguidade da função e falta de validação da função, sentirem-se parte da equipa multidisciplinar, enfatizando a importância da comunicação entre os membros da mesma. Houve referência à ligação com colegas seniores e supervisores de cuidados de apoio domiciliário que aumentavam o conhecimento e competência dos trabalhadores e melhoravam a qualidade de vida das pessoas com demência. Aqui também a remuneração foi mencionada. Baixos salários nesta linha de trabalho não é uma descoberta nova, mas há menção consistente da necessidade de melhorar os salários e reconhecer o valor do trabalho de cuidado.

O segundo tema foi o trabalho emocional, tendo em conta o stress no trabalho relacionado com os cuidados à pessoa com demência, tensão emocional relacionada aos cuidados de fim de vida e suporte emocional limitado. Embora o trabalho físico do apoio domiciliário possa ser extenuante, há algumas evidências que os trabalhadores também precisam de preparação e apoio para lidar com o trabalho de prestação de cuidados com demência e de

fim de vida. Estes trabalhadores experimentaram níveis mais elevados de stress no trabalho, que se sentiam perturbados com as alterações comportamentais dos utentes e os problemas cognitivos levando à sua insatisfação laboral. Estes trabalhadores também não estão preparados para lidar com a morte dos utentes, havendo um risco de luto agravado. A preparação informativa, técnica e emocional foi amplamente reconhecida como necessidades não atendidas entre os trabalhadores.

Por fim os trabalhadores referem ter uma preparação limitada: escassas informações sobre o cliente para prepará-los para a função (sintomas, mudanças nas capacidades físicas ou mentais, dor e conforto foi considerado essencial para atender às necessidades do cliente); identificam comunicação ineficaz entre os membros da equipa multidisciplinar e famílias; e necessidade de preparação para o processo de fim de vida específico na demência.

O papel dos trabalhadores de apoio domiciliário na prestação de cuidados à pessoa com demência até o fim da vida permanece pouco pesquisado, com necessidades não atendidas de suporte informativo, técnico e emocional. As componentes eficazes de preparação e suporte não foram identificadas.

O artigo G (D'Astous et al., 2019) explora as experiências e percepções sobre o cuidado nutricional de pessoas que vivem com demência em casa, na perspetiva de profissionais de saúde e trabalhadores de apoio domiciliário. Cada participante participou numa entrevista semiestruturada. Todos os participantes viram e leram um caso fictício de um marido cuidador da sua esposa com demência em casa. Os tópicos incluíram explorar a natureza do seu papel, as suas experiências de cuidado nutricional neste grupo e o que eles achavam que melhoraria o cuidado nutricional para pessoas que vivem com demência em casa. Foram identificados 4 temas: a responsabilidade de cuidar, prática restringida pela política, importância da parceria necessária entre os profissionais e os cuidadores familiares e melhorar o cuidado nutricional.

Embora a função específica de cada profissional de saúde seja diferente, houve um consenso entre os participantes ligada à garantia de um ambiente seguro e à promoção do bem-estar. Os profissionais de apoio domiciliário estão entre os profissionais que podem visitar as pessoas em casa regularmente e descrevem seu papel como encorajador da capacitação e promoção de um papel ativo para o indivíduo com demência. Os participantes discutiram os atributos que consideram importantes necessários ao trabalhar com alguém com demência: paciência. Problemas com restrições de tempo foram referidos por alguns participantes, no entanto, as trabalhadoras de cuidados domiciliares foram mais sensíveis em como o tempo disponível pode ter impacto nos cuidados nutricionais para o indivíduo com demência. Todos os participantes referiram a importância de aumentar a consciencialização sobre as questões nutricionais e uma melhor preparação em cuidados nutricionais para profissionais de saúde, trabalhadores de apoio domiciliário e cuidadores familiares. Os participantes sentiram que muitas questões relacionadas à eficácia do cuidado nutricional eram resultado do tempo

disponível para os profissionais do apoio domiciliário por visita. Pessoas com demência podem ter dificuldades para planejar os horários das refeições e podem perder ou deixar as refeições se não receberem apoio.

Este grupo de profissionais de saúde e trabalhadores de apoio domiciliário reconheceram a importância de melhorar o cuidado nutricional de pessoas que vivem com demência em casa e sentiram-se responsáveis por isso. No entanto, eles sentiram que estavam limitados pelo tempo e/ou conhecimento. A importância de apoiar o cuidador familiar e trabalhar em colaboração foi destacada.

Os resultados reforçam a importância de garantir que os profissionais de saúde e os profissionais de apoio domiciliário recebam formação adequada para identificar os riscos nutricionais, ajudar os cuidadores familiares a fazer escolhas adequadas de alimentos e bebidas e prevenir o risco de desnutrição (D'Astous et al., 2019).

### 3.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações, para a elaboração da presente *scoping review* foram consultadas um elevado número de bases de dados eletrónicas, houve dificuldade na identificação dos descritores Mesh, dos filtros utilizados nessas mesmas bases eletrónicas como a disponibilidade de texto gratuito integral, bem como na inclusão de artigos que abordassem as vivências das cuidadoras formais no cuidado à pessoa com sinais de demência, essencialmente em contexto domiciliário. Estas limitações podem ter levado à exclusão de artigos com resultados pertinentes para a temática. De salientar a falta de clareza de alguns resultados dos artigos e também o facto de não terem sido encontrados estudos desenvolvidos em Portugal.

### 3.2 IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA

Considera-se que a pesquisa desenvolvida permitiu mapear os conceitos-chave do nosso campo de pesquisa perante a nossa questão detalhada PCC, identificando as dificuldades, necessidades e sentimentos vividos pelos cuidadores formais no cuidado à pessoa com demência, em contexto domiciliário. A presente *scoping review* possibilitou identificar um conjunto de intervenções que têm como objetivo desenvolver no cuidador formal competências para cuidar de forma adequada de pessoas com demência. De salientar a ausência de estudos realizados em Portugal e o baixo número de estudos que incluíssem como população/amostra os cuidadores formais em contexto de apoio domiciliário. Importante concluir que a intervenção de enfermagem nas Instituições, de forma contínua, é necessária para capacitar os cuidadores

formais face ao problema identificado. Assim, este pode ser o ponto de partida para maior investimento e investigação perante a temática estudada.

### 3.3 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

As *scoping reviews* não validam a qualidade metodológica dos artigos incluídos, nem a sua evidência, logo não podem ser consideradas implicações/recomendações para a prática.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos com demência apresentam grande dependência física e frequentes distúrbios comportamentais, o que leva a um grande desgaste dos cuidadores formais. Estes referem elevados níveis de stress, uma grande sobrecarga física e insatisfação laboral.

Na última década, segundo a literatura, tem existido um grande investimento no desenvolvimento de ações de formação para os cuidadores formais, com especial foco na informação e aquisição de conhecimentos e competências em relação à demência nos idosos. Em Portugal, verifica-se a existência de um fraco conhecimento acerca das necessidades de saúde e de reabilitação da população com demência.

Assim, esta *scoping review* surge com o intuito de mapear as vivências dos cuidadores formais no cuidado à pessoa com sinais de demência, em contexto domiciliário. Foram identificados um conjunto de dificuldades, necessidades e sentimentos associados à prática destes profissionais.

A literatura evidencia que apesar de não terem formação especializada, os participantes referem deter algumas competências na prestação de cuidados a utentes com demência, essas competências resultam principalmente da sua experiência profissional e da interação com os colegas.

Os AFAD identificaram várias dificuldades no trabalho com pessoas com sinais de demência, nomeadamente: o desconhecimento da doença, a interação com o utente, a falta de tempo, a alimentação da pessoa com demência, o impacto emocional e físico, e a interação com a família dos utentes. Ao longo dos artigos analisados foi dado ênfase que cuidar de uma pessoa com demência é mais exigente do que cuidar de uma pessoa com limitações de outra ordem, devido sobretudo às dificuldades de comunicação e interação e nos distúrbios comportamentais próprios da doença, como a agitação e a agressividade. A literatura menciona que estes cuidadores referem desconhecimento acerca das características da demência e os seus sintomas e etiologia, levando assim a uma manifestação de um sentimento de incerteza relativamente à adequação e à qualidade dos cuidados que prestam. Foi também salientada, a dificuldade na interação com os familiares dos utentes, especialmente devido à presença de expectativas desiguais.

Apesar destas dificuldades, os estudos apontam que os cuidadores formais manifestam aspetos positivos no cuidado, tais como: sentimentos de gratificação, na manutenção da dignidade e a contribuição para o bem-estar da pessoa com demência.

No entanto, a evidência científica mostra que é escassa a formação dos cuidadores relativamente a aspetos de reabilitação que podem ser aplicados na prestação dos cuidados. Assim, é necessário formar os cuidadores formais com competências que lhes permitam adequar os cuidados às necessidades dos idosos com sinais de demência e, simultaneamente, diminuir a sobrecarga implícita ao ato de cuidar.

Neste sentido, alguns autores sublinham que programas (estruturados, breves e multidisciplinares) que incluem a informação e o apoio emocional são os mais eficazes na melhoria das competências dos cuidadores formais e da qualidade dos cuidados prestados.

A questão da formação ocupa um lugar de destaque nas necessidades da profissão dos cuidadores formais, dado que as suas funções e a complexidade das necessidades dos idosos exigem habilidade, competência e conhecimentos que se obtêm através de uma formação inicial e contínua.

Apesar da escassez de literatura que responda à questão da presente *scoping review*, os objetivos foram atingidos. Este conhecimento é fundamental para o desenvolvimento de programas educativos, que vão ao encontro das expectativas dos profissionais e que proporcionem informação e apoio adequados, promovendo assim a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes e o bem-estar de idosos e cuidadores.

## BIBLIOGRAFIA

- Alvarado A, Alvarado P., Rojas L., Oviedo P. (2019). *Necesidades de cuidado en los pacientes con demencia y/o alzheimer: una revisión integrativa*. Revista Cuidarte. 10(3): e813. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.813>
- Alves, A., Araújo, D., Coimbra, D., Leitão, S.. (2020). *Envelhecimento populacional: desafios e possibilidades para a saúde pública* [Comunicação oral]. Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG. 1º CONGERU – Congresso Online de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG. 1(1) Disponível em: <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/congresso geriatria/article/view/2384>
- Alzheimer Europe. (2020) *Dementia in Europe yearbook 2019*. In: Estimating dementia cases amongst migrants living in Europe. Luxembourg: Alzheimer Europe. Disponível em: <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks>
- Ayalon L. (2009) *Beliefs and practices regarding Alzheimer's disease and related dementias among Filipino home care workers in Israel*. Aging Ment Health. May;13 (3):456-62. DOI: 10.1080/13607860802534625. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19484610/>
- Batista, M. P. P., Almeida, M. H. M., Ancman, S. (2014) *Formal elderly caregivers: historical background in the Brazilian context, outubro/dezembro*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 17(4): 879-885. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13148>
- Bayly M, Forbes D, Blake C, Peacock S, Morgan D. (2018) *Development and implementation of dementia-related integrated knowledge translation strategies in rural home care*. Online Journal of Rural Nursing and Health Care 18(2):29-64 DOI:10.14574/ojrnhc.v18i2.509. Disponível em: <https://ojsjournal.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/509>
- Cunningham N, Cowie J, Watchman K, Methven K. (2020) *Understanding the training and education needs of homecare workers supporting people with dementia and cancer: A systematic review of reviews*. Dementia (London). Nov;19(8):2780-2803. DOI: 10.1177/1471301219859781. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31271044/>
- D'Astous V, Abrams R, Vandrevale T, Samsi K, Manthorpe J. (2019) *Gaps in Understanding the Experiences of Homecare Workers Providing Care for People with Dementia up to the End of Life: A Systematic Review*. Dementia (London). Apr;18(3):970-989. DOI: 10.1177/1471301217699354. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28358269/>
- Despacho normativo n.º 62/99 de 12 de Novembro. Diário da República n.º 264/1999, Série I-B. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Direção Geral da Saúde Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
- DGS. (2015). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. (DGS, Ed.). Lisboa. Disponível em: <http://1ui5ms2lli5hdgbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- King, R., Hartke, R., Houle, T., Lee, J., Herring, G., Alexander-Peterson, B., Raad, J. (2012) *A problem-solving early intervention for stroke caregivers: one year follow-up*. Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses. 37(5): 231-243. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/rnj.039>
- Mole L, Kent B, Hickson M, Abbott R. (2019) *It's what you do that makes a difference' An interpretative phenomenological analysis of health care professionals and home care workers experiences of nutritional care for people living with dementia at home*. BMC Geriatr. Sep 10;19(1):250. DOI: 10.1186/s12877-019-1270-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31500576/>
- Morgan, D., Kosteniuk, J, O'Connell, M., Bello- Haas, V., Stewart, N., Karunansayake, C. (2016) *Dementia-related work activities of home care nurses and aides: Frequency, perceived competence, and continuing education priorities*, Educational Gerontology, 42:2, 120-135, DOI: 10.1080/03601277.2015.1083390. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03601277.2015.1083390>

Moscato A, Varescon I. (2017) *Satisfaction and difficulties of French professional home caregivers in supporting older people with Alzheimer's disease or alcohol misuse*. Health Soc Care Community. 26:27-34. <https://doi.org/10.1111/hsc.12457>

Oliveira, M., Queirós, C., & Guerra, M. (2007). *O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoiética: do caos à autopoiése*. Psicologia, saúde & doenças, 8 (2), 181-196.

Orem, D., Taylor, S., Renpenning, K. (2001). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby.

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2017) *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Disponível em: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017\\_health\\_glance-2017-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en)

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons. Japan: World Health Organization*. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO\\_WKC\\_Tech\\_Ser\\_04.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO_WKC_Tech_Ser_04.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Disponível em: [http://bvvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)

Organização Mundial de Saúde (2015). *Resumo: Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136463/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf?isAccessionId=C3B090523D176743F4CBD7E477669357?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136463/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?isAccessionId=C3B090523D176743F4CBD7E477669357?sequence=6)

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. (2020) Manual JBI para Síntese de Evidências, JBI, Capítulo 11: Scoping Reviews (versão 2020). In: Aromataris E, Munn Z (Editores). Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Polacsek M, Goh A, Malta S, Hallam B, Gahan L, Cooper C, Low LF, Livingston G, Panayiotou A, Loi S, Omori M, Savvas S, Batchelor F, Ames D, Doyle C, Scherer S, Dow B. (2020) *I know they are not trained in dementia: Addressing the need for specialist dementia training for home care workers*. Health Soc Care Community. Mar;28(2):475-484. doi: 10.1111/hsc.12880. PMID: 31646701. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31646701/>

Portaria n.º 02/2020 de 10 de Janeiro. Diário da República Portuguesa. Série I. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Lisboa

Santos, B., Ramos, A., Fonseca, C. (2017) *Training to practice: Importance of Self-Care Theory in Nursing Process for improving care.*, Journal of Aging & Innovation, Volume 6 (1): 51- 54. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-forma%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Schneider J, Pollock K, Wilkinson S, Perry-Young L, Travers C, Turner N. (2019) *The subjective world of home care workers in dementia: an "order of worth" analysis*. Home Health Care Serv Q. Apr-Jun;38(2):96-109. DOI: 10.1080/01621424.2019.1578715. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30794075/>

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. (Coord, Ed.) (2a). Lisboa: LIDEL.

Sousa, M. (2011) *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Principia



## As vivências dos cuidadores formais no cuidado ao idoso com sinais de demência, em contexto domiciliário: scoping review.

Branco, M.<sup>1</sup>, Serra, O.<sup>11</sup>, Garcia, E.<sup>111</sup>

<sup>1</sup>Hospitalde SantoAntóniodos Capuchos – CentroHospitalarUniversitário de Lisboa Central <sup>11</sup>ACES Loures-Odivelas, Unidade Cuidados na Comunidade Saúde a Seu Lado. <sup>111</sup> Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem de Lisboa

### PALAVRAS-CHAVE

Cuidador formal  
Demência  
Idosos  
Dificuldades  
Necessidades  
Sentimentos  
Domicílio

### INTRODUÇÃO

Cada vez existe mais uma procura de instituições e recursos sociais de forma a dar resposta à necessidade de cuidados que a pessoa idosa requer, surgindo assim a tipologia do cuidador formal<sup>1</sup>, cujo conceito ainda está ligado à designação de profissionais de saúde, não sendo reconhecido o seu papel enquanto cuidador com obrigações técnicas.<sup>2</sup> Assim, torna-se importante focar o conhecimento sobre as vivências dos cuidadores formais, que colaboram na prestação de cuidados dignos e qualificados, a idosos com sinais de demência, em colaboração com as instituições de apoio e serviços de saúde disponíveis na comunidade.

**OBJETIVOS:** Mapear as dificuldades, necessidades e sentimentos dos cuidadores formais no cuidado ao idoso com sinais de demência, em contexto domiciliário.

**QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO:** "Quais as vivências dos cuidadores formais no cuidado ao idoso com sinais de demência, em contexto domiciliário?"

### METODOLOGIA

Scoping review (Joanna Briggs Institute, 2015)<sup>3</sup>

Descritores MeSh: *dementia, home health allied, home health personnel, Alzheimer disease, home care, caregivers.*

Pesquisa nas bases de dados PubMed, MEDLINE, CINAHL via EBSCO.

Critérios de inclusão:

- Artigos publicados entre [2016-2021]
- Texto completo gratuito
- Evidência das dificuldades, necessidades e sentimentos dos cuidadores formais no cuidado à pessoa com sinais de demência, em contexto domiciliário
- Artigos de natureza quantitativa e qualitativa.

A seleção dos estudos e extração dos dados foram feitas por três revisores de forma independente.

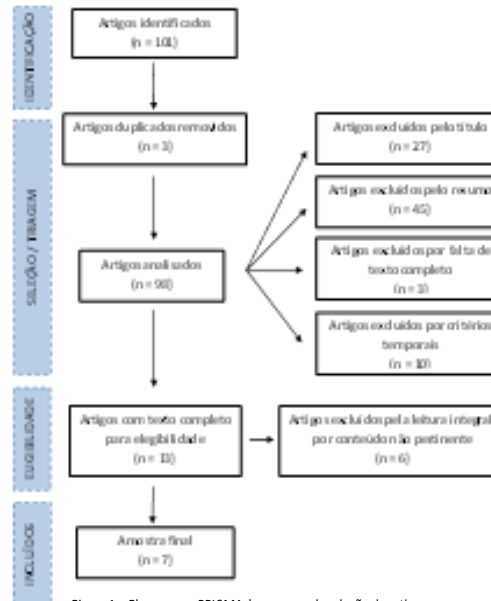


Figura 1 – Fluxograma PRISMA do processo de seleção de artigos

### RESULTADOS

Dificuldades	Necessidades	Sentimentos
Desconhecimento da doença <sup>5,6,7</sup>	Formação em relação à temática. <sup>6,8,9</sup>	Gratificação, na manutenção da dignidade e a contribuição para o bem-estar da pessoa com demência. <sup>4</sup>
Interação com o utente <sup>4,5,7,9</sup>		
Falta de tempo <sup>4</sup>		
Alimentação da pessoa com demência <sup>10</sup>		
Impacto emocional e físico <sup>5,6,7,8,9</sup>		
Interação com a família dos utentes. <sup>4,5,7</sup>		

### CONCLUSÃO

Os resultados encontrados na evidência científica, vão ao encontro dos objetivos propostos, respondendo assim à questão de investigação. O conhecimento das vivências destes cuidadores é fundamental para o desenvolvimento de programas educativos, direcionados para as dificuldades, necessidades e sentimentos dos profissionais e que proporcionem informação e apoio adequados, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e o bem-estar dos idosos e cuidadores.<sup>4,5,6,7,8,9,10</sup>



### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



## CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeira Melissa Branco, em coautoria com Enfermeira Olívia Serra e Prof. Doutora Elisa Garcia, participaram no **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, com a apresentação do **Poster n.º 24** com o tema **“As vivências dos cuidadores formais no cuidado ao idoso com sinais de demência, em contexto domiciliário: scoping review”**, no dia **26 de novembro de 2021**, Auditório 2, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

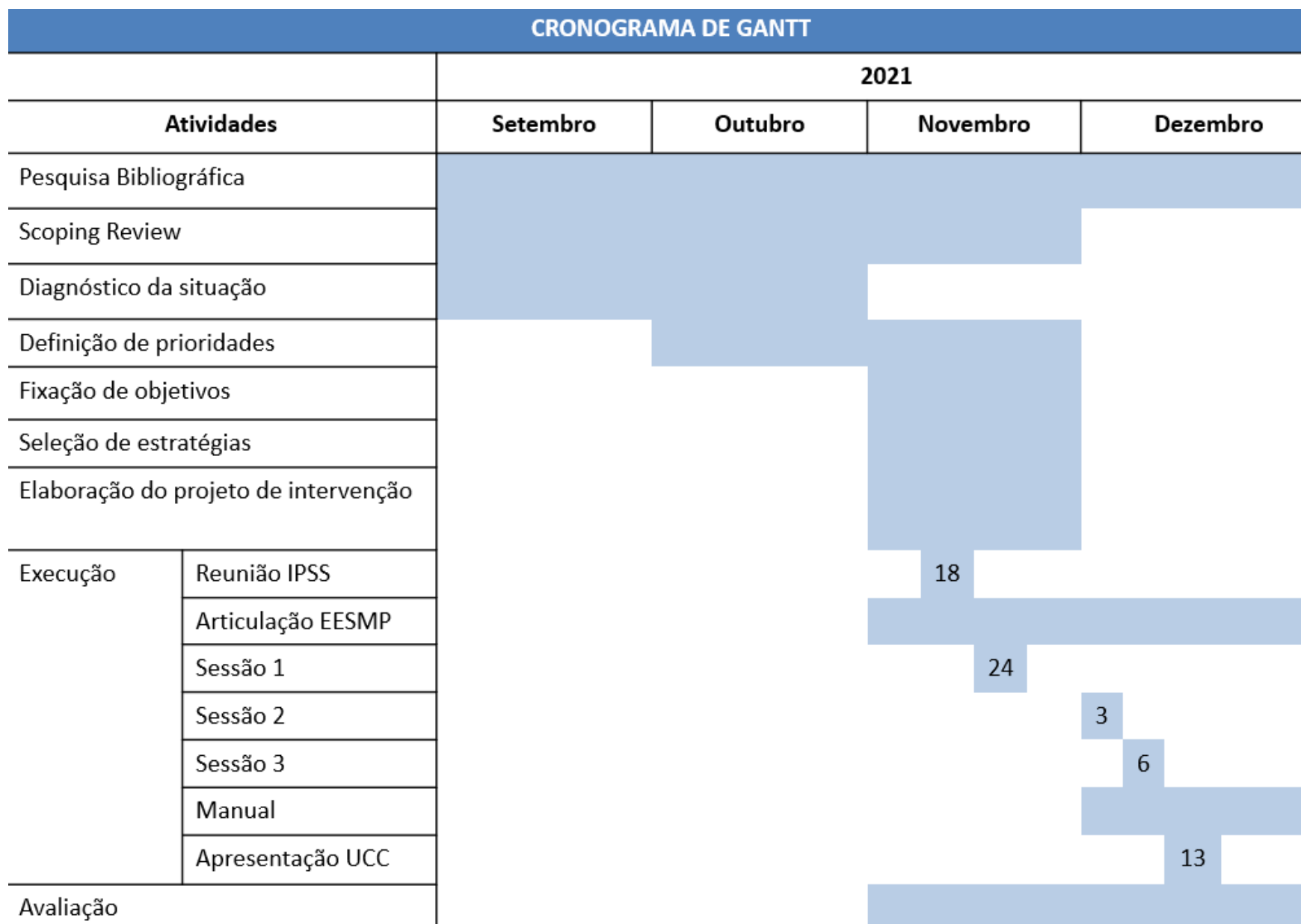
Lisboa, 26 de novembro de 2021.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

  
Universidade Católica Portuguesa

Amélia Simões Figueiredo; PhD, MEd, RN  
Professora Auxiliar

**Apêndice VII - Cronograma das atividades desenvolvidas**



**Apêndice VIII** - Plano da sessão de educação para a saúde I, Sessão de educação para a saúde I, Ficha de avaliação de conhecimentos da Sessão I e Questionário de satisfação da Sessão I



## PLANO DA SESSÃO I

**Tema:** Cuidar das pessoas com sinais de demência

**Sessão I:** Introdução às demências

**Data e local da apresentação:** 24/11/2021 na Sala de Reuniões da Instituição

**Duração:** 45 minutos

**Participantes:** AFAD do apoio SAD

**Formador:** Enfermeira Melissa Branco - Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

**Colaboração:** Enfermeira Olívia Serra, Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária; e Enf<sup>a</sup>. Céu Monteiro, Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

**Divulgação da ação de formação:**

- Pedido de colaboração da técnica responsável pelo SAD para relembrar as Ajudantes da data da ação de formação.

**Objetivo Geral:**

Sensibilizar as participantes para o cuidado à pessoa com sinais de demência.

**Objetivos específicos:**

Que no final da ação:

- 50% das participantes sejam capazes de definir o termo demência;
- 50% das participantes sejam capazes identificar 3 sintomas de demência;
- 75% das participantes sejam capazes de identificar 2 tipologias;
- 50% das participantes sejam capazes de reconhecer a evolução da doença;
- 50% das participantes sejam capazes de identificar 2 tipos de terapias que ajudam a pessoa com demência a viver melhor.



	CONTEÚDO	METODOLOGIA TÉCNICA E MAE	TEMPO	OBSERVAÇÕES
Introdução	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação dos formadores;</li><li>- Apresentação do tema e dos objetivos da sessão;</li><li>- Contextualização da importância do tema na prestação de cuidados à pessoa com sinais de demência</li></ul>	Método Interativo Método Expositivo ( <i>Datashow</i> e Computador)	5'	
Desenvolvimento	<p>Apresentação de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Demência em números</li><li>- Definição de demência</li><li>- Tipologias</li><li>- Sinais e sintomas</li><li>- Fatores de risco</li><li>- Diagnóstico</li><li>- Tratamento</li><li>- Cuidar na demência</li></ul>	Método Expositivo ( <i>Datashow</i> e Computador) Método Interativo Método Interrogativo Filme	20' 5'	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"><li>- Síntese global dos assuntos abordados;</li><li>- Consolidação das ideias-chave;</li><li>- Esclarecimento de dúvidas</li></ul>	Método Expositivo Método Interativo	5'	
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliação Sumativa de conhecimentos</li><li>- Avaliação da Satisfação dos participantes</li></ul>	Método Interrogativo	10'	Aplicação: – Ficha de avaliação de conhecimentos - Questionário de apreciação da sessão

## CUIDAR DAS PESSOAS COM SINAIS DE DEMÊNCIA



### Introdução às demências

Enfermeira Melissa Branco, Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

Enfermeira Olívia Serra, Mestre com Especialização em Enfermagem Comunitária. ACES Loures – Odívelas – UCC Saúde a Seu Lado

Enfermeira Céu Monteiro, Mestre com Especialização de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. ACES Loures – Odívelas – UCC Saúde a Seu Lado

24 de Novembro, 2021



## CUIDAR DAS PESSOAS COM SINAIS DE DEMÊNCIA

### Módulo I – Introdução às demências

Módulo II - Comunicar com a pessoa com demência e sua família

Módulo III – Abordagem centrada na pessoa com demência:  
Comportamentos desafiantes e estratégias nas atividades de vida diária

## Sumário

Demência em números
Conceito
Tipos de demência
Sinais e sintomas
Fatores de risco
Diagnóstico
Tratamento

## Objetivos da sessão

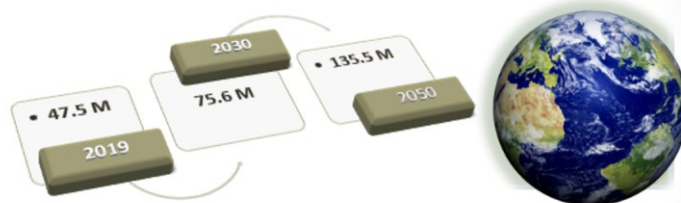
Sensibilizar os participantes para o cuidado à pessoa com sinais de demência.

### Objetivos específicos

Que no final da ação:

- 50% das participantes sejam capazes de definir o termo demência;
- 75% das participantes sejam capazes de identificar a tipologias mais frequente;
- 50% das participantes sejam capazes identificar 2 sintomas de demência;
- 50% das participantes sejam capazes de reconhecer a evolução da doença;
- 50% das participantes sejam capazes de reconhecer que existem terapias que ajudam a pessoa com demência a viver melhor.

## Demência em números



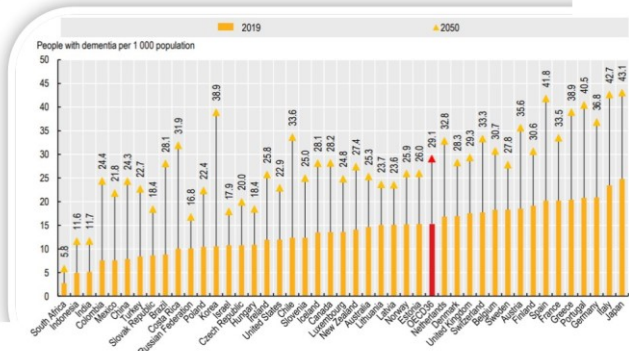
- Na OECD a média é de 14.8 casos por cada mil habitantes.

Alzheimer Europe. (2020)

## Demência em números



Alzheimer Europe. (2020)

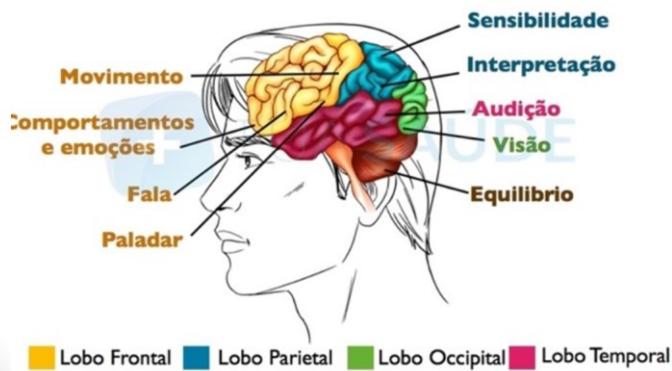


Portugal é o 4º país com mais casos por cada mil habitantes na OCDE.

OECD (2017)

Qual a primeira ideia que lhe vem à cabeça quando ouve a palavra DEMÊNCIA?

BRAINSTORMING/ “CHUVA DE IDEIAS”



## Demência: o que é?

- Demência é o termo usado para descrever vários sintomas que surgem quando o cérebro é afetado por doenças ou condições específicas.
- Caracteriza-se por um declínio cognitivo, que afeta o desempenho nas atividades diárias.



Castro-Caldas & Mendonça (2005)

## Demência: o que é?

Quando falamos em DEMÊNCIA, falamos num conjunto de alterações que ocorrem no cérebro e que afetam o FUNCIONAMENTO COGNITIVO.



A alteração da memória, associada a um comprometimento de, pelo menos, uma outra função cognitiva que persista durante longo período e que interfira na sua vida diária.

Castro-Caldas & Mendonça (2005)

## Demência: Tipos mais comuns



**Doença Alzheimer**  
50-75%



**Demência Vascular**  
20-30%



**Demência Frontotemporal**  
5-10%



**Demência Corpus Lewy**  
< 5%

A maior parte das demências são progressivas, isto é, a função do cérebro vai-se deteriorando ao longo do tempo e não tem cura.

Maioritariamente, afeta pessoas com idade superior a 60 anos, mas não está associada ao envelhecimento.

Cada vez mais pessoas jovens têm demência.

Figueiredo et. al.(2016)

## Demência: sintomas

Não existem duas pessoas que vivam a demência exatamente da mesma maneira.



Problemas cognitivos

- Perda de memória;
- Desorientação;
- Dificuldades de comunicação;
- Dificuldade em reconhecer pessoas e objetos.



Sintomas comportamentais e psicológicos

- Inquietação motora;
- Gritar;
- Agitação;
- Agressão física;
- Depressão;
- Apatia;
- Delírio;
- Alucinações;
- Perda de apetite;
- Alteração do sono;
- Desinibição sexual.

Figueiredo et. al.(2016)

## Demência: sintomas

A perda de memória é o principal sintoma.

A capacidade de recordar pessoas e situações diminui, e surgem com maior frequência outros problemas cognitivos, comportamentais e psicológicos

O movimento torna-se cada vez mais difícil e a pessoa deixa de realizar as suas atividades diárias, ficando cada vez mais dependente.

Sequeira, 2018



## Demência: Sintomas comportamentais

### • Delírio

Roubo de pertences

"Esta não é a minha casa"

O cônjuge ou a filha é um impostor(a)

Acreditar que foi abandonado

Infidelidade



Agitação, Hostilidade  
Agressividade, Gritos  
Violência

Alzheimer Europe (2006)

## Demência: Sintomas comportamentais

### Alucinações

- Visuais – mais frequentes
- Auditivas
- Olfativas e tácteis

Estranhos  
em casa

Visão de  
familiares  
que já  
faleceram



Alzheimer Europe (2006)

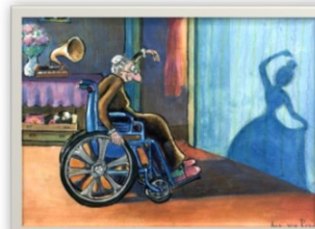
## Demência: Sintomas comportamentais

### Confunde :

- Imagens da televisão
- Imagens de revistas, jornais, quadros
- Imagem da própria casa
- Imagens dos familiares– sócias
- Alterações luz/sombra

Estão  
pessoas  
estranhas em  
casa!

Não reconhecimento da própria  
imagem no espelho.



Alzheimer Europe (2006)

## Demência: fatores de risco

A causa é desconhecida, mas acredita-se que existem vários fatores podem afetar a possibilidade de desenvolver demência.



Figueiredo et. al.(2016)

## Demência: fatores de risco

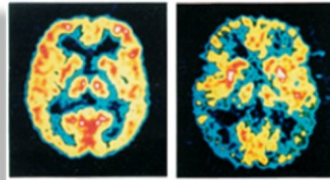
É impossível eliminar todos os fatores de risco. No entanto, há comportamentos que podemos alterar e que podem minimizar os fatores de risco.



Figueiredo et. al.(2016)

## Demência: diagnóstico

- ✓ O diagnóstico da demência é difícil, principalmente nas fases iniciais.
- ✓ Os sintomas podem confundir-se com sintomas de outras doenças.
- ✓ Uma avaliação completa à pessoa ajuda a fazer um diagnóstico, contudo o mesmo só pode ser totalmente confirmado após a morte.
- ✓ A avaliação inclui: história clínica, exames físicos e laboratoriais, exames cognitivos e exames de imagem médica.



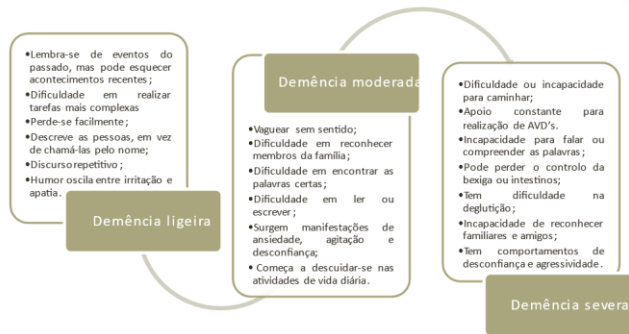
Castro-Caldas & Mendonça (2005)

## Demência: como evolui?

- ✓ Tende a evoluir de forma lenta e progressiva, durante um longo período de tempo (em média 10 anos).
- ✓ Durante esse período, ocorrem modificações na forma como a pessoa se comporta e reage.
- ✓ Alguns sintomas podem nunca surgir.

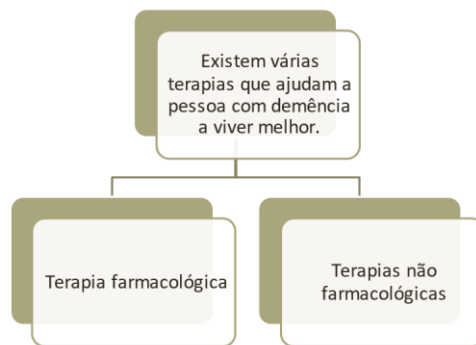
Figueiredo et. al.(2016)

## Demência: como evolui?



Figueiredo et. al.(2016)

## Demência: tratamento



Castro-Caldas & Mendonça (2005)

## Demência: tratamento

### Terapias não farmacológicas



Figueiredo et. al.(2016)

## Cuidar na demência

“No princípio da vida, quando somos crianças, precisamos dos outros para sobreviver, Certo? E no fim da vida, quando ficamos como eu, precisamos dos outros para sobreviver, certo? (...) Mas o segredo está aqui: entre uma coisa e outra, também precisamos dos outros.”

in *As Terças com Morrie*, Albon, M.



Seja qual for a fase da doença...

O tratamento....

**Existe sempre algo que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida da pessoa.**

## Cuidador: elemento chave

“Profissionais bem informados sobre demência, com capacidade de uma intervenção criativa e humana, e cuidadores esclarecidos e apoiados tecnicamente são indispensáveis para **prevenir e controlar a incapacidade e dependência** que caracterizam a pessoa que sofre de demência. Nenhuma intervenção, farmacológica ou não farmacológica, resultará em benefício para o doente se o cuidador não for plenamente apoiado(...). Apenas desta forma podemos **reduzir o risco de institucionalização** e contribuir para o **bem-estar da pessoa demenciada e sua família.**”

Castro-Caldas & Mendonça (2005, p.197)



## Cuidar na demência



Habilidade em colocar-se no lugar do outro de forma a entender as suas necessidades, sentimentos e problemas. Estabelecer uma relação próxima e compreensiva

Perceção e compreensão do sofrimento do outro. Implicação (realização de cuidados/tarefas).

<https://www.youtube.com/watch?v=PKASHGQluho>

## Referências bibliográficas

Alzheimer Europe. (2006) Manual do Cuidador da Pessoa com Demência. 2 ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Familiares e Amigos do doente de Alzheimer

Alzheimer Europe. (2020) *Dementia in Europe yearbook 2019*. In: Estimating dementia cases amongst migrants living in Europe. Luxembourg: Alzheimer Europe. Disponível em: <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks>

Castro-Caldas, A., Mendonça, A. (2005) A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lidel – Edições técnicas, lda. Lisboa. ISBN-13:978-972-757-359-2

Figueiredo, D., Marques, A., Barbosa, A. (2016) Demência. E agora? Um guia para cuidar com sentido(s) em instituições. Lusodidacta, Loures. ISBN 978-989-8075-65-9

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2017) *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Disponível em: <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017-health-glance-2017-en>

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. (Coord, Ed.) (2a). Lisboa: UIDEL

# FIM



Grata pela atenção!



### FICHA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS – Sessão I

Atualmente o fenómeno do envelhecimento é uma realidade mundial. As alterações demográficas acarretam consequências indiscutíveis para a saúde, levando ao aumento da prevalência de doenças crónicas, como é o caso das demências. O conhecimento mais amplo da doença promove a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e o bem-estar dos idosos e cuidadores.

*Das afirmações seguintes, assinale com uma cruz (X) caso considere verdadeiro ou falso:*

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A demência caracteriza-se por um declínio cognitivo, que afeta o desempenho nas atividades diárias.		
2. Apesar de existirem vários tipos de demência, a doença de Alzheimer é a mais frequente.		
3. A perda de memória e a desorientação são sintomas de demência.		
4. A demência evolui de forma rápida e de igual forma de individuo para individuo e tem cura.		
5. Não existem terapias que ajudam a pessoa com demência a viver melhor.		

Muito obrigada pela colaboração!



**Questionário de Avaliação da Satisfação dos Cuidadores Formais em relação à  
Sessão de Formação**

**Sessão I - Introdução às demências**

**Data:** 24.11.2021

**Formador:** Mestranda Melissa Branco

**Colaboração:** Enfermeira Olívia Serra, Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária; e  
Enf<sup>a</sup>. Céu Monteiro, Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Assinale com um “X” consoante o seu grau de satisfação:

	INSATISFEITO	POUCO SATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
<b>Temáticas abordadas</b>				
<b>Qualidade das comunicações</b>				
<b>Organização da sessão</b>				
<b>Recursos utilizados</b>				
<b>Qualidade das instalações</b>				
<b>Apreciação global</b>				

Sugestões para futuras sessões:

---

---

---

---

Muito obrigada pela colaboração!

**Apêndice IX** - Plano da sessão de educação para a saúde II, Sessão de educação para a saúde II, Ficha de avaliação de conhecimentos da Sessão II e Questionário de satisfação da Sessão II



## PLANO DA SESSÃO II

**Tema:** Cuidar das pessoas com sinais de demência

**Sessão II:** Comunicar com a pessoa com demência e sua família

**Data e local da apresentação:** 03/12/2021 na Sala de Reuniões da Instituição

**Duração:** 45 minutos

**Participantes:** AFAD do apoio SAD

**Formador:** Enfermeira Melissa Branco - Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

**Colaboração:** Enfermeira Olívia Serra, Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária; e Enf<sup>a</sup>. Céu Monteiro, Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

**Divulgação da ação de formação:**

- Pedido de colaboração da técnica responsável pelo SAD para relembrar as Ajudantes da data da ação de formação.

**Objetivo Geral:**

Sensibilizar as participantes para o cuidado à pessoa com sinais de demência.

**Objetivos específicos:**

Que no final da ação:

- 50% das participantes sejam capazes de definir o termo comunicação;
- 50% das participantes sejam capazes identificar os tipos de comunicação;
- 75% das participantes sejam capazes de identificar 2 dificuldades em comunicar que a pessoa com sinais de demência apresenta;
  - 75% das participantes sejam capazes de reconhecer 2 entraves à comunicação com a pessoa com demência;
  - 50% das participantes sejam capazes de identificar 2 estratégias de comunicação verbal.
  - 50% das participantes sejam capazes de identificar 2 estratégias de comunicação não-verbal
  - 50% das participantes sejam capazes de identificar o estilo de comunicação assertivo.



	CONTEÚDO	METODOLOGIA TÉCNICA E MAE	TEMPO	OBSERVAÇÕES
Introdução	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação dos formadores;</li><li>- Apresentação do tema e dos objetivos da sessão;</li></ul>	Método Interativo Método Expositivo (Datashow e Computador)	5'	
Desenvolvimento	Apresentação de: <ul style="list-style-type: none"><li>- Comunicação: definição</li><li>- Comunicação alterada na pessoa com demência</li><li>- Estratégias de comunicação</li><li>- Comunicação com a família</li></ul>	Método Expositivo (Datashow e Computador) Método Interativo Método Interrogativo Filme	20' 5'	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"><li>- Síntese global dos assuntos abordados;</li><li>- Consolidação das ideias-chave;</li><li>- Esclarecimento de dúvidas</li></ul>	Método Expositivo Método Interativo	5'	
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliação Sumativa de conhecimentos</li><li>- <input type="checkbox"/> Avaliação da Satisfação dos participantes</li></ul>	Método Interrogativo	10'	Aplicação: – Ficha de avaliação de conhecimentos - Questionário de satisfação da sessão

## CUIDAR DAS PESSOAS COM SINAIS DE DEMÊNCIA

Comunicar com a pessoa com demência e sua família



Enfermeira Melissa Branco, Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

Enfermeira Olívia Serra, Mestre com Especialização em Enfermagem Comunitária. ACES Loures – Odívetas – UCC Saúde a Seu Lado

Enfermeira Céu Monteiro, Mestre com Especialização de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. ACES Loures – Odívetas – UCC Saúde a Seu Lado

3 de Dezembro, 2021

## CUIDAR DAS PESSOAS COM SINAIS DE DEMÊNCIA



Módulo I – Introdução às demências

**Módulo II - Comunicar com a pessoa com  
demência e sua família**

Módulo III – Abordagem centrada na pessoa com demência

## Sumário

- Comunicação: definição
- Comunicação alterada na pessoa com demência
- Estratégias de comunicação
- Comunicação com a família

## Objetivos da sessão

Sensibilizar os participantes para o cuidado à pessoa com sinais de demência.

### Objetivos específicos

Que no final da ação

- 50% das participantes sejam capazes de definir o termo comunicação;
- 50% das participantes sejam capazes identificar os tipos de comunicação;
- 75% das participantes sejam capazes de identificar 2 dificuldades em comunicar que a pessoa com sinais de demência apresenta ;
- 75% das participantes sejam capazes de reconhecer 2 entraves à comunicação com a pessoa com demência;
- 50% das participantes sejam capazes de identificar 2 estratégias de comunicação verbal.
- 50% das participantes sejam capazes de identificar 2 estratégias de comunicação não verbal
- 50% das participantes sejam capazes de identificar o estilo de comunicação assertivo.

Comunicar significa...

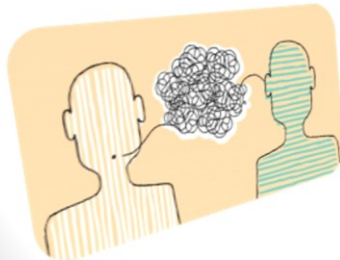
**BRAINSTORMING/ “Chuva de ideias”**

## Comunicação

Trocar informações, ideias, sentimentos e experiência entre pessoas

Expressar quem somos

Estabelecer relações com as pessoas;



Materialização do pensamento/sentimento.

Ocorre entre 2 ou mais interlocutores;

# Comunicação

Comunicação verbal Palavras



Comunicação não-verbal

Expressões
Comportamentos
Olhares
Gestos
Silêncio



Figueiredo et. al.(2016)

# Comunicação

## Mudança constante das necessidades da pessoa com Demência

Com a evolução da demência, a capacidade da pessoa para comunicar vai-se degradando, podendo agravar-se ao ponto de não conseguir expressar-se por palavras ou compreender o que é dito.



- Desentendimentos
- Frustrações
- Ira



Alzheimer Europe (2006)

# Comunicação

A comunicação não verbal torna-se fundamental na interação com a pessoa com demência.



Interpretar o que a pessoa está a sentir/pensar.



Tristeza, alegria, entusiasmo, ansiedade, medo

Alzheimer Europe (2006)

## Comunicação alterada na pessoa com demência

Encontra a palavra certa

Compreende o significado da palavra ou de frases complexas

Manter a atenção e o raciocínio durante uma conversa

Repetição de palavras

Abstrair-se de ruídos de fundo

Manter a comunicação verbal



Figueiredo et. al.(2016)

## Comunicação alterada na pessoa com demência



Quando a comunicação não é adequada à doença, o bem-estar da pessoa e do cuidador pode ser ameaçado

Figueiredo et. al.(2016)

## Comunicação alterada na pessoa com demência

Verificar se existem dificuldades na audição e visão.

Os óculos ou um aparelho auditivo podem ser uma ajuda. Confirme que o aparelho auditivo está a funcionar corretamente e que os óculos são limpos com regularidade.

A comunicação é composta por 3 partes:

55% corresponde à linguagem corporal.	38% corresponde ao tom da nossa voz;	7% corresponde às palavras que utilizamos.
---------------------------------------	--------------------------------------	--

A linguagem corporal negativa, podem ser facilmente captados pela Pessoa.

## Comunicação alterada na pessoa com demência

Muitos dos problemas de comunicação das pessoas com demência estão de qualquer forma relacionados com a perda de memória.

Por vezes as pessoas com demência usam só uma vez uma palavra mal numa frase. A chave para o que eles pretendem dizer está frequentemente nessa palavra

Exemplos: Relógio em vez de tempo, pato em vez de fato ou chuva em vez de água.

A incapacidade de comunicar adequadamente pode causar embaraço, especialmente se lhe chamar a atenção para os seus erros.

As pessoas com demência começam a usar um estilo de linguagem menos complexo, passam a conversar menos, ficam isoladas e acabam mesmo por não falar de todo.

Alzheimer Europe (2006)

## Estratégias de comunicação

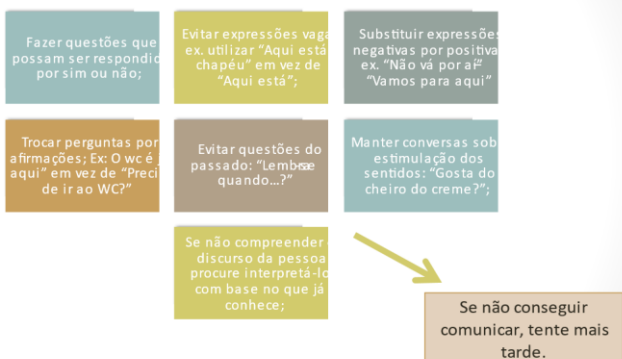
Simplificar a comunicação verbal.

- Usar frases curtas e simples;
- Falar calma e pausadamente, com tom de voz relaxado;
- Fazer uma questão de cada vez e aguardar a resposta;
- Chamar a pessoa pelo nome;
- Evitar infantilizações;
- Orientar a pessoa para o que vai fazer;
- Dar instruções simples sobre o que deve fazer;
- Repita o que a pessoa disse ou peça para clarificar;
- Dê opções de escolha, mas limite-as.



Figueiredo et. al.(2016) & Alzheimer Europe (2006)

## Estratégias de comunicação



Figueiredo et. al.(2016) & Alzheimer Europe (2006)

## Estratégias de comunicação

Use a  
comunicação  
NÃO verbal.

- Usar tom e volume de voz adequado;
- Ouvir atentamente,
- Manter contato visual;
- Evitar movimentos bruscos;
- Observar as atitudes da pessoa e tente compreendê-la;
- Usar o toque como forma de comunicar;
- Aproximar-se da pessoa sempre pela frente;
- Respeitar o espaço da pessoa.

Figueiredo et. al.(2016) & Alzheimer Europe (2006)

## Estratégias de comunicação

- Procure assegurar-se de que não está a dar mensagens confusas.
- Procure perceber a linguagem corporal da pessoa com demência
- Para facilitar a compreensão, manter o contacto visual quando fala com a pessoa com demência, e toque na mão dela, se necessário
- Transmita segurança e apoio através do contacto físico



Alzheimer Europe (2006)

## Estratégias de comunicação

- <https://www.young-dementia-guide.pt/capitulo-3/#1496773804440-06b61f04-c36c>

Exemplo: Como comunicar na preparação do pequeno-almoço - vídeo

IPND. (2017)

## Estratégias de comunicação

Comunicar eficazmente com a pessoa que tem Demência pode tornar-se um **DESAFIO** crescente à medida que ela perde a memória e a capacidade de organizar e expressar os pensamentos.

### Terapia de validação



Alzheimer Portugal (2021)

## Estratégias de comunicação

Preocupação de que a validação envolva mentir sobre a realidade à pessoa com Demência.

**EVITAR DESAFIAR A REALIDADE DA PESSOA.**  
Em vez de corrigir, a abordagem de validação propõe o reconhecimento e empatia com os sentimentos por detrás do comportamento que é expresso. Manter a dignidade e autoestima da pessoa.

Alzheimer Portugal (2021)

## Manter a dignidade e a auto estima

As dificuldades de comunicação impostas pela doença, muitas vezes induzem à ideia que a pessoa não é sensível à manifestação de respeito e dignidade


A pessoa mantém-se sensível à forma como é tratado, até em fases muito avançadas da doença

**IMPORTANTE** Ter consciência da pessoa que existe para além da doença, proporcionando-lhe uma vivência plena da sua identidade, dentro das limitações impostas pelo estado da doença

União das Misericórdias Portuguesas (2015)



## Manter a dignidade e a auto estima



**IMPORTANTE:**

- Reconhecer e respeitar a história de vida;
- Estimular a autonomia, valorizando e maximizando as competências existentes;
- Ouvir a pessoa na tomada de decisões que a afetam, sempre que possível;
- Relacionar-se com a pessoa de forma respeitosa, evitando o paternalismo e a infantilização
- Adaptar a abordagem à evolução da doença.

Em todas as fases da doença, deve-se ter presente a vontade manifestada previamente pelo doente e ponderar os tratamentos e intervenções a instituir, de forma a evitar sofrimento desnecessário

União das Misericórdias Portuguesas (2015)

## Comunicação com a família

- ✓ A forma como comunicamos nem sempre é adequada e pode originar conflitos.
- ✓ O estilo de comunicação assertivo é aquele que nos permite ser mais construtivos na relação com os outros.
- ✓ A assertividade não é inata, mas uma aptidão a que pode ser aprendida e desenvolvida.

**Vantagens do estilo assertivo**

- Aumentar o respeito por nós próprios;
- Diminuir o stress;
- Aumentar a autoconfiança na relação com os outros;
- Melhorar a imagem, credibilidade, respeito e admiração;
- Permitir a expressão de opiniões diferentes de modo convincente;
- Permitir a proximidade entre as pessoas e satisfação na comunicação das emoções.

Figueiredo et. al.(2016)

## Comunicação com a família

- ✓ Em muitas situações o envolvimento da família é positivo, mas também pode ter um impacto negativo.
- ✓ A ansiedade, o excesso de estimulação e o nível de exigência da família para com a pessoa com demência pode levar a atitudes de recusa e sentimentos de frustração
- ✓ Analisar o envolvimento da família caso a caso.
- ✓ Perceber se o envolvimento da família é benéfico para a pessoa.

Avaliar se o cuidador não irá frustrar o utente e se o cuidador não fica ele próprio frustrado e deprimido.



Castro-Caldas & Mendonça (2005)

## Comunicação com a família

“Há evidência de que prestar cuidados a uma pessoa com demência é mais stressante que cuidar de um outro adulto debilitado, porque o stress longo e crónico e a vigilância permanente associadas aos cuidados da pessoa com demência afetam severamente o bem-estar psicológico e físico dos cuidadores.

A sobrecarga nos cuidadores com demência parece ser mais severa, e a depressão é duas vezes mais comum, do que nos cuidadores de adultos debilitados sem demência.”

União das Misericórdias Portuguesas (2015)



<https://www.youtube.com/watch?v=RkFE2igRFnk>

## Referências bibliográficas

Alzheimer Europe. (2006) Manual do Cuidador da Pessoa com Demência. 2 ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Familiares e Amigos do doente de Alzheimer

Castro-Caldas, A., Mendonça, A. (2005) A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lidel – Edições técnicas, lda. Lisboa. ISBN-13:978-972-757-359-2

Figueiredo, D., Marques, A., Barbosa, A. (2016) Demência. E agora? Um guia para cuidar com sentido(s) em instituições. Lusodidacta, Loures. ISBN 978-989-8075-65-9

JPND. (2017) RHAPSODY – Research and strategy for dementia in the young. Disponível em: <https://www.young-dementia-guide.pt/capitulo-1/>

União das Misericórdias Portuguesas (2015) Manual de Boas Práticas Demências. Projeto VIDAS – Valorização e Inovação em Demências. Lisboa. Disponível em: [https://cdn.ump.pt/files/Manual\\_Boas\\_Praticas\\_Demencia.pdf](https://cdn.ump.pt/files/Manual_Boas_Praticas_Demencia.pdf)

# FIM



Grata pela atenção!



## FICHA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS – Sessão II

A comunicação com pessoas com demência é um desafio complexo. Existem múltiplos entraves à comunicação por parte da pessoa com demência. Assim é importante que o cuidador do idoso utilize estratégias adequadas que facilitem a comunicação. Melhorar a capacidade de comunicação torna a prestação de cuidados menos difícil e, possivelmente, melhorará a qualidade do relacionamento com a pessoa doente.

*Das afirmações seguintes, assinale com uma cruz (X) caso considere verdadeiro (V) ou falso (F)*

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1.Comunicar é trocar informações, ideias, sentimentos e experiências entre pessoas		
2.Comunicamos apenas por palavras, isto é, pela comunicação verbal.		
3.A capacidade da pessoa com demência para comunicar vai-se degradando, podendo agravar-se ao ponto de não conseguir expressar-se por palavras ou compreender o que é dito.		
4.A ausência dos óculos ou de um aparelho auditivo podem dificultar a comunicação com a pessoa com demência.		
5.Evitar infantilizações e orientar a pessoa para o que vai fazer são estratégias de comunicação não-verbal.		
6.Manter contato visual e usar o toque como forma de comunicar são estratégias de comunicação não-verbal.		
7.O estilo de comunicação assertivo é aquele que nos permite ser mais construtivos na relação com os outros.		

Muito obrigada pela colaboração!



**Questionário de Avaliação da Satisfação dos Cuidadores Formais em relação à  
Sessão de Formação**

**Sessão II** - Comunicar com a pessoa com demência e sua família

**Formador:** Mestranda Melissa Branco

**Data:** 03.12.2021

**Colaboração:** Enfermeira Olívia Serra, Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária; e Enf<sup>a</sup>. Céu Monteiro, Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Assinale com um “X” consoante o seu grau de satisfação:

	INSATISFEITO	POUCO SATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
<b>Temáticas abordadas</b>				
<b>Qualidade das comunicações</b>				
<b>Organização da sessão</b>				
<b>Recursos utilizados</b>				
<b>Qualidade das instalações</b>				
<b>Apreciação global</b>				

Sugestões para futuras sessões:

---

---

---

---

---

Muito obrigada pela colaboração!

**Apêndice X** - Plano da sessão de educação para a saúde III, Sessão de educação para a saúde III, Ficha de avaliação de conhecimentos da Sessão III e Questionário de satisfação da Sessão III



## PLANO DA SESSÃO III

**Tema:** Cuidar das pessoas com sinais de demência

**Sessão III:** Abordagem centrada na pessoa com demência

**Data e local da apresentação:** 06/12/2021 na Sala de Reuniões da Instituição

**Duração:** 45 minutos

**Participantes:** AFAD do apoio SAD

**Formador:** Enfermeira Melissa Branco - Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

**Colaboração:** Enfermeira Olívia Serra, Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária; e Enf<sup>a</sup>. Céu Monteiro, Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

### **Divulgação da ação de formação:**

- Pedido de colaboração da técnica responsável pelo SAD para relembrar as Ajudantes da data da ação de formação.

### **Objetivo Geral:**

Sensibilizar as participantes para o cuidado à pessoa com sinais de demência.

### **Objetivos específicos:**

Que no final da ação:

- 50% das participantes sejam capazes de identificar 3 comportamentos desafiantes;
- 50% das participantes sejam capazes de identificar 2 possíveis causas dos comportamentos desafiantes;
- 75% das participantes sejam capazes de identificar 2 estratégias para lidar com comportamentos desafiantes;
- 50% das participantes sejam capazes de reconhecer a importância da manutenção da autonomia na pessoa com sinais de demência;
- 50% das participantes sejam capazes de identificar 4 estratégias na abordagem à pessoa com sinais de demência nas suas atividades de vida diária.



	CONTEÚDO	METODOLOGIA TÉCNICA E MAE	TEMPO	OBSERVAÇÕES
Introdução	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação dos formadores;</li><li>- Apresentação do tema e dos objetivos da sessão;</li><li>- Nota introdutória sobre a temática</li></ul>	Método Interativo Método Expositivo (Datashow e Computador)	5'	
Desenvolvimento	Apresentação de: <ul style="list-style-type: none"><li>• Comportamentos desafiantes</li><li>• Necessidade de cuidados na pessoa com demência</li><li>• Promover a autonomia</li><li>• Apoio da pessoa nas AVD's</li><li>• Cuidar da pessoa com demência em tempo de pandemia</li></ul>	Método Expositivo (Datashow e Computador) Método Interativo Método Interrogativo Filme	20' 5'	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"><li>- Síntese global dos assuntos abordados;</li><li>- Consolidação das ideias-chave;</li><li>- Esclarecimento de dúvidas</li></ul>	Método Expositivo Método Interativo	5'	
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliação Sumativa de conhecimentos</li><li>- <input type="checkbox"/> Avaliação da Satisfação dos participantes</li></ul>	Método Interrogativo	10'	Aplicação: <ul style="list-style-type: none"><li>- Ficha de avaliação de conhecimentos</li><li>- Questionário de satisfação da sessão</li></ul>

## CUIDAR DAS PESSOAS COM SINAIS DE DEMÊNCIA

Abordagem centrada na pessoa com demência



Enfermeira Melissa Branco, Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

Enfermeira Olívia Serra, Mestre com Especialização em Enfermagem Comunitária. ACES Loures – Odivelas – UCC Saúde a Seu Lado

Enfermeira Céu Monteiro, Mestre com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. ACES Loures – Odivelas – UCC Saúde a Seu Lado

6 de Dezembro, 2021



## CUIDAR DAS PESSOAS COM SINAIS DE DEMÊNCIA

Módulo I – Introdução às demências

Módulo II - Comunicar com a pessoa com demência e sua família

**Módulo III – Abordagem centrada na pessoa com demência**

## Sumário

- Comportamentos desafiantes
- Necessidade de cuidados na pessoa com demência
- Promover a autonomia
- Apoio da pessoa nas AVD's
- Cuidar da pessoa com demência em tempo de pandemia

## Objetivos da sessão

Sensibilizar os participantes para o cuidado à pessoa com sinais de demência.

### Objetivos específicos

Que no final da ação

- 50% das participantes sejam capazes de identificar 3 comportamentos desafiantes;
- 50% das participantes sejam capazes de identificar 2 possíveis causas dos comportamentos desafiantes;
- 75% das participantes sejam capazes de identificar 2 estratégias para lidar com comportamentos desafiantes;
- 50% das participantes sejam capazes de reconhecer a importância da manutenção da autonomia na pessoa com sinais de demência;
- 50% das participantes sejam capazes de identificar 4 estratégias na abordagem à pessoa com sinais de demência nas suas atividades de vida diária

## Comportamentos desafiantes

A demência é frequentemente acompanhada por sintomas comportamentais e que podemos designar “comportamentos desafiantes”:

Agressão física e verbal

Agitação;

Repetição;

Apatia –indiferença ao meio ambiente ou pessoa, falta de emoção

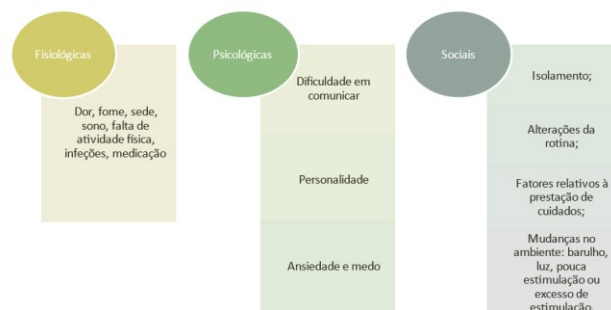
Deambulação;

Desinibição sexual.

Figueiredo et. al.(2016)

## Comportamentos desafiantes

### Causas:



Figueiredo et. al.(2016)

## Comportamentos desafiantes

### O que fazer?

Agressividade	Agitação	Repetição
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tentar perceber se algum dos fatores anteriores se confirma;</li> <li>Manter a calma e evitar confronto;</li> <li>Utilizar linguagem corporal serena;</li> <li>Dar espaço e tempo à pessoa;</li> <li>Evitar avançar na direção da pessoa. Se tiver que tocar no utente, explique o que está a fazer e porquê;</li> <li>Evitar restrições físicas;</li> <li>Tentar distrair a pessoa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manter ambiente calmo;</li> <li>Manter a pessoa com as mãos ocupadas, ex. um lenço.</li> <li>Não se aproxime muito, para que a pessoa não se sinta ameaçada;</li> <li>Perceber o que possa estar a incomodar a pessoa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anote a resposta num papel e dê à pessoa.</li> <li>Se sentir que a pessoa está ansiosa ou insegura, tente transmitir-lhe segurança e conforto. Utilize o toque.</li> </ul>

Figueiredo et. al.(2016)

## Comportamentos desafiantes

### O que fazer?

Indiferença/ Apatia	Andar sem sentido	Desinibição sexual
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a pessoa a fazer algo que goste e consiga fazer;</li> <li>Elogie a pessoa quando conseguir fazer algo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distrair a atenção da pessoa;</li> <li>Evitar o uso de restrições físicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não mostrar que fica aborrecido ou chocado, isso pode levar a uma reação violenta;</li> <li>Se a pessoa se começar a estimular, tentar persuadi-la a fazer outra coisa, tentar distraí-la.</li> <li>Se a pessoa se insinuar a si, diga-lhe delicadamente que não está interessado, ou que essa atitude não é apropriada.</li> <li>Pode haver outra explicação para o comportamento, sem ser de ordem sexual.</li> </ul>

Figueiredo et. al.(2016)

## Comportamentos desafiantes

Nem sempre é possível evitar a reacção, mas é bom pensar na forma de minimizar os danos e de se proteger a si.

Não se ofenda!



A raiva da pessoa não se dirige a si, mas muitas vezes é a única forma de reagir aos sentimentos de confusão e angústia que o afligem.

Alzheimer Europe, (2006)

## Estratégias para lidar com comportamentos desafiantes

- Tente perceber a causa do comportamento da pessoa;
- Distraia a atenção da pessoa com outro assunto ou atividade;
- Manter uma rotina diária;
- Respeitar a privacidade e individualidade da pessoa durante os cuidados pessoais;
- Consulte a pessoa com demência acerca das suas preferências, desejos e necessidades;
- Evite mudanças bruscas de temperatura ou demasiado barulho. Dar com frequência orientações de espaço e de tempo;
- Partilhe com as suas colegas de trabalho as estratégias que utiliza para lidar com determinado comportamento ou, por outro lado, as suas dificuldades;
- Não obrigue a pessoa a fazer algo que não quer, tente explicar-lhe o que pretende;
- Se o comportamento não ameaçar nem a segurança da pessoa, nem a sua ou a de terceiros, deixe que ele ocorra.

Figueiredo et. al.(2016)

## Cuidador: elemento chave

*“Profissionais bem informados sobre demência, com capacidade de uma intervenção criativa e humana, e cuidadores esclarecidos e apoiados tecnicamente são indispensáveis para **prevenir e controlar a incapacidade e dependência** que caracterizam a pessoa que sofre de demência. Nenhuma intervenção, farmacológica ou não farmacológica, resultará em benefício para o doente se o cuidador não for plenamente apoiado(...). Apenas desta forma podemos **reduzir o risco de institucionalização** e contribuir para o **bem-estar da pessoa demenciada e sua família.**”*



Castro-Caldas & Mendonça (2005, p.197)

## Necessidade de cuidados na demência

- ✓ A demência compromete a autonomia.
- ✓ As atividades instrumentais da vida diária são as primeiras a ser afectadas (exemplo: fazer compras, gerir as atividades domésticas, gerir as finanças pessoais).
- ✓ Posteriormente, também nas atividades básicas de vida diária começam a surgir dificuldades (higiene pessoal, comer e beber, controlar esfíncteres, capacidade de se mobilizar/deambulação).



Necessidade de apoio (supervisão e orientação) de um cuidador nas atividades de vida diária.

- ✓ A estimulação para a autonomia está assim associada à estimulação cognitiva e permite retardar a progressão da demência

As dificuldades nas atividades de vida diária:

- Iniciar a tarefa;
- Manter a atenção;
- Localizar objetos;
- Utilizar corretamente os utensílios;
- Manter a segurança;
- Terminar a tarefa.

Castro-Caldas & Mendonça (2005)

## Promover a autonomia

### Resistência aos cuidados

Há muitas pessoas que resistem aos cuidados que lhes são prestados, pois não gostam de ser tocadas, lavadas ou vestidas.



#### Atividades de vida diária

- Escolher o momento e o local adequado, de preferência respeitando uma rotina;
- Preparar para a atividade;
- Dividir a tarefa e orientar passo a passo;
- Orientar na execução;
- Linguagem verbal;
- Linguagem não verbal;
- Ajuda física: mão na mão;
- Encorajar a participação;
- Facilitar as escolhas reduzindo as opções;
- Se encontrar resistência não forçar.

União das Misericórdias Portuguesas (2015)

## Apoio da pessoa nas AVD's

### Higiene Pessoal

À medida que a doença progride, podem perder a capacidade de utilizar determinados objectos – exemplo: pentes e escovas de dentes.

Esquecer-se de que há uma tarefa por cumprir,

Ter a impressão de que já a fizeram,

Perder o interesse em manter tudo limpo e com bom aspecto.

Embora a pessoa precise de ajuda, não quer necessariamente fazer que vai gostar de a receber. Por vezes pode acabar por ser mesmo uma luta. Pode ficar ressentida, por depender de si, e sentir que estão a invadir a sua privacidade



Castro-Caldas & Mendonça (2005); Alzheimer Europe. (2006)

### Higiene Pessoal

#### Recomendações

Preparar a pessoa para a atividade;

Promover a privacidade;

Preparar as condições ideais para o banho (temperatura do ambiente e da água, colocar materiais num local de fácil acesso);

Verificar as condições de segurança na casa de banho e nunca deixar a pessoa sozinha;

Gerir ambiente/ ruídos;

Despir apenas no local do duche;

Descrever o que está a fazer;

Encorajar a participação da pessoa;

Diminuir a força da água do duche;

Lavar a cara e cabeça em último;

Se houver muita resistência na realização da atividade, ponderar realizar a higiene com toalha molhada, sem água corrente;

Se lavar o cabelo for uma atividade que provoca muita resistência, ponderar separar o duche da lavagem do cabelo.



União das Misericórdias Portuguesas (2015)

## Apoio da pessoa nas AVD's

### Vestir e despir

- ❖ A dificuldade do vestirecorre porquedeixamde se lembrar por exemplo a roupa que deve vestir primeiro porquêtêmproblema físicos (comopor exemplo para a boto e nos botões.)
- ❖ A falta de disposição leva a que percam o interesse em se vestir bem, ou mesmo em mudar de roupa

<https://www.young-dementia-guide.pt/capitulo-3/#149727711926-4841836c-5c94>

- Disponer a roupa pela ordem em que deve ser usada
- Explicar o que se tem de fazer, exemplificando o que tem de ser feito;
- Oriente a tarefa passo a passo
- Vá encorajando e tranquilizando a pessoa.
- Conceda-lhe tempo para se vestir
- Tente dar assistência sem fazer tudo
- Limite a escolha a 2 fatos diferentes
- Elogiar



Alzheimer Europe. (2006)

## Apoio da pessoa nas AVD's

### Alimentação

As refeições podem tornar-se cada vez mais difíceis.

A pessoa com demência pode:

- sujartudo à volta enquanto come,
- pode precisar de ajuda a segurar os talheres.
- pode comer mais vezes porque se esqueceu de ter comido, ou esquecer-se mesmo de comer.
- Não reconhecer a sensação de fome,
- Não reconhecer os alimentos
- Pode começar a comer de tudo, ou sempre a mesma coisa.



Pode sentir-se envergonhada ou frustrada por não ser capaz de comer correctamente, e sofrer de outros problemas, tais como prisão de ventre, esquecer-se de que tem que mastigar, e perder ou ter o sabor alterado.

Alzheimer Europe. (2006) e Castro-Caldas & Mendonça (2005)

### Alimentação

Estratégias: Ter em atenção ao gosto e hábitos do doente;

Usar preferencialmente alimentos que possam ser manipulados com a mão;

Usar material adaptado às necessidades do doente (pratos, talheres);

Reforçar a ingestão de água;

Tentar manter um ambiente agradável;

Se possível, não comer no quarto;

Utilizar o toque, dialogar ou cantar.



União das Misericórdias Portuguesas (2015)

## Apoio da pessoa nas AVD's

### Deambulação

As pessoas com demência tendem a andar, aparentemente sem motivo e sem finalidade ou objetivo, por várias razões: aborrecimento, efeitos acessórios de medicação, procurar algo ou alguém, preencher uma necessidade física (sede, fome, necessidade de ir ao WC, ou de fazer exercício).

#### Estratégias

- Instituir medidas de segurança para que possa deambular sem risco de queda (por exemplo, evitar zonas com tapetes de casa, de forma a não tropeçar);
- Supervisionar a deambulação

União das Misericórdias Portuguesas (2015)



## Apoio da pessoa nas AVD's

### Controlo de esfíncteres

A perda de controlo da bexiga ou intestinal é frequente.

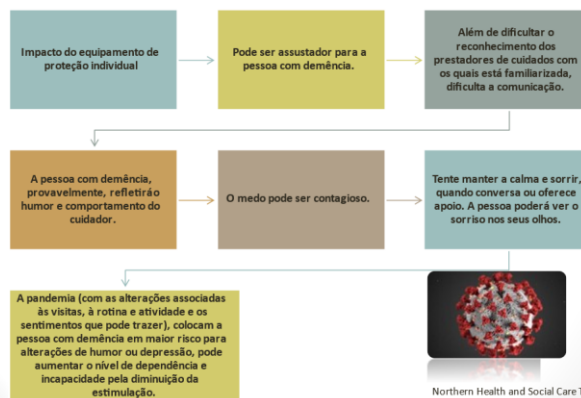
Pode resultar de fatores ambientais: por exemplo, a pessoa pode não se lembrar onde fica a casa de banho ou pode não conseguir chegar a tempo, confundir um armário com WC, ter incontinência.



A sua compreensão ajudará a pessoa a manter a dignidade e minimizar o embaraço.

Northern Health and Social Care Trust (2020) e União das Misericórdias Portuguesas (2015)

## Cuidar da pessoa com demência em tempo de pandemia



Northern Health and Social Care Trust (2020)

## Referências bibliográficas

Alzheimer Europe. (2006) Manual do Cuidador da Pessoa com Demência. 2 ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Familiares e Amigos do doente de Alzheimer

Castro-Caldas, A., Mendonça, A. (2005) A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lidel – Edições técnicas, lda. Lisboa. ISBN-13-978-972-757-359-2

Figueiredo, D., Marques, A., Barbosa, A. (2016) Demência. E agora? Um guia para cuidar com sentido(s) em instituições. Lusodidacta, Loures. ISBN 978-989-8075-65-9

JPND. (2017) RHAPSODY – Research and strategy for dementia in the young. Disponível em: <https://www.young-dementia-guide.pt/capitulo-1/>

Northern Health and Social Care Trust (2020) Supporting Carers and Care Staff to Understand and Respond to Changes in Behaviour in People with Dementia During the COVID-19 Pandemic. O CLEAR Dementia Care. Irlanda do Norte Disponível em <http://www.northerntrust.hscni.net/site/wp-content/uploads/2020/04/Supporting-People-with-Dementia-During-Covid-19-NHSCT-27-May-2020.pdf>

União das Misericórdias Portuguesas (2015) Manual de Boas Práticas Demências. Projeto VIDAS – Valorização e Inovação em Demências. Lisboa. Disponível em: [https://cdn.ump.pt/files/files/Manual\\_Boas\\_Praticas\\_Demencia.pdf](https://cdn.ump.pt/files/files/Manual_Boas_Praticas_Demencia.pdf)

# FIM



Grata pela atenção!



### FICHA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS – Sessão III

Cuidar de uma pessoa com demência pode tornar-se uma tarefa muito desafiadora e desgastante. É importante ter em consideração que as perdas cognitivas têm impacto na maneira como a pessoa vive e se relaciona. Ao lidar/cuidar com a pessoa com demência, é importante que o cuidador tenha em consideração que a manifestação de comportamentos desafiantes não é uma escolha consciente e intencional do doente, mas sim consequência das alterações do funcionamento do cérebro perante a doença.

*Das afirmações seguintes, assinale com uma cruz (X) caso considere verdadeiro ou falso:*

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A demência é frequentemente acompanhada por sintomas comportamentais e que podemos designar “comportamentos desafiantes”, como a agitação, repetição, desinibição sexual.		
2. Os sintomas comportamentais podem ter como causa a dificuldade em comunicar, a ansiedade e o medo.		
3. Manter a calma e evitar confronto e utilizar linguagem corporal serena são estratégias para lidar com os comportamentos desafiantes.		
4. Promover a autonomia da pessoa com sinais de demência permite retardar a progressão da doença.		
5. Gerir ambiente/ ruídos, descrever o que está a fazer, encorajar a participação da pessoa, tranquilizá-la e dar assistência sem fazer a atividade pela pessoa, são estratégias utilizadas para a realização das atividades de vida diária.		

Muito obrigada pela colaboração!



## Questionário de Avaliação da Satisfação dos Cuidadores Formais em relação à Sessão de Formação

Sessão III - Abordagem centrada na pessoa com demência

**Formador:** Mestranda Melissa Branco

**Data:** 06.12.2021

**Colaboração:** Enfermeira Olívia Serra, Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária; e  
Enfª. Céu Monteiro, Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Assinale com um “X” consoante o seu grau de satisfação:

	INSATISFEITO	POUCO SATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
<b>Temáticas abordadas</b>				
<b>Qualidade das comunicações</b>				
<b>Organização da sessão</b>				
<b>Recursos utilizados</b>				
<b>Qualidade das instalações</b>				
<b>Apreciação global</b>				

Sugestões para futuras sessões:

---

---

---

---

Muito obrigada pela colaboração!

**Apêndice XI - Manual do cuidador formal: Demências**

# DEMÊNCIAS

Manual do cuidador formal - Abordagem à pessoa  
com demência

## AUTORES

**Melissa Branco**, Mestranda - Curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica.

### REVISÃO TÉCNICA E CIENTÍFICA

**Elisa Garcia**, Prof<sup>ª</sup> Doutora no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;

**Olívia Serra**, Mestre e Enfermeira com especialização de Enfermagem Comunitária. ACES Loures – Odivelas – UCC Saúde a Seu Lado

**Céu Monteiro**, Mestre e Enfermeira com especialização de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. ACES Loures – Odivelas – UCC Saúde a Seu Lado

### ATUALIZAÇÃO

Equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Saúde a Seu Lado

### LOCAL E DATA

Póvoa de Santo Adrião, Dezembro 2021.

## - ÍNDICE -

Nota Introdutória	4
1. Demências	5
1.1 Tipologia	6
1.2 Principais sintomas	7
1.2.1 Problemas cognitivos	7
1.2.1.1. Perda de memória	7
1.2.1.2. Desorientação	8
1.2.1.3. Dificuldade em reconhecer pessoas e objetos	9
1.2.1.4. Dificuldade em comunicar	9
1.2.2. Sintomas comportamentais e psicológicos	12
1.2.2.1. Agitação	12
1.2.2.2. Agressividade	12
1.2.2.3. Depressão	13
1.2.2.4. Apatia	13
1.2.2.5. Delírios/ Alucinações	14
1.2.2.6. Perda de Appetite	14
1.2.2.7. Desinibição sexual	15
1.2.2.8. Repetição	15
1.3 Fatores de risco	16
1.4 Diagnóstico da doença	17
1.5 Como Evolui?	17
1.6 Tratamento	18

2. Prestação de cuidados	19
2.1 Apoio nas atividades de vida diária	20
2.1.1 Higiene Pessoal	20
2.1.2 Vestir e despir	21
2.1.3 Alimentação	22
2.1.4 Deambulação	23
2.1.5 Controlo de esfínteres	23
2.2 Resistência aos cuidados	24
Conclusão	26
Bibliografia	28

## Nota introdutória

O aumento da prevalência de demências coloca novos desafios à sociedade, à pessoa com demência e às suas famílias. As necessidades específicas da pessoa com demência devem ser reconhecidas, e devem obter respostas.

Este manual surge no âmbito do Projeto “Cuidar das pessoas com sinais de demência – Intervenção de enfermagem comunitária com cuidadores” desenvolvido durante o estágio do Mestrado em Enfermagem na UCC Saúde a Seu Lado. Tem como objetivo principal ser um meio de suporte para aquisição de conhecimento e fornecer adequados aos cuidadores formais da pessoa com sinais de demência, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e o bem-estar dos idosos e cuidadores, sendo um instrumento de trabalho que poderá consultar.

Encontra-se organizado em dois capítulos. No primeiro é realizada uma abordagem relativa à demência – Tipologias, principais sintomas, fatores de risco, diagnóstico da doença, evolução e tratamento. No segundo capítulo é abordado a prestação de cuidados à pessoa com demência, enumerando algumas estratégias para o apoio nas atividades de vida diária. Pretende-se abordar os principais temas associados à demência de forma a ajudá-lo a compreender a doença e a pessoa com demência, apresentando estratégias para o ajudar a lidar com situações desafiantes.

Este Manual será atualizado pela equipa da UCC sempre que se justifique.

# 1

## Demências

O termo demência deriva do latim *de-mentis* (*de*: fora, sem; *mentis*: mente, razão), que significa fora da razão ou perda da mente.<sup>5</sup>

A demência resulta do mau funcionamento e da lenta e progressiva morte de células cerebrais, isto é, dos neurónios. Destas lesões resultam várias manifestações da doença: a perda de **memória**, alterações na **linguagem**, na **tomada de decisão**, no **cálculo**, na **orientação**, na **aprendizagem**, no **raciocínio**, nas **competências sociais** e também as alterações das **reações emocionais** normais.<sup>9</sup>

Apesar da Demência estar associada ao envelhecimento, é importante referir que nem todas as pessoas idosas a desenvolvem e que esta doença não faz parte do processo de envelhecimento natural.

A demência pode surgir em qualquer pessoa, mas é mais frequente a partir dos 65 anos.<sup>4</sup>

As pessoas com demência têm dificuldade em recordar coisas, pensar com clareza, comunicar ou tomar conta de si próprias, o que torna a pessoa menos autónoma e mais dependente de terceiros com a progressão da doença.<sup>9</sup>

## 1.1 Tipologias

Estima-se que em todo o mundo existam 47.5 milhões de pessoas com demência, número que pode atingir os 75.6 milhões em 2030 e quase triplicar em 2050 para os 135.5 milhões.<sup>8</sup>

Existem diferentes causas de demência.<sup>3</sup>

A **Doença de Alzheimer** é a forma mais comum de Demência, representando cerca de 50% a 75% de todos os casos. Não se conhece a causa, mas sabe-se que a transmissão hereditária é rara.<sup>3</sup>

A segunda tipologia mais frequente é a **demência vascular**. É causada por uma série de pequenos enfartes, que por sua vez interferem com a chegada de sangue ao cérebro. Mesmo que esses enfartes sejam bem pequenos, o efeito combinado pode prejudicar consideravelmente a pessoa, quando ela quer pensar, raciocinar, recordar e comunicar. Estas podem ser preveníveis através da adoção de estilos de vida saudáveis e de comportamentos que se podem alterar e que são essenciais para minimizar os fatores de risco.<sup>3</sup>

A **demência fronto-temporal** caracterizada por alterações comportamentais e por um aparecimento em idade mais precoce.<sup>3</sup>

Há ainda a demência de **Corpos de Lewy**, que conjuga os sinais de doença de Alzheimer e de doença de Parkinson.<sup>3</sup>



## 1.2 Principais sintomas

Não existem duas pessoas que vivam a demência exatamente da mesma maneira.<sup>4</sup>

Quando a pessoa sofre de demência, no cérebro ocorrem danos de células cerebrais em várias zonas e conseqüentemente surgem sintomas relacionados com as zonas do cérebro mais afetadas.<sup>9</sup>

Inicialmente é frequente a perda de memória recente, e a dificuldade em realizar tarefas instrumentais (a pessoa perder-se, trocar o lugar dos objetos, perder-se no meio de uma conversa ou enganar-se na gestão do dinheiro. Estes sintomas podem passar despercebidos inicialmente).

Com a evolução da doença surgem dificuldades em realizar atividades da vida diária como vestir e fazer os cuidados de higiene ou outras atividades sociais, sendo mais notórias.

A sintomatologia vai-se agravando até à dependência total de terceiros.<sup>3</sup>

### 1.2.1. Problemas cognitivos

#### 1.2.1.1 Perda de memória

No dia a dia da pessoa, a perda de memória tem um grande impacto, levando a problemas de comunicação, de segurança, de comportamento e à incapacidade de aprender nova informação.<sup>7</sup>

Numa primeira fase, a memória a curto prazo é a mais afetada, mantendo-se a memória a longo prazo ainda preservada.<sup>3</sup>

Como lidar com a perda de memória?

- Tentar manter uma atitude positiva e fomentar a tranquilidade.
- Não levar o comportamento a peito.
- Evitar chamar demasiado a atenção para os erros e problemas.
- Lembrar ocasionalmente algumas coisas e utilizar sinais ou recados escritos.<sup>1</sup>

### 1.2.1.2 Desorientação

Muito associada à perda da memória, a desorientação surge inicialmente em relação ao tempo e espaço.<sup>10</sup>

Em fases mais avançadas da doença, a pessoa deixa mesmo de se recordar da localização das divisões dentro da própria casa, podendo mesmo não conseguir ir à casa de banho por não se lembrar onde se situa.<sup>1</sup>

Como lidar com a desorientação?

- Transmitir segurança;
- Descobrir maneiras da pessoa com demência compreender o tempo, como por exemplo: utilizar relógios, calendários ou símbolos;
- Estabelecer rotinas;
- Adaptar o ambiente às necessidades da pessoa com demência e depois evitar alterações desnecessárias.<sup>1,10</sup>



Imagem disponível em:  
<https://acvida.com.br/saude/demencia-em-idosos/>

### 1.2.1.3 Dificuldade em reconhecer pessoas e objetos

O cérebro da pessoa com demência pode não conseguir interpretar o que recorda e o que vê. Desta forma, a pessoa muitas vezes não consegue reconhecer as pessoas e utiliza os objectos incorrectamente.

Isto pode aumentar o isolamento e o medo na pessoa, tornando o dia-a-dia mais difícil.<sup>1,10</sup>

Como lidar com o problema do não reconhecimento de pessoas e objectos?

- Explicar quem a pessoa é e de que objecto se trata, se sentir que é mesmo necessário;
- Quando a pessoa cometer um erro, entregue-lhe o objecto adequado;
- Respeitar a opinião do indivíduo evitando correções desnecessárias;
- Não chamar desnecessariamente a atenção para um erro realizado;
- Tentar não se ofender quando a pessoa não o reconhecer.<sup>1,10</sup>

### 1.2.1.4 Dificuldade em comunicar

Com a evolução da demência, a capacidade da pessoa com demência para comunicar vai-se degradando, podendo agravar-se ao ponto de não conseguir expressar-se por palavras ou compreender o que é dito.<sup>1,4,10</sup>

A dificuldade em comunicar pode levar à **frustração, agitação e ira** da pessoa com demência e também pode ser frustrante para quem que lhe presta cuidados.<sup>4</sup>

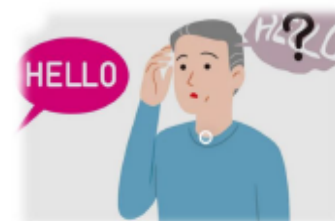


Imagem disponível em:  
<https://br.depositphotos.com/vector-images/afasia.html>

A comunicação está alterada na pessoa com demência e por isso a pessoa tem dificuldade em:

- Encontrar a palavra certa;
- Compreender o significado da palavra ou de frases complexas;
- Manter a atenção e o raciocínio durante uma conversa;
- Abstrair-se de ruídos de fundo;
- Manter a comunicação verbal.<sup>1,4</sup>

A comunicação verbal (através de palavras) e não verbal (Expressões, comportamentos, olhares, gestos, silêncio) é fundamental para a preservação da orientação e da memória.<sup>4</sup>

É importante lembrar que OS PROBLEMAS DE COMUNICAÇÃO SÃO DEVIDOS À DOENÇA E NÃO À PESSOA.<sup>1</sup>

Uma comunicação eficaz pode tornar o cuidar menos difícil e, provavelmente, melhorará a qualidade do relacionamento com a pessoa com demência.<sup>4</sup>

Use a comunicação NÃO verbal.	Usar tom e volume de voz adequado;
	Ouvir atentamente;
	Manter contato visual;
	Evitar movimentos bruscos;
	Observar as atitudes da pessoa e tente compreendê-la;
	Usar o toque como forma de comunicar;
	Aproximar-se da pessoa sempre pela frente;
	Respeitar o espaço da pessoa.
	1,4,6,10

### Estratégias de comunicação

Simplificar a comunicação verbal.	Usar frases curtas e simples;
	Falar calma e pausadamente, com tom de voz relaxado;
	Fazer uma questão de cada vez e aguardar a resposta;
	Chamar a pessoa pelo nome;
	Orientar a pessoa para o que vai fazer;
	Dar instruções simples sobre o que deve fazer;
	Repita o que a pessoa disse ou peça para clarificar;
	Dê opções de escolha, mas limite-as;
	Fazer questões que possam ser respondidas por sim ou não;
	Evitar expressões vagas, ex. utilizar "Aqui está o chapéu" em vez de "Aqui está";
	Substituir expressões negativas por positivas, ex. "Não vá por aí" – "Vamos para aqui";
	Trocar perguntas por afirmações; Ex: "O wc é já aqui" em vez de "Precisa de ir ao WC?";
	Manter conversas sobre estimulação dos sentidos: "Gosta do cheiro do creme?";
	Se não compreender o discurso da pessoa procure interpretá-lo com base no que já conhece.
	1,4,6,10



Imagem disponível em: <https://freesider.com.br/dinheiro/comunicacao-pessoal-sucesso-depende-dela/>

Se não conseguir comunicar, tente mais tarde.<sup>4</sup>

## 1.2.2. Sintomas comportamentais e psicológicos

### 1.2.2.1 Agitação

As pessoas com demência quando estão agitadas ou nervosas parecem estar inquietas e irritáveis. Demonstram-no a andar para cá e para lá, ou a andar aos encontros às coisas, mudando as coisas de sítio, na cozinha, mexendo nas gavetas, ou abrindo as torneiras.<sup>1</sup>

Como lidar com a agitação?

- Manter ambiente calmo;
- Manter a pessoa com as mãos ocupadas, ex. um lenço.
- Não se aproxime muito, para que a pessoa não se sinta ameaçada;
- Perceber o que possa estar a incomodar a pessoa.<sup>1,4,10</sup>

### 1.2.2.2 Agressividade

As pessoas com demência podem ter comportamentos agressivos, quer seja dum modo verbal, quer seja de forma física.<sup>1,4,10</sup>

As razões possíveis para um comportamento agressivo podem ser a **frustração** ou a **ansiedade**. Em geral a causa é o medo - uma reação defensiva perante a sensação de perigo ou ameaça eminente.<sup>1,4,10</sup>

Como lidar com a agressividade?

- Tentar perceber se algum dos fatores anteriores se confirma;
- Manter a calma e evitar confronto;
- Utilizar linguagem corporal serena;
- Dar espaço e tempo à pessoa;
- Evitar avançar na direção da pessoa. Se tiver que tocar no utente, explique-lhe o que está a fazer e porquê;
- Evitar restrições físicas;
- Tentar distrair a pessoa.

1,4,10

### 1.2.2.3 Depressão

A pessoa pode aparentar tristeza e não ter interesse por nada. Na verdade, está a confrontar-se com muitas perdas e sente-se triste por ter de depender de terceiros.<sup>1</sup>

Embora seja previsível o desânimo, é importante que se entenda que este sentimento pode transformar-se em depressão. A depressão é uma situação médica tratável.<sup>1,3</sup>

Como lidar com a depressão?

- Dê apoio e compreensão;<sup>1</sup>
- Tente romper o ciclo da depressão - envolver sempre que possível a pessoa, estimula-la.<sup>1</sup>

### 1.2.2.4 Apatia

As pessoas com demência podem ficar paradas, durante muito tempo, sem querer fazer nada. Podem parar de falar com as pessoas e isolarem-se talvez em consequência da sua incapacidade em comunicar. Poderão aparentar ter um ar infeliz ou parecer ter perdido o interesse pela vida.<sup>1</sup>

Como lidar com a apatia?

- Estimular a pessoa a fazer algo que goste e consiga fazer;
- Procurar mantê-la com o espírito e as mãos activos;
- Respeitar o cansaço;
- Não obrigar a pessoa a fazer algo, quando já deu a entender que não tem vontade;
- Elogiar a pessoa quando conseguir fazer algo.<sup>1,4,10</sup>

#### 1.2.2.5 Delírio/Alucinações

Uma alucinação pode ser auditiva, visual, olfativa ou tátil, mas que na realidade não existe. Um delírio, por outro lado, implica que alguém acredite em algo de natureza persecutória que não é real. Como resultado dos danos cerebrais, podem confundir ou interpretar erradamente o que ouvem, sentem e saboreiam.<sup>1,4,10</sup>

Como lidar com os delírios/alucinações?

- Tentar explicar e transmitir segurança, sem questionar as crenças da pessoa;
- Tentar distrair a sua atenção;
- Evitar usar a força;
- Não questionar automaticamente aquilo em que a pessoa acredita – em certos casos pode estar certa.<sup>1,4,10</sup>

#### 1.2.2.6 Perda de apetite

A pessoa com demência pode:

- sujar tudo à volta enquanto come;
- pode precisar de ajuda a segurar os talheres;
- pode comer mais vezes porque se esqueceu de ter comido, ou esquecer-se mesmo de comer;
- Não reconhecer a sensação de fome e os alimentos.<sup>1,10</sup>

Pode também sentir-se envergonhada ou frustrada por não ser capaz de comer correctamente, e sofrer de outros problemas, tais como prisão de ventre, esquecer-se de que tem que mastigar e perder ou ter o sabor alterado. Todas estas situações podem levar a que a pessoa perca a vontade de comer.<sup>1,10</sup>

Como lidar com a perda de apetite?

- Ter em atenção ao gosto e hábitos do doente;
- Usar alimentos que possam ser manipulados com a mão;
- Usar material adaptado às necessidades do doente (pratos, talheres);
- Reforçar a ingestão de água;
- Tentar manter um ambiente agradável.<sup>1,10</sup>

#### 1.2.2.7 Desinibição sexual

A causa pode não ser de origem sexual, mas de confusão ou desorientação. Poderá ser devido à perda de inibição, à falta de oportunidade de se expressar sexualmente, confundindo uma pessoa com outra ou ainda a necessidade de ser acariciado, de se sentir seguro e mais próximo do outro.<sup>1,10</sup>

Como lidar com a desinibição sexual?

- Não mostrar que fica aborrecido ou chocado, isso pode levar a uma reacção violenta;
- Se a pessoa se começar a estimular, tentar persuadi-la a fazer outra coisa, tentar distraí-la;
- Se a pessoa se insinuar a si, diga-lhe delicadamente que não está interessado, ou que essa atitude não é apropriada;
- Pode haver outra explicação para o comportamento, sem ser de ordem sexual.<sup>1,4,10</sup>

#### 1.2.2.8 Repetição

Quando alguém está a fazer a mesma pergunta repetitivamente ou a contar a mesma história, poder-se-á pensar que é propositado. Contudo, a pessoa com demência poderá simplesmente ter-se esquecido que já tinha feito a pergunta ou que já tinha contado a história. A repetição pode transmitir preocupação que a pessoa tem e a necessidade de ser tranquilizada.<sup>1,10</sup>

Como lidar com a repetição?

- Se não responder à pergunta, preste mais atenção;
- Tente responder;
- Escreva a resposta e chame a atenção da pessoa para o que escreveu;
- Tente tranquilizar a pessoa ao mesmo tempo que responde;
- Ignore a pergunta (o doente poderá compreender que não vai obter resposta);
- Arranje um intervalo;
- Se sentir que a pessoa está ansiosa ou insegura, tente transmitir-lhe segurança e conforto. Utilize o toque.<sup>1,4,10</sup>

### 1.3. Fatores de risco

A causa das demências é desconhecida, mas admite-se que existem vários FATORES que podem afetar a possibilidade de desenvolver demência:<sup>4</sup>

Idade  
Baixa escolaridade  
Estilo de vida  
Fatores psicológicos  
Fatores cardiovasculares.

É impossível eliminar todos os fatores de risco. No entanto, há comportamentos que podemos alterar e que podem minimizar os fatores de risco.<sup>4</sup>

A prática de **exercício físico, alimentação saudável, evitar fumar e o consumir álcool e praticar atividades que estimulem o cérebro** são fatores benéficos para a saúde, melhorando o pensamento e a memória, podendo reduzir o risco de desenvolver demência.<sup>4</sup>

### 1.4. Diagnóstico da doença

O diagnóstico da demência é difícil, principalmente nas fases iniciais.<sup>1</sup>

Quando a perda de memória começa a perturbar a vida quotidiana da pessoa, não estamos a falar de algo natural, mas sim daquilo que poderá ser um sintoma de demência.<sup>3</sup>

A avaliação inclui: história clínica, exames físicos e laboratoriais, exames cognitivos e exames de imagem médica.<sup>4</sup>

### 1.5. Como evolui?

As demências são doenças progressivas, de evolução prolongada.<sup>4</sup>

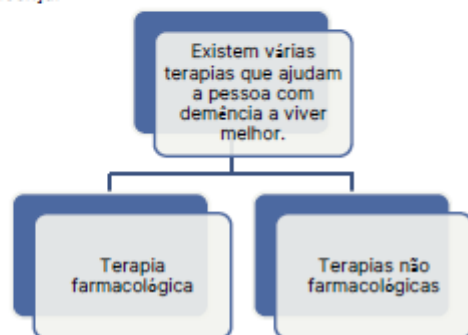
A progressão tende a obedecer a um padrão, identificando-se habitualmente três fases na evolução da demência: ligeira, moderada e severa.

- **Demência ligeira** – A pessoa lembra-se de eventos do passado, mas pode esquecer acontecimentos recentes; tem dificuldade em realizar tarefas mais complexas.<sup>4</sup>
- **Demência moderada** – Vaguear sem sentido; dificuldade em reconhecer membros da família; surgem manifestações de ansiedade, agitação e desconfiança; começa a descuidar-se nas atividades de vida diária.<sup>4</sup>
- **Demência severa** – o defeito de memória é muito grave, não havendo retenção de informação. Há dificuldade/ incapacidade para caminhar; a pessoa necessita de apoio constante para realização de atividades de vida diárias.<sup>4</sup>

No entanto, é importante ter presente que as fases se sobrepõem e que não são iguais para todas as pessoas. Além disso, o curso da doença não é linear.<sup>4</sup>

## 1.5. Tratamento

Para as demências não existe tratamento curativo ou que altere a história natural da doença.<sup>4</sup>



Quando falamos em **terapia farmacológica**, falamos na existência de fármacos muito úteis, quer para otimizar as funções cognitivas (como os inibidores da acetilcolinesterase ou a memantina), quer para controlar os sintomas comportamentais causados pela doença.<sup>10</sup>

Nas **terapias não farmacológicas** falamos de um conjunto de intervenções que têm o objetivo potenciar o funcionamento cognitivo e o bem-estar da pessoa, bem como ajudá-la no processo de adaptação à doença.<sup>4</sup>

As atividades desenvolvidas têm como fim a estimulação das capacidades da pessoa, mantendo, pelo maior período de tempo possível, a sua autonomia, conforto e dignidade.<sup>10</sup>

## 2. Prestação de cuidados à pessoa com demência

Inicialmente, a pessoa com demência pode assegurar a totalidade do seu auto cuidado.<sup>3</sup>

Com a progressão da doença, passa a ser necessária a presença de um cuidador, quer devido à diminuição da autonomia, quer por motivos de segurança.<sup>10</sup>

Os objetivos do cuidar modificam-se e adaptam-se com a progressão da doença.<sup>1,10</sup>

Inicialmente, é sobretudo necessária a estimulação da pessoa para o auto cuidado, a promoção de autonomia e das capacidades cognitivas.<sup>10</sup>

Com a evolução da doença, o cuidador tem que assumir maior responsabilidade nos cuidados.<sup>10</sup>

O cuidador necessita dominar técnicas e estratégias complexas para cuidar da pessoa com demência, de forma a gerir e saber lidar com os comportamentos desafiantes.<sup>10</sup>

A demência compromete a autonomia do indivíduo.<sup>1,10</sup>

A estimulação para a autonomia permite retardar a progressão da demência.<sup>1,10</sup>

A pessoa com demência pode apresentar dificuldades nas atividades de vida diária a vários níveis:<sup>10</sup>

- Iniciar a tarefa;
- Manter a atenção;
- Localizar os objetos;
- Utilizar corretamente os utensílios;
- Manter a segurança;
- Terminar a tarefa.<sup>10</sup>

## 2.1 Apoio nas atividades de vida diária

### 2.1.1 Higiene Pessoal

À medida que a doença progride, a pessoa pode perder a capacidade de utilizar determinados objectos – exemplo: pentes e escovas de dentes.; esquecer-se de que há uma tarefa por cumprir; ter a impressão de que já a fizeram; ou mesmo, perder o interesse em manter tudo limpo e com bom aspecto.<sup>1,10</sup>

#### Recomendações

- Preparar a pessoa para a atividade;
- Promover a privacidade;
- Preparar as condições ideais para o banho (temperatura do ambiente e da água, colocar materiais num local de fácil acesso);
- Verificar as condições de segurança na casa de banho e nunca deixar a pessoa sozinha;
- Gerir ambiente/ ruídos;
- Despir apenas no local do duche;

#### Recomendações

- Descrever o que está a fazer;
- Encorajar a participação da pessoa;
- Diminuir a força da água do duche;
- Lavar a cara e cabeça em último;
- Se houver muita resistência na realização da atividade, ponderar realizar a higiene com toalha molhada, sem água corrente;
- Se lavar o cabelo for uma atividade que provoca muita resistência, ponderar separar o duche da lavagem do cabelo.<sup>1,10</sup>

### 2.1.2 Vestir e despir

A dificuldade no vestir ocorre porque deixam de se lembrar, por exemplo, da roupa que devem vestir primeiro, e porque têm problemas físicos (como por exemplo, para abotoarem os botões).<sup>1,10</sup>

#### Recomendações

- Dispor a roupa pela ordem em que deve ser usada;
- Explicar o que se tem de fazer, exemplificando o que tem de ser feito;
- Oriente a tarefa passo a passo;
- Vá encorajando e tranquilizando a pessoa;
- Conceda-lhe tempo para se vestir;
- Tente dar assistência sem fazer tudo;
- Limite a escolha a 2 fatos diferentes;
- Elogiar.<sup>1,8</sup>



Imagem disponível em:  
[https://alzheimerportugal.org/public/ImageCaseUp.php?image\\_title=Imagem&image\\_url=https://alzheimerportugal.org/public/upload/texts/text\\_122.jpg](https://alzheimerportugal.org/public/ImageCaseUp.php?image_title=Imagem&image_url=https://alzheimerportugal.org/public/upload/texts/text_122.jpg)

### 2.1.3 Alimentação

Com a progressão da demência as refeições podem tornar-se cada vez mais difíceis.<sup>1</sup>

A pessoa com demência pode:

- sujar tudo à volta enquanto come;
- pode precisar de ajuda a segurar os talheres;
- pode comer mais vezes porque se esqueceu de ter comido, ou esquecer-se mesmo de comer;
- Não reconhecer a sensação de fome;
- Não reconhecer os alimentos;
- Pode começar a comer de tudo, ou sempre a mesma coisa.<sup>3</sup>

Isso pode fazer com que a pessoa se sinta envergonhada ou frustrada por não ser capaz de comer correctamente, e sofrer de outros problemas, tais como prisão de ventre, esquecer-se de que tem que mastigar, e perder ou ter o sabor alterado.<sup>1,3</sup>

#### Recomendações

- Ter em atenção ao gosto e hábitos da pessoa;
- Usar preferencialmente alimentos que possam ser manipulados com a mão;
- Usar material adaptado às necessidades do doente (pratos, talheres);
- Reforçar a ingestão de água;
- Tentar manter um ambiente agradável;
- Se possível, não comer no quarto;
- Utilizar o toque, dialogar ou cantar.<sup>1,6,10</sup>

### 2.1.4 Deambulação

Por vezes, é frequente as pessoas com demência andarem, supostamente sem motivo ou objetivo. Existem algumas razões para que isso possa acontecer: estarem aborrecidas, efeitos secundários da medicação, procurar algo ou alguém, satisfazer uma necessidade física (sede, fome, necessidade de ir ao WC, ou de fazer exercício).<sup>1,10</sup>

#### Recomendações

- Estabelecer medidas de segurança para que possa deambular sem risco de queda (por exemplo, evitar zonas com tapetes de casa, de forma a não tropeçar);
- Tentar distrair a pessoa;
- Evitar confrontos através da repressão física;
- Não entrar em pânico,
- Supervisionar a deambulação.<sup>1,4</sup>

### 2.1.5 Controlo de esfíncteres

A perda de controlo da bexiga ou intestinal é frequente.<sup>1,3,10</sup>

Pode resultar de fatores ambientais: por exemplo, a pessoa pode não se lembrar onde fica a casa de banho ou pode não conseguir chegar a tempo, confundir um armário com WC, ter incontinência.<sup>1,3,10</sup>

A sua compreensão ajudará a pessoa a manter a dignidade e minimizar o embaraço.<sup>1,3</sup>

## 2.2 Resistência aos cuidados

Por vezes a pessoa de quem cuida pode resistir aos cuidados porque não gosta de ser tocada, lavada ou vestida. Tranquilizar, preparar a pessoa para o procedimento que vai ser realizado, explicar cada passo antecipadamente, pode ser benéfico.

Opte também por elogiar.



Imagem disponível em: <https://dicoesdelamago.files.wordpress.com/2020/02/marresdefault.jpg>



Imagem disponível em: [https://alzheimerportugal.org/public/imageCloseUp.php?image\\_title=Imagem&image\\_url=https://alzheimerportugal.org/public/uploads/texts/text\\_30.jpg](https://alzheimerportugal.org/public/imageCloseUp.php?image_title=Imagem&image_url=https://alzheimerportugal.org/public/uploads/texts/text_30.jpg)

Usando a flexibilidade, a paciência, a empatia e a compaixão, é possível lidar de forma adequada com a maioria dos problemas da pessoa com demência, proporcionando um aumento na qualidade de vida da pessoa.

A demência é uma doença crónica. Apesar de não haver tratamento curativo, é possível aprender a lidar com os desafios que se vão colocando ao longo da evolução da doença.

Seja qual for a fase da doença...

O tratamento....

**Existe sempre algo que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida da pessoa.**



Imagem disponível em: <https://www.metropoles.com/saude/ouvir-musica-favorita-ajuda-no-tratamento-de-pacientes-com-alzheimer>

## Conclusão

Profissionais bem informados sobre demência, com capacidade de uma intervenção criativa e humana, e cuidadores esclarecidos e apoiados tecnicamente são indispensáveis para prevenir e controlar a incapacidade e dependência que caracterizam a pessoa que sofre de demência.

Nenhuma intervenção, farmacológica ou não farmacológica, resultará em benefício para o doente se o cuidador não for plenamente apoiado. Apenas desta forma podemos reduzir o risco de institucionalização e contribuir para o bem-estar da pessoa demenciada e sua família.<sup>3</sup>

Cuidar da pessoa com demência é um desafio permanente para o prestador de cuidados., o conhecimento da história de vida e dos hábitos da pessoa cuidada, bem como a avaliação das necessidades da pessoa são pontos importantes a ter em conta numa prestação de cuidados de sucesso.



As estratégias fornecidas neste manual não devem ser tomadas como receitas milagrosas para todos os problemas.

Nem sempre estas orientações darão resultado com a pessoa de quem está a tratar.

Se tiver estratégias que não são mencionadas neste manual e resultam com a pessoa com demência, partilhe-as com a equipa.

## Bibliografia

1. Alzheimer Europe. (2006) Manual do Cuidador da Pessoa com Demência. 2 ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Familiares e Amigos do doente de Alzheimer
2. Alzheimer Europe. (2020) *Dementia in Europe yearbook 2019*. In: Estimating dementia cases amongst migrants living in Europe. Luxembourg: Alzheimer Europe. Disponível em: <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks>
3. Castro-Caldas, A., Mendonça, A. (2005) A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lidel – Edições técnicas, Ida. Lisboa. ISBN-13:978-972-757-359-2
4. Figueiredo, D., Marques, A., Barbosa, A. (2016) Demência. E agora? Um guia para cuidar com sentido(s) em instituições. Lusodidacta, Loures. ISBN 978-989-8075-65-9
5. Firmino, Horácio. (2006) Psicogeriatria. Livraria Almedina. Coimbra. ISBN 989-20-0314-4
6. JPND. (2017) RHAPSODY – Research and strategy for dementia in the young. Disponível em: <https://www.young-dementia-guide.pt/capitulo-1/>
7. Northern Health and Social Care Trust (2020) Supporting Carers and Care Staff to Understand and Respond to Changes in Behaviour in People with Dementia During the COVID-19 Pandemic. O CLEAR Dementia Care. Irlanda do Norte Disponível em <http://www.northerntrust.hscni.net/site/wp-content/uploads/2020/04/Supporting-People-with-Dementia-During-Covid-19-NHSCT-27-May-2020.pdf>
8. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2017) *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Disponível em: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017\\_health\\_glance-2017-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en)
9. Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (Coord, Ed.) (2a). Lisboa: LIDEL.
10. União das Misericórdias Portuguesas (2015) Manual de Boas Práticas **Demências**. Projeto VIDAS – Valorização e Inovação em Demências. Lisboa. Disponível em: [https://cdn.ump.pt/files/files/Manual\\_Boas\\_Praticas\\_Demencia.pdf](https://cdn.ump.pt/files/files/Manual_Boas_Praticas_Demencia.pdf)

**Apêndice XII** - Metas e indicadores de atividade resultante do questionário de avaliação de conhecimentos da Sessão I, Sessão II e Sessão III

## **Metas e indicadores de atividade obtidos através da aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos das sessões de educação para a saúde**

### Metas - Sessão I:

- Que 50% das participantes sejam capazes de definir o termo demência;
- Que 75% das participantes sejam capazes de identificar a tipologia mais frequente;
- Que 50% das participantes sejam capazes identificar 2 sintomas de demência;
- Que 50% das participantes sejam capazes de reconhecer a evolução da doença;
- Que 50% das participantes sejam capazes de reconhecer que existem terapias que ajudam a pessoa com demência a viver melhor.

### Metas - Sessão II:

- Que 50% das participantes sejam capazes de definir o termo comunicação;
- Que 50% das participantes sejam capazes identificar os tipos de comunicação;
- Que 75% das participantes sejam capazes de identificar 2 dificuldades em comunicar com a pessoa com sinais de demência apresenta;
  - Que 75% das participantes sejam capazes de reconhecer 2 entraves à comunicação com a pessoa com demência;
  - Que 50% das participantes sejam capazes de identificar 2 estratégias de comunicação verbal.
  - Que 50% das participantes sejam capazes de identificar 2 estratégias de comunicação não-verbal
  - Que 50% das participantes sejam capazes de identificar o estilo de comunicação assertivo.

### Metas - Sessão III:

- Que 50% das participantes sejam capazes de identificar 3 comportamentos desafiantes;
- Que 50% das participantes sejam capazes identificar 2 possíveis causas dos comportamentos desafiantes;
- Que 75% das participantes sejam capazes de identificar 2 estratégias para lidar com comportamentos desafiantes;
- Que 50% das participantes sejam capazes de reconhecer a importância da manutenção da autonomia na pessoa com sinais de demência;
- Que 50% das participantes sejam capazes de identificar 4 estratégias na abordagem à pessoa com sinais de demência nas suas atividades de vida diária.

**Quadro 1** - Indicadores de atividade definidos para a primeira sessão de educação para a saúde relacionados com as metas e os resultados obtidos.

<b>Indicadores de atividade - Sessão I</b>	<b>Meta</b>	<b>Resultado</b>
Proporção de participantes capazes de definir o termo demência = $\frac{8}{8} \times 100$	50%	100%
Proporção de participantes capazes de identificar a tipologia mais frequente = $\frac{7}{8} \times 100$	75%	87,5%
Proporção de participantes capazes de identificar 2 sintomas de demência = $\frac{6}{8} \times 100$	50%	75%
Proporção de participantes capazes de reconhecer a evolução da doença = $\frac{8}{8} \times 100$	50%	100%
Proporção de participantes capazes de reconhecer que existem terapias que ajudam a pessoa com demência a viver melhor = $\frac{6}{8} \times 100$	50%	75%

**Quadro 2** - Indicadores de atividade definidos para a sessão II de educação para a saúde relacionados com as metas e os resultados obtidos.

<b>Indicador de atividade_ Sessão II</b>	<b>Meta</b>	<b>Resultado</b>
Proporção de participantes capazes de definir o termo comunicação = $\frac{7}{7} \times 100$	50%	100%
Proporção de participantes capazes de identificar os tipos de comunicação = $\frac{5}{7} \times 100$	50%	71,4%
Proporção de participantes capazes de identificar 2 dificuldades em comunicar que a pessoa com sinais de demência apresenta = $\frac{7}{7} \times 100$	75%	100%
Proporção de participantes capazes de reconhecer 2 entraves à comunicação com a pessoa com demência = $\frac{7}{7} \times 100$	75%	100%
Proporção de participantes capazes de identificar 2 estratégias de comunicação verbal = $\frac{4}{7} \times 100$	50%	57,14%
Proporção de participantes capazes de identificar 2 estratégias de comunicação não-verbal = $\frac{7}{7} \times 100$	50 %	100%
Proporção de participantes capazes de identificar o estilo de comunicação assertivo = $\frac{7}{7} \times 100$	50%	100%

**Quadro 3** - Indicadores de atividade definidos para a sessão III de educação para a saúde relacionados com as metas e os resultados obtidos.

Indicador de atividade_ Sessão III	Meta	Resultado
Proporção de participantes capazes de identificar 3 comportamentos desafiantes = $\frac{8}{8} \times 100$	50%	100%
Proporção de participantes capazes de identificar 2 possíveis causas dos comportamentos desafiantes = $\frac{8}{8} \times 100$	50%	100%
Proporção de participantes capazes de identificar 2 estratégias para lidar com comportamentos desafiantes = $\frac{8}{8} \times 100$	75%	100%
Proporção de participantes capazes de reconhecer a importância da manutenção da autonomia na pessoa com sinais de demência = $\frac{8}{8} \times 100$	50%	100%
Proporção de participantes capazes de identificar 4 estratégias na abordagem à pessoa com sinais de demência nas suas atividades de vida diária = $\frac{8}{8} \times 100$	50%	100%

**Apêndice XIII - Sessão informativa com a equipa de enfermagem da UCC**

## Projeto de intervenção comunitária: Capacitar para cuidar da pessoa com sinais de demência

Enfermeira Melissa Branco, Aluna de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

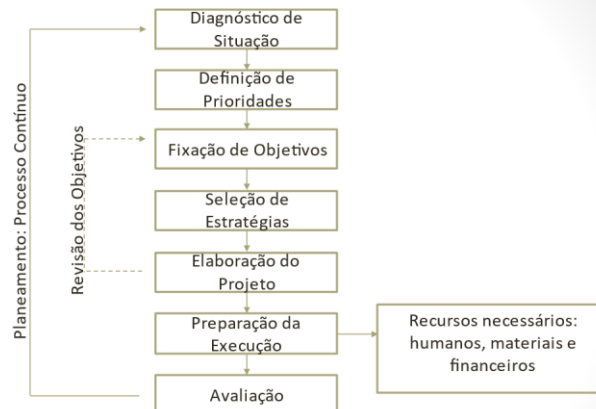
Enfermeira Olívia Serra, Mestre com Especialização em Enfermagem Comunitária

Enfermeira Céu Monteiro, Mestre com Especialização de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

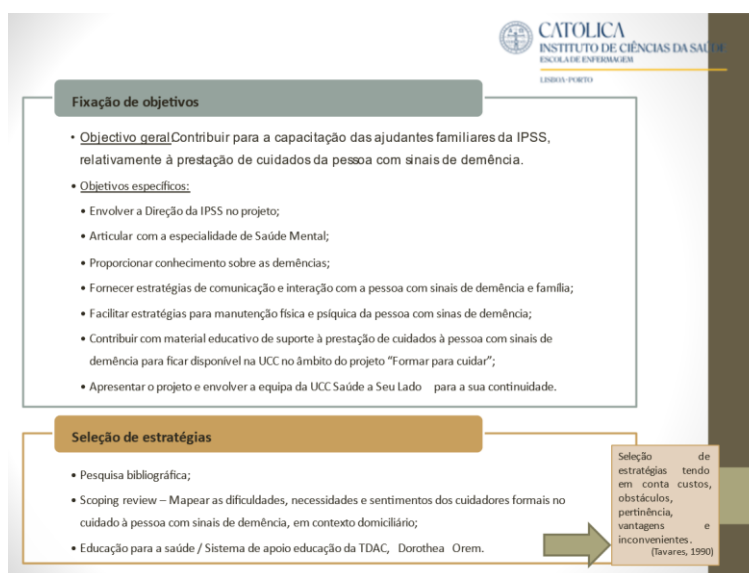
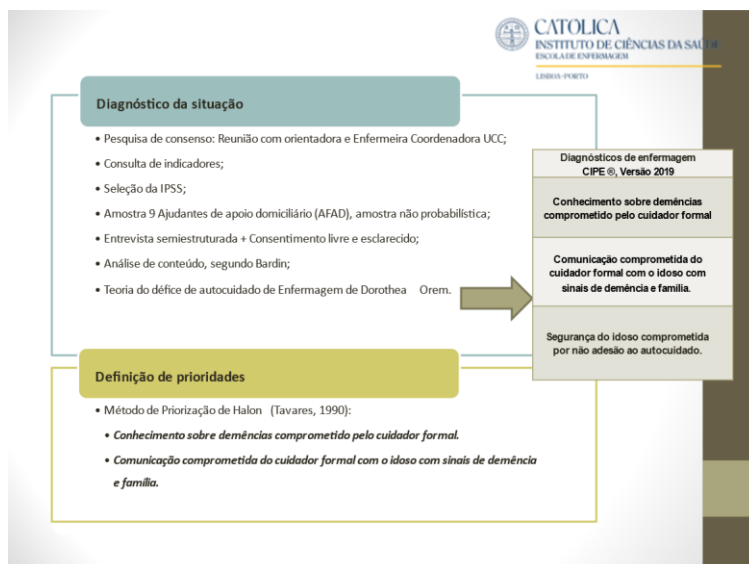
Professora Doutora Elisa Garcia

13 de Dezembro de 2021

### Justificação do tema

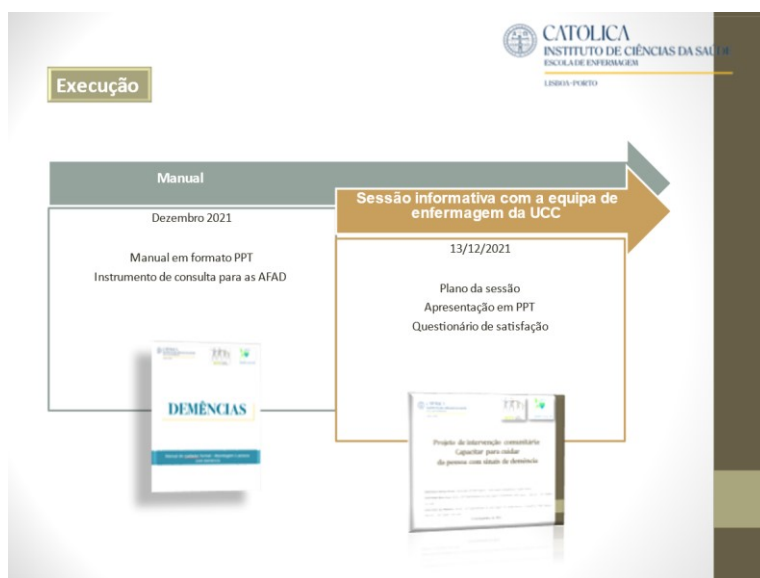
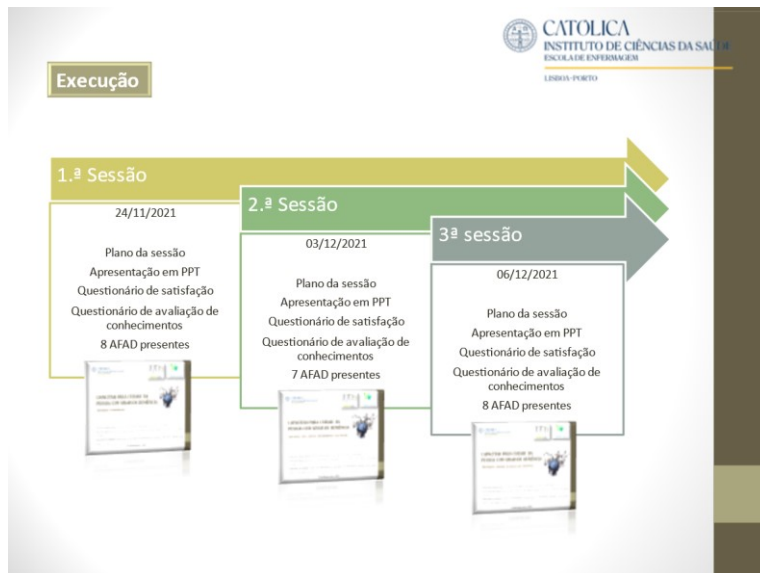


Imperator, E., Giraldes, M.R., (1982).



Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
Reunião com a direção do Centro Social.	Mestranda Melissa e EnF ESMP	18/11/2021	IPSS	Apresentação oral do projeto, abordando as etapas do planeamento em saúde. 20 min	Envolver a Direção da IPSS no projeto;	Indicador da atividade
Reunião com a Enfermeira Especialista em Saúde Mental da UCC.	Mestranda Melissa e EnF ESMP	2/11/2021	UCC	Partilha de ideias sobre o projeto. Papel, caneta	Articular com a especialidade de Saúde Mental;	Indicador da atividade
Sessão de educação para a saúde às ajudantes familiares de apoio domiciliário;	Mestranda Melissa e EnF ESMP	24/11/2021	IPSS	Método Expositivo (Datashow e Computador, internet) Interativo, Interrogativo 45 min.	Proporcionar conhecimento sobre as demências;	Indicador da atividade
Sessão de educação para a saúde às ajudantes familiares de apoio domiciliário;	Mestranda Melissa e EnF ESMP	03/12/2021	IPSS	Método Expositivo (Datashow e Computador, internet) Interativo, Interrogativo 45 min	Fornecer estratégias de comunicação e interação com a pessoa com sinais de demência e família;	Indicador da atividade
Sessão de educação para a saúde às ajudantes familiares de apoio domiciliário;	Mestranda Melissa e EnF ESMP	06/12/2021	IPSS	Método Expositivo (Datashow e Computador, internet) Interativo, Interrogativo 45 min	Facilitar estratégias para manutenção física e psíquica da pessoa com sinais de demência;	Indicador da atividade
Elaborar um manual sobre demências	Mestranda Melissa e Colaboração EnF ESMP	Dezembro 2021		Documento em formato PPT com material educativo de suporte à prestação de cuidados à pessoa com sinais de demência Computador, internet	Contribuir com material educativo de suporte à prestação de cuidados à pessoa com sinais de demência para ficar disponível na UCC no âmbito do projeto "Formar para cuidar".	Indicador da atividade
Sessão informativa com a equipa de enfermagem da UCC.	Mestranda Melissa	13/12/2021	UCC	Apresentação do projeto através do método expositivo.( Datashow e Computador) 15 min	Apresentar o projeto e envolver a equipa da UCC Saúde a seu lado para a sua continuidade.	Indicador da atividade

Especificação detalhada das atividades proposta por Tavares, 1990



### Avaliação do projeto

Indicadores de Processo	Meta	Resultado
$\frac{\text{N.º sessões realizadas no Centro Social}}{\text{N.º sessões programadas no Centro Social}} \times 100$	100%	100%
$\frac{\text{N.º AFAD presentes na sessão 1}}{\text{N.º total de AFAD do Centro Social}} \times 100$	70%	80%
$\frac{\text{N.º AFAD presentes na sessão 2}}{\text{N.º total de AFAD do Centro Social}} \times 100$	70%	70%
$\frac{\text{N.º AFAD presentes na sessão 3}}{\text{N.º total de AFAD do Centro Social}} \times 100$	70%	80%
$\frac{\text{N.º de AFAD com nível satisfatório de sessão}}{\text{N.º total de AFAD na sessão}} \times 100$	70%	100%
$\frac{\text{N.º Manual entregue}}{\text{N.º Manuais previsto de elaboração}} \times 100$	100%	100%
$\frac{\text{N.º profissionais de saúde da UCC presentes na sessão informativa}}{\text{N.º total de profissionais de saúde da UCC}} \times 100$	50%	13/12/2021

### Avaliação do projeto\_ Indicadores de processo

Indicadores de processo_Sessão I	Meta	Resultado
Proporção de participantes capazes de definir o termo demência = $\frac{8}{8} \times 100$	50%	100%
Proporção de participantes capazes de identificar a tipologia mais frequente = $\frac{7}{8} \times 100$	75%	87,5%
Proporção de participantes capazes de identificar 2 sintomas de demência = $\frac{6}{8} \times 100$	50%	75%
Proporção de participantes capazes de reconhecer a evolução da doença = $\frac{8}{8} \times 100$	50%	100%
Proporção de participantes capazes de reconhecer que existem terapias que ajudam a pessoa com demência a viver melhor = $\frac{6}{8} \times 100$	50%	75%

Indicador de processo_Sessão II	Meta	Resultado
Proporção de participantes capazes de definir o termo comunicação = $\frac{7}{7} \times 100$	50%	100%
Proporção de participantes capazes de identificar os tipos de comunicação = $\frac{5}{7} \times 100$	50%	71,4%
Proporção de participantes capazes de identificar 2 dificuldades em comunicar que a pessoa com sinais de demência apresenta = $\frac{7}{7} \times 100$	75%	100%
Proporção de participantes capazes de reconhecer 2 entraves à comunicação com a pessoa com demência = $\frac{7}{7} \times 100$	75%	100%
Proporção de participantes capazes de identificar 2 estratégias de comunicação verbal = $\frac{4}{7} \times 100$	50%	57,14%
Proporção de participantes capazes de identificar 2 estratégias de comunicação não-verbal = $\frac{7}{7} \times 100$	50%	100%
Proporção de participantes capazes de identificar o estilo de comunicação assertivo = $\frac{7}{7} \times 100$	50%	100%

Indicador de processo_Sessão III	Meta	Resultado
Proporção de participantes capazes de identificar 3 comportamentos desafiantes = $\frac{8}{8} \times 100$	50%	100%
Proporção de participantes capazes de identificar 2 possíveis causas dos comportamentos desafiantes = $\frac{8}{8} \times 100$	50%	100%
Proporção de participantes capazes de identificar 2 estratégias para lidar com comportamentos desafiantes = $\frac{8}{8} \times 100$	75%	100%
Proporção de participantes capazes de reconhecer a importância da manutenção da autonomia na pessoa com sinais de demência = $\frac{8}{8} \times 100$	50%	100%
Proporção de participantes capazes de identificar 4 estratégias na abordagem à pessoa com sinais de demência nas suas atividades de vida diária = $\frac{8}{8} \times 100$	50%	100%

### Avaliação do projeto\_ Indicadores de impacto

### Proposta

- ✓ Avaliação a ser realizada 6 meses após a intervenção comunitária junto das AFAD que participaram no Projeto.
- ✓ Aplicação de uma ficha de avaliação de conhecimentos, com questões semelhantes às aplicadas nos 3 Módulos.

### Implicações para a prática clínica

SAD	AFAD	UCC
<ul style="list-style-type: none"><li>• Contribuição para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com sinais de demência.</li><li>• Parceria da UCC com a Instituição para capacitação das AFAD.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Contribuição para uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados ao grupo de pessoas com sinais de demência que usufruem SAD.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Permitiu o seu contributo ao nível da comunidade, cooperando na melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde</li></ul>

### Considerações finais

- O aumento da complexidade do cuidado e o aumento da dependência da pessoa com sinais de demência obriga o cuidador a atualizar o conhecimento para acompanhar a progressão da doença.
- Alguns autores sublinham que programas educativos estruturados, breves e multidisciplinares são os mais eficazes na melhoria das competências dos cuidadores formais e da qualidade dos cuidados prestados.
- A questão da formação ocupa um lugar de destaque nas necessidades da profissão dos cuidadores formais, dado que as suas funções e a complexidade das necessidades dos idosos exigem habilidade, competência e conhecimentos que se obtêm através de uma formação inicial e contínua.
- Projeto visa dar resposta às necessidades de um grupo, com base na metodologia do planeamento em saúde.

### Considerações finais

- Foram estabelecidos contatos com os parceiros de forma a otimizar o projeto e a construir estratégias adequadas ao desenvolvimento do mesmo, tendo por base a experiência de todos os intervenientes.
- Prevenção secundária e terciária.
- Projeto com potencial para ser replicado em contextos semelhantes.

### Referências Bibliográficas

- Cunningham N, Cowie J, Watchman K, Methven K. (2020) *Understanding the training and education needs of homecare workers supporting people with dementia and cancer: A systematic review of reviews*. Dementia (London). Nov;19(8):2780-2803. DOI: 10.1177/1471301219859781. Disponível em: <https://mojournal.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/509>
- Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª edição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). CIPE® Versão 2019 – Classificação internacional para a Prática de Enfermagem. ICN. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Orem, D., Taylor, S., Renpenning, K. (2001). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Ed.: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

**Apêndice XIV** - Ficha de avaliação de conhecimentos a aplicar 6 meses após a  
implementação do Projeto



**FICHA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS – Avaliação de impacto do projeto *Cuidar das pessoas com sinais de demência – Intervenção de enfermagem comunitária com cuidadores.***

*Das afirmações seguintes, assinale com uma cruz (X) caso considere verdadeiro ou falso:*

Afirmação	Verdadeiro	Falso
1. A demência caracteriza-se por um declínio cognitivo, que afeta o desempenho nas atividades diárias.		
2. Apesar de existirem vários tipos de demência, a doença de Alzheimer é a mais frequente.		
3. A perda de memória e a desorientação são sintomas de demência.		
4. A demência evolui de forma rápida e de igual forma de individuo para individuo e tem cura.		
5. Não existem terapias que ajudam a pessoa com demência a viver melhor.		
6. Comunicar é trocar informações, ideias, sentimentos e experiências entre pessoas		
7. Comunicamos apenas por palavras, isto é, pela comunicação verbal.		
8. A capacidade da pessoa com demência para comunicar vai-se degradando, podendo agravar-se ao ponto de não conseguir expressar-se por palavras ou compreender o que é dito.		
9. A ausência dos óculos ou de um aparelho auditivo podem dificultar a comunicação com a pessoa com demência.		
10. Evitar infantilizações e orientar a pessoa para o que vai fazer são estratégias de comunicação não-verbal.		
11. Manter contato visual e usar o toque como forma de comunicar são estratégias de comunicação não-verbal.		
12. O estilo de comunicação assertivo é aquele que nos permite ser mais construtivos na relação com os outros.		
13. A demência é frequentemente acompanhada por sintomas comportamentais e que podemos designar “comportamentos desafiantes”, como a agitação, repetição, desinibição sexual.		
14. Os sintomas comportamentais podem ter como causa a dificuldade em comunicar, a ansiedade e o medo.		

15. Manter a calma e evitar confronto e utilizar linguagem corporal serena são estratégias para lidar com os comportamentos desafiantes.		
16. Promover a autonomia da pessoa com sinais de demência permite retardar a progressão da doença.		
17. Gerir ambiente/ ruídos, descrever o que está a fazer, encorajar a participação da pessoa, e tranquiliza-la e dar assistência sem fazer a atividade pela pessoa são estratégias utilizadas para a realização das atividades de vida diária.		

Muito obrigada pela colaboração!