



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O lugar da demência -Promoção da Saúde Mental no Idoso Institucionalizado com Quadro Demencial

Bruna Margarida Vicente Faustino

Orientação: Professor Doutor Joaquim de Oliveira Lopes

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização | Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio

Évora, 2018



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O lugar da demência - Promoção da Saúde Mental no Idoso Institucionalizado com Quadro Demencial

Bruna Margarida Vicente Faustino

Orientação: Professor Doutor Joaquim de Oliveira Lopes

Área de Especialização | Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio

Évora, 2018



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

AGRADECIMENTOS

Um Muito Obrigado:

A Todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho, e em especial a todos os Idosos, famílias e assistentes operacionais do lar do concelho de Évora que tão bem me receberam e que foram a razão de ser deste trabalho. Sem a sua ajuda, nada disto seria possível.

Um Obrigado Particular:

À Equipa docente e especialmente ao Prof. Dr. Joaquim Lopes, por toda a disponibilidade e compreensão e por ter acreditado no meu crescimento enquanto pessoa e enquanto enfermeira...

À Sra. Enf. Maria José Cardoso, por ter aceitado fazer parte deste projeto, com todos os transtornos que isso lhes possa ter causado, e por todas as suas orientações e sugestões ao longo de todo o percurso...

À minha colega de Mestrado Ana Margarida Dâmaso, pelo apoio incondicional, partilha de conhecimentos e pela amizade...

À Marta, ao Jaime e ao Rafael, por terem sido a família que eu precisava e por não me terem deixado cair...

Aos meus amigos de Évora, em especial ao André Águas, Rui Batista, Filipa Silva e João Roque que estiveram presentes quando mais precisei...

Aos meus colegas, em especial ao Rúben Fontes, à Carina Carapinha e Raquel Reis e à enfermeira chefe Lisete Candeias que aturaram os meus queixumes e nunca me deixaram desistir...

Aos meus pais e à minha irmã, pelo apoio, amor e presença incondicional mesmo estando longe...são e serão sempre o meu maior orgulho!



RESUMO

O presente relatório apresenta o processo de desenvolvimento de aquisição das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Metal e Psiquiátrica e de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no âmbito da realização do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação.

Para tal destaca-se a realização de um projeto de intervenção em serviço, baseado nas necessidades de saúde mental de um grupo de idosos com quadro demencial, institucionalizados num lar no Alentejo Central, e nas necessidades de formação, relacionadas com quadros demenciais, dos assistentes operacionais, tendo como referencial teórico o modelo sistémico de Betty Neuman.

O objetivo deste relatório é apresentar o desenvolvimento de um projeto de intervenção em serviço, que decorreu num lar do Concelho de Évora, no âmbito do Estágio Final, utilizando como metodologia científica a metodologia de projeto.

Em todo a sua extensão, procura-se ainda que este relatório traduza o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista e de Mestre na área referida em todo o percurso académico.

Palavras-chave: Idoso, Promoção da Saúde Mental, Enfermagem de Saúde Mental



Instituto Politécnico de Castelo Branco

ABSTRACT

Demencia's place - Promotion of Mental health in institutionalized older adults with demencia

This report presents the process of acquisition of the Common and Specific Competencies of the Specialist Nurse in Mental and Psychiatric Health, in the ambit of the 1st Masters Course in Nursing in Association.

To this end, an intervention project in service was developed, based on the mental health needs of a group of elderly people with dementia, institutionalized in a home in the Central Alentejo, and the training needs of auxiliary staff concerning caring elderly patients with demencia, with Betty Neuman systems model as theoretical reference.

The objective of this report is to present the development of an intervention project in service, which was carried out in a retirement home in Évora, using as scientific methodology the project methodology.

In all its extension, it is also sought that this report reflects the development of the skills of a Specialist nurse and a Master in Mental Health throughout the academic course.

Keywords: Elderly, Mental Health Promotion, Mental Health Nursing



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Dados Demográficos do subgrupo de utentes

Quadro 2 - Dados de saúde o subgrupo de utentes

Quadro 3 - Dados colhidos em questionário ao subgrupo de assistentes operacionais

Quadro 4 - Guião de Observação

Quadro 5 - Resultados de observação dos idosos em entrevista

Quadro 6 - Resultados da aplicação do Mini-exame do estado mental à população alvo

Quadro 7 - Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica a executar durante as sessões com os Idosos

Quadro 8 - Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica a executar com os assistentes operacionais

Quadro 9 - Resultados esperados após intervenção de enfermagem no subgrupo de Idosos

Quadro 10 - Resultados esperados após intervenção de enfermagem no subgrupo de Assistentes Operacionais



INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Índice de envelhecimento Populacional no Alentejo Central em 2011

Figura 2 - Estrutura básica do modelo dos sistemas de Betty Neuman



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

LISTA DE ABREVIATURAS

ESESJD – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SÃO JOÃO DE DEUS

ESSIPB – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITECNICO DE BEJA

ESSIPS – ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE DO INSTITUTO POLITECNICO DE SETUBAL

ESSLD – ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR. LOPES DIAS

ESMP – ENFERMAGEM DE SAUDE MENTAL E PSIQUIATRIA

EESMP – ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

USF – UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

ÍNDICE

1.	<u>INTRODUÇÃO</u>	10
2.	<u>ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</u>	13
2.1.	<u>Processo de Envelhecimento e a Saúde Mental</u>	13
2.2.	<u>Os Quadros Demenciais: Características e o seu Impacto na Sociedade</u>	16
3.	<u>CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO</u>	21
3.1.	<u>Unidade de Saúde Familiar e Extensão de Saúde</u>	21
3.2.	<u>Lar do Concelho de Évora</u>	23
4.	<u>DESCRIÇÃO DA PROBLEMÁTICA</u>	26
4.1.	<u>Definição da Pergunta de Partida</u>	28
5.	<u>METODOLOGIA DE PROJETO</u>	30
5.1.	<u>Diagnóstico de Situação</u>	30
5.1.1.	<u>Caracterização da População</u>	32
5.1.2.	<u>Técnicas e Instrumentos de Colheitas de Dados</u>	37
5.1.3.	<u>Análise de Dados e Resultados</u>	41
5.1.4.	<u>Diagnósticos de Enfermagem</u>	45
5.1.5.	<u>Considerações Éticas</u>	46
5.2.	<u>Fase de Planeamento e Fase de Execução segundo o Modelo Teórico dos Sistemas de Betty Neuman</u>	48
5.2.1.	<u>Previsão das intervenções de Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica</u>	55
5.2.2.	<u>Previsão dos recursos a utilizar</u>	59
5.2.3.	<u>Previsão de constrangimentos</u>	60
5.3.	<u>Avaliação dos Resultados</u>	61
5.4.	<u>Divulgação dos Resultados</u>	64
6.	<u>CONTRIBUTOS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE GRAU DE MESTRE</u>	65
7.	<u>CONTRIBUTOS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM SAUDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA</u>	69
8.	<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	75
	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	77



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

<u>ANEXOS</u>	81
<u>Anexo I – Mini-Exame do Estado Mental</u>	82
<u>APÊNDICES</u>	85
<u>Apêndice I – Questionário aplicado aos Assistentes Operacionais</u>	86
<u>Apêndice II – Pedido de autorização para realização do projeto junto do ACES do Alentejo Central</u>	90
<u>Apêndice III– Pedido de autorização para realização do projeto no lar</u>	93
<u>Apêndice IV – Consentimento informado para familiares de Idosos participantes no projeto</u>	96
<u>Apêndice V – Declaração de Consentimento informado e Sigilo Profissional para assistentes operacionais</u>	98
<u>APÊNDICE VI–Autorização da comissão de ética da Universidade de Évora</u>	100
<u>Apêndice VII - Artigo realizado no decorrer do Estágio Final</u>	102

INTRODUÇÃO

O presente relatório pretende apresentar e analisar o decorrer de um percurso académico no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação, ramo de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica ministrado por um conjunto de escolas entre as quais a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora [ESESJD], Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja [ESSIPB], Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre [ESSIPP], Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal [ESSIPS] e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco [ESSLD].

Com vista a desenvolver conhecimentos e competências para uma intervenção especializada na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica [ESMP] foi elaborado no estágio final do percurso de Mestrado um projeto de Estágio, que pretende não só ser um meio para o aprofundamento de conhecimentos científicos na área da Saúde Mental do Idoso institucionalizado com quadro demencial como também proporcionar à comunidade envolvente suporte e apoio, de modo a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados a esta população.

Intitulado “ O lugar da demência - Promoção da Saúde Mental no Idoso Institucionalizado com Quadro Demencial” procura-se precisamente que o leitor perceba ao longo do desenvolvimento deste trabalho que a demência foi, é e será um elemento inerente ao desenvolvimento do Ser Humano, e que enquanto profissionais de saúde devemos estar preparados para dar resposta não só às necessidades das pessoas com quadro demencial, mas também às necessidades de quem delas cuida.

O projeto de estágio final desenvolvido com os idosos de um Lar no Concelho de Évora, no âmbito da esfera de intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, tem como último fim a aplicação de todos os conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso de Mestrado, através da explanação de um plano de intervenções de Enfermagem que vise a promoção da saúde mental no idoso institucionalizado. Deste modo, o desenvolvimento deste trabalho procura ser um contributo para a promoção da saúde mental

no idoso institucionalizado com quadro demencial, valorizando a importância do trabalho do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Para o efeito, a questão de partida para o desenvolvimento do projeto relatado foi: Quais as necessidades em cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica dos idosos com quadro demencial residentes num lar no Alentejo Central?

Este projeto de intervenção em serviço foi elaborado até à fase do planeamento das intervenções, não tendo sido possível, devido a inúmeros fatores, proceder à implementação das intervenções, deixando no entanto espaço em aberto para a previsão do resultado das mesmas com base no conhecimento científico mais atual referente aos benefícios das intervenções de âmbito psicoterapêutico na promoção da saúde mental do idoso com quadro demencial.

Sendo esta uma área que cada vez mais nos coloca diante de novos desafios pessoais, sociais, económicos e profissionais importa desenvolver trabalho junto das populações para contribuir para a implementação de uma cultura de pensamento e atuação especializada, diminuindo assim o impacto que os quadros demenciais têm na pessoa, família e comunidade.

Este Relatório de estágio tem assim como objetivo geral:

- Apresentar o desenvolvimento do projeto de estágio de intervenção em serviço, que decorreu num lar do Concelho de Évora, no âmbito de Estágio Final, utilizando como metodologia científica a metodologia de projeto.

E como objetivos específicos:

- Descrever as etapas da metodologia de projeto, fundamentando, através da literatura científica mais atual, as escolhas realizadas ao longo desse processo;

- Refletir sobre a relevância do papel do Enfermeiro Especialista em ESMP na promoção da saúde mental nos idosos com quadro demencial;

- Demonstrar competências de autorreflexão e de análise crítica do processo de desenvolvimento de competências de Mestre em ESMP e de Enfermeiro especialista em ESMP;

O presente relatório de estágio encontra-se estruturado em seis partes, iniciando-se com um enquadramento conceptual sobre a problemática em estudo, partindo da descrição do processo de envelhecimento para as suas implicações no campo da saúde mental e nas orientações estratégicas de saúde a nível mundial e europeu, fazendo-se posteriormente uma exploração da variedade, características e prevalência social dos quadros demenciais conhecidos e descritos cientificamente.

No segundo capítulo, apresenta-se uma breve descrição dos locais onde o estágio final se realizou, assim como a caracterização da população-alvo, justificando-se não só a escolha do local como os métodos de seleção da população. No terceiro capítulo, apresenta-se de forma mais sistematizada a descrição da problemática inerente ao local e a população-alvo.

No quarto capítulo, desenvolvem-se as várias etapas da metodologia de projeto até ao planeamento das intervenções, tendo como base o Modelo teórico de Enfermagem: Modelo dos sistemas de Betty Neuman, finalizando-se com uma análise não só às intervenções planeadas como também à previsão da implementação e resultado das mesmas. Por último, no quinto e no sexto capítulo são descritos os principais contributos de todo este projeto e restante período de curso, no desenvolvimento de competência de Mestre e de Enfermeiro Especialista em ESMP.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. Processo de Envelhecimento e a Saúde Mental

Segundo Sequeira (2010) o envelhecimento da sociedade é uma realidade inegável entendida como a consequência de uma maior longevidade humana, que resulta por sua vez, num maior grau de dependência.

Esta realidade implica cada vez mais a urgência de se encontrar novas formas de pensar que promovam a manutenção da qualidade de vida do idoso.

O conceito de envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida. Não sendo fácil determinar quando uma pessoa se torna “velha” é prática comum associar esse facto à idade da reforma, ou idade igual ou superior a 65 anos ainda que esta possa ser variável em função da profissão, do país, da sociedade, cultura e sentimento de jovialidade pessoal inerente a cada pessoa (Spar e La Rue, 2005).

Várias são as teorias que procuram explicar o processo de envelhecimento, das quais se destacam a teoria ecológica, a teoria geodinâmica, teoria do desenvolvimento, contudo todas elas, na sua generalidade apontam para o papel determinante dos fatores biopsicossociais, que condicionam a manutenção de uma vida independente. De forma a compreender-se melhor este processo, optou-se por abordar separadamente o conceito de envelhecimento biológico e o conceito de envelhecimento psicológico.

Assim a manutenção de um envelhecimento com competência está diretamente ligado à promoção da saúde física e mental do idoso, tentando assim evitar-se o surgimento da doença.

Sequeira (2010) refere na sua obra “Cuidar de Idosos com dependência física e mental” que para a grande maioria dos idosos o envelhecimento normal apresenta uma variedade de alterações cognitivas, que quando não compensadas com mecanismos protetores, como manutenção do ambiente e rotinas familiares, interferem na globalidade das funções dos

idosos, tornando-os mais dependentes e vulneráveis, sendo muitas vezes encarados como um “fardo” para a sociedade.

Vários são os estudos que afirmam que a prevalência e incidência das demências aumentam com a idade, mostrando assim a forte ligação que se estabelece entre o processo de envelhecimento e deterioramento cognitivo, sendo que a partir dos 60 anos de idade se verifica uma duplicação da incidência de demência (Sequeira, 2010). Talvez por esse motivo e por termos esse aspeto tão presente nas nossas mentes, a conceção social atual retrata ainda o processo de envelhecimento como um flagelo mundial em vez de o encarar como um processo normal de evolução, com aspetos negativos, mas também com aspetos positivos, como qualquer outra fase da vida.

Uma notícia recente, do mês de setembro de 2017, do jornal Britânico The Lancet coloca Portugal dentro da lista de países que mais cresceram ao nível do indicador da esperança média de vida. Portugal, assim como outros países da Europa, tem vindo a sofrer profundas alterações demográficas caracterizadas essencialmente por este aumento da longevidade, aumento da população idosa e pela redução da natalidade e da população jovem. Em 2015, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 20,5% de toda a população residente em Portugal. Neste mesmo ano, a esperança de vida atingiu os 77,6 anos para homens e 83,3 anos para as mulheres. O índice de envelhecimento nacional aumentou de 27,3% para 127,8% (PORDATA, 2016)

Sendo Portugal um dos países mais envelhecidos é também um dos que mais se vê confrontado com as consequências desse mesmo envelhecimento, como é exemplo disso o aumento da dependência física e mental dos seus idosos.

Prospectivamente à dependência mental, os quadros demenciais, devido à sua importante expressão nos idosos acima dos 65 anos, são os que mais preocupam a sociedade contemporânea e tornam-se um campo de intervenção por excelência para os profissionais de Saúde Mental, uma vez que se trata de patologias que englobam um conjunto de sintomas específicos e característicos da doença mental.

Para além das perturbações cognitivas como os quadros demenciais, outras perturbações como ansiedade, distímia, depressão estão muito relacionadas com o processo de envelhecimento e estão frequentemente associadas a inúmeras comorbilidades físicas tais como problemas respiratórios, doenças cardíacas, diabetes. Em combinação estas doenças afetam consideravelmente a independência, o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos. Por

sua vez se pensarmos na conjugação dos quadros demenciais com estas comorbilidades físicas e mentais, o declínio do bem-estar e da qualidade de vida é fortemente potenciado (Kelly, 2003).

Não obstante às alterações físicas inerentes ao processo de envelhecimento, os quadros demenciais têm vindo a ganhar espaço e a tornar-se um problema de saúde pública e definem-se genericamente como uma síndrome de etiologias diversas, cuja característica essencial consiste na deterioração intelectual adquirida devido a uma causa orgânica não específica. Surge em consequência de uma doença cerebral, crónica, progressiva e com o comprometimento de múltiplas funções cerebrais tais como a memória, pensamento abstrato, de julgamento e de mudanças da personalidade isto é, um conjunto de sintomas e sinais mais ou menos homogéneo, que pode ter como etiologia subjacente uma multiplicidade de patologias (Serna, 2001 e Nunes, 2005 citados por Sequeira, 2010).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V) a demência é considerada como uma síndrome representada pela deterioração adquirida e persistente da função cognitiva que afeta a memória e pelo menos outra área, como a linguagem (afasia), a capacidade para idealizar e realizar movimentos coordenados para levar a cabo um ato voluntário (apraxia), o reconhecimento do que se percebe através dos sentidos (agnosia), ou da capacidade executiva do indivíduo (planeamento, organização, sequenciação e abstração); os défices cognitivos devem ser suficientemente importantes para alterar as relações sociais e/ou laborais do indivíduo, representar um declínio relativamente a um nível anteriormente superior de funcionamento e não ocorrer, exclusivamente, no contexto de delírio.

Contudo, apesar da clara definição teórica, o diagnóstico de demência na prática é um processo complexo e moroso, com vários fatores a ele inerentes e muitas vezes, em contexto clínico este diagnóstico só é efetuado quando já existem repercussões na funcionalidade do idoso. São vários os tipos de demenciais já descritos pela literatura, sendo as mais frequentes a demência de Alzheimer e a demência vascular, contudo todas elas têm, na generalidade, os mesmos aspetos clínicos, sendo eles inicialmente as perturbações da memória, da linguagem, da atenção e orientação, perturbações do humor. Num estágio moderado a grave, as manifestações clínicas passam por um agravamento significativo da memória, perturbações do sono, da fala, dificuldade em expressão sentimentos, alucinações, delírios, apatia, depressão,

alterações comportamentais como agressividade e perturbações da personalidade. (Sequeira, 2010)

Assim, enquanto profissionais de saúde focalizados na promoção e manutenção da autonomia das pessoas, no caso dos quadros demenciais do idoso não é tão importante partir de um diagnóstico e da definição de uma patologia, mas sim intervir o mais precocemente possível ao nível da manifestação clínica, procurando retardar o seu desenvolvimento e estimular funções cognitivas protetoras de um maior grau de dependência.

2.2. Os Quadros Demenciais: Características e o seu Impacto na Sociedade

Como descrito anteriormente, vários são os tipos de demência descritos na literatura, e tendo como dado adquirido a dificuldade no estabelecimento diagnóstico do quadro demencial em causa, importa explorar mais aprofundadamente os dois tipos de demência mais frequentes na população mundial, e, por conseguinte, na população portuguesa, de modo a perceber as suas características e manifestações clínicas. São elas a demência de Alzheimer e a Demência Vascular.

A demência de Alzheimer caracteriza-se por uma alteração global e persistente do funcionamento cognitivo capaz de criar alterações graves na vida familiar, social e profissional da pessoa. Tem um carácter degenerativo, com início indeterminado num período da vida adulta, e que leva à destruição das redes neurais (Sequeira, 2010 e Barreto, 2005).

Na demência de Alzheimer as perturbações mais comuns são as psicocomportamentais e as perturbações da memória, sendo estes também os primeiros sinais a aparecer (Sequeira, 2010).

Por sua vez, a demência vascular é considerada a segunda forma de demência mais prevalente, podendo ser definida por um conjunto heterogéneo de perturbações, de etiologia vascular e que originam uma síndrome demencial de difícil definição e avaliação, que acontecem como consequência de lesões cerebrais de origem isquémica e ou hemorrágica.

Deste modo, fala-se em síndrome demencial vascular quando existem fatores de risco vascular como por exemplo história de AVC (Sequeira, 2010).

Apesar de serem passíveis de diferenciação na literatura, estes dois tipos de demências continuam a ter uma individualização difícil na prática clínica, pois, a existência de enfartes silenciosos sem tradução clínica mascara o diagnóstico fiel quer de uma demência de Alzheimer quer de uma demência de etiologia vascular, não sendo possível, quando se está perante determinados aspetos clínicos, falar-se num diagnóstico concreto, mas sim em síndrome demencial ou quadro demencial.

Independentemente da sua etiologia, o quadro clínico que os quadros demenciais apresentam são geralmente idênticos quando se apresentam num estágio inicial e/ou moderado.

Segundo Barreto (2005), os instrumentos mais utilizados para avaliar o estágio da demência são a GDS (Global Deterioration Scale) que permite identificar 7 estádios de demência e a CDR (Clinical Demencia Rating) que identifica 5 estádios de demência, contudo todas estes estádios se baseiam nas alterações verificadas ao nível da memória, orientação, juízo e resolução de problemas, atividades na comunidade, atividades em casa e passatempos e atividades relativas ao autocuidado.

Geralmente, no **estádio inicial da demência** surgem as perturbações cognitivas e comportamentais tais como as alterações da memória recente e da capacidade de aprendizagem, dificuldade em resolver problemas, desorientação espaço temporal, alterações da linguagem e da atenção, alterações emocionais e alterações da personalidade.

As **perturbações da memória** desempenham um papel relevante no diagnóstico de demência e na atribuição do estágio em que ela se encontra. As primeiras alterações relacionadas com a memória acontecem quando se verifica a dificuldade na aprendizagem de novas informações sobre acontecimentos recentes, esquecimento de tarefas, de lugares onde se encontram, etc., mantendo no entanto a capacidade de se recordarem de eventos antigos (Barreto, 2005). A maioria dos estudos defende que a memória a curto prazo (retenção da informação num curto período de tempo, habitualmente inferior a dois minutos), a memória explícita (esforço consciente e voluntário para assimilar informação) e a memória episódica (registo de acontecimento relativo ao indivíduo num determinado contexto espaço temporal) são mais precocemente atingidas (Guerreiro, 2002).

Relativamente à **linguagem**, esta também se encontra alterada na maioria dos casos de quadro/síndrome demencial. Numa fase mais inicial a linguagem escrita é normalmente mais atingida, principalmente ao nível das narrativas, seguindo-se a disortografia (palavras irregulares) e posteriormente surge a disgrafia (utilização, por exemplo, de letras maiúsculas em todas as frases). Ao nível da linguagem oral, a pessoa revela falta de palavras, podendo isso ser observado através de frases inacabadas. A leitura e a compreensão oral mantêm-se geralmente inalteradas (Sequeira, 2010; Touchon e Portet, 2002).

As **perturbações da atenção e da orientação** consistem na dificuldade em se concentrar e manter a atenção. Aqui as queixas principais são bem discretas, pois são facilmente camufladas pelos novos contextos ambientais, no entanto acabam por evoluir até à desorientação espacial em contextos familiares e habituais. A orientação temporal encontra-se habitualmente comprometida, sendo cada vez mais difícil para a pessoa referir o ano/mês em que se encontra e posteriormente a semana/dia (Barreto, 2005 e Santana, 2005).

No que diz respeito às **perturbações do humor**, é muito frequente quando se fala numa fase inicial de demência surgirem alterações do humor relacionadas com a ansiedade da negação de todas estas alterações cognitivas por parte do doente. Geralmente o humor depressivo, a apatia e o desinteresse pelas atividades diárias são os mais característicos, conduzindo muitas vezes o idoso à depressão (Barreto, 2005).

Perante a fase inicial da demência, outras alterações podem coexistir com as descritas anteriormente sendo elas, as alterações da personalidade (desinibição e embotamento afetivo), dificuldade na resolução de problemas (dificuldade em efetuar cálculos e tomar decisões pouco adequadas), perturbações psicocomportamentais (isolamento, irritabilidade, agressividade e ansiedade).

Relativamente ao **estádio moderado ou grave/severo da demência**, surge o agravamento das perturbações acima descritas, caracterizando-se por um **agravamento da memória**, onde e inicia a perda de referências pessoais, histórias, como a perda de memória relativa acontecimentos com carga afetiva e maior desorientação devido às alterações da perceção.

A **linguagem** torna-se progressivamente mais pobre, piorando também a capacidade de compreensão, de leitura e de escrita. Com o evoluir da demência surge a síndrome afaso-apraxo-agnósia, que designa um conjunto de alterações da linguagem, do gesto e da perceção (Barreto, 2005; Guerreiro, 2005).

Verifica-se ainda um **agravamento das alterações psicocomportamentais**, surgem as alterações motoras com comportamentos estereotipados (andar incessantemente, vestir e despir, arrumar etc.), surgem ainda alterações de comportamentos básicos como perturbações alimentares, perturbação de controlo de esfíncteres e perturbações sexuais.

As perturbações do ritmo sono-vigília são também muito frequentes neste estágio. O ritmo de sono do idoso com quadro demencial tem tendência a tornar-se polifásico, caracterizando-se por dificuldade em ter um sono de qualidade devido aos inúmeros acordares. O sono noturno é pouco profundo o que potencia o acordares frequentes (Sequeira, 2010).

Perante as alterações cognitivas que o idoso experiênciava ao longo do evoluir da demência facilmente se depreende que este tipo de doença cónica tem inúmeras repercussões, não só na vida do idoso, mas também na vida das suas famílias. Estando preconizado e estudado que o contexto domiciliar deve ser privilegiado para a manutenção do cuidado ao idoso, esta situação acarreta novos e maiores desafios para as famílias, e muitas vezes estas veem-se “obrigadas” a encontrar soluções, como residenciais para idosos, centros de dia e lares, onde esperam que os seus familiares idosos tenham todo o suporte que necessitam para viver com qualidade e dignidade o resto dos seus dias. Esta é a realidade existente em Portugal, e dela não podemos fugir, mas podemos adapta-la de forma a criar ganhos em saúde para estes idosos institucionalizados.

Segundo um estudo, coordenado pelo professor Manuel Caldas de Almeida em 2016, efetuado em 1500 idosos de 23 lares de todo o País (essencialmente misericórdias), a informação que existia é que menos de 1/3 desta população sofria demência, mas após os resultados obtidos, chegou-se a conclusão de que 80% dos idosos estudados apresentam alterações cognitivas sugestivas de processos demenciais, sendo que desses 50 a 60 % terão mesmo demência. Os dados deste estudo indicam que as pessoas que vivem nos lares são pessoas mais frágeis que muitas vezes sofrem processos demenciais, e que isso não está sequer devidamente diagnosticado. Esta realidade é grave, pois sabe-se que uma pessoa com alterações cognitivas deve ser estimulada de forma específica. Caldas de Almeida refere ainda ao jornal público “ Os lares não são para pessoas saudáveis e não podemos dizer que eles não têm nada a ver com a saúde das pessoas. Ou deixamos ficar como está e as pessoas são maltratadas, infelizes e não têm qualidade de vida, ou vamos perceber que temos de mudar

isto tudo. Mudar tudo é começar por ajudar a desenvolver competências específicas em quem lá trabalha, é dar formação, aos dirigentes, às auxiliares, aos fisioterapeutas.”

Tendo em conta esta expressão crescente do envelhecimento a nível mundial e nacional, torna-se pertinente desenvolver estratégias que visem a melhoria da assistência prestada aos idosos. Em julho de 2017 foi publicada a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, que vem dar seguimento às políticas de saúde no âmbito do envelhecimento iniciadas com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006). No que diz respeito ao envelhecimento ativo e saudável, Portugal está comprometido com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e com os valores e objetivos fundamentais da União Europeia (UE), que contemplam a promoção de um envelhecimento saudável.

CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Antes de se dar início ao processo metodológico do projeto, no seguimento estrutural deste relatório torna-se pertinente caracterizar os locais onde o estágio se desenvolveu de forma a enquadrar todas as atividades desenvolvidas.

Este estágio final foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar [USF] da Cidade de Évora, numa respetiva extensão de saúde e num lar do concelho de Évora. Teve o seu início a 21 de Setembro de 2017 e o seu término a 26 de Janeiro de 2018.

A opção tomada para a realização deste estágio final, ao contrário da que foi tomada para o estágio que decorreu anteriormente, foi de realizar o ensino clínico num serviço de saúde mais perto da população, neste caso, uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários com o objetivo de estudar e aprofundar métodos de intervenção junto da população no seu contexto de vida quotidiana, tentando-se assim responder da melhor forma ao referencial de competências profissionais e científicas que sustentam o desenvolvimento deste curso de mestrado.

3.1. Unidade de Saúde Familiar e Extensão de Saúde

A USF e a extensão de saúde onde decorreram inicialmente o estágio, estão inseridas no Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central. Este agrupamento tem como zona de influência uma área geográfica que abrange 14 concelhos do Distrito de Évora (Arraiolos, Borba Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Portel, redondo, Reguengos de Monsaraz, Mourão, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa), servindo uma população residente de 163.726 indivíduos, segundo os últimos. Relativamente ao concelho de Évora, onde se situa a USF, este engloba uma população residente de cerca de 56.596 habitantes. Este concelho estende-se por uma área geográfica de 1.309,1 Km² e possui 19 freguesias (CENSOS 2011).

O Centro de Saúde de Évora, conta com outras 5 USF de seu nome USF Planície, USF Eborae, USF SOL, USF Lusitânia, onze extensões de saúde, uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e uma Unidade de cuidados na Comunidade.

A USF em causa foi constituída e regulada à luz do Dec-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto (e pelo ACES), e aprovada por despacho do Conselho Diretivo da ARS, e tem como objetivos a prestação de cuidados de saúde à família, garantir a acessibilidade, a qualidade e a continuidade dos cuidados prestados aos utentes inscritos na unidade

A USFe presta serviços e cuidados de saúde a cerca de 14.900 utentes do concelho de Évora, incluídos duas freguesias rurais de Azaruja e Graça do Divor. Esta USF presta também assistência a familiares dos utentes inscritos na USF que não residam nesta localidade, mas que temporariamente aqui se deslocam.

A equipa multiprofissional desta unidade funcional é constituída por oito enfermeiros, oito médicos de clínica geral, seis administrativos e três assistentes operacionais.

A USF funciona de segunda-feira a sexta-feira das 8h às 20h, sábados, domingos e feriados das 8h às 14h, apresentando horários específicos para cada programa de saúde.

Os programas definidos pela Direção Geral da Saúde são e implementados na USF são:

- Saúde do Adulto e do Idoso;
- Saúde Infante-juvenil (recém-nascido, promoção do aleitamento materno, criança e adolescente);
- Saúde da Mulher (saúde materna, planeamento familiar e rastreios);
- Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar;
- Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes;
- Consulta de Enfermagem à Pessoa com Hipertensão;
- Consulta de Enfermagem à Pessoa com Terapia Anticoagulante Oral;
- Programa de Visitas Domiciliárias;
- Programa Nacional de Vacinação;

- Programa de Tratamentos, Injetáveis e Consulta Aberta.

Os enfermeiros são um dos grupos com uma maior área de atuação na prestação de cuidados de saúde primários. Estes são responsáveis pela manutenção das ligações entre os utentes, famílias, cuidadores, comunidades e todo o sistema de cuidados de saúde, através da atuação autónoma como em colaboração com outras classes de profissionais com o foco na prevenção da doença e promoção da saúde.

Relativamente à **Extensão de Saúde**, esta localiza-se na Freguesia de São Bento do Meto, perto das Freguesias de Évoramonte e Vimieiro, São Miguel de Machede, e Freguesia da Igreja e Santa Justa.

De acordo com os dados dos últimos CENSOS 2011, a população residente na freguesia São Bento do Mato perfaz um total de 1151 habitantes

Esta extensão está em funcionamento três dias por semana, segunda-feira das 14h às 17h, quarta-feira das 8:30h às 13:30h e quinta-feira das 8:30h às 13:30h.

Têm acessibilidade garantida para pessoas com mobilidade reduzida através de rampa de acesso à entrada da extensão de saúde. Relativamente aos recursos humanos, esta extensão está servida por um administrativo, uma enfermeira e uma médica, que se deslocam da USF para a prestação de serviços à população.

3.2. Lar do Concelho de Évora

Este estágio bem como a implementação do projeto de intervenção em serviço teve a sua maior expressão num Lar do Concelho de Évora.

Segundo as informações recolhidas do Lar em causa, a sua principal missão é determinada pela prática e pelos princípios da doutrina cristã e materializa-se através da prestação de serviços de ação social proporcionando uma melhoria na qualidade de vida, satisfazendo as necessidades dos utentes e famílias.

Tem como principais valores orientadores da sua atuação, o respeito, solidariedade, ética, entreajuda e cooperação e tem como objetivo principal prestar um serviço cada vez mais

qualificado nas várias respostas sociais que desenvolve, tendo em vista a satisfação das necessidades dos utentes.

Esta estrutura residencial presta serviços de alojamento, cuidados médicos e de enfermagem, alimentação, cuidados de higiene, tratamento de roupa e atividades lúdico-ocupacionais de animação. A estrutura residencial desenvolveu-se posteriormente à resposta social de Centro de Dia já existente desde 1989, devido à forte necessidade sentida por parte da população.

O serviço de Apoio Domiciliário é também uma das vertentes da resposta social do Lar, prestando cuidados individualizados e personalizados em casa dos utentes.

Este lar dispõe de uma sala de convívio bem fornecida em cadeirões, uma televisão plasma, radio, decoração nas paredes de antigos trabalhos realizados pelos utentes, relógio e calendário, e ainda uma rampa com acesso ao exterior. Num outro polo do corredor existe o acesso aos quartos dos utentes. Existem 11 quartos duplos e 4 triplos. Destes, 7 quartos têm casa de banho privada e 8 têm instalações sanitárias partilhadas. No corredor antes da entrada dos quartos pode-se encontrar vários bancos e na entrada de cada quarto encontra-se a fotografia e o nome das pessoas que aí dormem.

Relativamente aos recursos humanos o lar conta com um total de 26 trabalhadores, 2 homens e 24 mulheres, sendo 2 motoristas, 14 assistentes operacionais, 1 empregada de lavandaria, 7 empregadas de cozinha e 2 administrativas. Para Além destes trabalhadores existe ainda uma técnica de serviço social, 1 diretora técnica, 1 médico e 1 enfermeira e 1 terapeuta ocupacional que prestam suporte à instituição.

A prestação de serviços ocorre 24h/dia, 7dias/semana, existindo 4 assistentes operacionais no período da manhã (07:00h-15:30h), 4 no período da tarde (15:30h – 00:00h) e 3 vigilantes no período da noite (22:30 – 08:00h). No período da manhã e da tarde existe ainda a permanência da auxiliar encarregada pela gestão e organização dos cuidados e 1 motorista que se encarrega do transporte dos utentes do dentro de dia.

Quanto às rotinas da residência, os cuidados de higiene dos residentes ocorrem no período entre as 7:00h e as 8:30h, sensivelmente, o pequeno-almoço é servido às 9h, cerca das 8:30h, começam a chegar os utentes em regime de centro de dia. O almoço está previsto às 12:30h, o lanche às 15h, o jantar às 18h, sendo que posteriormente decorre o período de higiene de utentes que se encontram em centro de dia. Após as 19h, todos os utentes frequentadores do centro de dia estão prontos para regressar às suas casas.

Às 20h é distribuída a ceia, seguindo-se um período de repouso na sala de convívio antes de serem encaminhados aos seus quartos.

No que se refere aos horários de atendimento, os serviços gerais encontram-se disponíveis num horário das 9h às 17:30h. O atendimento da secretaria ocorre das 9h às 13h e das 14h às 17h. O horário de vivatas ocorre todos os dias das 14h às 17h.

Atualmente e segundo dados colhidos no local, no dia 28 e 29 de setembro de 2017, o Lar presta apoio a 49 utentes, 33 em regime de lar, dos quais 24 são mulheres e 9 são homens e 9 em regime de centro de dia dos quais 4 são mulheres e 5 são Homens e 7 em regime de apoio domiciliário.

DESCRIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Uma estimativa a nível mundial, descrita por Wimo et al (2010), refere que em 2050 o número de pessoas que sofrem de demência atingirá os 115,4 milhões. Esta estimativa é francamente corroborada com os dados atuais, seja a nível nacional ou mundial.

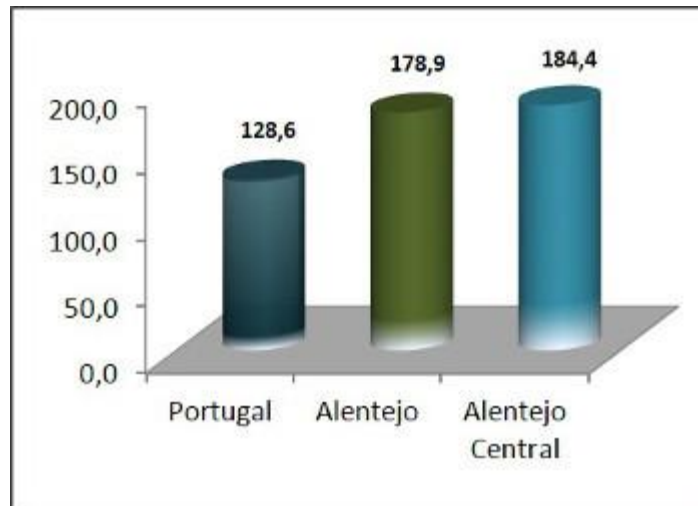
Para que se criem estratégias de intervenção nesta área importa conhecer a realidade da população com a qual se pretende trabalhar para que o resultado das intervenções planeadas vá ao encontro do que se pretende na promoção de envelhecimento ativo e saudável.

Tal como foi descrito anteriormente, falar-se de envelhecimento pressupõe naturalmente falar-se da degradação física e mental que o ser humano sofre ao longo de todo esse processo, assim, sendo este estágio final direcionado para as alterações cognitivas pela qual os quadros demenciais se pautam, não poderia deixar de escolher a região do Alentejo Central, onde a população é altamente envelhecida, pois aí a probabilidade de encontrar indivíduos com quadros demenciais seria, por consequência, maior do que noutras regiões do país.

Justifica-se assim a escolha do local de estágio numa USF na cidade de Évora, onde a acessibilidade à população idosa seria maior do que noutras regiões e instituições de saúde. Segundo os dados estatísticos apresentados pelos últimos CENSOS realizados em Portugal em 2011, O Alentejo Central é a região mais envelhecida do país, apresentando um índice de envelhecimento superior ao da média regional. Em 2011, por cada 100 jovens no Alentejo central existem 184 idosos (Figura 1).

De um total de 56.596 habitantes, 11.224 são idosos (idade igual ou superior a 65 anos) sendo que as dinâmicas sociodemográficas mais prevalentes são o envelhecimento populacional e o elevado número de pessoas com idade superior ou igual a 70 anos (Diagnóstico Social Évora 2013/2015).

Figura nº 1- Índice de envelhecimento Populacional do Alentejo Central em 2011



Fonte: INE, Censos 2011

Se por um lado esta situação é reveladora do desenvolvimento e melhoria da qualidade das respostas da área da medicina e da melhoria da qualidade de vida da população do Alentejo, revela-nos também, como foi dito anteriormente, a existência de situações de grande degradação física e mental.

A dinâmica social e cultural do Alentejo é francamente característica, e como seria de esperar muito diferente das restantes regiões do país, aqui, sendo esta uma das maiores regiões do país, é também a que menos densidade populacional tem, o que significa que a distância entre povoações é considerável e as estruturas de saúde não conseguem abranger nem dar resposta às necessidades existentes.

Tendo em conta os dados colhidos no dia 11 de outubro de 2017 através do sistema de informação SINUS, a população idosa inscrita na USF (pessoas com mais de 65 anos) perfaz um total de 3445 utentes, sendo cerca de 23% do total da população, assim se percebe que a expressão desta faixa etária é extremamente importante.

Contudo, em discussão com os enfermeiros da USF, e após o acompanhamento diário da Enfermeira orientadora, depreende-se que os idosos que frequentam a USF são essencialmente idosos que vivem no centro da cidade, e recorrem aos serviços de saúde essencialmente para as consultas de enfermagem de vigilância e controlo da hipertensão e da diabetes, sendo estes maioritariamente, pessoas autónomas ou que apesar de algum grau de incapacidade física não têm na sua maioria danos cognitivos, de outro modo não seria de se

esperar que tivessem ainda capacidade para decidir sobre a sua vigilância de saúde. Neste contexto, surge a possibilidade e a necessidade de focalização numa população ainda mais específica, mais envelhecida e mais rural, tendo-se optado por uma vila do interior do Alentejo central – A extensão de saúde que pertence a esta vila, está englobada na USF, e acompanha uma população maioritariamente idosa, população, essa, que na sua maioria, se encontra institucionalizada num lar.

No que diz respeito à vila descrita, segundo o sistema de informação SINUS, consultado na mesma data referida anteriormente, a extensão de saúde presta assistência a um total de 861 indivíduos e destes 312 são idosos. Destes 312 idosos, um número considerável recebe assistência por parte de um lar, e tendo em conta a enorme expressão do número de pessoas idosas, será expectável que estas sofram de alguma forma de alterações cognitivas intrínsecas ao processo de natural de envelhecimento, o que torna esta instituição num importante recurso ao desenvolvimento do projeto de estágio que se pretende implementar no âmbito dos cuidados de enfermagem ao idoso com quadro demencial.

Tal como foi descrito anteriormente o lar presta assistência a 33 idosos em regime de Lar, 9 em regime de centro de dia e 7 em regime de apoio domiciliário.

Devido à facilidade de acesso aos utentes que se encontram no mesmo espaço físico durante o mesmo período temporal, decidiu-se partir para a seleção da população-alvo através dos utentes que se encontram em regime de lar e centro de dia, perfazendo um total de 42 idosos.

Contudo, tendo em conta os objetivos pretendidos para a realização deste projeto, e o tempo em que este se desenvolveu, foi necessário reduzir esta amostra consoante o critério clínico, ou seja, foram apenas selecionados os utentes com diagnóstico médico de quadro demencial ou síndrome demencial para participação no projeto.

4.1. Definição da Pergunta de Partida

Quando se implementa projetos que que visam dar resposta a problemas que surgem na prática assistencial, de ensino ou pesquisa, a prática baseada na evidência e geralmente a

metodologia a seguir, procurando estratégias que respondam de uma forma mais efetiva aos problemas reais identificados. Para tal esta prática propõe que os problemas identificados sejam decompostos e posteriormente organizados através da estratégia PICO. Este acrónimo representa os conceitos de Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes” (desfecho), conceitos esses que são elementos fundamentais para a elaboração da questão de pesquisa e da construção da pergunta para a busca bibliográfica de evidências.

A estratégia PICO é utilizada para construir questões de pesquisa de vários campos de estudo e permite a construção adequada, seja em que área dor, de uma pergunta de pesquisa que possibilita ao investigador a definição correta das evidências que são necessárias para a resolução dos problemas, maximiza a recuperação das evidências nas bases de dados, limita o campo da pesquisa e evita a realização de trabalho desnecessário (Santos, Pimenta e Nobre 2007).

Deste modo, perante a problemática apresentada, a pergunta definida para a implementação deste projeto partiu da seguinte questão: Quais as necessidades em cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica dos idosos com quadro demencial residentes num lar do concelho de Évora?

METODOLOGIA DE PROJETO

A metodologia científica escolhida para a implementação deste projeto foi a metodologia de projeto pois esta baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência, e é constituída por cinco etapas: Diagnóstico de Situação, Definição de Objetivos, Planeamento, Execução e avaliação e Divulgação dos Resultados.

A metodologia de projeto foi escolhida para ser aplicada neste contexto e neste estágio final pois trata-se de uma metodologia reflexiva, baseada na investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que pretende contribuir para a identificação de problemas e resolvê-los através de ações práticas. Aqui também a própria população alvo da intervenção é envolvida como elemento ativo o que contribui para o conhecimento e transformação da sua própria realidade (Ruivo et al, 2010).

5.1. Diagnóstico de Situação

A primeira etapa da metodologia de projeto é o diagnóstico da situação. Esta etapa permite a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação/problema identificada, descrevendo assim a realidade sobre a qual se pretende intervir. No contexto dos cuidados de saúde devemos realizar uma análise integrada das necessidades da população com o objetivo de aproveitar os recursos disponíveis para desenvolver estratégias e ações que promovam a melhoria do estado de saúde da população (Brissos, 2004, citado por Ruivo et al.,2010).

O lar, à semelhança de todas as instituições de saúde do Alentejo desta natureza, presta cuidados de saúde a um enorme número de utentes, com idades avançadas. Trata-se de idosos com idades geralmente superiores a 65 anos, dependentes nas atividades de vida, com pouco apoio familiar e/ou que precisam de vigilância e ajuda permanente.

Deste a sua existência, esta instituição foi vendo as suas infraestruturas melhoradas e aumentadas no sentido de dar resposta aos inúmeros pedidos de assistência.

Após um período de observação das rotinas do lar, do trabalho das assistentes operacionais e da população residente no lar facilmente se depreende que as dificuldades existentes vão muito para além da quantidade de trabalho físico existente, seja nas higiènes, alimentação, etc. Devido ao elevado número de idosos residentes e em regime de centro de dia e ao diminuto número de pessoal torna-se praticamente impossível estar junto do utente para ouvir as suas necessidades, para conversar, para realizar atividades de lazer e/ou simplesmente para estar junto. A instituição proporciona 2 dias de atividades uma terapeuta ocupacional, e 1 dia de atividades de expressão corporal com uma técnica, no entanto os utentes encontram-se na maior parte do tempo na sala de convívio, a assistir televisão.

Durante este período, e através dos diálogos com vários utentes é imediatamente perceptível que grande parte dos mesmos sofre de alguma forma de alteração cognitiva, muitas vezes evidenciadas por alterações da memória e alterações do comportamento. Muitos exprimem ainda grande tristeza e solidão, relacionado com o facto de se encontrarem num lar, demonstrando grande labilidade emocional quando o assunto é abordado, o que por sua vez poderá afetar consideravelmente o desenvolvimento ou o agravamento destas mesmas alterações cognitivas, como será explicitado no seguimento deste relatório.

Neste contexto é importante determinar estratégias de intervenção que promovam a saúde mental destes utentes, melhorando não só a sua qualidade de vida, como também a a qualidade de vida daqueles que os rodeiam.

Tal como descrito anteriormente, de forma a conhecer melhor estes 42 utentes do lar e a selecionar o grupo alvo para este estudo, apesar da evidente presença de alterações cognitivas na maioria dos idosos residentes no lar, decidiu-se partir da análise dos processos clínicos presentes na instituição e selecionar apenas aqueles que tinham descrito nos seus antecedentes de saúde síndrome demencial/ demência/quadro demencial. De um total de 42 utentes conseguiu-se selecionar 11 idosos, o que perfaz uma pequena percentagem de casos identificados/diagnosticados, muito à semelhança do estudo realizado por Caldas de Almeida em 2016. Deste total de 11 idosos, 1 (retratado pela letra “J” no Quadro 1 e 2) foi ainda

excluído da amostra por agudização do estado geral (utente referente á letra J), assim considerou-se o subgrupo alvo: 10 idosos com quadro demencial descrito como antecedente de saúde.

Analisando o subgrupo alvo de idosos, 9 são do sexo feminino e apenas 1 do sexo masculino, sendo que a média de idades é de 86,4 anos. No que diz respeito ao seu estado civil, 1 é solteiro, 1 casado e os restantes 8 elementos são viúvos.

O grau de escolaridade encontra-se maioritariamente no ensino primário, havendo apenas 1 elemento com estudos de nível superior e 1 elemento analfabeto. Do ponto de vista profissional a maioria dos elementos do grupo eram domésticas e, 7 elementos têm filhos e 3 não têm.

Importa ainda referir que ao nível dos antecedentes de saúde, a Hipertensão arterial, Deslipidémias, diabetes mellitus tipo 2 e AVC estão presentes no processo clínico de grande parte do grupo e apenas 1 elemento não toma qualquer tipo de medicação do foro psiquiátrico.

Estes dados espelham de certa forma o que vem sendo descrito na literatura como fatores de risco para as demências do tipo alzheimer e outros quadros demenciais indiferenciados, sendo mais provável alguém com idade avançada, do sexo feminino, com problemas vasculares e baixo nível sociocultural vir a desenvolver algum tipo de demência (Spar e La Rue, 2005).

Foi ainda observado que deste grupo de 10 utentes apenas 2 deles participavam em atividades lúdicas realizadas na instituição, ficando os restantes utentes a maior parte do tempo, sentados em frente ao televisor, não existindo qualquer outro estímulo e/ou acompanhamento por parte da equipa multidisciplinar para além dos cuidados básicos relacionados alimentação, higiene, eliminação e mobilizações.

5.1.1. Caracterização da População

5.1.1.1. Caracterização do subgrupo de idosos

Através da consulta dos processos clínicos dos 42 utentes do lar, conseguiu-se chegar a um total de 10 idosos que têm descrito como antecedente de saúde: quadro demencial ou síndrome demencial. Importa referir que o número de utentes que a que o lar presta apoio foi sendo mutável ao longo do projeto, contudo a seleção do grupo-alvo de utentes, foi realizada a 1 de outubro de 2017 através da análise dos dados clínicos consultados no final do mês de Setembro, assim os utentes que se encontravam hospitalizados, e que regressaram posteriormente à instituição ou até mesmo novos utentes em regime de centro de dia não foram incluídos na amostra.

Na consulta dos processos clínicos para além dos antecedentes de saúde, foram ainda recolhidos outros dados de forma a caracterizar a o subgrupo alvo: 10 idosos do lar com quadro demencial diagnosticado.

Dentro deste número, estão ainda incluídos utentes em regime de lar e em regime de centro de dia, pois apesar de o projeto estar direcionado para o idoso institucionalizado, não faria sentido excluir idosos que estando em regime de centro de dia e apresentando quadro demencial, ainda têm suporte familiar que os permita regressar ao final do dia às suas casas. Neste contexto, o facto de o utente estar ou não em regime de lar, dependo essencialmente do suporte familiar que ainda possa ter e não especificamente do grau de comprometimento cognitivo.

As variáveis selecionadas para a caracterização geral da população foram: **idade, sexo, estado civil, se têm filhos ou não, profissão, escolaridade, antecedentes de saúde e medicação atual do foro psiquiátrico**

Quadro 1 – Dados Demográficos do subgrupo de Idosos

UTENTES	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	FILHOS
A	82	Feminino	Viúva	4ª Classe	Empregada fabril	Sim
B	87	Feminino	Viúva	2º Classe	Doméstica	Sim
C	78	Feminino	Viúva	3º Classe	Doméstica	Não
D	93	Feminino	Viúva	Analfabeta	Doméstica	Sim

E	79	Feminino	Solteira	Estudos superiores	Enfermeira	Não
F	99	Feminino	Viúva	4º Classe	Doméstica	Sim
G	99	Feminino	Viúva	7º Ano	Doméstica	Sim
H	83	Feminino	Viúva	1ª Classe	Doméstica	Não
I	88	Masculino	Viúvo	4ª Classe	Empresário	Sim
J	90	Masculino	Viúvo	4º Classe	Trabalhador rural	Sim
K	76	Feminino	Casada	1ª Classe	Doméstica	Sim

O que é comum a todos estes utentes e então o facto de todos eles terem no seu processo clínico a presença de um diagnóstico médico referente ao quadro demencial. Sendo este o principal fator de seleção do subgrupo, não poderia deixar-se de parte outros dados de saúde que são relevantes para o conhecimento da realidade, como por exemplo outros antecedentes de saúde comuns a todos eles e ainda o tipo de medicação que fazem diariamente.

Quadro nº 2 – Dados de Saúde do subgrupo de Idosos

UTENTES	ANTECEDENTES DE SAÚDE	MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA HABITUAL
A	HTA Avc isquémico Diminuição da acuidade visual Quadro demencial	Quetiapina 25mg – 1 cp ao deitar Donepezilo 10 mg – 1 cp ao deitar
B	HTA Síndrome depressivo Síndrome vertiginoso Diminuição da acuidade visual Senilidade aterosclerótica	Alprazolam 0,5mg – 1 cp ao deitar Sertralina 50mg – 1 cp ao PA e jantar
C	HTA DMT2 Síndrome vertiginoso Demência senil	Quetiapina 100mg – 1 cp ao deitar Memantina 20 mg – 1 cp ao PA Sertralina 50mg – 1 cp ao PA e jantar
D	HTA	Quetiapina 200 mg - 1 cp ao jantar

UTENTES	ANTECEDENTES DE SAÚDE	MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA HABITUAL
	Hipotiroidismo Dislipidémia Síndrome demencial	Memantina 20 mg – 1 cp ao PA Donepezilo 10mg –1 cp ao PA Escitalopram 10 mg – 1 cp ao PA
E	HTA DMT2 Síndrome demencial	Mirtazapina 15mg – 1 cp ao jantar Sinemet 25/100mg – 1 cp ao PA e jantar Memantina 20mg – 1 cp ao PA
F	HTA Demência senil Depressão	Tolvon 30 mg – 1 cp ao deitar Socian 50 mg – ½ cp ao almoço Sedoxil - ½ cp ao PA e lanche
G	Cirurgia pulmão esquerdo 1956 Litíase biliar HTA Doença senil Esteatose hepática 2010 Anemia	Sertralina 50mg – 1 cp ao PA
H	Obesidade mórbida HTA Depressão Síndrome demencial DMT2 Osteoartrose generalizada # coxa esquerda AVC isquémico	Paroxetina 20mg – 1 cp ap PA Quetiapina 100mg – 1 cp ao deitar
I	AVC Demência vascular Ligeira Síndrome confusional HTA IC DPOC NEO próstata FA	Escitalopram 10 mg – 1 cp ao PA Quetiapina 25 – ½ cp ao PA e 1 cp ao deitar Nutrof omga – 1 cp ao PA

UTENTES	ANTECEDENTES DE SAÚDE	MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA HABITUAL
J	Cardipatia isquémica IC Valvulopatia mitral e aórtica\anemia microcítica e hipocrómica HTA Asma Brônquica Hlpoacúsia e vertigens Cirurgia protata e cataratas Demência provável	-
K	HTA Dislipidémia Osteoporose Síndrome demencial	Gabapentina 600mg – 1 cp ao jantar Mirtazapina 30mg – 1 cp ao deitar Exelon 9,6 – PA Trazadona 100mg SOS

Como se pode observar no quadro anterior todos os utentes têm ainda em comum o facto de terem HTA, 3 tiveram AVC e 5 têm dislipidémia e /ou DMT2.

Dos 11 utentes, 7 tomam diariamente antipsicóticos e 6 tomam antidepressivos. É ainda evidente que alguns destes utentes têm prescrições mais específicas e mais direccionadas para as alterações do foro neurológico como a memantina, Exelon e sinemet. A grande surpresa reside no facto de o número de utentes que têm prescrições de benzodiazepinas ser reduzido, sendo que nesta amostra apenas 2 utentes tomam medicação deste género.

5.1.1.2. Caracterização do subgrupo de assistentes operacionais

No que diz respeito ao subgrupo de assistentes operacionais este é composto por 15 elementos, 13 elementos femininos e 2 masculinos, com idades compreendidas entre os 23 anos e os 65 anos, com tempos de serviço nesta instituição que variam de 4 meses a 30 anos, sendo que na sua maioria o tempo de serviço em média não excede os 5 anos.

Um destes elementos do grupo exerce funções de chefia, organizando diariamente a equipa e os cuidados a prestar aos utentes.

Na seleção deste subgrupo, o critério principal foi o da prestação de cuidados diretos aos utentes, sendo que para esse efeito excluíram-se assistentes operacionais que realizam apenas serviços de lavandaria, limpeza e cozinha.

Quadro nº 3 – Dados colhidos em questionário ao subgrupo de assistentes operacionais

ASSISTENTES OPERACIONAIS	IDADE	SEXO	MOTIVAÇÃO PARA APRENDER	TEMPO DE SERVIÇO
A	58	Feminino	Sim	4 Anos
B	23	Feminino	Sim	7 Meses
C	57	Feminino	Sim	4 Anos
D	47	Feminino	Sim	4 Anos
E	58	Feminino	Sim	2 Anos
F	47	Feminino	Sim	1 Ano
G	42	Feminino	Sim	4 Anos
H	52	Feminino	Sim	4 Anos
I	47	Feminino	Sim	10 Anos
J	47	Feminino	Sim	12 Anos
K	65	Feminino	Sim	30 Anos
L	45	Feminino	Sim	4 Meses
M	48	Feminino	Sim	3 Anos
N	43	Masculino	Sim	4 Anos
O	52	Masculino	Sim	4 Anos

5.1.2. Técnicas e Instrumentos de Colheitas de Dados

Após a seleção da população alvo e de forma a determinar as suas necessidades de saúde mental, foi necessário conhecer mais concretamente estes utentes, e por isso decidiu-se recorrer a 2 métodos de colheita de dados: **a entrevista e a observação**, bem como a dois instrumentos de colheita de dados, **guião de observação e mini-exame do estado mental**.

A escolha destes métodos está intimamente ligada aos objetivos, ao tipo de enformação que se pretende escolher, às condições ambientais em que se realiza a colheita de dados e ao tempo disponível para o efeito. Os métodos de pesquisa podem ser classificados de duas formas: meios ou formas onde a observação pode ocorrer de forma natural e os meios ou formas onde a informação é obtida de forma indireta ou mais concretamente através de questões que se colocam aos indivíduos. A entrevista é um meio muito utilizado em pesquisa para a recolha de informação, opiniões, necessidades, e até maior conhecimento sobre as pessoas, as suas relações e sentimentos.

(Ruivo et al, 2010)

Assim, e tendo em conta as condições do terreno de pesquisa, da população em estudo e do tipo de informações a colher, decidiu-se realizar a colheita de dados através de uma entrevista individual a cada individuo do subgrupo de idosos. Esta entrevista teve um cariz informal foi realizada em ambiente protegido (gabinete médico) e foi pensada também como meio de melhorar o relacionamento entre nós e os elementos do grupo de idosos para que estes se sentissem ouvidos e consideradas as suas queixas.

As **entrevistas não estruturadas**, decorreram apenas tendo por base o conhecimento da informação dos processos clínicos dos utentes e da informação de vida fornecida pelas assistentes operacionais num momento prévio à interação. Contudo durante as entrevistas seguimos um guião de observação que procurava essencialmente avaliar o estado mental de cada utente.

Segundo Ruivo et al (2010) vários são os instrumentos que se podem usar para a avaliação dos comportamentos e situações, passando pelo registo de acontecimentos, ou pelas listas de verificação de comportamentos, sendo o que se pretendeu efetivamente com a construção deste guião de observação.

A avaliação do estado mental apresenta uma estrutura própria e divide-se pelos seguintes parâmetros: Aspeto geral, comportamento e atitude face ao entrevistador, psicomotricidade, nível de consciência e orientação, funcionamento cognitivo, humor e emoções, linguagem e aspetos formais do pensamento, conteúdo do pensamento, alterações percetivas, capacidade

de interpretação e consciência da doença (PARECER N.º 01/ 2017 – Ordem dos Enfermeiros). Este método de observação sistemática traz ganhos ao nível da standardização da informação dos sinais e sintomas.

Para esse efeito foi elaborado um guião de observação que englobasse todos estes aspetos de forma a organizar e sistematizar mais facilmente a informação obtida no momento das entrevistas.

Esse guião pode ser observado no quadro que se segue.

Quadro nº 4 – Guião de observação

Nome:		Data:
Observações:		
Aparência	<input type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Descuidada <input type="checkbox"/> Inapropriada <input type="checkbox"/> Estranha <input type="checkbox"/> Outro	
Discurso	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Tangencial <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Repetitivo <input type="checkbox"/> Provocado <input type="checkbox"/> Outro	
Contacto Visual	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Intenso <input type="checkbox"/> Evitado <input type="checkbox"/> Outro	
Atividade Motora	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hiperativo <input type="checkbox"/> Lentificação <input type="checkbox"/> Maneirismos <input type="checkbox"/> Catatonia <input type="checkbox"/> Ecopraxia <input type="checkbox"/> Tiques	
Afeto	<input type="checkbox"/> Choro fácil <input type="checkbox"/> Risos sem motivo <input type="checkbox"/> Embotamento <input type="checkbox"/> Normal	
Comentários:		
Humor	<input type="checkbox"/> Eutímio <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> zangado <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Eufórico <input type="checkbox"/> Irritável <input type="checkbox"/> Outro	
Comentários		
Sensoperceção:	<input type="checkbox"/> Ilusões <input type="checkbox"/> Alucinações <input type="checkbox"/> Despersonalização <input type="checkbox"/> Desrealização <input type="checkbox"/> Sem alterações	
Memória afetada	<input type="checkbox"/> Imediata <input type="checkbox"/> Recente <input type="checkbox"/> Remota	
Situações de Vida Marcantes:	<input type="checkbox"/> Luto <input type="checkbox"/> institucionalização <input type="checkbox"/> Doenças	

No que diz respeito à avaliação da orientação e das restantes funções cognitivas, estas foram avaliadas com recurso ao mini-exame do estado mental, que foi aplicado no momento da entrevista.

O mini-exame do estado mental (ANEXO I) é considerado a escala mais utilizada mundialmente como medida de avaliação da função cognitiva e é um instrumento de referência na avaliação cognitiva de Idosos com Demência pois permite o despiste de défice cognitivo de acordo com o grau de escolaridade (Sequeira, 2010).

Este instrumento, validado para a população Portuguesa por Guerreiro e Col. (1994), permite uma avaliação breve do estado mental, focalizando-se em aspetos como a memória, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidades construtivas. A sua avaliação global varia de 0 a 30 pontos e cada resposta certa é cotada com um ponto.

Os valores de corte para a população portuguesa, a partir dos quais se considera com défice cognitivo são os seguintes:

- Analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 pontos
- Escolaridade Superior a 11 anos ≤ 27 pontos

Por outro lado, e tendo em conta o contexto de intervenção e o cariz sistémico deste trabalho assente no modelo teórico dos Sistemas de Betty Neuman, foi ainda importante explorar os conhecimentos do grupo de assistentes operacionais sobre a temática em estudo, uma vez que são elas os cuidadores formais do grupo alvo e têm um campo de atuação privilegiado no que diz respeito à manutenção e promoção da saúde mental do grupo de idosos.

Assim, foram aplicados questionários (APÊNDICE I) aos 15 assistentes operacionais que prestam cuidados diretos aos utentes, no sentido de explorar os seus conhecimentos sobre os quadros demenciais e sobre as formas de atuação em diversos contextos perante um idoso com manifestações clínicas inerentes a um processo demencial.

Relativamente a este instrumento de colheita de dados, decidiu-se optar por um questionário com perguntas maioritariamente fechadas, mas também com algumas perguntas abertas para se conseguir obter dados de natureza diferentes. Quanto mais aberto um questionário for mais este se aproxima da situação de entrevista, e quanto mais fechado mais

o sujeito terá de se enquadrar numa tipologia de respostas previamente definidas. Os questionários com perguntas fechadas têm vantagens no caso de serem usados no caso de grandes amostras por sua vez os questionários com perguntas mais abertas têm permitem uma maior atenção à pessoa e por sua vez uma maior personalização das respostas (Carvalho 1993, citado por Ruivo et al., 2010).

Devido ao número de elementos deste subgrupo, aos horários de trabalho que realizam e ao tempo disponível esta foi a técnica mais adequada para a colheita de informação necessária.

5.1.3. Análise de Dados e Resultados

Assim, através das entrevistas e da observação, percebemos que a maioria dos utentes apresentava um aspeto geral limpo e cuidado, todos eles se mostraram recetivos a participação nas entrevistas, mesmo que ao início nem todos percebessem bem o teor daquele momento. A maioria dos idosos apresentava uma atividade motora normal para idade, com salva exceção para 3 utentes, que apresentavam alguma lentificação motora, maneirismos e hiperatividade. Ao nível da linguagem, cerca de 50 dos utentes do grupo alvo apresenta **discurso tangencial, pobre e provocado**, sendo que os restantes 50% apresentam discurso normal.

Segundo Dugmore et al (2015) pessoas com demência são mais envergonhadas e nervosas quando se trata de verbalizar e sentem-se maioritariamente mais desconfortáveis quando se lhes pede para refletir sobre as suas próprias ideias e ou emoções. Também Kelly (2003) nos refere que no caso das demenciais corticais, como sendo as demenciais do lobo frontal, a linguagem e o pensamento são normalmente as primeiras a sofrer alterações.

A grande maioria dos utentes apresentava **fácies sugestiva de humor deprimido e verbalizavam muitas vezes sentirem-se tristes**. Ao nível do **afeto este está maioritariamente embotado**, muito relacionado com os anos de vividez e com o fato de estarem longe das suas famílias.

Este dado é fundamentado por Kelly (2003) quando a autora refere no seu artigo “Prevalent Mental Health disorders in the Aging Population: Issues of comorbidity and functional disability” os sintomas depressivos aumentam o risco de perturbações mentais e comportamentais o que por sua vez condiciona ainda mais o aumento dos níveis de ansiedade e depressão.

Relativamente à sensoperceção, alterações como alucinações visuais e **despersonalização** estão presentes respetivamente em 1 e 3 utentes, sendo esta **despersonalização descrita muitas vezes por “já não sei o que sou” e “vivo num mundo sem nada”**.

Quanto à memória, **a mais afetada é a memória recente e a memória imediata**, sendo isso observável ao longo da entrevista, quando não conseguiam lembrar-se de quem eu era, do meu nome, ou quando voltava dois dias depois ao lar e muitos não se lembravam que tinham estado a falar comigo nos dias anteriores. Mas a memória remota também se encontra comprometida, havendo um maior nível de sofrimento associado quando referem tristeza por não se lembrarem, por exemplo, do nome dos filhos.

Esta informação foi sistematizada para cada utente, em forma de quadro, como se pode observar no quadro a seguir:

Quadro nº 5 – Resultados de observação dos idosos em entrevista

	Aparência	Discurso	Contato Visual	Atividade motora	Afeto	Humor	Sensoperceção	Memória afetada
A	Limpa	Tangencial	Normal	Maneirismos	Normal	Eutímio	Sem alterações	Recente
B	Limpa	Provocado	Evitado	Lentificação	Embotamento	Deprimido	Alucinações visuais	Recente
C	Limpa	Pobre	Evitado	Ecopraxia/ hiperatividade	Embotamento	Deprimido	Despersonalização	Imediata, Recente e Remota
D	Limpa	Tangencial	Normal	Lentificação	Embotamento	Deprimido	Sem alterações	Imediata e recente
E	Limpa	Normal	Normal	Lentificação	Embotamento	Deprimido	Sem alterações	Imediata e recente

F	Limpa	Provoca	Evitad	lentificaçã	Choro fácil	Deprimi	Despersonaliz	Imediata e
		do	o	o		do	ação	recente
G	Limpa	Repetiti	Norm	lentificaçã	Normal	Eutímico	Sem	Recente
		vo	al	o		o	alterações	
H	Limpa	Provoca	Evitad	lentificaçã	embotame	Deprimi	Despersonaliz	Recente
		do	o	o	nto	do	ação	
I	Limpa	Repetiti	Intens	hiperativid	Risos sem	Eufórico	Sem	Recente
		vo	o	ade	motivos		alterações	
K	Limpa	Repetiti	Intens	hiperativid	Normal	Deprimi	Sem	Imediata e
		vo	o	ade		do	alterações	recente

Por sua vez o mini-exame do estado mental revelou que as principais alterações cognitivas do grupo alvo estavam relacionadas com a **orientação temporal e com as habilidades construtivas** que estão intimamente relacionadas com a memória de trabalho.

A memória de trabalho é considerada um dos sistemas que possui forte influência sobre a aprendizagem, pois ela, além de manipular informações novas que advêm das vias sensoriais, faz a ligação com a memória de longo prazo, ou seja, com o conhecimento já existente. A memória de trabalho é um componente da função executiva que armazena e retém temporariamente a informação enquanto uma determinada tarefa está sendo realizada, assim, esta memória dá suporte às atividades cognitivas como, por exemplo, a leitura (Alloway, 2010).

O mini exame do estado mental foi aplicado à população alvo, no momento de entrevista com o Utente (descrita anteriormente), no gabinete de enfermagem do lar, entre o dia 10 e 14 de outubro de 2017 sendo os resultados obtidos os seguintes:

Quadro nº 6 – Resultados da aplicação do mini-exame do estado mental à população alvo

UTENTES	IDADE	ORIENTAÇÃO	RETENÇÃO	ATENÇÃO E CÁLCULO	ÉVOCAÇÃO	LINGUAGEM	HABILIDADE CONSTRUTIVA	TOTAL
A	82	5/10	3/3	3/5	0/3	7/8	0/1	18/30
B	87	8/10	3/3	3/5	3/3	6/8	0/1	21/30
C	78	0/10	0/3	0/5	0/3	1/8	0/1	1/30
D	93	5/10	3/3	0/5	0/3	7/8	0/1	15/30
E	79	5/10	3/3	1/5	3/3	8/8	0/1	19/30



Instituto Politécnico de Castelo Branco

F	99	6/10	3/3	5/5	0/3	8/8	0/1	22/30
G	99	6/10	3/3	1/5	2/3	6/8	0/1	18/30
H	83	7/10	3/3	0/5	2/3	6/8	0/1	18/30
I	88	6/10	3/3	5/5	1/3	8/8	1/1	24/30
K	76	6/10	3/3	3/5	3/3	6/8	0/1	21/30

Deste modo depreende-se que todos os idosos do subgrupo alvo, excluindo-se o utente com a letra “I” têm défices cognitivos importantes. As alterações da orientação e das habilidades constritivas repercutem-se essencialmente ao nível do desenvolvimento autónomo das AVD’s.

Relativamente aos resultados obtidos através da aplicação dos questionários aos assistentes operacionais, extraíram-se os seguintes dados:

Todos os elementos da equipa de assistentes operacionais responderam aos questionários no prazo estipulado e todos eles, na generalidade, referem saber o que é a demência, caracterizando-a por “enfraquecimento das faculdades mentais” onde existe “esquecimento”, “desorientação”, “perda de autonomia”, “dificuldade em realizar tarefas” e “dificuldade em expressar sentimentos”. Quando questionadas sobre qual q percentagem de utentes com quadro demencial que existe no lar a grande maioria refere cerca de 50% dos utentes. Muitos estão cientes da maioria das manifestações clínicas associadas aos processos demenciais, mas **a maioria não relaciona a agressividade, alucinações, alterações da comunicação/linguagem, desinibição sexual e isolamento como manifestações relacionadas com as alterações cognitivas.**

A totalidade dos 15 assistentes operacionais mostra interesse em saber mais sobre quadros demenciais e essencialmente em aprender estratégias de atuação para falar e lidar com estes utentes, seja quando estão desorientados, agressivos e/ou agitados por períodos, para melhor adequarem a sua prática às necessidades do utente, providenciando-lhes um cuidado com mais qualidade e ao mesmo tempo ser elementos validos na promoção da saúde mental e fatores protetores de uma degradação mais abrupta da capacidade cognitiva dos seus utentes.

O aspeto motivacional tem grande relevância quando se trata de aquisição de novas competências, contudo poderia levantar-se a questão de que o vínculo contratual do trabalhador poderia influenciara sua resposta. Por esse motivo, foi salvaguardado a confidencialidade dos resultados dos questionários perante a equipa de assistentes

operacionais, garantindo que as suas respostas seriam apenas utilizadas como base de dados para o desenvolvimento de uma ação formativa que respondesse diretamente às necessidades formativas dos mesmos, mas que respondesse essencialmente, de forma indireta às necessidades de cuidados de saúde mental do subgrupo de idosos, englobando assim os assistentes operacionais no processo de promoção da saúde mental

5.1.4. Diagnósticos de Enfermagem

Respondendo assim à questão de partida sobre as necessidades de cuidados especializados de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria dos utentes de um lar do Concelho de Évora com quadro demencial, importa traduzir toda esta informação recolhida em diagnóstico de enfermagem segundo a linguagem CIPE versão 2, para que se possa proceder posteriormente ao planeamento das intervenções.

Assim, e partindo da informação anteriormente apresentada foi possível chegar a determinação dos seguintes diagnósticos:

Relativamente ao subgrupo de 10 idosos com quadro demencial, os diagnósticos elaborados são os seguintes:

- Grupo com confusão presente em grau elevado (Dados que suportam diagnóstico: desorientação relativamente ao tempo)
- Grupo com Bem-Estar comprometido em grau elevado (dados que suportam diagnóstico: despersonalização, Discurso tangencial, pobre e provocado, lentificação motora, humor deprimido)
- Grupo com Desolação presente em grau elevado (dados que suportam o diagnóstico: afeto embotado relacionada com os anos de viuvez e por estarem longe das famílias, humor deprimido)
- Grupo com cognição comprometida em grau elevado (Dados que suportam diagnóstico: Memória recente, imediata e tardia afetada, habilidades construtivas deficitárias ou inexistentes, alterações do discurso e da linguagem.

Relativamente ao subgrupo de 15 assistentes operacionais os diagnósticos elaborados são os seguintes:

- Grupo com conhecimento sobre saúde diminuído (Dados que suportam diagnóstico: A totalidade dos 15 assistentes mostra interesse em saber mais sobre quadros demenciais e essencialmente em aprender estratégias de atuação para falar e lidar com estes utentes)
- Grupo com papel de prestador de cuidados comprometido em grau moderado (Dados que suportam diagnóstico: Maioria não relaciona a agressividade, alucinações, alterações da comunicação/linguagem, desinibição sexual e isolamento como manifestações relacionadas com as alterações cognitivas)

Determinadas as necessidades da população alvo, importa agora definir objetivos que orientem o planeamento das intervenções. Os objetivos assumem um importante lugar na metodologia de projeto pois são vistos como representações antecipadoras centradas na ação, tornando-se essenciais para a elaboração do planeamento das intervenções. Deste modo os objetivos elaborados para a implementação deste projeto foram as seguintes:

- Promover a saúde mental do grupo alvo através de técnicas psicoterapêuticas que sejam capazes de responder as suas necessidades específicas.
- Melhorar os níveis de conhecimento do grupo de assistentes operacionais, sobre o idoso e os cuidados ao idoso com quadro demencial

5.1.5. Considerações Éticas

O olhar da ética na investigação engloba todas as etapas do processo de investigação, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios estabelecidos. Sendo a enfermagem regida também ela pelos princípios éticos gerais, o facto de ser uma ciência humana aumenta a preocupação, por parte dos enfermeiros,

sobre questões relacionadas com o bem-estar e com o respeito pelos direitos e integridade das pessoas (Nunes, 2013)

Segundo a mesma autora, os elementos éticos a considerar no desenvolvimento de um trabalho de investigação em Enfermagem, desta natureza, vão desde a pertinência do problema à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, passando pela escolha de metodologia, processos de colheita e divulgação dos dados, respeitando os direitos dos participantes através do consentimento informado, esclarecimento livre e confidencialidade e proteção de dados em todas as fases do estudo.

No contexto deste projeto de intervenção, e considerando todo o enquadramento efetuado considera-se de maior pertinência a elaboração deste estudo no âmbito da promoção da saúde no idoso institucionalizado com quadro demencial pois esta problemática apresenta-se como um dos maiores desafios à sociedade contemporânea, sendo necessário compreender os fenómenos para posteriormente intervir.

Relativamente à seleção da amostra, todos os princípios de confidencialidade foram respeitados, cumprindo-se com os pedidos de autorização para colheita de dados ao ACES do Alentejo Central e à direção do lar (APÊNDICE II e III)

Para realização das entrevistas e colheita dados através de observação e realização do mini-exame do estado mental foi elaborado um documento entregue aos familiares dos utentes, pedindo autorização para participação dos seus familiares no projeto (APÊNDICE IV).

Uma vez que a colheita de dados foi realizada *a posteriori* do pedido de autorização para participação no projeto, e tendo em conta a especificidade dos dados a colher, uma vez que ainda não se conseguia auferir sobre a natureza dos dados e da dimensão das alterações cognitivas dos idosos, tornou-se prudente incluir também assim os familiares em todo o processo, pedindo-lhes, a eles, autorização para a participação do seu familiar no projeto, garantindo que a demonstração da recusa por parte do idoso seria tida em conta.

No caso de estudos de natureza académica, cuja finalidade é a obtenção de um grau, como é o caso deste projeto, deve-se ter particular atenção à proporcionalidade. Se a população a estudar não for autónoma, como é o caso de pessoas incapazes de dar o seu consentimento, torna-se importante perceber a pertinência da sua inclusão no estudo de forma a proteger a sua vulnerabilidade, não as transformando em meros objetos (Nunes,2013).

Respeitando precisamente este princípio procurou-se explicar aos familiares dos utentes a pertinência da sua participação neste projeto, pedindo consentimento para a colheita, análise e divulgação dos dados colhidos, com vista a demonstrar as necessidades de saúde mental reais dos idosos com quadro demencial, que se encontram institucionalizados para que num futuro se consiga mais facilmente prevenir o desenvolvimento abrupto da deterioração cognitiva associada ao processo de envelhecimento aumentando a qualidade de vida de toda a população.

Ainda, relativamente aos assistentes operacionais foi entregue, juntamente com os questionários elaborados, um documento garantindo não só o consentimento informado como também a confidencialidade dos dados fornecidos (APÊNDICE V).

O projeto teve ainda autorização da comissão de ética da Universidade de Évora (APÊNDICE VI).

5.2. Fase de Planeamento e Fase de Execução segundo o Modelo Teórico dos Sistemas de Betty Neuman

O planeamento e a fase de execução assumem o lugar da terceira etapa e quarta etapa, respetivamente, na metodologia de projeto. É na fase de planeamento que se elabora o plano detalhado das intervenções que se pretendem realizar para suprir as necessidades do grupo em estudo, realizando-se um levantamento dos recursos, das limitações condicionantes, dos métodos e técnicas a utilizar e a elaboração de um cronograma, e é na fase de execução que se procede à implementação das mesmas.

Neste contexto a escolha das intervenções, métodos, técnicas e estratégias a realizar estão intimamente ligadas com os objetivos definidos previamente (Ruivo et al, 2010).

De forma a responder às necessidades do grupo de 10 idosos com quadro demencial, planeou-se a implementação de várias intervenções de âmbito psicoterapêutico.

Segundo a literatura, as alterações cognitivas mais afetadas nos idosos são a atenção, a concentração, o raciocínio indutivo, a atenção a memória, a capacidade perceptiva e espacial, as funções executivas e a velocidade de pensamento, sendo que muitos autores dão maior

ênfase às alterações associadas à memória, nomeadamente a memória a curto prazo. Ao nível dos afetos, a depressão é muito frequente nos idosos e por sua vez compromete consideravelmente a qualidade de vida, e é caracterizada por queixas somáticas, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico etc. (Pearson e Brown, 2000 citado por Gonçalves, 2012).

A literatura tem evidenciado uma relação entre o fraco desempenho cognitivo e a sintomatologia depressiva, pois a nível cognitivo ocorre a diminuição da capacidade para a aprendizagem e a depressão pode alterar os processos motivacionais da memória (Gonçalves, 2012).

Assim e tendo em conta o conhecimento existente, durante a fase de planeamento, foram realizadas pesquisas bibliográficas no sentido de perceber qual seriam as técnicas, que promovessem a saúde mental, mais adequadas ao grupo de idosos, ao ambiente em que se encontram e às suas necessidades de saúde mental traduzidas nos diagnósticos de enfermagem anteriormente definidos.

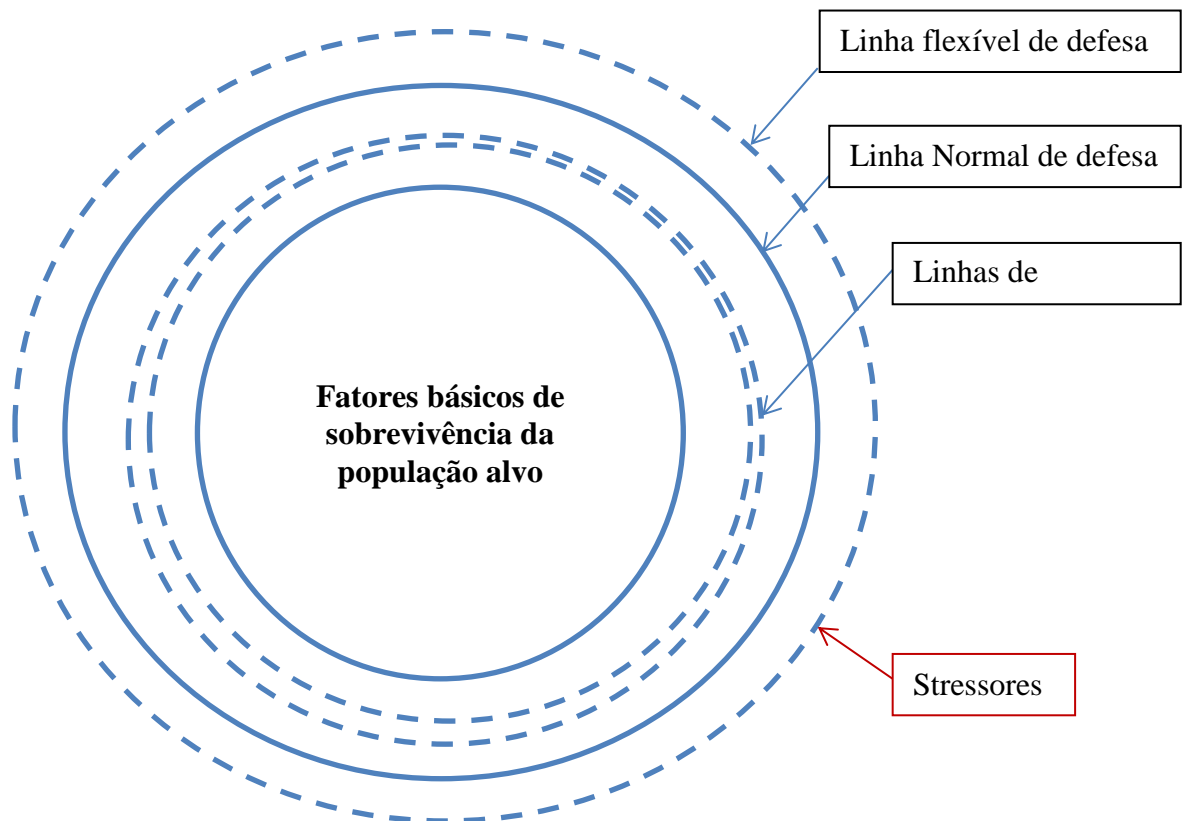
A intervenção do foro não farmacológico incide essencialmente no conceito de reabilitação e estimulação e passa por ajudar alguém no seu desempenho, de modo a minimizar as necessidades de alguém (Guerreiro, 2002 citado por Sequeira, 2010). As intervenções e/ou técnicas utilizadas na promoção da saúde mental do idoso com quadro demencial que melhor promovam esta reabilitação e estimulação são as técnicas psicoterapêuticas, tais como estimulação cognitiva, orientação para a realidade terapia por remanescências, musicoterapia, etc.

Sequeira (2010) refere que existem duas tipologias de intervenção psicoterapêutica, uma mais relacionada com os aspetos relacionais/emocionais e outra mais direcionada para a estimulação cognitiva. Neste contexto, e tendo em consideração o carácter abrangente e multifocal necessário para que as intervenções de enfermagem contribuam para a melhoria do estado de saúde das populações estas devem ser implementadas com base num referencial teórico sistémico, como é exemplo disso o modelo dos sistemas de Betty Neuman (Figura 2).

Este modelo, abrangente e dinâmico, enfatiza a reação da pessoa ao stress e os fatores de reconstituição ou adaptação e por este motivo pode ser utilizado pela Enfermagem de forma única. A estrutura proposta é, basicamente, que cada indivíduo é visto como um sistema aberto constituído por um centro, cercado por uma série de círculos concêntricos, onde estão incluídos os fatores básicos de sobrevivência comuns a todos os seres humanos e que se

encontra rodeado por contornos hipotéticos: linha flexível de defesa, linha normal de defesa, e linhas de resistência, que são envolvidos num determinado ambiente com determinados elementos agressores ao equilíbrio estabelecido por essas linhas de defesa. Assim, esse indivíduo (sistema aberto) está continuamente em interação com forças internas e externas, ou agressores ambientais, e está em constante mudança no ambiente, movendo-se, constantemente, em direção a um estado dinâmico de harmonia, equilíbrio ou bem-estar ou em direção a uma doença (Neuman e Fawcett, 2010).

Figura nº 2 – Estrutura básica do modelo teórico dos sistemas de Betty Neuman



Fonte: Adaptado de Neuman e Fawcett, 2010)

A linha flexível de defesa é dinâmica e pode ser modificada rapidamente. Ela age como um amortecedor para a linha normal de defesa quando o ambiente é considerado como um agressor, e ainda age como um filtro quando o ambiente oferece apoio, servindo nesse contexto como uma força positiva que contribui para o crescimento e desenvolvimento do

indivíduo. A intervenção de enfermagem especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica, ao nível da prevenção primária têm um papel importante no fortalecimento desta linha de defesa, contribuindo assim para a manutenção de um maior equilíbrio no sistema interno do idoso. Perante a situação apresentada, um elemento agressor do ambiente é o facto de a população-alvo estar institucionalizada, fora do seu ambiente familiar, contudo existem elementos que podem ser protetores desse desequilíbrio como o apoio e acompanhamento mais próximo e efetivo da equipa de assistentes operacionais. Seguidamente, a linha normal de defesa impede que os elementos agressores (forças ou estímulos que atuam sobre o indivíduo) produzam tensão. Estes elementos podem estar presentes no ambiente interno e externo do sistema, impedindo a manutenção do seu equilíbrio. No contexto da prática apresentado, não só o facto de estes idosos se encontrarem institucionalizados, sujeitos a rotinas, horários e à convivência com outras pessoas, provoca alterações no equilíbrio do seu sistema, mas também o facto de sofrerem de alterações cognitivas (forças internas) contribui para o desequilíbrio e por consequência para o agravamento da doença. Neste contexto, e num período de institucionalização recente, o facto de um idoso se ver privado da sua casa, das suas rotinas e do seu próprio ambiente externo, no qual se desenvolveu ao longo da vida, pode muitas vezes ser um elemento desencadeante ou agravante de determinadas alterações cognitivas, por outro lado, é também ele um contexto ambiental privilegiado para a melhoria e manutenção dessas mesmas alterações cognitivas. O estabelecimento de novas rotinas, a existência de pessoal especializado que pode promover a manutenção da sua saúde, a companhia pelos pares e o suporte na realização de tarefas já difíceis de realizar, quer seja pelas alterações físicas ou cognitivas que advêm do processo de envelhecimento, podem ser considerados elementos ou fatores protetores.

As linhas de resistência por sua vez variam em tamanho e distância do núcleo às zonas mais afastadas do mesmo, e tornam-se ativas quando a linha normal de defesa é invadida pelos elementos agressores do ambiente. Estas linhas de resistência evidenciam as habilidades fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais do indivíduo e que são utilizadas pelo sistema para lidar com os elementos agressores. A variável biológica refere-se à estrutura e às funções do organismo; a variável psicológica refere-se aos processos mentais e relacionamentos; a sociocultural está relacionada com as expectativas e às atividades sociais e culturais; a de desenvolvimento se refere aos processos relativos ao

crescimento durante o ciclo da vida; e já a variável espiritual diz respeito a influência de crenças espirituais (Neuman e Fawcett, 2010).

Numa situação ideal estas linhas funcionam em harmonia e com estabilidade em relação aos elementos agressores. No que diz respeito aos agressores estes podem ser: intrapessoais (forças que ocorrem dentro do indivíduo- alterações cognitivas e envelhecimento), interpessoais (referem-se às forças que ocorrem entre um ou mais indivíduos – relações interpessoais), extrapessoais (forças que ocorrem fora do sistema e agem sobre o indivíduo - institucionalização) Assim, através destas proposições, uma boa avaliação do impacto e do significado de cada agressor no sistema, e a compreensão das capacidades de cada idoso, são fundamentais para uma adequada intervenção do Enfermeiro (Neuman e Fawcett, 2010).

Aqui, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deve centrar-se nas necessidades do utente e do seu cuidador, num ambiente concreto, sendo ele próprio considerado um elemento protetor das linhas de defesa do utente ao mesmo tempo que intervém, recorrendo a técnicas psicoterapêuticas, na diminuição da intensidade das forças externas e dos agressores ambientais, e é precisamente esta abordagem que se pretendeu explorar através do desenvolvimento do projeto de promoção da saúde mental no idoso institucionalizado com quadro demencial.

A intervenção psicoterapêutica pode ser definida, de acordo com aquela que é, para a American Psychological Association, a mais consistente definição do conceito, como “the informed and intentional application of clinical methods and interpersonal stances derived from established psychological principles for the purpose of assisting people to modify their behaviors, cognitions, emotions, and/or other personal characteristics in directions that the participants deem desirable” (Norcross, 1990 citado por Sampaio et al, 2014)

Apesar desta definição parecer apontar, essencialmente para a área da Psicologia, em Portugal, existe um Regulamento que refere de forma explícita, que o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental tem a competência de prestar “cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional” (Regulamento n.º 129/2011, p. 8672).

Contudo, a falta de profissionais especializados na área torna difícil que a associação entre psicoterapia e enfermagem seja amplamente reconhecida e entendida como algo inerente e característico, pela população em geral. Felizmente que, apesar de poucos enfermeiros especialistas em ESMP, começamos cada vez mais a perceber as inúmeras áreas de

intervenção e os espaços vazios que podem por nós ser preenchidos. Um desses exemplos é então a intervenção psicoterapêutica junto do idoso.

Apesar de algum investimento ao nível da prevenção, a intervenção em geral e a prática da psicoterapia com idosos é algo com pouca tradição, principalmente em Portugal, devido, em grande parte, a herança cultural e científica que tende a veicular mensagens pessimistas acerca do envelhecimento, mas felizmente, o trabalho de muitos psicoterapeutas (como Erikson e Jung) indica que as taxas de sucesso em psicoterapia com pessoas idosas são idênticas às de qualquer outro grupo etário. A psicoterapia, nesta faixa etária, não deve ser apenas concebida como suporte a idosos dependentes, mas ser também tida como um desafio de confrontar problemas sérios com um cliente que pode ser muito mais maduro do que o seu terapeuta. Assim, a psicoterapia na idade avançada, por comparação com a intervenção noutras idades, embora podendo ser diferente nos conteúdos abordados e na natureza da relação terapêutica, é semelhante no que concerne aos objetivos, técnicas e processos implicados (Yalom e Molyneux 2006).

Importa referir que neste projeto a psicoterapia ganha espaço apenas como enquadramento ao desenvolvimento de técnicas psicoterapêuticas por parte dos enfermeiros EESMP de modo a que o leitor compreenda a sua origem e fundamentação teórica bem como a sua pertinência e utilização prática. Para o efeito e segundo a pesquisa bibliográfica efetuada determinou-se que a **estimulação cognitiva ou reabilitação cognitiva** assume assim um papel preponderante na abordagem terapêutica a este tipo de população, principalmente se falarmos mais **especificamente na terapia de orientação para a realidade e na terapia por remanescências**, pois são capazes de se tornarem facilmente em elementos protetores da linha flexível e linha normal de defesa do sistema/pessoa. **A terapia de orientação para a realidade** tem como objetivo reduzir a desorientação e a confusão dos utentes e baseia-se em estratégias de repetição contínua de dados reais que facilitem a orientação do idoso no tempo e no espaço, relembrando com ele por meio de pistas externas o dia do mês, o ano, o local onde está, entre outros (Camões et al, 2010 citado por André, 2010).

A terapia por reminiscência é uma técnica utilizada para trabalhar a memória, principalmente a remota, utilizando factos significantes da sua vida. Tem como objetivo estimular a recuperação de informação através do uso de figuras, fotografias, músicas, jogos ou outros estímulos relacionados com a vida do passado (Camões et al., 2010 citado por André, 2010).

A conjugação destas duas técnicas de estimulação cognitiva, não só permite ir ao encontro das necessidades encontradas no subgrupo de idosos como confusão, alteração da cognição como também ir ao encontro das alterações ao nível do bem-estar mental e da desolação, pois a terapia focada nas experiências positivas, como é o caso da terapia por reminiscência, que evocam momentos felizes do passado, transportam esses sentimentos para o presente, ajudando a manter os níveis de bem-estar estabilizados, permitindo assim à pessoa manter contato com a sua própria identidade e por sua vez melhorar a sua qualidade de vida (Woods et al, 2006).

Importa ainda referir que tendo sido pensado em termos sistémicos, estas intervenções tomam maior significado quando implementadas em grupo no ambiente quotidiano do grupo de idosos.

De entre as tipologias de psicoterapia, a psicoterapia de grupo tende a ser a mais consensual perante os idosos, constituindo-se como um espaço privilegiado, onde o terapeuta utiliza o grupo como recurso terapêutico (Lopes, Barbieri e Gambale, 2009), com o objetivo de romper com o isolamento e com a fragilidade da identidade que muito angústia essas pessoas (Sampaio, Sequeira e Lluch-Canut, 2014). Assim, as intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas em grupo com pessoas idosas são benéficas ao nível da diminuição de sintomas depressivos e tem sido identificada por vários autores como o formato interventivo preferencial na abordagem para a maior parte dos problemas e desafios das pessoas idosas. (Lima, 2012)

Na perspetiva de Chiu (1999) citado em Lima (2012) as intervenções psicoterapêuticas, realizadas em grupo, em pessoas idosas revelam eficácia e eficiência a longo prazo e promove mais facilmente a adesão das pessoas em contexto institucional proporcionando diminuição de custos e aumento de ganhos a nível emocional e cognitivo, superiores às intervenções realizadas individualmente.

Por sua vez, as intervenções direcionadas diretamente ao subgrupo de assistentes operacionais partem do pressuposto de que dispensar atenção ao cuidador influi diretamente uma melhoria no estado de saúde do utente. Assim, as intervenções de âmbito psicoeducacional ganham também destaque neste planeamento pois existem inúmeras lacunas ao nível do conhecimento geral sobre as demências. O défice de literacia em demência pode colocar obstáculos à prevenção e à reabilitação dos utentes com quadros demenciais (Pereira e Sampaio, 2011).

5.2.1. Previsão das intervenções de Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica

Nesta etapa, pretende-se colocar em prática tudo o que planeado. Apesar de neste projeto esta etapa não ter sido alcançada, a previsão das intervenções a realizar será apresentada sucintamente em formato de quadro.

De salientar ainda que tendo em conta as características do grupo-alvo de 10 idosos e da instituição, foi determinado que as intervenções seriam realizadas em sessões de grupo, na sala de convívio do lar, por meio de mediadores de expressão, tais como a pintura e/ou desenho e visualização de fotografias, na construção de um quadro de vida, onde os utentes seriam estimulados e incentivados a retratar os momentos positivos mais marcantes das suas vidas numa tela, à medida que seriam introduzidas intervenções de enfermagem que permitissem responder às restantes necessidades do grupo alvo.

Esta atividade foi projetada através da adaptação de técnicas psicoterapêuticas como as “histórias de vida” e “storytelling” e “re-telling”. Numa revisão sistemática sobre o tema Intervenções psicossociais na demência de Dugmore, Orrell e Spector (2015) estas técnicas que permitem falar do passado e do presente parecem reforçar a identidade dos elementos do grupo (Mason et al, 2005) e ainda contribui para a integração de acontecimentos difíceis da vida nas suas histórias de vida deixando para trás preocupações inerentes a esses acontecimentos. No mesmo artigo, Cheston et al. (2003) observou que o facto de contar histórias de vida através de uma revisão da mesma permite uma assimilação das experiências negativas. Por sua vez, Haight et al. (2003) sugere que a integração de acontecimentos de vida passados através da revisão dos mesmos pode ser particularmente benéfico para idosos com declínio cognitivo, sendo mesmo considerado como um fator protetor à progressão desses alterações cognitivas.

As sessões de grupo foram previstas em 10 sessões de 1 hora cada, duas vezes por semana, onde em cada duas delas seria explorado uma etapa de vida, nomeadamente a Infância, a juventude, a vida adulta, a velhice, e o Futuro, e seria previsto que os utentes retratassem através da pintura/desenho ou por fotos essas etapas ao mesmo tempo que se discutiria em grupo as vivências de cada um.

O uso de fotografias pessoais e o recurso à materialização destas mesmas memórias e revisões passadas da vida em formato de quadro seriam técnicas utilizadas para potenciar o surgimento de memórias “trigger” (acontecimentos marcantes) que permitam uma maior compreensão do presente e dos sentimentos e sensações atuais experienciadas pelo grupo de idosos nesta fase das suas vidas (Dugmore, Orrel e Spector, 2015)

Estas atividades psicoterapêuticas seriam realizadas em grupo pois tal como nos referem os mesmos autores, as terapias de estimulação cognitiva realizadas em grupo contribuem para a melhoria de habilidades cognitivas como a memória e o estado de alerta. Existe ainda uma referência à melhoria dos níveis de energia e contentamento dos idosos que participam neste tipo de atividades de grupo.

Para além deste aumento dos níveis de energia, as pessoas com demência que frequentam atividades de grupo apresentam uma compreensão mútua dos seus acontecimentos de vida, não havendo necessidade de explicar as dificuldades impostas pelas alterações cognitivas ou a necessidade de se preocuparem com o facto de poderem parecer idiotas ou estúpidos. Idosos que frequentam atividades de grupo que fomentam a estimulação cognitiva estão mais facilmente dispostos a ouvir os outros e a participar de forma ativa nas atividades, contrastante aos momentos de passividade que experienciam ao longo do dia.

Estas sessões teriam uma duração no seu total de apenas 1 mês pois tal como Dugmore , Orrel e Spector (2015) nos referem, no acompanhamento de idosos, as intervenções baseadas em técnicas psicoterapêuticas breves são mais adequadas porque possibilitam um trabalho setorial, respeitando a estrutura característica do utente e evitando mobilizações afetivas desnecessárias e arriscadas.

Em suma, as intervenções planeadas para o desenvolvimento deste projeto e que são direcionadas aos subgrupo de idosos com quadro demencial estão elaboradas dentro da conceção que defende que intervenções psicoterapêuticas, como as que foram anteriormente exemplificadas, desenvolvidas em grupo contribuem para mudanças positivas ao nível do humor, comunicação, autoconfiança, alterações cognitivas e do contentamento e energia para realizaras atividades de vida diárias ao mesmo tempo que contribuem para a redução dos níveis de agitação e agressividade (Dugmore , Orrel e Spector, 2015).

Nos quadros que se seguem estão esquematizadas as intervenções de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica que pretendem dar resposta aos problemas identificados na análise dos dados efetuada anteriormente.

Quadro nº 7 - Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica a executar durante as sessões com os Idosos

Diagnóstico	Intervenções
Grupo de Idosos com confusão presente em grau elevado	- Executar terapia de orientação para a realidade (em cada sessão seria lembrado o dia, mês, ano, hora e local com instrumentos próprios para o feito, como calendário e relógio. Os utentes seriam estimulados várias vezes a lembrar esses tópicos)
Grupo de Idosos com Bem-Estar comprometido em grau elevado	- Aumentar a socialização entre elementos do grupo (Promover a discussão entre os vários elementos do grupo sobre eventos de vida de cada um, e sobre a actualidade) - Disponibilizar presença - Executar terapia recreacional (Realização de quadro de vida através de mediadores de expressão como pintura e/ou desenho e visualização de fotografias)
Grupo de Idosos com Desolação presente em grau elevado	- Disponibilizar suporte emocional ao grupo - Escutar ativamente o grupo de idosos
Grupo de idosos com cognição comprometida em grau elevado	- Executar terapia por reminiscências (assistir utentes a abordar memórias positivas e ou negativas que evidenciem habilidades de coping anteriormente adquiridas, Assistir o utente a falar da sua história, Encorajar utente a expressão verbalmente sentimentos relativos a eventos do passado, manter foco da sessão mais no processo do que no resultado, providenciar feedback positivo) - Promover treino de memória (facilitar uso de elementos que estimulem a memória como fotografias) - Gerir ambiente físico e recursos materiais (otimizar ambiente da sala de convívio bem como materiais previstos para as sessões (telas, tintas, material de desenho, pinças e fotografias)

Fonte: Amaral (2010)

Relativamente ao subgrupo de assistentes operacionais, a intervenção planeada para suprir as necessidades de formação, referidas nos questionários, foi a elaboração de uma sessão de formação sobre os cuidados ao idoso com quadro demencial.

As intervenções psicoterapêuticas orientadas para disseminação do conhecimento sobre demências e sobre o idosos com quadro demencial potencia a abertura e aceitação do idoso e das suas necessidades/dificuldades, potencia a tolerância perante situações difíceis e incertas, e potencia a capacidade de lidar com novas emoções assim como contribui para a melhoria dos cuidados prestados pelos cuidadores, pois estes tornam-se mais confiantes nas suas competências técnicas e interpessoais tais como a comunicação, capacidade de observação, criatividade e flexibilidade (Dugmore, Orrel e Spector, 2015).

Indo ao encontro da perspectiva sistémica de Betty Neuman, interveio ao nível da equipa de assistentes operacionais do lar, estaremos também a criar/potenciar novos fatores protetores às linhas de defesa dos idosos com quadro demencial. Deste modo, esta sessão de formação seria realizada no lar, numa data e horário a combinar com a direção da instituição de modo a ser apresentada aos 15 elementos da equipa que responderam ao questionário.

Quadro nº 8 – Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica a executar com os assistentes operacionais

Grupo de assistentes operacionais com conhecimento sobre saúde diminuído	- Ensinar Prestador de cuidados sobre processo de doença (através de sessão de educação para a saúde sobre os quadros demenciais e os cuidados ao doente com quadro demencial) - Apoiar prestador de cuidados
Grupo de assistentes operacionais com papel de prestador de cuidados comprometido em grau moderado	- Promover melhoria de papel

Fonte: Amaral (2010)

Ainda nesta etapa, o enfermeiro deve ter em conta a motivação dos participantes e deve ser capaz de envolver cada um deles, de forma a promover o seu papel ativo no processo, dado que a motivação intrínseca surge somente quando o sujeito se encontra ativo na ação e no meio (Ruivo et al., 2010). Esta situação foi assegurada tanto no momento das entrevistas com os idosos como nas perguntas apresentadas em questionário aos assistentes operacionais, tendo havido uma certificação da motivação dos intervenientes para a sua participação no projeto.

A fase de execução não foi contemplada neste projeto, no entanto a sua previsão não foi deixada de parte. Segundo Ruivo et al. (2010) a fase de execução assume uma enorme importância para os participantes do projeto pois possibilita “a realização das suas vontades e necessidades através das ações planeadas”. Por este motivo a previsão de execução das intervenções foi sendo explicitada ao longo dos parágrafos anteriores, mostrando a pertinência das sessões de grupo e dos mediadores de expressão como meios de melhor aplicar as técnicas psicoterapêuticas descritas ao longo da fase de planeamento.

Sendo o objetivo maior deste projeto contribuir para o desenvolvimento de conhecimento ao nível da promoção da saúde mental no idoso institucionalizado com quadro demencial, o seu foco esteve essencialmente nas primeiras fases da metodologia de projeto procurando mostrar, com base num referencial teórico sistémico e numa abordagem prática e no terreno, que é possível, apesar das dificuldades, avaliar e analisar uma população heterogénea, determinando as suas necessidades e priorizando áreas de intervenção onde os Enfermeiros podem ter um papel crucial. Assim mais do mostrar a forma como as intervenções se “executam”, procurou-se uma maior focalização na pesquisa teórica, com base da realidade estudada, de formas e técnicas psicoterapêuticas, passíveis de ser aplicadas pelos enfermeiros especialistas e que fossem capazes de dar resposta as necessidades encontradas.

5.2.2. Previsão dos recursos a utilizar

Segundo Miguel (2006) citado por Ruivo et al (2010) ainda na fase de planeamento realiza-se o levantamento dos recursos, equipamentos, materiais e sujeitos necessários à

implementação das intervenções planeadas. Para a elaboração do projeto deverão ser selecionados e aplicados diferentes meios, cabendo ao investigador determinar quais os meios que mais se adequam aos objetivos do estudo e à questão de investigação.

Os recursos a utilizar seriam, para além do enfermeiro ESMP, a sala de convívio, 2 mesas e cadeiras para todo o grupo de idosos e materiais de expressão plástica como tintas, pincéis, papel colorido, fotografias, telas, canetas de cor, cola, etc.

Relativamente à sessão de formação, seria necessário a sala de convívio, cadeiras, computador, papel e canetas e o projetor.

5.2.3. Previsão de constrangimentos

Ao longo de todo este período de estágio, existiram várias situações que nos levam a pensar na possibilidade de surgimento de determinados constrangimentos que de certa forma podem ser dificultadores da implementação de um projeto desta natureza.

Como enfermeiros a exercer funções no Alentejo, nomeadamente na cidade de Évora e com vontade de continuar a ser elementos válido na sociedade que nos rodeia, a vontade inicial foi sempre realizar este estágio final na região onde pretendemos continuar a trabalhar, e na comunidade, indo ao encontro do que se preconiza cada vez mais para o cuidado e tratamento do pessoa com doença mental, podendo assim conhecer mais profundamente a realidade existente.

Desde logo, o constrangimento inicial passou por se encontrar um enfermeiro ESMP que trabalhasse na comunidade e que exercesse funções de especialista. Tal não foi possível, pois da pesquisa efetuada, em todo o ACES do Alentejo Central não há um único enfermeiro ESMP que desempenhe funções de especialista em saúde mental e psiquiátrica na comunidade, excetuando a equipa do hospital de dia do Hospital do Espírito Santo E.P.E.

Um outro constrangimento prende-se com o fato de a sociedade encarar o enfermeiro sempre como um recurso de saúde generalista e nem sempre ser fácil de explicar às pessoas os objetivos da nossa presença e intervenções específicas do foro da saúde mental. Este problema evidenciou-se no momento das interações com a população alvo (entrevistas)

quando acontecia interrupções por parte dos trabalhadores do lar e pediam constantemente para ir ver um doente que não se sentia bem, ou para ir avaliar uma tensão arterial ou para ajudar na realização de um penso, mesmo sabendo que estávamos ali para a realização de um projeto de mestrado e não como trabalhadores do lar ou até mesmo como enfermeiros de cuidados gerais. A transição do papel de enfermeiro generalista para o papel de enfermeiro especialista em ESMP não exige apenas desenvolvimento de capacidades por parte do enfermeiro exige também uma boa integração e adaptação ao meio onde se pretende intervir, fazendo com que os que os rodeiam sejam capazes de perceber a diferença e a importância do trabalho que se pretende desenvolver.

5.3. Avaliação dos Resultados

Antes de se falar na avaliação dos resultados importa ainda inferir sobre quais seriam os resultados esperados após a realização das intervenções planeadas. Segundo a CIPE versão 2, os resultados de enfermagem são a “medição ou condição de um diagnóstico de enfermagem a intervalos de tempo após uma intervenção de enfermagem”. Esta escolha de resultados esperados deve estar voltada para a otimização da saúde, e não apenas para o alívio dos problemas.

Tendo em conta as necessidades dos subgrupos e o tempo disponível e adequado para a implementação das intervenções os resultados esperados estariam relacionados com a mudança do estado do diagnóstico de enfermagem, ou não sendo possível inferir uma alteração de estado, que ao menos os resultados observados após a realização das intervenções fosse concordante os objetivos inicialmente propostos. Segundo Amaral (2010) “a avaliação pressupõe um processo contínuo na determinação dos efeitos que as intervenções de enfermagem tiveram no estado de desequilíbrio do utente, relativamente aos resultados esperados”

Assim nesta fase esperam-se iam os seguintes resultados relativamente ao subgrupo de idosos:

Quadro nº 9 – Resultados esperados após intervenção de enfermagem no subgrupo de idosos

Diagnóstico	Resultados Esperados
Grupo de Idosos com confusão presente em grau moderado	- Executar terapia de orientação para a realidade: Grupo de idosos capazes de dizer de forma correta pelo menos o dia, mês, ano, ou local ao longo do desenvolvimento das sessões
Grupo de Idosos com Bem-Estar comprometido em grau moderado	- Aumentar a socialização entre elementos do grupo: Grupo de idosos mais comunicativos ao longo das sessões, interagindo de forma mais espontânea sem serem recorrentemente estimulados para o efeito. - Executar terapia recreacional: Grupo de idosos apresentam habilidades motoras e de construção mais consolidadas, sendo capazes de realizar cortes, desenhos, colagens, pinturas etc.
Grupo de Idosos com Desolação presente em grau moderado	- Disponibilizar suporte emocional ao grupo: Grupo de idosos apresenta progressivamente humor eutímico e se sintam mais seguros - Escutar ativamente o grupo de idosos: Grupos de idosos sentem-se mais compreendidos e acompanhados perante os problemas e necessidades que experienciam ao longo do ser envelhecimento.
Grupo de idosos com cognição comprometida em grau elevado	- Executar terapia por reminiscências: Grupo de utentes capaz de abordar memórias positivas e ou negativas, evidenciando habilidades de coping, e que sejam capazes de falar das suas histórias, verbalizando os seus sentimentos - Promover treino de memória (facilitar uso de elementos que estimulem a memória como fotografias): Grupo consegue relembrar aspetos relativos as fotos apresentadas

Quadro nº 10 – Resultados esperados após intervenção de enfermagem no subgrupo de assistentes operacionais

Grupo de assistentes	- Ensinar Prestador de cuidados sobre processo de doença (através de
----------------------	--

operacionais com conhecimento sobre saúde	sessão de educação para a saúde sobre os quadros demenciais e os cuidados ao doente com quadro demencial: Grupo de assistentes operacionais apresenta maior nível de conhecimentos sobre a temática dos quadros demenciais e do cuidado ao idoso com quadro demencial
Grupo de assistentes operacionais com papel de prestador de cuidados comprometido em grau moderado	

De forma a conseguir avaliar estes resultados, nesta etapa deverá proceder-se à avaliação do resultado das intervenções implementadas (avaliação do processo) recorrendo a instrumentos de avaliação. No caso deste trabalho de projeto foi previsto utilizar-se o método de observação, no caso das sessões de grupo com os idosos e a o questionário para aferir a integração dos conhecimentos por parte dos assistentes operacionais. Neste sentido, estes métodos de avaliação serviriam como elementos orientadores da coerência (relação entre o projeto e o problema) e eficácia das intervenções de enfermagem implementadas (Ruivo et al., 2010).

Nas sessões de grupo seriam observados aspetos como a socialização entre os elementos do grupo, o humor, presença e características da confusão antes de depois de cada sessão, satisfação dos idosos e aspetos relativos à memória (tais como capacidade para dizer nome e funcionalidade de cada material usado, bem como capacidade de enquadrar memórias do passado).

Relativamente à avaliação da intervenção realizada junto dos assistentes operacionais, esta seria realizada também por meio de observação da participação dos assistentes operacionais na sessão de formação.

Quanto à avaliação do resultado das intervenções, e de forma a conseguir-se aferir uma mudança efetiva no status dos diagnósticos inicialmente elaborados, seria previsto realizar-se novamente entrevistas de enfermagem ao grupo de idosos, observação e realização do mini-exame do estado mental, no sentido de perceber se houve alterações relativamente aos dados colhidos anteriormente e se essas alterações seriam significativas. Relativamente a avaliação final do resultado das intervenções direcionadas aos assistentes operacionais, estas seriam avaliadas por intermédio de um novo questionário, aferindo assim de forma mais coerente e

efetiva a aquisição e integração de conhecimentos, com eventual evolução positiva dos diagnósticos elaborados.

5.4. Divulgação dos Resultados

"O relatório de projeto consiste num trabalho escrito onde se concretiza todo o processo de desenvolvimento do mesmo, como tal, não deve ser desvalorizada a sua importância. (...) A elaboração de um relatório final de projeto constitui, um aspeto fundamental na transmissão de informação, sendo assim um requisito obrigatório na realização de um projeto"(Ruivo et al., 2010).

A divulgação dos resultados deste trabalho de projeto seria realizada ao nível da USF e do Lar Do Concelho de Évora, bem como na redação de uma proposta de artigo científico realizado no âmbito de estágio final e na redação e defesa final do relatório de estágio (APÊNDICE 9).

O método seria o expositivo, recorrendo ao uso de tecnologias de informação como PowerPoint, expondo a relevância de projetos desta natureza na comunidade, enaltecendo ao papel preponderante do Enfermeiro especialista em Saúde Mental na Promoção da Saúde Mental do Idoso com Quadro Demencial.

CONTRIBUTOS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE GRAU DE MESTRE

Ao longo de todo o percurso de mestrado e deste estágio final em particular foi possível refletir mais aprofundadamente sobre as competências inerentes ao grau de mestre, interligando-as com os conhecimentos adquiridos em todo o processo.

A procura da excelência e da qualidade do cuidado em enfermagem passa essencialmente pela reflexão do desenvolvimento profissional e pessoal, percebendo assim de que forma nos tornamos nós próprios uma ferramenta de trabalho na ajuda ao outro.

Numa sociedade que enfrenta cada vez mais desafios, principalmente se pensarmos no aumento da esperança média de vida e nas inúmeras nuances que o envelhecimento transporta para a saúde das pessoas, cada vez mais somos confrontados com novas dificuldades que exigem um desenvolvimento de novos conhecimentos e novas competências que sejam capazes de suprir essas necessidades.

O conhecimento que pode ser desenvolvido através da frequência de um curso de mestrado tem os seus parâmetros bem definidos e cabe ao aluno desenvolver o seu percurso académico de forma a ir ao encontro do que está estipulado. O grau de Mestre permite-nos a possibilidade de alargar os horizontes, de sair da zona de conforto, de nos colocarmos à prova, relacionando o trabalho que desenvolvemos na prática com o trabalho que gostaríamos de desenvolver de forma a contribuir para um aumento da qualidade do cuidado prestado. Um Mestre em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica deverá possuir um conhecimento mais aprofundado no domínio da saúde Mental e da Psiquiatria, evidenciando um elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão tendo sempre em máxima consideração às respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde das pessoas, de forma a ser mais um contributo válido para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Neste capítulo pretende-se analisar a aquisição de competências do grau de mestre, com base no trabalho desenvolvido não só neste estágio final, mas também no trabalho desenvolvido nas outras unidades curriculares, no âmbito da enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica, nomeadamente na área do envelhecimento.

Assim, seguir-se-á uma análise a cada objetivo do ciclo de estudos mencionado, relacionando-a com as atividades que a permitiram desenvolver de forma mais específica.

a) Desenvolve conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;

Ao longo de todo o curso de mestrado várias foram as oportunidades que existiram para desenvolver competências desta natureza, desde logo quer ao nível dos ensinamentos clínicos quer ao nível de unidades curriculares mais específicas como “Avaliação Diagnóstica e Intervenção terapêutica” e “Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica I e II. Os trabalhos desenvolvidos relativos à avaliação das necessidades de uma determinada pessoa/população e implementação de intervenções de enfermagem especializada que pretendam dar resposta a essas necessidades, estando relacionadas diretamente ao processo de enfermagem, estão por sua vez relacionados com a capacidade de implementar, gerir e supervisionar essas mesmas intervenções.

O desenvolvimento de competências inerentes à aplicabilidade prática do processo de enfermagem exige desde uma avaliação completa das necessidades da pessoa/população, formulação de diagnósticos de enfermagem, implementação de intervenções e respetiva avaliação do seu impacto na melhoria e/ou manutenção do estado de saúde da pessoa. Neste contexto, as inúmeras possibilidades práticas e teóricas de aplicabilidade do processo de enfermagem, o que permitiu, seguindo a influência das teorias dar uma resposta mais efetiva às necessidades avaliadas, pois tal como Benner (2001) nos refere, “ a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria”.

b) Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais éticos e deontológicos;

Segundo o modelo de Dreyfus, a experiência e o domínio em determinadas áreas são transformadores da competência (Benner, 2001). A procura pelo conhecimento é também ela transformadora, seja a nível pessoal ou profissional. Neste sentido a realização do curso de

mestrado implica uma vontade de evolução e sede de saber. A consequência desta vontade é visível quando competências já adquiridas se transformam e evoluem em algo mais complexo e mais completo.

As pesquisas teóricas realizadas ao longo deste mestrado para a realização dos vários trabalhos propostos foram sem dúvida elementos que ajudaram na consolidação e melhoria autónoma das competências já anteriormente adquiridas.

O desenvolvimento de competências especializadas numa determinada área são sem dúvida uma mais-valia na procura da melhoria dos cuidados prestados às pessoas/populações.

O respeito pelos limites éticos e deontológicos teve também uma grande relevância na implementação do projeto uma vez que este esteve intimamente ligado ao idoso com quadro demencial. Sendo esta uma população vulnerável, o respeito e a defesa pelos seus direitos era um dos pilares fortes da intervenção de enfermagem. Conjugando os objetivos do projeto com os limites éticos e deontológicos, e procurar ser um elemento válido no desenvolvimento científico sobre o tema foi sem dúvida um enorme desafio.

c) Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e projetos nos diferentes contextos da prática de cuidados;

A possibilidade de realização de dois ensinamentos clínicos durante este curso de mestrado foi sem dúvida uma mais-valia no desenvolvimento desta competência. É certo que como profissionais de enfermagem há já alguns anos, a integração em equipas multidisciplinares nunca foi um assunto desconhecido, contudo essa integração era feita enquanto enfermeiro generalista, elemento esse que não se verifica neste estágio de aprendizagem. A obtenção do grau de mestre implica uma abordagem diferente e um posicionamento diferente na equipa multidisciplinar, percebendo e fazendo perceber que existe um espaço próprio, com deveres e competências específicas.

Aqui a proatividade é um componente essencial na obtenção desse espaço, fazendo ressaltar não só um elevado conhecimento de si enquanto pessoa, mas também enquanto profissional, demonstrando o domínio dos conceitos teóricos que servem de suporte à sua intervenção. Nos locais de estágio foi importante aprender a demonstrar esse conhecimento para que a atuação fosse entendida como válida e pertinente do contexto da prática, no seio das rotinas das equipas de enfermagem e multidisciplinares por onde passei.

A metodologia de projeto utilizada no estágio final foi sem dúvida uma grande aliada no desenvolvimento da capacidade de liderança, quer do próprio projeto em si, no que diz respeito à organização funcional das atividades propostas, como também na gestão da equipa multidisciplinar do lar onde o estágio foi efetuado, conseguindo tirar assim o melhor partido da realidade existente, de a forma a ir ao encontro dos objetivos estabelecidos.

d) Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada;

A saúde mental vê desde os últimos tempos a sua prática mais relacionada com o contexto comunitário do que com o contexto hospitalar devido a variadíssimas razões das quais se destaca a reinserção do profissional do doente no seu ambiente familiar. Contudo, os esforços das políticas de saúde e das diretivas nacionais e europeias não são ainda espelhados com contexto da prática, ora devido à falta de profissionais especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiatria ora devido ao fraco reconhecimento da sua importância na área da saúde ainda muito sofredora dos antepassados do paradigma da categorização. Neste sentido, e pretendendo romper cada vez mais com estas visões, a realização de um estágio final em contexto comunitário permitiu não só perceber as dificuldades reais existentes no campo da saúde mental, como também perceber que ainda há muito por onde evoluir. Esta procura e vontade de rutura com o passo e criação de um novo futuro para o cuidado de enfermagem visa contribuir não só para o desenvolvimento de competências especializadas como também contribuir para o desenvolvimento da profissão enquanto ciência.

CONTRIBUTOS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Segundo o preâmbulo do regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, “a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadequadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”. Sendo o principal objetivo da enfermagem ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível, as questões relacionadas com a saúde mental não podem deixar de ser tidas em conta em qualquer situação de debilidade/vulnerabilidade de saúde.

Perante a especificidade da prática do Enfermeiro Especialista em ESMP, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro desenvolver um juízo clínico diferenciado e distinto de outras áreas de especialidade. Neste sentido, este período académico tem no seu âmago o desenvolvimento e aquisição destas mesmas competências, para que o enfermeiro que procura a especialização em saúde mental seja ainda capaz de mobilizar a si mesmo como instrumento terapêutico, contribuindo assim para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental.

Assim torna-se pertinente analisar de que forma este período académico contribuiu para o desenvolvimento das 4 competências específicas do Enfermeiro Especialista em ESMP.

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

“ A Capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica

e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados”

Ao longo do desenvolvimento deste processo formativo muitas foram as oportunidades que permitiram desenvolver esta competência, seja ao nível do ensino teórico ou do ensino prático. Também as questões organizacionais de todo o curso de mestrado e o facto de ser trabalhadora-estudante foi um enorme desafio e que sem dúvida muito contribuiu para crescer a nível pessoal e profissional.

Foi importante analisar e refletir sobre os sentimentos experienciados durante todo este processo de ensino, relativos à dificuldade na conjugação dos papéis de estudante e profissional quer ao nível do local de trabalho quer ao nível dos locais/serviços de estágio clínico. Este sentimento de ambiguidade foi sendo esbatido à medida que percebia que essas dificuldades poderiam ser no final de contas uma grande ajuda no aumento da motivação e para o desenvolvimento de todas as atividades propostas.

Um ponto positivo foi exatamente ter percebido que poderia conjugar os dois mundos, ou seja poderia desenvolver competências numa área que me permitisse realizar os estágios e o percurso académico mas também conjugasse a parte profissional atual e o interesse pessoal sobre a temática e por isso todo o curso de mestrado foi desenvolvido no âmbito do envelhecimento, mais principalmente no âmbito dos cuidados de enfermagem ao doente idoso, com todos as suas características pessoas, biológicas, psicológicas, familiares e sociais. Esta interligação de interesses ajudou-me não só a conseguir preservar a integridade do processo terapêutico com também a monitorizar as minhas atitudes/reações ao longo de todo o processo de cuidados, identificando mais facilmente fenómenos de transferência e contratransferência.

Também as experiências dos profissionais de saúde dos locais de estágio por onde passei, e essencialmente as experiências vividas com os utentes foram elementos muito importantes que contribuíram para o meu autoconhecimento, pois tal como Benner (2001) nos refere o conhecimento em enfermagem é construído no contexto das interações que acontecem entre o enfermeiro e o doente. É neste processo de construção de práticas de cuidados que os enfermeiros vão desenvolvendo os seus conhecimentos clínicos avançados.

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

“ Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental.”

Segundo o plano de ação para a saúde mental da OMS 2013-2020, os sistemas de saúde não estão ainda, nos dias de hoje, preparados para responder de forma equitativa ao aumento dos distúrbios mentais, principalmente derivado à grande discrepância que existe entre as necessidades da população e a oferta de tratamento e assistência.

Essa falta de assistência verifica-se ao longo de todo o ciclo vital da pessoa, seja ela criança, jovem, adulto ou idoso, a oferta de cuidados em saúde mental é quase sempre inferior à necessidade real existente. O problema aumenta de proporção quando nos deparamos também com os cuidados ainda pouco especializados na área da saúde mental.

Neste sentido, é importante que os profissionais tomem consciência destas dificuldades e necessidades e adotem medidas que permitam não só conhecer as necessidades reais da população a quem prestam cuidados, como possam dar respostas, individualizadas e especializadas às necessidades identificadas.

Durante todo este percurso, percebi que, enquanto enfermeira a prestar cuidados especializados na área da saúde mental, as necessidades em cuidados de saúde mental dos utentes são muito mais profundas e estão muito mais camufladas pelos sintomas de demência do que eu esperava, não sendo facilmente observáveis e identificáveis nos momentos de interação. Percebi que ao mesmo tempo que não devo dissociar as necessidades do foro físico, é importante que se dê alguma relevância às necessidades de saúde mental, demonstrando ao próprio utente, que muitas vezes desvaloriza estas questões, que elas são tão ou por vezes mais importantes que a necessidade físicas observáveis e sentidas, e que não há mal nenhum em, tal como não há mal pedir um analgésico para a dor, pedir um momento de convívio e de diálogo com um profissional de saúde, para combater a solidão.

Otimizar a saúde mental ao longo do ciclo vital, neste caso na fase da velhice, exige uma boa exploração da realidade, que foi o que pretendi fazer quando me propus a desenvolver todos os meus estágios no Alentejo Central, região onde pretendo exercer a minha atividade

como especialista em ESMP, e ainda uma boa análise dos dados colhidos de forma a determinar diagnósticos de enfermagem que traduzam as necessidades da população para que se consiga posteriormente elaborar projetos de intervenção adequados e que sejam promotores de mudança na vida das pessoas.

O estágio final permitiu-me entrar em contacto com a parca rede de cuidados que promovam e previnam a saúde mental no Alentejo Central, ao mesmo tempo que me permitiu perceber que muito pode ser feito, basta para isso unir esforços e recursos, ser perseverante e intervir diretamente ou indiretamente em várias vertentes, seja na promoção da saúde mental ou na prevenção e tratamento da doença, mobilizando não só as capacidades dos utentes, como também as capacidades do seu ambiente e rede social.

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

“...Prescrição dos cuidados a prestar baseados na evidência, de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do individuo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais.”

Durante a realização dos estágios propostos neste percurso formativo foi possível desenvolver um estudo de caso e um projeto de intervenção em serviço, regido pela metodologia de projeto que foram sem dúvida uma mais-valia para o desenvolvimento desta competência.

As unidades de competência inerentes prendem-se com a capacidade de estabelecer diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade, Identificar os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos utentes, Realizar e implementar um plano de cuidados individualizado em saúde mental com base nos diagnósticos e resultados esperados e recorrer à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o utente a obter os cuidados mais adequados.

De todas estas unidades de competência, apenas a última não foi possível trabalhar e desenvolver tanto como as anteriores devido às características organizacionais dos serviços

onde foram realizados os estágios. No que se refere às outras unidades de competência, o facto de ter explorado várias técnicas e instrumentos de colheita de dados e de ter pesquisado várias técnicas de intervenção, interligando a linguagem CIPE com as técnicas psicoterapeutas corroboradas pela literatura mais atual, através da abordagem sistémica de Betty Neuman, permitiu-me sem dúvida servir como contributo na ajuda à pessoa idosa, integrada num determinado ambiente.

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

“...mobiliza cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional. O Tratamento para recuperar a saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e contribuir para a sociedade em que se insere. Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar”

Como foi referido anteriormente a psicoterapia é um valioso recurso que o enfermeiro especialista em ESMP detém para lidar com as dificuldades associadas ao sofrimento humano, seja ele retratado em transtornos psicopatológicos, crises pessoais, crises de relacionamentos, conflitos conjugais e familiares, distúrbios psicossomáticos, dificuldades nas transições da vida, crises profissionais, etc.

É a capacidade de conjugar técnicas psicoterapêuticas na intervenção de enfermagem que nos diferencia das outras áreas de especialidade, dando assim corpo ao referencial de competências a desenvolver.

O desenvolvimento desta competência e das suas unidades de competência é por si só favorável ao crescimento pessoal, trazendo para a atuação do enfermeiro novos canais de comunicação e de relacionamento, novas formas de modificar padrões estereotipados de funcionamento e modos mais criativos de responder às necessidades de cuidados das pessoas.

Através das várias pesquisas realizadas e da possibilidade de observar e planear atividades psicoterapêuticas, foi possível compreender que as técnicas psicoterapêuticas ocupam cada vez mais um lugar fundamental na área da saúde, pois vêm dar resposta a um sem fim de perguntas que até então pareciam sem resposta através das técnicas terapêuticas já realizadas. Estas técnicas psicoterapêuticas pressupõem uma visão mais integrada do Homem e possibilitam grandes transformações de vida quando bem aplicadas.

Durante o estágio final foi possível compreender melhor que as técnicas psicoterapêuticas são capazes de dar respostas que mais nenhuma técnica pode dar, quando se fala de pessoas com quadros demenciais, na última etapa da vida, onde tudo parece ter fim, e nada parece ter solução.

As técnicas psicoterapêuticas como a estimulação cognitiva e a terapia por reminiscências foram as que mais aprofundi ao longo deste processo formativo, sendo estas também, segundo a literatura, as que eram mais passíveis de dar resposta às necessidades dos idosos e modificar comportamentos. Foi ainda explorada a psicoeducação, através do planeamento de uma sessão de educação para a saúde para os assistentes operacionais de um lar. Todas estas técnicas psicoterapêuticas foram projetadas para ser realizadas através de terapia de grupo, com o objetivo de envolver todos os intervenientes e fomentar as relações entre os mesmos. Como metodologia específica, a terapia de grupo enfatiza a descoberta de si mesmo através dos outros.

Penso que, através das pesquisas efetuadas e do planeamento das atividades com base nestas técnicas psicoterapêuticas foi possível desenvolver capacidades que possam promover a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, para que estas consigam atingir a sua máxima funcionalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura científica mais atual assume que o desenvolvimento de programas de estimulação cognitiva em idosos ajuda-os a manter e a desenvolver as suas competências cognitivas e sociais (Pires, 2008).

Este trabalho de projeto pretendeu essencialmente ser uma proposta de intervenção na comunidade no âmbito da promoção da Saúde Mental do Idoso com Quadro Demencial, demonstrando assim, à sociedade, que muito há a fazer e muito pode ser feito no que diz respeito à criação de metodologias e projetos que visem dar resposta às diretrizes europeias e mundiais que assentam a sua máxima na promoção e prevenção dos problemas inerente à saúde mental das populações, principalmente no que diz respeito ao envelhecimento saudável.

É urgente o desenvolvimento de estratégias sociais multidisciplinares que promovam uma rutura com o sistema de saúde centrado no tratamento da doença e desenvolvam cuidados integrados e centrados na promoção e prevenção dos problemas de saúde mental a longo prazo.

Apesar do projeto de intervenção em serviço, que foi explicitado ao longo deste relatório, não ter sido desenvolvido na sua totalidade, é possível extrair algumas considerações das várias etapas desenvolvidas do processo de metodologia de trabalho, nomeadamente e primeiramente o facto de numa população residente de idosos de 42 idosos, apenas 10 têm no seu historial de antecedentes clínicos a referência à síndrome demencial/quatro demencial, o que tendo em conta os estudos recentes, contrasta com a realidade de subvalorização das questões relacionadas com as alterações cognitivas durante o processo de envelhecimento.

Uma outra inferência é a importância das técnicas de estimulação cognitiva na reabilitação e manutenção de um bem-estar mental no idoso com quadro demencial, bem como da importância da realização dessa estimulação não só de forma individual, mas também em grupo, ajudando ao mesmo tempo a promover a socialização e a combater a solidão e a depressão.

Do ponto de vista sistémico de Betty Neuman, muitos são os fatores que condicionam o equilíbrio do indivíduo, sendo o ambiente e os familiares e /ou cuidadores mais próximos elementos fundamentais e que podem ser protetores desse equilíbrio. Assim a importância de intervir ao nível do grupo de assistentes operacionais tem enorme relevância, pois ao dota-los de

conhecimentos mais específicos sobre o cuidado ao idoso com quadro demencial, estamos indiretamente a assegurarmo-nos que os cuidados serão prestados de forma mais individualizada e com maior qualidade, podendo mesmo serem um veículo importante na constante estimulação cognitiva que o grupo de idosos em causa necessita.

Importa ainda salientar que devido ao reduzido número da amostra, os resultados que seriam previstos atingir não seriam muito significativos nem permitiriam uma abordagem abrangente, sendo este também um elemento limitativo deste estudo.

Em suma, este relatório de estágio vem não só realçar a importância de todo este percurso académico, com o seu término no estágio final, no que diz respeito à aquisição de competências de Enfermeiros EESMP e de Mestre em ESMP, bem como reforçar a importância da atuação dos enfermeiros ESMP na prevenção e na promoção da saúde mental e na necessidade de criar estratégias criativas que se enquadrem nos contextos de intervenção para que a população possa mais facilmente compreender e aceitar que cuidar da saúde mental não é diferente e muito menos, menos importante que cuidar da saúde física.

De uma forma simples, gostaríamos ainda de deixar algumas sugestões para a implementação das restantes fases do projeto que não foram desenvolvidas. Tendo em conta o conhecimento da realidade existente seria pertinente realizar a sessão de formação aos assistentes operacionais antes de iniciar as atividades com o grupo de idosos, para que estes compreendessem a importância do trabalho efetuado pelo enfermeiro junto dos idosos e contribuíssem assim para o sucesso da realização das sessões sem interrupções e continuassem também a realizar pequenas atividades de estimulação cognitiva quotidiana, que viriam a potenciar todas as intervenções inicialmente planeadas.

Para terminar, a última sugestão vai no sentido da pertinência de se realizarem outros diagnósticos de situação em diferentes lares da mesma região para que se possam tirar conclusões passíveis de extrapolação. Pensamos que esta será uma das melhores formas de dar visibilidade, importância e credibilidade à nossa prestação enquanto Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alloway, T., & Alloway, R. (2010). Investigating the predictive roles of working memory and IQ in academic attainment. *Journal of Experimental Child Psychology*, 106, 20–29.
- Amaral, A. (2010). *Prescrições de enfermagem em saúde mental mediante a CIPE*. Mem-Martins: Lusociência – Edições técnicas e científicas Lda.
- André, C. (2010). *Intervenção cognitiva na demência: um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM 5. Manual de diagnóstico e estatístico das perturbações mentais (5ª Edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e a sua evolução. In A. C. Caldas e A. Mendonça (Orgs.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Câmara Municipal de Évora. (2012). *Diagnóstico social de Évora 2013/2015*. Évora.
- CENSOS. (2011). *Instituto Nacional de Estatística*. Lisboa: INE.
- Direção-Geral da Saúde (2006). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Divisão de doenças genéticas, crónicas e geriátricas.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016).
- Dugmore, O., Orrell, M., & Spector, A. (2015). Qualitative studies of psychosocial interventions for demência: A systematic review. *Aging & Mental health*, 19 (11), 955-967. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1011079>

Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. www.psicologia.pt, 1-18.

Gonçalves-Pereira, M., Cardoso, A., Verdelho, A., Silva, J., Almeida, M., Fernandes, A., Raminhos, C., Ferri, C., Prince, M. & Xavier, M. (2016). Implementação em Portugal de um estudo de prevalência da demência e da depressão geriátrica: a metodologia do 10/66 Dementia Research Group. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34 (2), 134–143.

Guerreiro, M. P. (2002). Diagnóstico de demência. Uma questão de critérios: DSM-IV ou ICD10? *Psicologia*, 16.

Kelley, S. (2003). Prevalent mental health disorders in the aging population: Issues of comorbidity and functional disability. *Journal of Rehabilitation*, 69 (2).

Lima, M. (2012). *Intervenção em grupo com adultos de idade avançada*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da educação, Coimbra.

Lopes, R. G. C., Barbieri, N. A., & Gambale, C. A (2009). Velhice contemporânea e atuação do psicólogo. In Falcão, D. V. S & Araújo, L. F. A. (Orgs.) *Psicologia do Envelhecimento: Relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados*. Campinas, SP: Editora Alínea.

Nunes, B. (2005). A demência em números. In A. C. Caldas e A. Mendonça (Orgs.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda.

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Instituto Politécnico de Setúbal, Departamento de enfermagem. ISBN: 978-989-98206-1-6

Neuman, B., & Fawcett, J. (2010). *The Neuman system model* (5ª Edição). USA: Pearson.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação para a prática de enfermagem. Versão 2*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na realização de exame do estado mental*. PARECER N.º 01/ 2017

- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra.
- Pereira, M., & Sampaio, S. (2011). Psicoeducação familiar na demência: Da clínica à saúde pública. *Rev Port Saúde Pública*, 29 (1), 3-10.
- Pires, T. (2008). *Efeitos dos videojogos nas funções cognitivas da pessoa idosa*. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Pordata. (2016). PORDATA – Esperança de vida à nascença: Total e por sexo (base: triénio a partir de 2001) [online] Disponível em: <http://www.pordata.pt/> [Consultado a 30-03-2018].
- Regulamento n.º 129/2011. *D.R. 2ª Série*. N.º 35 (2011-02-18), p. 8669-8673.
- Ruivo, A., Leal, P., Costa A., & Pereira, M. (2010). *Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas*. Percursos nº 15 (Janeiro-Março). Escola Superior de Saúde do Instituto politécnico de Setúbal: Publicação da área disciplinar de Enfermagem. ISSN 16465067
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Especial 1. ISSN 1647-2160.
- Santana, I. (2005). *A doença de Alzheimer e outras demências. Diagnóstico diferencial*. In A. C. Caldas e A. Mendonça (Orgs), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Santos, C.; Pimenta, C.; Nobre, M. (2007). A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15 (3).
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Serna, I. (2001). *Manual de Psicogeriatría Clínica*. Barcelona: Masson, S.A.
- Spar, J.E., & La Rue, A. (2005). *Guia prático climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Touchon, J., & Portet, F. (2002). *Guia prático da doença de Alzheimer*. Lisboa: Climepsi Editores.



Instituto Politécnico de Castelo Branco

Wimo, A., Jönsson, L., Bond, J., Prince, M., & Winblad, B.(2010) *The worldwide economic impact of dementia*, 9 (1), 1-11.e3. doi: 10.1016/j.jalz.2012.11.006.

Woods, B., Thorgrimsen, L., Spector, A., Royan, L., & Orrell, M. (2006). *Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in demência*. *Aging and mental health*, 10 (3):219-226.

World Health Organization. *Mental health action plan 2013 - 2020*. Geneve: WHO; 2013. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/

Yalom, I.D., & Molyn, L. (2006). *Psicoterapia de grupo: Teoria e prática*. Porto Alegre, Editora: Artmed.



ANEXOS



Anexo I – Mini-Exame do Estado Mental

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

➤ **Mini-Mental State – MMS**

Idade: ____ Data: ____/____/____

Em que dia da semana estamos?.....

Em que estação do ano estamos?.....

Em que país estamos?.....

Em que distrito vive?.....

Em que terra vive?.....

Em que casa estamos?

Em que andar estamos?

Nota: ____

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

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor.”

Pêra

Gato

Bola

Nota: ____

3. **Atenção e cálculo** (um ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair..., consideram-se as seguintes como correctas. Para ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim ate eu dizer para parar”

30__27__24__21__18__15__

Nota: ____

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

“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi a pouco para decorar”

Pêra

Gato

Bola

Nota: ____

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

- a. “Como se chama isto” Mostrar os objectos:

Relógio

Lápis

Nota: ____

- b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

Nota: ____

- c. “Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”, se for o caso); dar a folha, segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita

Dobra ao meio

Coloca onde deve

Nota: ____

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

Fechou os olhos

Nota: ____

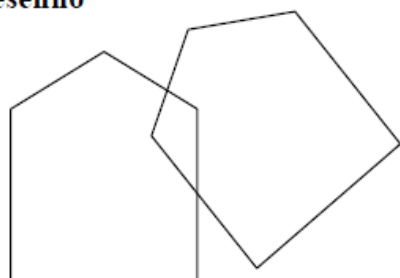
- e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota: ____

6. **Habilidade construtiva** (um ponto pela copia correcta)

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

Desenho



Cópia

Total: ____



APÊNDICES



Apêndice I – Questionário aplicado aos Assistentes Operacionais

Idade: _____ sexo: _____ Tempo de trabalho no Lar: _____

1 – Sabe o que é a demência?

Sim Não

Se respondeu sim, refira o que entende por demência:

2 – Relativamente aos utentes do Lar, considera que estes têm alterações ao nível do funcionamento cognitivo (demência)?

Sim Não

Se Respondeu Sim, quantos utentes pensa sofrerem de alterações cognitivas (demência)?

Poucos ...Metade dos utentes A maioria Todos

3 – Que alterações pensam estarem associadas à demência? Assinale com uma cruz as respostas que considera corretas.

- Falta de memória que afeta o funcionamento diário
- Dificuldade em executar tarefas diárias (higiene, comer etc...)
- Agitação psicomotora (não conseguem parar quietos)
- Perda da noção do tempo e desorientação no espaço
- Agressividade
- Trocar o lugar das coisas
- Alterações da comunicação/linguagem (esquecimento de palavras, uso de palavras desadequadas ao contexto)
- Dificuldades no pensamento abstrato (entender o que as coisas significam)
- Alucinações auditivas, visuais, tácteis
- Desinibição sexual
- Perda de iniciativa para realizar atividades de lazer

Isolamento

Mudanças de humor e personalidade

4- Que estratégias utilizam para falar com um idoso que não sabe onde está?

5 – Que estratégias utilizam para falar com um idoso que está agressivo?

6 – Durante a noite existem idosos que gritam e que ficam agitados mudando a postura que tiveram ao longo do dia?

Sim Não

Se sim, como controla a situação?

7 – Gostava de saber mais sobre demências?

Sim Não

8 – Considera importante aprender estratégias de trabalho para ajudar idosos com demência?

Sim Não

Se respondeu sim, Porquê?

9 – O que gostaria de aprender sobre o trabalho ou estratégias que podem ser utilizadas com os idosos com demência?



Muito Obrigada Pela Vossa Colaboração

Apêndice II – Pedido de autorização para realização do projeto junto do ACES do Alentejo Central

Exma. Diretora Executiva do ACES Alentejo Central,

Assunto: Autorização para realização de projeto no âmbito de Mestrado em Enfermagem, ramo de especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica, na USF ____ em Évora.

Venho por este meio solicitar autorização para a realização de um projeto de Mestrado em Enfermagem junto dos utentes da USF____ em Évora. Este projeto insere-se no âmbito do Mestrado em Associação em Enfermagem- ramo de especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica coordenado pela Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus em Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco.

Os objetivos deste projeto prendem-se com a avaliação e melhoria do estado de saúde mental dos idosos com quadro demencial. Deste modo pretende-se não só avaliar o funcionamento cognitivo de alguns utentes como também intervir através de técnicas psicoterapêuticas e através da psicoeducação aos cuidadores diretos destes utentes, havendo por isso a necessidade de realização de entrevistas, aplicação de questionários e de escalas de avaliação com o objetivo de contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao idoso com quadro demencial.

Prevê-se que a duração deste projeto seja de aproximadamente 16 semanas, com término no final de janeiro de 2018, sendo que num período inicial será realizado um diagnóstico de situação, com determinação de objetivos e prioridades, tendo em conta o problema identificado e, posteriormente, proceder-se-á as atividades junto do grupo de utentes, de forma a dar resposta às necessidades identificadas.

Agradeço deste já a atenção dispensada

Com os melhores cumprimentos,

Bruna Faustino

Contacto:

Tel :914536574

e-mail: brunamvf@hotmail.com

Exec ACentral <Diretor.Exec@alentejocentral.min-saude.pt>

seg 30/10/2017, 16:57

Você;

Carla Calca (Carla.Calca@alentejocentral.min-saude.pt);

Rosa Relvas (Rosa.Relvas@alentejocentral.min-saude.pt)

Exma. Sr^a Enf^a Bruna Faustino

Atendendo a que o referido Estágio já se encontrava autorizado, informo que o ACES **nada tem a opor**, nos moldes em que tal pedido é feito e, unicamente para os fins apresentados - realização do Diagnóstico de Saúde no âmbito do referido Estágio, garantindo a confidencialidade da informação e o respeito pelo código ético e deontológico e o funcionamento da instituição..

Com os melhores cumprimentos,

Laurencia Gemito

Diretora Executiva do ACES Alentejo Central

Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP
Largo do Jardim do Paraíso, nº 1 | 7000-864 Évora
Tel: 266 758 770 | Fax: 266 735 868
www.arsalentejo.min-saude.pt

Apêndice III– Pedido de autorização para realização do projeto no lar

Évora, 25 de setembro de 2017

Assunto: Autorização para realização de projeto no âmbito de Mestrado em Enfermagem, ramo de especialização em Saúde Mental e Psiquiatria.

Venho por este meio solicitar autorização para a realização de um projeto de Mestrado em Enfermagem junto dos utentes da vossa instituição. Este projeto insere-se no âmbito do Mestrado em Associação em Enfermagem- ramo de especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica coordenado pela Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus em Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre Escola Superior de Saúde de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco.

Os objetivos deste projeto prendem-se com a avaliação e melhoria do estado de saúde mental dos idosos com quadro demencial. Deste modo pretende-se não só avaliar o funcionamento cognitivo como também apresentar propostas de intervenção que visem a promoção da saúde mental. Este projeto tem ainda a vertente da psicoeducação aos assistentes operacionais que se encontram em contacto direto com os utentes, havendo por isso a necessidade de aplicação de questionários para formulação de sessão de formação, com o objetivo de contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao idoso com demência

Estando ainda numa fase embrionária prevê-se que a duração deste projeto seja de aproximadamente 16 semanas, sendo que, num período inicial será realizado um diagnóstico de situação, com determinação de objetivos e prioridades, tendo em conta o problema identificado e, posteriormente, proceder-se-á as atividades junto do grupo de utentes, de forma a dar resposta às necessidades identificadas.

Agradeço deste já a atenção dispensada
Com os melhores cumprimentos,

Bruna Faustino

Contacto:
Tel :914536574

e-mail: brunamvf@hotmail.com

Qua 27/09/2017, 08:58

[REDACTED]

Boa dia Sra. Enfermeira

Pode vir sem qualquer problema.

Com os melhores cumprimentos,

Luísa Cunha
Serviços Administrativos

[REDACTED]

Rua Francisco Ferreira Marquês, n.º 30
7005-118 [REDACTED]
Tel. 266 977 333 - Fax 266 977 046

Apêndice IV – Consentimento informado para familiares de Idosos participantes no projeto

Consentimento informado

Caro Senhor(a),

Eu, Bruna Margarida Vicente Faustino, enfermeira a exercer funções no Hospital de Évora venho por este meio pedir autorização para a participação do vosso familiar no projeto de intervenção direcionado para promoção da saúde mental em idosos Institucionalizados com quadro demencial, no âmbito do Mestrado em Associação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Este projeto implica a colheita de informação pessoal e clínica de todos os utentes selecionados para integrar o projeto (segundo critérios de antecedentes de síndrome/quadro demencial), bem como uma caracterização do seu estado mental e cognitivo, através de entrevistas, observação e aplicação de instrumentos de avaliação.

Posteriormente será efetuado um conjunto de intervenções psicoterapêuticas (envolvendo técnicas de estimulação cognitiva e mediadores de expressão (pintura, desenho, etc...) que têm como objetivo estimular a função cognitiva dos utentes ao nível da memória, da linguagem, atenção e orientação e do humor, ao mesmo tempo que tentam responder a outras necessidades de saúde mental identificadas.

Asseguro que será mantido o anonimato e confidencialidade dos dados referentes ao seu familiar, pois consagro como obrigação o dever e sigilo profissional. Todos os dados serão apenas utilizados para fins académicos.

Depois de devidamente informado (a) concordo com a participação do meu familiar neste projeto.

____ de _____ de 2017, Évora

Apêndice V – Declaração de Consentimento informado e Sigilo Profissional para assistentes operacionais

Declaração de Consentimento Informado e Sigilo Profissional

Caro Senhor(a)

No âmbito do Mestrado em Associação em Enfermagem, ramo de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, venho por este meio pedir a vossa colaboração para a participação no projeto de intervenção, intitulado: “Promoção da Saúde Mental e Psiquiátrica ao idoso institucionalizado com quadro demencial”, respondendo ao seguinte questionário com o objetivo de caracterizar a realidade em termos de conhecimentos existentes no âmbito dos Cuidados ao Idoso com quadro demencial

Asseguro que será mantido o anonimato e confidencialidade dos seus dados, pois consagro como obrigação e dever o sigilo profissional.

Assim:

- Declaro que tenho o direito de colocar qualquer questão sobre o desenvolvimento do projeto;
- Percebo as condições, procedimentos e vantagens em participar neste projeto;
- Asseguro-me que todos os dados serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.

Depois de devidamente informado(a) concordo em participar neste projeto.

Data: ___/___/___

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Responsável pelo Projeto: _____

APÊNDICE VI—Autorização da comissão de ética da Universidade de Évora



Documento 1 8 0 3 9

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Fernando Capela, Prof.ª Doutora Margarida Amoedo e Prof.ª Doutora Sandra Leandro, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "O lugar da demência - Promoção da saúde mental em idosos com quadro demencial" da investigadora **Bruna Margarida Vicente Faustino** (mestranda) e Prof. Doutor Joaquim Oliveira Lopes (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Apêndice VII - Artigo realizado no decorrer do Estágio Final

Artigo Original

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO COM QUADRO DEMENCIAL: PROJETO DE INTERVENÇÃO NUM LAR

Bruna Margarida Vicente Faustino

Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Informação sobre o artigo	Resumo
Palavras-chave: Idoso Institucionalizado Quadro demencial Promoção Saúde Mental	<p>Introdução: Segundo dados da OMS, entre 2015 e 2050 o número de idosos aumentará de 12% para 22%. Nos dias de hoje mais de 20% dos nossos idosos sofrem de transtornos mentais ou neurológicos, sendo a demência um dos mais frequentes e que maior sofrimento acarreta para a vida das pessoas. As alterações cognitivas, características dos quadros demenciais estão por isso cada vez mais presentes no quotidiano dos serviços e instituições de saúde, trazendo inúmeros obstáculos à manutenção do bem-estar dos idosos e das suas famílias.</p> <p>O Alentejo Central é a região mais envelhecida do país segundo os últimos CENSOS 2011, e essa realidade é espelhada na população da USF, pertencente ao Concelho de Évora, onde cerca de 23% da população inscrita tem mais de 65 anos. O objetivo deste artigo é descrever as necessidades de cuidados de saúde mental de um grupo de idosos, inscritos na USF, do Concelho Évora, institucionalizados e com quadro demencial, bem como as necessidades de formação assistentes operacionais, planeando de forma sistémica intervenções especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que visem dar resposta às necessidades encontradas.</p> <p>Método: Metodologia de Trabalho de Projeto. Projeto de Intervenção em Serviço. Resultados: As principais necessidades de Saúde Mental do grupo alvo de 10 idosos estão intimamente relacionadas com o Bem-estar Mental, confusão, Desolação e Alterações ao nível da Cognição. As necessidades do grupo de assistentes operacionais estão relacionadas essencialmente com o conhecimento sobre quadros demenciais e sobre os cuidados ao idoso com quadro demencial.</p> <p>Conclusões: As intervenções especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica de âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional, fundamentadas na perspectiva sistémica de Neuman, devem ser encaradas como elementos fundamentais na prevenção e reabilitação de idosos com quadro demencial. Esta abordagem permite não só avaliar as necessidades de cuidados de saúde mental existentes numa população específica como também planejar intervenções que façam sentido, tendo em conta os diversos fatores envolventes, podendo assim ser o veículo para a disseminação das directrizes políticas, que fomentam o envelhecimento saudável, elaboradas a nível europeu e nacional.</p>
Keywords	Abstract
Elderly Institutionalized Dementia status Promotion Mental health	<p>Introduction: According to WHO, between 2015 and 2050 the number of elderly will increase from 12% to 22%. Nowadays, more than 20% of our elderly people suffer from mental or neurological disorders, with dementia being one of the most frequent with greatest suffering for people's lives.</p> <p>Cognitive alterations, characteristic of dementia, are therefore increasingly present in the daily life of health services and institutions, bringing numerous obstacles to the maintenance of the well-being of the elderly and their families. Alentejo Central is the oldest region of the country according to the latest CENSOS 2011, and this reality is mirrored in the population of USF, in Évora city, where about 23% of the registered population is over 65 years old. The purpose of this article is to describe the mental health care needs of a group of elderly, enrolled in the USF, institutionalized with demential status, as well as the needs of the care workers in the same institution, planning in a systemic way specialized interventions of Mental Health and Psychiatric Nursing.</p> <p>Method: Project work methodology. Intervention Project in Service. Results: The main Mental Health needs of the elderly group are closely related to Mental Well-being, Confusion, Desolation and Cognition Changes. The needs of the health workers are essentially related to knowledge about dementia and how to work with. Conclusions: The specialized interventions of Psychiatric and Mental Health Nursing in the psychotherapeutic and psychoeducational spheres, based on the systemic perspective of Neuman, should be considered as fundamental elements in the prevention and rehabilitation of elderly people with dementia. This approach allows not only assessing the needs of mental health care in a specific population but also planning interventions that make sense, taking into account the various factors involved, and can thus be the vehicle for the dissemination of policy guidelines that promote healthy aging, drawn up at European and national level.</p>

INTRODUÇÃO

Segundo dados da OMS, entre 2015 e 2050 estima-se que o número de idosos aumente de 12% para 22%. A população mundial está assim a envelhecer de forma exponencial e isso comporta novos desafios ao nível da saúde física e mental não só para os idosos como também para toda a sociedade.

Hoje, mais de 20% dos idosos sofrem de transtornos mentais ou neurológicos, sendo a demência um dos mais frequentes e que mais sofrimento acarreta para a vida das pessoas.

Perante o supracitado, o investimento na área da saúde mental, e em especial numa dimensão em constante crescimento como o envelhecimento e o surgimento de quadros demenciais a ele associados, é extremamente prioritário.

As alterações cognitivas características dos quadros demenciais como a diminuição progressiva da memória e alterações do pensamento tornam-se gradualmente obstáculos intranponíveis no desenvolvimento das atividades de vida diárias, sendo isso por si só um atentado à manutenção do bem-estar físico e mental dos idosos. O Alentejo Central, segundo os CENSOS 2011, é a região mais envelhecida do país apresentando um índice de envelhecimento superior ao da média regional. Em 2011, por cada 100 jovens no Alentejo central existem 184 idosos. Na USF, pertencente ao ACES do Alentejo Central cerca de 23% da população inscrita na USF tem 65 ou mais anos de idade, considerando-se uma percentagem de grande relevância e com tendência a evoluir em paralelo com o esperado a nível mundial. Sabendo-se, por experiência empírica e científica, que o envelhecimento e a dependência a ele inerente acarretam inúmeros desafios para a sociedade contemporânea e futura, torna-se pertinente desenvolver estratégias que contribuam para a manutenção do bem-estar físico e mental não só dos idosos como também da restante população, mostrando assim que há formas de envelhecer de forma mais positiva.

Este artigo surge no âmbito do Estágio Final referente ao Mestrado em Associação em Enfermagem – Ramo de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e pretende relatar o trabalho desenvolvido com os idosos de um Lar no Concelho de Évora, no âmbito da esfera de intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, tendo como último fim a explanação de um plano de intervenções de Enfermagem que vise a promoção da saúde mental no idoso institucionalizado. Deste modo o objeto deste trabalho é essencialmente a promoção da saúde mental no idoso institucionalizado com quadro demencial, valorizando a importância do trabalho do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Para o efeito, a questão de partida para o desenvolvimento do projeto relatado foi: Quais as necessidades em cuidados especializados de Enfermagem de Saúde mental e psiquiátrica dos idosos com quadro demencial residentes no lar.

Para responder a esta questão, este artigo inicia-se com um enquadramento teórico sobre a temática do idoso com quadro demencial e o papel da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na melhoria das condições de vida do mesmo, tendo como referencial o modelo sistémico de Betty Neuman. Posteriormente, e tendo em conta as particularidades do contex-

to e do grupo selecionado, segue-se a apresentação do contexto de intervenção. O corpo do artigo incide principalmente sobre a metodologia de Intervenção, o diagnóstico de situação, o planeamento das intervenções, a previsão das intervenções, da sua avaliação e da divulgação dos resultados. Este artigo relata essencialmente o trabalho desenvolvido até ao planeamento das intervenções, não tendo sido possível, devido a inúmeros fatores, proceder à implementação das intervenções, deixando no entanto espaço em aberto para a previsão das mesmas com base no conhecimento científico mais atual referente aos benefícios das intervenções de âmbito psicoterapêutico na promoção da saúde mental do idoso com quadro demencial. O artigo tem o seu término com a explanação das considerações éticas inerentes ao projeto e da conclusão.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo Sequeira (2010) o envelhecimento da sociedade é uma realidade inegável entendida como uma consequência de uma maior longevidade humana que resulta, como consequência, num maior nível de dependência. Esta realidade implica assim a urgência de se encontrar novas formas de pensar que promovam a manutenção da qualidade de vida do idoso. O conceito envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida. Não sendo fácil determinar quando uma pessoa se torna “velha” é prática comum associar esse facto à idade da reforma, idade igual ou superior a 65 anos (Spar e La Rue, 2005), ainda que esta possa ser variável em função da profissão, do país, da sociedade, cultura e sentimento de jovialidade pessoal inerente a cada pessoa.

Várias são as teorias que procuram explicar o processo de envelhecimento, das quais destaco a teoria ecológica, a teoria geodinâmica, teoria do desenvolvimento, contudo todas elas, na sua generalidade apontam para o papel determinante dos fatores biopsicossociais, que condicionam a manutenção de uma vida independente. Assim a manutenção de um envelhecimento com competência está diretamente ligado à promoção da saúde física e mental do idoso.

Sequeira (2010) refere ainda na sua obra “ Cuidar de Idosos com dependência física e mental” que para a grande maioria dos idosos o envelhecimento normal apresenta uma variedade de alterações cognitivas, que quando não compensadas com mecanismos protetores, como manutenção do ambiente e rotinas familiares, interferem na globalidade das funções dos idosos, tornando-os mais dependentes e vulneráveis, sendo muitas vezes encarados como um “fardo” para a sociedade.

O Processo de envelhecimento é um flagelo mundial e isso é bem retratado em toda a nossa comunicação social atual. Uma notícia recente, do mês de Setembro de 2017, do jornal Britânico The Lancet coloca Portugal dentro da lista de países que mais cresceram ao nível do indicador da esperança média de vida. Portugal, assim como outros países da Europa, tem vindo a sofrer profundas alterações demográficas caracterizadas essencialmente por este aumento da longevidade, aumento da população idosa e pela redução da natalidade e da população jovem. Em 2015, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 20,5% de toda a população residente em Portugal. Neste mesmo ano, a esperança de vida atingiu os 77,4 anos para homens e 83,2 anos para as mulheres. O índice de envelhecimento nacional aumentou de 27,3% para 127,8% (PORDATA, 2016). Sendo Portugal um dos países mais envelhecidos é tam-

bém um dos que mais se vê confrontado com as consequências desse mesmo envelhecimento, como é exemplo disso a dependência física e mental dos seus idosos.

Respetivamente à dependência mental, os quadros demenciais, devido à sua importante expressão nos idosos acima dos 65 anos, são os que mais preocupam a sociedade contemporânea e tornam-se um campo de intervenção por excelência para os profissionais de Saúde Mental, uma vez que se tratam de patologias que englobam um conjunto de sintomas específicos e característicos da doença mental. As demências têm vindo a ganhar espaço e a tornar-se um problema de saúde pública e definem-se genericamente como uma síndrome de etiologias diversas, cuja característica essencial consiste na deterioração intelectual adquirida devido a uma causa orgânica não específica. Surge em consequência de uma doença cerebral, crónica, progressiva e com o comprometimento de múltiplas funções cerebrais tais como a memória, pensamento abstrato, de julgamento e de mudanças da personalidade (DSM- IV- TR, 2002, Serna, 2001, Nunes, 2005 in Sequeira, 2010)

Diagnosticar a demência é um processo complexo e moroso, com vários fatores a ele inerentes e muitas vezes, em contexto clínico este diagnóstico só é efetuado quando já existem repercussões na funcionalidade do idoso. São vários os tipos de demenciais já descritos pela literatura, sendo as mais frequentes a demência de Alzheimer e a demência vascular, contudo todas elas têm, na generalidade, os mesmos aspetos clínicos, sendo eles inicialmente as perturbações da memória, da linguagem, da atenção e orientação, perturbações do humor. Num estadio moderado a grave, as manifestações clínicas passam por um agravamento significativo da memória, perturbações do sono, da fala, dificuldade em expressar sentimentos, alucinações, delírios, apatia, depressão, alterações comportamentais como agressividade e perturbações da personalidade. (Sequeira, 2010)

Assim, enquanto profissionais de saúde focalizados na promoção e manutenção da autonomia das pessoas, no caso dos quadros demenciais do idoso não importante tanto partir de um diagnóstico e da definição de uma patologia, mas intervir o mais precocemente possível ao nível da manifestação clínica, procurando retardar o seu desenvolvimento e estimular funções cognitivas protetoras de um maior grau de dependência.

O surgimento dos quadros demenciais tem repercussões não só na vida do idoso, mas também na vida das suas famílias. Estando preconizado e estudado que o contexto domiciliar deve ser privilegiado para a manutenção do cuidado ao idoso, esta situação acarreta novos e maiores desafios para as famílias, e muitas vezes estas vêm-se “obrigadas” a encontrar soluções, como residenciais para idosos, centros de dia e lares, onde esperam que os seus familiares idosos tenham todo o suporte que necessitam para viver com qualidade e dignidade o resto dos seus dias. Esta é a realidade existente em Portugal, e dela não podemos fugir, mas podemos adapta-la de forma a criar ganhos em saúde para estes idosos institucionalizados.

Segundo um estudo, coordenado pelo professor Manuel Caldas de Almeida em 2016, efetuado em 1500 idosos de 23 lares de todo o País (essencialmente misericórdias), a informação que existia é que menos de 1/3 desta população sofria demência, mas após os resultados obtidos, chegou-se a conclusão que 80% dos idosos estudados apresentam alterações cognitivas sugestivas de processos demenciais, sendo que desses 50 a 60 % terão mesmo demência. Os dados deste estudo indicam que as pessoas que vivem nos lares são pessoas mais frágeis que muitas vezes sofrem processos demenciais, e que isso não está sequer devidamente diagnosticado. Esta realidade é grave, pois sabe-se que uma pessoa com alterações cognitivas deve ser estimulada de forma específica. Caldas de Almeida refere ainda ao jornal público “ Os lares não são para pessoas saudáveis e não podemos dizer que eles não têm nada a ver com a saúde

das pessoas. Ou deixamos ficar como está e as pessoas são maltratadas, infelizes e não têm qualidade de vida, ou vamos perceber que temos de mudar isto tudo. E mudar tudo é começar por dar competências específicas a quem lá trabalha, é dar formação”, aos dirigentes, às auxiliares, aos fisioterapeutas.”

Tendo em conta esta expressão crescente do envelhecimento a nível mundial e nacional, torna-se pertinente desenvolver estratégias que visem a melhoria da assistência prestada aos idosos. Em julho de 2017 foi publicada a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, que vem dar seguimento às políticas de saúde no âmbito do envelhecimento iniciadas com o programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004). No que diz respeito ao envelhecimento ativo e saudável, Portugal está comprometido com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e com os valores e objetivos fundamentais da União Europeia (UE), que contemplam a promoção de um envelhecimento saudável.

É neste contexto que a Enfermagem Especializada de Saúde Mental e Psiquiátrica se torna um enorme recurso capaz de não só avaliar as necessidades de cuidados existentes na população como também planear intervenções que façam sentido, tendo em conta os diversos fatores envolventes, podendo assim ser o veículo para a disseminação das diretrizes políticas elaboradas a nível europeu e nacional.

A intervenção do foro não farmacológico incide essencialmente no conceito de reabilitação e estimulação e passa por ajudar alguém no seu desempenho, de modo a minimizar as necessidades de alguém (Guerreiro, 2005 in Sequeira, 2010). As intervenções e/ou técnicas utilizadas na promoção da saúde mental do idoso com quadro demencial que melhor promovam esta reabilitação e estimulação são as técnicas psicoterapêuticas, tais como estimulação cognitiva, orientação para a realidade terapia por remanescências, musicoterapia, etc. Sequeira (2010) refere que existem duas tipologias de intervenção psicoterapêutica, uma mais relacionada com os aspetos relacionais/emocionais e outra mais direcionada para a estimulação cognitiva.

Neste contexto, e tendo em consideração o caráter abrangente e multifocal necessário para que as intervenções de enfermagem contribuam para a melhoria do estado de saúde das populações estas devem ser implementadas com base num referencial teórico sistémico, como é exemplo disso o modelo dos sistemas de Betty Neuman.

Este modelo, abrangente e dinâmico, enfatiza a reação da pessoa ao stress e os fatores de reconstituição ou adaptação e por este motivo pode ser utilizado pela Enfermagem de forma única. A estrutura proposta é, basicamente, que cada indivíduo é visto como um sistema aberto constituído por um centro, cercado por uma série de círculos concêntricos, onde estão incluídos os fatores básicos de sobrevivência comuns a todos os seres humanos e que se encontra rodeado por contornos hipotéticos: linha normal de defesa, linha flexível de defesa e linhas de resistência, que são envolvidos num determinado ambiente com determinados elementos agressores ao equilíbrio estabelecido por essas linhas de defesa. Assim, esse indivíduo (sistema aberto) está continuamente em interação com forças internas e externas, ou stressores ambientais, e está em constante mudança no ambiente, movendo-se, constantemente, em direção a um estado dinâmico de harmonia, equilíbrio ou bem-estar ou em direção a uma doença. (Neuman, 2010)

Aqui, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deve centrar-se nas necessidades do utente e do seu cuidador, num ambiente concreto, sendo considerado um elemento protetor das linhas de defesa do utente ao mesmo tempo que intervém

na diminuição da intensidade das forças externas e dos stressores ambientais, e é precisamente esta abordagem que se pretendeu explorar através do desenvolvimento do projeto de promoção da saúde mental no idoso institucionalizado com quadro demencial.

CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

O projeto sobre o qual este artigo se debruça final foi realizado numa USF da Cidade de Évora, numa extensão de saúde respetiva e num lar. Teve o seu início a 21 de Setembro de 2017 e o seu término a 26 de Janeiro de 2018.

A USF de Évora, está inserida no Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central que tem como zona de influência uma área geográfica que abrange 14 concelhos do Distrito de Évora (Arraiolos, Borba Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Portel, redondo, Reguengos de Monsaraz, Mourão, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa), servindo uma população residente de 163.726 indivíduos, segundo os últimos CENSOS 2011.

Relativamente ao concelho de Évora, onde se situa a USF este engloba uma população residente de cerca de 56.596 habitantes (PORDATA 2011). Este concelho estende-se por uma área geográfica de 1.309,1 Km² e possui 19 freguesias.

O Centro de Saúde de Évora, para além da USF conta ainda com outras 4 USF's (Planície, Eborae, SOL, Lusitânia), onze extensões de saúde, uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e uma Unidade de cuidados na Comunidade. A USF foi constituída e regulada à luz do Dec-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto (e pelo ACES), e aprovada por despacho do Conselho Diretivo da ARSA, e tem como objetivos a prestação de cuidados de saúde à família, garantir a acessibilidade, a qualidade e a continuidade dos cuidados prestados aos utentes inscritos na unidade. Foi inaugurada a 9 de Fevereiro do ano de 2009, e presta serviços e cuidados de saúde a cerca de 14.900 utentes do concelho de Évora, incluídos duas freguesias rurais de Azaruja e Graça do Divor. Relativamente à **Extensão de Saúde**, esta localiza-se na, Freguesia de São Bento do Meto, perto das Freguesias de Évoramonte e Vimieiro, São Miguel de Machede, e Freguesia da Igreja e Santa Justa.

De acordo com os dados dos últimos CENOS 2011, a população residente na freguesia São Bento do Mato perfaz um total de 1151 habitantes, onde de um total de 861 inscritos na Extensão de Saúde, 312 são idosos e destes um número considerável recebe assistência do lar.

Deste modo, este estágio bem como a implementação do projeto de intervenção teve a sua maior expressão num lar do Distrito de Évora.

Este lar serve a população através da estrutura residencial para Pessoas Idosas, sendo esta uma resposta social criada para o auxílio da população idosa.

Esta estrutura residencial presta serviços de alojamento, cuidados médicos e de enfermagem, alimentação, cuidados de higiene, tratamento de roupa e atividades lúdico-ocupacionais de animação. A estrutura residencial desenvolveu-se posteriormente à resposta social de Centro de Dia já existente desde 1989, devido à forte necessidade sentida por parte da população. O serviço de Apoio Domiciliário é também uma das vertentes da resposta social do lar, prestando cuidados individualizados e personalizados em casa dos utentes.

Atualmente e segundo dados colhidos no local, no dia 28 e 29 de Setembro de 2017, o lar presta apoio a 49 utentes, 33 em regime de lar, dos quais 24 são mulheres e 9 são homens e 9 em regime de centro de dia dos quais 4 são mulheres e 5 são Homens e 7 em regime de apoio domiciliário. Devido à facilidade de acesso aos utentes que se encontram no mesmo

espaço físico durante o mesmo período temporal, decidiu-se partir para a seleção do grupo alvo através dos utentes que se encontram em regime de lar e centro de dia, perfazendo um total de 42 idosos

METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO

A metodologia científica escolhida para a implementação deste projeto foi a metodologia de projeto pois esta baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência, e é constituída por cinco etapas: Diagnóstico de Situação, Definição de Objetivos, Planeamento, Execução e avaliação e Divulgação dos Resultados (Ruivo et al, 2010).

A metodologia de projeto foi escolhida para ser aplicada neste contexto e neste estágio final pois trata-se de uma metodologia reflexiva, baseada na investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que pretende contribuir para a identificação de problemas e resolvê-los através de ações práticas. Aqui também a própria população alvo de intervenção é envolvida como elemento ativo o que contribui para conhecer e transformar a sua própria realidade.

1- DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira etapa da metodologia de projeto é o diagnóstico da situação. Esta etapa permite a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação/problema identificada, descrevendo assim a realidade sobre a qual se pretende intervir (Ruivo et al, 2010).

No contexto dos cuidados de saúde devemos realizar uma análise integrada das necessidades da população com o objetivo de aproveitar os recursos disponíveis para desenvolver estratégias e ações que promovam a melhoria do estado de saúde da população.

Neste sentido, tomando em consideração a abordagem sistémica proposta por Betty Neuman, foram diagnosticadas as necessidades de dois grupos envolvidos na problemática os utentes e as assistentes operacionais do lar

De forma a conhecer melhor estes 42 utentes do lar e a selecionar o grupo alvo para este projeto, decidimos partir da análise dos processos clínicos presentes na instituição e selecionar apenas aqueles que tinham descrito nos seus antecedentes de saúde síndrome demencial/ demência/quadro demencial.

De um total de 42 utentes conseguiu-se selecionar 11 idosos, o que perfaz uma pequena percentagem de casos identificados/diagnosticados, muito à semelhança do estudo realizado por Caldas de Almeida em 2016.

Importa referir que o número de utentes que a que o lar presta apoio foi sendo mutável ao longo do projeto, contudo a seleção da grupo alvo, foi realizada a 1 de outubro de 2017 através da análise dos dados clínicos consultados no final do mês de Setembro, assim os utentes que se encontravam hospitalizados, e que regressaram posteriormente à instituição ou até mesmo novos utentes em regime de centro de dia não foram incluídos na amostra.

Na consulta dos processos clínicos para além dos antecedentes de saúde, foram ainda recolhidos outros dados de forma a caracterizar da melhor forma o grupo alvo: 11 idosos do lar com quadro demencial diagnosticado.

Dentro deste número, estão ainda incluídos utentes em regime de lar e em regime de centro de dia, pois apesar de o projeto estar direcionado para o idoso institucionalizado, não faria sentido excluir idosos que estando em regime de centro de dia e apresentando quadro demencial, ainda têm suporte familiar que os permita regressar ao final do dia às suas casas. Neste contexto, o facto de o utente estar ou não em regime de lar, depende essencialmente do suporte familiar que ainda possa ter e não especificamente do grau de comprometimento cognitivo. Deste grupo de 11 idosos, 1 foi ainda excluído da amostra por agudização do estado geral.

Assim, de um grupo de 10 idosos com quadro demencial descrito como antecedente de saúde, 9 são do sexo feminino e apenas 1 do sexo masculino, sendo que a média de idades é de 86,4 anos. No que diz respeito ao seu estado civil, 1 é solteiro, 1 casado e os restantes 8 elementos são viúvos. O grau de escolaridade encontra-se maioritariamente no ensino primário, havendo apenas 1 elemento com estudos de nível superior e 1 elemento analfabeto. Do ponto de vista profissional a maioria dos elementos do grupo eram domésticas. 7 Elementos têm filhos e 3 não têm.

Importa ainda referir que ao nível dos antecedentes de saúde, a Hipertensão arterial, Dislipidémias e diabetes *mellitus* tipo 2 estão presentes no processo clínico de grande parte do grupo e apenas 1 elemento não toma qualquer tipo de medicação do foro psiquiátrico.

Assim, tendo o grupo alvo sido selecionado, e de forma a determinar as suas necessidades de saúde mental, foi necessário conhecer mais concretamente estes utentes, e por isso decidimos recorrer a 3 métodos de colheita de dados: o questionário, a entrevista e a observação. Como instrumentos utilizámos o mini-exame do estado mental, um guião de entrevista e um guião de observação.

A entrevista teve um cariz informal foi realizada em ambiente protegido (gabinete médico) com o objetivo de melhorar o relacionamento entre nós e os elementos do grupo e para que estes se sentissem ouvidos e consideradas as suas queixas.

As entrevistas não estruturadas, decorreram apenas tendo por base o conhecimento da informação dos processos clínicos dos utentes e da informação de vida fornecida pelas assistentes operacionais num momento prévio à interação. Contudo durante as entrevistas seguimos um guião de observação que procurava essencialmente avaliar o estado mental de cada utente.

A avaliação do estado mental apresenta uma estrutura própria e divide-se pelos seguintes parâmetros: Aspeto geral, comportamento e atitude face ao entrevistador, psicomotricidade, nível de consciência e orientação, funcionamento cognitivo, humor e emoções, linguagem e aspetos formais do pensamento, conteúdo do pensamento, alterações perceptivas, capacidade de interpretação e consciência da doença. (PARECER N.º 01/ 2017 – Ordem dos Enfermeiros) Este método de observação sistemática traz ganhos ao nível da standardização da informação dos sinais e sintomas.

Assim, através das entrevistas e da observação, percebemos que a maioria dos utentes apresentava um aspeto geral limpo e cuidado, todos eles se mostraram recetivos a participação nas entrevistas, mesmo que ao início nem todos percebessem bem o teor daquele momento. A maioria dos utentes apresentava uma atividade motora normal para idade, com salva exceção para 3 utentes, que apresentavam alguma lentificação motora, maneirismos e

hiperatividade. Ao nível da linguagem, cerca de 50 dos utentes do grupo alvo apresenta **discurso tangencial, pobre e provocado**, sendo que os restantes 50% apresentam discurso normal. A grande maioria dos utentes apresentava **fácies sugestiva de humor deprimido e verbalizavam muitas vezes sentirem-se tristes**. Ao nível do **afeto este está maioritariamente embotado**, muito relacionado com os anos de viuvez e com o fato de estarem longe das suas famílias. Relativamente à sensoperceção, alterações como alucinações visuais e **despersonalização** estão presentes respetivamente em 1 e 3 utentes, sendo esta **despersonalização descrita muitas vezes por “já não sei o que sou” e “vivo num mundo sem nada”**.

Relativamente à memória, **a mais afetada é a memória recente e a memória imediata**, sendo isso observável ao longo da entrevista, quando não conseguiam lembrar-se de quem eu era, do meu nome, ou quando voltava dois dias depois ao lar e muitos não se lembravam que tinham estado a falar comigo nos dias anteriores. Mas a memória remota também se encontra comprometida, havendo um maior nível de sofrimento associado quando referem tristeza por não se lembrarem, por exemplo, do nome dos filhos.

No que diz respeito à avaliação da orientação e das restantes funções cognitivas, estas foram avaliadas com recurso ao mini-exame do estado mental, que foi aplicado no momento da entrevista.

Este mini-exame revelou que as principais alterações cognitivas do grupo alvo estavam relacionadas com a **orientação temporal e com as habilidades construtivas** que estão intimamente relacionadas com a memória de trabalho.

Por outro lado, e tendo em conta o contexto de intervenção e o cariz sistémico deste trabalho assente no modelo teórico dos Sistemas de Betty Neuman, foi ainda importante explorar os conhecimentos do grupo de assistentes operacionais sobre a temática em estudo, uma vez que são elas os cuidadores formais do grupo alvo e têm um campo de atuação privilegiado no que diz respeito à manutenção e promoção da saúde mental do grupo de idosos.

Assim, foram aplicados questionários aos 15 assistentes que prestam cuidados diretos aos utentes, no sentido de explorar os seus conhecimentos sobre os quadros demenciais e sobre as formas de atuação em diversos contextos perante um idoso com manifestações clínicas inerentes a um processo demencial.

Desses questionários, extraíram-se dados que serão explicitados seguidamente.

Todos os 15 questionários foram respondidos e entregues no prazo estipulado. O grupo é composto por 13 elementos femininos e 2 masculinos, com idades compreendidas entre os 23 anos e os 68 anos, com tempos de serviço nesta instituição que variam de 1 ano a 30 anos, sendo que na sua maioria o tempo de serviço em média não excede os 5 anos.

Todos os elementos referem saber o que é a demência, caracterizando-a por “enfraquecimento das faculdades mentais” onde existe “esquecimento”, “desorientação”, “perda de autonomia”, “dificuldade em realizar tarefas” e “dificuldade em expressar sentimentos”. Quando questionadas sobre qual a percentagem de utentes com quadro demencial que existe no lar, a grande maioria refere cerca de 50% dos utentes. Muitos estão cientes da maioria das manifestações clínicas associadas aos processos demenciais, mas a **maioria não relaciona a agressividade, alucinações, alterações da comunicação/linguagem, desinibição sexual e isolamento como manifestações relacionadas com as alterações cognitivas**.

A totalidade dos 15 assistentes operacionais mostra interesse em saber mais sobre quadros demenciais e essencialmente em aprender estratégias de atuação para falar e lidar com estes utentes, seja quando estão desorientados, agressivos e/ou agitados por períodos, para melhor adequarem a sua prática às necessidades do utente, providenciando-lhes um cuidado

com mais qualidade e ao mesmo tempo ser elementos válidos na promoção da saúde mental e fatores protetores de uma degradação mais abrupta da capacidade cognitiva dos seus utentes.

Deste modo, e respondendo a questão de partida sobre as necessidades de cuidados especializados de enfermagem de Saúde mental e psiquiatria dos utentes do lar com quadro demencial, importa traduzir toda esta informação recolhida em diagnóstico de enfermagem segundo a linguagem CIPE versão 2, para se proceder posteriormente ao planeamento das intervenções.

Assim, e partindo da informação anteriormente apresentada foi possível chegar a determinação dos seguintes diagnósticos:

Relativamente ao grupo alvo de 10 idosos com quadro demencial, os diagnósticos elaborados são os seguintes:

- Grupo com confusão presente em grau elevado (Dados que suportam diagnóstico: desorientação relativamente ao tempo)
- Grupo com Bem-Estar comprometido em grau elevado (dados que suportam diagnóstico: despersonalização, Discurso tangencial, pobre e provocado, lentificação motora, humor deprimido)
- Grupo com Desolação presente em grau elevado (dados que suportam o diagnóstico: afeto embotado relacionada com os anos de viuvez e por estarem longe das famílias, humor deprimido)
- Grupo com cognição comprometida em grau elevado (Dados que suportam diagnóstico: Memória recente, imediata e tardia afetada, habilidades construtivas deficitárias ou inexistentes, alterações do discurso e da linguagem)

Relativamente ao grupo alvo de 15 assistentes operacionais os diagnósticos elaborados são os seguintes:

- Grupo com conhecimento sobre saúde diminuído (Dados que suportam diagnóstico: A totalidade dos 15 assistentes operacionais mostra interesse em saber mais sobre quadros demenciais e essencialmente em aprender estratégias de atuação para falar e lidar com estes utentes)
- Grupo com papel de prestador de cuidados comprometido em grau moderado (Dados que suportam diagnóstico: Maioria não relaciona a agressividade, alucinações, alterações da comunicação/linguagem, desinibição sexual e isolamento como manifestações relacionadas com as alterações cognitivas)

2 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos assume um importante lugar na metodologia de projeto pois são vistos como representações antecipadoras centradas na ação, tornando-se essenciais para a elaboração do planeamento das intervenções. Deste modo os objetivos elaborados para a implementação deste projeto foram as seguintes:

- Promover a saúde mental do grupo alvo através de técnicas psicoterapêuticas que sejam capazes de responder as suas necessidades específicas.
- Melhorar os níveis de conhecimento do grupo de assistentes operacionais, sobre o idoso e os cuidados ao idoso com quadro demencial

3 - PLANEAMENTO

O planeamento assume o lugar da terceira etapa na metodologia de projeto. É nesta etapa que se elabora o plano detalhado das intervenções que se pretendem realizar para suprir as necessidades do grupo em estudo, realizando-se um levantamento dos recursos, das limitações condicionantes, dos métodos e técnicas a utilizar e a elaboração de um cronograma.

Neste contexto a escolha das intervenções, métodos, técnicas e estratégias a realizar estão intimamente ligadas com os objetivos definidos previamente (Ruivo et al, 2010).

De forma a responder às necessidades do grupo de 10 idosos com quadro demencial, planeou-se a implementação de várias intervenções de âmbito psicoterapêutico.

Segundo a literatura, as alterações cognitivas mais afetadas nos idosos são a atenção, a concentração, o raciocínio indutivo, a atenção a memória, a capacidade perceptiva e espacial, as funções executivas e a velocidade de pensamento, sendo que muitos autores dão maior ênfase às alterações associadas à memória, nomeadamente a memória a curto prazo. Ao nível dos afetos, a depressão é muito frequente nos idosos e por sua vez compromete consideravelmente a qualidade de vida, e é caracterizada por queixas somáticas, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico etc. (Pearson e Brown, 2000 citado por Gonçalves, 2012).

A literatura tem evidenciado uma relação entre o fraco desempenho cognitivo e a sintomatologia depressiva, pois a nível cognitivo ocorre a diminuição da capacidade para a aprendizagem e a depressão pode alterar os processos motivacionais da memória (Gonçalves, 2012).

Assim e tendo em conta o conhecimento existente, durante a fase de planeamento, foram realizadas pesquisas bibliográficas no sentido de perceber qual seriam as técnicas, que promovessem a saúde mental, mais adequadas ao grupo de idosos, ao ambiente em que se encontram e às suas necessidades de saúde mental traduzidas nos diagnósticos de enfermagem anteriormente definidos.

A estimulação cognitiva ou reabilitação cognitiva assume assim um papel preponderante na abordagem terapêutica a este grupo de idosos, principalmente se falarmos mais especificamente na terapia de orientação para a realidade e na terapia por reminiscências. A terapia de orientação para a realidade tem como objetivo reduzir a desorientação e a confusão dos utentes e baseia-se em estratégias de repetição contínua de dados reais que facilitem a orientação do idoso no tempo e no espaço, lembrando com ele por meio de pistas externas o dia do mês, o ano, o local onde está, entre outros (Camões et al, 2010 citado por André, 2010).

A terapia por reminiscência é uma técnica utilizada para trabalhar a memória, principalmente a remota, utilizando factos significantes da sua vida. Tem como objetivo estimular a recuperação de informação através do uso de figuras, fotografias, músicas, jogos ou outros estímulos relacionados com a vida do passado (Camões et al, 2010 citado por André, 2010)

A conjugação destas duas técnicas de estimulação cognitiva, não só permite ir ao encontro das necessidades encontradas no grupo alvo como confusão, alteração da cognição como também ir ao encontro das alterações ao nível do bem-estar mental e da desolação, pois a terapia focada nas experiências positivas, como é o caso da terapia por reminiscência, que evocam momentos felizes do passado, transportam esses sentimentos para o presente, aju-

dando a manter os níveis de bem-estar estabilizados, permitindo à pessoa manter contato com a sua própria identidade¹.

Importa ainda referir que tendo sido pensado em termos sistémicos, estas intervenções tomam maior significado quando implementadas em grupo no ambiente quotidiano do grupo de idosos.

As intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas em grupo com pessoas idosas são benéficas ao nível da diminuição de sintomas depressivos e tem sido identificada por vários autores como o formato interventivo preferencial na abordagem para a maior parte dos problemas e desafios das pessoas idosas. (Lima, 2012)

Na perspetiva de Chiu (1999) citado em Lima (2012) as intervenções psicoterapêuticas, realizadas em grupo, em pessoas idosas revelam eficácia e eficiência a longo prazo e promove mais facilmente a adesão das pessoas em contexto institucional proporcionando diminuição de custos e aumento de ganhos a nível emocional e cognitivo, superiores às intervenções realizadas individualmente.

Por sua vez, as intervenções direcionadas diretamente aos assistentes operacionais partem do pressuposto de que dispensar atenção ao cuidador influi diretamente uma melhoria no estado de saúde do utente. Assim, as intervenções de âmbito psicoeducacional ganham também destaque neste planeamento pois existem inúmeras lacunas ao nível do conhecimento geral sobre as demências. O défice de literacia em demência pode colocar obstáculos à prevenção e à reabilitação dos utentes com quadros demenciais. (Pereira e Sampaio, 2011)

4 - PREVISÃO DAS INTERVENÇÕES

Nesta etapa, pretende-se colocar em prática tudo o que planeado. Apesar de neste projeto esta etapa não ter sido alcançada, a previsão das intervenções a realizar será apresentada sucintamente em formato de quadro.

De salientar ainda que tendo em conta as características do grupo alvo de idosos e da instituição, foi determinado que as intervenções seriam realizadas em sessões de grupo, na sala de convívio do lar, por meio de mediadores de expressão, tais como a pintura e/ou desenho e visualização de fotografias, na construção de um quadro de vida, onde os utentes seriam estimulados e incentivados a retratar os momentos positivos mais marcantes das suas vidas numa tela, à medida que seriam introduzidas intervenções de enfermagem que permitissem responder às restantes necessidades do grupo alvo.

As sessões de grupo foram previstas em 10 sessões de 1 hora cada, onde em cada duas delas seria explorado uma etapa de vida, nomeadamente a Infância, a juventude, a vida adulta, a velhice, e o Futuro, e seria previsto que os utentes retratassem através da pintura/desenho ou por fotos essas etapas ao mesmo tempo que se discutiria em grupo as vivências de cada um.

¹ <http://neuroser.pt/2015/08/25/terapia-de-reminiscencia/>

Intervenções de enfermagem a executar durante as sessões (Amaral, 2010):

Diagnóstico	Intervenções
Grupo de Idosos com confusão presente em grau elevado	- Executar terapia de orientação para a realidade (em cada sessão seria lembrado o dia, mês, ano, hora e local com instrumentos próprios para o feito, como calendário e relógio. Os utentes seriam estimulados várias vezes a lembrar esses tópicos)
Grupo de Idosos com Bem-Estar comprometido em grau elevado	- Aumentar a socialização entre elementos do grupo (Promover a discussão entre os vários elementos do grupo sobre eventos de vida de cada um, e sobre a atualidade) - Disponibilizar presença - Executar terapia recreacional (Realização de quadro de vida através de mediadores de expressão como pintura e/ou desenho e visualização de fotografias)
Grupo de Idosos com Desolação presente em grau elevado	- Disponibilizar suporte emocional ao grupo - Escutar ativamente o grupo de idosos
Grupo de idosos com cognição comprometida em grau elevado	- Executar terapia por reminiscências (assistir utentes a abordar memórias positivas e ou negativas que evidenciem habilidades de coping anteriormente adquiridas, Assistir o utente a falar da sua história, Encorajar utente a expressão verbalmente sentimentos relativos a eventos do passado, manter foco da sessão mais no processo do que no resultado, providenciar feedback positivo) - Promover treino de memória (facilitar uso de elementos que estimulem a memória como fotografias) - Gerir ambiente físico e recursos materiais (otimizar ambiente da sala de convívio bem como materiais previstos para as sessões (telas, tintas, material de desenho, pinceis e fotografias)

Relativamente ao grupo de assistentes operacionais, a intervenção planeada para suprir as necessidades deste segundo grupo, referidas nos questionários, foi a elaboração de uma sessão de formação sobre os cuidados ao idoso com quadro demencial. Assim esta sessão seria realizada no lar, numa data e horário a combinar com a direção da instituição de modo a ser apresentada aos 15 elementos da equipa que responderam ao questionário.

Intervenções de Enfermagem direcionadas aos Assistentes operacionais (Amaral 2010):

Grupo de assistentes operacionais com conhecimento sobre saúde diminuído	- Ensinar Prestador de cuidados sobre processo de doença (através de sessão de educação para a saúde sobre os quadros demenciais e os cuidados ao doente com quadro demencial) - Apoiar prestador de cuidados
Grupo de assistentes operacionais com papel	- Promover melhoria de papel

de prestador de cuidados comprometido em grau moderado	
--	--

Ainda nesta etapa, o enfermeiro deve ter em conta a motivação dos participantes e deve ser capaz de envolver cada um deles, de forma a promover o seu papel ativo no processo, dado que a motivação intrínseca surge somente quando o sujeito se encontra ativo na acção e no meio. (Ruivo et al, 2010)

5 - PREVISÃO DA AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Nesta etapa deverá proceder-se à avaliação do resultado das intervenções implementadas (avaliação do processo) recorrendo a instrumentos de avaliação. No caso deste trabalho de projeto foi previsto utilizar-se o método de observação, no caso das sessões de grupo com os idosos e a o questionário para aferir a integração dos conhecimentos por parte dos assistentes operacionais. Neste sentido, estes métodos de avaliação serviriam como elementos orientadores da coerência (relação entre o projeto e o problema) e eficácia das intervenções de enfermagem implementadas. (Ruivo et al, 2010)

Nas sessões de grupo seriam observados aspetos como a socialização entre os elementos do grupo, o humor, presença e características da confusão antes de depois de cada sessão, satisfação dos idosos e aspetos relativos à memória (tais como capacidade para dizer nome e funcionalidade de cada material usado, bem como capacidade de enquadrar memórias do passado). Relativamente à avaliação da intervenção realizada junto dos assistentes operacionais, esta seria realizada também por meio de observação da participação dos assistentes na sessão de formação.

Relativamente à avaliação do resultado final das intervenções, e de forma a conseguir-se aferir uma mudança efetiva no status dos diagnósticos inicialmente elaborados, seria previsto realizar-se novamente entrevistas de enfermagem ao grupo de idosos, observação e realização do mini-exame do estado mental, no sentido de perceber se houve alterações relativamente aos dados colhidos anteriormente e se essas alterações seriam significativas. Relativamente a avaliação final do resultado das intervenções direcionadas ao grupo de assistentes operacionais, estas seriam avaliadas por intermédio de um novo questionário, aferindo assim de forma mais coerente e efectiva a aquisição e integração de conhecimentos, com eventual evolução positiva dos diagnósticos elaborados.

6 - PREVISÃO DA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação dos resultados deste trabalho de projeto seria realizada ao nível da USF e do Lar, bem como na redação e defesa final do relatório de estágio.

O método seria o expositivo, recorrendo ao uso de tecnologias de informação como powerpoint, expondo a relevância de projetos desta natureza na comunidade, valorizando o papel preponderante do Enfermeiro especialista em Saúde Mental na Promoção da Saúde Mental do Idoso com Quadro Demencial.

7- QUESTÕES ÉTICAS

As questões éticas que surgiram ao longo do desenvolvimento deste trabalho foram essencialmente relacionadas com a proteção da intimidade e privacidade dos idosos do grupo alvo e do grupo de assistentes operacionais.

Esses direitos foram salvaguardados através do consentimento informado e da declaração de sigilo profissional, fornecidos tanto aos familiares dos doentes com quadro demencial como aos assistentes. O projeto teve autorização da comissão de ética da Universidade de Évora e do ACES do Alentejo Central.

CONCLUSÕES

A literatura científica mais atual assume que o desenvolvimento de programas de estimulação cognitiva em idosos ajuda-os a manter e a desenvolver as suas competências cognitivas e sociais (Pires, 2008).

Este trabalho de projeto pretendeu essencialmente ser uma proposta de intervenção na comunidade no âmbito da promoção da saúde mental do idoso com quadro demencial, demonstrando assim, à sociedade, que muito há a fazer e muito pode ser feito de forma a dar resposta às diretrizes europeias e mundiais que assentam a sua máxima na promoção e prevenção dos problemas inerente à saúde mental das populações, principalmente no que diz respeito ao envelhecimento saudável.

É urgente o desenvolvimento de estratégias sociais multidisciplinares que promovam uma rutura com o sistema de saúde centrado no tratamento da doença e desenvolvam cuidados integrados e centrados na promoção e prevenção dos problemas de saúde mental a longo prazo.

Apesar do projeto não ter sido desenvolvido na sua totalidade, muitas são as conclusões que se podem extrair das várias etapas relatadas neste artigo, nomeadamente o facto de numa população residente de idosos de 42 idosos, apenas 11 têm no seu historial de antecedentes clínicos a referência à síndrome demencial/quadro demencial, o que tendo em conta os estudos recentes, contrasta com a realidade de subvalorização das questões relacionadas com as alterações cognitivas durante o processo de envelhecimento.

Uma outra inferência é a importância das técnicas de estimulação cognitiva na reabilitação e manutenção de um bem-estar mental no idoso com quadro demencial, bem como da importân-

cia da realização dessa estimulação não só de forma individual mas também em grupo, ajudando ao mesmo tempo a promover a socialização e a combater a solidão e a depressão.

Do ponto de vista sistémico de Betty Neuman, muitos são os fatores que condicionam o equilíbrio do indivíduo, sendo o ambiente e os familiares e /ou cuidadores mais próximos elementos fundamentais e que podem ser protetores desse equilíbrio. Assim a importância de intervir ao nível do grupo de assistentes operacionais tem enorme relevância, pois ao dota-los de conhecimentos mais específicos sobre o cuidado ao idoso com quadro demencial, estamos indiretamente a assegurarmo-nos que os cuidados serão prestados de forma mais direcionada e com maior qualidade, podendo mesmo serem um veículo importante na constante estimulação cognitiva que o grupo de idosos em causa necessita.

Importa ainda salientar que devido ao reduzido número da amostra, os resultados não que seriam previstos atingir não seriam muito significativos nem permitiriam uma abordagem abrangente, sendo este também um elemento limitativo deste estudo.

BIBLIOGRAFIA

- André, C. (2010). *Intervenção cognitiva na demência: um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
- Amaral, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE*. Mem-Martins: Lusociência – Edições técnicas e científicas Lda.
- Camara Municipal de Évora (2012). *Diagnóstico Social de Évora 2013/2015*. Évora
- Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. www.psicologia.pt, 1-18.
- Lima, M. (2012). *Intervenção em grupo com adultos de idade avançada*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da educação, Coimbra
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2010). *The Neuman system model* (Fifth Edition ed.). USA: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação para a prática de enfermagem. Versão 2*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Geneva

Pereira, M., & Sampaio, S. (2011). Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. *Rev Port Saúde Pública*, 29 (1):3-10

Pires, T. (2008). *Efeitos dos videojogos nas funções cognitivas da pessoa idosa*. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Ruivo, A., Leal, P., Costa, A., & Pereira, M. (2010). *Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas*. Percursos nº 15 (Janeiro-Março). Escola Superior de Saúde do Instituto politécnico de Setúbal: Publicação da área disciplinar de Enfermagem. ISSN 16465067

Sequeira, C (2010). *Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda

Spar, J. E., & La Rue, A. (2005). *Guia Pático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

<http://neuroser.pt/2015/08/25/terapia-de-reminiscencia/>

<https://www.pordata.pt/>

<https://www.publico.pt/2016/04/06/sociedade/noticia/quase-80-dos-idosos-que-vivem-em-lares-sofrem-de-demencia-1728273>

http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos2011_apresentacao&xpid=CENSOS

