



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE
DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**CONSULTA DOMICILIÁRIA DE
ENFERMAGEM AO IDOSO DEPENDENTE
MENTAL**

Liliana Catarina Barroso de Sousa

Orientação: Professor Doutor Manuel José Lopes

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Saúde Mental e Psiquiatria*

Relatório de Estágio

Évora, 2016

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE
DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CONSULTA DOMICILIÁRIA DE
ENFERMAGEM AO IDOSO DEPENDENTE
MENTAL

Liliana Catarina Barroso de Sousa

Orientação: Professor Doutor Manuel José Lopes

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Saúde Mental e Psiquiatria*

Relatório de Estágio

Évora, 2016

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Doutor Manuel José Lopes.

Ao meu filho Rui Manuel e família pelo apoio. Ao enfermeiro Jorge Ribeiro pela paciente disponibilidade e crítica. À enfermeira Dora Morgado pela amizade e por ser exemplo de rigor ético e profissional. À enfermeira Luísa Jorge pela prática avançada de enfermagem na área da saúde mental comunitária e cujo modelo de excelência nunca esquecerei.

RESUMO

O presente relatório de estágio desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Saúde Mental e Psiquiatria tem como objetivo demonstrar através de reflexão crítica o percurso efetuado até à aquisição das competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

No âmbito da intervenção ao idoso dependente mental no domicílio desenvolvemos um percurso em dois tempos, com estágio inicial para observação de práticas em contexto de internamento de pessoas com demência e com estágio desenvolvido numa unidade de cuidados na comunidade com o projeto de uma consulta domiciliária de enfermagem ao idoso com dependências mental.

Neste documento analisamos o contexto, caracterizamos os ambientes de estágio que nos acolheram e analisamos os cuidados e necessidades especiais da população idosa com dependência mental no domicílio, nomeadamente do espectro das demências.

Procedemos ainda a uma análise reflexiva sobre objetivos a que nos propusemos e as intervenções que desenvolvemos fazendo uso da metodologia estudo de caso para expormos e refletirmos a mobilização e aquisição de competências de diagnóstico, intervenção e avaliação profissionais.

Palavras-chave: Consulta domiciliária de enfermagem, cuidadores, demência, idosos

ABSTRACT

Nursing home care appointment to elderly with mental dependence

This internship report was developed under the Master in Nursing for Mental Health and Psychiatry and it aims to demonstrate through critical reflection the route made to the acquisition of specialist nursing skills in mental health and psychiatry.

Within the framework of the mental dependent elderly at home we developed a route in two stages, with an initial stage to observe practices in inpatient context of people with dementia and a stage developed in the community with the design of a home-based nursing appointment of the elderly with mental dependencies.

In this report we analyze the context, featuring the stage environments that welcomed us and analyze the special needs of the elderly with mental dependency at home, namely in the spectrum of dementias.

We proceed further to a reflective analysis of objectives we set ourselves and the interventions developed making use of the case study methodology to expose and reflect the mobilization and acquisition of diagnostic, intervention and evaluation professional skills.

Keywords: Nursing home care appointment, carers, elderly, dementia

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

CS- Centro de Saúde

DA- Demência de Alzheimer

DCL- Demência de Corpos de Lewy

DP- Doença de Parkinson

EESMP- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

EC I- Ensino Clínico I

EC II- Ensino Clínico II

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECR- Equipa Coordenadora Regional

HRM- Hospital Residencial do Mar

MEEM- Mini Exame do Estado Mental

NIC- Classificação das Intervenções de Enfermagem

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PIC- Plano Individual de Cuidados

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
2. ANÁLISE DE CONTEXTO	11
Demência de Alzheimer	14
Demência de Corpos de Lewy	17
Demência e Doença de Parkinson	18
Cuidar na dependência	19
Consulta domiciliar de enfermagem	21
2.1 Caracterização do ambiente de realização do estágio	23
Ensino Clínico I	23
Ensino Clínico II	23
2.2 Caracterização dos recursos humanos e materiais	25
Ensino Clínico I	25
Ensino Clínico II	26
2.3 Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências	26
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	32
3.1 Caracterização geral da população/utentes	32
3.2 Cuidados e necessidades específicas da população-alvo	36
Alterações da memória	37
Alterações da orientação	38
Alterações da comunicação	38
Alterações da interação social	39
Alterações do humor e comportamento	39
O papel de cuidador informal	39
3.4 Recrutamento da população-alvo	41
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	42

4.1	Objetivos da intervenção profissional.....	42
4.2	Objetivos a atingir com a população-alvo.....	48
5.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	50
5.1	Fundamentação das intervenções	51
5.2	Metodologias	58
6.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	73
7.	CONCLUSÃO	78
8.	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	80
	ANEXOS.....	86
	ANEXO I- Atividade desenvolvida no EC I	
	ANEXO II- Concetualização da consulta de enfermagem desenvolvida no EC II	
	ANEXO III- Formação em Serviço	
	ANEXO IV- Estudo de Caso 1	
	ANEXO V- Estudo de Caso 2	
	ANEXO VI- Estudo de Caso 3	

1. INTRODUÇÃO

Em cumprimento do regulamento do estágio de natureza profissional e relatório final do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Universidade de Évora serve o presente relatório de interface, a discutir perante um júri em provas públicas, ao desenvolvimento escrito de todo o trabalho levado a cabo durante o estágio profissional que nos permitiu desenvolver as competências especializadas em enfermagem da saúde mental e psiquiatria a que nos propusemos.

O supracitado estágio dividiu-se em dois ensinamentos clínicos. O primeiro aconteceu na Unidade de Demências e Alzheimer do Hospital Residencial do Mar (HRM), entre 7 de setembro a 2 de outubro de 2015 e o segundo na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) “Pontes para a Saúde”, no concelho de Coruche, entre 5 de outubro de 2015 e 28 de janeiro de 2016.

O presente relatório tem como objetivos:

- Apresentar casos clínicos acompanhados, com recurso à abordagem metodológica do tipo “Estudo de Caso” com alusão à avaliação diagnóstica, ao planeamento, às intervenções terapêuticas e à avaliação da sua eficácia;
- Evidenciar capacidade de reflexão sobre as práticas;
- Demonstrar competências de autorreflexão;
- Demonstrar capacidade de fundamentação das práticas com base na mais recente evidência científica;
- Desenvolver uma análise crítica do processo de desenvolvimento de competências clínicas.

Tendo em conta que este mestrado profissional visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada à pessoa com problemas de saúde mental e é especialmente dirigido para a promoção da saúde e adaptação aos processos de saúde e doença em qualquer fase do ciclo de vida, o presente relatório do projeto por nós implementado encontrou sentido nas nossas motivações pessoais de desenvolvimento de competências para uma prática clínica distinta, especializada, com a pessoa idosa dependente mental no domicílio.

O estágio, tendo em conta o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, mas também intervenção concreta na comunidade que nos acolheu por via institucional, consubstanciou-se materialmente no planeamento, implementação e avaliação de uma consulta de enfermagem de saúde mental ao idoso dependente mental que se encontra no domicílio e aos seus cuidadores. Tendo ainda como referencial o perfil de competências específicas do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, a relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica segundo a teoria de médio alcance de Lopes (2006) e o modelo de desenvolvimento de competências de Benner (2001) tivemos na supervisão, análise prospectiva e reflexão que se quis paradigmática, o desenvolvimento das nossas competências.

2. ANÁLISE DE CONTEXTO

O processo normal do envelhecer, *latu sensu*, é ficar com mais idade tendo em conta que só depois do ser humano atingir a maturidade é que se inicia um processo de “declínio”, de perda e de limitações.

O envelhecimento é um “período de grande e permanente adaptação às novas condições de vida, todas elas mais ou menos marcadas pela limitação e pela perda, é, pois essencialmente caracterizado pelo luto que a pessoa de idade vai ter de fazer de certa imagem de si próprio, como pessoa, como ser social” (Cordeiro, 2002).

O envelhecimento, do ponto de vista biológico é uma etapa da vida mas, não se esgota nesta perspectiva: ocorre de múltiplas formas (Sequeira, 2010).

Este período do desenvolvimento da existência humana é, segundo Sequeira (2010), um período de grandes transformações de ordem física (perda de mobilidade, confrontação com a imagem de adulto), cognitiva (deterioração mental, diminuição das capacidades de atenção, memorização), emocional (perda de amigos, familiares, viuvez, episódios depressivos), social (perda de estatuto social, novo papel social), profissional (reforma) e familiar (redução do núcleo familiar a dois/mudança de papéis).

A partir dos 65 anos, pela envergadura epidemiológica será a demência que mais dependência mental causa, afetando principalmente as pessoas mais velhas estimando-se que, segundo a OMS (2012) no mundo, 35,6 milhões de pessoas têm demência e há 7,7 milhões de novos casos a cada ano sendo uma das principais causas de incapacidade e dependência entre os idosos em todo o mundo.

Segundo Sequeira (2010) a dependência é a “incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidade”(p.5) sendo que numa situação de demência a alteração do funcionamento cognitivo e emocional “origina alterações significativas que interferem com a independência da pessoa” (p.5).

É expectável, segundo a OMS (2012), que o número de pessoas com demência em todo o mundo duplique a cada 20 anos, de 65.7 milhões de pessoas afetadas em 2030 para 115.4 milhões em 2050.

Estima-se que, e embora relativamente à demência não existam dados epidemiológicos diretos no nosso país, existam 153 000 pessoas com demência em Portugal, das quais 90 000 têm doença de

Alzheimer, forma de demência mais prevalente. Ou seja, cerca de 1% do total da população nacional (Alzheimer Portugal, 2009).

Em 2013, haveria no nosso país, para a população com mais de 60 anos, aproximadamente 160 287 pessoas com demência, o que corresponde a 5,91% das pessoas abrangidas por estes grupos etários, sendo em que em 1991 haveriam 4,6% das pessoas desses grupos etários atingidos pela demência (Santana *et al.*, 2015).

A doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência sendo que a prevalência das demências em pessoas até aos 60 anos é muito rara (menos de 1%), todavia, depois dos 60 anos verifica-se uma duplicação da incidência por cada cinco anos, até atingir taxas acima dos 40% em pessoas com mais de 90 anos (Sequeira, 2010).

Também segundo OMS (2012) a doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência e possivelmente contribui para 60-70% dos casos. Outros grandes contribuintes incluem a demência vascular, demência de corpos de Lewy, e demências do tipo frontotemporal. As fronteiras entre os subtipos são indistintas e coexistem formas mistas muitas vezes.

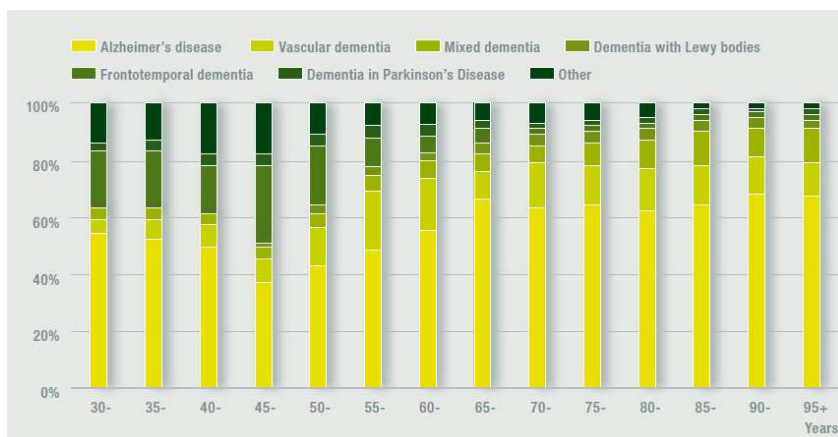


Gráfico 1- Estimativas de consenso da proporção de todos os casos de demência por subtipos de demência, idade e sexo (mulheres), OMS (2012).



Gráfico 2-Estimativas de consenso da proporção de todos os casos de demência por subtipos de demência, idade e sexo (homens), OMS (2012).

A demência, síndrome que pode ter várias etiologias e englobar várias doenças que, e de acordo com a definição de Sequeira (2010), surge na sequência de uma doença cerebral, de natureza crônica, progressiva e com perturbação de múltiplas funções corticais leva inevitavelmente a uma deterioração progressiva na memória e nas atividades de vida diárias, afetando ainda o humor e a personalidade da pessoa.

Demência é um termo utilizado para traduzir uma variedade de condições que levam à morte de células cerebrais (neurónios) e que levam à alteração global e persistente do funcionamento cognitivo, com a gravidade suficiente para ter repercussões nas esferas profissionais, sociais e familiares do indivíduo. Não deve ser considerada uma doença mas, sim uma síndrome que pode ter várias etiologias e englobar várias doenças.

Mais precisamente, na demência a uma alteração da memória associa-se, segundo Sequeira (2010), pelo menos, uma outra função cognitiva: linguagem, praxias, gnosis ou funções executivas.

Na classificação do DSM-IV os critérios para o diagnóstico de transtorno neurocognitivo são baseados na evidência de um declínio de uma ou mais áreas do domínio cognitivo relatado e documentado através dos testes padronizados, causando prejuízo na independência da pessoa na realização das suas atividades de vida diária.

A avaliação para o estabelecimento do diagnóstico de uma demência pode ser realizada através da avaliação clínica (cognitiva, funcional, comportamental); queixas (cognitivas, comportamentais,

funcionais), história clínica e testes cognitivos breves como por exemplo o Mini-Mental State Examination (MMSE) Montreal Cognitive Assessment (MOCA), que são úteis na triagem, avaliação clínica/institucional inicial e para investigação.

Concorrem ainda para a avaliação e estabelecimento de um diagnóstico de demência a avaliação neuropsicológica, avaliação social, avaliação analítica, estudo genético, exames de imagem (TC CE, RM CE), exames funcionais (PET-scan) e marcadores bioquímicos do líquido;

A característica fundamental da demência é o desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos que incluem diminuição da memória e, pelo menos, uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou perturbação na capacidade de execução. Os défices deverão ser suficientemente graves para provocarem uma diminuição do funcionamento social ou ocupacional. O diagnóstico não deverá ser feito quando os défices cognitivos ocorrem exclusivamente durante a evolução de um delirium.

A palavra demência vem do latim *de + mentia*, ausência de mente. O termo demência implicava em um curso progressivo e irreversível, porém, desde o DSM-III em 1980, a Associação Psiquiátrica Americana passou a construir esta definição tendo em conta os sintomas clínicos e não os correlacionando ao prognóstico.

No DSM-IV-TR estão classificadas as seguintes demências: Demência do tipo Alzheimer, Demência Vascular, Demência Devido à Doença do HIV, Demência Devido a Traumatismo Craniano, Demência Devido à Doença de Parkinson, Demência Devido à Doença de Huntington, Demência Devido à Doença de Pick, Demência Devido à Doença de Creutzfeldt-Jakob, Demência Devido a Outras Condições Médicas Gerais, Demência Persistente Induzida por Substância e Demência Devido a Múltiplas Etiologias.

Demência de Alzheimer

A demência de Alzheimer, amplamente conhecida por doença de Alzheimer (DA), foi descrita pela primeira vez em 1907 por Alois Alzheimer, sendo atualmente considerada o tipo de demência neurodegenerativa mais frequente no conjunto global das demências podendo representar entre 60% a 70% dos casos de demência (Sequeira, 2010).

Afeta cerca de 60% dos doentes com demência em Portugal cujas manifestações iniciais escapam muitas vezes aos familiares que convivem com o doente

No seu conceito, está implícita uma alteração global e persistente do funcionamento cognitivo, suficientemente grave para ter repercussões na vida profissional, social e familiar do indivíduo. Tem

um carácter degenerativo, associado a um processo orgânico, com início num momento indeterminado da vida adulta em que inicialmente os doentes apresentam perdas de memória pontuais que se confundem com as alterações normais do processo de envelhecimento. À medida que a patologia evolui acentuam-se os problemas relacionados com a memória, bem como o declínio de outras funções cognitivas, alterações de personalidade e comportamentais e ainda perdas cognitivas severas que prejudicam as atividades de vida diárias e conduzem à incapacidade de reconhecer familiares e amigos (Sequeira, 2010).

Na DA, em termos anatomopatológicos, na maioria dos casos ocorre atrofia macroscópica cerebral difusa, com alargamento dos sulcos corticais e um maior aumento dos ventrículos cerebrais do que seria normal no processo de envelhecimento. Estas evidências podem ser demonstradas pela tomografia computadorizada ou pela ressonância magnética nuclear. Para além destas alterações nas estruturas cerebrais, também se verificam alterações histopatológicas (placas neuríticas contendo amiloide AlfaBeta, emaranhados neurofibrilares, perda neuronal, gliose astrocitária e angiopatia amiloide, etc.) (Touchon e Portet, 2002; Andreasen, 2003; Spar e La Rue citados por Sequeira, 2010)

Este tipo de demência envolve as células que utilizam como neurotransmissor a acetilcolina (envolvida no processamento da memória), verificando-se uma diminuição desta e da sua enzima de síntese (acetilcolinatransferase), bem como dos recetores colinérgicos nicotínicos. Está comprovado que as primeiras alterações surgem no córtex temporal e nos núcleos da base.

Durante a fase assintomática ou pré-clínica, a DA ainda não provoca alterações no funcionamento cognitivo sendo que no estado pré-clínico incide essencialmente em alterações da memória verbal, difíceis de distinguir das alterações mnésicas associadas ao envelhecimento normal.

Depois surge uma fase demencial com os primeiros sintomas a agravarem-se e a interferirem de modo significativo na vida das pessoas. A deterioração das perturbações cognitivas e psicocomportamentais (Pereira, 2011).

Os sintomas da DA são, fundamentalmente de 5 tipos:

1. Perda de memória - As perturbações da memória constituem um sintoma precoce, os indivíduos veem a sua capacidade de aprender coisas novas diminuída. Perdem valores como a carteira ou as chaves, esquecem-se de desligar os eletrodomésticos e perdem-se em zonas não familiares, nas fases mais avançadas a diminuição da memória é tão grave que se esquecem dos familiares, da sua profissão e do seu aniversário; A memória para acontecimentos recentes é a que, habitualmente, é afetada primeiro e produz impacto na vida diária conduzindo a comportamentos que

podem ser confundidos com teimosia, resistência ou oposição. Na realidade a pessoa com demência não se lembra do que lhe foi dito há poucos minutos (Pereira, 2011; Sequeira, 2010);

2. Diminuição da capacidade para realizar tarefas e comunicar - Associada às alterações de memória, ocorrem alterações de outras funções cognitivas que comprometem as atividades de vida diária e a interação e que são essenciais para: planejar, iniciar, organizar e inibir comportamentos; executar tarefas; resolver problemas; tomar decisões; responder a situações novas; adaptar o comportamento às exigências e mudanças do meio ambiente.

A deterioração da linguagem pode manifestar-se pela dificuldade em nomear pessoas ou objetos. O discurso das pessoas pode tornar-se vago bem como a compreensão da linguagem escrita ou falada e a repetição da linguagem podem estar comprometidas. Os indivíduos com demência podem apresentar uma diminuição na capacidade para executar atividades motoras apesar da função motora permanecer intacta (apraxia). A apraxia pode contribuir para as dificuldades em cozinhar e vestir-se. Podem apresentar agnosia sendo incapazes de reconhecer ou identificar objetos, apesar de não existirem alterações sensoriais (Pereira, 2011; Rylatt, 2012); Sequeira, 2014).

As alterações da comunicação consubstanciam-se em:

Anomia - Incapacidade para nomear (atribuir do nome) objetos ou recuperar palavras.

Afasia - Alteração da capacidade de expressão e/ou compreensão da linguagem falada e escrita, por lesão cerebral.

- Repetição de frases ou palavras;
- Incapacidade para identificar o significado das palavras;
- Incapacidade para ler e interpretar;
- Com o agravamento da doença, a pessoa deixa de conseguir comunicar através da linguagem verbal;
- Percepção - incapacidade de reconhecer, organizar e dar significado a estímulos vindos do ambiente através dos órgãos sensoriais;
- Gnosias - Agnosia (incapacidade para reconhecer estímulos, previamente conhecidos, que não pode ser atribuída a défices sensoriais primários, de atenção ou da capacidade de nomeação.

As gnosias podem ser visuais (aperceptiva, associativa); auditivas (sons); somato-sensorial: sentidos (táctil, astereognosia, olfativa, gustativa) e da noção do EU (autotopagnosia, anosognosia, prosopagnosia)

3. Desorientação no tempo, no espaço e pessoal; as pessoas com demência podem ficar espacialmente desorientados e revelam dificuldades de discernimento. É frequente, os indivíduos, subestimarem os riscos de algumas atividades como a condução. O suicídio pode ter lugar nas fases iniciais da doença (Sequeira, 2010).

4. Alterações do humor e da personalidade - Algumas pessoas com demência apresentam um comportamento desinibido revelando indiferença pelas regras sociais convencionais. Os múltiplos défices cognitivos da demência surgem, com frequência, associados a perturbações da ansiedade, do humor e do sono. As alterações da personalidade ou o aumento da irritabilidade são evidenciadas por alguns doentes nas fases iniciais da doença, tornando-se mais pronunciadas nas fases intermédias. As ideias delirantes são comuns principalmente as que envolvem perseguição, também podem ocorrer alucinações sendo as visuais as mais vulgares. As alterações mais comuns são: ansiedade; humor deprimido; labilidade emocional; confabulação/discurso delirante; alucinações; ilusões/alterações perceptivas (Sequeira, 2010).

5. Alterações do comportamento - As perturbações da capacidade de execução constituem uma manifestação comum da demência. A capacidade de execução implica a capacidade de pensar abstrato e de planear, iniciar, sequenciar, monitorizar e parar um comportamento complexo. A diminuição do pensamento abstrato manifesta-se através das dificuldades que o indivíduo vivencia ao lidar com tarefas novas, evitando situações que impliquem o processamento de informação nova e complexa. As alterações mais comuns são: agitação (motora, verbal); agressividade; aumento da deambulação; desinibição/comportamento desadequado; apatia; alteração do ciclo sono-vigília e alterações do comportamento alimentar (Pereira, 2011; Schwarzkopf *et al.*, 2013); Sequeira, 2010);

6. Alterações físicas- Entre as alterações físicas mais frequentes encontra-se: a perda de peso, perda de massa muscular, diminuição da mobilidade e aumento de vulnerabilidade a infeções (Sequeira, 2010);

Demência de Corpos de Lewy

Em 1912 e 1913 Friedrich H. Lewy observou, e descreveu, corpúsculos de inclusão intracitoplasmática eosinofílicos no núcleo basal de Meynert e em vários outros núcleos do tronco encefálico em doentes com *shaking palsy* (Tatsch, Nitrini e Neto, 2002). Esta descoberta esteve durante muito tempo associada aos doentes parkinsonianos e só nos anos 70 do século XX se associou

em definitivo e se estabeleceu as características diagnósticas desta demência (Abey Suriya e Walker, 2015).

A demência de Corpos de Lewy (DCL) é sugerida como sendo a causa de 10% a 25% das demências (Tatsch, Nitrini e Neto, 2002) sendo que é uma síndrome semelhante à DA em que predominam, segundo os mesmos autores, o déficit da atenção, da vigília e de outras funções fronto- subcorticais e visuo-espaciais, enquanto o déficit amnésico se torna mais evidente.

É consensual, segundo Tatsch, Nitrini e Neto (2002), que para diagnóstico provável de DCL são essenciais duas das seguintes características: cognição flutuante com variações pronunciadas na atenção e vigília, alucinações visuais recorrentes, as quais caracteristicamente são bem formadas e detalhadas e características motoras espontâneas de parkinsonismo.

As características de suporte ao diagnóstico de DCL são as quedas repetidas, síncope, perda transitória de consciência, sensibilidade a antipsicóticos, delírios sistematizados, alucinações de outras modalidades (Tatsch, Nitrini e Neto, 2002), depressão, hipotensão ortostática, relativa preservação dos lobos temporais mediais na ressonância magnética, entre outros (Abey Suriya e Walker, 2015).

Demência e Doença de Parkinson

A doença de Parkinson (DP), descoberta em 1817 Por James Parkinson (1755 - 1824), é a segunda doença neuro degenerativa mais comum e está associada à destruição dos neurónios na região do cérebro denominada substancia nigra e com a consequente perda do neurotransmissor dopamina, um dos neurotransmissores envolvidos no controlo do movimento. Cerca de 70 a 80% das células produtoras de dopamina dos doentes de Parkinson degeneram ou perdem-se, o que provoca as dificuldades no controlo do movimento sendo que, que os fatores que podem contribuir para esta degeneração da dopamina podem ser a idade, fatores genéticos, fatores ambientais e vírus (SCML, [s.d.]

Os principais sintomas da doença são tremores, rigidez muscular, bradicinesia e instabilidade corporal. A DP manifesta-se, normalmente após os 60 anos, mas cerca de 10% dos doentes são diagnosticados antes de atingirem os 50 anos. O diagnóstico é clínico e feito aquando da presença de

2 dos sintomas acima descritos, sendo que o tremor está presente em 85% dos doentes de Parkinson sendo que, o diagnóstico final só pode ser confirmado na altura da autópsia, se for identificada a presença de corpos de Lewy no cérebro (Associação Portuguesa dos Doentes de Parkinson, 2005).

Embora nem todos os doentes com DP desenvolvam demência é certo que a demência afeta um terço desses doente (Alzheimer Portugal, [s.d.]) com uma incidência seis vezes maior do que na população em geral e cumulativa com o avançar da idade e que apresenta um determinado padrão que é presumivelmente causado pelos mesmos tipos de alterações fisiopatológicas que também provocam os sintomas motores da DP (Emre, 2004 citado por Caixeta e Vieira, 2008)

Segundo Poewe e Wenning (1996) citados por Caixeta e Vieira (2008) a demência associada à DP é caracterizada genericamente por redução ou falta de iniciativa para atividades espontâneas, incapacidade de desenvolver estratégias com sucesso para a resolução de problemas, lentificação dos processos mnésicos, lentificação do processamento global da informação, prejuízo da percepção visuo-espacial, dificuldades de conceptualização e dificuldades na elaboração de listas de palavras.

Cuidar na dependência

Cuidar é um ato individual que se presta a si próprio quando se tem autonomia, mas também como um ato de reciprocidade que se presta a toda a pessoa que temporária ou definitivamente necessite de ajuda para a satisfação das suas necessidades vitais (Collière, 1989).

Tal como assinala Sequeira (2007) e daqui partimos para todo o entendimento deste projeto pessoal e profissional de nos entendermos a nós e aos que cuidamos: “o cuidar constitui uma dimensão ontológica do ser humano, pois os seus valores, atitudes e comportamentos no quotidiano expressam uma preocupação constante com esta atividade. Cuidar não é apenas mais uma função ou uma tarefa, mas sim uma «forma de estar no mundo», um ato solidário que envolve respeito, reciprocidade e complementaridade” (p.99).

A família é o grupo primário de apoio e de prestação de cuidados na dependência sendo que o cuidador informal é habitualmente familiar e próximo do doente (Sequeira, 2007).

As famílias são responsáveis pela prestação de cuidados de manutenção, os profissionais de saúde responsabilizam-se por cuidados mais específicos sendo que este tipo de cuidados é por vezes assumido pela família com a devida orientação dos profissionais de saúde.

A definição do papel de cuidador de uma pessoa diagnosticada com uma dependência mental como uma síndrome demencial vai-se tornando progressivamente explícita e é variável tendo em conta fatores como o sexo, o estado civil, a cultura, o estatuto profissional do cuidador, e o tipo de cuidados a prestar. No caso de uma pessoa com síndrome demencial a prestação de cuidados acontece de forma continuada ao longo do dia e exige supervisão e orientação (Sequeira, 2007).

Os cuidados prestados prendem-se com as atividades de vida diária, as atividades instrumentais e os cuidados psicológicos e afetivos. Sendo que os cuidados relacionados com as atividades da vida diária correspondem à maioria dos cuidados prestados pela família.

Segundo Neri citado por Salgueiro (2006) consideram-se quatro domínios, em que se enquadram os cuidados prestados pelos cuidadores informais a indivíduos com perda de autonomia: i) suporte nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD), como por exemplo cuidar da casa, preparar as refeições, ir às compras, pagar as contas, etc.; ii) assistir nas dificuldades funcionais de autocuidado (ABVD), como dar banho, vestir, alimentar, posicionar e deambular; iii) apoiar emocionalmente o doente, fazer companhia e conversar; iiiii) lidar com as pressões resultantes de cuidar.

O cuidador deve ser plenamente apoiado e integrado na equipa de cuidados pois profissionais de saúde formados sobre demência, com capacidade de intervenção, e cuidadores informados são indispensáveis para prevenir e controlar a incapacidade e dependência que caracterizam a pessoa que sofre de demência. Segundo Melo (2005) nenhuma intervenção farmacológica ou não farmacológica, resultará em benefício se não existir a integração já referida.

A equipa responsável pelos cuidados deve incluir a família ou o familiar cuidador a partir dos estádios iniciais da doença, com o apoio ao nível da informação, formação treino de competências e habilidades que possibilitarão aos cuidados melhor desempenho (Melo, 2005).

A continuidade dos cuidados ao idoso com dependência mental, no domicílio, requer um enfermeiro inserido na comunidade. As soluções de cuidados centradas na permanência no domicílio são encaradas como beneficiando a sociedade e parece consensual, que os cuidados domiciliários reduzem as despesas com os cuidados de saúde, são mais efetivos e eficientes, comparativamente com os cuidados institucionalizados. Por outro lado, é igualmente reconhecido o papel chave dos cuidadores informais (família, amigos, vizinhos) na provisão dos cuidados, o que determina intervenções nas pessoas que necessitam de cuidados no domicílio, e os seus cuidadores (Duarte, 2010 citando a OMS, 2008).

Consulta domiciliária de enfermagem

Revemo-nos na definição de Peplau (1990) ao referir-se à enfermagem como um processo interpessoal, significativo e terapêutico, com o objetivo de se articular com outros processos humanos para assegurar a saúde das pessoas nas comunidades e, ainda como um instrumento educativo que ajuda o indivíduo a desenvolver a sua personalidade, de modo a torná-la madura, para que a sua vida possa ser mais completa: criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária (Peplau citada por Tomey e Alligood, 2004, p.428).

A consulta de enfermagem é um evento, segundo a CIPE, no qual acontece uma sequência de ações próprias e autónomas do enfermeiro, (direcionadas a uma área da sua intervenção) que através da tomada de decisão responde à prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo e à família (Gaspar, 2011).

Segundo Gaspar (2011) a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiatria em contexto domiciliário tem como objetivos: “promover uma relação terapêutica entre utente/família e enfermeira em contexto domiciliário; avaliar situações que possam comprometer de saúde ou alterar o estado mental da pessoa/família; promover estratégias adaptativas ao binómio Saúde/Doença; implementar intervenções psicoeducativas no âmbito do reconhecimento precoce de sinais e sintomas de descompensação; melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde mental na comunidade.” (p.26).

Ainda segundo Sousa (2012) “A consulta de enfermagem ao domicílio, propicia uma aproximação com a realidade, constituindo também uma oportunidade de repensarmos e refletirmos neste fenómeno universal que é o envelhecimento, nas dificuldades inerentes a cada idoso e família e no tipo de apoio que poderemos prestar, de forma articulada e num ambiente de proximidade, tendo sempre em conta, a individualidade de cada pessoa, e a sua relação com os outros e com o meio envolvente. Só assim será possível detetar e avaliar com precisão as suas necessidades e as das suas famílias, e planear os cuidados a realizar.” (p.4).

A consulta é uma intervenção definida na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) como “o uso de conhecimento especializado para trabalhar com aqueles que buscam ajuda para solucionar algum problema de modo a capacitar pessoas, famílias, grupos ou instituições a atingir metas identificadas”, sendo que algumas das atividades respetivas são: identificar o propósito da consulta, colher dados e identificar o problema que é foco da consulta, identificar e esclarecer expectativas de todas as partes envolvidas, obter conhecimento especializado para os que buscam auxílio, envolver

aqueles que buscam ajuda durante o processo de consulta, identificar uma estrutura responsável, determinar o modelo adequado de consulta a ser usado, preparar relatório final com recomendações, responder profissionalmente à aceitação ou rejeição de ideias.” (McCloskey & Bulechek, 2004, p.322).

2.1 Caraterização do ambiente de realização do estágio

Por opção nossa e tendo em conta as competências pessoais, profissionais e científicas que quisemos desenvolver, o ensino clínico aconteceu em dois espaços de cuidados diferentes que, pretendemos, complementares e concordantes e adiante designados de Ensino Clínico I (EC I) e Ensino Clínico II (EC II).

Ensino Clínico I

O EC I decorreu de 7 de setembro de 2015 a 2 de outubro de 2015 e realizou-se na Unidade de Demências e Alzheimer do Hospital Residencial do Mar (HRM), unidade privada de saúde.

A Unidade de Demências e Alzheimer do HRM é uma das Unidades de internamento existentes dentro uma das unidades hospitalares propriedade do grupo empresarial do Grupo Espírito Santo Saúde- SGPS, SA., na região da grande Lisboa. Pretende-se a neuro-estimulação, em particular na doença de Alzheimer, pelo que foi desenvolvida esta unidade específica de internamento com diversas especificidades arquitetónicas e funcionais.

O HRM tem acordos celebrados com diversas seguradoras, sistemas de saúde, empresas e com a Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que permitem aos seus clientes ter acesso a serviços do Hospital (*Sítio do Hospital do Mar*, [s.d.]).

Ensino Clínico II

No Ensino Clínico II, o processo de desenvolvimento de competências aconteceu na comunidade em contexto domiciliário, de 5 de outubro de 2015 a 22 de janeiro de 2016, na Unidade de Cuidados na Comunidade de Coruche- Pontes para a Família, ACES da Lezíria.

O Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro cria os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento, criando as suas unidades funcionais, entre as quais a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Entre as unidades funcionais a implementar consta a unidade de cuidados na comunidade (UCC), à qual compete, à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas,

famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (DGS, 2007) refere que a prestação de cuidados de saúde deve ser acessível a todas as pessoas com doença mental, recomendando o envolvimento dos próprios ou dos familiares e defende a articulação das equipas comunitárias para que se integrem um conjunto de cuidados diversificados que facilitem a autonomia e a integração social da pessoa.

Neste ensino clínico o serviço de saúde mental e de psiquiatria comunitário é assegurado pela UCC onde acompanhámos utentes com dependência mental, com particular foco no espectro das demências, mas sem excluir à partida outras, no domicílio e respetivas famílias.

A UCC prevista no n.º 2 do Artigo 7º, do Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, tem por que missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, concorrendo, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra (Ministério da Saúde, 2010).

A UCC, tal como preconizado no Decreto-lei n.º 28/2008, presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo e atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. Participa, ainda, na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases: pré-graduada, pós-graduada e contínua.

A área geográfica de intervenção de UCC corresponde à área geográfica do Centro de Saúde (CS) de Coruche.

O concelho de Coruche, pertence a uma das 28 unidades territoriais existentes no continente. Na classificação NUT III pertence à Lezíria do Tejo, que é constituída por 11 municípios, são estes, para além de Coruche, Almeirim, Alpiarça, Azambuja, Benavente, Cartaxo, Chamusca, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém. A Lezíria do Tejo pertence à NUT II – Alentejo.

Administrativamente, o concelho está dividido em 6 freguesias: União de Freguesias de Coruche, Fajarda e Erra; freguesia do Biscainho, Branca, Couço, Lamarosa e Santana do Mato. Sendo de salientar que o acesso às freguesias realizado por carro é fácil, visto a rede viária estar, de forma genérica em bom estado, sendo que os transportes públicos são escassos para a maior parte das sedes

de freguesia. Para além disto, o concelho, sendo com concelho onde predominam o latifúndio, possui um número elevado de pessoas que reside em montes isolados, com acessos difíceis, muitas vezes estradas de terra batida, em mau estado.

O concelho de Coruche é maioritariamente rural, de povoamento disperso. A população total residente é de 19.037 habitantes, sendo que 29,5% da população do concelho tem mais de 65 anos e um índice de envelhecimento de 254,4 que é bastante superior ao índice de envelhecimento nacional de 138,6 (FFMS, 2015).

A UCC Coruche – “Ponte para a Saúde” está estabelecida no concelho de Coruche, pertence à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, ACES da Lezíria. A sede do CS é um edifício construído há 20 anos, térreo e sem barreiras arquitetónicas. Na sede e extensão na freguesia do Couço funciona a USF Vale do Sorraia aberta na sede, das 8h às 20h e na freguesia do Couço, das 9h às 16h, servindo uma população de cerca de 20 153 utentes inscritos. A população pode ainda usufruir dos cuidados prestados no SAP, que se encontra aberto 24h, sete dias por semana. O hospital de referência é o Hospital Distrital de Santarém I.P (Unidade de Cuidados na Comunidade de Coruche- Ponte para a Saúde, 2014).

2.2 Caraterização dos recursos humanos e materiais

Ensino Clínico I

A Unidade de Demências e Alzheimer, localizada no último piso do HRM, tem um ambiente acolhedor, que associa as características de privacidade e comodidade que os clientes teriam nas suas casas a aspetos imprescindíveis de segurança (portas com abertura através de códigos) e bem-estar, adaptados às limitações e necessidades características destas doenças.

A arquitetura e a decoração desta unidade foram planeadas para potenciar a mobilidade física e a estimulação cognitiva num ambiente seguro, com muita luz natural e com acesso a espaços exteriores, bem como para promover a presença familiar e os laços afetivos.

Na Unidade de Demências e Alzheimer estão disponíveis: 26 quartos individuais com casa de banho, mobilados de modo a proporcionar um ambiente familiar, pretendendo-se que os doentes e as suas famílias também os decoram com objetos pessoais que contribuam para um melhor conforto e bem-estar.

Corredores amplos e desimpedidos com clarabóias que permitem maximizar a entrada de luz natural e com uma vista ampla sobre o cenário envolvente, onde os doentes podem ver contempladas as suas necessidades de espaço

Zonas de estar distribuídas por vários locais ao longo dos corredores, onde os doentes podem permanecer sempre que pretendam, nomeadamente na companhia das suas visitas. Sala de estar e salas de refeições com um ambiente familiar e um terraço para utilização exclusiva dos doentes desta unidade. Existem ainda áreas específicas dedicadas à reabilitação e estimulação cognitiva, onde são desenvolvidos programas que respeitam o ritmo circadiano (HRM, [s.d.]).

A prestação de cuidados é assegurada por uma equipa multidisciplinar: Médicos de Clínica Geral, Neurologista e Psiquiatra (em regime de consultadoria), Enfermeiros (13), Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (1), Fisioterapeutas, Neuropsicóloga (1), Terapeuta Ocupacional (2), Terapeuta da fala (1) Animadores (2) e Auxiliares de ação médica.

Ensino Clínico II

Na UCC de Coruche-Ponte para a Saúde a equipa multidisciplinar é constituída por 1 fisioterapeuta e nove enfermeiros, destes 1 especialista em Saúde Materna e Obstétrica, 2 de Saúde Comunitária e 1 da Saúde Mental e Psiquiatria.

Segundo o plano de ação da UCC Coruche 2014-2016, os programas específicos da UCC são: gabinete de apoio e atendimento a jovens na comunidade, encontros de preparação para o nascimento e parentalidade e recuperação pós-parto. Os programas em que a UCC participa são: projeto de intervenção precoce “Era uma vez”, Saúde Escola, Comissão de Proteção de menores, Rede Social, Núcleo local de inserção do concelho de Coruche e prestação de cuidados aos utentes referenciados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados sendo que cada visita domiciliária tem um tempo estimado médio de duração de 80 minutos.

A enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria tem semanalmente 15 horas atribuídas à ECCI e as restantes 14 horas à Consulta de Saúde Mental que acontece no edifício sede do CS, sendo que trabalha com utentes maioritariamente com perturbação depressiva referenciados pelos médicos de família.

2.3 Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências

Competências, ou práticas competentes, são os cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais (Benner, 2001) englobando a noção de cuidados de enfermagem competente e as capacidades de julgamento clínico.

Phaneuf (2005) define a competência em enfermagem com a simplicidade de quem, assumindo a dificuldade da polissemia do termo, é capaz de a supor combinatória e única para cada enfermeira.

A competência em enfermagem é complexa, exigindo muito mais do que conhecimentos e técnicas, porque o foco da disciplina de enfermagem determina, na concepção de Newman, Sime e Cocoran-Perry (1991) referidos por Lopes (2006) “que o corpo de conhecimentos da disciplina de enfermagem inclui o cuidar (os cuidados) e a experiência humana de saúde” (Lopes, 2006, p.92). Se somarmos ainda o conceito central de transição de Meleis, temos explanada a especificidade e complexidade da enfermagem e por consequência das competências delas emanadas.

Para Phaneuf (2005), a competência em enfermagem é baseada em primeiro lugar nas qualidades pessoais da enfermeira. A competência aplicada ao domínio da enfermagem comporta o conhecimento das nossas capacidades partindo daí para posteriormente podermos mobilizar essas mesmas capacidades para a construção da competência profissional. O ponto ótimo de convergência para a competência clínica resulta do cruzamento de três domínios: 1) aquisições de formação e experiência, 2) desenvolvimento de personalidade e aquisições da experiência de vida pessoal e 3) as exigências, os desafios e as possibilidades de evolução na situação de trabalho ou de estágio (Phaneuf, 2005, p.4).

A aquisição de competências para cuidar numa perspectiva evolutiva foi proposta por Benner (2001), e onde também nos revemos, não só pela racionalidade do modelo mas porque dá resposta à nossa convicção de que é preciso tempo para a superação dos aspetos exclusivamente técnicos dos cuidados a prestar. O elemento de maturação combinado com a experiência- *a prática acrescenta nuances à teoria* -, a reflexão enquanto forma de aprendizagem (Schön, 1998 citado por Lopes, 2006), o desenvolvimento da relação de ajuda, os aprofundamentos da interação dão-nos a excelência da prática como possibilidade pessoal, mas, também profissional.

Benner (2001) descreve os cinco estados pelos quais a enfermeira deve passar: 1) iniciado- as regras aprendidas impõem um comportamento limitado sendo que uma enfermeira perita dependendo da situação pode ser iniciada num ambiente de cuidados distinto do habitual, 2) iniciada avançada- neste estado a enfermeira ainda deve ser supervisionada por outra enfermeira que se encontre pelo menos no estado de competente, é ainda difícil o estabelecimento de prioridades, 3) competente- esta enfermeira trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos, e tem a capacidade de tomada de decisões clínicas com uma planificação consciente e deliberada, 4) proficiente- neste estado a enfermeira orienta-se diretamente sobre o problema, vê a situação como um todo. Esta enfermeira usa máximas que a guiam e 5) perito- neste estado a enfermeira usa sobretudo processos de resolução sintética, utilizando instrumentos analíticos apenas em situações que desconheça totalmente. Age de forma intuitiva e com uma compreensão profunda da situação global. Nem todas as enfermeiras serão

peritas, por muito que o tempo passe e a experiências se acumule, mas, da descrição das situações clínicas onde a sua intervenção fez a diferença será possível o reconhecimento e, dizemos nós, a replicação da perícia.

A competência de enfermagem, segundo Phaneuf (2005) “não se mantém na esfera individual, mas inscreve-se num quadro reconhecido, num conjunto de regras profissionais a respeitar e cuja aplicação é sujeita a um necessário controlo (...) os cuidados de enfermagem evoluem e é preciso adaptarmo-nos constantemente a novas exigências organizacionais, a novas aplicações técnicas e a novas precisões das nossas regras profissionais” (p.5).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) as competências comuns do enfermeiro especialista, independentemente da sua área são demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

As Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas estão divididas em quatro domínios com as respetivas competências associadas de acordo com o Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros:

Domínios	Competências
Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; • Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
Melhoria contínua da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; • Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; • Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.
Gestão de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

	<ul style="list-style-type: none"> • Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.
<p>Desenvolvimento das Aprendizagens profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; • Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006), o enfermeiro especialista é aquele que possui “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”.

As competências que quisemos adquirir são baseadas nas necessidades de desenvolvimento profissional e pessoal que irão permitir prestar melhores cuidados de enfermagem e estão intrinsecamente ligadas às competências de avaliação diagnóstica, de planeamento, de intervenção terapêutica e de avaliação da efetividade no âmbito da relação terapêutica.

Segundo Lopes (2015) existem duas dimensões básicas na relação enfermeiro-utente: a relação como contexto de todos os cuidados (enfermeiro generalista) e a relação como estratégia autónoma de intervenção terapêutica: concretiza-se através de cuidados psicoterapêuticos sendo fruto do julgamento clínico do enfermeiro sendo que este nível de intervenção pressupõe um patamar completamente diferente do domínio das técnicas da relação. Desde logo pela capacidade que o enfermeiro precisa de ter para diagnosticar a necessidade de uma relação terapêutica, mas também para dar início a um processo relacional no qual se exige um elevado nível de autoconsciência e o uso de diversas técnicas de enorme diferenciação cuja seleção em cada momento depende essencialmente da capacidade de julgamento clínico do enfermeiro. Está, portanto, no domínio do enfermeiro especialista.

A relação terapêutica inicia-se quando temos conhecimento do outro, sendo que a pré-presença, designação de Sapeta (2010) referida por Lopes (2015), é o momento em que o enfermeiro conhece a existência dessa pessoa. Em contexto clínico, tendo em conta a extensão de informação que é possível obter de diversas fontes há que ter em conta que a pré-presença introduz uma determinada imagem da pessoa e que condicionará todo o processo da relação terapêutica.

O Processo de Avaliação Diagnóstica consiste “na avaliação/reavaliação da situação do doente/família, na conjugação variável das perspectivas vivencial, biomédica, e de ajuda, feita de modo contínuo, sistemático, dinâmico e integrado nos cuidados” (Lopes, 2006, p. 177).

A primeira avaliação da pessoa deve, segundo Lopes (2015), iniciar-se com uma solicitação à pessoa da sua própria narrativa, tendo o enfermeiro de se socorrer das dimensões: o que sabe o doente, o que preocupa o doente e estratégias/capacidades do doente. O enfermeiro especialista deve ainda levar a cabo uma avaliação psicopatológica aprofundada, “dirigida no sentido de perceber o impacto das principais alterações psicopatológicas ao nível do autocuidado da pessoa, considerando a sua inserção familiar e comunitária” (p.10).

Do processo de avaliação diagnóstica chegaremos às formulações diagnósticas, no caso do presente relatório em linguagem classificada CIPE, entrando (não por sequência cronológica propriamente dita mas por conveniência da presente fundamentação) na intervenção terapêutica.

A intervenção terapêutica, prioritariamente relacional, baseada na relação direta entre o enfermeiro, como prestador de cuidados, e o utente/família. Peplau (1990) através da Teoria das Relações Interpessoais valorizou os sentimentos e os comportamentos incluindo-os nas intervenções de enfermagem, assim como encorajou as enfermeiras a usar a sua competência num processo contínuo, educativo experimental. A estrutura conceptual das relações interpessoais procura desenvolver a competência da enfermeira na utilização destes conceitos. É na relação e da relação que o crescimento se dá de parte a parte. Para podermos intervir é necessário que o outro se dê a conhecer e o outro só se dá a conhecer se entre nós existir uma relação, mas não uma relação qualquer mas uma relação empática, compreensiva, acolhedora e pedagógica.

Sobre a estrutura de intervenção sublinhamos a estrutura hierárquica do processo de cuidados de Wheeler (2001) apresentado por Lopes (2015):



Na área da pessoa idosa com dependência mental, as competências de relacionamento interpessoal desempenham um papel fundamental, uma vez que contribuem de forma significativa para adesão e manutenção da pessoa e família à intervenção. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003), o exercício profissional de enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas, família ou comunidade. As competências relacionais são muitas vezes assumidas como pré-requisitos e não como uma competência qualquer que deve ser trabalhada ao longo do percurso profissional.

Integrado no planeamento e intervenção terapêutica há que realçar as competências de intervenção no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional. As competências de psicoeducação e de orientação são importantes na medida em que a informação transmitida deve ser instrutiva e educacional. Esta competência está relacionada com a meta de guiar o utente, família e comunidade de forma a capacitar a gestão da crise. O investimento na educação para a saúde é uma estratégia de promoção da saúde e prevenção da doença. É comumente aceite, na sociedade contemporânea, a ideologia preventiva como tal é imprescindível que os enfermeiros desenvolvam esta competência como uma das mais importantes na área dos cuidados.

Para Phaneuf (2005), o ensino ao cliente supõe um tipo particular de relação com a pessoa cuidada, em que a comunicação funcional e a relação de ajuda estão intimamente ligadas. O comportamento da enfermeira, a sua maneira de comunicar, a clareza das suas expressões são elementos importantes. De facto, toda a sua maneira de ser/agir influencia o seu ensino. Segundo esta autora, a comunicação aliada à entrevista de informação e ensino tem características específicas tais como: comunicação clara e precisa, avaliação do que a pessoa já sabe, conservar a sua autoestima ao longo do ensino, entre outras.

A avaliação da efetividade resultados será feita através de uma análise reflexiva e retrospectiva de todo o estágio. Valorizámos não só as alterações induzidas em quem recebe cuidados mas igualmente as modificações em quem os presta (os sentimentos e competências da estagiária), para assim participar no processo ensino-aprendizagem. Ao longo do estágio registámos sistematicamente, em notas de campo e instrumentos construídos, todo o processo terapêutico para suporte de desenvolvimento e avaliação desta e das outras competências. O processo de avaliação foi gradual e realizado, por nós, pelo professor orientador e pelo enfermeiro supervisor dos ensinos clínicos, tendo em conta, as atividades delineadas e executadas ao longo deste processo.

À medida que o estágio foi decorrendo, refletimos e discutimos com os enfermeiros supervisores, se os objetivos a que nos propusemos estavam a ser atingidos, se estávamos a desenvolver as competências, identificar quais as dificuldades e criar estratégias para as ultrapassar, com vista a adquirir um corpo de conhecimentos e competências compatíveis e adequados à especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

No presente capítulo faremos uma caracterização geral da população que foi alvo durante o nosso estágio bem como uma breve revisão dos cuidados e necessidades específicas a essa mesma população.

3.1 Caracterização geral da população/utentes

Segundo Benner (2001) uma enfermeira não se torna perita sem que seja confrontada durante o tempo suficiente com a mesma população de doentes.

Pretendemos que a população-alvo do nosso projeto fossem as pessoas com dependência mental, com particular foco para a demência e os cuidadores informais (família) em dois contextos distintos: unidade especializada em demências e na comunidade.

No decurso do plano de estudo realizado em contexto prático e de acordo com as possibilidades existentes, o nosso percurso foi traçado e projetado para vivenciar e absorver o máximo de experiências positivas e enriquecedoras, enquanto futura enfermeira de saúde mental. No sentido de melhor compreender as experiências vivenciadas, os conhecimentos adquiridos e as competências mobilizadas e adquiridas, torna-se imperioso conhecer de uma forma geral e concreta a população/utentes e os problemas identificados dessas mesmas populações em ambos os campos de estágio e sobre os quais as nossas intervenções forma delineadas e executadas.

Existe uma fase inicial na demência em que a mesma é assintomática, um quadro pré-clínico a que se segue uma fase inicial de demência observável. Tendo em conta a Escala Global de Deterioração (EGD/GDS) podemos identificar 7 estádios da demência, cada um dos estádios com o quadro clínico mais comum embora não estanque:

- “1. Sem alterações significativas;
2. Queixas subjetivas de memória – Estádio ainda considerado normal, a pessoa começa com algumas queixas mnésicas relacionadas com o esquecimento de nomes, local de objetos, conversas/acontecimentos recentes. O doente mantém-se autónomo e estes sintomas passam habitualmente despercebidos à família. Na maioria dos casos, estas queixas são atribuídas à idade;
3. Défice ligeiro de memória – Verifica-se um agravamento das queixas anteriores com dificuldades no desempenho social ou familiar. A pessoa por vezes esquece os nomes de pessoas próximas, perde-se em lugares familiares, etc. A consciencialização desta problemática pode levar a um fenómeno de negação em que a pessoa minimiza as suas queixas e tenta encontrar uma justificação plausível;
4. Demência ligeira ou inicial – Os défices tornam-se mais visíveis e facilmente observáveis através da entrevista clínica. Surgem alguns comprometimentos ao nível das atividades de vida diária, essencialmente nas atividades instrumentais (conferir trocos, organizar as finanças, utilizar os transportes, etc.). A pessoa perde alguma autonomia e os défices são notados pelos familiares;
5. Demência moderada – Com o agravamento dos défices, verificam-se dificuldades ao nível das atividades básicas de vida diária (vestir a roupa, etc.); graves comprometimentos de memória (dificuldades em recordar momentos importantes na sua vida); graves dificuldades de concentração,

atenção e orientação; torna-se repetitivo, confunde objetos habituais (agnosia); deixa de reconhecer pessoas menos íntimas (anosognosia); frequentemente surgem alterações de comportamento e psiquiátricas (agitação/agressividade, apatia, insónia, desconfiança, etc.);

6. Demência grave – O doente fica progressiva e totalmente dependente, necessitando de ajuda na higiene, para vestir-se, para deslocar-se, etc. Tem um discurso fragmentado, sem capacidade para reter informação e habitualmente deixa de reconhecer os familiares. Sofre de alterações da totalidade das atividades de vida diária. Muitas vezes, surge a agressividade/apatia, desconfiança/alucinações, alterações do ritmo sono-vigília, entre outros.

7. Demência muito grave – De forma progressiva, o doente perde totalmente a linguagem e a marcha, fica incontinente, encontrando-se habitualmente acamado e necessitando de ajuda total ao nível das atividades de vida diária.”

(Sequeira, 2010, p.109-110)

No âmbito do EC I, no HRM, os clientes chegam à Unidade de Demências e Alzheimer referenciados por subsistemas, através de Seguros de Saúde ou por iniciativa privada. Para serem admitidos na Unidade deverão ou ter um diagnóstico prévio de Demência ou serem no HRM diagnosticados com Demência. Na Unidade, além dos clientes residentes existem ainda clientes em Centro de Dia.

O processo de admissão inicia-se sempre pela comunicação entre o cliente/família e a Gestora de Clientes que se assegura da documentação necessária e critérios para o internamente. À entrada, ao cliente, é feita uma Avaliação Global Multidisciplinar englobando as componentes clínicas, funcionais, cognitivas e psicossociais. Com base nesta avaliação é elaborado o plano individual de cuidados (PIC) incluindo: Lista de problemas e Plano de intervenção de cuidados Multidisciplinar personalizado.

Os clientes podem ter internamentos de curta duração ou de longa duração, consoante as necessidades e o PIC.

Esta forma de abordagem, designada no HRM como "Método Compreensivo de Atuação", baseia-se na necessidade reconhecida atualmente de adotar, planos personalizados e especializados de intervenção, desenvolvidos por equipas formadas por profissionais de diversas áreas e dirigidos para as necessidades específicas de cada doente.

O PIC proposto é sujeito a avaliações periódicas e de acordo com as necessidades específicas do doente. Incluem-se nestas avaliações todos os atos clínicos necessários à concretização do

estabelecido no PIC, sendo que a execução do PIC implica a inclusão da opinião do próprio, assim como o compromisso familiar.

A primeira conferência familiar acontece obrigatoriamente quinze dias após a admissão.

Durante o internamento e tendo em conta o estágio de demência de cada um dos clientes os mesmos trabalham em grupo, ou individualmente, sendo que a equipa de neuroestimulação é constituída por 1 terapeuta ocupacional e 1 neuropsicóloga que, desenham, acompanham e supervisionam as atividades de grupo a acontecer nas diversas salas de atividades (em cada sala existe uma técnica auxiliar de terapia ocupacional ou uma animadora) dentro do piso.

Os cuidados de reabilitação estão organizados em dois programas distintos e acontecem em dois ginásios de fisioterapia distintos: um para a manutenção e conforto em clientes com demência em fase terminal e um outro para reabilitação de clientes com a possibilidade de recuperar alguma funcionalidade.

A alta dos clientes é planeada em equipa multidisciplinar com a família e, se possível, com o cliente e pode passar por recolocação do cliente no domicílio (após controlo de sintomas ou descanso do cuidador) ou encaminhamento para estruturas residenciais.

No período de 4 semanas em que estivemos neste estágio pudemos observar que os diagnósticos dos clientes internados eram maioritariamente demência de alzheimer, demência de corpos de lewy e fronto-temporal, sendo que os clientes tinham todos mais de 65 anos e em todas as fases de demência.

No âmbito do EC II, na UCC de Coruche, os utentes com os quais trabalhamos que, com diagnóstico de demência se encontram no domicílio, estão referenciados para cuidados domiciliários no âmbito da ECCI. Durante o período de estágio foi possível desenvolver intervenção terapêutica junto de utentes, e família, diagnosticados com demência do tipo alzheimer, demência associados à doença de Parkinson e demência de corpos de lewy.

O processo de admissão de utentes na ECCI dá-se depois de colocação em vaga existente pela Equipa Coordenadora Regional (ECR), sendo que há lugar a uma primeira avaliação pela equipa multidisciplinar ao utente e à família. Esta primeira avaliação diagnóstica e subsequentes reavaliações, depois de avaliadas as intervenções resultantes dos diagnósticos da equipa, previstas no aplicativo GestCare da RNCCI incluem avaliação de risco de diabetes, úlceras, feridas, monitorização da dependência através da Escala de Barthel, avaliação do risco de quedas pela escala de Morse, o preenchimento do Instrumento de Avaliação Integrado (IAI) e escala da intensidade da dor. Os utentes cujo diagnóstico principal de admissão na RNCCI é uma patologia que confere marcada dependência

mental, têm como gestor de caso a enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental que faz um exame mental psicopatológico e avalia o risco de sobrecarga dos cuidadores (Escala de Zarit).

A duração média prevista por cada visita domiciliária é de 80 minutos por utente (Unidade de Cuidados na Comunidade de Coruche- Ponte para a Saúde, 2014)

3.2 Cuidados e necessidades específicas da população-alvo

A população-alvo na qual intervimos foram pessoas diagnosticadas com algum tipo de síndrome demencial e os seus cuidadores.

Tendo em conta que é importante relevar que o conjunto de perdas funcionais e sintomas cognitivos/comportamentais podem apresentar uma grande variabilidade de caso para caso, pois a sintomatologia da demência pode, e muitas vezes coabita, com outras doenças é importante referir que a farmacoterapia deve ser complementada com cuidados específicos e estimulação cognitiva global entre outras intervenções psicoterapêuticas (Sequeira, 2010), tanto na pessoa com demência como nos seus cuidadores.

Existem vários medicamentos aprovados em Portugal para a Doença de Alzheimer. Os inibidores da colinesterase promovem um alívio dos sintomas da Doença de Alzheimer em algumas pessoas, durante um período limitado de tempo.

As células nervosas do cérebro comunicam umas com as outras através da libertação de substâncias químicas; estas substâncias químicas são denominadas por neurotransmissores. A acetilcolina é um neurotransmissor importante para a memória. As pessoas com Doença de Alzheimer têm níveis baixos de acetilcolina no cérebro. As enzimas designadas colinesterases destroem a acetilcolina no cérebro. Se a sua ação for inibida, mais acetilcolina estará disponível para a comunicação entre os neurónios (Alzheimer Portugal, [s.d.]

As áreas em que algumas pessoas com Doença de Alzheimer sentem melhorias são: capacidade de pensar com clareza; memória; funcionamento nas atividades diárias; sintomas comportamentais e psicológicos.

Os ensaios indicam que os inibidores da colinesterase, em média, retardam a progressão dos sintomas cerca de 9 a 12 meses. O que não significa que estes fármacos devam ser interrompidos após os 9 meses, uma vez que a interrupção pode fazer com que o atraso na progressão dos sintomas se perca. Algumas pessoas com Demência relatam benefícios por períodos de tempo mais longos e algumas

pesquisas recentes demonstraram que estes benefícios podem durar até cinco anos.(Alzheimer Portugal , [s.d.]

Existem muitas combinações possíveis de fármacos atendendo ao tipo de demência, à co-morbilidade existente e ao conjunto de sintomas comportamentais e psicológicos associados ao tipo de demência sendo que salientamos os referidos por Couto e Mendonça (2005) citados por Sequeira (2010).

No que diz respeito às necessidades não-farmacológicas grande parte destas assentam na reabilitação, no sentido de reduzir o impacto da doença e as dificuldades em aspetos relacionados com as atividades de vida diária tendo em conta a promoção da autonomia (Sequeira, 2010).

Ainda segundo Sequeira (2010) os principais objetivos das modalidades de intervenção em pessoas com demência são:

- Promover ou manter a autonomia;
- Melhorar a função cognitiva ou evitar o seu agravamento brusco;
- Melhorar o estado de saúde geral;
- Estimular as capacidades cognitivas;
- Manter a interação com o meio;
- Estimular a identidade pessoal e auto-estima;
- Minimizar o stress.

A população idosa com dependência mental tem, consoante a estado de evolução da síndrome demencial, focos específicos com maior probabilidade de comprometimento com ênfase para a memória, orientação, comunicação, interação social, humor e comportamento, desinteresse, apatia e isolamento, pensamento e percepção (Sequeira, 2010) sendo que os cuidados numa fase inicial devem incidir sobre instruções ao cuidador e informação sobre a demência, adesão à medicação e privilegiar o espaço da escuta ativa.

Ainda segundo o mesmo autor, Sequeira (2010) resumimos as principais necessidades de cuidados a esta população específica:

Alterações da memória

Numa fase inicial a memória a curto prazo é a mais afetada, mantendo-se a memória a longo prazo ainda preservada. O comprometimento ao nível da memória a curto prazo cria dificuldades à pessoa na realização de diversas tarefas em simultâneo. Devemos orientar o cuidador para não aumentar a carga ansiogénica da situação, alertando para que se evite o estar sempre a corrigir a pessoa. A

estimulação torna-se mais benéfica se efetuada de forma indireta nas atividades do dia-a-dia sem a infantilização do idoso. Pode surgir a necessidade de uma supervisão discreta no sentido de otimizar medidas de precaução e segurança. Tendo em conta que a capacidade de aprendizagem fica comprometida é ainda importante manter um ambiente estável e seguro com recurso a rotinas, sinalética adequada, proteção das tomadas elétricas, gás e outros potenciais riscos para o idoso.

Alterações da orientação

Associado à perda mnésica surge ainda a desorientação espaço-temporal, e as dificuldades de reconhecimentos de objetos, pessoas e lugares conhecidos. As perturbações da atenção consistem na dificuldade em manter uma atenção de qualidade. Numa fase inicial as queixas são discretas sendo que a desorientação vai-se instalando de forma progressiva

Estas dificuldades resultam normalmente em ansiedade pelo que as estratégias devem passar pela utilização de estratégias facilitadoras da orientação como um calendário, relógio adequado, símbolos e figuras. Devem ser evitadas grandes alterações ao ambiente conhecido do idoso.

Alterações da comunicação

A comunicação é fundamental para a preservação da memória e da orientação. A linguagem escrita é normalmente atingida numa fase precoce sendo que a pessoa começa por apresentar alterações ao nível das narrativas seguindo-se uma disortografia e posteriormente a disgrafia. Ao nível da linguagem oral a pessoa pode inicialmente revelar algumas hesitações com dificuldades ao nível da nomeação, e tipicamente com recurso a paráfrases.

Em estado moderado/grave a linguagem torna-se pobre, a escrita pode ficar ilegível e a assinatura é um dos últimos elementos a perder-se. Com a evolução expectável da doença surge a síndrome afaso-apraxo-agnósica que se consubstancia num conjunto de alterações da linguagem, do gesto e da perceção.

A afasia acentua-se e levará a que a pessoa com demência perca a capacidade de comunicar verbalmente. A apraxia inicial dá lugar a uma apraxia mais complexa que levará a uma incapacidade para imitar gestos sem significado (apraxia reflexiva), incapacidade para realizar gestos automáticos por ordem (apraxia ideomotora), incapacidade de gestos com manipulação de objetos (apraxia ideatória) e, finalmente, erros ao nível do uso da roupa (apraxia de vestuário). As perturbações gnósicas surgem em resultado das alterações da perceção, com a anosognosia, ou seja, a dificuldade em reconhecer a sua própria situação, pode dificultar o ato de cuidar. A instalação da agnosia visual

e a prosopagnosia (dificuldade em reconhecer rostos) podem ser de grande impacto para a pessoa que está colocada num mundo que lhe é cada vez mais estranho e para a família.

Devemos enquanto cuidadores formais, e formando os cuidadores informais, privilegiar abordagens simples, linguagem de fácil compreensão e elaboração de discurso pausado. Mesmo nas situações em que a comunicação com a pessoa com demência é reduzida devemos manter sempre a comunicação verbal, não-verbal e fazer uso adequado do toque para estimular, apoiar e transmitir segurança.

Alterações da interação social

Nos idosos com dependência mental a participação social tende a ser reduzida ao mínimo havendo um risco de negligência com o autocuidado. Na fase inicial podem surgir dificuldades relacionais entre o doente e o cuidador devido às alterações associadas à doença e às quais o cuidador se deve adaptar. Deve ser privilegiada e incentivadas as oportunidades de participação social que não levem a constrangimentos quer para o doente quer para o cuidador

Alterações do humor e comportamento

É frequente que nas fases iniciais de demência se verifiquem alterações do humor relacionadas com a ansiedade. O contexto de instalação inicial da demência é favorável ao aparecimento de depressão (Barreto, 2005 citado por Sequeira, 2010). Na maioria dos casos persistem os sintomas depressivos e só raramente a depressão grave.

As oscilações de humor podem ser frequentes e a pessoa apresentar agitação ou comportamentos agressivos, tristeza, apatia, insónia, euforia, desinibição sexual e linguagem inapropriada. Devem ser estimuladas à participação em atividades que não envolvam frustração, a oscilação de humor não deve ser sobrevalorizada e o cuidador deve tranquilizar, demonstrar segurança sem censurar o comportamento.

O papel de cuidador informal

O papel do cuidador informal é fundamental para a manutenção da qualidade de vida e dignidade do idoso com dependência mental. O papel do cuidador pode ser resumido em três grandes áreas, onde o próprio necessitará de apoio dos cuidadores formais, em função das necessidades de cuidados da pessoa dependente: apoio em termos de informação e orientação- ajudar a pessoa a obter conhecimentos para facilitar a prestação de cuidados, orientar para a resolução de problemas concretos, e estratégias de *coping*; Apoio emocional- apoio efetivo fundamental que consiste em relacionar-se com o outro e possibilitar-lhe a partilha de pontos de vista e emoções; Apoio

instrumental- a prestação de cuidados que a pessoa não consegue prestar a si própria, de forma altruísta.

O que torna o ato de cuidar de um doente com demência um processo complexo é o facto de o doente não ser o único nem o que mais sofre, mas também o cuidador. Existem, pois, repercussões associadas ao cuidar.

De um modo geral, podemos dizer que existem repercussões a dois níveis: aquelas que resultam da prática dos cuidados (objetivas) e aquelas que resultam da perceção sobre estas (subjctivas). As primeiras são mais visíveis, enquanto as segundas são menos explícitas, uma vez que se concretizam em stress e em sofrimento. A investigação aponta para as repercussões associadas ao cuidar em termos de sobrecarga, como a componente objetiva e outra subjctiva, conscientes das dificuldades na sua diferenciação. Os elementos negativos associados ao cuidar são habitualmente conceptualizados como: peso, sobrecarga, stress, fruto de sintomatologia do tipo tensão, frustração, isolamento, depressão, ansiedade e de outros problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais, financeiros, fadiga, raiva, conflito familiar, culpa, alterações emocionais, etc.(Sequeira, 2010)

O termo sobrecarga vem de uma tradução do termo inglês *burden*. A sua definição refere-se ao conjunto das consequências que ocorrem na sequência de um contacto próximo com um doente, neste caso, um idoso dependente com/sem demência. Numa abordagem intuitiva, parece um termo de fácil caracterização, contudo, na prática, constata-se que a sua definição é complexa (Sequeira, 2010).

O termo sobrecarga é referido apenas em sentido negativo, ou seja, quer dizer um peso, fardo, pelo que alguns autores, segundo Sequeira (2010) chamam a atenção para a insuficiência do termo, na eventualidade de se pretender com este caracterizar as consequências associadas aos cuidados.

A sobrecarga do cuidador informal é uma perturbação que resulta do facto de se lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo a quem se presta cuidados, correspondendo desta forma à perceção subjctiva que o cuidador tem das ameaças às suas necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas. Para a autora cuidar de um familiar idoso e/ou dependente é um processo contínuo, raramente reversível que encerra cinco situações de crise: consciência da degeneração, imprevisibilidade, limitações de tempo, relação afetiva entre cuidador e sujeito alvo dos cuidados e a falta de alternativas de escolha (Pereira, 2011).

A sobrecarga à qual o cuidador é submetido e a angústia que daí resulta, são temas bem aprofundados na literatura da especialidade, que classificam o mal-estar do cuidador como resultante da sua intensa e desgastante atividade. A prestação de cuidados a um familiar, tem um impacto negativo no bem-

estar físico e emocional do cuidador, repercutindo-se em múltiplas esferas da sua vida, quer no âmbito social e económico, quer no âmbito da saúde física e mental. Podem ser consequências diretas (e.g. dores nas costas) ou indiretas (e.g. perda de oportunidades profissionais); explícitas (e.g. conflitos familiares), ou implícitas (e.g. motivação), considerando-se que os efeitos sobre a saúde mental são os mais significativos, comparativamente à saúde física do cuidador. Do ponto de vista da saúde mental são vários os autores que referem, o stress e a depressão (como as consequências diretas mais prevalentes nos cuidadores de familiares com demência (Sottomayor & Leite, 2011)).

3.4 Recrutamento da população-alvo

No EC I, na Unidade de Demências e Alzheimer do HRM o cliente que acompanhámos durante o período de estágio foi-nos proposto pelo enfermeiro responsável. No EC II, na UCC de Coruche, os utentes e famílias em que intervimos foram recrutados a partir das vagas ocupadas na ECCI e cujo diagnóstico de admissão na RNCCI fosse um tipo de síndrome demencial. Ao longo do período de estágio pudemos intervir em 3 utentes e respetivas famílias.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

No processo de aquisição de competências e mobilização de conhecimentos propostos no âmbito dos EC I e EC II, foram elaborados e definidos objetivos e desenvolvidas determinadas estratégias que permitem desenvolver em pleno o processo de aprendizagem e que visa atingir os objetivos a que nos propusemos. Estes objetivos serviram de guia condutor e permitiram segundo determinados critérios realizar uma avaliação das intervenções efetuadas. À luz de Bolander (1998) as características de um objetivo de aprendizagem referem-se à indicação do que se espera que venha a ser realizado, às condições em que o comportamento deverá ocorrer e o critério que será utilizado na sua avaliação.

Os objetivos gerais do Estágio, ou seja, de ambos os ensinamentos clínico, foram cumpridos:

- Encontramos o espaço e o tempo propício ao processo de cuidar da pessoa idosa dependente mental e da família;
- Desenvolvemo-nos a nós próprios, enquanto instrumento terapêutico, para intervir eficazmente nos problemas relacionados com a doença mental evitando “o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

4.1 Objetivos da intervenção profissional

A realização dos ensinamentos clínicos acima referidos permitiu o desenvolvimento de competências específicas e globais no que diz respeito à prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental nos diferentes contextos referenciados, aos utentes com dependência mental e respetiva família/cuidadores. A prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental baseia-se numa atividade diagnóstica conjunta e contínua das necessidades. Foram ainda traçados objetivos específicos que vão ao encontro das competências inerentes aos enfermeiros de saúde mental, nomeadamente:

Integrar a equipa multidisciplinar (EC I E EC II) começou por ser um trabalho desenvolvido antes mesmo aos campos de estágio pois, fomos nós que encetámos as diligências iniciais, com a supervisão da Escola, solicitando visitas aos campos de estágio e reuniões com os enfermeiros tutores para podermos desenvolver o nosso projeto de mestrado. Aprofundámos conhecimentos sobre a filosofia

de ambas as instituições através da observação das dinâmicas próprias, consulta de normas, protocolos e projetos em desenvolvimento. Encontrámos em ambas as equipas multidisciplinares o tempo e o espaço para compreender como funcionavam e qual o papel do enfermeiro de saúde mental junto das pessoas com demência e suas famílias.

No âmbito do EC I enquadrámos e compreendemos a especificidade da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental no que concerne à adequação das respostas ao cliente e à família, nomeadamente na avaliação e compreensão do estado de saúde mental e do impacto que a dependência mental tinha na funcionalidade e autonomia do cliente.

No âmbito do EC II enquadrámos e compreendemos a especificidade da intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental (EESMP) em contexto comunitário e a “mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve[ndo] vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1). Tivemos mais tempo para cultivar o relacionamento informal com todos os membros da equipa multidisciplinar e observar, a enfermeira especialista, fazendo uso da metodologia de gestão de caso na prática clínica com efetiva função de terapeuta de referência e papel de coordenação na transição de doentes entre *settings*, orientação no acesso a recursos comunitários e prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico em consulta de saúde mental.

Este objetivo foi plenamente atingido no EC II na medida em que o processo de integração nos levou a sentir e a ser tratados como membros da equipa, pese embora o estatuto de aluno, pudemos participar no desenvolvimento de planos terapêuticos, em atividades já planificadas no âmbito de projetos da UCC e escutados no nosso juízo clínico singular.

Participar no plano terapêutico com a equipa multidisciplinar (EC I e EC II) foi um objetivo de intervenção profissional que procurámos atingir participando nas reuniões de equipa, implementando as intervenções definidas nas equipas e avaliando as intervenções em equipa. O período de realização dos ensinamentos clínicos permitiu integrar e colaborar nos cuidados implementados pelos EESMP sob tutoria, aumentando gradualmente a minha autonomia relativamente às intervenções realizadas. Permitiu também colaborar com a equipa multidisciplinar, nomeadamente com os enfermeiros generalistas, realizando intervenções específicas e diferenciadas no âmbito da saúde mental.

A realização de autorreflexão, de análise crítica e autocrítica aconteceu de forma natural, resultado da interação com os outros profissionais, designadamente do EESMP e da observação constante das

práticas desenvolvidas. Foram criados momentos de análise crítica ao longo dos ensinamentos clínicos, discutidas as razões que levam à nossa intervenção e o porquê de determinadas intervenções, tendo em conta a singularidade de cada utente e da patologia existente o que, no caso do EC II, concorreu para a reflexão acerca de outras dependências mentais além da demência. A existência de momentos de partilha de informações, discussão de casos, discussão de intervenções, com o EESMP tutor foram fundamentais na aquisição de saberes e conhecimentos ao longo dos ensinamentos clínicos, tornando-se cruciais no desenvolvimento, crescimento pessoal e profissional.

Desenvolver competências da prática de cuidados de enfermagem de saúde mental em contexto de serviço de internamento de pessoas com demência, através da identificação e realização de diagnósticos de enfermagem (EC I) foi um objetivo que procurámos atingir por meio da participação ativa nos cuidados de enfermagem, de intervenções de enfermagem no domínio relacional, participação nas intervenções psicoterapêuticas dirigidas ao indivíduo, no âmbito das atividades de estimulação cognitiva, participando em conferências familiares e fazendo pesquisa bibliográfica.

Procurámos absorver a dinâmica do EC I e acomodar o processo de trabalho de forma a garantir a continuidade dos cuidados dos clientes em contexto de internamento, aquando da nossa intervenção, não se cingindo a intervenções diretas, mas também do preenchimento de escalas que fazem parte da avaliação funcional e cognitiva do doente, destacando o mini exame do estado mental (MEEM) examinando a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais pudemos, enquanto desenvolvemos competências de integração e interpretação de dados para melhor planificarmos intervenções.

Consultámos o processo clínico dos clientes internados, em particular de um cliente com o qual tivemos oportunidade de desenvolver relação terapêutica, de forma a obter informações sobre a demência, sequelas e história clínica do utente.

Procedemos a uma avaliação da situação clínica do utente, avaliando e identificando focos de intervenção, adequando a prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental e tendo em conta a singularidade do cliente (em Anexo 1).

Organizámos e planeamos os cuidados especializados em função dos problemas identificados.

Transmitimos informação adequada (verbal e escrita) relativa à situação/evolução do utente, com vista a assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem de saúde mental.

A procura de conhecimentos adequados e atualizados sustentados em base científica tornou-se uma necessidade enquanto futura enfermeira de saúde mental transversal a ambos os campos de estágio. A necessidade de realizar uma pesquisa bibliográfica sustentada e de forma constante emerge do contato com a prática, ou seja, no decurso dos ensinamentos clínicos, por forma, a sustentar as intervenções delineadas para cada situação e para a aquisição, integração e consolidação de conhecimentos e competências que envolvem o utente e cuidadores.

No âmbito ainda do EC I e do presente objetivo participámos, como observador e com consentimento familiar a uma conferência familiar. No campo de estágio a presença e a participação da família fazem parte do plano terapêutico que, na filosofia da instituição, permitem desenvolver o ambiente de afeto e a individualização dos cuidados distintivos que são prestados após, durante e no final do internamento com o objetivo de transmitir à família os problemas identificados, validar as expectativas e apresentar uma proposta de trabalho da equipa, validar a evolução, parametrizar o tipo de serviços de acordo com as necessidades em cada momento e adaptar a programação à realidade presente, transmitir a apreciação final da equipa, incluindo a avaliação cognitiva, funcional e relativa aos problemas específicos do cliente, avaliar em conjunto a capacidade de resposta familiar e ambiental e a sua adequação às incapacidades verificadas. Na conferência familiar o enfermeiro da equipa multidisciplinar que está presente é o EESM pois é ele que no âmbito da sua prática especializada presta apoio sistematizado às famílias e pode identificar, monitorizar e descrever resultados clínicos, identificando resultados esperados face à implementação do projeto de saúde do cliente.

Para a prossecução do objetivo **Planear e executar cuidados de enfermagem de saúde mental tendo em conta a patologia e a individualidade de cada pessoa** (EC I e EC II) desenvolvemos ações no sentido de colaborar na elaboração de planos de cuidados e procurámos interagir criticamente com a enfermeira tutora (EC II) e com as equipas multidisciplinares.

A aquisição de competências e aprofundar de conhecimentos teóricos e técnicos na prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental é um processo pessoal, no sentido em que o processo de aprendizagem requer uma incrementação de estratégias pessoais para o desenvolvimento de uma atitude de cariz de reflexão e de autocrítica acerca das práticas desenvolvidas, concretamente a prestação de cuidados. A par do investimento pessoal existiu uma atualização científica e técnica aquando os momentos de reflexão e discussão com a equipa multidisciplinar, maioritariamente com o enfermeiro de saúde mental.

Além de que este processo de aprendizagem permitiu a acomodação de conhecimentos, adequar e adaptar esses conhecimentos a cada doente, tendo em conta a individualidade de cada um, ou seja, é importante

compreendermos a forma como cada cliente/utente/família reage à patologia e ao internamento/situação na comunidade, bem como a capacidade cognitiva que cada um tem para assimilar e compreender determinadas informações ensinadas, tendo sempre em conta a continuidade de cuidados. O plano de cuidados de enfermagem de saúde mental deve ser o mais individualizado, personalizado e holístico, abrangendo a família ou cuidador principal.

Desenvolver competências especializadas de diagnóstico e intervenção no âmbito do cuidado à pessoa com dependência mental e sua família, na comunidade, através da identificação de diagnósticos de enfermagem, implementação de intervenções e avaliação dos resultados (EC II) foi um dos objetivos de intervenção profissional que delineámos para nós e para o atingir desenvolvemos diversas ações, entre as quais, diagnósticos de enfermagem no contexto da comunidade e da intervenção familiar por meio de acompanhamento de casos, participação ativa na visita domiciliária, apresentação à equipa multidisciplinar dos objetivos do nosso projeto de implementação de uma consulta de enfermagem domiciliária ao utente dependente mental e sua família, aconselhamento e apoio individual e familiar, estruturação e realização da consulta domiciliária.

A aplicação das diversas fases inerentes ao plano de cuidados, não são mais do que colocar em prática as intervenções delineadas, de acordo com as necessidades identificadas, sendo a sua execução passível de ser discutidas com outros profissionais, realizando uma progressão e crescimento de autonomia neste processo.

Pretendemos com este objetivo desenvolver capacidades de avaliação no contexto comunitário, com um ambiente menos passível de controlo, as diferentes patologias e incapacidades resultantes das mesmas, num sentido holístico, envolvendo a família e cuidador neste processo.

Ao longo do EC II, esta competência foi desenvolvida e com sucesso, sendo desenvolvida a compreensão da situação clínica do utente, através dos diferentes instrumentos de avaliação, da recolha de informações Na plataforma da RNCCI, e através da recolha de informações junto dos familiares.

Pudemos ainda no âmbito deste objetivo intervir no plano relacional, fazendo intervenções psicoeducativas junto da família (adesão à terapêutica, sinais e sintomas da doença, diferentes abordagens terapêuticas, estratégias para enfrentar momentos de crise e, com o apoio da enfermeira tutora sugerir recursos comunitários existentes.

Procurámos sempre fundamentar a avaliação do resultado da implementação das estratégias definidas suportando-nos nos recursos disponíveis: validação por parte da enfermeira tutora, instrumentos do tipo escalas e feedback por parte da família/utente.

Achámos importante definir como objetivo o **Desenvolver competências na área da formação em serviço** (EC II) por um lado porque queríamos transmitir conhecimentos aprofundados, utilizando linguagem adaptada á equipa multidisciplinar mas também, por querermos que este tempo fosse um tempo de realização de ensinios ao utente/família sempre e de cada vez que considerássemos oportuno.

Não nos foi possível realização de formação em serviço acerca da visitação domiciliária ao doente com demência pois institucionalmente, e por motivos de calendarização da formação do serviço, só nos foi permitido colaborar.

Por último estabelecemos como objetivo da intervenção profissional **Desenvolver competências em entrevista de ajuda** (EC II) e para o qual procurámos desenvolvê-las no âmbito das consultas domiciliárias.

No sentido de conseguir estabelecer relação de ajuda com os utentes/família efetuei várias entrevistas, consideradas como “um tipo particular de interações verbais e não-verbais formais entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes, ao longo das quais os participantes utilizam determinados modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objetivos visados e do tempo que acordam para esse fim”(Chalifour, 2008, p.59-60), dentro de um ambiente terapêutico constituído como um conceito fundamental do cuidar.

Fizemos entrevistas de ajuda informal, segundo Phaneuf (2005), que tiveram lugar em função das necessidades do momento, de forma espontânea sempre que me senti capaz de estabelecer uma relação de confiança, atitude fundada no respeito, na escuta e empatia pelo outro.

Tive também oportunidade de desenvolver uma entrevista de ajuda formal que preparei segundo as etapas propostas por Phaneuf (2005) e tentando compreender através da elaboração de um incidente crítico, para o qual também concorreu o feedback da enfermeira tutora, dos comportamentos e atitudes a evitar numa entrevista de ajuda.

4.2 Objetivos a atingir com a população-alvo

Os objetivos a atingir com a população-alvo definidos foram: 1-Identificar as principais necessidade de intervenção na população-alvo; 2- Avaliar a resposta domiciliária ao doente com dependência mental na comunidade, 3- Proceder à avaliação diagnóstica de doentes com dependência mental (no internamento e no domicílio); 4- Implementar intervenções de enfermagem ao doente com dependência mental e sua família; 5- Planeamento, implementação e avaliação de um projeto de intervenção comunitário no âmbito do idoso dependente mental e sua família, na comunidade; 6- Colaborar na execução de projetos terapêuticos existentes nas unidades de estágio, no âmbito da população-alvo; 7- Contribuir para a promoção da saúde mental, prevenção da doença mental e redução do estigma associado ao idoso dependente mental.

Para cada um dos objetivos a que nos propusemos atingir pressupomos o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista. O estágio, como unidade curricular, acontecendo em duas realidades clínicas que proporcionaram a integração do saber teórico na prática, na perspetiva do aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos, aprender a viver com os outros e aprender a ser.

O desenvolvimento de competências resultou da articulação entre a equipa de saúde, o contexto e os saberes através das díades. Estas desenvolvem-se nos sistemas micro e meso com influência do sistema exo e macro e têm por base: estratégias promotoras de um processo reflexivo sobre a prática de enfermagem; a construção da experiência, um habitus de cuidar caracterizado pelo conhecimento coletivo e um processo de supervisão clínica (Serrano, M; Costa, A.; Costa, 2011)

Identificar as necessidades de intervenção na população-alvo (EC I e EC II)

Para identificar as necessidades da pessoa com dependência mental, nomeadamente em regime de internamento e no domicílio fizemos revisão da literatura, recolhemos informação junto da equipa multidisciplinar, participámos nas reuniões multidisciplinares, participação nas conferências familiares (EC I), realizamos entrevistas diagnósticas, entrevista de ajuda (EC II) e recolhemos informações na plataforma da RNCCI.

Avaliar a resposta domiciliária ao doente com dependência mental (EC I e EC II)

Para avaliar a resposta domiciliária no EC II já existente e planear uma consulta de enfermagem no domicílio foi necessário conhecer e interagir com os profissionais da equipa multidisciplinar bem como consultar os registos da EESMP relativos às intervenções no domicílio.

Sentimos a necessidade de construir um instrumento próprio de recolha de dados (em Anexo 2) que, com pudesse dar cobertura à quantidade d informação que é necessário congrega em torno dos diversos focos expectáveis e encontrados no que dizia respeito ao utente e seus familiares.

Implementar intervenções de enfermagem ao doente com dependência mental e sua família

Ao longo do estágio e em ambos os ensinamentos clínicos capacitámo-nos para a intervenção junto do doente com dependência mental participando diretamente nos cuidados (EC I e EC II), promovendo o autocuidado, prevenindo a doença mental (EC II) e utilizando técnicas relacionais e de comunicação adequadas a cada pessoa. Para este objetivo ser alcançado sentimos muita necessidade de investir na nossa própria formação investigando na literatura as intervenções-tipo mais adequadas

Planeamento, implementação e avaliação de um projeto de intervenção comunitária (ECII)

A consulta de enfermagem de saúde mental à pessoa com dependência mental (demência) no domicílio é uma necessidade evidente pela estatística epidemiológica das demências e pelo facto de na UCC Coruche não existir a sistematização desta consulta pelo que delineámos a mesma (em Anexo 3) tendo em conta o material já existente e a validação da equipa multidisciplinar e do enfermeiro supervisor. Consideramos este objetivo atingido.

Colaborar na execução de projetos terapêuticos existentes nas unidades de estágio

Ser aceite na dinâmica multidisciplinar e conhecer a filosofia de cada uma das instituições, contribuindo assim para o sucesso da implementação dos planos terapêuticos da pessoa com dependência mental era um dos nossos objetivos e que alcançámos.

Usámos os recursos existentes e disponíveis para planejar, implementar e avaliar cuidados tendo em conta as políticas de cada instituição, colaborar na medida do que me for solicitado enquanto enfermeira, realizar visitas domiciliárias com o enfermeiro supervisor (EC II) e participar em atividades de formação em serviço já planificadas e onde pude dar o meu contributo (em Anexo 3).

Contribuir para a promoção de saúde mental, prevenção a doença mental e redução do estigma associado ao idoso dependente mental (EC I e EC II)

Por ser obrigação ética, moral e deontológica promovemos práticas de cuidados que respeitaram sempre a dignidade e autonomia do ser humano nomeadamente no que diz respeito ao consentimento informado de todos quantos foram alvo das nossas intervenções enquanto enfermeiro que procura assim especializar-se na área da saúde mental.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

O processo de análise reflexiva sobre as intervenções executadas incide sobre o o EC I e o EC II mas, pretendemo-lo mais profundo no que concerne ao ECII onde se construiu a consulta domiciliária, e onde se desenvolveram as intervenções de “cuidados no domicílio” definidos na CIPE Versão 2011(Ordem dos Enfermeiros, 2014) como “cuidados holísticos prestados ao cliente no seu próprio ambiente; para diversos problemas de saúde; utilizando uma abordagem multidisciplinar que envolve o cliente, a família e os prestadores de cuidados, transferindo aptidões para maximizar aquilo que as pessoas podem fazer por si próprias mas, proporcionando aconselhamento, monitorização e apoio ao cliente e aos prestadores de cuidados” (p.154).

Segundo Sequeira (2006) além das intervenções interdependentes, iniciadas ou não por outro profissional, as intervenções autónomas dos enfermeiros “devem ser prescritas com base numa abordagem holística do indivíduo ou grupo e devem ser orientadas para detetarem problemas precocemente (reais ou potenciais), resolver ou minimizar os problemas identificados e evitar os riscos acessórios. Neste sentido pretende-se que os cuidados de Enfermagem possibilitem às pessoas a aquisição de experiências de saúde, promotoras de saúde” (p.44).

Para organização da nossa análise reflexiva partimos dos focos de enfermagem (CIPE) que considerámos mais relevantes, já constantes no Projeto de Estágio e que concorreram para acionarmos estratégias, desenvolvermos atividades e atingirmos tanto os objetivos de intervenção profissional como com a população-alvo, a que inicialmente nos propusemos.

Esclarecemos que a relevância atribuída aos focos significa que os mesmos foram desenvolvidos no âmbito dos estudos de caso, explanados no subcapítulo subsequente, e que construímos ao longo do período de estágio.

Estes foram os focos mais relevantes a partir dos quais desenvolvemos as nossas competências de avaliação diagnóstica, planeamento, intervenção terapêutica e avaliação de efetividade na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, no contexto comunitário e do idoso dependente mental: Comunicação, Memória, Orientação, Tristeza, Ansiedade, Conhecimento sobre o processo de Mudança de comportamentos, Sobrecarga do Prestador de Cuidados e Luto

Dentro de cada foco iremos referir (refletir) as intervenções que realizámos no âmbito dos diagnósticos dele (do foco) emanados e, sempre que necessário, fazendo alusão aos recursos.

5.1 Fundamentação das intervenções

Em todos os estádios da demência, **a comunicação** encontra-se gradualmente perturbada à medida que a atenção, a linguagem, a memória e a orientação vão ficando mais afetadas. No âmbito dos diagnósticos que elaborei a partir da perturbação do foco comunicação - bem como todos os focos que adiante designaremos - desenvolvemos, implementámos e avaliámos a efetividade de intervenções que, resultaram da revisão da literatura, do previamente planeado em projeto, da colheita de dados inicial, da observação, da interação com o utente ou a sua família, do sugerido pela enfermeira tutora ou discutido em reunião de equipa multidisciplinar.

Comunicar de forma eficaz tendo em conta os aspetos verbais e não-verbais é, consideramos, uma intervenção fundamental pois é, como afirma Phaneuf (2005) uma ferramenta de relação. É pela comunicação que primeiro chegamos ao outro. Pela observação das manifestações não-verbais - os traços, a postura, os gestos, a distância ou proxémica, o vestuário, ou maneiras de estar- chegámos a necessidades de intervenção.

Assistir na expressão de sentimentos encorajando o diálogo como meio de resposta emocional foi desenvolvido por nós junto dos cuidadores e de uma utente pois, era uma pessoa que mantinha uma capacidade cognitiva e de compreensão que possibilitava esta intervenção.

Gerir técnicas de comunicação como a validação, clarificação, feedback e reformulação é útil e desejável em utentes com perda de autonomia cognitiva. Gostaria em particular de refletir sobre a validação pois, é necessário conhecer a fronteira entre a validação e a mentira na prática dos cuidados. Os cuidadores formais mentem aos doentes tendo em conta uma hierarquia de aceitabilidade pessoal e entre as principais razões estão as relacionadas com o bem-estar do doente e a adesão terapêutica. Por exemplo no estudo de Elvish, James e Milne (2010) os resultados permitiram elaborar uma escala de aceitabilidade pessoal do uso da mentira em que, os princípios da beneficência e não-maleficência parecem justificar, na perspetiva dos cuidadores formais, o uso de mentiras.

Ora a validação deve ser utilizada enquanto intervenção evitando que o utente seja confrontado com o ilogismo das suas declarações, deve ser dado espaço à expressão sem tentativa de orientação no tempo ou lugar como por exemplo adotámos num caso particular em que a demência se encontrava num estado de evolução que havia já comprometido seriamente a memória, as capacidades de

execução e a linguagem. Quando sentimos já não haver lugar à reabilitação cognitiva, a comunicação estabelece-se segundo o mais profundo respeito e empatia pelo outro.

Segundo Phaneuf (2005) para a utilização da validação, não devemos tentar que o outro explique o seu comportamento, não o confrontado com a sua desorientação. As atividades propostas a utentes desorientados nas várias dimensões devem ter sempre como fito a valorização pessoal, e a conservação dos papéis sociais e de entreaajuda.

Entrevistar é outra das intervenções que utilizámos na nossa interação com os utentes e famílias. Entrevista informal para recolha de informações, entrevista de avaliação clínica diagnóstica e resolução de problemas pontuais e necessidade psicoeducativas dos cuidadores e entrevista formal de ajuda (no luto).

Ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, segundo Ordem dos Enfermeiros (2010) requer-se, no âmbito da otimização da saúde mental que o enfermeiro mobilize aptidões de “comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e sistemas relevantes” (pág.4) pelo que, considerámos este um momento privilegiado, no âmbito profissional para o treino de competências de entrevista.

Desenvolvemos aspetos relacionados com a planificação em si da entrevista, o objetivo que servia, e a sua execução, fazendo treino anterior e investimento pessoal em diversos aspetos do meu próprio comportamento durante a entrevista. Mas, também a entendemos como um momento de encontro com outros: com a enfermeiro tutora que, colocou o seu conhecimento de perito à minha disposição, familiares de todos os utentes que colocaram o seu próprio conhecimento da sua situação de saúde à disposição do crescimento e valorização da formação especializada em enfermagem de saúde mental.

O encorajamento à comunicação (entre o doente e restante família) foi uma intervenção que usámos no sentido de facilitar a participação da família no cuidado emocional e físico dos utentes.

Presença é outra das intervenções no âmbito do foco da comunicação que consideramos primordial. Presença segundo (McCloskey e Bulechek, 2004) é estar com o outro, física e psicologicamente durante períodos de necessidade.

Para desenvolver e oferecer presença demonstrámos atitude de aceitação, comunicando verbalmente empatia ou compreensão ao utente ou à família. Ser sensível às tradições e crenças do utente/família é muito importante na medida em que a relação terapêutica que estabelecemos, sobretudo na comunidade, pressupõe que o enfermeiro não faça juízos de valor sob pena de prejudicar a relação de

confiança e verdade que quer estabelecer. Na comunidade entramos dentro da casa das pessoas, no mundo delas, nas suas dinâmicas e geografias mais íntimas e que, com grande grau de certeza podem ser diferentes da nossa geografia.

Estabelecemos confiança e intenção positiva, tentando sempre escutar as preocupações do outro. Fizemos uso do silêncio quando achamos adequado e nisso sentimos dificuldade, sobretudo em momentos em que foi importante manter esse silêncio, como na entrevista de ajuda no processo de luto, noutros momentos de interação, quando trabalhámos reminiscências relativas a situações dolorosas. O silêncio é uma dificuldade para o aprendiz, pelo menos para nós foi pois, por vezes não demos o espaço suficiente à narrativa mas, encontrámos na reflexão forma de modificar esse comportamento.

Tocámos o outro para expressar preocupação quando sentimos que era oportuno e adequado e como ferramenta de comunicação e empatia. Estivemos fisicamente disponíveis para auxilia, permanecendo fisicamente presente sem esperar reações de interação.

Demos aos utentes e suas famílias, a oportunidade de perceber que estávamos disponíveis, mas não para reforçar comportamentos de dependência, mas sim de reabilitação cognitiva, quando possível, estimulação, manutenção de capacidades e identificação com o mundo e os outros.

No âmbito do foco da comunicação referimos, com particular destaque a relação de ajuda, enquanto intervenção psicoterapêutica. Na área saúde mental e psiquiatria a relação enfermeiro-cliente já se encontra concetualizada sendo que “na enfermagem, esta problemática da relação é particularmente importante, basicamente, por duas ordens de razões. Primeiro, porque os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo permanecem em contacto com os doentes. Segundo, porque esse contacto adquire, em imensas circunstâncias, um grau de intimidade inquietante, quer para o doente, quer para o profissional” (Lopes, 2011, p.14).

Chalifour (2008) define relação de ajuda como a interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adota um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não-verbal em função dos objetivos a alcançar. Os objetivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade.

Vemos pela definição que no processo de relação de ajuda há dois componentes que são o interveniente e o cliente que num contexto e ambiente vão estar em relação para que o interveniente se aperceba das necessidades expressas pelo cliente através de processos de diagnóstico e intervenção

psicoterapêutica (ex. entrevista) num ambiente físico e social e contextual (que influencia também o processo). A intervenção surge das necessidades do cliente e confirma-se na aceitação total do outro tal qual ele é.

O foco **memória** está presente, de forma paradigmática, nos nossos estudos de caso como está em todos os estádios de evolução das demências.

O treino de memória é simplesmente, segundo McCloskey e Bulechek (2004) a facilitação da memória.

Discutir com o utente, quando possível, e família os problemas vivenciados ligado à memória foi importante para perceber o impacto da doença na família pois, muitas vezes na demência a família chega à confrontação com a doença porque percebe subtis alterações relativas à memória.

Sempre que adequado devemos estimular a memória repetindo o ultimo pensamento que o utente expressava, recordando as experiências passadas se adequado. Implementamos técnicas adequadas de memorização tais como imagem visual, recursos mnemónicos, jogos de memória, dicas de memória, elaboração de listas e uso de etiquetas para informação.

Auxiliar em tarefas de aprendizagem associadas tais como recordação de informações verbais e pictóricas apresentadas, quando adequado e cultivar perguntas sobre acontecimentos recentes por forma a dar oportunidade para treinar a memória recente é uma intervenção muito relevante.

A terapia por reminiscências consiste no uso da lembrança de eventos, sentimentos, e de pensamentos passados para facilitar o prazer, a qualidade de vida ou a adaptação a circunstancias atuais (McCloskey e Bulechek, 2004, p.764).

Para levar a cabo esta intervenção devemos sempre tempo adequado, identificando um tema para cada sessão (vida profissional, vida pessoal) e fazendo uso de objetos significativos. Devemos encorajar a expressão verbal dos sentimentos positivos e negativos dos eventos passados. Devemos, por fim, cultivar observação da linguagem corporal, expressão facial e o tom de voz para identificarmos a importância das lembranças para o a utente tendo em conta que o foco das sessões se coloca mais no processo do que no fim.

A estimulação cognitiva (p.301) é a promoção da perceção e compreensão do ambiente em seu redor por meio de estímulos planificados (McCloskey e Bulechek, 2004,p.301)

Para levar a cabo esta intervenção podemos desenvolver algumas atividades para orientar quanto a tempo, espaço e pessoa, oferecendo estimulação sensorial planificada, por exemplo com uso de calendários, fotos, música e cheiros

Usar a TV ou dispositivos leitores de música foram também algumas das atividades planificadas para estabelecermos relação empática, estimularmos memória e ir ao encontro e especificidades do outro. O enfermeiro especialista em saúde mental, enquanto instrumento terapêutico, tem essa particularidade de sensibilidade ao que o outro sente belo e da adequação à cultura do outro, sendo que dele em particular são exigidas competências culturais mais extensas, achamos. Pelo que uma boa preparação e estudo sobre a origem cultural e etnográfica do utente devem ser prática da clínica de excelência.

Na prática clínica e tendo em conta que apenas os profissionais com formação específica nas diversas terapias (musicoterapia, dramaterapia, dança, arteterapia...) podem implementar essas mesmas terapias, os enfermeiros de saúde mental têm na colaboração com outros profissionais via aberta à inclusão das artes criativas na sua prática sendo que em alguma literatura se aponta esta mesma inclusão, com ou sem a colaboração de outros profissionais, portanto, atribuindo ao enfermeiro essa competência (Gillam, 2013).

Arteterapia é facilitação da comunicação por meio de desenhos ou outras formas (McCloskey e Bulechek, 2004, p.242) enquanto a Musicoterapia usa da música para a ajudar a alcançar uma mudança específica de comportamento, sentimento ou fisiologia (p.585)

O uso de mediadores de expressão, em particular recorrendo à música e ao desenho, aconteceram nas intervenções que levámos a cabo com diversos utentes.

Para o uso destes mediadores tentámos sempre oferecer um ambiente calmo, livre de interrupções. Discutimos com os utentes a descrição do desenho, determinamos o interesse do utente pela música identificando as preferências musicais do utente.

A **orientação** foi um dos focos sobre os quais também nos debruçámos de forma constante na relação estabelecida com os utentes pois, é uma das dimensões cognitivas que encontrámos alterada, fosse no tempo, no espaço e na pessoa.

Orientação para a realidade é a promoção da perceção do utente, da identidade pessoal, do tempo e do ambiente (McCloskey e Bulechek, 2004,p.617).

Temos de usar uma abordagem coerente ao interagir com o utente e que reflita as necessidades e capacidades de cada utente. Informar o utente sobre o tempo e o local, na medida das necessidades, evitando frustrar o utente com perguntas sobre orientação que ele não possa responder sob pena de perigarmos a confiança necessária à relação terapêutica.

A **tristeza** foi um dos focos/diagnósticos que encontramos em utente e em familiar que surgiram de manifestações de tristeza percebidas por nós ou ditas pelos utentes. A tristeza está habitualmente ligada ao humor do tipo depressivo, à verbalização de tristeza, choro fácil, isolamento, tom de voz baixa.

As intervenções que planeámos e implementámos no que concerne a este foco foram a disponibilização de presença, oferecer escuta ativa, promover suporte emocional, e executar relação de ajuda e promover humor adequado, já anteriormente referidas.

Considerámos ainda intervenções ao nível da instilação de esperança que, segundo (McCloskey e Bulechek, 2004) é a “facilitação do surgimento de uma configuração positiva em determinada situação” (p.408).

Desenvolvemos também trabalho no sentido de auxiliarmos utentes e cuidadores a identificar áreas de esperança na vida evitando mascarar a verdade, colocando a progressividade da doença, mas, também a capacidade adaptativa inerente ao ser humano.

Mostrámos abertura às manifestações de impotência face à progressão da doença, empatia com os sentimentos assegurando que estamos disponíveis para apoiar em momentos de sofrimento.

A **autoestima** também foi um dos focos de enfermagem em que trabalhámos. A intervenção de aumento da auto estima é segundo (McCloskey e Bulechek, 2004) “ a assistência ao utente para que aumente o juízo acerca do valor pessoal” (p.251).

Estimulámos e monitorizámos as declarações dos utentes em relação à autoestima, proporcionamos experiências que aumentem a autonomia do utente quando adequado.

Usámos também da terapia pelo humor enquanto facilitação ao utente para que expressasse o que é engraçado, divertido ou lúdico afim de estabelecer relações, aliviar tensões, libertar sentimentos de raiva, facilitar e enfrentar sentimentos de baixa autoestima (McCloskey e Bulechek, 2004) e reagimos positivamente às tentativas humorísticas da utente.

A **ansiedade** foi um dos focos sobre o qual estabelecemos diagnósticos nos estudos de caso. A ansiedade é, segundo Sequeira (2006) uma experiência emocional com intensidades que vão variando

da inquietação ligeira ao terror intenso, sempre associado à previsão de situações geradoras de tensão. O comportamento do tipo ansioso está associado à demência em fase inicial e também pode ser encontrado nos cuidadores de pessoas com demência (Sequeira, 2010).

A avaliação da ansiedade, no que concerne aos dados da observação apenas nos permitiram a expectativa face à probabilidade de diagnóstico de ansiedade pelo que aplicámos a escala de heteroavaliação da ansiedade de Hamilton para um diagnóstico mais rigoroso e como forma de avaliarmos a efetividade das intervenções.

Executar presença, oferecer escuta ativa, gerir ambiente, promover participação em atividades de distração, melhorar o autoconhecimento, executar relação de ajuda, supervisionar a frequência de avaliações negativas foi o que levámos a cabo.

O suporte emocional segundo McCloskey e Bulechek (2004) é a “provisão de segurança, aceitação, e encorajamento durante períodos de stress” (p.298) pelo que discutimos as experiências emocionais com a utente do Caso clínico 1, cuidador do caso clínico 2 e cuidadora do caso clínico 3 assistindo no reconhecimento de sentimentos como ansiedade ou tristeza encorajando sempre à expressão de sentimentos.

Na enfermagem podemos e devemos, e enquanto forma de intervir que convém à pessoa cuidada, tocar. Segundo Phaneuf (2005) o, que transmite tocar é uma experiência íntima e pessoal que deriva de um modo de comunicação direto e profundo. O tocar nunca deve ser imposto e é sempre adequado à pessoa.

Utilizámos ainda, na medida que considerámos adequada, o toque terapêutico, definido para nós como “o tocar afetuoso intencional (que) reforça a qualidade de presença da enfermeira” (Phaneuf, 2005, p.45) em muitas situações comunicacionais.

No processo de cuidar do utente e da sua família, ou seja, e com mais ênfase no doente inserido na sua comunidade é particularmente esperado do enfermeiro, quer pelo utente, pela família mas, também pela equipa multidisciplinar (como pudemos observar no EC II) que haja intervenção no foco **conhecimento sobre o processo de mudança de comportamentos**. No doente em processo de agravamento de demência é expectável a alteração de comportamento pelo que foi necessário implementar estratégias que favorecessem a adaptação de cada binómio cuidadores/pessoa ao seu contexto real. Preparámos para a mudança favorecendo a psicoeducação sobre o processo de doença, fornecendo inclusive materiais de estudo para os cuidadores perceberem a evolução, ensinámos sobre

estratégias facilitadoras da prestação de cuidados, providenciámos ainda tempo para perguntas e orientámos o cuidador a centrar-se mais nos aspetos positivos melhorando os menos bons.

A **sobrecarga do prestador de cuidados** foi um dos focos que antecipámos, pelo estudo do estado da arte antes mesmo de estabelecermos o presente projeto. Para atuarmos perante este foco providenciámos apoio ao cuidador, determinámos o nível de conhecimentos do mesmo e avaliámos a sobrecarga (Escala de Sobrecarga do Cuidador) partindo daí para explorar os elementos positivos e negativos do cuidador e os problemas/potencialidades de interação familiar relacionados com os cuidados e para podermos ensinar ao cuidador estratégias de manutenção dos cuidados de saúde de modo a sustentar a sua própria saúde física e mental.

Ainda podemos explorar intervenções resultantes da necessidade de lidar com o **luto**, avaliando-o através de entrevista de ajuda, escuta ativa, terapia pela reminiscência e facilitação de comunicação de sentimentos.

Sentimos que a enfermeira enquanto sujeito que facilita o pesar prestando “assistência na solução de uma perda significativa” (McCloskey e Bulechek, 2004, p.654)

Durante as entrevistas de ajuda ajudámos o familiar, depois do óbito, a identificar a reação inicial à perda encorajando a expressão de sentimentos sobre a morte e a discussão das experiências anteriores à perda. Ainda no âmbito do processo de luto foi necessário o incremento do sono, tendo sido dadas orientações sobre a devida higiene do sono e ainda feito encaminhamento para o profissional prescriptor de fármacos indutores do sono.

5.2 Metodologias

Estudo de caso foi o método, mais relevante, escolhido para atingirmos os objetivos profissionais, com a população-alvo e ainda para o desenvolvimento das nossas competências profissionais de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

O estudo de um caso, enquanto método qualitativo “permite que o profissional observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações. É um método de investigação no qual o profissional tem um grande envolvimento e que inclui, como etapas, a coleta de informações, um processo de pensamento, constituído por análise dos dados e determinação de soluções, e um processo de julgamento ou avaliação”(Galdeano, Rossi e Zago, 2003, p.373).

Como objetivo principal pretende-se descrever a história pessoal e psicopatológica de um idoso dependente física e mental no domicílio, de modo a identificar os focos de enfermagem e as respetivas intervenções utilizando linguagem CIPE.

Procurámos ainda guiar os estudos de caso pela reflexão e o rigor no sentido de procurar, tal como sugere Hyett, Kenny e Dickson-Swift (2014) a interação pessoal com o caso e convidar quem nos lê a interagir com as nossas descobertas.

A participação dos idosos na elaboração dos estudos de caso foi consentida e teve por suporte os princípios éticos de participação livre e esclarecida.

A metodologia escolhida para a preparação de cada estudo de caso foi a consulta do processo clínico, observação e entrevistas formais e informais a familiares. O estudo de caso está organizado da seguinte forma: a história clínica da doente, o exame mental inicial, os planos de cuidados instituídos e posteriormente será descrito o projeto terapêutico instituído.

No EC I não foi feito estudo de caso aprofundado, antes um ensaio do que pretendíamos aprofundar no EC II que foi produzido um documento com colheita de dados, diagnóstico e plano de intervenções.

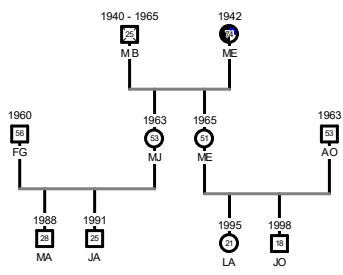
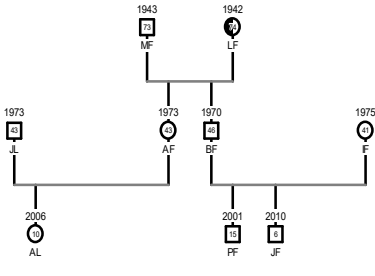
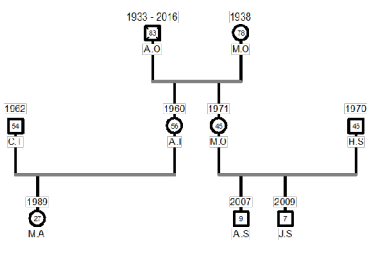
Para a colheita de dados inicial dos estudos de caso, conforme já aludimos anteriormente, foi desenvolvido um instrumento próprio para avaliação do idoso dependente mental no domicílio e de suporte à consulta (Em anexo 2).

No EC II desenvolvemos três estudos de caso que, pretendemos paradigmáticos, e dos quais apresentamos em seguida quadro resumo que, nos apresenta genericamente os casos, a avaliação mental inicial e os planos de cuidados instituídos. Em anexo ao presente relatório (Em anexo 4, 5 e 6) estarão detalhados os respetivos planos terapêuticos, as atividades desenvolvidas em cada uma das consultas domiciliárias com o respetivo diário de campo.

O quadro seguinte resume os motivos de referenciação para ECCI de cada utente, com nota para os antecedentes pessoais, o diagnóstico atual, a situação de dependência física e o enquadramento familiar em cada caso. Cada estudo de caso, embora centrado num indivíduo pois, assim também é a referenciação institucional na RNCCI, não se limitou à pessoa individual mas, à pessoa no seu contexto e com indissociável componente de atenção no foco do cuidador informal/familiar sendo que, por exemplo o Estudo de Caso 3, como se poderá verificar adiante, é fortemente construído em torno das necessidades em saúde mental da principal cuidadora.

Quadro 1- Dados de identificação/Referenciação de cada Estudo de Caso

Referenciação (para ECCI)

Caso 1	Caso 2	Caso3
<p>M.E: 72, Feminino Viúva.</p> <p>Utente parcialmente dependente nas AVDs, orientada no tempo e espaço, vive sozinha. Durante o dia tem a mãe com 94 anos que faz companhia e à noite tem as filhas (2) que vão alternando diariamente. Tem AP de Parkinson (2007) e Perturbações Depressivas (2010). Neste momento a utente apresenta a mobilidade ligeiramente limitada, mas as filhas referem que por vezes tem crises (<i>freezings</i>) que a deixam mais dependente de terceiros na satisfação das AVDs. Para a deambulação utiliza o andarilho. Na eliminação vesical, por vezes tem alguma incontinência, na eliminação intestinal por vezes tem obstipação necessitando de medicação. As filhas são as principais cuidadoras, alternando diariamente.</p> <p><i>Principais Queixas:</i> Dificuldades na mobilidade e na resolução de tarefas que mobilizem a atenção e memória.</p>  <p style="text-align: center;">Genograma 1</p>	<p>L.F.: 74, Feminino, Casada. Utente proposta para ECCI para estimulação cognitiva, manutenção das AVD's e apoio emocional ao principal cuidador, o marido com quem reside. Tem 2 filhos, uma filha que vive no norte do país e um filho que reside próximo. A utente é seguida na consulta de Neurologia desde julho de 2013 onde foi diagnosticada com demência de Alzheimer com primeiros sintomas notados pela família cerca de 3-4 meses antes. <i>Principais Queixas:</i> Os sintomas cognitivos e a incapacidade funcional derivada do quadro demencial têm-se agravado de modo acentuado nos últimos dois anos, em particular no último ano, devido a compromisso importante das capacidades gnósticas e práticas, sendo necessário supervisão da doente para o vestir, higiene e alimentação.</p>  <p style="text-align: center;">Genograma 2</p>	<p>A.O.: 78, Masculino, Casado. Utente proposto para ECCI após alta de UMDR onde se encontrava para reabilitação de feridas (UP's). Regressou ao domicílio onde reside com a esposa que é apoiada por uma cuidadora em regime de contrato. Utente que há cerca de seis anos iniciou quadro sintomatológico compatível com doença de Parkinson. Diagnosticado há cerca de 2 anos com demência de corpos de Lewy. Em novembro 2013 é referenciado pela primeira vez para a RNCCI sendo acompanhado pela ECCI no domicílio. Múltiplos internamentos em hospital de agudos por infeções respiratórias. Atualmente apresenta quatro úlceras de pressão (região dorsal à direita, região sagrada, e ambos os trocanteres). Totalmente dependente em todas as ABVD.</p> <p><i>Principais Queixas:</i> Dor à mobilização, dispneia com tosse e secreções, Úlceras de pressão de categoria IV, Ansiedade da cuidadora, dependente em todas as ABVD.</p>  <p style="text-align: center;">Genograma 3</p>

A tabela seguinte dá-nos uma visão global e comparativa dos principais itens de avaliação mental inicial a cada um dos utentes e que consta de forma detalhada no registo do instrumento de recolha de dados.

Quadro 2- Avaliação Mental em cada Estudo de Caso

		Caso 1	Caso 2	Caso 3
Apresentação		Cuidada	Cuidada	Cuidada
Higiene e vestuário		Adequados	Adequados	Adequados
Idade aparente		Corresponde à real	Corresponde à real	Corresponde À real
Orientação		Orientado nas várias dimensões	Desorientado no tempo e no espaço	Desorientado no tempo e no espaço
Contato		Sem alterações	Superficial	N/aplicável
Postura		Retraída	Sem alterações	Tensa
Expressão facial		Triste	Alegre	Inexpressiva
Motricidade		Lento	Sem alterações	Apático
Movimentos dirigidos		Sem alterações	Sem alterações	Utente acamado
Perturbações Neurológicas		Tremores/ <i>freezings</i>	Sem alterações	Sem alterações
Humor/Afetos		Humor depressivo	Sem alterações/superficial	Não aplicável
Linguagem		Lentificada/aumento da latência de resposta	Loquacidade/discurso incoerente/aumento de pausa entre palavras	Não aplicável
Pensamento		Bradipsíquia	Bradipsíquia/ inibição	Não aplicável
Emoções		Tristeza/ansiedade	Alegria/ansiedade	Não aplicável
Percepção/Sensorial		Sem alterações	Sem alterações	Não aplicável
Memoria		Memória recente- amnésias Memória a longo prazo sem alterações	Memória recente- amnésia Memória a longo prazo- amnésia	Não aplicável
Instrumentos de avaliação	Mini-Mental State-	Avaliação inicial (AI) -22 pontos (defeito cognitivo) Avaliação final (AF)- 23 pontos	Não aplicável	Não aplicável
	Índice de Lawton,	AI- 8 (dependência moderada) AF- 8	AI- 2 (dependência grave) AF-2	AI- 0 (dependência total)
	Índice de Katz	AI- 14 (independente) AF- 14	AI-9 (dependência parcial) AF- 9	AI-6 (dependência total)

Escala de Morse	AI-65 (Alto risco de queda) AF- 65	AI- 30 (médio risco de queda) AF- 30	
Escala de Hamilton	AI- 24 (ansiedade de gravidade moderada) AI- 18 (ansiedade de gravidade moderada)	Não aplicável	Não aplicável
Escala de sobrecarga do cuidador	AI- 21 (ausência de sobrecarga) AF-21	AI- 93 (sobrecarga intensa) AF-74 (sobrecarga intensa)	AI-48 (sobrecarga ligeira)

Optamos ainda por apresentar resultados de algumas das escalas que usámos para concorrer e suportar à formulação inicial de diagnósticos de enfermagem e na fase de conclusão e avaliação de cada estudo de caso para ajudar-nos à avaliação não só dos objetivos profissionais alcançados (aquisição de competências) mas, também à avaliação do foco sobre o qual intervimos na pessoa/familiar. A leitura de resultados de aplicação de escalas ou instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa e aplicados aos nossos utentes, numa fase inicial e numa fase final, não é um fim em si mesmo, é antes um subsídio, pois que na especificidade de cada caso se compreende a pertinência de uso do instrumento para intervir em dimensões do mesmo, demonstrar a reabilitação/manutenção de capacidades mentais, funcionais e instrumentais (quando essa manutenção é objetivo) ou demonstrar a eficácia de intervenções.

Na tabela seguinte apresentamos ainda os diagnósticos, intervenções e resultados por cada estudo de caso.

Tabela 3- Diagnósticos de Enfermagem (CIPE)/Intervenções/Resultados em cada Estudo de Caso			
	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Foco:	Comunicação		
Juízo:	Comprometida		
Justificação	Lentificação da cadeia associativa; uso de paráfrases no discurso	Lentificação da cadeia associativa; uso de paráfrases no discurso, fuga de ideias, discurso incoerente	Síndrome faso-apraxo-agnóstico
Intervenções:	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar (de forma eficaz tendo em conta os aspetos verbais e não verbais); - Assistir na expressão de sentimentos; - Gerir técnicas de comunicação (como a validação, clarificação, feedback e reformulação); - Entrevistar; - Encorajar a comunicação (entre o doente e restante família); - Envolver o doente; - Estar presente; - Escutar; - Conversar sobre assuntos de interesse 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar (de forma eficaz tendo em conta os aspetos verbais e não verbais); - Assistir na expressão de sentimentos; - Gerir técnicas de comunicação (como a validação, clarificação, feedback e reformulação); - Entrevistar; - Encorajar a comunicação (entre o doente e restante família); - Envolver o doente; - Estar presente; - Escutar; - Conversar sobre assuntos de interesse 	<ul style="list-style-type: none"> -Disponibilizar presença; -Providenciar toque terapêutico -Assistir na expressão de sentimentos da família; -Entrevistar; -Encorajar a comunicação (entre o utente e restante família); -Envolver o utente
Resultado:	Expressa espontaneamente sentimentos	O cuidador expressa espontaneamente sentimentos	Comunicação presente
Foco:	Memória	Memória	Sobrecarga (do prestador de cuidados) por stress
Juízo:	Comprometida	Comprometida	Presente
Justificação:	Alguma deterioração da memória recente	Deterioração quase total da memória de curto prazo e total da memória de longo prazo	Sente-se com alguma frequência ansiosa relativamente ao futuro, escala de sobrecarga do cuidador com score 48 na primeira avaliação.
Intervenções:	Gerir ambiente; avaliar capacidades de memória; promover estimulação de memória; expressar sentimentos a respeito do comprometimento da memória; instruir cuidador sobre estimulação de memória; executar terapia pela reminiscência; supervisionar memória	Gerir ambiente; avaliar capacidades de memória; promover estimulação de memória; instruir cuidador sobre estimulação de memória; executar terapia pela reminiscência; supervisionar memória	Gerir comunicação, disponibilizar presença, oferecer escuta ativa, promover suporte emocional, executar relação de ajuda, Determinar o nível de conhecimentos do cuidador quanto à situação da pessoa dependente; Determinar o nível de conhecimento do cuidador face aos cuidados necessários à pessoa; Favorecer a psicoeducação sobre o processo de doença e sua evolução; Ensinar sobre estratégias facilitadoras da prestação de cuidados

			Providenciar tempo para perguntas e discussão
Resultado:	Memória efetiva	Memória nível esperado	Sobrecarga (do prestador de cuidados) por stress diminuída
Foco:	Orientação temporal	Sobrecarga (do prestador de cuidados) por stress	Tristeza
Juízo:	Comprometida	Presente	Presente
Justificação:	Sabe a estação do ano em que mas desconhece o resto	Sente-se com alguma frequência triste, choro, escala de sobrecarga do cuidador com score 92 na primeira avaliação. Manifestação de choro	Sente-se com alguma frequência triste e verbaliza tristeza
Intervenções:	Gerir ambiente, orientar a pessoa (utilizar calendários e relógios), promover o relacionamento interpessoal, executar terapia de orientação para a realidade, orientar cuidador sobre precauções de segurança.	Gerir comunicação, disponibilizar presença, oferecer escuta ativa, promover suporte emocional, executar relação de ajuda, Determinar o nível de conhecimentos do cuidador quanto à situação da pessoa dependente; Determinar o nível de conhecimento do cuidador face aos cuidados necessários à pessoa; Favorecer a psicoeducação sobre o processo de doença e sua evolução; Ensinar sobre estratégias facilitadoras da prestação de cuidados Planear e otimizar material didático, às características da aprendizagem; Incentivar a participação em sessões psicoeducativas em grupo; Providenciar tempo para perguntas e discussão.	Gerir comunicação, disponibilizar presença, oferecer escuta ativa, promover suporte emocional, executar relação de ajuda, promover humor adequado, supervisionar humor.
Resultado:	Orientação melhorada	Sobrecarga (do prestador de cuidados) por stress diminuído	Tristeza crónica melhorada
Foco:	Tristeza	Conhecimento (do cuidador) sobre o processo patológico	Luto (da cuidadora)
Juízo:	Presente	Diminuído	Atual
Justificação:	Sente-se com alguma frequência triste	Verbalização de descontentamento, verbalização de descontentamento em relação a si	O marido faleceu.
Intervenções:	Gerir comunicação, disponibilizar presença, oferecer escuta ativa,	Orientar o cuidador para identificar as principais	Avaliar o luto, apoiar o processo de luto, promover esperança e facilitar

	promover suporte emocional, executar relação de ajuda, promover humor adequado, supervisionar humor.	dificuldades associadas ao cuidar; Identificar as dificuldades do papel de cuidador; Informar sobre suporte social e recursos de apoio existentes na comunidade; Incluir mais membros da família na prestação de cuidado, se possível; Incentivar a participação das atividades sociais; Orientar para a vigilância da saúde do cuidador; Incentivar a partilha de experiências e sentimentos; Orientar o cuidador para centrar-se nos aspectos positivos; Disponibilizar ajuda; Escutar activamente.	capacidade para comunicar sentimentos, escuta ativa, terapia pela reminiscência, entrevistar
Resultado:	Tristeza crónica melhorada	Conhecimento (do cuidador) sobre o processo patológico efetivo	Luto normal
Foco:	Autoestima	Ansiedade (do cuidador)	Ansiedade (da cuidadora)
Juízo:	Diminuída	Presente	Presente
Justificação:	Verbalização de descontentamento, verbalização de descontentamento em relação a si. Desafio de imagens negativas que possuía sobre si própria, com a verbalização da não realização de papéis significativos como o de ser avó que pode ajudar os netos e filha que cuida da sua mãe octagenária- “ela está sempre a dizer que eu não sou capaz de fazer nada e eu realmente não sou capaz de fazer por ela, até tenho vergonha”.	O cuidador descreve ansiedade e procura informação para reduzir ansiedade	A cuidadora descreve ansiedade e procura informação para reduzir ansiedade
Intervenções:	Executar presença, oferecer escuta ativa, gerir ambiente, promover participação em atividades de distração, melhorar o autoconhecimento, executar relação de ajuda, supervisionar a frequência de avaliações negativas	Disponibilizar presença, oferecer escuta ativa, incentivar a relação, promover a participação em atividades de distração, informar a pessoa sobre o processo/tratamento da doença, executar relação de ajuda.	Disponibilizar presença, oferecer escuta ativa, incentivar a relação, promover a participação em atividades de distração, informar a pessoa sobre o processo/tratamento da doença, executar relação de ajuda.
Resultado:	Autoestima positiva	Ansiedade diminuída	Ansiedade diminuída
Foco:	Ansiedade		
Juízo:	Presente		
Justificação:	Descreve ansiedade e procura informação para a reduzir		

Intervenções:	Disponibilizar presença, oferecer escuta ativa, incentivar a relação, promover a participação em atividades de distração, informar a pessoa sobre o processo/tratamento da doença, executar relação de ajuda.	
Resultado:	Ansiedade diminuída	
Foco:	Conhecimento sobre medidas de segurança	
Juízo	Ausente	
Justificação	Verbalização do receio que a mãe tome banho sozinha pois temem que ela possa ter episódio de queda. Não querem, por outro lado, que a mãe perca essa autonomia na higiene pessoal, supervisionando.	
Intervenções:	Instruir sobre medidas de segurança	
Resultado:	Conhecimento sobre medidas de segurança presente	

Construímos três estudos de caso com base em vinte e duas consultas domiciliária com diversas intervenções planejadas, atividades desenvolvidas, recursos (humanos, pessoais, acadêmicos, institucionais) mobilizados e resultados sobre os quais refletimos para mobilizar e adquirir novas competências pessoais e profissionais. Em seguida procederemos a um resumo das intervenções/atividades mais relevantes desenvolvidas em cada caso sendo que é possível, nos anexos, explorar em detalhe o plano terapêutico, objetivos por sessão, materiais e notas de campo.

O Estudo de Caso 1 (em Anexo 4), com nove consultas domiciliárias, dá conta do período em que pudemos estabelecer uma relação de ajuda com a utente e a sua família, atuámos na prevenção da sobrecarga do cuidador avaliando atempadamente as necessidades e o comprometimento de conhecimentos quer de patologia, medicação ou medidas de segurança. Estabelecemos ainda um plano de intervenção terapêutico na área da saúde mental (e não só) definido de sessão para sessão e que se alterou sempre que considerámos necessário, incidindo particularmente sobre os focos da memória, comunicação, tristeza e ansiedade da utente.

Neste caso assistimos na expressão de sentimentos encorajando o diálogo como meio de resposta emocional junto dos cuidadores e da utente pois, esta era uma pessoa que mantinha uma capacidade cognitiva e de compreensão que possibilitava a intervenção sendo que, aprendemos por benefício da tutoria e da experiência acumulada a reduzir a demanda do funcionamento cognitivo quando sentíamos cansaço. O encorajamento à comunicação (entre o doente e restante família) foi uma

intervenção que usámos no sentido de facilitar a participação da família no cuidado emocional e físico utente que, algumas vezes nos abordou referindo que as filhas exigiam demasiado e não compreendiam que era a doença que a tornava incapaz da autonomia que tinha anteriormente.

A utente tinha comprometimento na memória longo prazo pelo que levámos a cabo intervenções no âmbito do treino de memória, estimulação cognitiva, terapia por reminiscências e uso de mediadores de expressão artística.

Oferecemos memória de reconhecimento de figuras quando adequado e solicitado pela utente que, sempre manifestou verbal, e não-verbalmente, a satisfação pelo treino de memória realizado pelo que, acordámos com ela que faríamos as atividades duas vezes para monitorizarmos as aprendizagens, tentando não frustrar com atividades demasiado complexas, mas, não facilitar para que a utente achasse que estávamos a facilitar propositadamente.

Procurámos estimular a memória repetindo o último pensamento que a utente expressava, recordando as experiências passadas se adequado. Implementamos técnicas adequadas de memorização tais como imagem visual, recursos mnemónicos, jogos de memória, dicas de memória, elaboração de listas e uso de etiquetas para informação.

Auxiliámos em tarefas de aprendizagem associadas tais como recordação de informações verbais e pictóricas apresentadas, quando adequado. Cultivámos perguntas sobre acontecimentos recentes por forma a dar oportunidade para treinar a memória recente.

Para levar a cabo intervenção fazendo uso das reminiscências reservámos sempre tempo adequado, identificando com a utente um tema para cada sessão (vida profissional, vida pessoal) e fazendo uso da sua caixa de fotografias como mote para a interação. Encorajámos a expressão verbal dos sentimentos positivos e negativos dos eventos passados, vivemos as suas alegrias e chorámos as suas tristezas.

Evitámos frustrar a utente com perguntas sobre orientação que ela não pudesse responder sob pena de perigarmos a confiança necessária à relação terapêutica. Etiquetámos itens no ambiente que promovam o reconhecimento por exemplo, entre o champô e o gel de banho.

Desenvolvemos também trabalho no sentido de auxiliarmos à identificação de áreas de esperança na vida evitando mascarar a verdade, colocando a progressividade da doença, mas, também a capacidade adaptativa inerente ao ser humano.

Auxiliámos a utente a identificar o impacto da família sobre os seus sentimentos de autoestima explicando que os sentimentos de insegurança das filhas são normais. Num dia em particular encontrámos a utente bastante aborrecida porque as filhas não compreenderam que ela tivesse ido com uma vizinha a uma pastelaria próxima sem as ter previamente avisado. Conversámos com as filhas na presença da utente e sublinhámos a importância de a utente ter decidido ir acompanhada, o que releva a sua consciência em relação à sua própria autonomia e limitações.

No que diz respeito à autoestima e enquanto desafio de imagens negativas que possuía sobre si própria, com a verbalização da não realização de papéis significativos como o de ser avó que pode ajudar os netos e filha que cuida da sua mãe octogenária- “ela está sempre a dizer que eu não sou capaz de fazer nada e eu realmente não sou capaz de fazer por ela, até tenho vergonha” desenvolvemos, por exemplo, negociação com a família para a possibilidade de a utente estender a roupa ou fazer um bolo, com supervisão. Evitando críticas negativas e transmitindo confiança na capacidade do utente para lidar com as situações, e promovendo a aceitação da dependência de outros quando adequado, por exemplo no que diz respeito à preparação das próprias refeições diárias (as filhas confeccionam e fornecem).

No que diz respeito aos cuidadores, as filhas, preparámos para a mudança favorecendo a psicoeducação sobre o processo de doença, fornecendo inclusive materiais de estudo para os cuidadores perceberem a evolução, ensinámos e validámos sobre estratégias facilitadoras da prestação de cuidados. Providenciámos ainda tempo para perguntas desenvolvemos entrevista para colhermos dados relativos ao risco de sobrecarga.

Desenvolvemos uma entrevista semiestruturada que decorreu no espaço da cozinha, em que explicámos à cuidadora o objetivo principal da mesma tendo em conta que procurávamos melhorar não só a prestação de cuidados à utente mas, também nos preocupamos com a família e a forma como esta gere toda a situação. Não obtivemos autorização para gravar a entrevista mas, fomos supervisionados pela enfermeira especialista. A entrevista ocorre num momento em que já fizemos uma avaliação breve pela escala de sobrecarga do cuidador que nos “indica” ausência de sobrecarga mas, ainda assim quisemos explorar a relação com a cuidadora e perceber mais profundamente diversos aspetos do cuidar.

A cuidadora referiu-nos que tanto ela como a sua irmã estão a conseguir encontrar estratégias para solucionar as situações que vão surgindo e pensa que o ambiente familiar se adaptou de forma saudável. Mostrou-se preocupada com o agravamento da dependência e o que isso pode significar no

futuro em termos de institucionalização da mãe. Colocámos, na entrevista, a possibilidade futura a discutir em família, de equacionar a resposta comunitária local existente no Centro de Dia.

O feedback da entrevista feita pela enfermeira supervisora devolveu-nos a incapacidade de colocar à cuidadora as repercussões positivas associadas ao cuidar, pelo que nos focámos demasiado nos aspetos negativos como se fossem apenas esses os expectáveis. Conseguimos e a supervisora concordou connosco, estabelecer empaticamente uma relação que colocou a cuidadora à vontade, sem formalismos, e colocando dúvidas sobre aspetos concretos de alguma sintomatologia e medicação

Nas avaliações intermédias e final não houve alterações no que diz respeito às escalas ou instrumentos utilizados na área da dependência das AVD e AIVD's pois, houve lugar à manutenção das capacidades já existentes sendo que observámos melhoria na escala da ansiedade o que é um indicador para o fato das atividades desenvolvidas por nós, serem fator, no momento de diminuição da ansiedade. No que diz respeito à sobrecarga do cuidador foi possível, durante o período de intervenção atuarmos na prevenção da saúde mental dos cuidadores dando espaço às suas dúvidas, questões e receios.

Sentimos que o tempo dado sobretudo as atividades em que recorremos às reminiscências pessoais e culturais foi o melhor tempo da relação de ajuda. Melhor para o nosso crescimento pessoal e profissional e aquele que mais satisfação sempre deu à utente pelo que, assumidamente definimos várias atividades deste tipo, nesta circunstância.

No estudo de caso 2, com cinco consultas domiciliárias e duas no CS com o cuidador pudemos estabelecer uma relação de ajuda com a utente e o marido, atuámos na sobrecarga instalada no cuidador avaliando atempadamente as necessidades e o comprometimento de conhecimentos quer de patologia, medicação, medidas de segurança ou ajuda em termos de atividades instrumentais. Estabelecemos ainda um plano de intervenção terapêutico na área da saúde mental definido de sessão para sessão, que aconteceu no domicílio mas, também no espaço formal do CS. O plano alterou-se sempre que considerámos necessário, incidindo particularmente sobre os focos da memória e comunicação no que à utente diz respeito. Fizemos um trabalho centrado na interação com o meio e de estímulo da identidade pessoal e sentimento de pertença da utente.

As atividades propostas a esta utente visaram sempre a valorização pessoal, e a conservação dos papéis sociais e de entreaajuda, que se encontrava com a memória de curto e longo prazo seriamente comprometida, pelo que encetámos intervenções de estimulação cognitiva.

Para levar a cabo esta intervenção de estimulação cognitiva e de interação com o meio desenvolvemos algumas contextualizadas como uma sessão em que de visita à horta do marido tentámos identificar ervas aromáticas pelos cheiros característicos. Esta foi uma atividade que planeamos com um fim, mas, pelo facto da utente não a ter conseguido cumprir como inicialmente tínhamos imaginado, compreendemos a importância do processo. A satisfação demonstrada pela utente que me levava por um espaço que intuitivamente reconhecia familiar e o facto de apesar de não distinguir coentros, salsa e manjerição, mostrar o reconhecimento da familiaridade dos cheiros fizeram-nos compreender que os objetivos não são rígidos e não nos tornam piores enfermeiros a estimular. Antes permitem que os adaptemos à situação concreta e adaptarmo-nos ao outro, no momento, é sempre o mais importante. Por exemplo, e fazendo uso do mediador de expressão musical, obtivemos uma reação espantosa com “*Os dois Amores*” de Marco Paulo, que permitiu inclusive à utente cantar o refrão quando na interação normal tem a linguagem tão seriamente danificada que já não diz frase com sujeito e verbo.

Desenvolvemos também trabalho no sentido de auxiliarmos cuidador a identificar áreas de esperança na vida evitando mascarar a verdade, colocando a progressividade da doença, mas, também a capacidade adaptativa inerente ao ser humano. Percebemos (intuímos?), logo no primeiro contato que, marido apresenta sinais de sobrecarga. Tem períodos de choro. Refere estar conformado com a situação de doença da mulher, no entanto a evolução da incapacidade requer adaptações para as quais não está preparado, nomeadamente mudança no vestuário e a aquisição de fraldas para ter no domicílio.

O marido solicitou, por ter ficado com o contato da UCC na primeira consulta domiciliar, entrevista no CS sem a esposa. Foi verbalizado que os filhos também têm dificuldade em lidar com a perda de capacidade da mãe. São muito presentes na vida dos pais, embora a filha (enfermeira) more no Porto, vem a casa dos pais todos os meses e já terá sugerido ao pai que possam ambos ir viver na casa dela para que os cuidados sejam supervisionados e a responsabilidade partilhada. O marido refere que não se sente preparado para sair de onde tem as suas raízes. Feita avaliação pela escala de sobrecarga do cuidador (92- sobrecarga muito intensa).

O marido referiu-nos a apraxia de vestuário já instalada sendo que a ajuda no vestir já é total. Sugerimos, por exemplo, que em vez de fralda e uma vez que a mobilidade com supervisão ainda se encontra preservada, se substituísse por fralda-cueca no sentido de estimular o mais possível alguma autonomia na ida à casa de banho.

Cerca de um mês e meio depois da primeira consulta de enfermagem domiciliar, em novo contato no CS, marido refere que a utente está predominantemente calma com episódios esporádicos de inquietação e agressividade. O marido refere que esta alteração de comportamento lhe tem permitido gerir melhor o dia-a-dia. Têm saído bastante de casa os dois (ir às compras, centro de saúde, cabeleireiro, casa dos filhos...). Foi explicado ao familiar que é expectável uma fase de evolução da doença em que a agressividade e tentativas de fuga cessem e se dê um agravamento de alguma apatia e desinteresse.

Nesta fase percebemos que embora o cuidador apresente sinais de sobrecarga não pretende ter ajuda de ninguém para cuidar da mulher à exceção do filho que se disponibiliza para cuidar da mãe durante duas tardes por semana sendo que o marido tem assim oportunidade para reatar os relacionamentos com os amigos. Pensamos que, e do que observámos, ter a casa organizada e presta cuidados de qualidade.

Para avaliar a intervenção neste foco socorremo-nos da verbalização do familiar de que os momentos de entrevista informal no CS lhe tem proporcionado momentos para colocar as dificuldades e para questionar estratégias de intervenção, nomeadamente no que diz respeito à segurança.

Neste estudo de caso, a consulta domiciliária ficou terminada com o fim do nosso estágio por assim ter sido definido pela equipa em conjunto com a família que, pela voz do cuidador referia estar ciente de que a fase atual era possível de ser vivida com mais calma, menos ansiedade devido à evolução do próprio quadro da demência de Alzheimer

O estudo de caso 3, decorrendo ao longo de 5 consultas domiciliárias, incide no período de tempo em que pudemos estabelecer uma relação de ajuda com uma família, atuámos na sobrecarga ligeira instalada no cuidador e no luto presente. Este caso, com o utente em fase terminal, permitiu-nos uma visão mais concreta das necessidades do cuidador face à morte iminente do familiar de quem cuida há anos e da intervenção essencial do EESMP no apoio emocional e na ajuda a ultrapassar de forma saudável o luto.

Neste caso o utente encontrava-se numa fase terminal da doença pelo que não trabalhámos memória diretamente com o utente, mas, com a cuidadora principal por via da terapia de reminiscência no âmbito da relação de ajuda face ao luto.

Na relação de ajuda no processo de luto pudemos explorar intervenções resultantes da necessidade de lidar com o luto, avaliando-o através de entrevista de ajuda, escuta ativa, terapia pela reminiscência e facilitação de comunicação de sentimentos.

Depois da segunda consulta domiciliar de enfermagem passámos a fazer a consulta no domicílio à cuidadora pois o utente foi transferido para unidade de cuidados paliativos. O motivo pelo qual continuámos a fazer a consulta no domicílio foi a possibilidade que esse contexto de memórias e afetos ajudarem relação de ajuda e ao sentimento de que “a enfermeira ajuda-me a ultrapassar sem deixar de olhar”.

Na entrevista com a cuidadora acerca do recente internamento em cuidados paliativos a mesma verbaliza compreensão sobre o prognóstico do marido. Refere-se triste mas, a preparar todos os aspetos práticos relacionados com a morte. Descreve toda a dinâmica do serviço e o acolhimento que lhe foi feito

Refere ainda que irá, provavelmente, encontrar uma casa mais pequena e situada em aglomerado populacional. Levará consigo alguns objetos (que nos mostra) que lhe sejam mais queridos. Fazemos a preparação para a morte e antecipamos o luto. Revemos álbuns de fotos que a cuidadora partilha com prazer, realçando mais uma vez os aspetos positivos de ter possibilidade de dar ao marido os melhores cuidados possíveis. Falamos de Dassin, do cinema noir, dos gostos que ela e ele têm em comum, da vida partilhada, dos sonhos cumpridos, da vida bem vivida e do ciclo que se encerra.

Durante as entrevistas de ajuda levámos a cuidadora, depois do óbito, a identificar a reação inicial à perda encorajando a expressão de sentimentos sobre a morte e a discussão das experiências anteriores à perda, nomeadamente o período de internamento em unidade de cuidados paliativos. Orientámos sobre as fases do processo de luto e facilitámos a identificação estratégias pessoais de enfrentamento, que no caso se consubstanciaram em alterações no modo de vida e formas de avaliarmos a nossa intervenção: planeamento de mudança de domicílio por a atual residência ser demasiado isolada em espaço rural e frequência de aulas de ginástica.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

6.

Os ensinamentos clínicos realizados no âmbito do estágio do mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria visam desenvolver competências inerentes aos enfermeiros especialistas, mobilizando conhecimentos teórico práticos, sustentados na pesquisa e na revisão bibliográfica permanente e na interação com os profissionais da área que desempenham as suas funções nos contextos. A componente prática para aquisição e mobilização de competências decorreu em dois contextos concretos, com populações alvo idosa com dependência mental, num primeiro tempo em contexto de internamento e num segundo tempo em contexto domiciliário, dinâmicas de trabalho enfermagem de abordagens diferentes e com objetivos adequados a cada caso clínico. Em cada local de estágio foram definidos os objetivos a atingir em cada um deles, por forma a delinear as nossas intervenções e consequentemente mobilizar e adquirir competências.

6.

À medida que o estágio decorreu, refletimos e discutimos com os enfermeiros supervisores e orientador, se os objetivos a que nos propusemos estavam a ser atingidos, se estávamos a desenvolver as competências, identificando quais as dificuldades e criar estratégias para as ultrapassar, com vista a adquirir um corpo de conhecimentos e competências compatíveis e adequados à especialidade em enfermagem de saúde mental.

Consideramos, no essencial e à guisa de primeira conclusão, ter adquirido um conjunto de saberes que se enquadram no perfil de competências (comuns e) específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria

Tendo em conta as diversas fases do estágio que definimos como: avaliação diagnóstica, planeamento, intervenção terapêutica e avaliação da efetividade dos cuidados, colocamos ao nosso desafio pessoal o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental que no final do processo de Estágio nos trouxeram “um juízo clínico singular”.

As competências desenvolvidas na intervenção de enfermagem com a pessoa com dependência mental no domicílio permitiram-nos mobilizar competências imprescindíveis ao desenvolvimento da intervenção comunitária, numa perspetiva contínua de prestação de cuidados necessárias e imprescindíveis ao processo de adaptação da pessoa e dos seus cuidadores.

Desenvolvemos um conjunto de competências terapêuticas no âmbito das técnicas de comunicação, valores e experiência de vida na relação de ajuda atingindo objetivos planejados e consolidando saberes que a OE define como fundamentais no perfil do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica:

“Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diferentes contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente” e “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família e comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.22 e 23).

Para responder aos objetivos estabelecidos para a consulta de enfermagem no domicílio foi também essencial a análise da informação colhida (e registada), e a tomada de decisão como estratégia para construir planos de cuidados em colaboração com o utente/família. Daqui surgiram cuidados ao utente/família que responderam a necessidades concretas e anteciparam problemas potenciais. Neste processo foi fundamental apoiar os pontos fortes de cada utente/família em proveito de novas oportunidades de ensino e aprendizagem promovendo um crescente autocuidado e potenciando um papel mais ativo no projeto terapêutico.

Ao longo dos ensinamentos clínicos assumimos uma postura que vai ao encontro do desenvolvimento de competências da prática de cuidados de enfermagem de saúde mental, através da identificação e realização de diagnósticos de enfermagem de saúde mental, sendo que neste sentido mobilizei os recursos que dispunham nos ensinamentos clínicos, tais como a realização de entrevistas ao utente e familiares que permitissem realizar uma colheita de dados sobre a situação clínica atual e passada, conhecer os hábitos de vida do utente, sendo estes pertinentes e úteis para estabelecer paralelismos e traçar diagnósticos e delinear intervenções, designadamente os antecedentes pessoais, internamentos e antecedentes pessoais, medicação habitual, situação familiar e social, com vista a um adequado planeamento e identificação de situações de risco. Conhecer hábitos de vida relacionados com o padrão de sono, dificuldades sentidas na realização das atividades de vida diárias antes do internamento, comparando com as atuais. Realizámos além da avaliação física, uma avaliação mental que consubstanciámos no instrumento por nós construído. A descrição clara e com ênfase na história de saúde mental do indivíduo foi uma das competências claramente desenvolvidas neste período de estágio.

Consideramos importante conhecer os antecedentes e os padrões individuais de cada pessoa/família, identificar e avaliar as necessidades atualmente presentes, por forma a poder estabelecer um plano de intervenções adequado, evitando traçar objetivos desmedidos e descontextualizados da realidade de cada pessoa.

Além desta colheita de dados, executada pela observação e entrevista, encontra-se a consulta do processo clínico do utente, consulta da história clínica, diagnóstico clínico e avaliações da restante equipa multidisciplinar, mas também a consulta de exames complementares de diagnóstico. A consulta destes dados permite desenvolver competências ao nível da interpretação de exames complementares de diagnóstico, identificar necessidades e definir intervenções sustentadas nas evidências científicas mais atualizadas.

A avaliação desenvolvida ao longo dos ensinamentos clínicos baseou-se também na aplicação de escalas de avaliação que permitam obter dados uniformes e mensuráveis, que balizaram a evolução de cada pessoa e sua família, através da intervenção do enfermeiro de saúde mental.

Desenvolvemos competência de planeamento a partir do estabelecimento de diagnósticos relativos à saúde mental, mobilizámos indicadores sensíveis e estabelecemos planos de cuidados individualizados que fomos aquilatando com a pessoa/família

A implementação de intervenções planeadas com o objetivo de promover ou manter a autonomia, melhorar o estado de saúde geral, estimular as capacidades cognitivas, estimular a identidade pessoal e a autoestima foram desenhadas tendo em conta a evolução da síndrome demencial e o impacto que tinha tanto no indivíduo como na sua família. Consideramos importante a competência adquirida na adaptação à clínica e à realidade do contexto em que interagíamos, tendo de alterar com criatividade o que estava anteriormente planificado.

Na designada fase de intervenção terapêutica, em particular no E CII mobilizamos competências pessoais, e enquadramento cultural, para comunicar com mais eficácia. Foi de grande mais-valia nos estudos de caso 1 e 2 conhecer as tradições, cultura e etnografia local, tendo-nos colocado num plano de identificação com significados e linguagens comuns. Pudemos usar a nossa história de vida e mobilizá-la para criar empatia e estabelecer relação de ajuda não só para as intervenções psicoterapêuticas como psicoeducativas.

O enfermeiro especialista em saúde mental em contexto da dependência mental em idosos concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem diferenciados, baseados na alteração de focos específicos com maior probabilidade de comprometimento como o foram: a memória, a comunicação, consciência, o humor e ainda o apoio ao cuidador que passa pela prevenção da sobrecarga mas, também por dimensões de instrução mais, digamos, instrumentais.

Desta forma, o EC I foi bastante valioso na aquisição e o EC II na consolidação de conhecimentos e saberes, nomeadamente ao nível dos focos já aludidos, delineando estratégias de intervenção,

elaborando planos de cuidados apoiados na linguagem de classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE). A utilização desta linguagem ao longo do desenvolvimento de planos de cuidados permitiu desenvolver esta competência.

Ao longo do EC II, desenvolvemos competências de diagnóstico e intervenção, na comunidade, com sucesso, por termos aprofundado a compreensão da situação clínica do utente, através dos diferentes instrumentos de avaliação e da relação estabelecida com utentes e família. A oportunidade de existir clinicamente no plano relacional, fazendo intervenções psicoeducativas junto da família (adesão à terapêutica, sinais e sintomas da doença, diferentes abordagens terapêuticas, estratégias para enfrentar momentos de crise e, com o apoio da enfermeira tutora sugerir recursos comunitários existentes) mobilizou em nós a competência de reflexão e autocrítica.

Para o desenvolvimento de competências em entrevista de ajuda, que apenas tínhamos feito em contexto laboratorial no segundo semestre do mestrado em enfermagem da saúde mental e psiquiatria, na disciplina de Relação de Ajuda, concorreu o campo de estágio proporcionado no EC II e a experiência da enfermeira que nos supervisionava. Sentimos e percebemos no seu (dela) saber de experiência e ciência feito, o que tínhamos de melhorar para poder aprofundar mais esta área. Não foram muitas as oportunidades (em termos numéricos) mas profundamente ricas e estabelecidas num contexto (protegido, é certo) de verdadeira relação de ajuda no luto.

Procurámos sempre fundamentar a avaliação do resultado da implementação das estratégias definidas suportando-nos nos recursos disponíveis: validação por parte da enfermeira tutora, instrumentos usados no diagnóstico e na avaliação, e feedback por parte da família/utente.

Construímos 3 estudos de caso com base em 22 consultas domiciliárias com diversas intervenções planificadas tal como podemos relevar na nuvem de palavras construída com a contagem do número de vezes que planificámos cada intervenção nos planos de cuidados de cada estudo de caso.



Afunilando a nossa reflexão sobre as competências mobilizadas e adquiridas nos respetivos contextos sublinhamos que a elaboração deste relatório permitiu desenvolver o auto conhecimento e participar em programa de melhoria contínua da qualidade através da formação em serviço, tendo nós também colaborado para o seu sucesso em formação já construída pela enfermeira (O que é a Depressão) à qual acrescentámos subsídios no âmbito do que podem os profissionais de saúde ensinar aos cuidadores sobre como cuidar melhor dos idosos dependentes com sintomatologia depressiva.

Em suma, a vertente prática permite transportar e mobilizar os conhecimentos teóricos, mas também permite adquirir novos e adequar esses conhecimentos ao doente, de forma individualizada e única, sendo esta oportunidade uma das mais importantes. As intervenções executadas e as experiências obtidas permitem-me concluir que mobilizei conhecimentos e adquiri as competências inerentes ao enfermeiro especialista em saúde mental.

7. CONCLUSÃO

A enfermagem de saúde mental abrange um conjunto de saberes e procedimentos específicos que possibilita a ajuda às pessoas com dependência mental, nomeadamente em pessoas com demência, potencializar a sua capacidade funcional, autonomia, independência, interação social, estimulação cognitiva, sentido de vida e apoio aos cuidadores

Apresentámos casos clínicos acompanhados, com recurso à abordagem metodológica do tipo “Estudo de Caso” com alusão à avaliação diagnóstica, ao planeamento, às intervenções terapêuticas e à avaliação da sua eficácia, evidenciando capacidade de reflexão sobre as práticas, demonstrando capacidade de fundamentação das práticas com base na mais recente evidência científica e desenvolvendo uma análise crítica do processo de desenvolvimento de competências clínicas.

Desenvolvemos competências para a assistência de enfermagem avançada à pessoa com problemas de saúde mental para uma prática clínica distinta, especializada, particularmente no que concerne à pessoa idosa dependente mental no domicílio no âmbito do projeto de implementação de uma consulta de enfermagem domiciliária que tem continuidade no âmbito da visitação domiciliária da UCC que nos acolheu no EC II.

O estágio, tendo em conta o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, mas também intervenção concreta na comunidade que nos acolheu por via institucional, consubstanciou-se materialmente no planeamento, implementação e avaliação de uma consulta de enfermagem de saúde mental ao idoso dependente mental que se encontra no domicílio e aos seus cuidadores. Tendo ainda como referencial o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, a relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica segundo a teoria de médio alcance de Lopes (2006) e o modelo de desenvolvimento de competências de (Benner, 2001) tivemos na supervisão, análise prospetiva e reflexão que se quis paradigmática, o desenvolvimento das nossas competências

O nosso percurso académico pelos diferentes contextos foi decisivo na nossa formação, na construção e consolidação de saberes, onde as oportunidades de aprendizagem foram sempre favoráveis e adequadas à área que se pretendia aprofundar, sendo de realçar que, sendo a intervenção de enfermagem de saúde mental um processo global e dinâmico, a nossa intervenção foi dirigida à área que pretendíamos desenvolver competências, mas também a outros utentes, com outras patologias diferentes da área que se pretende explorar, mas que constituíram oportunidades de desenvolver,

melhorar, aprofundar e adquirir conhecimentos, através da procura ativa em conhecer a intervenção de outros profissionais, constituintes da equipa multidisciplinar e participar na avaliação inicial em conjunto com esses profissionais.

Participar em reuniões, debatendo a avaliação e as intervenções delineadas pela enfermagem de saúde mental e monitorizando a sua evolução fez com que a nossa formação se consolidasse e evoluísse com os momentos de reflexão pessoal ou com o tutores sobre a minha prestação, a forma como estávamos a dirigir as nossas intervenções em termos dos resultados esperados, o que deveríamos melhorar e o que existia por explorar, tirando o máximo benefício e o máximo de aprendizagem das experiências vividas.

A realização de planos cuidados em ambos os ensinamentos clínicos permitiu estruturar o trabalho desenvolvido em contexto prático, reavaliar as intervenções, monitorizar os resultados obtidos e por outro lado, organizar os conhecimentos, rever de forma constante os conhecimentos teóricos, sendo que à medida que os ensinamentos clínicos decorriam, a capacidade de avaliação, identificação de necessidades, planeamento e execução das intervenções tornava-se mais completa, estruturada e real.

O desenvolvimento aprofundado de determinados casos clínicos constituem a ponte de ligação entre os conhecimentos adquiridos previamente e os conhecimentos adquiridos em contexto prático, sendo o registo da nossa intervenção a maior arma que o enfermeiro especialista dispõe.

No âmbito da nossa atual atividade profissional de enfermeiro generalista em unidade de cuidados continuados integrados vemos já reconhecidas, pelos pares e pela equipa multidisciplinar, algumas das competências adquiridas nomeadamente na gestão de caso em utentes com patologia concomitante de síndrome demencial, enfermeiro que em conjunto com um médico, uma terapeuta ocupacional e uma gerontóloga estabeleceram o plano institucional de adaptação de atividades e espaços aos idosos com demência nas valências lar, serviço de apoio domiciliário e unidade de cuidados continuados integrados.

No término deste relatório posso afirmar que os campos de ensino clínico bem como a metodologia estruturada no mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, constituíram uma base sólida que permitiram adquirir e mobilizar conhecimentos e competências inerentes ao enfermeiro especialista em saúde mental, bem como ter atingido os objetivos a que me propus inicialmente.

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

ABEYSURIYA, Rajeeva; WALKER, Zuzana - Dementia with Lewy Bodies. **British Journal of Neuroscience Nursing**. ISSN 1747-0307. 11:3 (2015), p. 146–149.

ALZHEIMER PORTUGAL - **Doença de Parkinson e Demência** [Em linha] [Consult. 15 dez. 2015]. Disponível em WWW:<URL:<http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-39-41-doenca-de-parkinson-e-demencia>>.

ALZHEIMER PORTUGAL - **Inibidores da Colinesterase** [Em linha] [Consult. 1 jan. 2016]. Disponível em WWW:<URL:<http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-35-27-inibidores-da-colinesterase>>.

ALZHEIMER PORTUGAL - TRABALHO PREPARATÓRIO PARA A CONFERÊNCIA «DOENÇA DE ALZHEIMER: QUE POLÍTICAS» [Em linha] [Consult. 15 dez. 2015]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.alzheimer-europe.org/content/download/9836/88093/file/Proposed National Strategy by Alzheimer Portugal \(in Portuguese\).pdf](http://www.alzheimer-europe.org/content/download/9836/88093/file/Proposed_National_Strategy_by_Alzheimer_Portugal_(in_Portuguese).pdf)>.

BENNER, Patricia - **De Iniciado a Perito**. Coimbra : Quarteto Editores, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BOLANDER, Verolyn - **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**. 1ª. ed. Lisboa : Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5.

CAIXETA, Leonardo; VIEIRA, Renata Teles - Demência na doença de Parkinson. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. ISSN 15164446. 30, 4 (2008), p.375–383.

CHALIFOUR, Jacques - **A Intervenção Terapêutica- Vol 1- Os Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda**. Loures : Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-05-5.

COLLIÈRE, Marie-Françoise - **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. ISBN 972-757-109-3.

CORDEIRO, J. Dias - O homem e o envelhecimento. Em **Manual de Psiquiatria Clínica**. 2ª. ed. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. p. 687–726. ISBN 9789723109399.

DGS, Direcção-Geral Da Saúde - **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016** [Em linha] Disponível em WWW:<URL:http://www.dgdc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=31>.

DUARTE, Susana - **Continuidade em Cuidados Domiciliários : O Papel do Enfermeiro** [Em linha]. Lisboa : Universidade de Lisboa, 2010. Disponível em WWW:<URL:http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3816>. Dissertação de doutoramento.

ELVISH, Ruth; JAMES, Ian; MILNE, Derek - Lying in dementia care: an example of a culture that deceives in people's best interests. **Aging & mental health**. ISSN 1360-7863. 14:3 (2010), p.255–262.

FFMS-

http://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Coruche+(Munic%C3%ADpio)-6915 [Em linha], atual. 2015. [Consult. 12 out. 2015]. Disponível em WWW:<URL:http://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Coruche+(Munic%C3%ADpio)-6915>.

GALDEANO, Luzia Elaine; ROSSI, Lídia Aparecida; ZAGO, Márcia Maria Fontão - Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. [s.l]. ISSN 0104-1169. 11:3 (2003), p. 371–375.

GASPAR, Elsa - **Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário** [Em linha].Sintra : Universidade Católica Portuguesa, 2011. Disponível em

WWW:<URL:http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8894/1/Elsa_Maria_Martins_Gaspar.pdf>. Relatório de mestrado.

GILLAM, Tony - Creativity and mental health care. **Art&Science**. 16:9 (2013) 24–31.

HOSPITAL RESIDENCIAL DO MAR - **Unidade de Demências e Alzheimer** [Em linha] [Consult. 5 set. 2015]. Disponível em WWW:<URL:http://www.hrmr.pt/pt/servicos-clinicos/unidades-de-internamento/unidade-de-demencias-e-alzheimer/>.

HYETT, Nerida; KENNY, Amanda; DICKSON-SWIFT, Virginia - Methodology or method a critical review of qualitative case study reports. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**. . ISSN 17482631. 9:1 (2014) p. 1–12.

LOPES, Manuel - **De que falamos quando falamos em cuidados psicoterapêuticos? Alguns contributos para a sua conceptualização**. 2015. Artigo não publicado disponibilizado pelo autor como material de apoio. Évora, p 1-19.

LOPES, Manuel - **A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica**. Coimbra : Formasau, 2006. ISBN 972-8485-6-X.

MCCLOSKEY, Joanne C.; BULECHEK, Gloria M. - **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 3ªed. São Paulo: Artmed, 2004. ISBN 857-307-8197.

MELO, Graça - Apoio ao doente no domicílio. Em CASTRO CALDAS, Alexandre ; MENDONÇA, Alexandre, eds. - **A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal**. Lisboa : Lidel, 2005. ISBN 972-757-359-2. p. 183-198.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Unidade de Cuidados na Comunidade** [Em linha], atual. 2010. [Consult. 18 set. 2015]. Disponível em WWW:<URL:http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/04_ucc.pdf>.

OMS - **Dementia: a public health priority** [Em linha]. Genebra: OMS, 2012. Disponível em [WWW:<URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1 >](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1). ISBN 978 92 4 156445 8

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **CIPE Versão 2- Classificação internacional para a prática de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 9789295094352.

PARKINSON, Associação Portuguesa dos doentes de - **Manual do doente de Parkinson**. Lisboa, 2005.

PEPLAU, Hildegard - **Relaciones Interpersonales en enfermería**. Barcelona: Salvat Editores, 1990. ISBN 0-333-46112-6.

PEREIRA, Helder. - **Subitamente cuidadores informais: a experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado**. [Em linha]. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2011. Disponível em WWW: <URL:http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3916/1/ulsd61020_td_Helder_Pereira.pdf>. Dissertação de doutoramento.

PEREIRA, Maria - **Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer : Sobrecarga Física , Emocional e Social e Psicopatologia**. [Em linha]. Porto : Universidade do Porto, 2011. Disponível em <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7152/2/Cuidadores%20Informais%20de%20Doentes%20de%20Alzheimer%20Sobrecarga%20Fis.pdf>>. Dissertação de mestrado.

PHANEUF, Margot - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures : Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.

RYLATT, Paula - The benefits of creative therapy for people with dementia. **Nursing standard (Royal College of Nursing Great Britain)** . ISSN 0029-6570. 26:33 (2012), p.

42–7.

SALGUEIRO, Hugo - **Dinâmica, saúde e qualidade de vida na família do idoso dependente**. [Texto policopiado]. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2006. Dissertação de mestrado.

SANTANA, Isabel *et al.* - The Epidemiology of Dementia and Alzheimer Disease in Portugal: Estimations of Prevalence and Treatment-Costs. **Acta Médica Portuguesa**. ISSN 1646-0758. 28:2 (2015), p. 182–188.

SCHWARZKOPF, Larissa *et al.* - Are community-living and institutionalized dementia patients cared for differently? Evidence on service utilization and costs of care from German insurance claims data. **BMC health services research**. ISSN 1472-6963. 13(2013), p. 1-12.

SCML - **Doenças Neurodegenerativas** [Em linha] [Consult. 1 jan. 2015]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scml.pt/pt-PT/areas_de_investigacao/doencas_neurodegenerativas/informacao_geral/>.

SEQUEIRA, Carlos - **Introdução à Prática Clínica**. 1ª ed. Coimbra : Quarteto, 2006. ISBN 989-558-083-5.

SEQUEIRA, Carlos - **Cuidar de idosos dependentes**. 1ª. ed. Coimbra : Quarteto, 2007. ISBN 978-989-558-092-7.

SEQUEIRA, Carlos - **Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental**. Lisboa : Lidel, 2010. ISBN 978-972-757-717-0.

SERRANO, M; COSTA, A.; COSTA, N. - Cuidar em Enfermagem : como desenvolver a (s) competência (s). **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. 3:3 (2011), p. 15–23.

SOTTOMAYOR, Margarida; LEITE, Manuela - Implicações psicológicas da experiência informal de cuidar. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Porto. ISSN 1647-2160. 5, p.37–44.

SOUSA, Dulce - **Consulta De Enfermagem Ao Idoso No Domicílio** [Em linha]. [s.l], Ordem dos Enfermeiros- Secção Regional da R.A Madeira, [s.d] Disponível em WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos Enfermeiros/Consulta de Enfermagem ao Idoso no Domic?lio - Enf Dulce Silva - Enfermeira Especialista.pdf>.

Sítio do Hospital do Mar - [Em linha] Disponível em WWW:<URL:http://www.hrmar.pt/pt/>.

TATSCH, Mariana Franciosi; NITRINI, Ricardo; NETO, E. Mario Rodrigues Louzã - Demência com corpúsculos de Lewy: Uma entidade distinta com tratamento específico? **Revista Brasileira de Psiquiatria**. [s.l]. ISSN 15164446. 24:3 (2002), p. 152–156.

TOMEY, Ann.; ALLIGOOD, Martha - **Teóricas de Enfermagem e sua obra: (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª. ed. Loures : Lusociência, 2004. ISBN 978-972-8383-74-9.

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE CORUCHE- PONTE PARA A SAÚDE - **UCCoruche Plano de Ação 2014-2016**. Coruche : [s.n.].

ANEXOS