



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Intervenções do Enfermeiro especialista
em enfermagem de saúde mental e
psiquiátrica ao Cuidador informal do
doente com demência**

Vânia de Jesus Horta Rodrigues

Orientação: Ana Paula Banza Zarcos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Intervenções do Enfermeiro especialista
em enfermagem de saúde mental e
psiquiátrica ao Cuidador informal do
doente com demência**

Vânia de Jesus Horta Rodrigues

Orientação: Ana Paula Banza Zarcos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

AGRADECIMENTOS

Todo o percurso realizado, vivências e experiências, possibilitaram um crescimento pessoal, académico e profissional.

Deste modo, agradecer à família, aos amigos, à Professora orientadora, Paula Zarcos, e à enfermeira orientadora de estágio, Paula Colaço, pelo apoio incondicional e coragem e motivação nos momentos menos fáceis e pelo reforço positivo nas pequenas conquistas do quotidiano.

A estas pessoas é dedicado o trabalho que agora se apresenta.

RESUMO

A demência mantém-se uma das patologias mais graves e incapacitantes em Portugal, à qual está associada a sobrecarga dos cuidadores informais destes doentes. Torna-se importante explorar todas as dimensões da demência para implementar respostas eficazes. Assim, surge a necessidade de criação de um projeto de intervenção terapêutica para capacitar os cuidadores informais de idosos com demência e alterar as respostas dos mesmos à sobrecarga associada ao cuidar destes doentes. O projeto desenvolveu-se através da reativação de um grupo de cuidadores informais. Os dados recolhidos, através de questionários específicos, foram analisados e, com base nessa análise implementaram-se intervenções de enfermagem adequadas às necessidades do grupo. Com a implementação do projeto, observa-se que as médias referentes aos níveis de sobrecarga e de ansiedade se encontram elevadas, o que tornou fundamental a implementação de intervenções de enfermagem especializadas ao grupo.

Palavras-chave: Cuidador informal; Demência; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

ABSTRACT

Dementia remains one of the most serious and incapacitating pathologies in Portugal, which is associated with the overload of informal caregivers of these patients. It is important to explore all the dimensions of dementia to implement effective responses. Therefore, it emerges the need to create a therapeutic intervention project to empower informal caregivers of elderly with dementia and to change their responses to the overload associated with caring for these patients. The project was developed through the reactivation of a group of informal caregivers. The collected data, through specific questionnaires, were analyzed and, on basis of this analysis, nursing interventions appropriate to the needs of the group were implemented. With the implementation of the project, it is notice that the averages for the levels of overload and of anxiety are high, which made the implementation of specialized nursing interventions to the group essential.

Keywords: Informal Caregiver; Dementia; Mental Health and Psychiatric Nursing.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Cuidador informal e pessoa cuidada	26
Tabela 2 - Resultados da aplicação da Escala de Zarit ao grupo em estudo	48
Tabela 3 - Parâmetros estatísticos decorrentes da aplicação da Escala de Zarit ao grupo em estudo.....	49
Tabela 4 - Resultados da aplicação da Escala de Hamilton ao grupo em estudo	51
Tabela 5 - Parâmetros estatísticos decorrentes da aplicação da Escala de Hamilton.. ao grupo em estudo.....	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Resultados da aplicação da Escala de Zarit ao grupo em estudo..... 49

Gráfico 2 - Resultados da aplicação da Escala de Hamilton ao grupo em estudo..... 51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

DPSM - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

IAS - Indexante dos apoios sociais

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPIA - Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

UIP - Unidade de Internamento em Psiquiatria

ULSBA - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO.....	10
2.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
2.1.	Conceito de saúde mental no idoso	17
2.2.	Demência e prestação de cuidados	18
2.3.	Cuidador informal.....	21
2.4.	Questões éticas e legais.....	22
2.5.	Estatuto do cuidador informal	25
2.6.	Modelo teórico de Betty Neuman.....	27
2.7.	Intervenções psicoeducativas para cuidadores	29
3.	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	33
4.	METODOLOGIA.....	37
4.1.	Diagnóstico de situação	38
4.2.	Definição de objetivos	39
4.3.	Fase de planejamento	40
4.4.	Fase de execução	43
4.5.	Fase de avaliação	45
5.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	47
5.1.	Análise sociodemográfica	47
5.2.	Análise estatística relativa à escala de Zarit.....	48
5.3.	Análise estatística relativa à escala de Hamilton.....	50
6.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	53
7.	CONCLUSÃO.....	62
8.	BIBLIOGRAFIA.....	66

ANEXOS	LXXVI
ANEXO I – PLANO DE SESSÃO RELAXAMENTO DE JACOBSON .	LXXVII
ANEXO II - PLANO DE SESSÃO RELAXAMENTO DE SCHULTZ ...	LXXXII
ANEXO III - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL	XC
ANEXO IV - ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR – ESCALA DE ZARIT	XCII
ANEXO V- ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON	XCIII
ANEXO VI- AUTORIZAÇÃO COMISSÃO ÉTICA.....	XCIV
APÊNDICES.....	XCV
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	XCVI
APÊNDICE B – CONSENTIMENTO INFORMADO	XCVII
APÊNDICE C – ARTIGO	C
APÊNDICE D – CONVOCATÓRIA AOS CUIDADORES INFORMAIS	CIV
APÊNDICE E – PLANOS DAS SESSÕES REALIZADAS	CV

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, afeto à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Salienta-se ainda que este trabalho segue as diretrizes do novo acordo ortográfico português, tendo sido utilizado a norma de referência da American Psychological Association – APA na 6ª edição.

Os objetivos deste relatório são refletir sobre a aquisição de competências comuns, competências específicas de EEESMP (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica) e competências de mestre e desenvolver e demonstrar capacidade de reflexão sobre as práticas realizadas ao longo do estágio e de comunicação das conclusões.

O trabalho que agora se consubstancia, numa primeira instância, alicerçou-se e encontrou significado em vivências profissionais e percurso formativo. O percurso académico e prática profissional realizados até agora foram, ao longo do tempo, contribuindo para uma motivação crescente no sentido de desenvolver uma prática voltada para a saúde mental.

Através da experiência no terreno foi adquirida perceção relativamente ao aumento de patologias associadas à saúde mental, facto que levou à ponderação da utilidade e contributo profissional nesta área em concreto. O foco motivacional centrou-se, assim, na pretensão de expansão do saber, adquirindo maior conhecimento e novas competências, com o intuito de alcançar um maior desenvolvimento como profissional e como indivíduo.

A prática quotidiana possibilitou o enriquecimento de competências, no âmbito do exercício profissional da enfermagem na área em causa, bem como de uma visão abrangente do contexto inerente ao seu exercício, realçando potencialidades, constrangimentos e necessidades. Foi este contacto com o contexto, bem como com os demais profissionais, que levou a trabalhar o universo dos cuidadores informais. De

facto, havia indicadores concretos de que esta seria uma das maiores necessidades no serviço de Gerontopsiquiatria, do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM), da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), o que permitiu retomar uma prática anteriormente iniciada, mas temporariamente interrompida por falta de meios humanos, a dinamização de um grupo de apoio a cuidadores informais. Importa salientar que, desde o término do estágio e até à atualidade, a equipa de Gerontopsiquiatria continua o presente projeto, tendo mesmo ficado calendarizadas as restantes sessões de literacia para a saúde, com os cuidadores informais, até ao final do ano 2020.

Não obstante, o contacto quotidiano com doentes do serviço de Gerontopsiquiatria trouxe a noção da problemática associada ao envelhecimento e, em particular, ao acompanhamento dos idosos que poderão ser detentores de patologias do foro psiquiátrico. De facto, o aumento da esperança média de vida afigura-se, atualmente, como uma das conquistas mais positivas da nossa sociedade (OMS, 2001).

A doença mental, segundo o Relatório de Saúde Mental, da Organização Mundial de Saúde (OMS), atinge cerca de 450 milhões de pessoas no universo mundial (OMS, 2001). De acordo com o revelado no Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), as doenças de foro mental são responsáveis por 50% das dez principais razões de incapacidade e consequentemente dependência.

A longevidade do ser humano de hoje remete-nos para questões que vão surgindo com o avanço da idade concomitantemente com as doenças que geram incapacidade e dependência de terceiros por longa duração. É neste contexto que surgem os cuidadores informais. Trata-se de alguém, geralmente do seio familiar, que assume a função de prestar cuidados e zelar pelo bem-estar do indivíduo que apresenta limitações (OMS, 2001).

A demência é uma doença de foro mental que afeta a sociedade em geral, sem exclusões de género ou etnias, não sendo, por isso, identificadas características afetas apenas a um grupo específico (American Psychiatric Association, 2014).

Em todo o mundo a demência é identificada como uma das principais causas de incapacidade e dependência, levando à exigência da disponibilidade dos cuidadores informais. Estima-se que, anualmente, 9,9 milhões de indivíduos são diagnosticados com demência e, caso se mantenham as tendências identificadas, esse número poderá duplicar até 2030 (74,7 milhões de doentes) e triplicar até 2050 (131,5 milhões de doentes). Desta forma, pode-se estimar que exista um número correspondente de cuidadores informais dando resposta e cuidados a esses doentes (Direção Geral da Saúde, 2016.).

Os cuidadores informais são, muitas vezes, colocados numa situação sem alternativa, relegando as suas próprias necessidades e bem-estar para segundo plano. A evolução da doença e a exigência a que obriga desenvolve, progressivamente, nos cuidadores informais desgaste e sobrecarga e assim reduz as suas condições e qualidade de vida (Meijer, et al., 2004).

Uma doença de foro mental, grave e incapacitante, bem como a sua integração numa família, obriga a um determinado conjunto de adaptações do agregado que permaneçam flexíveis perante contratemplos e alterações imprevistas que vão surgindo. Estas alterações, embora muitas vezes possam parecer insignificantes, como a mudança de horários ou a execução de novas tarefas, provocam um estado de alerta e de criação de uma consciência quanto à imprevisibilidade, obrigando mesmo à renovação e aquisição de novos conhecimentos para lidar com a vicissitude que no momento se coloca (Sequeira, 2010).

Embora estas mudanças afetem todo o agregado familiar, é o cuidador direto, habitualmente apenas um elemento dentro do agregado familiar, que sentirá o maior impacto, sendo este que assumirá todas as atividades e cumprimento de resposta às necessidades e prestação de cuidados ao elemento doente (Braithwaite, 2000). Este impacto, resultante da responsabilidade com que se depara, trará uma realidade nova e com implicações, uma vez que o grau de afetação é elevado e poderá dizer-se que invasivo ao ponto de adulterar a sua vida até ao momento com mudanças profundas a nível pessoal, laboral, social e mesmo familiar (Martins, Ribeiro, & Garrett, 2003).

Sabendo-se que o cuidador informal assume em si mesmo, muitas vezes sem outros elementos para repartir a responsabilidade, todos os cuidados no domicílio, é necessário que obtenha conhecimentos acerca da doença e do modo como lidar com a mesma, mas sobretudo que assuma o cuidado de si mesmo dando relevo ao seu autocuidado, estando em alerta para todas as exigências que uma tarefa a este nível implica quer a nível físico, quer a nível psicológico (Cardoso, Vieira, Ricci, & Mazza, 2011; Pereira, 2011).

É neste contexto que se torna evidente que os cuidadores informais podem ser referenciados como um grupo vulnerável. A prestação contínua de cuidados a outrem, sob uma possível hipoteca de si próprio pode torná-los num grupo em risco, colocando em causa o seu estado de saúde geral e, em particular, a sua saúde mental e psiquiátrica. Sendo um grupo vulnerável, a sua situação de risco fundamenta a necessidade de criação de programas específicos de prevenção e atuação junto dos cuidadores informais, intervindo no sentido de lhes facultar auxílio e competências que contribuam para o aumento do seu bem-estar. Esta é uma das áreas que torna relevante a ação especializada da enfermagem. Podendo, entre outras, fazer incidir a sua representatividade através da intervenção psicoeducativa, potenciando o auxílio às famílias e pessoas com doença mental e contribuindo para desenvolverem e atingirem o equilíbrio necessário (Pereira, 2011).

Torna-se imperativo que os cuidados de saúde primários estejam sensibilizados e preparados para um acompanhamento de todos os elementos que se pretendem devidamente informados. Esta proximidade, torna os enfermeiros, logo após as famílias, os elementos mais chegados ao contexto desafiante em que vivem os cuidadores informais e os doentes, sendo valorizado o seu papel no processo de acompanhamento, tratamento, recuperação do doente com doença mental, assim como no processo informativo relativamente ao cuidador informal (Wright & Leahey, 2002).

Decorrente dos aspetos anteriormente elencados, os cuidadores informais, tendo em conta os seus contextos e limitações, constituem-se como grupo de estudo revestido de grande interesse e relevância científica e prática. É neste domínio que se consubstancia o propósito do projeto que agora se apresenta.

Este tem como objetivo geral capacitar o grupo de cuidadores informais de idosos com demência.

Desta feita, como objetivos específicos foram definidos:

- Analisar o nível de sobrecarga e de ansiedade, provenientes do cuidado à pessoa com demência, dos cuidadores informais, seguidos na consulta de Gerontopsiquiatria do DPSM da ULSBA;
- Implementar intervenções de enfermagem para dar resposta às necessidades e dificuldades encontradas no grupo de cuidadores informais.

A sustentabilidade do estudo desenvolvido enraizou-se num enquadramento teórico que se procurou sólido. Como tal, apostou-se numa revisão bibliográfica consistente e que pretendeu contextualizar a temática nos seus diferentes conceitos dominantes, como sejam saúde mental no idoso, demência e prestação de cuidados, cuidador informal, modelo teórico de Betty Neuman, estatuto do cuidador informal e intervenções psicoeducativas. Esta fortaleceu-se com a elaboração de um artigo científico (Apêndice C) com pergunta de partida: “Qual a relação existente entre a sobrecarga e a ansiedade nos cuidadores informais da pessoa com demência”, estruturado no sentido de estudar a relação entre a sobrecarga e a ansiedade sentidas pelos cuidadores informais. Este mesmo artigo, (Apêndice C), foi elaborado tendo por base uma revisão bibliográfica sobre esta temática, baseando-se em publicações dos últimos dez anos.

O estudo que analisa a sobrecarga e a ansiedade provenientes do cuidado à pessoa idosa com demência, facilita a caracterização do grupo e das suas necessidades e dificuldades, o que permitiu a dinamização de sessões participadas para um grupo de cuidadores informais como forma de ajuda a esses mesmos cuidadores informais. Estas sessões surgiram das necessidades e dificuldades encontradas e referidas pelos cuidadores informais e visaram trabalhar competências ao nível da literacia para a saúde, dinâmicas de grupo e promover momentos de relaxamento, consoante as necessidades do grupo em causa. Estas sessões tiveram duração de cerca de uma hora e realizaram-se uma vez por semana ou de quinze em quinze dias no DPSM da ULSBA, num total de dez sessões, incluindo não só as sessões de literacia para a saúde mas

também as sessões de relaxamento. A primeira sessão de literacia para a saúde denominou-se “Cuidar de si”, a segunda sessão de literacia para a saúde intitulou-se “Gerir o *stress*” e a terceira sessão de literacia para a saúde apelidou-se “Estratégias de *coping*”, seguidamente, o grupo participou em dois tipos diferentes de sessão de relaxamento, de Schultz e de Jacobson. Cada sessão de literacia para a saúde e de relaxamento foi repetida para que todos os cuidadores informais pudessem comparecer e participar. Este estudo implicou a aferição de um conjunto de parâmetros com recurso a instrumentos que avaliam a perceção dos participantes sobre um conjunto de aspetos relacionados com a sua sobrecarga e a ansiedade enquanto cuidadores informais. A recolha de dados foi realizada através da entrevista e do exame geral do doente mas também através de questionários vocacionados para uma caracterização sociodemográfica, bem como através de instrumentos como a Escala de Ansiedade de Hamilton (Hamilton, 1959) e a Escala de sobrecarga de Zarit (Zarit, Reever, Back-Peterson, 1980). A escolha destas escalas deveu-se ao facto de serem mais fáceis de comparar, são escalas muito utilizadas noutros estudos recentes e porque são as escalas que já estavam em utilização no DPSM da ULSBA.

Esta iniciativa surge na decorrência da noção e, simultaneamente reforça-a, de que é necessário destacar-se não apenas o cuidado dos doentes com demências, nomeadamente os com idade mais avançada, mas também se deve destacar a intervenção e apoio aos seus cuidadores informais, contribuindo para a manutenção do seu bem-estar, reforçando-os de forma a serem capazes de continuar a cuidar.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“Conceptualizar ... forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo” (Fortin, 2000, p.39).

Com o aumento da esperança média de vida, surge, nas discussões sobre saúde no século XXI, o desafio de construir estratégias para otimizar o suporte a pessoas nesta fase da vida (Lynn & Barbara, 2008).

A demência é uma das doenças progressivas relacionadas ao envelhecimento que acarreta mais complexidade, o que traz implicações claras à prática dos profissionais de saúde. Ademais, emergem, também, desafios para os cuidadores informais associados à pessoa com demência, os quais acarretam, na maioria dos casos, a vivência de um quotidiano em sobrecarga. É fulcral desenvolver respostas adequadas que permitam diminuir esta sobrecarga, melhorar a qualidade de vida e, ainda, que os cuidadores prestem cuidados em casa por períodos mais longos antes da institucionalização (Lynn & Barbara, 2008).

Sendo a sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas com demência uma realidade cada vez mais evidente, tal assume reflexos generalizados, quer a nível físico, quer a nível mental. Tal como mencionado no artigo científico (Apêndice C), onde se baseou grande parte da parte teórica deste projeto, foram encontradas evidências significativas neste sentido, uma vez que se obtiveram conclusões que apontavam para a presença de pelo menos uma condição sintomática em 73,7% dos cuidadores informais participantes no estudo (Riedel, Klotsche & Wittchen, 2016).

No entanto, as intervenções multidisciplinares centradas no cuidador informal têm mostrado resultados com melhorias consistentes, resultando, por inerência, numa institucionalização mais tardia dos pacientes com demência. Assim, torna-se claro que

os profissionais de saúde devem abordar este tema de forma preventiva, promovendo uma detecção precoce e uma resposta rápida e ajustada. De uma forma geral, reduz não só os custos pessoais como sociais associados à institucionalização e promove a criação de serviços de apoio domiciliares (Riedel, Klotsche & Wittchen, 2016).

2.1. Conceito de saúde mental no idoso

Em 1946 a OMS definiu o conceito de saúde como, “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2001). Não obstante, outros contributos foram sendo defendidos, demonstrando-se que esta não tem uma definição estanque, uma vez que o conceito de saúde, assim como o conceito de doença, diferem de pessoa para pessoa, consoante o seu projeto pessoal de vida assim como as suas perspetivas e experiências relativas à saúde, doença e cuidados (Ayres, 2007). A saúde, apresenta-se assim como um processo em desenvolvimento ao longo dos anos e durante um espaço de tempo, acompanhando todo o processo de crescimento do indivíduo, incluindo as diferentes dimensões corporais, mentais e emocionais assim como a sua relação. Não se pode, pois, pensar na saúde ou na falta dela sem que se inclua o funcionamento integral do organismo com a interação social (Joia, Ruiz & Donalísio, 2008). Identifica-se uma definição de algo que se apresenta num determinado momento, um estado de vida que está aberto à influência de fatores físicos, emocionais, sociais, económicos e ambientais (Albuquerque & Matos, 2006).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001):

“a saúde é o estado, e simultaneamente, a representação mental sobre a condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto, emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo; portanto, não podendo ser tido como conceito oposto ao conceito de doença” (p.08).

Relativamente aos cuidados em saúde mental, esta destaca como uma prioridade o envelhecimento populacional tornando os idosos uma preocupação acrescida. Dado o crescente índice de população idosa e as suas necessidades de intervenção, ao nível psicológico equaciona-se a necessidade de uma intervenção refletida no que diz respeito ao cuidado em saúde mental (Rogers, & Pilgrim, 2010).

Atualmente, estamos perante uma sociedade que cuida dos seus e com isso, impulsionado pelas mudanças e evoluções da ciência, que assegura de forma mais eficaz o bem-estar e qualidade de vida dos idosos, é possível usufruírem de intervenções que lhes conferem recompensas a vários níveis (Rogers & Pilgrim, 2010).

O envelhecimento persegue a sua evolução com a consciência de que o mesmo implica riscos quer físicos, quer de saúde mental, implicando perdas significativas a vários níveis como é o caso dos familiares, dos amigos, até mesmo da própria motricidade. Esta perda torna as políticas sociais e de saúde, atentas às necessidades, estabelecendo a intervenção precoce como medida primária onde se pretende envolver o idoso mantendo-o ativo e envolvido, não perdendo sensação de pertença através de desenvolvimento de estratégias, disponibilidade de cuidados de enfermagem especializados, para que o idoso e o seu cuidador consigam superar da melhor forma os constrangimentos intrínsecos ao contexto (Mary & Arlete, 2015).

“Para fornecer apoio emocional aos idosos, não basta apenas estar ao seu lado, é necessária a aproximação não apenas física dos filhos e amigos, mas que estes sejam capazes de amparar e suprir as necessidades afetivas e sociais do idoso” (Tier, Fontana, & Soares, 2004, p. 333).

2.2. Demência e prestação de cuidados

A demência é identificada como um conjunto de sinais e sintomas, que se apresentam de cariz crónico e progressivo, levando a que a degeneração/degradação das

funções cognitivas evolua limitando a capacidade de organização do raciocínio e pensamento, agravando-se com o passar da idade (Apóstolo, 2010).

Neste seguimento, um doente com esta doença mental vai reduzindo a sua autonomia passando a ser dependente. Tal condição exige que o cuidador informal fique limitado na sua autonomia e autorrealização, assim como cristalice a sua competência a nível intelectual e emocional. Esta quase suspensão da vida do cuidador informal, leva-o, muitas vezes, a perder o sentido da vida, tornando o seu sofrimento e desconforto cada vez maior (Apóstolo, 2010).

No que concerne à síndrome demencial, deve referir-se que a doença se apresenta de variadas formas, sendo detentora de um largo espetro de sintomatologias associadas, ou seja, numa primeira fase pode apresentar-se através de esquecimento de assuntos, dificuldade na execução de tarefas complexas; Numa segunda fase, considerada intermédia, destaca-se por apresentar alterações profundas de memória, perda de orientação, não reconhecimento facial ou da identidade pessoal ou de outros, perda de capacidade de comunicação, ainda ao nível comportamental poderá apresentar momentos de agressividade, desinibição e perda de limites sociais, repetição; Enquanto, numa terceira fase, mais determinante e de limite, a fase de doença grave, o doente chega a tornar-se muitas vezes totalmente dependente perdendo por completo a sua funcionalidade motora e intelectual não sendo capaz de executar ou produzir nenhuma das suas atividades do quotidiano podendo até acamar (American Psychiatric Association, 2014).

Identificadas como as quatro causas mais frequentes de doença mental, na prática clínica, destacam-se a doença de Alzheimer, a demência vascular a demência com corpos de Lewy e a demência frontotemporal (American Psychiatric Association, 2014).

São variados os fatores que levam à demência, nomeadamente a idade portanto, com o envelhecimento, o risco de demências aumenta principalmente após os 65 anos de idade. Outro fator relevante é o histórico familiar pois, com a incidência de demências no seio familiar, a prevalência de risco aumenta, podendo vir a desenvolver-se essa patologia. No entanto, pode não se apresentar como regra, uma vez que existem casos em que não se desenvolve a doença e em situações de histórico negativo passam a

desenvolver. Existem ainda fatores que podem ser prevenidos como é o caso da aterosclerose, da hipertensão arterial, do colesterol elevado, da depressão, da diabetes, dos altos níveis de estrogénio, da obesidade, do tabagismo (American Psychiatric Association, 2014).

Relativamente aos sintomas, e de forma abrangente, é possível identificar no indivíduo com a patologia sintomas como perturbações do humor (depressão, ansiedade e elação do humor) numa fase mais inicial da doença. Agitação psicomotora, principalmente em estados moderados a graves, associada a confusão ou frustração, perturbações do sono, incluindo insónia, hipersónia e alterações do ritmo circadiano, apatia caracterizada por diminuição da motivação, e ainda ocorrências de extroversão exacerbada ou desinibição são sintomas que se instalam (American Psychiatric Association, 2014).

Como indicado anteriormente, um dos principais fatores de risco para o surgimento da patologia prende-se com a idade, sendo que a probabilidade de sofrer de demência aumenta com o passar dos anos, duplicando o risco, aproximadamente, a cada 5 anos (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues, & Carvalho, 2015). O sexo feminino está associado a um maior risco de ocorrência, facto que se associará ao facto de as mulheres terem uma maior esperança de vida (American Psychiatric Association, 2014).

Neste contexto, o cuidador e a sua função vão evoluindo em uníssono, acompanhando as fases anteriormente enunciadas. Na primeira fase, as funções de um cuidador informal concretizam-se pelo apoio emocional, bem como ajuda com tarefas domésticas e atividades financeiras, as quais poderá ir monitorizando. Numa segunda fase, os cuidados são redobrados, sendo necessário garantir as necessidades ao nível do cuidado pessoal. Numa fase de doença grave, será necessária total supervisão e garantia de todos os cuidados para a subsistência do bem-estar mínimo do doente, substituindo-o em qualquer atividade de forma permanente (World Health Organization, 2012).

2.3. Cuidador informal

O cuidador informal é aquele que presta cuidados que o recetor já não possui a capacidade de realização. Um cuidador informal é, na sua maioria, um familiar. De facto, na União Europeia 90% dos cuidadores são familiares (Sequeira, 2010).

O apoio prestado pelos diferentes cuidadores pode ser de dois tipos: apoio psicológico, ligado à satisfação da vida e ao bem-estar psicológico; e apoio instrumental, que presume ajuda física em situações de diminuição das capacidades funcionais e perda de autonomia física temporária ou permanente (Paúl, 1997).

Na decorrência do envolvimento intrínseco dos cuidadores informais e da exigência dos cuidados prestados, surgem consequências. Com efeito, os cuidados prestados a doentes com demência potenciam a fadiga e o enfraquecimento físico e emocional do cuidador. Este estado de debilidade, instalado frequentemente de forma progressiva e por um período contínuo de tempo, por vezes demasiado prolongado, pode levar a uma sobrecarga e esgotamento maior. Nestes contextos, o cuidador informal encontra-se perante uma situação desafiante uma vez que, para além de ser o suporte da pessoa doente, é também o suporte para a família (Richardson & Gaertner, 2013).

Ser cuidador informal de um doente com doença prolongada representa, desta feita, viver um contexto de situação de crise geradora de vários constrangimentos e consequente *stress*, colocando em causa o equilíbrio funcional do agregado familiar e implicando o funcionamento pessoal, caso a situação seja nova para o cuidador (Nascimento, Moraes, Silva, Veloso & Vale, 2008).

Não obstante, esta prevista adaptação nem sempre ocorre como estimado. O cuidar de uma pessoa com demência implica o contacto com situações que aumentam os níveis de sobrecarga mesmo quando comparado com doentes com apenas limitações físicas. Esta diferença prende-se com os episódios comportamentais associados à demência que obrigam a uma vigilância e estado de alerta redobrado. Com o estado alerta constante e a necessidade de vigiarem o doente para seu próprio bem, os cuidadores atingem níveis de bem-estar reduzidos, o que os leva a situações depressivas influenciando a sua própria perceção e autocuidado/eficácia (Schulz & Martire, 2004).

Comparativamente a cuidadores de outras patologias, nestes, a tendência para depressão e sobrecarga é superior (Pinquart & Sorensen, 2003). Sequeira (2010), refere que no contexto do idoso dependente com demência, os aspetos que provocam uma maior sobrecarga estão relacionados com a “necessidade de repetir as mesmas coisas”, “dar frequentemente as mesmas orientações”, “ser paciente”, “compreender as atitudes e comportamentos do idoso” e “lidar com as alterações a nível de comportamento a nível social” (Sequeira, 2010, p.311).

2.4. Questões éticas e legais

De forma a um correto desenvolvimento do presente projeto, foi assegurado o cumprimento de todas as orientações éticas e deontológicas associadas à profissão de Enfermagem. Foi ainda salvaguardada a participação livre e informada através da partilha de informação sobre as intervenções e os objetivos do estudo de forma a obter o seu consentimento para a participação no projeto de intervenção. Ao longo do mesmo foi salvaguardada a autonomia dos intervenientes, respeitando as suas opções e interesses individuais incluindo o direito ao cancelamento da sua participação. Relativamente aos dados, os mesmos forma respeitados pelo princípio da confidencialidade destinando-se, exclusivamente, ao processo de desenvolvimento do estudo, assegurando o anonimato da sua identificação. Trata-se de um processo que avança para uma dimensão da vida pessoal e íntima dos intervenientes onde na maioria das vezes se integram assuntos sensíveis e reveladores de sofrimento e angústias. Desta forma a preparação do enfermeiro é importante, sobretudo garantir o cuidado necessário quanto às intervenções de forma a, empaticamente, compreender a fragilidade que essa abordagem pode criar (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

“Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Sempre associada à procura da verdade, exige rigor, isenção, persistência e humildade” (Martins, 2008, p.62),

“Todo o investigador está sob responsabilidade penal, civil e deontológica, no que concerne às leis e às regras internas que regem as associações profissionais. O investigador tem também obrigações e responsabilidades morais para com a sociedade, a comunidade científica e os participantes nos projetos de investigação” (Fortin, 2000, p.116),

“devem ser vistas como uma efectiva proteção da pessoa e não como um entrave ao desenvolvimento científico, uma vez que este só é pertinente quando ao serviço do Homem e sempre garantindo o pleno respeito pela sua dignidade” (Martins, 2008, p.63).

Nesta sequência, a Enfermagem enquanto profissão, bem como toda a sua ação concertada, surge regulada através do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE, 2015), em articulação com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) onde são elencados os princípios éticos e deontológicos a cumprir, incluindo-se orientações quanto à investigação (OE, 2015).

No mesmo Código, salienta-se o princípio geral da “preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.” (Artigo 99.º, nº 1); os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros de "respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados" (Artigo 99.º, nº 3, alínea b) e de "excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais" (Artigo 99.º, nº 3, alínea c).

No que concerne aos deveres deontológicos, em geral o Código no seu artigo 100º, preconiza ainda que o enfermeiro assume o dever de: “Cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; b) Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega; c) Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional; d) Ser solidário com a comunidade, de modo especial, em

caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competência; e) Assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional”(OE, 2015, artigo 100.º).

No que diz respeito aos deveres de informação (artigo 105º) que indica " Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (alínea b); os deveres de sigilo, “...Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.” (Artigo 106º, alínea d).

Outras questões que são essenciais prendem-se com o garante do anonimato e confidencialidade, o que irá sedimentar a relação entre o investigador e o sujeito da amostra, os deveres de " Respeitar a intimidade da pessoa e protege-la de ingerência na sua vida privada" (artigo 107º), os deveres de salvaguardar os direitos das crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência sem excluir ou desvalorizar a importância da prestação de cuidado à pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa; (artigo 102º, dos valores humanos).

Os contextos em que a enfermagem se movimenta implicam, frequentemente, a abordagem de situações revestidas de grande fragilidade dos indivíduos quer ao nível físico, quer ao nível psicológico. Assim, a sua atenção e cuidado deve ser redobrado no sentido primário da proteção dos mais vulneráveis.

Face ao exposto, a atividade investigativa em Enfermagem aparece balizada por normativos éticos e deontológicos, espelhados em códigos e procedimentos legais que regem a conceção, planificação e implementação de qualquer projeto ou abordagem. Daqui decorre que a implementação de qualquer projeto de investigação nesta área pressupõe a existência de um consentimento prévio livre e esclarecido dos envolvidos (Apêndice B), o qual deve ser escrito e acompanhado de explicação clara. Desta forma, a realização de um trabalho académico numa instituição tem de estar devidamente autorizado pela representação da organização (Nunes, 2013).

Desta feita, a implementação do projeto requereu autorização prévia por parte da Direção do DPSM da ULSBA, (Anexo VI), bem como o consentimento informado, (Apêndice B), dos elementos da amostra.

Importa, ainda referir que as intervenções durante as investigações podem ter uma componente invasiva do ponto de vista dos indivíduos, interferindo nos seus direitos essenciais. Torna-se primordial acionar mecanismos adequados, protegendo e preservando esses direitos (Fortin, 2000).

2.5. Estatuto do cuidador informal

O estatuto do cuidador informal é uma temática bastante debatida na última década dada a sua necessidade de reconhecimento. Em fevereiro de 2019, o Governo aprovou novos apoios para os cuidadores informais (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019).

Foram estabelecidas um conjunto de medidas de apoio ao cuidador informal e regulados os seus direitos e deveres, garantindo e assegurando o adequado cuidado dos dependentes assim como prevenir situações de risco de pobreza e de exclusão social. Encontra-se, assim, regulado e aprovado o estatuto de cuidador informal, o qual passa a ser alvo de uma breve referência. Neste sentido, é primeiramente assegurada e estabelecida a distinção entre os diferentes conceitos de cuidadores, passando a existir dois tipos de cuidadores, um informal principal e outro não principal. No entanto, apenas no primeiro caso, o cuidador que não exerce nenhuma atividade profissional poderá beneficiar de um subsídio que terá obrigatoriamente de requerer, tal como demonstrado na tabela 1 (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019):

Tabela 1 - Cuidador informal e pessoa cuidada

Cuidador Informal		Pessoa Cuidada
Principal	Não principal	
<ul style="list-style-type: none"> •Familiar até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada; •Acompanha e cuida desta de forma permanente; •Vive com ela em comunhão de habitação; •Não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada. 	<ul style="list-style-type: none"> •Familiar até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada; •Acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente; •Pode auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada; •Pode ou não viver em comunhão de habitação. 	<ul style="list-style-type: none"> •Quem necessita de cuidados permanentes por se encontrar em situação de dependência e seja titular de uma das seguintes prestações sociais: (Complemento por dependência de 2.º grau; • Subsídio por assistência de terceira pessoa); •Pode ainda considerar-se pessoa cuidada, os beneficiários de complemento por dependência de 1.º grau, mediante avaliação específica das Juntas Médicas.

(Fonte: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019)

Segundo o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2019), importa destacar o seguinte:

- criação de um subsídio de apoio ao cuidador informal principal a atribuir mediante condição de recurso;
- o subsídio a atribuir ao cuidador principal depende do rendimento do agregado familiar não ser superior a uma percentagem, ainda não definida, do indexante dos apoios sociais (IAS);
- acesso ao regime de Seguro Social Voluntário através da introdução no Código Contributivo de uma taxa contributiva específica, de 21,4%, para proteção nas eventualidades de velhice, invalidez e morte;
- promoção de medidas que facilitem a integração no mercado de trabalho, findos os cuidados prestados à pessoa cuidada.

Para usufruírem das medidas estabelecidas devem identificar-se e solicitar o seu reconhecimento enquanto cuidador informal através de um requerimento apresentado nos Centros Distritais de Segurança Social (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019).

2.6. Modelo teórico de Betty Neuman

Um bom acompanhamento dos cuidadores informais aquando das intervenções realizadas implica o estabelecimento de um enquadramento teórico suportado por bases sólidas ancoradas em modelos teóricos de práticas de enfermagem. Por outro lado, a adequação do modelo teórico à realidade a que será aplicado é essencial para o sucesso da intervenção.

O mundo dos cuidadores informais da pessoa idosa com demência é muito complexo. Trata-se de alguém com individualidade própria, motivações, anseios, preocupações e contexto de vida. O cuidador surge como uma pessoa inserida num contexto de cuidados a prestar a outrem, mas que ela própria possui uma história, uma dinâmica familiar e/ou profissional, uma situação de existência, devendo, por isso, ser olhada e encarada como um todo (Sequeira, 2010).

Neste contexto, um modelo teórico sobressai, o Modelo de Betty Neuman, este modelo foi publicado pela primeira vez em 1972 na revista “Nursing Research”. Nos dez anos que se seguiram foi melhorado e publicado, em 1982, a título definitivo no livro “The Neuman Systems Model”. Em apenas sete anos houve uma nova publicação com variados exemplos que provavam a aplicação no terreno do mesmo às práticas de enfermagem e administração (Kérouac, 2002).

A autora deste modelo, Betty Neuman, foi pioneira da enfermagem na saúde mental. A premissa de que o ser humano, quando confrontado com um desequilíbrio, progride no sentido do equilíbrio foi, pela primeira vez, apresentada neste meio pela autora. O seu Modelo preconiza a procura no sentido de encontrar estratégias de adaptação em conjunto com o doente e com a família, de modo a encontrar um equilíbrio mais

saudável em termos não só individuais, mas também no meio envolvente próximo, tendo em atenção as diferentes variáveis que podem conduzir a um efeito de maior ou menor vulnerabilidade, resistência e ou defesa. A ideia central assenta, assim, na noção de que todas as pessoas se encontram naturalmente num estado de equilíbrio com o seu meio ambiente. Deste modo, mantêm-se estáveis e numa situação de bem-estar até ao momento em que um episódio de *stress* surge. Este atua como um criador de instabilidade neste ambiente e, como consequência, desequilibra o anterior estado de bem-estar da pessoa. Esta desarmonia ocorre sempre que as linhas de defesa do indivíduo são quebradas (Neuman & Young, 1972).

Desta forma, a interação entre o sistema, o cliente e o ambiente é definidora do domínio da Enfermagem, onde se articulam e relacionam as cinco dimensões: fisiológica, psicológica, desenvolvimentista, sociocultural e espiritual (Neuman & Young, 1972). Assim, segundo Neuman & Young (1972),

- a variável psicológica, refere-se a todos os processos mentais e relativos a relacionamentos;
- a variável fisiológica, refere-se à estrutura e às funções do organismo;
- a variável sociocultural, refere-se a todas as funções do sistema relativas às expectativas e às atividades sociais e culturais do indivíduo;
- a variável desenvolvimentista, aborda os processos relativos à evolução durante o ciclo de vida;
- a variável espiritual, é relativa à influência das crenças espirituais.

Deste modo, a pessoa é apresentada numa abordagem sistémica, sendo abordada como uma composição de diferentes variáveis. A pessoa é vista como um sistema composto por uma estrutura básica, integrando diferentes círculos que atuam como protetores. Estes círculos funcionam como defesas de diferentes níveis que, em conjunto, atuam para manter, obter ou recuperar a estabilidade e integridade do sistema. Os fatores de *stress* que surgem são fenómenos passíveis de penetrar nestes ciclos de defesa e causar tensões. Podem, então, conduzir a resultados positivos ou negativos. Os fatores de *stress* provenientes destes estímulos externos ou mesmo internos, exercem

influência positiva ou negativa sobre a tomada de decisão e consequentes comportamentos relacionados (Neuman & Young, 1972).

Assim, segundo Neuman & Young (1972), definiram-se três tipos de potenciais agentes de *stress* ambientais:

- os intrapessoais, referentes às emoções e sentimentos;
- os interpessoais, referentes à expectativa do papel do indivíduo;
- os extrapessoais, referentes aos problemas financeiros ou de trabalho.

O ambiente é visto como o conjunto de todos os fatores internos e externos ou influências ambientais. Deste modo, o indivíduo pode, a qualquer momento, ser influenciado por forças ambientais positivas ou negativas (Neuman & Young, 1972).

Este modelo é, assim, uma clara mais-valia na abordagem ao doente e à sua envolvente, por toda a atenção que presta às complexidades que interferem na estabilidade deste e na sua rede. O modelo assenta na ideia da pessoa como um ser em constante interação com o meio envolvente, que encara as perceções desta face aos agentes com que interage e ao *stress* que estes induzem, provocando um desequilíbrio ou um crescimento. Há um ênfase na visão holística, o que permite uma adequação da linha interventiva ao contexto do doente, tendo em linha de conta o seu contexto, as suas fragilidades e potencialidades. A intervenção é assim delineada e colocada em prática com um enraizamento profundo na individualidade do doente, procurando restabelecer o seu equilíbrio com o meio onde se insere e na sua qualidade de cuidador (Neuman, 1996).

2.7. Intervenções psicoeducativas para cuidadores

Como foi referido ao longo do presente trabalho, o cuidado informal prestado a um doente implica uma dedicação constante, conduzindo a um nível de exigência e

consequente desgaste elevados. Esta situação afeta sobretudo o elemento da família mais próximo e restantes familiares, agravando quando estes não possuem suporte psicossocial especializado (World Federation For Mental Health, 2010).

As intervenções psicoeducativas ao nível familiar consistem no ensinamento in/formativo relativo, numa primeira abordagem, à problemática em causa do dependente e no desenvolvimento e trabalho conjunto de estratégias de *coping* adequadas para responder às dificuldades intrínsecas a todo o processo (Lefley, 2009).

Ao longo dos últimos dez anos foram desenhadas diversas orientações quanto à intervenção junto dos cuidadores informais com o objetivo de melhorar o conhecimento e compreensão da doença. Contribui-se, dessa forma, para melhorar os seus procedimentos, conduzindo, assim, a um adequado cuidado aos indivíduos que permanecem sob a sua alçada cuidadora. As intervenções levadas a cabo pelos enfermeiros visam facilitar o processo, capacitando e dotando os cuidadores informais de conhecimento e estrutura, contribuindo para minimizar os constrangimentos e facilitar a adaptação da família, tanto perante a doença, como relativamente à sua resiliência e autocuidado (Cassidy & Sheikh, 2002; Debring, McCarty & Lombardo, 2002).

No sentido de aumentar a autonomia e competência dos cuidadores informais na forma como lidam com a doença e as suas vicissitudes, aumentando a sua competência e desenvolvimento de estratégias, os enfermeiros, no uso das intervenções psicoeducativas, assumem um papel de relevo (Dupuis, Epp, & Smale, 2004; Sörensen, Pinquart & Duberstein, 2002; Sörensen, Duberstein, Gill, & Pinquart, 2006). A intervenção psicoeducativa possui ainda um contributo positivo no que concerne à redução do *stress* e *burnout* dos cuidadores informais, podendo, nos seus programas, assegurar uma componente de apoio direcionado às necessidades psicológicas e emocionais identificadas (Dupuis, Epp, & Smale, 2004).

Brito (2001), afirma que as intervenções psicoeducativas têm como objetivo obter bons resultados no que respeita à recuperação do doente, no auxílio aos seus familiares, reduzindo dificuldades, num processo de colaboração entre os profissionais de saúde, famílias e doentes.

É ainda possível reforçar que as intervenções psicoeducativas junto das famílias indicam redução de recaídas e do número de internamentos, assim como contribuem para a melhoria do funcionamento psicossocial do próprio doente e, conseqüentemente, do cuidador informal. Apresentam-se como positivas, na medida em que proporcionam o acesso a estratégias de *coping* adaptativas aos cuidadores informais, auxiliam na supervisão da medicação, promovem a diminuição dos níveis de sobrecarga familiar, potenciam o aumento dos conhecimentos dos familiares sobre a temática, colaboram na melhoria do funcionamento psicossocial do doente, bem como do bem-estar da própria família, reforçando a capacidade de os familiares cuidarem do seu doente (Dixon & Lehman, 1995).

A ação psicoeducativa fomenta e reforça, de forma interligada, a partilha e receção de informação e conhecimentos. Assim, auxilia os cuidadores, preparando-os para um melhor cuidar, ajudando-os, muitas vezes, a ultrapassar situações de maior debilidade e fragilidade psíquica. Com as estratégias aprendidas, contribuem de forma indireta no processo de tratamento e recuperação do doente, bem como no seu funcionamento psicossocial (Dixon e Lehman, 1995).

Segundo Afonso (2010), no que concerne à abordagem psicoeducativa é possível ressaltar que programas de psicoeducação, podem decorrer de forma modular em diferentes sessões em que se podem identificar e desenvolver as temáticas prioritárias, como acerca do tipo de doença, domínio, desenvolvimento, fatores de *stress*, recursos comunitários, rede familiar, identificação de recaídas, etc.

Relativamente às intervenções em grupos de cuidadores informais, estas caracterizam-se por poderem desenvolver-se em diferentes formatos, assim como aplicadas de acordo com a abordagem e objetivo pretendido. São desenvolvidas para grupos de cuidadores informais na ausência do doente, visando primeiramente a necessidade dos cuidadores e a diminuição dos níveis de sobrecarga. Incidem sobretudo em sessões educativas na vertente informativa sobre a patologia clínica, prognóstico, legislação sobre saúde mental. Ainda abarcam estratégias de superação e resolução de conflitos, treino comunicacional, reforço de atitudes positivas (Afonso, 2010).

As intervenções nos grupos de cuidadores informais revelam que há uma menor eficácia nas intervenções que apenas se limitam a dar informação, há melhores resultados quando conjuntamente com treino prático de lidar com situações geradoras de *stress* e desestabilizadoras do normal funcionamento do dia-a-dia (Gonçalves-Pereira, Xavier, & Fadden, 2007).

Os estudos baseados na evidência demonstram que os resultados obtidos da intervenção psicoeducativa breve no grupo em que participe o cuidador e o doente, poderá ter, a longo prazo, efeitos positivos quanto à diminuição do número de ocorrências de recaídas (Rummel-Kludge & Kissling, 2008).

Face aos benefícios inerentes à psicoeducação esta apresenta-se como a intervenção mais adequada quanto à gestão de sobrecarga dos cuidadores informais.

3. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O presente trabalho realizou-se no DPSM da ULSBA em contexto de consulta de Gerontopsiquiatria.

“É missão da ULSBA, a prestação de cuidados integrados, com qualidade e em tempo útil, a custos socialmente comportáveis, num quadro de eficiência e eficácia, em estreita articulação com outros serviços de saúde e instituições sociais da comunidade” (ULSBA, 2019).

O DPSM da ULSBA inclui o Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (SPIA), a Unidade de Internamento em Psiquiatria (UIP) e o Ambulatório (ULSBA, 2019).

O DPSM inaugurou-se em agosto de 2012 e divide-se em três pisos, (-2, -1, 0). No piso -2 encontra-se a receção, a copa, os vestiários, os sanitários e os gabinetes de consulta de SPIA. No piso -1, onde funciona o serviço de Ambulatório, é possível encontrar gabinetes de consulta de enfermagem para os diferentes membros da equipa, num dos gabinetes funciona a consulta de Gerontopsiquiatria onde se realizou o presente estágio, uma sala para o Hospital de Dia, uma sala de psicomotricidade, uma sala de consulta de terapia da fala, uma sala de consulta de nutrição, uma sala de reuniões, uma sala de formação, uma sala de psicologia, uma sala de serviço social, os gabinetes médicos, uma biblioteca e os sanitários. Por último, no piso 0 encontra-se a UIP, com capacidade para doze camas de internamento, uma sala de trabalho de Enfermagem, três gabinetes, uma sala ocupacional, uma sala de refeições, dois pequenos armazéns de material, uma sala de sujos e os sanitários (ULSBA, 2019).

O serviço de Ambulatório tem a seu cargo treze concelhos, funcionando em três equipas comunitárias que atuam distribuídas por zonas geográficas: a equipa 1: Almodôvar, Beja, Castro Verde e Mértola; A equipa 2: Barrancos, Moura, Serpa e Ourique; e a equipa 3: Alvito, Aljustrel, Cuba, Ferreira do Alentejo e Vidigueira. Cada uma destas equipas é formada por um enfermeiro, dois psiquiatras, dois psicólogos e um assistente social e funcionam tanto no domicílio, quanto em consulta no próprio DPSM, consoante as necessidades dos doentes em causa. A consulta de Gerontopsiquiatria engloba todos os concelhos. Esta consulta recebe doentes, provenientes da urgência ou referenciados pelo médico de família, com idades superiores aos 65 anos, acompanhados, geralmente, de um cuidador, onde a principal patologia encontrada é a demência. (ULSBA, 2019).

“O Serviço de Psiquiatria da ULSBA visa atingir um nível de excelência na prestação de cuidados de saúde de psiquiatria e saúde mental e constituir-se como um reconhecido centro na prestação de cuidados clínicos a doentes com doenças psiquiátricas, na formação pré e pós-graduada e na investigação clínica” (ULSBA, 2019).

“O Serviço de Psiquiatria tem como missão principal a prestação de cuidados clínicos a doentes psiquiátricos, promovendo a melhoria da sua qualidade de vida e do seu funcionamento geral e pessoal e atuando no sentido de assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade, promover a articulação com os cuidados primários, continuados e hospitalares e contribuir para a minimização do impacto das perturbações mentais e para a promoção da saúde mental das populações. Faz ainda parte da sua missão ser um promotor da formação, divulgação e investigação das patologias psiquiátricas” (ULSBA, 2019).

“O Serviço de Psiquiatria tem como valores o respeito pelos doentes e pelos profissionais de saúde que o integram, a promoção do trabalho em equipa motivada por uma visão e missão comum visando a satisfação de todos, cumprindo os

códigos de ética e deontologia e a conduta de boas práticas clínicas, com uma comunicação clara e transparente, promovendo a justiça e a competência dos profissionais e o bem-estar dos doentes” (ULSBA, 2019).

Nas consultas de Gerontopsiquiatria, para além da entrevista e do exame geral ao doente, são aplicadas escalas de acordo com as necessidades de cada doente, planeiam-se as intervenções de enfermagem mais adequadas e o acompanhamento em ambulatório, trabalhando sempre em equipa multidisciplinar, é também aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), (Anexo III), que se caracteriza por ser de fácil aplicabilidade e de boa credibilidade. Este possui seis categorias que avaliam a orientação temporal e espacial, a memória imediata, a atenção e cálculo, a evocação das palavras, a linguagem, e a construção visual (Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci, & Okamoto, 2003). Este tem uma escala de pontuação para cada item de 10, 3, 5, 3, 8 e 1, respetivamente. Apresenta a possibilidade de uma pontuação máxima de 30 pontos, e indica défice cognitivo quando o resultado são pontuações abaixo de 23 nos alfabetizados, e abaixo de 19 nos analfabetos (Almeida, 1998).

Quanto à entrevista, esta foca-se na recolha de dados ao doente, através de linguagem verbal e não verbal, onde o enfermeiro, criando uma relação empática, observa o doente, de forma holística e individualizada, com o objetivo de compreender melhor o seu estado de saúde. Esta recolha de dados é fulcral para a implementação de intervenções de enfermagem adequadas ao contexto de cada doente, nunca esquecendo o respeito e aceitação pelo doente (Phaneuf, 2005; Sequeira, 2016).

Para a eficácia da entrevista, é muito importante a relação de ajuda assim, compete ao enfermeiro adotar uma postura centralizada nos objetivos do doente e ao mesmo tempo não perder o norte do caminho que o enfermeiro pretende percorrer com o doente para o conseguir ajudar, capacitando o doente a utilizar mecanismos internos para a manutenção ou recuperação da sua saúde (Rogers, 1985; Chalifour, 2009).

A prática associada ao estágio foi enriquecida com a participação nas atividades do Hospital de Dia, desenvolvendo competências como: estimulação cognitiva individual, estimulação cognitiva em grupo, treino de atividades de vida diária, empatia, confiança,

socialização, de forma a promover a reintegração dos doentes na sua comunidade, promover a gestão financeira, adesão ao tratamento. Para além disso, houve oportunidade de participar em congressos e formações com a enfermeira orientadora, de elaborar um artigo científico (Apêndice C) para perceber o estado de arte nos últimos dez anos acerca da ansiedade e sobrecarga dos cuidadores informais. Foi, ainda, utilizada metodologia científica, aplicados vários instrumentos, para identificar as problemáticas relacionadas com a sobrecarga dos cuidadores informais para perceber como estão atualmente os cuidadores informais, realizados estudos de caso e realizadas consultas de enfermagem de Gerontopsiquiatria em contexto domiciliário.

4. METODOLOGIA

Para Fortin (2000) “as questões de investigação que concernem à exploração de relações podem comportar um certo número de subquestões” (Fortin, 2000, p.164).

Ainda segundo o mesmo autor, a investigação científica caracteriza-se como um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento de fenómenos do mundo real (Fortin, 2000).

No presente capítulo são abordadas questões que orientam a investigação, tornando desta forma possível o desenvolvimento e análise da pesquisa e do resultado obtido através dos dados recolhidos.

Deste modo, este trabalho segue a metodologia de projeto, que se caracteriza como um conjunto de intervenções que envolvem uma pré representação e uma representação final de um processo real de transformação e mudança. É uma metodologia de planeamento em saúde que se centra na análise e resolução de problemas, permitindo alcançar capacidades e competências no desenvolvimento de um projeto. Esta metodologia possibilita uma aprendizagem constante e estabelece ligações reais, assumindo-se um elemento importante para a investigação e para o progresso e aperfeiçoamento da profissão de enfermagem. Esta metodologia de planeamento em saúde, através da pesquisa, análise e procura de soluções de problemas reais, apoia-se na evidência, o que torna mais fácil e permite a concretização de projetos eficientes e conseqüentemente melhor prestação de cuidados, sendo constituída por cinco fases: diagnóstico de situação, definição de objetivos, fase de planeamento, fase de execução e fase de avaliação (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

“Em Saúde, planejar é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridades estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) óptima(s) entre várias alternativas” (Tavares, 1990, p.29).

4.1. Diagnóstico de situação

Esta primeira fase, o diagnóstico da situação, permite reconhecer ou detetar um problema para se dar início a um processo de atuação e mudança (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

O diagnóstico de situação deve ser o primeiro passo, o qual pretende responder às necessidades de uma população, devendo existir concordância entre o diagnóstico efetuado e as necessidades. O conhecimento da problemática é essencial pois o estado de saúde será deficitário nesse caso, quanto à necessidade trata-se de vislumbrar um objetivo de resolução para o problema. Trata-se de identificar e determinar as necessidades face aos problemas. Devem ser avaliados os indicadores, os inquéritos e a pesquisa de consenso de forma a proceder-se à identificação das necessidades. Devendo posteriormente ser analisados os resultados, atualizando constantemente o diagnóstico de situação que foi realizado. Seguindo a identificação do problema de saúde, procedendo-se à hierarquização e à seleção de prioridades (Tavares, 1990).

No que concerne ao enquadramento de cuidados de saúde, deve ser realizada uma análise das necessidades da população em causa, para se entender e melhor adequar os recursos disponíveis, de forma a desenvolver intervenções para melhorar o estado de saúde da população em causa. Desta forma, é fundamental que o diagnóstico da situação seja efetuado em tempo útil para que as medidas a desenvolver sejam adequadas e resolúveis e pertinentes para a população em causa (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Importa salientar que a população é o conjunto de elementos com características em comum acerca da qual incide a investigação (Fortin, 2009).

Do mesmo modo, população-alvo pode definir-se como o “conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin, 2009, p. 311).

Sendo a demência uma patologia do foro mental e psiquiátrico que assume um acentuado impacto na vida do doente e do seu cuidador, encerra uma problemática de relevo no domínio investigativo. De facto, esta patologia assume um efeito limitante e condicionador na vida do doente, mas também na vida do seu cuidador informal, traduzindo-se, na larga maioria dos casos, numa sobrecarga e conduzindo a um estado de ansiedade neste último (Meijer, et al., 2004).

É neste contexto que o estudo que analisa a sobrecarga e a ansiedade dos cuidadores informais de idosos com demência ganha sentido e relevância, assumindo-se, como tal, na problemática de investigação do trabalho que agora se apresenta.

4.2. Definição de objetivos

Na etapa, Definição dos objetivos, é necessário formalizar objetivos, os quais devem ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, de modo a obter os resultados esperados para a população-alvo (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

“os objetivos têm que ser precisos, incluir a apresentação dos comportamentos desejados, incrementáveis e mensuráveis” (Stanhope & Lancaster, 1999, p.328).

Os objetivos gerais devem ser apresentados de forma clara, concreta e específica (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Deste modo, este projeto tem como objetivo geral capacitar o grupo de cuidadores informais de idosos com demência.

Não menos importantes são os objetivos específicos de um projeto, desta forma, decidiu-se:

- Analisar o nível de sobrecarga e de ansiedade, provenientes do cuidado à pessoa com demência, dos cuidadores informais, seguidos na consulta de Gerontopsiquiatria do DPSM da ULSBA;
- Implementar intervenções de enfermagem para dar resposta às necessidades e dificuldades encontradas no grupo de cuidadores informais.

4.3. Fase de planeamento

Na Fase de planeamento, é chegado o momento de definição do modo de atuação e de que forma se pretende atingir os objetivos propostos inicialmente, encontrando formas de abordagem eficazes, criativas e inovadoras. Deve ter-se por base o conhecimento do profissional, os métodos já utilizados e existentes anteriormente, os seus obstáculos, de forma a não cometer novos erros e optar por intervenções estratégicas, adaptando o projeto aos recursos disponíveis e necessidades e possibilidades existentes, de acordo com as limitações condicionantes. Assim sendo, nesta fase, direcionam-se as ações e o planeamento do projeto para os objetivos previamente definidos do projeto, apresentando as estratégias, os métodos, as técnicas e as atividades para a concretização dos mesmos (Tavares, 1990; Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

“o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível: o objetivo que pretende atingir; eventualmente: o custo da atividade” (Tavares, 1990, p.169).

O trabalho que aqui se apresenta ganha fundamento atendendo ao facto de que procede “ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada” (Carmo & Ferreira, 1998, p.47).

Trata-se ainda de um estudo que intenta pela obtenção de “mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação” (Fortin, 2000, p.17).

Neste sentido, é essencial a pesquisa de informação que contribua para a resolução do problema previamente encontrado, tendo em conta o tempo anteriormente estabelecido (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Assim, importa realçar a importância de uma prática baseada na evidência que, através do conhecimento, proporciona a implementação de intervenções de enfermagem mais adequadas, mais eficazes e com mais qualidade. Deste modo, torna-se fulcral fundamentar as políticas de saúde e as práticas de cuidados de saúde com a melhor evidência disponível (Apóstolo, 2017).

O presente estudo, tal como referido, teve lugar em contexto de Consulta de Gerontopsiquiatria, do serviço de Psiquiatria do DPSM da ULSBA onde, de Setembro de 2018 a Dezembro de 2018, foram convidados a integrar o projeto, todos os cuidadores informais dos idosos com demência que passaram pela consulta, procedendo-se assim à seleção da amostra para, de seguida se desenvolver o projeto.

Nesta sequência procedeu-se à constituição de um grupo com cerca de quinze cuidadores informais, reativando assim uma prática anterior que estava temporariamente inativa. Foi explicado a cada um dos intervenientes que a finalidade do grupo seria ajudá-los a lidar com a pessoa de quem cuidam e a cuidarem da sua própria saúde.

Foi no seio deste grupo que foi formalizado o convite de participação no estudo que agora se apresenta, sendo que apenas dez aceitaram participar, apresentando alguma resistência inicial, justificando a não adesão com o receio de assinarem o consentimento informado ou pelo analfabetismo, invocando o receio, a desconfiança, a insuficiência económica, entre outros, como motivos subjacentes à rejeição.

Os mesmos, após abordagem clara ao teor e objetivos do estudo, como referido previamente, procederam à assinatura de um consentimento informado (apêndice B), do qual constavam as referências necessárias à natureza, à finalidade da investigação e métodos utilizados.

Apesar da baixa adesão ao estudo, resolveu-se prosseguir com o estudo estatístico e análise de resultados, para melhor caracterizar a amostra e desenvolver competências a nível de investigação.

De destacar que aquando do convite de integração na via investigativa foi dado a conhecer a cada cuidador que o seu objetivo seria perceber a sobrecarga e a ansiedade associadas aos cuidadores informais dos idosos com demência. Foi igualmente deixado claro que participar no estudo não implicaria participar nas sessões do grupo de cuidadores informais, nem vice-versa. De realçar que, na abordagem com vista à seleção da amostra, foi sempre esclarecido que o facto de não aderirem ao estudo não teria qualquer tipo de consequência ou represália para si ou para a pessoa dependente (Fortin, 2000).

Assim, a amostra final constituiu-se por dez cuidadores informais de pessoas com demência seguidas na consulta de Gerontopsiquiatria, do serviço de Psiquiatria do DPSM da ULSBA que obedeceram a alguns critérios. Nos critérios de inclusão incluem-se os cuidadores informais de pessoas com demência seguidas na consulta de Gerontopsiquiatria do DPSM da ULSBA, os cuidadores informais com mais de dezoito anos e os cuidadores informais que aceitaram participar no estudo, de forma voluntária, após assinarem o consentimento informado, (Apêndice B), e que completaram os questionários de avaliação (Anexos IV e V e Apêndice A). Nos critérios de exclusão encontram-se os cuidadores informais de pessoas com demência não seguidas na consulta de gerontopsiquiatria do DPSM da ULSBA; os cuidadores informais com dependentes a seu cuidado com menos de sessenta e cinco anos; os cuidadores informais com menos de dezoito anos de idade e os cuidadores informais que recusaram participar no estudo de forma voluntária ou não assinaram o consentimento informado, (Apêndice B), e não completaram os questionários de avaliação (Anexos IV e V e Apêndice A).

4.4. Fase de execução

Na fase seguinte, fase de execução, concretizam-se as ações anteriormente planeadas e estipuladas. Nesta fase, é altura de colocar em prática o projeto delineado, dando prática aos objetivos e à implementação de intervenções de enfermagem mais adequadas para o contexto encontrado.

Nesta fase, o enfermeiro deve ter em conta a individualidade e especificidade de cada cuidador informal, deve entender as suas motivações e deve também conseguir envolver cada um deles no projeto, pois só assim se consegue que o cuidador informal se mantenha ativo em todo o processo para obter ganhos significativos (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Em janeiro de 2019, com a autorização da Comissão de Ética da ULSBA para avançar com o projeto, foram aplicados questionários específicos para perceber como estava a ansiedade e a sobrecarga dos cuidadores informais para, de acordo com as necessidades encontradas, se decidir quais as intervenções de enfermagem mais adequadas a aplicar ao grupo em estudo através das sessões de literacia para a saúde e das sessões de relaxamento.

Conforme mencionado anteriormente, o método utilizado remete a uma análise quantitativa e qualitativa dos dados recolhidos através de três questionários apresentados aos cuidadores informais, um deles com o objetivo de recolher informação sociodemográfica (Apêndice A), um centrado no nível de sobrecarga destes através da aplicação da escala de Zarit (Anexo IV) e outro com o objetivo de melhor entender o nível de ansiedade destes através da aplicação da escala de ansiedade de Hamilton (Anexo V).

A escala de ansiedade de Hamilton (1959) envolve a aplicação de um teste que apresenta 14 itens distribuídos em dois grupos. O primeiro grupo apresenta 7 itens relacionados com sintomas de humor ansioso enquanto no segundo grupo, os restantes 7 itens, estão relacionados com sintomas físicos de ansiedade. As contagens dos resultados obtêm-se pela soma dos valores atribuídos no total dos 14 itens da escala, não podendo o resultado final variar entre os 0 a 56 pontos (Galdeano, Rossi, Nobre, & Ignacio, 2003).

Este teste é apresentado como instrumento de estudo aprofundado do indivíduo ou do grupo, possibilitando aferir informações relevantes para uma determinada avaliação ou conclusão para tomada de decisões (Galdeano, Rossi, Nobre, & Ignacio, 2003).

Desta forma, constituiu-se uma escala para melhor separar diferentes níveis de ansiedade sentida por parte das inquiridas:

- < 17 gravidade leve;
- 18 - 24 gravidade moderada;
- 25 - 30 gravidade severa e superior;
- > 30 ansiedade incapacitante (Hamilton, 2012).

Enquanto a escala de Zarit (Zarit, Reever, & Back-Peterson, 1980), é constituída por 29 questões, tendo sido adaptada e reduzida para 22 questões. A sua utilidade prende-se com o facto de se constituir como um instrumento de medida para avaliar a sobrecarga dos cuidadores. Possibilita a análise da sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal, através da inclusão de itens informativos acerca de áreas individuais como saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situações emocionais e tipo de relacionamento (Zarit, Reever, & Back-Peterson, 1980). Os resultados são obtidos tendo por base pontuações finais com valores que variam entre 0 e 88, devendo ser interpretados de acordo com a distribuição seguinte:

- < 21 pouca ou nenhuma sobrecarga;
- 21 - 40 sobrecarga suave a moderada;
- 41 - 60 sobrecarga moderada a severa;
- > 61 sobrecarga severa (Zarit, Reever & Back-Peterson, 1980).

Após a aplicação destas escalas, os dados foram submetidos ao modelo de análise os dados resultantes do inquérito através do software IBM SPSS® versão 23.

Uma vez aplicados os testes e obtidos os dados, no seu tratamento e avaliação recorreu-se a uma análise quantitativa que se caracteriza pela “manipulação de dados numéricos, através de procedimentos estatísticos, com o propósito de descrever fenómenos ou avaliar a magnitude e a confiabilidade das relações entre eles” e a análise qualitativa definida como “a organização e a interpretação de dados narrativos, não-numéricos, com o propósito de descobrir dimensões e padrões importantes de relações” (Polít & Hungler, 1995).

A utilização de ambos os métodos de análise confere ao estudo uma maior flexibilidade, considerando que “um investigador (...) não tem de aderir rigidamente a um dos dois paradigmas, podendo mesmo escolher uma combinação de atributos pertencentes a cada um deles” (Carmo & Ferreira, 1998, p.176).

Em acréscimo, de acordo com as necessidades encontradas no grupo, foi desenvolvido um trabalho vocacionado para aquisição e consolidação de competências de ordem vária. Deste modo, foram trabalhadas sessões de literacia para a saúde, (Apêndice E), relaxamento de Jacobson, (Anexo II) e relaxamento de Schultz (Anexo I), de acordo com as suas necessidades, que contribuíram para o aumento do bem-estar dos cuidadores informais, para incentivar o pedido de ajuda, reduzir o isolamento social, bem como para a capacidade de resiliência e a capacitação através de estratégias de *coping*.

Nem todos os cuidadores informais participaram em todas as atividades do “grupo de cuidadores informais” na mesma data, daí a necessidade de repetir cada sessão duas vezes.

4.5. Fase de avaliação

Na fase de avaliação, trata-se da verificação dos resultados e do sucesso ou insucesso do projeto, incidindo na comparação entre os objetivos delineados e as estratégias identificadas com vista à compreensão da adequação das mesmas. A avaliação deve ser feita de forma contínua para a qualquer altura se conseguir proceder

às alterações necessárias no sentido de melhorar os resultados (Tavares, 1990; Ferrito, Nunes, & Ruivo 2010).

Nesta fase pretende-se apresentar a avaliação dos resultados obtidos assim como a avaliação da implementação do projeto.

A avaliação deste projeto de intervenção foi realizada com base nos objetivos específicos seguintes:

- Analisar a sobrecarga e a ansiedade registadas nos cuidadores informais dos idosos com demência;

- Identificar as dificuldades e necessidades desses mesmos cuidadores informais para planear medidas para dar resposta a essas necessidades

Para a concretização destes dois objetivos foram aplicados os instrumentos de recolha de dados, já referidos anteriormente, e com base nos resultados dos questionários foi possível aferir níveis de sobrecarga e ansiedade significativos nos cuidadores informais dos idosos com demência.

A avaliação dos resultados do projeto psicoeducativo, considerando os resultados como o estado dos cuidadores informais, foi realizada após a aplicação dos questionários e obtidos os dados.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

"Períodos em que os métodos conhecidos e dignos de confiança não mais parecem justificar a fé que neles depositava, em que os pesquisadores perdem a confiança em seus achados e em que princípios óbvios e garantidos não mais parecem tão indiscutíveis" (Hughes, 1980, p. 11).

5.1. Análise sociodemográfica

Foi realizada uma caracterização sociodemográfica dos participantes, tendo em conta a idade, o género, a nacionalidade, o estado civil, o agregado familiar, o nível de escolaridade e a profissão.

Os participantes eram todos do género feminino e de nacionalidade portuguesa com uma variação de idades entre os 50 e os 70 anos. Estes resultados obtidos vão ao encontro do que refere Jordão (2013), ao indicar que a mulher é quem assegura o papel de cuidadora dos elementos familiares devido ao seu papel imposto por tradições culturais de geração em geração e, ao que refere Pereira (2011), que relata que os cuidados informais são essencialmente prestados por mulheres e a maioria dos cuidadores informais está na faixa etária acima dos 50 anos de idade.

O nível de habilitações literárias das inquiridas é baixo, tendo frequentado apenas até ao 4º ano de escolaridade, 100% da amostra, o que vai ao encontro de outros estudos realizados (Mendonça, 2000). Todas as inquiridas estão, de momento, desempregadas. Relativamente ao grau de parentesco para com os doentes todas as inquiridas são esposas.

Segundo Jordão (2013), as famílias com um elemento dependente devem aos poucos modificar as suas regras de funcionamento, tentando organizar-se perante os desafios que a situação impõe.

Segundo o Relatório Eurofamcare (2004), que traçou o perfil de cuidadores informais de pessoas idosas de Portugal, equiparado à europa existe uma tendência para que estes cuidados sejam assegurados por mulheres. Revelou ainda que os cuidadores informais são maioritariamente familiares diretos do doente, nomeadamente esposas na sua maioria com cerca de 65 anos ou mais; residem com a pessoa de quem cuidam; apresentam baixa escolaridade; auferem, potencialmente, baixos rendimentos (Sousa & Figueiredo, 2004).

Observa-se que os cuidadores informais não possuem hábitos tóxicos. Relativamente a antecedentes pessoais e familiares há que mencionar apenas patologias como a hipertensão arterial e a hipercolesterolemia.

5.2. Análise estatística relativa à escala de Zarit

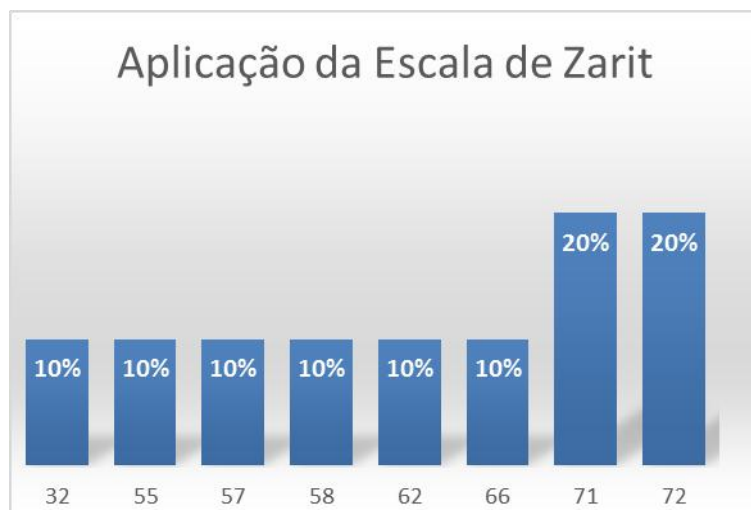
A Escala de Zarit foi aplicada ao grupo em análise, constando os resultados obtidos nas tabelas 2 e 3 e no gráfico 1.

Tabela 2 - Resultados da aplicação da Escala de Zarit ao grupo em estudo

Valor	Frequência	%	% cumulativa
32	1	10	10
55	1	10	20
57	1	10	30
58	1	10	40
62	1	10	50
66	1	10	60
71	2	20	80
72	2	20	100
Total	10	100	

(Fonte: do autor)

Gráfico 1 - Resultados da aplicação da Escala de Zarit ao grupo em estudo



(Fonte: do autor)

Da análise dos resultados sobressai que os valores obtidos oscilam entre os 32 e os 72 pontos, havendo uma maior frequência nos valores 71 e 72.

Face aos resultados obtidos, procedeu-se ao cálculo de parâmetros estatísticos que permitem uma análise dos dados com maior rigor e contextualização.

Tabela 3 - Parâmetros estatísticos decorrentes da aplicação da Escala de Zarit ao grupo em estudo

N Válido	10
Média	61,6
Mediana	64
Desvio Padrão	12,3216
Mínimo	32
Máximo	72

(Fonte: do autor)

A aplicação da Escala de Zarit às dez inquiridas resultou numa pontuação média de 61,6, com um desvio padrão de 12,3216. O valor médio obtido remete para o último escalão, revelando uma sobrecarga severa (ainda que num nível relativamente baixo no domínio deste patamar). O elevado valor de desvio padrão orienta, contudo, para um grande afastamento dos resultados face à média, remetendo para uma grande diversidade de valores obtidos. Tal facto está alinhado com a grande amplitude de resultados obtidos.

Para uma avaliação abrangente dos resultados obtidos, há que analisar o valor referente à mediana. Este parâmetro apresenta-se com um valor de 64, indiciando que 50% dos inquiridos apresenta um valor de sobrecarga de 64 pontos, remetendo, uma vez mais, para uma sobrecarga severa. Embora a amostra não seja representativa da população, este valor de mediana revela uma grande assimetria negativa, o que é alarmante quando falamos de sobrecarga emocional e física.

Da mesma forma que os resultados apresentam índices preocupantes de sobrecarga Pereira (2012) e Martins (2008), revelam que “a sobrecarga decorrente do exercício do papel de prestar cuidados à pessoa com dependência começa a tornar-se cada vez mais visível, sendo um problema recorrente na generalidade dos familiares cuidadores. Frequentemente os cuidadores informais, entram em situação de crise, manifestando sintomas como: tensão, constrangimento, fadiga, *stress*, frustração, redução de convívio, depressão e alteração da autoestima entre outros. Esta sobrecarga ou tensão, pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afetar o bem-estar do doente e do cuidador”

5.3. Análise estatística relativa à escala de Hamilton

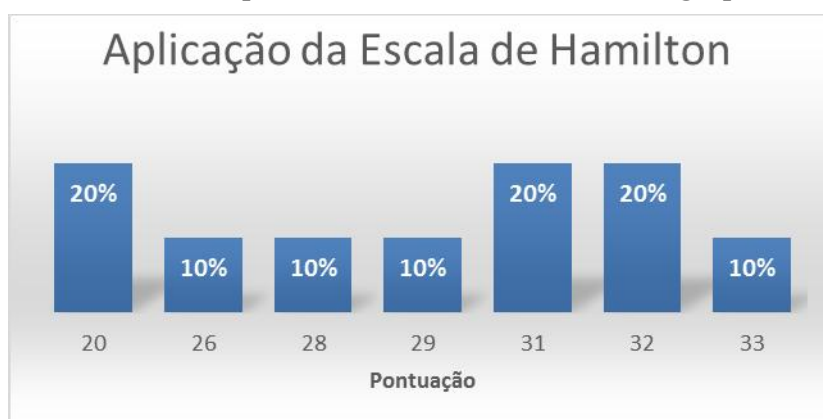
A Escala de Hamilton foi aplicada ao grupo em análise, constando os resultados obtidos das tabelas 4 e 5 e no gráfico 2.

Tabela 4 - Resultados da aplicação da Escala de Hamilton ao grupo em estudo

Valor	Frequência	%	%Cumulativa
20	2	20	20
26	1	10	30
28	1	10	40
29	1	10	50
31	2	20	70
32	2	20	90
33	1	10	100
Total	10	100	

(Fonte: do autor)

Gráfico 2 - Resultados da aplicação da Escala de Hamilton ao grupo em estudo



(Fonte: do autor)

Da análise dos resultados sobressai que os valores obtidos oscilam entre os 20 e os 33 pontos, havendo uma maior frequência nos valores 20, 31 e 32.

Face aos resultados obtidos, procedeu-se ao cálculo de parâmetros estatísticos que permitem uma análise dos dados com maior rigor e contextualização.

Tabela 5 - Parâmetros estatísticos decorrentes da aplicação da Escala de Hamilton ao grupo em estudo

N Válido	10
Média	28,2
Mediana	30
Desvio Padrão	4,8028
Mínimo	20
Máximo	33

(Fonte: do autor)

As dez inquiridas apresentaram um valor médio de ansiedade de 28,2, o que embora não se situe no último e mais grave nível dos escalões, indicia gravidade severa e superior. O valor de desvio padrão denota uma maior concentração dos resultados em relação à média. No que se refere ao valor da mediana, esta aproxima-se da média, indicando que 50% das inquiridas apresenta níveis de ansiedade severa e superior.

Os dados podem ser comparados ao que refere Marote (2005), quando dá os exemplos de alguns sinais de desgaste físico referenciados pelos cuidadores informais, destacando problemas como fadiga crónica, alterações cardiovasculares, depressão e ansiedade em níveis superiores aos da população em geral.

Conciliando os dados referentes a ambas as Escalas aplicadas, é possível afirmar que os níveis de sobrecarga e de ansiedade parecem assumir uma relação, situando-se as médias referentes a estes parâmetros em níveis elevados.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A análise reflexiva das competências adquiridas, baseou-se no regulamento nº140/2019 (OE, 2019) (competências comuns do Enfermeiro Especialista), no regulamento nº515/2018 (OE, 2018) (competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica) e no Decreto-Lei n.º 63/2016, referente ao Grau de Mestre, disponíveis no Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, Diário da República, 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018 e Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, respetivamente.

Deste modo, a importância da integração dos cuidadores informais nos cuidados ao doente é reconhecida pelos enfermeiros para a eficácia da intervenção.

Para que o cuidado prestado seja eficiente, foi importante intervir tecnicamente, assumindo a função de conhecer os cuidadores informais, avaliar necessidades e potenciar as suas competências com vista a um cuidado direto e a uma recuperação da autonomia da pessoa doente ou superação e resiliência face aos constrangimentos. Esta função foi inevitavelmente assumida, implementando uma intervenção através do desenvolvimento de programas centrados na capacitação dos cuidadores informais de acordo com as necessidades previamente avaliadas e fruto das vivências, experiências e desafios colocados ao longo da evolução da doença.

Como parte integrante da área da saúde e considerando-se como um elemento integrador no domínio da saúde mental em particular, o enfermeiro especialista nesta área desempenha um papel de relevo no que concerne à deteção e sinalização de alterações que conduzam a situações de crise, intervindo preventivamente de forma a corrigir situações de sobrecarga individual dos cuidadores, através da indicação antecipada de satisfação de necessidades, encaminhamento para apoio, prevenindo ocorrências limite que possam levar a descompensação. Sentimentos, dúvidas,

desabafos, medos são por vezes incompreendidos aos olhos da sociedade geral, o que contribui também para reforçar o seu sentimento de sobrecarga. É, desta forma, a promoção da saúde mental, um assunto de prioridade no sistema de saúde, sendo basilar para a manutenção do equilíbrio social (Amaral, 2010).

Assim sendo, o enfermeiro apresenta-se como um apoio para o dependente e para o cuidador informal, os quais, juntos, vão passando e superando as dificuldades e os défices, conferindo-lhes segurança e reforço para superarem momentos de crise através de uma parceria colaborativa.

Deste modo, as competências específicas do enfermeiro especialista no domínio da saúde mental e psiquiátrica remetem para uma prática que emerge de dentro para fora, ou seja, trata-se de um acervo de conhecimentos, atitudes e condutas que se suportam em conhecimento científico, mas, em simultâneo, acomodado numa matriz de conhecimento do mundo e de si próprio. Esta foi a base para que a intervenção junto do outro, das pessoas alvo de intervenção terapêutica, fosse orientada no sentido de assistir o indivíduo na otimização da sua saúde mental, ajudar a pessoa na recuperação e prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional.

Desta forma, a abrangência de ação do enfermeiro que trabalha na área da saúde mental obriga à obtenção de uma visão alargada e integrada do doente, implicando um atendimento constante e recorrente ao seu contexto de vida e à sua realidade familiar, à interpretação de padrões e de diferentes linguagens.

Do anteriormente exposto, importa, assim, salientar que a prática de enfermagem impõe a conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem, levando à elaboração de uma avaliação exaustiva dos doentes alvo de acompanhamento. Esta abordagem inclui não só o paciente em si, como toda a sua rede familiar alargada, formulando os diagnósticos de enfermagem tendo em conta a análise crítica dos dados obtidos na avaliação e aplicando as intervenções gerais e especializadas face à sintomatologia e respetivo enquadramento. Os diagnósticos não ficam estagnados, exigindo, entre outros procedimentos, a revisão dos diagnósticos de enfermagem iniciais ou a adequação das intervenções com o evoluir da situação de saúde. Trata-se de um

acompanhamento constante, tendo como norte a resposta resiliente, contextualizada e atualizada das abordagens aplicadas e dos cuidados prestados.

No contexto da prática quotidiana, a capacidade de resposta do profissional de enfermagem na área da saúde mental e psiquiátrica é amiúde posta em causa, o que obriga a uma rápida mobilização de conhecimentos adquiridos, capacidade de leitura da situação, empatia e poder decisor. Nestas situações, uma boa formação de base aliada à experiência da prática quotidiana vai contribuindo para a construção de intervenções mais sólidas e assertivas.

A formação neste domínio contribuiu significativamente para o desenvolvimento no âmbito das aprendizagens profissionais, potenciando a análise reflexiva, o autoconhecimento e a assertividade, bem como reforçando os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da formação académica e através da prática clínica. Permitiu desenvolver proatividade, baseada na segurança profissional que a ampliação de conhecimentos e de práticas permite alcançar.

Assim, é possível afirmar que esta segurança e autoconhecimento advêm de um, cada vez maior, domínio dos conceitos, fundamentos, suporte teórico que se apresentam importantes para um reforço na resolução de problemas em diferentes contextos.

Toda esta aprendizagem foi potenciada pela abertura a um ambiente de trabalho em parceria e colaboração com outros profissionais de saúde, facto que permite estabelecer uma relação entre o trabalho colaborativo e a eficácia das aprendizagens e das práticas decorrentes.

Tratou-se, pois, de um processo essencial que conduziu a aprendizagens que levaram ao aperfeiçoamento de competências especializadas, ao nível da avaliação, planeamento, intervenção e investigação no âmbito da enfermagem especializada indo ao encontro de boas práticas em contexto de trabalho.

Com efeito, a aposta na atualização constante ao nível dos conhecimentos e das práticas a aplicar assume-se como um contributo vital para um desempenho profissional seguro, atualizado e, por conseguinte, eficaz.

Só a integração de um conjunto de conhecimentos alargados permitirá abrir portas a uma prática plena e assertiva, conducente ao sucesso clínico que decorre da consecução dos objetivos terapêuticos delineados. Não é possível proceder a uma avaliação clínica completa sem que se proceda a uma aferição global dos contextos e condicionantes de cada doente, encarando cada indivíduo como um ser único, cuja abordagem clínica obriga à aplicação de conhecimentos de foro generalista conjugados com a capacidade de adequação de resposta ao cenário em presença. Estes conhecimentos de foro generalista incluem-se num conjunto de competências comuns, as quais se apresentam passíveis de partilha.

Assim, consideram-se como competências comuns do enfermeiro especialista:

- responsabilidade profissional, ética e legal;
- melhoria contínua da qualidade;
- gestão dos cuidados;
- desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A respeito da competência “responsabilidade profissional, ética e legal”, é essencial abordar a deontologia profissional, ética e as normativas legais da nossa profissão, pois é através das mesmas que se deve basear a prática, de forma a manter a liberdade e a dignidade da pessoa cuidada. Com a experiência de mestrandia, cabe capacitar o outro, de forma a que a pessoa cuidada não seja alvo de processos de estigmatização, negligência e abuso (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Para o desenvolvimento da competência “Melhoria contínua da qualidade”, foi importante assumir uma postura proativa, seja a nível de governação clínica, planeamento e implementação de projetos que promovam a qualidade, bem como forma de avaliar se a qualidade pretendida foi atingida, o que permite redefinir intervenções mais adequadas às necessidades encontradas (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Foi possível gerir o ambiente terapêutico e a segurança de forma a minimizar riscos, quer da pessoa cuidada, quer do próprio profissional de saúde (Direção Geral da Saúde, 2017). Ao participar nas reuniões multidisciplinares do DPSM da ULSBA, foi possível perceber a importância dos projetos implementados para a gestão da melhoria contínua

da qualidade, para a qual contribuiu o projeto desenvolvido, ficando mesmo implementado no DPSM da ULSBA.

No que respeita à competência “Gestão dos cuidados”, foi possível adequar os recursos existentes às necessidades de cuidados, trabalhando em equipa multidisciplinar, tanto na implementação do presente projeto, como na cooperação noutros projetos implementados no DPSM da ULSBA.

Por fim, para o desenvolvimento da competência “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”, é fundamental abordar o desenvolvimento do auto-conhecimento, do auto-limite e da assertividade no estabelecimento da relação com a pessoa cuidada e com a equipa multidisciplinar, bem como a tomada de decisão baseada em conhecimento científico e de forma ética (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Não obstante, foi possível interpretar a comunicação verbal e não verbal do outro e analisar criticamente as posturas e modos de relações (Phaneuf, 2002; Chalifour, 2008).

Agregadas às competências comuns, elencam-se as quatro competências clínicas específicas do enfermeiro especialista em saúde mental:

- 1- “Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- 2- Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- 3- Ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- 4- Prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Durante o percurso académico enquanto mestranda, várias foram as atividades e intervenções levadas a cabo no sentido de desenvolver e consolidar as competências específicas atrás elencadas. Com efeito, no âmbito da competência assinalada com o

número 1 “Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”, foram realizadas a cada turno análises reflexivas com a enfermeira orientadora, acerca do decorrer do estágio, da autoconsciência e do autoconhecimento, foi também realizada uma pesquisa bibliográfica ampla e alargada, sistematizada e contínua, permeável às solicitações que se iam afigurando no decurso das necessidades inerentes ao estágio. Esta pesquisa bibliográfica associada a uma revisão de literatura, conferiu sustentabilidade à redação de um artigo científico (Anexo III) que se afigurou como uma base sólida para o trabalho que aqui se apresenta. Por outro lado, todas estas leituras encontraram a sua maior relevância na relação concreta com a realidade encontrada na prática quotidiana de contacto com a saúde mental no seu carácter mais amplo e no domínio da demência/ cuidador informal, no seu sentido mais restrito. Procurou-se, assim, estabelecer uma relação constante entre o saber-ser, o saber-saber, o saber-fazer e o saber-estar. Para o desenvolvimento do saber académico, recorreu-se a estudos de caso, bem como a uma prática reflexiva e colaborativa. De facto, os estudos de caso abriram portas para o conhecimento concreto das envolvências e contextos dos doentes, conferindo maior rigor à intervenção delineada. Em acréscimo, o trabalho colaborativo revelou-se muito frutífero, permitindo fortalecer práticas eficazes e reequacionar aquelas que ainda mereciam reestruturação. Toda esta envolvência contribuiu e continua a contribuir para um crescimento pessoal e profissional, assumindo um compromisso sério e permanente com os doentes alvo de trabalho. São, sem dúvida estes que fundamentam todas as intervenções, conferindo-lhes sentido e utilidade. Em última análise, sem pessoas não há enfermagem, pelo que é em prol das pessoas e da otimização do seu bem-estar que a ação da enfermagem, em particular do enfermeiro especialista devido à sua maior especificidade de atribuições, que o trabalho deve ser orientado, preparado e desenvolvido.

Não obstante, no sentido de desenvolver e consolidar as restantes competências específicas identificadas com os números 2, 3 e 4 recorreu-se a estudos de caso, de modo a, conforme referido no parágrafo anterior, contextualizar e ancorar a linha interventiva. A escuta ativa, a demonstração de disponibilidade para com o doente e a família, o apoio emocional decorrente do estabelecimento de uma relação de confiança, despojada de juízos, contribuíram para o estabelecimento de vínculos de consistência crescente, essenciais para que a intervenção terapêutica atinja os níveis de sucesso

desejáveis. Todo este processo permitiu uma aferição mais concreta e assertiva dos problemas em presença e delinear as consequentes intervenções de enfermagem para os mitigar ou resolver. Este levantamento, quer enquanto processo, quer enquanto produto, esteve, também, relacionado com visitas domiciliárias com uma assistente social com vista à resolução de problemas na casa dos doentes e encaminhamento para instituições adequadas. Tratou-se, uma vez mais, de um trabalho de campo, de foro multidisciplinar, desenvolvido por uma equipa bem articulada. De destacar, neste contexto, o papel de suporte do grupo de cuidadores informais. Neste espaço, foram privilegiados momentos de partilha, esclarecimento de dúvidas, sessões de relaxamento, passagem de conhecimentos e práticas. Enfim, um espaço de exercício pleno das competências identificadas com os números 2, 3 e 4.

Assim, a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, através das ações dos seus profissionais, foca -se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas.

Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica são as competências de âmbito psicoterapêutico que permitem ao enfermeiro EESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade. Percorre e desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem, durante a prática profissional, mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio-terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite ao enfermeiro estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Face ao anteriormente apresentando, a prática do enfermeiro especialista na área da saúde mental reveste-se de uma enorme especificidade e complexidade. Esta envergadura de funções obriga a uma formação académica que permita não só angariar conhecimento, mas também capacidade de acomodação e integração da informação/formação obtida, bem como resiliência e capacidade de ajuste e adequação face às exigências da prática quotidiana.

É possível, através do referido em Diário da República e apresentado pelo Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, Capítulo III, Artigo 15.º, identificar a aprovação do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, nomeadamente no domínio do Grau de Mestre. No art.º 15.º do Cap. III deste documento são enumeradas as várias competências que o aluno deve adquirir de forma a conseguir alcançar o referido grau académico. Neste contexto, dada a sua exigência, este apenas é conferido aos que demonstrem:

- “adquirir conhecimentos e capacidade de compreensão a um elevado nível (sustentar, desenvolver e aprofundar os conhecimentos obtidos ao nível do 1.º; os utilizem como base de desenvolvimentos principalmente em contexto de investigação);
- aplicar os conhecimentos, capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações imprevisíveis, em contextos distintos e multidisciplinares;
- ter capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, ter ou desenvolver capacidade reflexiva em situações de informação limitada ou incompleta, acerca de questões como responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- ter capacidade de transmitir as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios, a terceiros (sendo estes especialistas ou não), com objetividade e clareza sem ambiguidades;
- possuir ou desenvolver competências que permitam uma aprendizagem futura, de um modo autónomo.”

De modo a dar resposta às competências de mestre, salienta-se todo o percurso académico e contexto de estágio, como um percurso de auto-conhecimento, crescimento pessoal e profissional, aquisição de conhecimentos científicos e relacionais. Desta forma, valoriza-se a implementação do presente projeto e mobilização de conhecimentos no âmbito psicoeducativo, como modo de dar resposta às necessidades encontradas. Assim sendo, também as intervenções de enfermagem realizadas são englobadas na mobilização e desenvolvimento de conhecimentos teóricos para o contexto prático. Evidencia-se também o desenvolvimento de competências de investigação e análise reflexiva, bem como a análise dos dados recolhidos que

permitiram o êxito das intervenções de enfermagem implementadas. Ao longo de todo o percurso foi possível participar positivamente em processos de gestão e melhoria contínua, com a implementação de estratégias organizacionais e interventivas para dar resposta às necessidades do doente, família e comunidade ao longo do ciclo de vida.

Em suma, com base nas orientações legislativas que balizam a obtenção do grau de Mestre, este pressupõe e deverá corresponder à obtenção de uma especialização profissional. Na área da saúde, em especial no que diz respeito à enfermagem, mais concretamente na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, o mesmo implica que, em complemento com as competências do enfermeiro geral, um Mestre especializado adquira conhecimento aprofundado no domínio da temática de Saúde Mental e Psiquiátrica.

7. CONCLUSÃO

Tal como referido na análise dos resultados obtidos a partir da implementação do estudo que agora se apresenta, sobressai que, na maioria, os cuidadores informais são mulheres, elementos da família, esposas com baixa escolaridade e desempregadas. Todo o foco do cuidador é o doente dependente, o que evolui em consequências menos positivas em vários níveis, quer físicos, quer psicológicos quer socioeconómicos. Os cuidadores informais são, assim, essenciais para a qualidade de vida das pessoas com demência.

A análise dos resultados obtidos com o presente projeto permite aferir a existência de sobrecarga nos cuidadores informais, podendo ser ligeira ou intensa, no entanto a permanência da pessoa dependente no domicílio é um fator transversal a todos os cuidadores.

Numa sociedade com longa esperança de vida, um aumento do envelhecimento da população remete para a necessidade de haver uma resposta para situações de dependência reforçadas com problemas do foro mental.

Decorrente de toda esta envolvência, o papel do enfermeiro especialista em saúde mental, é uma realidade necessária e essencial, possibilitando ultrapassar novos desafios e crises através de renovadas estratégias e intervenções. O seu conhecimento dos doentes e dos seus cuidadores através da elaboração de um diagnóstico de enfermagem possibilita desenvolver intervenções, visando identificar os riscos dos cuidadores informais e prestando o devido auxílio.

O papel do profissional de enfermagem estende-se também no campo da literacia em saúde, do cuidado a prestar ao outro e a si. A orientação do cuidador no sentido de lhe proporcionar conhecimentos a respeito da problemática que tem entre mãos, dos

cuidados que pode prestar, do auxílio que pode solicitar e dos cuidados que deve ter consigo mesmo afigura-se essencial para o sucesso de toda a intervenção.

Ao longo do estágio e com a concretização do presente projeto, foi possível o desenvolvimento de competências enquanto especialista de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, as quais foram desde a elaboração de diagnósticos em enfermagem, assim como o desenvolvimento, planeamento e operacionalização de intervenções junto do cuidador. Estas competências decorreram da implementação de atividades variadas, as quais incluíram consultas de Gerontopsiquiatria, consultas em visita domiciliária, sessões de literacia para a saúde, participação no hospital de dia, em formações e congressos e sessões de relaxamento aos cuidadores. Em acréscimo, a elaboração dos questionários aplicados e elaboração do artigo científico levaram a uma atividade de leitura e análise que remeteram para uma maior capacidade de busca e relação de conhecimento, condição essencial à prática de enfermagem. Toda esta experiência potenciou o desenvolvimento e consolidação das competências específicas da área do enfermeiro especialista, contribuindo ativamente para o crescimento profissional e pessoal.

Ao longo de todo o percurso tiveram lugar momentos de reflexão de ordem vária. Com efeito, a análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento de competências gerais e específicas revelou-se bastante enriquecedora e profícua, permitindo a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo do percurso realizado quer a nível profissional quer a nível académico, bem como pessoal. Foi possível uma maior consciencialização no que diz respeito a determinados temas que carecem de uma mais atenta abordagem e investimento. O percurso demonstrado irá carecer de uma constante renovação em termos de investimento académico e profissional de forma a reforçar conhecimentos práticos e teóricos, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

A conclusão deste estudo permitiu atingir os objetivos propostos mas teve algumas limitações, tendo, no entanto, ficado aquém do expectado, devido ao reduzido tempo de estágio e ao baixo número de adesão de elementos de amostra, levando a sugerir a necessidade de uma maior intervenção junto desta população. No entanto, esta baixa adesão ao estudo, serviu, sem dúvida, para o treino de competências de investigação e

análise de resultados em trabalhos desta natureza e perceber/ caracterizar a população em causa e, contribuiu para o conhecimento teórico da problemática do cuidador informal, e especificamente uma abordagem à realidade do contexto, indo ao encontro da necessidade constante de melhoria. Por outro lado, importa ressaltar que a equipa afeta ao serviço ficou motivada para continuar o projeto, ficando mesmo definidas e calendarizadas as próximas sessões.

No que concerne aos resultados obtidos, é consciente referir que estes poderão ou não constituir modelo de representação da população alvo, dado o reduzido tamanho da amostra. Assim, a importância de se refletir acerca de estratégias de motivação e divulgação das intervenções alternativas, de forma a captar a participação em futuros estudos, ficou demonstrado como um dos caminhos a percorrer. Por outro lado, o levantamento destas necessidades de orientação por parte dos cuidadores informais de idosos com demência poderá ser uma base de trabalho que permitirá conceber e desenvolver programas específicos de prevenção e atuação junto desta franja da população. Nesta linha, os grupos de apoio revelaram-se uma abordagem frutífera, cuja implementação representa um caminho a seguir e que poderá abrir portas a outras linhas interventivas ou abordagens.

Em suma, as grandes mais-valias de todo este processo foram a ampliação do espectro de conhecimentos científicos na área da saúde mental, a sua articulação com um trabalho de terreno pertinente e a consequente consolidação da prática de enfermagem que daqui resultou configurou-se, ao longo deste percurso formativo, como fonte de aprendizagem sólida. A ação quotidiana e o contacto direto com os doentes e os cuidadores informais que se constituíram o objeto de estudo, conferiram uma humanidade real, abrindo portas para um enraizamento na realidade concreta, mais particularmente numa realidade local muito própria e contextualizada. Estas pessoas que, gentilmente “emprestaram” as suas vidas, vivências, angústias e desejos, permitiram um contacto direto com uma realidade dura, de dureza crescente e que constitui uma das suas grandes preocupações de vida. Poder vislumbrar uma resposta para lhes dar e fazer parte dela potenciou um caminho de crescimento pessoal e profissional ímpares, dotando de visão, competência científica e prática para continuar a apostar numa abordagem interventiva face a realidades concretas. Por outro lado, ao

longo de todo este percurso, tornaram-se evidentes os inúmeros condicionantes e condicionalismos que as pessoas com demência e as suas famílias enfrentam.

8. BIBLIOGRAFIA

Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia- Para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Príncípia Editora, Lda.

Albuquerque, C.M.S., & Matos, A.P.S. (2006). *Estilo de vida, percepção e estado de saúde em Estudantes do instituto politécnico de Viseu: Influência da área de formação*. Revista Educação, Ciências e Tecnologia.

Almeida, O.P. (1998). *Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil*. Arquivos de Neuropsiquiatria. Acedido: 10 Fevereiro 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004282X1998000400014&script=sci_abstract&tlng=pt

Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.DSM-V.5ªedição*. Lisboa: Climepsi Editores.

Apóstolo, J. (2010). *Instrumentos para avaliação em Geriatria - (Geriatric Instruments). Documento de Apoio*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Apóstolo, J. (2017). *Síntese Da Evidência No Contexto Translação Da Ciência*. Escola Superior de Coimbra. Universidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Lousanense, Lda. Lousã.

Ayres, J.R.C.M. (2007). *Uma conceção hermenêutica de saúde*. Physis, Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-73312007000100004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acedido: 10 Fevereiro 2019.

Brito, L. (2001). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.

Brucki, S.M.D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P.H.F., & Okamoto, I.H. (2003). *Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil*. Arquivos de Neuropsiquiatria. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2003000500014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acedido: 10 Fevereiro 2019

Cardoso, L., Vieira, M.V., Ricci, M.A.M. & Mazza, R.S. (2011). *Perspectivas Atuais sobre a Sobrecarga do Cuidador em Saúde Mental*. Artigo de Revisão. Acedido: 22 novembro 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v46n2/a33v46n2.pdf>.

Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Cassidy, E.L., & Sheikh, J.I. (2002). *Pre-intervention assessment for disruptive behaviour problems: a focus on staff needs*. Aging & Mental Health, 6(2), 166 – 171.

Chalifour, J. (2008), *A Intervenção Terapêutica - Volume 1 - Os Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta

Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica. Estratégias de intervenção*. Volume 2. Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Ditáctico, Lda. Loures.

Código Deontológico do Enfermeiro. (2015). Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>. Acedido: 10 Março de 2019.

Debring, C., McCarty, E.F., & Lombardo, N.B. (2002). *Professional caregivers for patients with dementia: predictors of job and career commitment*. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias.

Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 176 — 13 de setembro de 2016. Acedido: 10 Janeiro de 2019 Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Direção Geral da Saúde. (2016). *Portugal: Saúde Mental em Números*. Lisboa. Acedido: 10 Março 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2017). *Relatório do Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/emdestaque/relatoriodoprogramanacional-para-asaude-mental-2017.aspx>. Acedido: 10 Fevereiro 2019

Dixon, L.A., & Lehman, A.F. (1995). *Family interventions for schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin*,21.

Dupuis, S.L., Epp, T. & Smale, B. (2004). *Caregivers of persons with dementia: Roles,experiences, supports, and coping:A literature review*. Ontario: University of Waterloo.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., & Mchugh, P.R. (1975). *Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. *Psychiatric Journal*.

Fortin, M.F. (2000). *O Processo de Investigação, da Conceção à Realização*. 2ª edição. Lisboa: Lusociência.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusodidacta.

Galdeano, L.E., Rossi, L.A., Nobre, L.F. & Ignacio, D.S. (2003) *Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000200009>. Acedido: 10 Março 2019.

Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., & Fadden, G. (2007). *O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspetos técnicos*. Acedido a: 10 Abril 2019. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n2/v25n2a06.pdf>.

Hamilton, M.(1959). *The assessment of anxiety states by rating*. British Journal of Medical Psychology.

Hamilton. M. (2012). *Hamilton rating scale for anxiety. A group for mental health occupational therapist to share resource and knowledge*. Disponível em: <https://mh4ot.com/2012/06/28/hamilton-rating-scale-for-anxiety/>. Acedido: 10 Março 2019.

Hughes, J. (1980). *A filosofia da pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar.

Jordão, C. (2013). *Relações de Cuidado: Sobrecarga no cuidador informal, coesão e flexibilidade familiar na doença de Alzheimer*. Lisboa, Instituto Universitário de Ciências, Psicológicas, Sociais e da Vida.

Jóia, L.C., Ruiz, T. & Donalísio, M.R. (2008). *Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu*. Estado de São Paulo, Brasil. Revista Epidemiologia Serviço Saúde.

Kérouac, S. (2002). *El Pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson.

Lefley, H.P. (2009). *Family psychoeducation for serious mental illness*. Oxford University Press.

Lynn, E. & Barbara, E. (2008). *Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature*. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.

Marote, A. (2005). *Realidade dos cuidadores informais de idosos dependentes da Região Autónoma da Madeira*. Revista de Investigação Sinais Vitais.

Martins, T., Ribeiro, T & Garrett, JP. (2003). *Estudo de validação do questionário de sobrecarga para cuidadores informais*. Psicologia, Saúde & Doenças.

Martins, A. (2008) *Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. Pensar em Enfermagem.

Mary F. & Arlete S. (2015). *Revista Portal de Divulgação n.45, Ano V*. Acedido:10 de Março de 2019. Disponível em: <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/issue/view/50/showToc>.

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2019). *Medidas de apoio ao cuidador informal*. Lisboa. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=15a822f7-24ef-4ec2-8623-8f811b2b3095>. Acedido: 10 Março 2019

Meijer, A.H., Gabby Krens, S.F., Medina Rodriguez, I.A., He, S., Bitter, W., Snaar-Jagalska, Ewa B., & Spaink, H.P. (2004) *Expression analysis of the Toll-like receptor and TIR domain adaptor families of zebrafish*. *Molecular immunology*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14687934>. Acedido: 10 Fevereiro 2019.

Mendonça, F. (2000). *Avaliação das necessidades dos prestadores informais dos prestadores informais de cuidados de saúde*. *Revista Geriatria*. Lisboa. Ano 13, nº 127.

Nascimento, L. C., Moraes, E. R., Silva, J. C., Veloso, L. C., & Vale, A. R. M. C. (2008). *Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília.

Neuman, B. M., & Young, R. J. (1972). *A Model for Teaching Total Person Approach to Patient Problems*. *Nursing Research*, doi:10.1097/00006199-197205000-00015.

Neuman, B. (1996). *The Neuman Systems Model in Research and Practice*. *Nursing Science Quarterly*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8710312>. Acedido: 10 Fevereiro 2019.

Nunes, L. (2013) *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Edição: Departamento de Enfermagem ESS|IPS.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Documentos legislativos e regulamentos da OE*. Acedido: 10 Fevereiro 2019. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx>.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/115932570/details/normal?l=1>. Acedido: 10 Março 2019.

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido: 10 Fevereiro 2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual*. Enunciados descritivos. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.

Pereira, H. (2011). *Subitamente Cuidadores Informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado*. Tese de Doutoramento em Enfermagem apresentada à Universidade de Lisboa com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Pereira, D. (2012). *Avaliação Inicial do Familiar Cuidador: Estudo de Adequação de Um Instrumento*. Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Phaneuf, M. (2002), *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures. Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003). *Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis*. Psychol

Aging. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12825775>. Acedido: 15 Fevereiro 2019.

Plano Nacional de Saúde Mental. (2007-2016). *Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/18/plano-accao-servicos-de-saude-mental>. Acedido: 10 Março 2019.

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3. ed. Porto Alegre, Artes Médicas.

Regulamento n.º 140/2019. *Competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019 Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf> Acedido: 10 Fevereiro de 2019

Regulamento n.º 515/2018. *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Diário da República, 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018 Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf> Acedido: 10 Fevereiro de 2019

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. (1996). Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>. Acedido: 10 Março 2019.

Richardson, D.M. & Gaertner, M. (2013). *Plant invasions as builders and shapers of novel ecosystems. Novel ecosystems: intervening in the new ecological world order*. WileyBlackwell, Oxford.

Riedel, O., Klotsche, J., & Wittchen, H.U. (2016). *Overlooking informal dementia caregivers' burden*. Res Gerontol Nurs 167-174. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27264043>. Acedido: 15 Fevereiro 2019.

Rogers, C. R. (1985). *Tornar-se Pessoa*. 7ª Edição. Lisboa. Moraes Editores.

Rogers, A., & Pilgrim, D. (2010). *A sociology of mental health and illness. 3rd ed.* Maidenhead: Open University Press.

Rummel-Kluge, C. & Kissling, W. (2008). *Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families.* Acedido a: 10 Março 2019. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18590477>.

Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, A. (2010). *Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. Percursos n° 15* (Janeiro-Março). Escola Superior de Saúde do Instituto politécnico de Setúbal: Publicação da área disciplinar de Enfermagem.

Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V. & Carvalho, Á. (2015). *Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação.* Ata Med Port, vol. 28. Acedido: 15 Fevereiro 2019. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6025/4295>.

Schulz, R., & Martire, L. (2004). *Family Caregiving of Persons with dementia: Prevalence, health effects, and support strategies.* Am Assoc Geriatr Psychiatry. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15126224>. Acedido: 15 Fevereiro 2019.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental.* Lisboa: Lidel.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda.* Lisboa, Portugal: Lidel – edições técnicas, Lda

Sousa, L., & Figueiredo, D. (2004). *National background report for Portugal. In. Services for supporting family careers of elderly people in Europe: characteristics, coverage and usage.* Hamburg: Eurofamcare. Disponível em: file:///C:/Users/Luciana/Downloads/nabare_portugal_rc1_a5.pdf. Acedido: 10 Março 2019.

Sörensen, S., Duberstein, P., Gill, D. & Pinquart, M. (2006). *Dementia care: mental effects, intervention strategies, and clinical implications*. *Lancet Neurology*.961-973. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17052663>. Acedido: 15 Fevereiro 2019.

Sörensen, S., Pinquart, M. & Duberstein, P. (2002).. *BMC. Public Health*.

Sörensen, S., Pinquart, M. & Duberstein, P. (2002). *How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis*. *The Gerontologist*, 356-372.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: 4ªedição. Lusociência

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde. Departamento de recursos humanos da saúde- Centro de formação e aperfeiçoamento profissional. Central de impressão do Hospital Dona Estefânia.

Tier, C.G., Fontana, R.T., & Soares, N.V. (2004). *Refletindo sobre idosos institucionalizados*. *Rev. Bras Enfermagem*. Brasília. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n3/a15v57n3.pdf>. Acedido: 08 de Janeiro de 2019.´

Unidade Local de Saúde Do Baixo Alentejo. (2019). Disponível em: <http://www.ulsba.min-saude.pt/>. Acedido: 10 Março 2019.

World Federation for Mental Health (WFMH). (2010). *Caring for the caregiver: Why your mental health matters when you are caring for others*.*Alzheimer's Disease International*.Disponível em: <https://wfmh.global/>. Acedido: 10 Março 2019.

World Health Organization. (2012). *A public health priority*. Editores: Dementia: Geneva.

Wright, M. L. & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família*. 3ªed. São Paulo. Roca.

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Back-Peterson, J. (1980). *Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden*. *The Gerontologist*, 649-655.

ANEXOS

ANEXO I – PLANO DE SESSÃO RELAXAMENTO DE JACOBSON

Objetivos

- Promoção do relaxamento físico dos cuidadores;
- Diminuição dos níveis de ansiedade dos cuidadores.

Requisitos humanos/ materiais:

- Doentes, enfermeiros e assistentes operacionais;
- Cadeiras ou colchões;
- Computador e dispositivo USB com músicas de relaxamento.

Responsabilidades:

- O enfermeiro deve explicar em que consiste a atividade que se vai realizar e os benefícios da mesma. Ao longo da sessão deve ir conduzindo e motivando os cuidadores, explicando cada passo da atividade.

Preparação:

- Colocar roupa confortável;
- Não usar acessórios;
- Explicar em que consiste o exercício, qual o seu objetivo e os seus benefícios.

Descrição:

O exercício baseia-se na contração, mais ou menos 5 segundos, seguido de relaxamento, mais ou menos 10 segundos de um grupo muscular.

Exercício – Relaxamento de Jacobson

- Sentar/ Deitar;
- Fechar os olhos;
- Relaxar, não pensar nem se preocupar com nada, apenas com o exercício.
- Focar a atenção para a própria respiração.
- Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)
- Concentre-se na perna direita e no pé direito e aperte fortemente. Contraia a perna direita e o pé direito com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)
- Expire lentamente e relaxe a perna direita e o pé direito. Sinta as preocupações e o *stress* a afastar-se.
- Concentre-se na perna esquerda e no pé esquerdo e aperte fortemente. Contraia a perna esquerda e o pé esquerdo com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)
- Expire lentamente e relaxe a perna esquerda e o pé esquerdo. Sinta as preocupações e o *stress* a afastar-se.
- Concentre-se no braço direito e na mão direita e aperte fortemente. Contraia a mão direita e o braço direito com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)
- Expire lentamente e relaxe a mão direita e o braço direito. Sinta as preocupações e o *stress* a afastar-se.

- Concentre-se na mão esquerda e no braço esquerdo e aperte fortemente. Contraia a mão esquerda e o braço esquerdo com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)
- Expire lentamente e relaxe a mão esquerda e o braço esquerdo. Sinta as preocupações e o *stress* a afastar-se.
- Concentre-se no peito, na barriga e nas costas e aperte fortemente. Contraia o peito, a barriga e as costas com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)
- Expire lentamente e relaxe o peito, a barriga e as costas. Sinta as preocupações e o *stress* a afastar-se.
- Concentre-se nos glúteos e aperte fortemente. Contraia os glúteos com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)
- Expire lentamente e relaxe os glúteos. Sinta as preocupações e o *stress* a afastar-se.
- Concentre-se nos seus ombros e aperte fortemente. Contraia os ombros com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)
- Expire lentamente e relaxe os ombros. Sinta as preocupações e o *stress* a afastar-se.
- Concentre-se no pescoço e aperte fortemente. Contraia o pescoço com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)
- Expire lentamente e relaxe o pescoço. Sinta as preocupações e o *stress* a afastar-se.
- Concentre-se nos lábios e aperte fortemente. Contraia os lábios com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)
- Expire lentamente e relaxe os lábios. Sinta as preocupações e o *stress* a afastar-se.
- Concentre-se nos olhos e aperte fortemente. Contraia os olhos com força. Inspire pelo nariz e expire pela boca. (Realizar 3 vezes)

- Expire lentamente e relaxe os olhos. Sinta as preocupações e o *stress* a afastar-se.

- Rode o pescoço para os dois lados. (Repetir 3 vezes)

- Incline a cabeça para a frente até chegar com o queixo ao peito. Agora incline a cabeça para trás. (Repetir 3 vezes)

- Tente chegar com a orelha direita ao ombro direito.

- Tente chegar com a orelha esquerda ao ombro esquerdo.

- Repare como a sua respiração está calma e tranquila mas o seu corpo está pesado.

- Concentre-se nos seus pés e sinta-os pesados, muito pesados. Os seus pés estão quentes e relaxados.

- Concentre-se nas suas pernas e sinta-as pesadas, muito pesadas. As suas pernas estão quentes e relaxadas.

- Concentre-se na barriga, no peito e nas costas e sinta-os pesados, muito pesados. Estão cada vez mais quentes e relaxados.

- Concentre-se nas suas mãos e braços e sinta-os pesados, muito pesados. Estão cada vez mais quentes e relaxados.

- Concentre-se no seu pescoço e ombros e sinta-os pesados, muito pesados. Estão cada vez mais quentes e relaxados.

- Concentre-se na sua cara e sinta-a pesada, muito pesada. Está agora mais quente e relaxada.

- Relaxe. Descanse. Ao seu tempo e ritmo, comece a mexer os membros e a abrir os olhos.

- Repare como está calmo e tranquilo.

Avaliação

- Avaliação global efetuada com os doentes no final do relaxamento;
- Observação da atitude, da postura, da participação e do comportamento dos participantes.

ANEXO II - PLANO DE SESSÃO RELAXAMENTO DE SCHULTZ

Objetivos:

- Promoção do relaxamento físico dos cuidadores;
- Diminuição dos níveis de ansiedade dos cuidadores;
- Promoção da interiorização da necessidade de autocontrolo e benefícios inerentes.

Requisitos humanos/ materiais:

- Doentes e enfermeiros;
- Colchões;
- Computador e dispositivo USB com músicas de relaxamento.

Duração:

45 Minutos

Responsabilidades:

- O enfermeiro deve explicar em que consiste a atividade que se vai realizar e os benefícios da mesma. Ao longo da sessão deve ir conduzindo e motivando os cuidadores, explicando cada passo da atividade.

Guião

- Coloque-se numa posição confortável
- Feche os olhos e concentre-se nas instruções
- Afirme mentalmente, eu estou completamente tranquilo e sinto-me bem
- Centre-se na sua respiração, com o ar a entrar...e a sair, chegando a todas as partes do seu corpo.
- Repita para si mesmo: “Sinto-me calmo, tranquilo, em paz”

Mão direita

- Concentre-se na sua mão direita
- Liberte-a de todas as tensões
- Se for caso disso, procure uma posição mais confortável
- Uma mão relaxada é uma mão que não está bem aberta nem bem fechada
- Sinta a sua mão pesada, relaxada
- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Braço e antebraço direito

- Concentre-se no seu braço e antebraço direito

- Identifique zonas de tensão
- Liberte-os de todas as tensões
- Se for caso disso, procure uma posição mais confortável
- Sinta todas as tensões a abandonar o seu braço e antebraço direito
- Sinta o seu braço pesado, relaxado
- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Mão esquerda

- Concentre-se na sua mão esquerda
- Liberte-a de todas as tensões
- Se for caso disso, procure uma posição mais confortável
- Uma mão relaxada é uma mão que não está bem aberta nem bem fechada
- Sinta a sua mão pesada, relaxada
- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Braço e antebraço esquerdo

- Concentre-se no seu braço e antebraço esquerdo
- Identifique zonas de tensão

- Liberte-os de todas as tensões
- Se for caso disso, procure uma posição mais confortável
- Sinta todas as tensões a abandonar o seu braço e antebraço esquerdo
- Sinta seu braço pesado, relaxado
- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Ombros e pescoço

- Concentre-se agora nos seus ombros e pescoço
- Identifique zonas de tensão
- Liberte-os de todas as tensões
- Deixe os seus ombros descair
- Sinta os seus ombros e pescoço pesados
- E sinta-se pesado, relaxado
- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Maxilar inferior e boca

- Concentre-se agora no seu maxilar inferior e boca
- Deixe descair a sua língua e pousar tranquilamente na sua boca

- Descontraia o maxilar, deixando-o relaxar
- Liberte-se de todas as tensões e sinta o seu maxilar descontraído
- Sinta a pele à volta da sua boca, lisa, macia, sem rugas
- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Olhos, pálpebras e testa

- Concentre-se agora nos seus olhos, pálpebras e testa
- Descontraia as pálpebras que ficam pesadas sobre os olhos
- Sinta a pele em redor dos olhos lisa, sem rugas.
- Sinta a sua testa macia, lisa sem rugas
- Liberte-se de todas as tensões
- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Cabeça

- Concentre-se agora na sua cabeça e nuca
- Imagine que o relaxamento se prolonga pela cabeça até à nuca
- Sinta a sua nuca pesada, descontraída
- Liberte-se de todas as tensões

- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Costas

- Concentre-se agora nas suas costas

- Identifique zonas de tensão

- Elimine todas as tensões e sinta-se calmo

- Sinta as suas costas pesadas, a afundar no colchão/cadeirão

- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Pé direito

- Concentre-se no seu pé direito

- Identifique zonas de tensão

- Liberte-o de todas as tensões

- Deixe o seu pé descair, rodando ligeiramente

- Sinta o seu pé direito pesado, muito pesado, a afundar

- Sinto-me calmo, tranquilo, em paz

Perna e coxa direita

- Concentre-se na sua perna e coxa direita
- Identifique zonas de tensão na perna e coxa direita
- Deixe a perna descair numa posição confortável
- Elimine todas as tensões
- Sinta a sua perna e coxa direita pesada, a afundar
- Sinta-se calmo, tranquilo, em paz

Pé esquerdo

- Concentre-se no seu pé esquerdo
- Identifique zonas de tensão
- Liberte o seu pé esquerdo de todas as tensões
- Deixe o seu pé descair, rodando ligeiramente
- Sinta o seu pé esquerdo pesado, muito pesado, a afundar
- Sinta-se calmo, tranquilo, em paz

Perna e coxa esquerda

- Concentre-se na sua perna e coxa esquerda
- Identifique zonas de tensão na perna e coxa esquerda
- Deixe a perna descair numa posição confortável

- Elimine todas as tensões
- Sinta a sua perna e coxa esquerda pesada, a afundar
- Sinta-se calmo, tranquilo, em paz

Finalização

- Abrir os olhos calmamente
- Sentir o nosso corpo
- Vamos mexer os dedos das mãos e dos pés
- Ao nosso ritmo, vamo-nos sentando e olhando uns para os outros
- Vamos espreguiçar-nos, activando todos os músculos e a circulação

Avaliação

- Avaliação global efetuada com os cuidadores no final do relaxamento;
- Observação da atitude, da postura, da participação e do comportamento dos participantes.

ANEXO III - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: ____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio ____

Lápis ____

Nota: ____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: ____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita ____

Dobra ao meio ____

Coloca onde deve ____

Nota: ____

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

Fechou os olhos ____

Nota: ____

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

Frase:

Nota: ____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

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



Cópia:

ANEXO IV - ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR – ESCALA DE ZARIT

Escala de sobrecarga do cuidador – Escala de Zarit

Iniciais do paciente: _____

Data: _____

Leia atentamente cada uma das afirmações e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião

		Nunca	Quase nunca	As vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar sente mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado (a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/ familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele (a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

ANEXO V- ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON

Iniciais do paciente: _____

Data: ___ / ___ / ___

Instruções: Esta lista de verificação é para auxiliar o clínico ou psiquiatra na avaliação de cada paciente de acordo com o seu grau de ansiedade e condição patológica. Preencha com o grau apropriado, na casela correspondente ao lado de cada item, na coluna à direita.

Nº	ITEM	COMPORTAMENTO	GRAU
1	Humor Ansioso	Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.	
2	Tensão	Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.	
3	Medos	De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc. (avaliar qualquer um por intensidade e frequência de exposição).	
4	Insônia	Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos, etc.	
5	Intelectual (cognitivo)	Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.	
6	Humor Deprimido	Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.	
7	Somatizações Motoras	Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.	
8	Somatizações Sensoriais	Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigamento, câimbras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.	
9	Sintomas Cardiovasculares	Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, latejamento dos vasos sanguíneos, vertigens, batimentos irregulares, etc.	
10	Sintomas Respiratórios	Sensações de opressão ou constricção no tórax, sensações de sufocamento ou asfóxia, suspiros, dispnéia, etc.	
11	Sintomas Gastrointestinais	Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, dores abdominais, ardência ou azia, dor pré ou pós-prandial, sensações de plenitude ou de vazio gástrico, náuseas, vômitos, diarreia ou constipação, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, etc.	
12	Sintomas Geniturinários	Polaciúria, urgência da micção, amenorréia, menorragia, frigidez, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.	
13	Sintomas Autonômicos	Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonteiras, etc.	
14	Comportamento na Entrevista	Tenso, pouco à vontade, inquieto, a andar a esmo, agitação das mãos (tremores, remexer, cacoetes) franzir a testa e face tensa, engolir seco, arrotos, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, palidez facial, pupilas dilatadas, etc.	
		TOTAL:	

ANEXO VI- AUTORIZAÇÃO COMISSÃO ÉTICA



EXTRATO DA ACTA DA REUNIÃO n.º 11/2018 DA COMISSÃO DE ÉTICA HOMOLOGADA PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 12.12.2018 (Ata nº 63, Ponto 4.1)

Aos dez dias do mês de dezembro de dois mil e dezoito, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala João Paradela do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, reuniu a Comissão de Ética da ULSBA, estando presentes: Aida Maria Matos Pardal, Enfermeira, Ana Matos Pires, Assistente Graduado-Sénior de Psiquiatria, Diretora do Serviço de Psiquiatria e Presidente desta Comissão, Carla Alexandra Bicas Pereira Lourenço, Técnica Superior de Serviço Social, José Maria Afonso Coelho, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Sara Isabel Veiga Martins, Assistente de Medicina Geral e Familiar e Sílvia Edgar Aurélio Lampreia Guerreiro, Farmacêutica. Não pôde estar presente Sandra Manuela Figueira Heleno Serrano, Enfermeira do Gabinete de Promoção e Garantia da Qualidade, que justificou a sua falta. -----

----- Foram tratados os seguintes assuntos: -----

««**PONTO DÉCIMO** – EDOC/51835 – Projeto «Cuidadores Informais de pessoa com demência», a realizar pela Enfermeira Vânia de Jesus Horta Rodrigues. -----

---A Comissão de Ética analisou o Projeto e tendo sido apresentadas as ratificações solicitadas pela mesma nada tem a opor à sua realização. -----

Beja, 18 de Dezembro 2018

A Presidente da Comissão de Ética

Ana Matos Pires

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Idade	
Sexo	
Grau de parentesco	
Habilitações literárias	
Profissão	
Ativo profissionalmente	
Vive com o doente	

Antecedentes: Através de entrevista ao cuidador informal da pessoa com demência (2º o Parecer nº 01/2017 da Ordem dos enfermeiros)

Antecedentes pessoais:

Antecedentes familiares:

Hábitos tóxicos:

APÊNDICE B – CONSENTIMENTO INFORMADO

O estudo e a caracterização da população em risco de sobrecarga, em particular os cuidadores informais da pessoa com demência, são o principal propósito deste projeto, no sentido de criar programas específicos de prevenção e atuação.

A palavra demência deriva da palavra latina demens (privação; mens - inteligência).

Cuidar de pacientes com demência causa inúmeros e diferentes repercussões na vida dos cuidadores, como fadiga e enfraquecimento físico e emocional. Deve-se enfatizar igualmente, quando o cuidado é dado por um período de tempo elevado e que pode conduzir a uma sobrecarga maior (Richardson & Gaertner, 2013).

Cuidar de um doente é um desafio principalmente para a família que muitas das vezes é o suporte da pessoa doente (Richardson & Gaertner, 2013).

O apoio prestado pelos diferentes cuidadores pode ser de dois tipos: apoio psicológico, ligado à satisfação da vida e ao bem-estar psicológico e apoio instrumental, que pressupõe ajuda física em situações de diminuição das capacidades funcionais e perda de autonomia física temporária ou permanente (Paúl, 1997).

Ser cuidador informal de um doente com doença prolongada representa uma situação de crise geradora de *stress*, uma ameaça ao equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social, se a situação que se gerou for nova para o cuidador (Nascimento, Moraes, Silva, Veloso & Vale, 2008).

Ao longo do ciclo vital o cuidador vai experimentando mudanças que resultam em novos comportamentos e aquisições. A adaptação decorre da própria transição que o cuidador experimenta.

Aquilo a que me proponho é fazer um estudo no distrito de Beja que sirva de sustentação para um trabalho mais generalizado ao Baixo Alentejo.

O objetivo do trabalho é analisar a relação entre a sobrecarga e a ansiedade provenientes do cuidado à pessoa com demência.

A pesquisa será de carácter transversal, quantitativo, pelo que se trata da avaliação de um conjunto de parâmetros, com recurso a instrumentos que avaliam quantitativamente a perceção dos participantes sobre um conjunto de aspetos relacionados com a sua sobrecarga e a ansiedade enquanto cuidadores informais.

A recolha de dados será feita através de questionários de caracterização sociodemográfica, para além de instrumentos que já foram testados e adaptados à população Portuguesa, tais como a escala de Ansiedade de Hamilton e a escala de Sobrecarga de Zarit. Este questionário, na sua versão portuguesa, deriva da Burden Interview Scale (versão original constituída por 29 questões, tendo sido reduzida para 22), constitui um instrumento de medida para avaliar a sobrecarga dos cuidadores. Permite analisar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal, o que inclui as informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situações emocionais e tipo de relacionamento (Sequeira, 2010). A Escala de Ansiedade de Hamilton (1959) compreende 14 itens distribuídos em dois grupos, sendo o primeiro grupo, com 7 itens, relacionado com sintomas de humor ansioso e o segundo grupo, também com 7 itens, relacionado a sintomas físicos de ansiedade – o que possibilita obter escores parciais, ou seja, separadamente para cada grupo de itens. O score total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 14 itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 56. Esta escala deve ser aplicada pelo profissional.

O carácter da participação no estudo é voluntário e existe possibilidade de desistência a qualquer momento.

É garantida a confidencialidade das respostas e de toda a informação.

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondo a todas as

questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada de decisão.

Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde:

Data:

Assinatura:

APÊNDICE C – ARTIGO

SOBRECARGA E ANSIEDADE DOS CUIDADORES INFORMAIS DA PESSOA COM DEMÊNCIA

OVERLOAD AND ANXIETY OF INFORMAL CAREGIVERS OF PEOPLE WITH
DEMENTIA

SOBRECARGA Y ANSIEDAD DE LOS CUIDADORES INFORMALES DE LA
PERSONA CON DEMENCIA

Vânia Rodrigues – Enfermeira, Serviço de Ortopedia, Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E., Portugal

Paula Zarcos - Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde no Instituto Politécnico de Beja, Mestre em Enfermagem, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Rua Dr. José Correia Maltez – 7800-111 Beja, Portugal

Paula Colaço – Enfermeira Especialista em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Beja, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E., Portugal

Resumo

Objetivo: O presente artigo pretende estabelecer uma revisão do conhecimento sobre a relação entre a sobrecarga e ansiedade nos cuidadores informais da pessoa com demência. **Métodos:** Revisão sistemática nas bases de dados The Cochrane Library e PubMed, para artigos publicados nos últimos dez anos. Três artigos corresponderam aos critérios de inclusão do estudo. **Resultados:** Os cuidadores apresentam, de uma forma geral, altos níveis de cortisol, o que implica uma igualmente elevada ansiedade e sobrecarga. Isto ocorre em cuidadores informais de pessoas com demência, sendo originado por múltiplas causas, desde pessoais a culturais. Assim, existe uma necessidade premente por intervenções multidisciplinares que abordem esta complexidade. **Conclusões:** Os cuidadores informais apresentam altos níveis de sobrecarga e morbidade psicológica, associada a sintomatologia psicopatológica como ansiedade e depressão, assim como declínio neurocognitivo. **Descritores:** Ansiedade; Sobrecarga; Cuidadores informais de pessoas com demência.

Abstract

Objetives: This article aims to establish a knowledge review about the relationship between overload and anxiety in the informal caregivers of people with dementia. **Methods:** A systematic review of the Cochrane Library and PubMed databases for articles published in the last ten years. Three articles corresponded to the inclusion criteria of the study. **Results:** Caregivers present, in general, high levels of cortisol, which implies an equally high anxiety and overload. This occurs in informal caregivers of people with dementia, originating from multiple causes, from personal to cultural. Thus, there is a pressing need for multidisciplinary interventions that address this complexity. **Conclusions:** Informal caregivers present high levels of psychological overload and morbidity, associated with psychopathological symptomatology such as anxiety and depression, as well as neurocognitive decline. **Descriptors:** Anxiety; Overload; Informal caregivers of people with dementia.

Resumen

Objetivo: El presente artículo pretende establecer una revisión del conocimiento sobre la relación entre la sobrecarga y la ansiedad en los cuidadores informales de la persona con demencia. **Métodos:** Revisión sistemática de las bases de datos The Cochrane Library y PubMed, para artículos publicados en los últimos diez años. Tres artículos correspondieron a los criterios de inclusión del estudio. **Resultados:** Los cuidadores presentan, en general, altos niveles de cortisol, lo que implica una elevada ansiedad y sobrecarga. Esto ocurre en cuidadores informales de personas con demencia, siendo originado por múltiples causas, desde personales a culturales. Así, existe una necesidad urgente por intervenciones multidisciplinarias que aborden esta complejidad. **Conclusión:** Los cuidadores informales presentan altos niveles de sobrecarga y morbilidad psicológica, asociada a sintomatología psicopatológica como ansiedad y depresión, así como declinación neurocognitiva. **Descriptor:** Ansiedad; Sobrecarga; Cuidadores informales de personas con demencia.

APÊNDICE D – CONVOCATÓRIA AOS CUIDADORES INFORMAIS

Convocatória

Convoca-se o/a familiar do sr/ sra _____
para estar presente na sessão do grupo dos cuidadores que se vai realizar no dia
____/____/____ pelas _____ no piso -1 do Departamento de Psiquiatria e
Saúde Mental de Beja.

Beja, __, _____, ____

APÊNDICE E – PLANOS DAS SESSÕES REALIZADAS

Destinatários: Cuidadores informais do doente com demência

Tempo previsto: 60 minutos

Enfermeiros: Vânia Rodrigues e Paula Colaço

Sessão 1: Tema da sessão: “Cuidar de si”

Objetivo geral	Objetivos específicos	Conteúdos	Estratégias e metodologias	Materiais
Ensinar ao cuidador informal da pessoa idosa com demência a importância da sua própria saúde.	<ul style="list-style-type: none">-Ensinar estratégias para o cuidador informal cuidar de si próprio;-Promover a auto-reflexão dos cuidadores informais;-Promover um maior conhecimento sobre a problemática da doença;-Dar suporte, apoio emocional;- Facilitar a troca de experiências.	<p>Introdução: Apresentação dos elementos do grupo; Explicação dos conteúdos a abordar.</p> <p>Desenvolvimento: Ensino acerca da importância do cuidador informal se manter saudável; Debate sobre a doença; Esclarecimento de dúvidas;Partilha de experiências;Esclarecimento de dúvidas.</p> <p>Conclusão: Resumo dos conteúdos abordados.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Expositivo- Interrogativo- Brainstorming	<ul style="list-style-type: none">- Computador- Projetor- Quadro

Sessão 2: Tema da sessão: “Estratégias de coping”

Objetivo geral	Objetivos específicos	Conteúdos	Estratégias e metodologias	Materiais
Capacitar o cuidador informal da pessoa idosa com demência acerca de estratégias de coping.	<ul style="list-style-type: none"> -Ensinar estratégias de coping; -Promover um maior conhecimento sobre a problemática da doença; -Dar suporte, apoio emocional; - Facilitar a troca de experiências; -Proporcionar momentos de reflexão. 	<p>Introdução: Explicação dos conteúdos a abordar.</p> <p>Desenvolvimento: Debate sobre estratégias adequadas de coping; Debate sobre a doença; Esclarecimento de dúvidas; Partilha de experiências; Esclarecimento de dúvidas.</p> <p>Conclusão: Resumo dos conteúdos abordados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Interrogativo - Brainstorming 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Projetor - Quadro

Tema da sessão: “Gestão de *stress*”

Objetivo geral	Objetivos específicos	Conteúdos	Estratégias e metodologias	Materiais
Ensinar o cuidador informal da pessoa idosa com demência a gerir o <i>stress</i> decorrente da pessoa cuidada.	<ul style="list-style-type: none">- Ensinar estratégias para lidar com o <i>stress</i>;- Promover um maior conhecimento sobre as fases da doença;- Dar suporte, apoio emocional;- Facilitar a troca de experiências;- Proporcionar momentos de reflexão.	<p>Introdução: Explicação dos conteúdos a abordar.</p> <p>Desenvolvimento: Debate sobre estratégias para lidar com o <i>stress</i>; Debate sobre a doença; Esclarecimento de dúvidas; Partilha de experiências; Esclarecimento de dúvidas.</p> <p>Conclusão: Resumo dos conteúdos abordados.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Expositivo- Interrogativo- Brainstorming	<ul style="list-style-type: none">- Computador- Projetor- Quadro