



**Mestrado em Enfermagem na área de Especialização  
em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de  
Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa**  
Relatório de Estágio

**Promoção do conforto e bem-estar na pessoa idosa  
institucionalizada**

**Anastácia Rebelo Teves Conceição Trindade**

**Lisboa  
2022**



**Mestrado em Enfermagem na área de Especialização  
em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de  
Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa**

**Relatório de Estágio**

**Promoção do conforto e bem-estar na pessoa idosa  
institucionalizada**

**Anastácia Rebelo Teves Conceição Trindade**

Orientador: Professora Doutora Maria da Graça de Melo e Silva



**Lisboa**

**2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Maria da Graça de Melo e Silva, pelo extraordinário e incansável apoio em todo o percurso.

Enf.<sup>a</sup> Sandra Costa, grata pela preciosa orientação no estágio.

À minha família.

*A Deus!*

## **Lista de Abreviaturas**

AAM – Auxiliar de ação médica

AIVD – Atividades instrumentais da vida diária

APA – American Psychiatric Association

AVD- Atividades de Vida Diária

AVD'S -Atividades vida diárias

CCP – Cuidado centrado na pessoa

CCPD – Cuidado centrado na pessoa com demência

CCPD – Cuidado centrado na pessoa com demência

CCPI – Cuidado centrado na pessoa idosa

CCPI – Cuidado centrado na pessoa idosa

DA- Doença de Alzheimer

DA- Doença de Alzheimer

DCL- Demência com corpos de Lewy

DFT- Demência fronto-temporal

DGS- Direção Geral da Saúde

DSM – Diagnostic and Statistical Manual

DV – Demência Vascular

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPA- International Psychogeriatric Association

NICE - National Institute of Health and Care Excellence

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento económico.

OMS- Organização Mundial da Saúde

PI- Pessoa Idosa

REPE – Regulamento do exercício da prática de enfermagem

SPC- Sintomas psicológicos e comportamentais

SPCD – Sintomas psicológicos e comportamentais da demência

SPCD- Sintomas psicológicos e comportamentais da demência

WHO – World Health Organization

## **Resumo**

A demência é uma patologia neurodegenerativa, que afeta principalmente as pessoas idosas, com evolução progressiva e irreversível ao longo de vários anos. É caracterizada por declínio cognitivo, num ou mais domínios, que interfere na capacidade de a pessoa realizar de modo independente as atividades de vida diária. No curso da doença surgem sintomas psicológicos e comportamentais que agravam o funcionamento diário e o sofrimento do doente e família.

Várias são as problemáticas emergentes no cuidado à pessoa idosa com demência, muitas das quais estão relacionadas com o seu conforto e bem-estar. Neste sentido, importa compreender e levar à prática de cuidados as intervenções que contribuem para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com demência.

O presente relatório pretende documentar o desenvolvimento de competências de mestre e enfermeira especialista desenvolvidas no estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção à Pessoa Idosa realizado numa unidade residencial para pessoas idosas com demência.

Os objetivos delineados para o Estágio com Relatório foram mapear as intervenções promotoras de conforto e bem-estar na pessoa idosa com demência institucionalizada com a realização de uma revisão scoping, prestar cuidados de enfermagem centrados na pessoa idosa com demência e família baseados na evidência e promover a formação em serviço à equipa de saúde sobre cuidados de conforto nas pessoas idosas com demência.

**Palavras-chave:** pessoa idosa, institucionalização, demência, bem-estar, conforto.

## **Abstract**

Dementia is a neurodegenerative pathology that mainly affects older people, with progressive and irreversible evolution over several years. It is characterized by cognitive decline, in one or more domains, which interferes with the person's ability to perform daily life activities independently. During the progression of the disease, psychological and behavioral symptoms that worsen the daily functioning and suffering of the patient and family.

There are several issues emerging in the care of older people with dementia, many of which are related to their comfort and well-being. In this sense, it is important to understand and put into practice the interventions that contribute to improving the nursing care to older people with dementia.

The purpose of this report was to describe the competences developed in the internship of the master's course in medical-surgical nursing in the area of elderly nursing, carried out in a residential unit for older people with dementia.

The main goals for the Internship were to identify the interventions that promote comfort and well-being in institutionalized older people with dementia, provide evidence-based and person and family centered nursing care, and to promote training for the care team about comfort care in older people with dementia.

**Keywords:** elderly person, long-term care, dementia, well-being, comfort

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	9
1. REVISÃO DA LITERATURA .....	12
1.1 O envelhecimento e a demência.....	12
1.2 A filosofia dos cuidados centrados na pessoa e a teoria geral de conforto de Kolcaba.....	15
1.2.1 A filosofia dos cuidados centrados na pessoa.....	15
1.2.2 A teoria geral de conforto de Kolcaba .....	18
1.3 O conforto e o bem-estar da pessoa idosa com demência institucionalizada .....	19
1.4 Unidades residenciais: a prestação de cuidados à pessoa idosa com demência. ....	21
1.4.1 Implicações na fase avançada da demência .....	22
1.5 Implicações do contexto pandêmico na prestação de cuidados à pessoa idosa com demência em unidades residenciais .....	24
2. CONTEXTOS DA EXECUÇÃO DO PROJETO .....	26
3. OBJETIVOS E ATIVIDADES PLANEADAS.....	28
4. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DA EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES.....	29
4.1 Revisão <i>scoping</i> .....	29
4.2 Desenvolvimento de intervenções promotoras de conforto e bem-estar para a pessoa idosa com demência .....	34
4.2.1 <i>Identificação das necessidades de conforto e bem-estar da pessoa idosa com demência</i> .....	37
4.2.2 <i>Estruturação do plano de cuidados de acordo com as necessidades da pessoa idosa com demência e família</i> .....	37
4.3 Formação dos AAM: Promoção do conforto e bem-estar da pessoa idosa com demência institucionalizada.....	38
5. AVALIAÇÃO DO PROJETO .....	39
5.1 Pontos fortes e fracos.....	39
5.2 Contribuição do projeto para melhoria dos cuidados .....	39
6. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA .....	41
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	43
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Protocolo da revisão <i>scoping</i>	
APÊNDICE II –Plano da sessão de formação	

**APÊNDICE III – Ação de formação: Slides da apresentação da sessão de formação**

**APÊNDICE IV – Instrumento de colheita de dados**

### **ÍNDICE DE FIGURAS**

**Figura 1 – Modelo conceptual da teoria geral de conforto..... 18**

**Figura 2 – Fluxograma para o processo da scoping review..... 31**

### **ÍNDICE DE QUADROS**

**Quadro 1 – Diferença entre cuidados tradicionais assistencialistas e CCPI (OMS,2015)..... 16**



## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio inscreve-se no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de intervenção em Enfermagem à pessoa idosa para a obtenção do grau de mestre. O mesmo pretende identificar, descrever e refletir sobre as competências que contribuam para um agir profissional, ético e cientificamente fundamentado. Competências essas, que de acordo com o artigo 15.ª do Decreto-Lei.º74/2006, de 24 de março, são “a capacidade de integração de conhecimentos, sua aplicação crítica, reflexão sobre as implicações e responsabilidades, capacidade de comunicação clara e objetiva das apreciações, dos conhecimentos e raciocínios subjacentes (Ordem dos Enfermeiros, 2021, p.21).

Pelo exposto, importa compreender as dinâmicas e intervenções a seguir pelo enfermeiro especialista para a prestação de cuidados específicos. De facto, de acordo com o REPE Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril) “(...) o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado (...) com competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados”.

Inicialmente o projeto de estágio estava dirigido para a intervenção em pessoas idosas institucionalizadas numa unidade residencial. A difícil e complexa circunstância da pandemia por COVID-19 em Portugal gerou muitas dificuldades para a realização do estágio. Como consequência o projeto foi reformulado e o estágio realizado em uma unidade residencial para pessoas com demência avançada.

Os objetivos delineados para o Estágio com Relatório foram: prestar cuidados à pessoa idosa com demência em situação de institucionalização; promover formação em serviço à equipa de enfermagem e outros profissionais de saúde sobre intervenções de conforto e bem-estar pessoas idosas com demência e identificar na literatura intervenções de enfermagem que promovam o conforto nesta população.

Ao longo dos últimos anos, tem havido um aumento da necessidade de diagnóstico de demência entre as pessoas idosas, por forma a ir ao encontro das suas reais necessidades no seu percurso de vida e de terem oportunidade de cuidados de saúde de excelência (Boltz, 2021; Frank & Forbes, 2017; OCDE, 2018).

Nesta linha de pensamento, é fundamental compreender a perspetiva da pessoa idosa com demência e dos seus cuidadores, para uma melhoria da prestação de cuidados (Boltz, 2021; Frank & Forbes, 2017; NICE, 2015). Como tal, e de acordo com Gerritsen, Van Beek e Woods (2019), a atitude dos profissionais de saúde que prestam cuidados diretos a esta população necessita de estar focada na qualidade das suas intervenções, com o intuito de promoverem um aumento do bem-estar. Os cuidados nas unidades residenciais podem ser

melhorados se as equipas adequarem as suas atitudes, tendo um enorme benefício no bem-estar e conforto nas pessoas com demência em todas as fases da doença, mas particularmente na fase avançada, quando a equipa assume uma atitude mais positiva em relação aos residentes com demência, estes experimentam um bem-estar maior, menos alterações de comportamento e intercorrências médicas.

Por outro lado, de acordo com (Bolt *et al*, 2020; Brown *et al*, 2020; Livingston *et al*, 2020), o contexto pandémico evidenciou que as instituições para os idosos devem responder de forma concertada aos desafios diários e exigem intervenções claras e específicas que se operacionalizem em estratégias de proteção à pessoa idosa com demência.

Pelo exposto, e de acordo com Silva *et al* (2021) é possível constatar que a maioria dos planos de cuidados existentes nas instituições são despersonalizados, genéricos e não têm em consideração as reais necessidades de bem-estar e conforto da pessoa idosa com demência, excluindo a sua história de vida e os seus planos futuros. Face a esta problemática, procurou-se pesquisar e investigar quais as intervenções promotoras de conforto e bem-estar das pessoas idosas com demência institucionalizadas.

Sendo assim, e por forma a fundamentar a intervenção de enfermagem, importou compreender o que a literatura revela a respeito do conforto e bem-estar da pessoa idosa com demência institucionalizada, em unidades residenciais. Conjuntamente teve-se ainda em consideração a experiência profissional na prestação de cuidados às pessoas idosas em contextos residenciais, contribuindo igualmente para identificar problemas, na avaliação da pessoa idosa.

Neste âmbito, a filosofia dos cuidados que melhor poderá suportar a intervenção da equipa de enfermagem, e dos outros profissionais de saúde, a este projeto é a filosofia do cuidado centrado na pessoa (CCP). Assim, de acordo com Manso (2019), determinados aspetos são essenciais para uma abordagem de cuidado centrado na pessoa com demência, e que podem resultar numa mudança na prática de cuidados, nomeadamente: a) valorizar e respeitar as pessoas com demência e aqueles que cuidam delas; b) tratar as pessoas com demência como indivíduos com necessidades únicas; c) considerar a perspetiva da pessoa com demência, de modo a compreender o seu comportamento d) e validar a experiência subjetiva que é percebida como a realidade para o indivíduo.

O projeto foi desenvolvido numa unidade especializada em cuidados às pessoas com demência. Esta unidade residencial, com apoio hospitalar diferenciado, atende dezasseis pessoas idosas com o diagnóstico clínico de demência, de diferentes etiologias e níveis de gravidade. Optou-se por realizar o estágio num único local, com o intuito de desenvolver um conhecimento profundo das necessidades das pessoas residentes na unidade e desenvolver competências numa área de cuidados fundamentais e especializados complexos.

Para tal, foi necessário conhecer primeiro cada pessoa idosa, para depois, junto das mesmas e dos seus familiares, identificar as necessidades de bem-estar e de conforto, seja

na alimentação, seja a nível da prestação de cuidados de higiene, seja a nível da interação com os pares ou a nível das atividades que desenvolviam durante o dia.

Por fim, reunida a informação a respeito da literatura, bem como a recolha e análise de dados junto dos idosos, familiares e cuidadores da unidade residencial, desenvolveu-se um plano de intervenção de prestação de cuidados especializados e individualizados para cada pessoa idosa desta unidade residencial.

Com este relatório de estágio pretendeu-se evidenciar e descrever de forma crítica e reflexiva a trajetória realizada durante o percurso de ensino e aprendizagem do estágio, que decorreu entre novembro de 2020 e junho de 2021, descrevendo as atividades desenvolvidas para o desenvolvimento de conhecimentos e perícia nos cuidados alcançados ao longo do mesmo. Para este estágio foi igualmente importante e primordial o contributo da experiência profissional prévia e experiência académica do ano curricular para, nesta fase, demonstrar a aquisição de competências de mestre e especialista na área de intervenção em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa idosa com demência.

Este trabalho, para além desta introdução, que descreve e apresenta o estágio realizado, conta ainda com 7 capítulos. O primeiro com a revisão de literatura, com recurso às bases de dados MEDLINE, CINAHL, EBSCO, Pubmed e livros científicos no que respeita ao processo de envelhecimento e da pessoa idosa com demência, da prestação de cuidados à pessoa idosa com demência em unidades residenciais, do impacto da pandemia do COVID-19 na prestação de cuidados, dos principais conceitos no contexto do bem-estar e conforto e da filosofia dos cuidados; o segundo capítulo aborda a pertinência de execução do projeto nesta área e o contexto da sua execução. O terceiro apresenta a finalidade, os objetivos gerais e específicos e as atividades planeadas; o quarto capítulo apresenta a descrição e discussão das atividades executadas; no quinto capítulo é apresentada a avaliação do projeto e a contribuição do mesmo para melhoria dos cuidados; no sexto capítulo tecemos algumas considerações a respeito da análise de percurso e desenvolvimento da competência; no capítulo sétimo, são efetuadas algumas considerações finais a respeito do estágio desenvolvido. Por último, as referências bibliográficas de acordo com as normas da *American Psychological Association* 7ª edição.

# 1. REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo apresenta os conceitos (envelhecimento, demência, conforto e bem-estar), a filosofia dos cuidados e as teorias sobre a prestação de cuidados à pessoa idosa com demência institucionalizada, destacando a fase avançada. É também referenciado o impacto da pandemia na prestação de cuidados à pessoa idosa com demência.

## 1.1 O envelhecimento e a demência

Em 2020, a nível europeu, dos 446,8 milhões de pessoas 20,3 % representavam pessoas com 65 anos ou mais (Eurostat, 2020). Esta percentagem leva-nos a refletir sobre a importância da promoção do conforto e bem-estar da pessoa idosa no geral, e da pessoa idosa com demência institucionalizada em particular. Com efeito, no contexto português, no ano de 2020 o Instituto Nacional de Estatística (INE), avançou que dos dez milhões de habitantes (10 295 909), aproximadamente dois milhões de pessoas (2 280 424), representavam idosos, sendo 22.1% do total da população. De facto, o INE (2020) estima que o número de idosos passará para 3,0 milhões de habitantes nos próximos anos. Nesta linha, já os Censos de 2021 evidenciaram o aumento expressivo da população idosa e a diminuição da população jovem (por cada 182 idosos existem 100 jovens).

O envelhecimento da população é uma realidade incontestável (Censos, 2021; Eurostat, 2020; INE, 2020), sendo que os estudos descritos pelo relatório da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2019) referem que em Portugal a esperança média de vida aumentou substancialmente. De facto, de 2000 a 2019 a esperança média de vida em Portugal aumentou 5 anos acima da média da União Europeia (OCDE, 2019). Este aumento acentuado no padrão de envelhecimento da população portuguesa, reforça ainda mais a necessidade de estudar a prevalência das doenças crónicas, como é o caso da demência (Duarte & Carqueja, 2020; Santana *et al*, 2015).

Em Portugal, em 2015 foi estimado que, o número de pessoas com demência ronda os 160 mil doentes, o que corresponde a 5,91% da população (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues & Carvalho, 2015). Tanto a incidência como a prevalência da demência aumentam exponencialmente com a idade. O crescimento da população idosa no nosso país parece acompanhar-se de um aumento do número de casos de demência, sendo expectável que este número continue a aumentar (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues, & Carvalho, 2015).

Conforme apresenta o relatório Health at a Glance 2017, Portugal insere-se como o 4º país com mais casos, com estimativa de 322 mil casos até 2037 (OCDE, 2018). O número total de pessoas com demência irá duplicar, sendo previsível que afete cerca de 346.905 pessoas em 2050 (Alzheimer Europe, 2019; Santana *et al*, 2015).

A Demência é uma síndrome de sintomas gerais, descrito abaixo, com diferente início e preponderância nos vários tipos desta doença. Poderemos considerar como os mais frequentes na população idosa os seguintes: Doença de Alzheimer (DA), Demência Frontotemporal (DFT), Demência com Corpos de Lewy (DCL) e Demência vascular (DV). A DA é considerada a mais comum na população (Alzheimer Association, 2018; Prince et al., 2013; Scheltens et al, 2016). Nomeadamente em Portugal, em 2015, a DA representava 50-70% dos casos (Santana et al., 2015), contudo em 2018 foi também referido que, a DV é a principal causa de demência, sendo apontado como maior fator o acidente vascular cerebral (Ruano et al., 2019) associado à hipertensão arterial existente na nossa população (42,2%) (Polonia, Martins, Pinto, & Nazare, 2014).

Existe demência quando ocorre declínio cognitivo e funcional em relação a um nível prévio de desempenho. A gravidade da doença pode ser classificada por três níveis: ligeira, moderada ou grave (APA, 2014).

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-V)* da American Psychiatric Association (APA, 2014) demência é descrita como uma perturbação neuro cognitiva major, com evidência de declínio num ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, capacidade percetivo-motora ou cognição social). É obrigatoriamente caracterizada por um compromisso da memória recente e, pelo menos, uma perturbação cognitiva (afasia, apraxia, agnosia e o compromisso das funções executivas) que interfere na realização independente nas AVDS e atividades instrumentais da vida diária (AIVD). O percurso é irreversível e progressivo, de forma contínua e lenta da função cognitiva (APA, 2014). O declínio das capacidades cognitivas difere em cada tipo de demência e consoante a fase da progressão da doença. Fazem parte da doença sintomas psicológicos e comportamentais (SPC) que afetam cerca de 90% das pessoas com demência. Apontam-se como comportamentos a agitação, gritos, choro, desinibição, comportamentos desadequados, agressão física e verbal, inquietação com deambulação sem destino; por outro lado, como sintomas psicológicos a ansiedade, apatia, delírios, humor deprimido, alucinações (International Psychogeriatric Association, 2012).

Os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SPCD) causam sofrimento ao doente, família e cuidadores se não forem reconhecidos, sendo necessário a compreensão da complexa interação entre as dimensões psicológicas, relações interpessoais e o ambiente (International Psychogeriatric Association, 2012). Estes comportamentos agravam o declínio da capacidade funcional diminuindo a qualidade de vida e o risco de institucionalização é maior.

Os SPCD são comuns à maioria das pessoas com demência, sendo que muitas delas experimentarão alguns sintomas comportamentais ou psicológicos durante o seu curso, que poderão ser prevenidos e tratados com sucesso se estes sintomas forem devidamente

diagnosticados e desta forma dirimir o sofrimento significativo dos pacientes, seus familiares e cuidadores (IPA, 2012; Tible et al, 2017).

Os SPCD ocorrem com mais frequência em fases avançadas da doença, e incluem a depressão, a psicose, a agressão, a agitação, a ansiedade e a deambulação. Por outro lado, os termos “agitação” e “agressão”, não obstante diferirem uma da outra, são frequentemente usados para descrever qualquer atividade verbal ou motora que não pareça apropriada para a situação (Jutkowitz *et al*, 2016). Assim, a agitação refere-se à atividade motora excessiva associada à irritabilidade, e a agressão é um subtipo de agitação que consiste em ações verbais ou físicas que são evidentes e potencialmente prejudiciais em indivíduos com demência. Por esse motivo a agitação e agressividade devem ser tomadas em consideração em unidades residenciais e pela equipa de saúde quando lidam com estes sintomas das pessoas com demência (Jutkowitz et al, 2016).

A intervenção não farmacológica realizada pela equipa multidisciplinar exige uma formação específica da mesma para a prestação de cuidados utilizando modelos de prestação de cuidados de enfermagem diferenciados, por forma a reduzir e controlar a respetiva agitação e a agressividade nestas instituições (Jutkowitz et. al, 2016).

Neste âmbito, por forma a evitar terapêuticas antipsicóticas muitas vezes pouco eficazes, diretrizes clínicas recomendam terapêutica não-farmacológica. As intervenções psicossociais como primeira escolha para a gestão de sintomas comportamentais incluindo agitação e agressão são fundamentais. De acordo com Jutkowitz *et al* (2016) estas recomendações são difíceis de implementar, pois variam com a abordagem teórica e o nível de intensidade e duração da mesma.

Para a gestão do SPCD é necessária a compreensão dos fatores físicos, psicológicos, interpessoais, sociais e ambientais. A intervenção de enfermagem às pessoas com demência, no contexto dos sintomas comportamentais, deve ser fundamentada numa abordagem centrada na pessoa, que será desenvolvido no próximo ponto.

Sendo o enfermeiro um prestador de cuidados por excelência, este tem um papel importante no apoio à família quer quando a pessoa idosa com demência se encontra no seu domicílio ou quando está institucionalizado em unidades residenciais, acompanhando tanto a família como o doente acompanhando todas as fases de evolução da doença (IPA, 2012).

## 1.2 A filosofia dos cuidados centrados na pessoa e a teoria geral de conforto de Kolcaba

### 1.2.1 A filosofia dos cuidados centrados na pessoa

O cuidado centrado na pessoa (CCP) é uma filosofia de cuidados construída em torno das necessidades do indivíduo e depende do conhecimento do mesmo como um ser único através da promoção de um relacionamento interpessoal (Fazio *et al*, 2018). A mesma subdivide-se em várias categorias consoante o alvo dos cuidados, nomeadamente o Cuidado Centrado na Pessoa Idosa (CCPI) e o Cuidado Centrado na Pessoa com Demência (CCPD). Razão pela qual adotamos a mesma na unidade residencial em que o estágio teve lugar visto que esta filosofia sustenta as intervenções de cuidados à pessoa idosa com demência, uma vez que se trata de um paradigma de cuidados que garante os direitos das pessoas, independentemente da sua idade ou funcionalidade (Barbosa *et al*, 2021).

No âmbito desta filosofia, o (CCPI) necessita de planos e políticas que considerem as necessidades das populações e tenham em linha de conta as características das organizações que prestam cuidados gerontológicos (ver figura 1). O CCPI rege-se por princípios que fundamentam a sua prática, nomeadamente (OMS, 2015):

1. *O envelhecimento é uma parte normal e valiosa da vida;*
2. *A pessoa é mais do que a sua condição/doença;*
3. *A meta dos cuidados é potenciar as capacidades, autoexpressão, dignidade e autonomia;*
4. *É essencial proporcionar a informação necessária para que a pessoa participe ativamente e tenha poder de escolha na sua vida e nos cuidados;*
5. *Os cuidados a longo prazo devem, expressamente, considerar perspetivas, experiências, necessidades, expectativas e preferências dos indivíduos;*
6. *A pessoa deve ser considerada no contexto da sua vida e ter apoio na manutenção de vínculos.*

Quadro 1- Diferença entre cuidados tradicionais assistencialistas e CCPI (OMS,2015).

	<b>Cuidados tradicionais assistencialistas</b>	<b>Atenção Centrada na Pessoa</b>
Foco	Procedimentos/tarefas, cronogramas e necessidades operacionais	Pessoa, direitos, bem-estar e qualidade de vida
Dinâmica organizacional	As PI adaptam-se às organizações, as práticas são padronizadas e despersonalizadas	Adaptação das organizações às PI e promoção de cuidados individualizados com maximização da oportunidade de escolha (e.g. horários, refeições)
PI	PI como recetor passivo de cuidados. Os planos de cuidados são definidos pelos profissionais.	PI como referente e agente ativo envolvido nos cuidados. A PI e os seus significados são envolvidos na planificação dos planos de cuidados
Perspetiva/intervenção	Vinculação a aspetos biológicos, identificação de perfis homogéneos, de acordo com patologias e défices. Priorização da história clínica.	Abordagem holística, que considera a PI como um todo e que facilita apoios necessários para promover autonomia, potencialidades e continuidade do plano de desenvolvimento pessoal.
Decisões	Decisões centralizadas e institucionais considerando critérios profissionais.	A PI é empoderada e agente decisor da sua vida. Decisões partilhadas entre PI, significativos e implicados nos cuidados.
Autonomia	Ênfase na segurança e paternalismo.	Controlo do quotidiano por parte da PI incluindo decisões que implicam riscos.
Rede de suporte social	Informa-se a família/significativos	Envolve-se a família/significativos (e.g. planificação dos cuidados) promovendo vínculos
Avaliação da qualidade	Crítérios objetivos e taxas de produção	Integração de índices de bem-estar, qualidade de vida, satisfação e respeito dos direitos.

Fonte - (Barbosa *et al*,2021, p.33)

Nos princípios evocados pela OMS (2015), o modelo biomédico comumente aplicado em unidades residenciais, promove a superioridade do profissional, considerando o envelhecimento como patológico e interpreta a pessoa como um recetor passivo dos cuidados. De acordo com este modelo (Dewing, 2008), a demência é compreendida como uma patologia inevitável e em constante deterioração. Ao contrário do que é evocado pelo CCP, o modelo biomédico considera as pessoas com demência como um ser humano com pouco potencial e que a constante perda de qualidade de vida é fatídica e irreversível (Dewing, 2008). Desta forma, era promovido um tratamento rígido, padronizado e focado nos procedimentos.

Pelo exposto, o CCPD surgiu como resposta às críticas ao modelo biomédico (Kitwood & Bredin, 1992). De acordo com Kitwood e Bredin (1992), há evidências que demonstram que a demência não progride para todas as pessoas da mesma forma. Como tal, para os autores (Kitwood & Bredin, 1992) as dificuldades que as pessoas com demência experienciam advêm não apenas da consequência da doença em si, ou mesmo de sintomas cognitivos e comportamentais, sendo uma expressão de múltiplas causas (fatores físicos, psicológicos, relacionais, sociais e ambientais).

É no âmbito dessa compreensão da demência que ocorre uma reconceptualização desta doença e dos seus sintomas, como um processo determinado não apenas por aspetos fisiológicos, mas como resultado de uma interação dinâmica entre o comprometimento neurológico e diferentes fatores (Dewing, 2008; Kitwood & Bredin, 1992).

Por sua vez, no contexto do CCPD, o conceito de “personhood” apresentado por Kitwood (1997), destacou cinco necessidades das pessoas com demência designadamente: o *conforto* que se refere à sensação de confiança nos outros; *pertença* relacionada com segurança e familiaridade em lugares inusitados; *inclusão*, que permite que a pessoa com demência se envolva com os outros; *ocupação* que pressupõe que a pessoa com demência esteja envolvida nas AVD's e *identidade*, como elemento que distingue a pessoa dos outros e que a torna única. Kitwood (1997) teorizou que essas necessidades estão presentes em todos os seres humanos, mas são mais evidentes em pessoas com demência porque são mais vulneráveis e com menor capacidade funcional.

De facto, mais recentemente Barbosa, Afonso, Paúl e Lezaun (2020) evocam que nesta linha de compreensão da demência, deve ser estabelecido um conjunto de intervenções e valores que ampliem o potencial de interpretação e intervenção, no apoio à pessoa com demência durante as diferentes fases da mesma.

De acordo com Manso (2019), determinados aspetos são essenciais para uma abordagem de cuidado centrado na pessoa com demência, e que podem resultar numa mudança na prática de cuidados, nomeadamente: a) valorizar e respeitar as pessoas com demência e aqueles que cuidam delas; b) tratar as pessoas com demência como indivíduos com necessidades únicas; c) considerar a perspetiva da pessoa com demência, de modo a

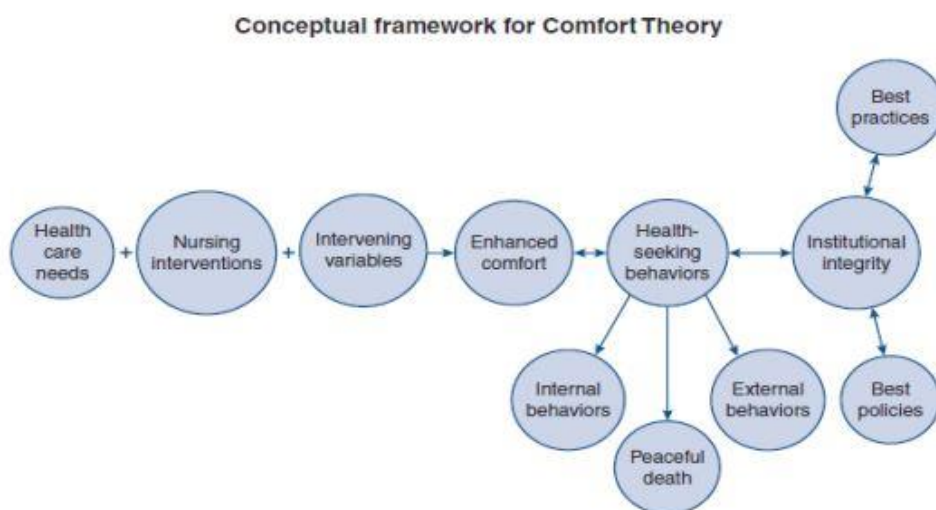
compreender o seu comportamento d) e validar a experiência subjetiva que é percebida como a realidade para o indivíduo.

Assim, a aplicação prática do CCPD, reveste-se de complexidade, dado que ainda não existem diretrizes amplamente definidas que fomentem de uma forma prática e inequívoca a sua implementação (Barbosa, Afonso, Paúl & Lezaun, 2020). No entanto, Barbosa, *et al* (2020) referem que, para a aplicação do CCPD é fundamental, no domínio dos prestadores de cuidados, a existência de profissionais de saúde capacitados, que possibilite uma rotatividade menor destes profissionais. É ainda crucial que estes profissionais tenham formação na área de prestação de cuidados à pessoa com demência, dado que o seu papel é fundamental na implementação do CCPD, devendo por isso, a nível institucional serem valorizados e motivados (Barbosa, *et al*, 2020).

### 1.2.2 A teoria geral de conforto de Kolcaba

A teoria do conforto de Katherine Kolcaba, também designada por teoria geral de conforto de Kolcaba é uma teoria de enfermagem que se caracteriza por ter fenómenos e/ou conceitos específicos e interdependentes, relacionados com a prática de enfermagem. Estes fenómenos e conceitos são transversais às diferentes áreas da enfermagem e refletem uma pluralidade de situações de cuidados. Com um cariz essencialmente prático, esta teoria apresenta um conjunto específico de orientações, como seja: necessidades de saúde, intervenções de enfermagem, proporcionar conforto, comportamentos de promoção da saúde (fatores externos e internos e morte digna), integridade institucional e melhoria da prática de cuidados e de políticas de saúde (ver Figura 2), que são concretas, adaptáveis e fáceis de usar.

Figura 1 – Modelo conceptual da teoria geral de conforto



Fonte - Khan (2017, p.104)

Neste modelo teórico, as medidas de conforto são aplicadas ao doente, à comunidade ou aos idosos. As necessidades de cuidados de saúde como necessidades físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais de conforto resultam de situações que não são satisfeitas numa primeira linha de intervenção. As medidas de conforto configuram as intervenções de enfermagem, e neste âmbito, o conforto é a condição experimentada pelas pessoas que o recebem. Os tipos de conforto são definidos como *alívio* (em que a pessoa viu satisfeita uma necessidade específica), *tranquilidade*, (que se refere ao estado de calma ou contentamento) e a *transcendência* (em que a pessoa suplanta os seus problemas ou sofrimento).

De acordo com Alligood (2018) para Kolcaba, o conforto assume um carácter holístico e transversal podendo se apresentar como conforto: *físico* (relativo às sensações do corpo); *psico-espiritual* (relacionado com a consciência interna de cada indivíduo, incluindo a autoestima e o conceito de si mesmo) *ambiental* (pertencente ao meio e às condições e influências externas) e *social* (pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais). As intervenções sugeridas por este modelo foram base e alicerce para as intervenções realizadas no estágio ocorrido na unidade residencial, uma vez que analisa as necessidades de conforto da pessoa, e estas necessidades são o ponto de partida para a aplicação de um conjunto de intervenções para o conforto e bem-estar da pessoa idosa com demência, uma vez que permite uma melhoria contínua da prática de cuidados, e, conseqüentemente do ambiente institucional.

### **1.3 O conforto e o bem-estar da pessoa idosa com demência institucionalizada**

Segundo Boltz (2021) é difícil identificar claramente o que constitui conforto e bem-estar para a pessoa com demência e o que é que aumenta esse bem-estar e conforto. A pessoa idosa pela sua vulnerabilidade tem mais risco de ver os seus direitos colocados em causa, relativamente à tomada de decisão na prestação de cuidados (Paranhos & Albuquerque, 2018).

Historicamente, o conforto é identificado como “elemento de cuidado de enfermagem relevante em várias teorias e inerente a várias taxonomias profissionais” (Sousa, 2014, p. 37). Para Pereira *et al* (2019) o conforto tem sido identificado como elemento associado aos cuidados de enfermagem assumindo diferentes significados, consoante a filosofia e a teoria que tem subjacente. Embora observações empíricas da prática da enfermagem e a revisão da literatura apontem o conforto como parte integrante dos cuidados de enfermagem, ainda são muitas as indagações sobre sua definição como fenómeno, e quais as concepções a ele inerentes. O interesse pelo conforto tem atraído a atenção dos pesquisadores e clínicos para

os sistemas de classificação de fenómenos e diagnósticos de enfermagem, nomeadamente a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) (Pereira *et al*, 2019).

Não obstante existirem várias definições de conforto, e considerando a sua subjetividade, o conceito adotado no nosso projeto de estágio está alicerçado nos estudos realizados por Barbosa *et al*, (2021) Kolcaba (2001); Pereira *et al* (2019) e Ribeiro, Marques e Ribeiro (2017) que o definem como experiência subjetiva de se sentir fortalecido e de se perceber ajudado beneficiado por alguém.

Por outro lado, se a promoção do conforto norteia as intervenções de enfermagem à pessoa idosa com demência o bem-estar é a imagem mental da pessoa se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo própria e a abertura para as outras pessoas ou satisfação com a sua independência. A CIPE enquadra o bem-estar como área de intervenção de enfermagem, organizadas em quatro subcategorias a saber: bem-estar físico, bem-estar psicológico, bem-estar espiritual e o bem-estar social (Queirós<sup>1</sup>, 2012).

Estes conceitos, de conforto e bem-estar, são deveras importantes com efeito o *National Institute of Health and Care Excellence* (NICE) (2021) apresenta um conjunto de orientações com vista à sua aplicação. Referindo que o bem-estar nas pessoas idosas com demência deve ir ao encontro das suas necessidades, através de um conjunto de ações que podem ser consideradas (convívio e a socialização). De acordo com o NICE (2021) o bem-estar da pessoa idosa com demência está relacionado com o aumento da sua a independência, fatores psicológicos e físicos, sentido de pertença e sentido de propósito de vida.

Como foi apresentado anteriormente, o conforto e o bem-estar são conceitos relacionados com a qualidade de vida, sendo que o conforto é um conceito que está subjacente à prestação de cuidados de enfermagem. Para Pinto *et al* (2017), o reflexo do conforto na prática de cuidados caracteriza-se pela satisfação das necessidades da pessoa, sentindo-se forte, seguro, apoiado e cuidado. Ainda segundo estes autores (Pinto *et al*, 2017), o bem-estar tende a ser usado numa perspetiva mais psicológica e espiritual e, ainda que possa ser utilizado de forma mais ampla, estando tradicionalmente ligado ao bem-estar psicológico.

No que diz respeito às intervenções promotoras de conforto e bem-estar da pessoa idosa com demência nas unidades residenciais, Barnes (2006) no seu estudo transversal, que envolveu idosos com demência, demonstrou que a movimentação no espaço e a exposição à luz solar das pessoas idosas com demência estão associadas à qualidade de vida, independentemente do seu grau de dependência. Por outro lado, de acordo com o estudo realizado por Carmeli *et al* (2008), o exercício físico é importante para a saúde e bem-estar da pessoa idosa com demência. das pessoas idosas com demência. As análises estatísticas sugeriram uma relação positiva entre bem-estar percebido e o exercício físico entre o grupo experimental e controle. De facto, como corroboram Cardalda, López e Carral (2019), o

exercício físico, seja um programa de força, ou outro, é um eficaz método para melhorar e manter a saúde, estado cognitivo, independência funcional e estabilidade da pessoa idosa com demência.

Por sua vez, a musicoterapia é um meio de fácil acesso que pode ser utilizado mesmo em contexto da fase avançada da demência nas unidades residenciais. É cada vez mais reconhecido que a música pode melhorar a vida das pessoas com demência. Os enfermeiros podem utilizar a intervenção musical no cuidado à pessoa com demência, com melhorias no bem-estar da mesma (Sorrell, 2018; Skingley, McCue & Vella-Burrows, 2020).

#### **1.4 Unidades residenciais: a prestação de cuidados à pessoa idosa com demência.**

Em Portugal existe uma enorme lacuna no que respeita à resposta para o cuidado e acompanhamento das pessoas idosas com demência (Rocha, 2016). Apesar de existirem inúmeras unidades residenciais para a população idosa, de acordo com Rocha (2016), não existe do ponto de vista individualizado unidades residenciais que estejam proeminentemente focadas na demência. O autor refere que (Rocha, 2016) são necessárias instituições com ambiente direcionado para a promoção do bem-estar físico e mental e da qualidade de vida.

De acordo com o relatório da OCDE em 2018, a maioria dos residentes de lares de idosos tinham demência, sendo que muitos deles não estavam diagnosticados. Para Duarte e Carqueja (2020) o aumento progressivo da dependência associado à demência é, muitas vezes, motivo para a institucionalização da pessoa idosa com demência. Com efeito, já em 2015 num estudo realizado por Santana *et al*, referiam a necessidade de reconhecer o impacto da demência no panorama epidemiológico que contribuísse para a definição de estratégias institucionais de apoio e tratamento a estas pessoas.

A institucionalização dos idosos em unidades residenciais implica o envolvimento de responsabilidades e crenças, “associada à institucionalização do idoso, surgem muitas vezes tensões familiares, sentimentos de culpa partilhados pela família e, não raras vezes, abandono, isolamento e dificuldades de adaptação ao meio institucional” (Carvalho & Dias, 2011, p. 166). Contudo, a necessidade da massificação de cuidados gerontológicos, impelida pelo envelhecimento populacional, conforme referido no ponto anterior, de acordo com Barbosa *et al* (2021) contribuiu para a proliferação de instituições residenciais com serviços assistencialistas que estão mais focados na execução eficiente das suas tarefas, do que propriamente na valorização da pessoa idosa como um ser único, que por sua vez requer cuidados e tratamentos específicos, consoante as suas necessidades. Os autores (Barbosa *et al*, 2021) destacam os sinais de esgotamento e impactos negativos que estes procedimentos têm nas pessoas idosas nomeadamente, na violação dos seus direitos e desvalorização da sua autodeterminação.

As pessoas com demência devem ser encorajadas a continuar na comunidade e a receber cuidados alinhados com os seus desejos e preferências, no entanto, em muitas situações, a institucionalização é, de facto, inevitável dadas as circunstâncias de vida do próprio e da família (WHO, 2018).

Por conseguinte, a gestão da demência em unidades residenciais implica que estas instituições adquiram recursos materiais, físicos e profissionais que, infelizmente não se verifica na maioria destas unidades (Santana *et al*, 2015).

De facto, de acordo Wu *et al* (2016) e Santana *et al* (2015) existe um desconhecimento por muitos profissionais de saúde, no que refere ao diagnóstico que muitas vezes é tardio. Os autores ainda sublinharam a falta de serviços especializados e projetados especificamente para atender às necessidades das pessoas com demência e seus familiares. pois as instituições disponíveis para os cuidados de longa duração estavam mal equipadas para lidar com as necessidades da pessoa idosa com demência. Entre as lacunas identificadas verificaram a inexistência de uma equipa de saúde especializada, sendo que a prática não era baseada em evidência científica, nem eram vocacionadas para o diagnóstico, atendimento e tratamento das pessoas com demência. Para além disto, as referidas instituições de saúde analisadas por estes autores, muitas vezes recusavam a admissão de idosos com demência.

#### *1.4.1 Implicações na fase avançada da demência*

Pelo facto de a demência ser uma doença incurável, conduz a que seja forçoso considerar determinados princípios na prestação de cuidados (Steen *et al*, 2014). Nos diferentes pontos explorou-se que o conforto e bem-estar deve ser aplicado nas diferentes fases da demência. Não descurando as restantes fases que a demência pode assumir, apresentamos neste ponto as questões inerentes à fase avançada da demência.

Por ser um momento da vida da pessoa idosa com demência onde é ainda mais premente o conforto e o bem-estar, a pesquisa bibliográfica realizada focou os cuidados paliativos como um aspeto essencial a ser discutido e debatido. O objetivo dos cuidados paliativos é de melhorar a qualidade de vida dos doentes através da prevenção ou alívio do sofrimento (Hofmeister *et al*, 2018). A prestação de cuidados na demência deve privilegiar a preservação da dignidade e do conforto considerando uma abordagem paliativa (Duarte & Carqueja, 2020).

Os cuidados paliativos para pessoas com demência são complexos e envolvem respostas físicas, psicológicas, sociais e espirituais, discutindo desejos e preferências de cuidados e apoiando famílias antes e depois do luto (Duarte & Carqueja, 2020; Boltz *et al*, 2020). A equipa de enfermagem em instituições de cuidados de longo prazo tem um papel chave na prestação de cuidados paliativos centrado na pessoa (Boltz *et al*, 2020).

A prestação de cuidados paliativos para idosos na próxima década terá de ser substancialmente diferente da atual. Em contextos de unidades residenciais, a qualidade dos cuidados paliativos exige intervenção do sistema de saúde e também da assistência social. Estas instituições são inevitavelmente um recurso para o cuidado da pessoa idosa com a demência em toda a trajetória de vida até ao momento da morte. Por isso o conforto se torna tão importante e inevitável (Abbey et al, 2006). Portanto, o objetivo final de um encaminhamento correto é a qualidade dos cuidados, o conforto e desejos dos pacientes (Stewart & Schultz, 2018).

Neste sentido, os cuidados paliativos na demência é uma área de intervenção relativamente nova. Assim sendo, existem mais perguntas do que respostas sobre como cuidar melhor destas pessoas mais vulneráveis. A ingressão nos cuidados paliativos na demência avançada melhorou nas últimas duas décadas (Stewart & Schultz, 2018). No entanto, Stewart e Schultz (2018) referem que não existe uma perceção correta por parte dos profissionais, e por isso, as pessoas continuam a ser encaminhadas para cuidados nas últimas semanas ou dias de vida.

A medicina paliativa reconhece o poderoso papel que tem no cuidado da população com demência e pretende garantir que os pacientes tenham um final de vida pacífico e condigno, deixando um legado positivo para aqueles que deixam para trás (Stewart & Schultz, 2018).

No que respeita às intervenções na prestação de cuidados à pessoa idosa com demência destacando a fase avançada, Steen *et al* (2014) identificam as seguintes: i) implementação do cuidado centrado na pessoa; ii) comunicação verbal e não verbal adequada à pessoa com demência; iii) tomada de decisão compartilhada (prestador de cuidados/paciente); iv) definição e planeamento de metas e cuidados antecipados (ex.: cuidados paliativos); v) tratamento adequado dos sintomas e vi) aplicação de intervenções de conforto (ex. alívio da dor, posicionamento do doente no leito, entre outras).

A *implementação do cuidado centrado na pessoa* como próprio nome indica, consiste em considerar os aspetos específicos (história de vida, cultura, religião, preferências pessoais, hábitos diários, hobbies, etc.) de cada indivíduo e tem como objetivo melhorar a qualidade de vida, manter a função e maximização do conforto (Steen *et al*, 2014). Por sua vez, a *comunicação verbal e não verbal adequada à pessoa com demência e tomada de decisão compartilhada* é essencial dentro da equipa multidisciplinar para discutir regularmente as especificidades e necessidades do doente e da sua família. No que diz respeito à *definição e planeamento de metas e cuidados*, na demência avançada e quando a morte se aproxima, devem ser considerados cuidados que visem o melhor interesse do doente com o objetivo principal de maximizar o conforto. Os planos de cuidados devem ser de fácil acesso a toda a equipa multidisciplinar, por forma a que as comunicações entre as instituições sejam

facilitadas (da unidade residencial para o hospital e do hospital para a unidade residencial) facilitando desta forma a sua transferência (Steen *et al*, 2014). O *tratamento adequado dos sintomas* tem em vista aliviar a dor e o desconforto da pessoa idosa com demência, esta estratégia deve ser utilizada no diagnóstico da doença, implementando e avaliando a evolução da doença em todas as suas fases, do qual se destaca a fase avançada da demência (IPA, 2012; Steen *et al*, 2014). Por esse motivo IPA (2012) refere que é importante que os enfermeiros interpretem adequadamente os comportamentos da pessoa idosa com demência e, conseqüentemente, supram as necessidades

Pelo exposto, nas estruturas residenciais, o enfermeiro assume um papel preponderante, cabendo ao mesmo: planejar, executar, monitorizar e avaliar os planos de cuidados das pessoas idosas com demência. A execução destes planos requer criatividade, dedicação e perseverança (Pestana & Caldas, 2009). Paralelamente, o enfermeiro deve ainda encorajar, motivar e envolver a família da pessoa idosa com demência por forma a implementar eficazmente as estratégias anteriormente referidas. Pois ao considerar a família da pessoa idosa com demência no planeamento dos cuidados, contribuirá para que o enfermeiro identifique quais as lacunas existentes na prestação de cuidados à mesma, e realizar um constante ajuste do plano definido, considerando a evolução da doença dado que a dependência se torna cada vez maior alterando as intervenções a implementar (Pestana & Caldas, 2009).

## **1.5 Implicações do contexto pandémico na prestação de cuidados à pessoa idosa com demência em unidades residenciais**

A sociedade tem experimentado profundas alterações decorrentes da pandemia COVID-19, a diferentes níveis do qual não é alheio a saúde e bem-estar das pessoas idosas com demência institucionalizadas que pela sua condição por si só estão em maior grau de fragilidade, subjacente às repercussões que a mesma pode implicar no seu quadro clínico. Com efeito, as pessoas idosas com demência podem ter maior risco de contrair e transmitir a COVID-19, resultante das dificuldades que têm em compreender e recordar-se dos regulamentos de prevenção da doença, como por exemplo: o isolamento, o distanciamento social e as regras de higienização (mãos, superfícies) (Brown *et al*, 2020; Livingston *et al*, 2020).

Para Bolt *et al* (2020) a natureza aguda da COVID-19 e seus efeitos na sociedade em termos de distanciamento social e os regulamentos de quarentena, afetaram a prestação de cuidados paliativos para pessoas com demência que viviam em instituições de cuidados de longa duração.

De facto, além do risco aumentado da contaminação por COVID19, as unidades residenciais foram obrigadas a redefinir os regulamentos sociais (proibição das visitas dos familiares) e a organização dos cuidados de saúde em resposta ao contexto pandémico para todos os residentes (Brown *et al*, 2020; Livingston *et al*, 2020).

Idealmente, os cuidados paliativos devem estar disponíveis mesmo em tempos de crise (pandemias, guerras, etc.) para atender às necessidades de cuidados de fim de vida e atenuar o seu sofrimento (Bolt *et al*, 2020). A pandemia COVID-19 representou também um desafio para a enfermagem, que está na base da prestação de cuidados de alta qualidade para pessoas com demência.

Não obstante, num estudo recente de Sabatini *et al* (2022) é referido que a pandemia teve pouco efeito sobre a saúde mental e bem-estar da pessoa com demência, não se observando alterações na capacidade funcional das pessoas com demência. Sendo que relatos pessoais de pessoas com demência neste estudo (Sabatini *et al*, 2022) evidenciaram a resiliência destes no cumprimento das restrições durante a pandemia.

## 2. CONTEXTOS DA EXECUÇÃO DO PROJETO

Neste capítulo, iremos descrever o contexto e a metodologia da execução do projeto de estágio numa unidade residencial com apoio hospitalar diferenciado no concelho de Lisboa, vocacionada e especializada na área da demência.

O estágio teve a duração de seis meses, com início a dia 24 novembro de 2020 e término no dia 23 de junho de 2021.

A abertura e funcionamento da unidade residencial coincidiu com o então contexto pandémico que se vivia na altura, causando impacto no cronograma de estágio previamente estabelecido.

Em termos estruturais, a arquitetura do hospital é definida pela combinação do antigo com uma construção moderna e acolhedora, apresentando na zona envolvente vários jardins tal como sugerido por Barnes (2006) sobre os princípios na arquitetura das estruturas das unidades residenciais. Ao nível do interior do edifício hospitalar, o mesmo oferece um ambiente agradável e familiar, que alia o *design* do mobiliário com as linhas tradicionais ao conforto.

No que diz respeito à prestação de cuidados na unidade, era assegurada nas suas 24h pelas AAM, com apoio de enfermagem sempre que necessário. As AAM eram responsáveis pelos cuidados de higiene e de alimentação das pessoas idosas da unidade, bem como pela administração de terapêutica já previamente preparada pela farmácia do hospital. Entre as 8 e as 18 horas a enfermeira responsável prestava cuidados no âmbito das intervenções de enfermagem, organização e planeamento dos cuidados e orientação da equipa das AAM. Faziam ainda parte da equipa de enfermagem mais dois enfermeiros, do mesmo hospital, que nos restantes horários asseguravam os cuidados necessários na unidade.

A referida unidade tinha uma lotação máxima de 21 pessoas, em quartos individuais e duplos, sendo que durante o estágio (período de instalação do serviço) esteve ocupada por 16 pessoas. Era permitido que cada pessoa idosa desta unidade tivesse junto de si objetos pessoais como fotografias, relógios ou artigos de higiene pessoal.

Ao nível das atividades dinamizadas, a unidade tinha disponível atividades de neuro-estimulação, onde se desenvolviam diversas atividades, nomeadamente a leitura do jornal diário, atividades de pintura e de trabalhos manuais alusivos às épocas festivas e fisioterapia.

Conforme anteriormente referido no capítulo da revisão da literatura, é importante que as instituições sejam direcionadas pela existência de planos de cuidados. De facto, nos cuidados a longo prazo onde se inserem as unidades residenciais, devem considerar as perspetivas, experiências, necessidades, expectativas e preferências das pessoas, por meio de um plano de cuidados individualizado (WHO, 2017). Esta unidade rege-se pelos mesmos

princípios do hospital em que se insere, concretamente no que se refere à existência de um plano de cuidados. Este plano de cuidados é, essencialmente, informatizado, sendo que os processos de cada pessoa idosa, continham as informações particulares da história de vida, antecedentes pessoais, os diagnósticos de entrada e o plano individualizado de cuidados. Os planos de cuidados eram definidos com base numa avaliação multidisciplinar considerando as necessidades de cada doente nas diferentes dimensões da vida e condição de cada pessoa. A equipa multidisciplinar era composta pela enfermeira responsável da unidade, médica, fisioterapeuta, animadora social e gestora de clientes.

Neste ambiente, as competências profissionais e individuais eram potenciadas num trabalho de equipa, com um objetivo de promover a autonomia, o bem-estar e a qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares.

### 3. OBJETIVOS E ATIVIDADES PLANEADAS

- a) O objetivo Geral deste projeto e estágio foi desenvolver competências de mestre e enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no âmbito da pessoa idosa com demência contexto de internamento numa unidade residencial. Os objetivos específicos e respetivas atividades definidas foram os seguintes:
- b) Aprofundar o conhecimento teórico global sobre a pessoa idosa com demência
  - a. Pesquisa bibliográfica sobre as várias dimensões dos cuidados às pessoas idosas com demência
- c) Analisar o estado da arte no que respeita às intervenções promotoras de conforto e bem-estar da pessoa idosa com demência em contexto de internamento numa unidade residencial
  - a. Realização de *scoping review* com a finalidade de mapear as intervenções promotoras de conforto e bem-estar da pessoa idosa com demência em contexto de internamento numa unidade residencial (ver Apêndice I)
- d) Prestar cuidados de enfermagem à pessoa idosa com demência em contexto de internamento numa unidade residencial, na perspetiva do cuidado centrado na pessoa, e família;
  - a. Avaliar nas várias dimensões a pessoa Idosa com demência e família
    - i. Identificação das necessidades de conforto e bem-estar da pessoa idosa com demência
  - b. Implementar o plano de cuidados de enfermagem personalizado de acordo com as necessidades da pessoa idosa com demência e família
    - i. Elaboração do plano de cuidados de acordo com as necessidades da pessoa idosa com demência e família
    - ii. Desenvolvimento de intervenções promotoras de conforto e bem-estar para a pessoa idosa com demência
- e) Promover a formação em serviço dos assistentes operacionais sobre a pessoa idosa com demência em contexto de internamento numa unidade residencial;
  - a. Realização de formação aos assistentes operacionais (contextos formais e informais) com ênfase nas atividades geradoras de bem-estar e conforto.

## 4. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DA EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

Apresentado o local onde decorreu o estágio e os objetivos do mesmo, neste capítulo, descrevemos e discutimos a execução das atividades realizadas ao longo do mesmo. Começamos por apresentar a realização da revisão *scoping*, que contribuiu para a fundamentação teórica do estágio ao nível do tema em estudo. Apresentamos ainda a nossa intervenção ao nível da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com demência nesta unidade residencial. Por último, descrevemos a atividade de formação realizada às auxiliares de ação médica (AAM).

### 4.1 Revisão *scoping*

#### BACKGROUND

Pela mudança do paradigma familiar, muitas pessoas idosas necessitam de ser institucionalizadas. As instituições para as pessoas idosas são locais complexos e dinâmicos para a prática de enfermagem, uma vez que, os vários aspetos positivos da enfermagem geriátrica desaparecem face à imagem pejorativa deste tipo de instituição (Eliopoulos,2019). De facto, como refere António (2017), ao trazermos a humanização na prestação de cuidados à pessoa idosa, temos de considerar:

“uma realidade atual de muitas instituições ainda demasiado rígidas, centradas no desempenho da tarefa, pouco atentas à singularidade de cada pessoa, e pouco flexíveis para acomodar uma efetiva participação da pessoa idosa no quotidiano da instituição (p.91)”.

A prática de cuidados de excelência torna-se ainda mais exigente em contextos em que a maior parte das pessoas idosas tem demência. A OMS (2018) relata que 50 milhões de pessoas vivem com demência em todo o mundo e quase 9,9 milhões de novos casos são relatados a cada ano, muitos dos quais requerem suporte a cada ano. Além disso, os indivíduos e cuidadores que lidam com a demência enfrentam desafios extraordinários, incluindo estigmatização, confusão de identidade, barreiras económicas, perda de independência, mudanças de personalidade e sentimentos de tristeza e perda (WHO ,2018).

Desta forma, mesmo com bons cuidados baseados na comunidade, algumas pessoas com demência acabam por desenvolver necessidades de cuidados que não podem necessariamente ser sustentadas em casa e exigirão um suporte institucional. As unidades residenciais, devem, portanto, ser equipadas para prestação de cuidados de qualidade e centrado na pessoa com demência (OCDE,2018).

Em Portugal existe uma enorme lacuna no que respeita à resposta para o cuidado e acompanhamento das pessoas idosas com demência (Rocha, 2016). Apesar de existirem

inúmeras unidades residenciais para a população idosa, de acordo com Rocha (2016), não existe do ponto de vista individualizado unidades residenciais que estejam proeminentemente focadas na demência. O autor refere que (Rocha, 2016) são necessárias instituições com ambiente direcionado para a promoção do bem-estar físico e mental e da qualidade de vida.

De acordo com Silva et al (2021) é possível constatar que a maioria dos planos de cuidados existentes nas instituições são despersonalizados, genéricos e não têm em consideração as reais necessidades de bem-estar e conforto da pessoa idosa com demência, excluindo a sua história de vida e os seus planos futuros. Por conseguinte, Kloos et al (2020) referem que é necessária uma avaliação do bem-estar da pessoa idosa, planeamento e mudanças comportamentais nos cuidados para melhoria da prestação de cuidados. A avaliação do bem-estar da pessoa idosa exige um contexto estável de lar de idosos e um plano de implementação detalhado. No que diz respeito ao aspeto comportamental, as mudanças nos cuidados de enfermagem compreendiam a integração da pessoa idosa nas atividades diárias e suporte social (Kloos *et al*, 2020).

Face a esta problemática, procurou-se pesquisar e investigar quais as intervenções promotoras de conforto e bem-estar das pessoas idosas com demência institucionalizadas.

## IDENTIFICAÇÃO DA QUESTÃO DE PESQUISA

Tendo em conta a mnemónica do PCC preconizada pelo JBI (2015), na qual P representa a população, C o conceito e o último C o contexto, designou-se: (P) (idosos – pessoas com 65 ou mais anos com demência) (C) - (conceito – estudos que envolvam intervenções promotoras de conforto e bem-estar da pessoa idosa com demência) (C)- (contexto- unidades residenciais). Sendo assim, formulou-se a seguinte questão de pesquisa:

Quais são as intervenções de enfermagem que permitem promover o conforto e bem-estar da pessoa idosa com demência em unidades residenciais?

## CRITÉRIOS DE SELECÇÃO

Todos os artigos científicos de investigação primária e de revisão que tinham como objeto intervenções para promoção de conforto e bem-estar, em contexto de unidades residenciais, pessoas com mais de 65 anos e com demência. Critérios de exclusão: artigos que abordem populações não idosas, ou idosas, mas sem demência e que se refiram a contextos de cuidados de saúde primários, unidades de urgência ou de internamento hospitalar.

## METADOLOGIA E ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Foi realizada pesquisa nas bases de dados com as seguintes palavras-chave: elderly or older people + dementia or cognitive impairment + long term care or residence care or nursing home + confort care + well-being.

### BASE DE DADOS

Bases de dados científicas nacionais e internacionais, (EBSCO, B-ON). CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Science Direct, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Academic Search Complete, MedicLatina, IsiWebKnowledge, Scopus, Springer, Scielo, Google Scholar.

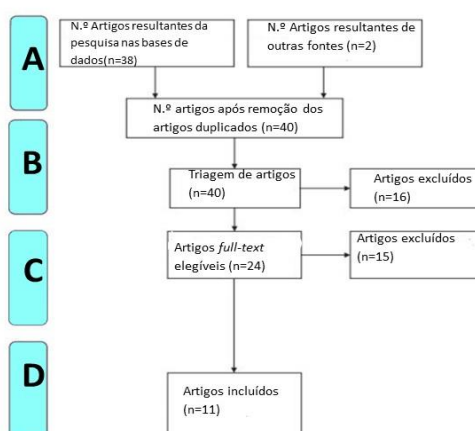
### SELECÇÃO DOS ESTUDOS

Da base de dados foi extraído conjunto de 43 artigos. Pela leitura do título e resumo destes artigos, aplicando os critérios de inclusão e exclusão, selecionaram-se 11 artigos.

### RESUMO DOS DADOS

O número de estudos identificados e selecionados para a inclusão na revisão *scoping* foram organizados através de um fluxograma onde está claro o processo de pesquisa (Fig.2). O fluxograma indica os resultados da pesquisa, a remoção de citações duplicadas, seleção de estudos, resultado de artigos completos e acréscimos da pesquisa da lista de referência e apresentação sumária final.

Figura 2 - Fluxograma para o processo da *scoping review*.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Barnes (2006) no seu estudo transversal que envolveu idosos com demência, demonstrou que a disposição do espaço da instituição com boa exposição solar e que permite a deambulação pelo serviço, está associada à qualidade de vida da PI. As pessoas idosas da unidade deambulavam frequentemente pela unidade para além da atividade física de caminhar, esta atividade contribuía para o conforto e bem-estar da pessoa idosa.

Para Carmeli *et al* (2008) o exercício é importante para a saúde e bem-estar. O objetivo do estudo realizado por estes autores foi investigar o efeito do exercício físico no bem-estar e autoimagem em pessoas idosas com défice cognitivo. As análises estatísticas realçam o importante papel do exercício físico para melhorar a percepção do bem-estar entre os idosos com demência. De facto, como corroboram Cardalda, López e Carral (2019), o exercício físico, seja o programa de força, ou outro, é um eficaz método para melhorar e manter a saúde, estado cognitivo, independência funcional e estabilidade em pessoas idosas com demência.

Quer nos momentos de lazer, como caminhar, quer aquando da realização da fisioterapia, as pessoas idosas da unidade eram estimuladas a realizar atividade física e era notória a sua satisfação e bem-estar, pela avaliação do seu comportamento, expresso pela tranquilidade, alegria e afecto.

Weert *et al* (2005) investigaram a eficácia do *snoezelen* (*utilização de materiais e equipamentos multissensoriais*), integrado no cuidado diário 24 horas, sobre o comportamento e humor das pessoas idosas com demência e . concluíram que as intervenções de *snoezelen* demonstraram um efeito de tratamento significativo no que diz respeito ao nível de comportamento apático, desinibição, comportamento agressivo e depressão. Nas rotinas da manhã, os residentes mostraram mudanças significativas no bem-estar demonstrando humor, felicidade, alegria e comportamento adaptativo (responder ao falar, relacionar-se com cuidador).

Por sua vez, Gomez-Soria, Peralta-Marrupe, Calatayud-Sanz e Latorre (2021), ressaltaram que as intervenções cognitivas mostraram efeitos positivos na cognição, melhorando a função cognitiva global pós-intervenção, mas também pareceram melhorar alguns domínios cognitivos. Foi possível constatar durante o estágio que houve de facto uma melhoria da capacidade funcional e cognitiva de muitas pessoas idosas com demência na unidade, cuja participação nas atividades de neuroestimulação eram mais frequentes e consistentes. Por conseguinte, a estimulação da autonomia e capacidade funcional da pessoa idosa institucionalizada é fundamental. Assim, devem ser desenvolvidas atividades individuais e atividades em grupo, devem ser considerados, por exemplo, a presença de voluntários nas unidades residenciais (NICE, 2021).

Por sua vez, Cohen-Mansfield *et al*, (2006), no seu estudo refere que vestir-se é uma atividade que apresenta particular dificuldade para muitas pessoas com demência, dada a

necessidade de coordenação olho-mão, motricidade fina e competências de planeamento no geral. Deste estudo, é fundamental retirar implicações para que as unidades residenciais possam considerar na sua estratégia de intervenção, atividades de cuidado, capacitar a equipa para promover o conforto e satisfação durante o processo de vestir. De facto, é fundamental que a prestação de cuidados de qualidade e excelência promotoras do conforto e bem-estar, sejam integradas num ambiente de confiança e de comunicação e não simplesmente na execução de tarefas, promovendo a autonomia (Cohen-Mansfield *et al*, 2006). Nesta interação, é fundamental reconhecer que a realidade da pessoa com demência é diferente da nossa. Assim de acordo com Pope (2018), os enfermeiros não devem trazê-las para a realidade e assim, para o seu bem-estar, é melhor validar e entrar sua realidade. Neste contexto, importa identificar qual a principal preocupação da pessoa idosa em cada momento (Pope, 2018).

As pessoas idosas da unidade encontravam-se em diferentes fases da doença sendo que algumas estavam numa fase mais avançada da doença e como tal, eram imprescindíveis uma prestação de cuidados ainda mais baseada na promoção do conforto e bem-estar. Designadamente, no controlo da dor, através dos posicionamentos, da massagem, ou da administração de terapêutica. Em contexto institucional, Steen *et al* (2017), evidenciam o domínio EAPC de "evitar tratamento excessivamente agressivo, pesado ou fútil" que foi considerado de particular relevância na fase terminal, bem como intervenções que promovam o conforto.

Uma outra intervenção que emergiu da revisão *scoping* foi a musicoterapia. É cada vez mais reconhecido que a música pode melhorar a vida das pessoas com demência. Os enfermeiros podem utilizar a intervenção musical no cuidado à pessoa com demência (Sorrell, 2018; Skingley, McCue & Vella-Burrows, 2020).

## FORÇAS E LIMITAÇÕES DA REVISÃO SCOPING

De forma conclusiva, podemos referir que a presente revisão *scoping* que pretendeu mapear evidência referente às intervenções promotoras do conforto e bem-estar da pessoa idosa com demência institucionalizada revelou algumas forças e limitações. Assim, o facto dos aspetos relacionados com a promoção do conforto e bem-estar na pessoa idosa com demência serem ainda pouco debatidos e divulgados, não foi possível englobar todos os aspetos da vida da pessoa idosa com demência. Por outro lado, face à situação epidemiológica relativa à demência, a investigação na área desta patologia é cada vez mais crescente.

Contudo, a presente revisão *scoping* permitiu evidenciar que a atividade e o exercício físico são de extrema importância para a promoção do conforto e bem-estar da pessoa idosa ao incrementar a sua mobilidade, capacidade funcional e autonomia. A musicoterapia emerge

igualmente como uma intervenção de fácil aplicação e que possibilita o aumento de sensação de bem-estar. Por fim, a principal conclusão retirada prende-se com a adequação dos cuidados à pessoa idosa com demência, só assim é possível dirigir a prestação de cuidados de excelência.

## **4.2 Desenvolvimento de intervenções promotoras de conforto e bem-estar para a pessoa idosa com demência**

Segundo Ribeiro, Marques e Ribeiro (2017), a promoção do conforto necessita de estar inserida numa relação interpessoal na qual deve estar presente a promoção da autonomia e a capacidade do doente idoso e, conseqüentemente, considerar a sua decisão, vontades e desejos. Assim sendo, o principal objetivo na prestação de cuidados às pessoas na unidade seria de criar vínculos e estar o mais presente possível por forma a consolidar uma relação interpessoal de confiança com as pessoas idosas.

Os cuidados prestados durante o estágio foram sempre cuidados de prestação direta, primeiramente com dois ou três pessoas idosas em fase avançada da doença, e, progressivamente, foi assumindo a responsabilidade por toda a unidade.

Durante o estágio foi possível realizar turnos da manhã e turnos da tarde. No turno da manhã, foram prestados cuidados de higiene e conforto na cama, aos doentes dependentes, e realizada a supervisão dos cuidados de higiene às pessoas idosas independentes. Nestes momentos, o toque é privilegiado uma vez que de acordo com Ribeiro, Marques e Ribeiro (2017) consiste numa poderosa forma de confortar, transmitindo interesse e tranquilizando o doente idoso. Especificamente, a nível prático, a massagem nas mãos pode ser entendida como uma resposta de conforto aos residentes de lares de idosos (Kolcaba, Schrim & Steiner, 2006; Yücel, Arslan & Bagci, 2020). Após os cuidados de higiene, sobretudo em doentes acamados eram realizadas massagem na região dorsal e proeminências ósseas, para prevenção de aparecimento de úlceras de pressão, assim como mudanças frequentes do posicionamento da pessoa idosa acamada considerando e validando o conforto.

No que diz respeito aos cuidados na alimentação, prestei cuidados diretos. Na alimentação aos doentes que manifestavam, por exemplo, disfagia, ou que tinham recusa alimentar, desenvolvi estratégias e técnicas de alimentação de conforto e de alimentação cuidadosa à boca permitindo a manutenção da alimentação oral com a forma mais adequada possível, mas também de forma que lhe fosse prazerosa. Neste âmbito, foi essencial o diálogo com a enfermeira orientadora e com a nutricionista da unidade, responsável pelas dietas das pessoas idosas com demência, com base também naquilo que era a experiência do dia a dia, no que diz respeito à tolerância, mas também nas preferências das pessoas idosas da unidade, sempre com a referência da melhor prática descrita na literatura

Outro aspeto importante na prestação de cuidados diretos foi o acompanhamento a outras atividades terapêuticas, nomeadamente a fisioterapia e a neuroestimulação, desenvolvidas por uma terapeuta ocupacional com ajuda de uma auxiliar de terapia ocupacional. Na neuroestimulação, através de jogos, atividades e passatempos alusivos às diferentes épocas do ano, as pessoas idosas conseguiam ter um espaço de lazer, podiam conviver e manifestamente era perceptível que lhes garantia bem-estar, o facto de conviverem com outras pessoas, conforme referenciado nas orientações internacionais (NICE, 2021). Em muitas ocasiões, foi possível manter um diálogo com as pessoas idosas, compreender a sua história de vida considerando, evidentemente, a coerência do discurso. Mas sobretudo, aprendi a dar sentido e valor ao que, em dado momento, tentavam transmitir.

Um aspeto que sempre valorizei, por ser importante para determinadas pessoas idosas da unidade, era a preservação da sua privacidade, que, manifestamente, contribuía para o aumento do bem-estar e do conforto. De facto, a literatura diz-nos que a pessoa idosa institucionalizada perde parte da sua privacidade e é este aspeto que torna a vivência na unidade residencial um pouco mais difícil. O facto de se reconhecer to espaço onde a pessoa está, como seu, quer por meio de objetos pessoais, quer pela manifestação de respeito que se tem com um espaço privando é fundamental. Por exemplo, um gesto e atitude simples como bater à porta antes de entrar e anunciar quem entra, é um aspeto simples, mas simbólico de direito à privacidade. Por outro lado, tornando o ambiente agradável, livre de cheiros e ruídos desagradáveis, é de extrema importância para a pessoa.

De facto, como enunciam Carvalho e Dias (2011):

“(…) a questão da autonomia parece ser uma questão nuclear para o bem-estar do idoso e para a sua adaptação ao novo meio. Os idosos valorizam sobretudo a sua autonomia, o que pode ser interpretado como o resultado de um passado, na maioria dos casos, ligado à terra, à agricultura e, portanto, com uma conotação de força física, autonomia e liberdade bastante presente. Para estes idosos, o abandono do lar, onde viveram durante uma grande parte da sua vida, e a adaptação a um novo meio representa uma profunda alteração de papéis sociais: deixa de ser o patriarca ou a matriarca da família e deixa, igualmente, de lhe ser reconhecida autonomia e liberdade totais.” (p.181).

Durante a prestação de cuidados, muitas vezes comunicava com as pessoas idosas para determinar, por exemplo, se podia colocar música e se esta aumentava a sua sensação de bem-estar e de conforto. A maior parte das respostas foi positiva, sobretudo de música clássica, ainda que denotei também que muitas das pessoas idosas preferiam o fado. A música tem um potencial considerável para contribuir com o cuidado de pessoas com demência. A evidência sugere que pode ter benefícios cognitivos, comportamentais e psicossociais, bem como capacidade de melhorar a experiência dos cuidadores (Skingley, McCue & Vella-Burrows, 2020).

Outra atividade que realizava frequentemente com as pessoas idosas eram os passeios ao exterior, sobretudo nos dias com mais sol, e demonstravam, nestes momentos, elevada satisfação demonstrada pelo seu comportamento ou, em alguns casos, verbalmente. Sem dúvida, para algumas pessoas esta atividade é geradora de bem-estar e de conforto. Estes ocorriam, não só pela oportunidade de estarem expostos diretamente à luz solar, mas também para o contacto direto com um jardim, com imensas árvores, plantas e flores e assim podere identificar plantas, ter o estímulo das cores, de sentir diferentes texturas e cheiros. Todas estas experiências sensoriais contribuem para o bem-estar físico e psicológico (Barnes,2006).

A capacidade de gestão dos sintomas psicológicos e comportamentais foi determinante em todo este processo, uma vez que consegui desenvolver competências estudando e implementadas intervenções que permitissem a identificação e minimização de fatores desencadeantes ou potenciadores dos fatores desencadeantes e ainda estratégias de apaziguamento e tranquilização em períodos de agitação e, por vezes hostilidade ou agressividade da pessoa idosa com demência. A comunicação com tom de voz calmo e sereno, o toque e a distração são aspetos fundamentais (Kolcaba, Schrim & Steiner, 2006; Yücel, Arslan & Bagci, 2020).

De acordo com Sampson *et al* (2019), a agitação é comum nas pessoas com demência sobretudo na fase avançada e que o modo como os profissionais de saúde interpretam essa agitação vai influenciar a qualidade de vida da pessoa com demência. Portanto, é importante a validação da realidade da pessoa idosa, mas também, a exploração dos aspetos em que existe maior relutância por parte da mesma (Pope, 2018).

No turno da tarde, foi possível prestar cuidados não só de alimentação, como da preparação e administração da terapêutica, mas também, proceder à preparação do deitar. As alterações comportamentais das pessoas idosas ocorriam muitas vezes ao final do dia tornando difícil o momento do deitar. Frequentemente, as AAM solicitavam ajuda e através do diálogo, como referi anteriormente, e da comunicação conseguia efetivamente ajudar a deitar de uma forma mais tranquila e que proporcionasse bem-estar. A abordagem nestes momentos era com um sorriso que emerge como outro sinal de comunicação com sentido confortador, pelo afeto que transmite à pessoa (Ribeiro, Marques & Ribeiro ,2017).

Para além de tudo isto, fui responsável também pelos registos dos cuidados prestados. Os registos são fundamentais para que se possa avaliar a prestação de cuidados.

#### *4.2.1 Identificação das necessidades de conforto e bem-estar da pessoa idosa com demência*

Como anteriormente referido, a enfermagem como disciplina e profissão é indispensável na compreensão da pessoa idosa e da sua circunstância, a fim de se estabelecer laços de confiança e promover o conforto (Oliveira & Lopes, 2010). No contexto da promoção do conforto, a enfermagem beneficia da presença junto às pessoas de quem cuida. Deste modo, uma das características da prática dos cuidados de enfermagem, é a presença contínua, sempre pronta a responder às necessidades da pessoa. Esta proximidade permite um acompanhamento mais próximo de cada pessoa, uma presença ativa (Renaud, 2010).

Por conseguinte, uma das atividades realizadas foram entrevistas telefónicas realizadas a familiares de duas pessoas internadas. A entrevista presencial, no tempo em que o estágio foi realizado, não foi possível pela imposição de medidas de restrição de contacto pessoal devido à pandemia por COVID-19.

De acordo com Fonseca (2014, p. 43), “numa instituição ou no seio da família, é desejável que a tomada de decisões relativa aos cuidados a prestar envolva sempre que possível o próprio idoso, atendendo também à sua vontade e aos seus desejos”. De acordo com a mesma autora, é imperioso a manutenção da individualidade da pessoa idosa com demência ainda que em fases avançadas. Assim, nas entrevistas realizadas consegui obter informação acerca da pessoa, a sua formação, a profissão que exerciam, as suas atividades de lazer preferidas, características pessoais etc. Depois destas conversas, tive vários momentos de conversa com as pessoas idosas para perceber junto delas, o que é que no seu dia-a-dia poderia ser alterado por forma a promover o seu conforto e bem-estar.

Portanto, é importante recolher a história pessoal, familiar e cultural, para preservar a existência de cada pessoa. De acordo com as recomendações da NICE (2021), para a promoção do bem-estar da pessoa com demência torna-se fulcral considerar as preferências da pessoa.

#### *4.2.2 Estruturação do plano de cuidados de acordo com as necessidades da pessoa idosa com demência e família*

Elaborei um dossier, para cada pessoa da unidade, que pretendia refletir simultaneamente o passado de cada pessoa idosa, no que diz respeito à profissão que desempenhava, as suas habilitações literárias e acontecimentos de vida com relevância significativa conhecida, para melhor se compreender o presente e perspetivar o futuro. Por outro lado, a colheita de dados obtida realçava os gostos e

as preferências de cada pessoa idosa no seu cotidiano, informação útil na prestação de cuidados de excelência Este aspecto foi muito relevante porque permitiu identificar quais as intervenções que permitiam promover o conforto e bem-estar de cada pessoa idosa com demência. Este dossier ficou disponível para toda a equipa na unidade (Apêndice IV).

### **4.3 Formação dos AAM: Promoção do conforto e bem-estar da pessoa idosa com demência institucionalizada**

Foram realizadas duas sessões de formação para as AAM (Apêndice II e III), onde explorei o tema do projeto e que tiveram como objetivo desenvolver os aspetos que melhoram o dia-a-dia da pessoa idosa com demência, por exemplo, nos cuidados de higiene ou alimentação. Neste âmbito, foi possível transmitir às AAM que atender às preferências da pessoa idosa com demência e tratá-la com máxima dignidade e respeito são comportamentos essenciais na promoção do bem-estar e do conforto.

Em ambos os momentos, foi criado um ambiente de partilha de situações e esclarecimentos de dúvidas. Foi usada uma linguagem simples para que a informação fosse clara e direta.

É extremamente importante a educação da equipa de saúde e a consideração de questões sociais e éticas inerentes à prestação de cuidados (Steen *et al*, 2017; Barbosa, Afonso, Paúl & Lezaun, 2020)

Para além das duas sessões formação, como futura enfermeira especialista era minha responsabilidade acompanhar cada AAM nos cuidados e verificar quais as suas dificuldades e necessidades de aperfeiçoamento na prestação direta de cuidados e na comunicação com pessoa idosa com demência.

As AAM assumiam um papel preponderante na unidade à semelhança de outras unidades residenciais, como tal, o acompanhamento, a formação e a monitorização dos cuidados torna-se imprescindível.

## **5. AVALIAÇÃO DO PROJETO**

### **5.1 Pontos fortes e fracos**

Certamente um dos pontos fortes foi o facto de desenvolver o estágio em apenas um local, o que permitiu aprofundar o conhecimento e estreitar relações de confiança com as pessoas idosas. Se numa fase inicial fiquei apenas responsável pelos cuidados a duas e depois três pessoas idosas, no final do estágio estava responsável por toda a unidade, sendo um elemento importantíssimo na identificação das necessidades de conforto e bem-estar das pessoas idosas e ajuste de intervenções.

Um dos pontos fracos foi o estágio decorrer durante uma pandemia, o que impediu o contato presencial com os familiares, as visitas eram realizadas mediante um acrílico o que foi um aspeto negativo na vida das pessoas idosas. Para além disto, a unidade teve de efetuar vários ajustamentos às circunstâncias, por exemplo, ter de lidar com os casos de infeção por COVID-19, motivo pelo qual não realizei a fase de conhecimento de campo e diagnóstico de situação preconizada na unidade curricular de Opção II.

### **5.2 Contribuição do projeto para melhoria dos cuidados**

O projeto desenvolvido apresentou repercussões muito positivas na prática de cuidados da unidade, designadamente a utilização da música na redução da ansiedade e agitação nas pessoas idosas com demência.

Foi possível acompanhar as pessoas idosas quer no turno da tarde, quer no turno da manhã o que permitiu acompanhar momentos importantes como o deitar. Muitas vezes era uma referência para colaborar com as AAM no momento do deitar, visto que algumas pessoas apresentavam resistência neste momento.

A capacidade funcional e independência, de acordo com a minha prática de cuidados, são aspetos que contribuem para a melhoria do conforto e bem-estar. Assim, lavar os dentes, pentear o cabelo, fazer a barba e alimentar-se eram cuidados em que eu promovia a independência funcional possível a cada pessoa, isto é, de acordo com a sua capacidade funcional identificada para a realização de cada tarefa e o tipo de ajuda necessária. Eram cuidados quotidianos que geravam satisfação, melhoravam a autoestima e permitiam a participação nos seus próprios cuidados privilegiando as capacidades e preferências. Estas mesmas atitudes eram transmitidas às AAM, para que pudessem dar continuidade aos cuidados que promovem a participação da pessoa dando o suporte necessário, ao invés de substituírem as pessoas idosas em todos os cuidados (NICE, 2021).

Em relação à alimentação, fui responsável pela alteração de dietas quando identificava que havia resistência e desagrado na alimentação, facilitando a introdução de alimentos do agrado da pessoa idosa.

O conforto da pessoa com demência passa por conhecer a pessoa em profundidade, para assim prestar cuidados direcionados, avaliar a dor, avaliar com frequência o estado de orientação e consciência da pessoa. É também possível proporcionar conforto por meio de posicionamentos, que sejam de forma manifesta, mais confortáveis para a pessoa.

É importante dar a devida atenção a como a pessoa com demência manifesta desconforto, seja pela expressão facial, comunicação verbal ou momentos de maior agitação ou agressividade (Jutkowitz *et al*, 2016).

## 6. ANÁLISE DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA

O presente mestrado contribuiu para o reforço da formação teórico-prática, na área de saber da pessoa idosa, que se completa, através da realização deste trabalho final, especificamente relatório de estágio, pelo reforço e desenvolvimento das capacidades de investigação, de raciocínio crítico e de argumentação em torno de um problema (ESEL, 2019).

O estágio com relatório permitiu-me desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, que de acordo com *Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018*, são:

a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;

b) Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.

Todas estas competências foram desenvolvidas ao longo dos seis meses de estágio, permitindo atingir os objetivos para a obtenção de grau de mestre e especialista.

O percurso de desenvolvimento de competência foi bastante enriquecedor, mas complexo, dado o ajuste entre todas as dinâmicas, contudo, foi visível um enorme crescimento das minhas capacidades quer de comunicação, na avaliação e cuidados de enfermagem à pessoa idosa com demência. Esta avaliação implicava igualmente estar desperta para a avaliação da pessoa idosa de forma holística, despistando alterações físicas, mas também psicológicas. De facto, a competência mais evidente que adquiri e desenvolvi foi estar desperta para as preferências da pessoa idosa com demência, quer no seu dia-a-dia quer na participação nas atividades.

Foi notório a melhoria da comunicação que, com a orientação da enfermeira perita na área, foi-se tornando cada vez mais eficaz e adequada. A abordagem da pessoa idosa com demência pode ser catastrófica se não se utilizar as ferramentas adequadas e assim perder a confiança da pessoa (Manso, 2019).

É com orgulho que me refiro agora como uma enfermeira com conhecimento nesta área, antes tão desconhecida, que será com certeza uma das áreas de investimento no futuro.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do estágio permitiu aprofundar, através da revisão da literatura, o conhecimento da pessoa idosa com demência. Por sua vez, a realização da revisão *scoping* permitiu mapear a evidência científica na área das intervenções que promovem do conforto e bem-estar da pessoa idosa com demência institucionalizada numa unidade residencial.

Ao longo do estágio foi possível o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, práticas e relacionais condizentes com a prática de enfermeira mestre e especialista em enfermagem médico cirúrgica na vertente a da pessoa idosa.

A prática de cuidados foi desenvolvida com base nos princípios éticos a da enfermagem de acordo também com o REPE que simultaneamente permitiram obter uma visão reflexiva e fundamentada da prática de enfermagem. Por conseguinte, tornou-se imperioso durante os seis meses de estágio conceber um plano de intervenção que conseguisse abordar e abarcar cada aspeto da enfermagem especializada. Assim sendo, foi um privilégio desenvolver o estágio numa unidade que é especializada na área da demência. Durante os seis meses de estágio pude estabelecer relações de confiança com as pessoas idosas, mas também com todos os profissionais da unidade.

A pandemia COVID-19 provocou profundas alterações nas dinâmicas institucionais, pelo que, as dinâmicas das atividades letivas da componente teórica e prática do presente mestrado sofreram alterações. Uma nova realidade emergiu com aulas síncronas e apresentação de trabalhos on-line. A aprendizagem, apesar de apresentar uma nova dinâmica, foi bastante enriquecedora, porque aprendemos que apesar das adversidades é sempre possível traçar novos objetivos. Ocorreram igualmente alterações nos cronogramas de estágio, uma vez que todas as instituições viviam uma realidade complexa.

Apesar de tudo, foi possível construir um caminho de saber na área da demência que é tão vasta. Foi com enorme satisfação que pude prestar cuidados diretos a pessoas idosas com demência, conhecer a realidade das pessoas e das suas famílias. Posso dizer que no início era uma área para mim desconhecida, mas veio a revelar-se fascinante e desafiadora. Desde o primeiro dia, o objetivo da prestação de cuidados era promover o conforto e bem-estar das pessoas da unidade. Foi com a experiência da enfermeira orientadora e de enfermeiros que estavam também na unidade que consegui evoluir na abordagem à pessoa com demência.

Por fim, importa ressaltar o presente curso como sendo um projeto pessoal e profissional, que potenciou o meu crescimento enquanto profissional e pessoa. Vários foram os momentos de partilha com a equipa que demonstraram que a enfermagem é fundamental na equipa de cuidados nas unidades residenciais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbey, J., Froggatt, K.A., Parker, D. & Abbey, B. (2006). Palliative care in long-term care: a system in change. *Int J Older People Nurs*, 1(1), 56-63. doi: 10.1111/j.1748-3743.2006.00010.
- Alligood, M. R. (2018). *Nursing theorists and their work* (9.ª Edição). Elsevier. (Trabalho original publicado em 1986).
- Alzheimer's Association. (2018) Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimers Dement*, 14(3), 367-429.  
<https://www.alz.org/media/homeoffice/facts%20and%20figures/facts-and-figures.pdf>
- Alzheimer Europe. (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019 Estimating the prevalence of dementia in Europe*. União Europeia.
- Alp, F. Y., & Yucel, S. C. (2020). The effect of therapeutic touch on the comfort and anxiety of nursing home residents. *Journal of Religion and Health*, 60, 2037 – 2050.  
<https://doi.org/10.1007/s10943-020-01025-4>.
- António, M. A. (2017). Humanidade: do conceito antropológico a uma ferramenta de cuidar. In R. C. Melo (Eds.), *Higiene e conforto: Da tarefa ao cuidar com humanidade* (pp. 5-49). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.  
<https://www.esenfc.pt/pt/download/3872/PSpNTyNFVpluXTLNPdcb>.
- American Psychiatric Association. (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).  
<https://doiorg.ezproxy.frederick.edu/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barbosa, M. M., Guimarães, Paula., Afonso, R. M., Yanguas, J. & Paúl, C. (2021). Cuidados centrados na pessoa idosa: Uma abordagem de promoção de direitos. In Joaquim Pinheiro (coord.), *Olhares sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares*, 1, 23-35.  
DOI: 10.34640/universidademadeira2021barbosaguimaraesafonso  
<http://cda.uma.pt/publications/pub21-001-olhares-v1/Ebook-21-V01-023.pdf>
- Barbosa, M. M., Afonso, R. M., Yanguas, J., & Paúl, C. (2020). Facilitadores e barreiras à implementação de Cuidados Centrados na Pessoa Idosa em contextos organizacionais: revisão narrativa da literatura. *Revista Kairós Gerontologia*, 23(1), 25-45. [https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/11216/1/FINAL48623-149658-1-PB\\_vers%C3%A3o%20corrigida%20pela%20Kairos\\_%202012.10.2020.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/11216/1/FINAL48623-149658-1-PB_vers%C3%A3o%20corrigida%20pela%20Kairos_%202012.10.2020.pdf)
- Barnes, S. (2006)., Space, choice and control, and quality of life in care Settings for older people. *Environment and behavior*, 38(5), 589-604  
DOI: 10.1177/0013916505281578
- Bolt, Sascha R., van der Steen, Jenny T., Mujezinović, Irma., Janssen, Daisy J.A., Schols, Jos M.G.A., Zwakhalen, Sandra M.G., Khemai, Chandni.m Knapen, Els P.A.G.M.,

- Dijkstra, Lara & Meijers, Judith M.M. (2021). Practical nursing recommendations for palliative care for people with dementia living in long-term care facilities during the COVID-19 pandemic: A rapid scoping review, *International Journal of Nursing Studies*, 113,1-13.  
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748920302674>)
- Boltz, M. (2021). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (6.ª edição). Springer Publishing Company. (Trabalho original publicado em 2008).
- Brown, E. E., Kumar, S., Rajji, T. K., Pollock, B. G., & Mulsant, B. H. (2020). Anticipating and mitigating the impact of the COVID-19 pandemic on Alzheimer's disease and related dementias. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(7), 712–721.
- Cardalda, I. M., López, A. & Carral, C. J.M. (2019). The effects of different types of physical exercise on physical and cognitive function in frail institutionalized older adults with mild to moderate cognitive impairment. A randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr*, 83, 223-230. doi: 10.1016/j.archger.2019.05.003. Epub 2019 May 8. PMID: 31100545.
- Carmeli, E., Orbach, I., Zinger-Vaknin, T., Morad, M. & Merrick, J. (2007). Physical Training and Well-being in Older Adults with Mild Intellectual Disability: A Residential Care Study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(5). 457 - 465. DOI:10.1111/j.1468-3148.2007.00416.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- CENSOS. (2021). Resultados provisórios, Instituto Nacional de Estatística, [https://www.ine.pt/scripts/db\\_censos\\_2021.html](https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html)
- Cohen-Mansfield, J., Creedon, M.A., Malone, T.B., Parpura-Gill, A., Dakheel-Ali, M., & Heasley, C.C. (2006). Dressing of cognitively impaired nursing home residents: description and analysis. *The Gerontologist*, 46 (1), 89-96.[https://www.researchgate.net/publication/7322370\\_Dressing\\_of\\_Cognitively\\_Impaired\\_Nursing\\_Home\\_Residents\\_Description\\_and\\_Analysis](https://www.researchgate.net/publication/7322370_Dressing_of_Cognitively_Impaired_Nursing_Home_Residents_Description_and_Analysis)
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*.
- Duarte, J. & Carqueja, E. (2020). Cuidados paliativos na demência - o que sabem os cuidadores formais. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 21(2), 404-414. <http://dx.doi.org/10.15309/20psd210215>
- Dewing, J.(2008). Personhood and dementia: revisiting Tom Kitwood's ideas. *Int J Older People Nurs*, 3(1), 3-13. doi: 10.1111/j.1748-3743.2007.00103.
- Eliopoulos, C. (2019). *Enfermagem gerontológica* (9.ª Edição). Artmed.

- Eurostat (2020, October, 28). *Population: Structure indicators*. Ageing Europe. <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/ageing/>.
- Escola Superior de Enfermagem. (2019). Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização. ESEL.
- Fernandes, B. K. C., Clares, J. W. B., Borges, C. L., Nóbrega, M. M. L., & Freitas, M. C. (2019). Nursing diagnoses for institutionalized elderly people based on Henderson's theory. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 53, 1-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018004103472>
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J. & Kallmyer, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals with Dementia. *The Gerontologist*, 58, 10-19. DOI:10.1093/geront/gnx122
- Fonseca, A. (2014). *Cuidados e Demência na Terceira Idade*. Resater. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/23417/1/Cuidados%20e%20dem%C3%A2ncia%20na%20terceira%20idade.pdf>
- Frank, C., & Forbes, R.F. (2017). A patient's experience in dementia care. *Canadian Family Physician*, 63, 22-26. <https://www.cfp.ca/content/cfp/63/1/22.full.pdf>
- Gerritsen, DL., van Beek, APA., Woods, RT. (2019). Relationship of care staff attitudes with social well-being and challenging behavior of nursing home residents with dementia: A cross sectional study. *Aging Mental Health*, 23(11), 1517-1523. Doi: 10.1080/13607863.2018.1506737.
- Gómez-Soria, I., Peralta-Marrupe, P., Calatayud-Sanz, E. & Latorre, E. (2021). Efficacy of cognitive intervention programs in amnesic mild cognitive impairment: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021 doi: 10.1016/j.archger.2020.104332.
- Hofmeister, M., Memedovich, A., Dowsett, L.E., Sevick, L., McCarron, T., Spackman, E., Stafinski, T., Menon, D., Noseworthy, T. & Clement, F. (2018). Palliative care in the home: a scoping review of study quality, primary outcomes, and thematic component analysis. *BMC Palliat Care*, 17(1),41. doi: 10.1186/s12904-018-0299-z. PMID: 29514620; PMCID: PMC5842572.
- INE. (2020). *Projeção da população residente 2018-2080*. Instituto Nacional de Estatística. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- International Psychogeriatric Association (IPA). (2012). The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), International Psychogeriatric Association.
- Jutkowitz E., Brasure, M., Fuchs, E., Shippee, T., Kane, R.A., Fink, H.A., Butler M., Sylvanus, T., & Kane, R.L. (2016). Care-delivery interventions to manage agitation and aggression in dementia nursing home and assisted living residents: A

- systematic review and Meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(3), 477-88. Doi: 10.1111/jgs.13936.
- Khan, A. (2017). Application of Katharine Kolcaba comfort theory to nursing care of patient. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 7 (3), 104-107.
- Kitwood, T. (1997). The experience of dementia. *Aging & Mental Health*, 1(1), 13-22.
- Kitwood, T., & Bredin, K. (1992). Towards a theory of dementia care: Personhood and well-being. *Ageing & Society*, 12, 269-87. Doi: 10.1017/s0144686x0000502x.
- Kloos, N., Constance, H.C., Drossaert, H. R., Trompetter, E. T., & Bohlmeijer, G. J., W. (2020). Exploring facilitators and barriers to using a person-centered care intervention in a nursing home setting. *Geriatric Nursing*, 41, 730-739.
- Kolcaba, K. (2001) Evolution of the mid-range theory of comfort for outcomes. *Nursing Outlook Research*, 49(2), 86-92. Doi:10.1067/mno.2001.110268.
- Kolcaba, K., Schirm, V., Steiner, R. (2006). Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. *Geriatr Nursing*, 27(2), 85-91. doi: 10.1016/j.gerinurse.2006.02.006. PMID: 16638478.
- Kurnianingsih, K., Nugroho, L., Widyawan, W., & Lazuardi, L., Ferdiana, R., & Sulisty, S. (2014, June 1-4). *Contempo: A home care model to enhance the wellbeing of elderly people*. [Conference paper]. International Conference on Biomedical and Health Informatics, Valencia Spain. <https://dblp.org/db/conf/bhi/bhi2014.html>.
- Livingston, G., Rostampour, H., Gallagher, P., Kalafatis, C., Shastri, A., Huzzey, L., Liu, K., Sommerlad, A. & Marston, L. (2020). Prevalence, management, and outcomes of SARS-CoV-2 infections in older people and those with dementia in mental health wards in London, UK: a retrospective observational study. *Lancet Psychiatry*, 7(12),1054-1063. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30434-X.
- Manso, M. E. G. (2019). Cuidado centrado na pessoa para indivíduos com demência. *Revista Longeviver*, 1(3), 75-84.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion , Division of Population Health (2018). *Wel-being concepts*. CDC.USA.
- National Institute of Health and Care Excellence. (2021). *Mental wellbeing and independence in older people*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng32/resources/older-people-independence-and-mental-wellbeing-pdf-1837389003973>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018). Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia, *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris.  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264085107-en>
- Oliveira, C. & Lopes, M. (2010). Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 67-74.

[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23963/1/2010\\_14\\_1\\_67-74%281%29.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23963/1/2010_14_1_67-74%281%29.pdf)

- Organization for Economic Co-operation and Development. (2018). *Care needed: Improving the Lives of people with dementia*. OECD Publishing.  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264085107-en>.
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2018). *Health at glance: Europe 2018 dementia prevalence*. OECD Publishing.  
[https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-02/2018\\_healthatglance\\_rep\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-02/2018_healthatglance_rep_en_0.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudo dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e Saúde*. Organização Mundial da Saúde.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/who\\_fwc\\_ ;jsessionid=B7B5BDDAAC82E37ADFA9A797FB13B292?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/who_fwc_ ;jsessionid=B7B5BDDAAC82E37ADFA9A797FB13B292?sequence=6).
- Paranhos, D. & Albuquerque, A. (2018). A autonomia do paciente idoso no contexto dos cuidados em saúde e seu aspecto relacional. *Revista de Direito Sanitário*, 19(1), 32-49. DOI:10.11606/issn.2316-9044.v19i1
- Pereira, C. S. C. N., Mercês, C. A. M. F., Lopes, R. O. P., Souza, J. F., Souto, J. S. S., & Brandão, M. A. G. (2019). Análise do conceito de conforto: Contribuições para o diagnóstico de disposição para conforto melhorado. *Escola Anna Nery*, 24 (2), 1-9.
- Pestana, L. & Caldas, C. (2009). Cuidados de enfermagem ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais. *Revista Brasileira De Enfermagem*. 62(4), 583-587. DOI: 10.1590/S0034-71672009000400015.
- Pinto, S., Fumincelli, L., Mazzo, A., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2017). Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Journal of Biomedical Science*, 2(1), 6-12. Doi: 10.1016/j.pbj.2016.11.003.
- Polonia J, Martins L, Pinto F, Nazaré J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSAs study. *J Hypertens*. 2014 Jun;32(6):1211-21. doi: 10.1097/HJH.000000000000162. PMID: 24675681.
- Pope, P. (2018). How to ensure optimal care for people living with dementia, *Primary Health Care*, 28(5), 24-26. doi: 10.7748/phc.28.5.24.s23

- Pontifice-Sousa, P., Marques, R. M. D., Ribeiro, P. M. (2017). Geriatric care: Ways and means of providing comfort. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 830-7. Doil: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0636>
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W. & Ferri, CP. (2013) The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement*,9(1),63-75.e2. doi: 10.1016/j.jalz.2012.11.007.
- Queirós, P. J. P. (2012). O bem-estar na perspectiva da enfermagem. In Queirós, P. J. P. (Eds.), *De Nightingale aos dias de hoje, 100 anos* (pp.89-118). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://dokumen.tips/documents/enfermagem-de-nightingale-aos-dias-de-hoje-100-anos.html?page=2>
- Renaud, I. (2010). O cuidado em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 14(1),2-8. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23958/1/2010\\_14\\_1\\_2-8%282%29.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23958/1/2010_14_1_2-8%282%29.pdf)
- Ribeiro, P. C. P. S. V., Marques, R. M. D., & Ribeiro, M. P. (2017). Geriatric care: Ways and means of providing comfort. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 830-837. Doi: 10.1590/0034-7167-2016-0636.
- Rocha ,A. R. O. (2016). *Pessoas com Demência: que respostas sociais em Portugal*. Faculdade de Economia Universidade de Coimbra.
- Ruano, L., Araújo, N., Branco, M., Barreto, R., Moreira, S., Pais, R., Cruz, V.T., Lunet, N., Barros, H. (2019). Prevalence and Causes of Cognitive Impairment and Dementia in a Population-Based Cohort From Northern Portugal. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 34(1), 49-56. doi: 10.1177/1533317518813550. Epub 2018 Dec 4. PMID: 30514090.
- Sabatini, S., Bennett, H. & Gamble, L., Clare, L., Martyr,Collins, R., Matthews, F., Pentecost, C., Dawson, E., Hunt, A., parker, s., Allan, L., burns, A., Litherland, R. & Quinn, C. (2022). Sabatini 2022 Minimal impact of COVID-19 pandemic on the mental health and wellbeing of people with dementia. *Frontiers in Psychiatry*. 13. 849808. 10.3389/fpsy.2022.849808
- Sampson, E.L., Stringer, A., La Frenais, F., Higgins, S., Doyle, M.J., Laybourne, A., Livingston, G. & Leavey, G. (2019) Agitation near the end of life with dementia: An ethnographic study of care, 14(10). doi:10.1371/journal.pone.0224043.
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V. & Carvalho, A. (2015). The Epidemiology of Dementia and Alzheimer Disease in Portugal: Estimations of Prevalence and Treatment-Costs. *Acta Médica Portuguesa*, 28 (2),182-188. <<https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6025>>. doi:http://dx.doi.org/10.20344/amp.6025.
- Scheltens P, Blennow K, Breteler MM. Strooper, B., Frisoni, G.B., Salloway, S. & Flier, W. M. (2016). Alzheimer's disease. *Lancet*, 388, 505–17.

- Silva, D., Araújo, B., Melo, H., Medeiros, I., Toscano, J., Bezerra, M., Xavier, V., Martins, A., Montenegro, C. Envelhecimento: Vivência dos idosos no ambiente familiar. *Research, Society and Development*, 10(9). DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18425>
- Skingley, A., McCue, J. & Vella-Burrows, T. (2020). Using music interventions in the care of people with dementia. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*, 35(6), 55-60. doi: 10.7748/ns.2020.e11560. Epub 2020 May 19.
- Sousa, P.P. (2014). O conforto da pessoa idosa. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Sorrell, J. (2018). Music as a Healing Art in Dementia Care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 56, 15-18. 10.3928/02793695-20180619-04.
- Steen, J.T., Radbruch, L., Hertogh, C.M., Boer, M.E., Hughes, J.C., Larkin, P., Francke, A.L., Jünger, S., Gove, D., Firth, P., Koopmans, R. & T, Volicer, L.; European Association for Palliative Care (EAPC). White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. (2014). *Palliat Med*, 28(3), 197-209. doi: 10.1177/0269216313493685. Epub 2013 Jul 4. PMID: 23828874.
- Steen, J., Lemos, D. N., Gijssberts, M.J. & Vermeulen, L. & Mahler, M. & The, B. (2017). Palliative care for people with dementia in the terminal phase: a mixed-methods qualitative study to inform service development. *BMC Palliative Care*. 16(1). 10.1186/s12904-017-0201-4.
- Stewart, J.T., & Schultz, S.K. (2018). Palliative care for dementia. *Psychiatric Clinics of North America Journal*, 41(1), 141-151. Doi: 10.1016/j.psc.2017.10.011.
- Tible, O.P., Riese, F., Savaskan, E & von Gunten, A. (2017). Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *The Adv Neurol Disord*, 10(8). 297-309. doi: 10.1177/1756285617712979.
- Weert, J.C., Dulmen, A.M., Spreeuwenberg, P.M., Ribbe, M.W. & Bensing, J.M. Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care. (2005). *J Am Geriatr Soc*, 53(1), 24-33. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53006.x. PMID: 15667372.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization:
- World Health Organization. (2018). *The global dementia observatory reference guide*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272669>.
- World Health Statistics (2020). *Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>.

- Wu, C., Gao, L., Chen, S. & Dong, H. (2016). Care services for elderly people with dementia in rural China: A case study. *Bulletin of the World Health Organization*, 94, 167-173. 10.2471/BLT.15.160929.
- Yücel, Ş. Ç., Gamze G. A., & Bağcı, H. (2020) Effects of hand massage and therapeutic touch on comfort and anxiety living in a nursing home in Turkey: A randomized controlled trial. *Journal of Religion and Health*, 59, 351–364.  
<https://doi.org/10.1007/s10943-019-00813-x>.

## APÊNDICE I

## Protocolo de revisão scoping

A revisão scoping é uma abordagem cada vez mais utilizada a nível internacional e que permite mapear as evidências. Esta metodologia permite esclarecimento sobre as implicações para a prática “implicações dos achados”(Peters,2020). Uma revisão sistemática requer pelo menos dois investigadores, o protocolo de revisão scoping define os objetivos e métodos da revisão scoping. (Peters,2015)

**Título:** Intervenções de enfermagem promotoras de bem-estar e conforto da pessoa idosa institucionalizada com demência: uma revisão *scoping* da evidência qualitativa.

**Background/ Enquadramento:** A Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu o envelhecimento saudável em (2015:13) como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada”. Pela mudança do paradigma familiar muitas pessoas idosas necessitam de ser institucionalizadas. As instituições para as pessoas idosas são locais complexos e dinâmicos para a prática de enfermagem, uma vez que, os vários aspetos positivos da enfermagem geriátrica desaparecem face à imagem pejorativa deste tipo de instituição (Eliopoulos,2019). De facto, como refere António (2017:91), ao trazermos a humanização na prestação de cuidados à pessoa idosa, temos de considerar “uma realidade atual de muitas instituições ainda demasiado rígidas, centradas no desempenho da tarefa, pouco atentas à singularidade de cada pessoa, e pouco flexíveis para acomodar uma efetiva participação da pessoa idosa no quotidiano da instituição”

De acordo com Kloos *et. al.* (2018) as intervenções de cuidado centrado na pessoa (CCP) têm o potencial de melhorar o bem-estar dos residentes em lares de idosos. É necessária uma avaliação do bem-estar da pessoa idosa, planeamento e mudanças comportamentais nos cuidados para apoiar o seu bem-estar. A avaliação do bem-estar da pessoa idosa exigia um contexto estável de lar de idosos e um plano de implementação detalhado. No que diz respeito ao aspeto comportamental, as mudanças nos cuidados de enfermagem compreendiam a integração da pessoa idosa, nas atividades diárias de cuidado e suporte social. A prática de cuidados de excelência torna-se ainda mais exigente, quando existe défice cognitivo. Desde novembro de 2020 foi possível iniciar o estágio do Mestrado em Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, na Unidade Tejo inserido no Hospital do Mar. Nesta Unidade do Tejo, a maioria das pessoas idosas apresentam défice cognitivo, a maior parte com diagnóstico estabelecido de demência, seja qual for a etiologia. Perante a realidade do estágio, tornou-se ainda mais premente identificar as intervenções promotoras de conforto e bem-estar em pessoas institucionalizadas com défice cognitivo. Devido ao declínio cognitivo as pessoas com demência precisam de outros para “guardar a sua história” e responder a

elas como indivíduos na singularidade do seu ser (Kitwood, 1997 em conformidade com Fazio, Pace, Flinner, e Kallmyer, 2018) .

**Questão:** Quais as intervenções de enfermagem que permitem promover o bem-estar e conforto da pessoa idosa institucionalizada com demência?

**Crterios de incluso:** Todos os artigos cientficos que evidenciem intervenções promotoras de bem-estar e conforto na pessoa idosa institucionalizada com defeito cognitivo.

**Participantes/População:** Pessoas idosas institucionalizadas com defeito cognitivo.

**Conceito:** Promoção do conforto e bem-estar.

**Contexto:** Instituições de longa duração para pessoas idosas.

**Tipos de fontes de evidência:** Bases de dados científicas nacionais e internacionais.

**Estratégia de pesquisa:** Artigos de investigação primária e também artigos de revisão. Palavras-chave: elderly + Dementia + nursing home + comfort care + well-being.

**Seleção:** Através da leitura por parte de dois ou três investigadores do título e resumo dos artigos, identificar os critérios de incluso e de exclusão. **Crterios de incluso:** Artigos científicos que incluam pessoas com mais de 65 anos, com defeito cognitivo, e que permitam identificar evidência que inclua a promoção de conforto e bem-estar, em contexto de cuidados de longa duração. **Crterios de exclusão:** Artigos não científicos, que abordem populações não idosas, ou idosas, mas sem defeito cognitivo. Artigos que se refiram a cuidados de saúde primários, unidades de urgência ou de internamento hospitalar.

**Extração dos dados:** Apresentação do mapeamento das evidências, numa tabela, onde está descrito o autor, a referência, os resultados ou os achados relevantes para a questão da revisão.

**Análise:** Análise descritiva, organizada em tabela.

**Discussão:** Discussão dos dados resultantes da revisão *scoping*.

## APÊNDICE II

## Plano da Sessão de formação

**Data e hora:** 03 de maio de 2021 às 15h30

**Local:** Unidade Tejo – Hospital do Mar

**Destinatários:** Auxiliares de ação médica da Unidade Tejo

**Tema:** Promoção do conforto e bem-estar da pessoa idosa com demência

### Objetivos:

**No final da sessão de formação o AAM, deverá ser capaz de:**

- Enumerar as principais características da pessoa idosa com demência;
- Identificar as necessidades de conforto e bem-estar da pessoa idosa com demência;
- Caracterizar as medidas promotoras de conforto e bem-estar da pessoa idosa com demência.

<b>Metodologia</b>				
	<b>Tempo</b>	<b>Método</b>	<b>Avaliação</b>	
<b>Introdução</b>	5 min	<i>Brainstorming</i>	Participação de 90% dos AAM	
<b>Desenvolvimento</b>	20 min	Expositivo	Preenchimento de questionário	<b>Apresentação de PowerPoint</b>
<b>Conclusão</b>	5 min	Participativo	Participação de 90% dos AAM	<b>Visualização de um vídeo</b>

**Enf.<sup>a</sup> Anastácia Trindade**  
**Aluna do CPEMC-PI da ESEL**

## APÊNDICE III

# Ação de Formação: Slides da Apresentação da Sessão de Formação

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa Idosa  
Opção II

Sessão de Formação em Serviço  
Promoção do conforto e bem-estar da pessoa idosa institucionalizada com defeito cognitivo

**ESEL**  
Associação Brasileira de Especialistas em Enfermagem à Pessoa Idosa

Análise Bibliográfica 1º ESE  
Referência Científica, Referência Bibliográfica  
Professora Doutora Maria Graça Melo  
Lisboa 2017

**HOSPITAL DO MAR**  
CIDADOS ESPECIALIZADOS

1

Promoção do conforto e bem-estar da pessoa idosa institucionalizada com defeito cognitivo

## 1. A PI, o envelhecimento e a institucionalização

**Resumo/Conteúdo**

- ✓ Aos 65 anos os homens podem esperar viver mais 17 anos e as mulheres mais 21 anos.
- ✓ Num contexto de envelhecimento global, o número de pessoas com demência tem aumentado substancialmente, podendo atingir 131,5 milhões em 2050.



**ESEL**  
Associação Brasileira de Especialistas em Enfermagem à Pessoa Idosa

Francisco Ribeiro, 3 de Maio de 2017

4

Promoção do conforto e bem-estar da pessoa idosa (PI) institucionalizada com defeito cognitivo

Sumário:

1. A PI, o envelhecimento e a institucionalização;
2. A PI com defeito cognitivo;
3. O conforto e bem-estar da PI nos cuidados de longa duração;
4. Estratégias para aumentar o conforto e bem-estar da PI com defeito cognitivo;
5. Considerações finais;

**ESEL**  
Associação Brasileira de Especialistas em Enfermagem à Pessoa Idosa

Francisco Ribeiro, 3 de Maio de 2017

2

Promoção do conforto e bem-estar da pessoa idosa institucionalizada com defeito cognitivo

## 1. A PI, o envelhecimento e a institucionalização

**Resumo/Conteúdo**

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define o envelhecimento saudável em (OMS, 13) como "o processo de desenvolvimento e manutenção da **capacidade funcional** que permite **bem-estar** em idade avançada".



**ESEL**  
Associação Brasileira de Especialistas em Enfermagem à Pessoa Idosa

Francisco Ribeiro, 3 de Maio de 2017

5

Promoção do conforto e bem-estar da pessoa idosa institucionalizada com defeito cognitivo

## 1. A PI, o envelhecimento e a institucionalização

**Contextualização**

- ✓ Pós-Licenciatura na Unidade da Pessoa Idosa;
- ✓ Designo na Unidade Tejo do Hospital do Mar;
- ✓ Unidade de longa duração em que todas as PI possuem um defeito cognitivo, embora em diferentes graus e por isso, com diferentes graus de dependência (NAADIC);
- ✓ Os AM são responsáveis pela prestação de cuidados 24h/7dias por semana;
- ✓ Têm um posicionamento privilegiado junto à PI.



**ESEL**  
Associação Brasileira de Especialistas em Enfermagem à Pessoa Idosa

Francisco Ribeiro, 3 de Maio de 2017

3

Promoção do conforto e bem-estar da pessoa idosa institucionalizada com defeito cognitivo

## 1. A pessoa idosa, o envelhecimento e a institucionalização

**Resumo/Conteúdo**



A institucionalização, faz com que as pessoas idosas se vejam obrigadas a adaptar-se a um ambiente que não é o seu.

Lage e Novak (2017:102)

Incentivar a pessoa idosa para expressar os seus sentimentos de perda, tornar o ambiente mais familiar.

**ESEL**  
Associação Brasileira de Especialistas em Enfermagem à Pessoa Idosa

Francisco Ribeiro, 3 de Maio de 2017

6

**Promoção do conforto, bem-estar, dignidade e institucionalização com a pessoa idosa, o envelhecimento e a institucionalização**

**Resumo da aula**

- ✓ É muito importante a privacidade para a pessoa idosa, ter um espaço que é seu.
- ✓ Para a promoção do conforto e bem-estar da pessoa idosa, também é importante a personalização dos quartos, utilizando objetos pessoais e que os façam sentir de "mais em casa".



**ESEL**

7

**Promoção do conforto, bem-estar, dignidade e institucionalização com a pessoa idosa**

**3. O conforto e bem-estar da pessoa idosa nos cuidados de longa duração**

Os modos e formas de confortar nos idosos de estar inseridos numa **relação interpessoal** na qual deve estar presente a interação de ajuda na **promoção de autonomia e a capacidade de pessoa idosa**, consequentemente **apoiar a sua decisão, vontades e desejos**.



O bem-estar é a imagem mental de se sentir bem, de sentir a **confiança**.

**ESEL**

10

**Promoção do conforto, bem-estar, dignidade e institucionalização com a pessoa idosa**

**2. A PI com defeito cognitivo**

De acordo com a OMS (2017), a demência é um termo genérico para várias doenças que são principalmente progressivas, afetando a memória, outras **habilidades cognitivas** e o comportamento, e que interferem significativamente na capacidade de uma pessoa de manter as **atividades da vida diária (AVDs)**.

A **doença de Alzheimer** é a forma mais comum de demência e pode contribuir com 60 a 70% dos casos. Outras formas principais incluem **demência vascular, demência com corpos de Lewy** e um grupo de doenças que contribuem para a **demência frontotemporal**. As fronteiras entre as diferentes formas de demência são muitas vezes difíceis de definir.



**ESEL**

8

**Promoção do conforto, bem-estar, dignidade e institucionalização com a pessoa idosa**

**3. O conforto e bem-estar da pessoa idosa nos cuidados de longa duração**

✓ As **Intervenções de cuidado centrado na pessoa (PCC)**:

1. Melhorar o bem-estar dos residentes em áreas de idosos.
2. Avaliação do bem-estar.
3. Planejamento do apoio ao bem-estar.
4. Mudanças comportamentais nos cuidados para apoiar o bem-estar dos residentes.

A avaliação do bem-estar da pessoa idosa exige um **consenso entre de far de idosos e um plano de implementação desafiado**.



**ESEL**

11

**Promoção do conforto, bem-estar, dignidade e institucionalização com a pessoa idosa**

**A PI com defeito cognitivo**

A demência é causada por uma série de doenças que destroem células nervosas e danificam o cérebro.



Devido ao **defeito cognitivo**, as pessoas com demência podem ter dificuldades para "guardar" a sua história e responder a elas como indivíduos na singularidade do seu ser.

**ESEL**

9

**Promoção do conforto, bem-estar, dignidade e institucionalização com a pessoa idosa**

**3. O conforto e bem-estar da pessoa idosa nos cuidados de longa duração**

✓ Apesar importante não:

1. **Prevenção de cuidados de excelência;**
2. **Conhecer a PI, os seus antecedentes profissionais e pessoais;**
3. **Conhecer os seus hábitos e as suas preferências;**
4. **Adequar a prestação de cuidados à PI e não o contrário.**

É de extrema importância valorizarmos a PI pela sua história e **empowerment**.



**ESEL**

12

Promoção do conforto, bem-estar, dignidade e institucionalização em idosos cognitivamente deficientes

### 3. O conforto e bem-estar da pessoa idosa nos cuidados de longa duração

- De acordo com a política de cuidados, é importante conhecermos a pessoa em profundidade:

1. Dirigimo-nos à PI como ela quer ser tratada;
2. Evitamos a infantilização da PI;
3. Mobilizamos os seus hábitos e as suas gostos pessoais para **defuzar de um problema** que possa surgir;
4. Recorremos à **negociação** como ferramenta essencial/necessária.

É de extrema importância valorizarmos a PI pela sua história e percurso de vida.



Fonte: <https://www.pexels.com/photo/elderly-woman-smiling-while-seeing-her-self-on-smartphone/>

ESEL

13

Promoção do conforto, bem-estar, dignidade e institucionalização em idosos cognitivamente deficientes

### 5. Considerações finais

- ✓ Comunicação verbal e não verbal adequada
- ✓ Utilizar o elogio como forma de aproximação à PI com defeito cognitivo
- ✓ Tratamento pelo nome preferido da PI, com a respectiva consideração pelo seu antecedente profissional e pessoal
- ✓ Considerar a PI, como única e tratá-la com dignidade
- ✓ Permitir ao exterior do serviço, usufruir dos dias de sol
- ✓ Contacto com a natureza
- ✓ Considerar as preferências da PI nas AVDs.
- ✓ Multiterapia, diversos estudos comprovam o efeito de música instrumental clássica no aumento do bem-estar da PI com defeito cognitivo.



Fonte: <https://www.pexels.com/photo/white-hydrangea-flower/>

ESEL

16

Promoção do conforto, bem-estar, dignidade e institucionalização em idosos cognitivamente deficientes

### Estratégias para aumentar o conforto e bem-estar da PI com defeito cognitivo

- ✓ O toque
- ✓ O sorriso
- ✓ A presença incondicional
- ✓ o uso do silêncio
- ✓ A realização de uma relação de emparelhamento de idade resulta em aproximação para a **compreensão do quadro de referências interno da pessoa idosa**

Procura uma relação facilitadora e potenciadora de melhor bem-estar, maior estado de conforto e, por isso, maior bem-estar.

(Ribeiro, Margarita Ribeiro (2017))



Fonte: <https://www.pexels.com/photo/two-hands-clasped-together/>

O **humor** permite uma melhor interação, uma maior desinibição desta interação, colocando a pessoa mais à vontade ajuda ainda a lidar com o stress e com o medo.

ESEL

14

Promoção do conforto, bem-estar, dignidade e institucionalização em idosos cognitivamente deficientes

### 1. A PI, o envelhecimento e a institucionalização

**Sugestão**

- ✓ Arquivo de acesso a todos os profissionais que concerna as informações essenciais e importância de cada dente;
- ✓ Apesar da filiação estar inserida na maior parte dos planos de cuidados dos dentes, é de extrema importância promover a atividade física
- ✓ Promover a autonomia e independência;
- ✓ Posicionar o dente e verificar se está confortável;
- ✓ Questionar a presença ou não de dor, se possível;
- ✓ Garantir um ambiente acolhedor, agradável em toda a quinta.



Fonte: <https://www.pexels.com/photo/puzzle-with-one-piece-missing/>

ESEL

17

Promoção do conforto, bem-estar, dignidade e institucionalização em idosos cognitivamente deficientes

### Estratégias para aumentar o conforto e bem-estar da PI com defeito cognitivo

- ✓ O controle da dor através da administração de terapêutica, de **massagem e de mudanças de decúbito**, estas consideradas como promotoras de conforto em bem-estar.
- ✓ A **independência** é a valor para todos nós, independentemente da idade.
- ✓ A definição de planos de cuidados devem ser realizados com a abordagem do cuidado centrado no paciente, para **ajudar os indivíduos a alcançar as suas preferências**.



Fonte: <https://www.pexels.com/photo/elderly-woman-smiling-with-flowers/>

ESEL

15

Promoção do conforto, bem-estar, dignidade e institucionalização em idosos cognitivamente deficientes

### 5. Considerações finais

- <https://youtu.be/DT8AdwVQVkw>

ESEL

18

## 6. Referências Bibliográficas

- Allgood, M. R. (2018). *Nursing Theorists and their work* (9.ª Edição) Missouri: Elsevier
- António, M.A. (2017). Humanidade: do conceito antropológico a uma ferramenta de cuidar In R. C. Melo (Coord.), *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp.5-49). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).
- Diogo, C. (2016). *Avaliação da qualidade sentida e satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos*. Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Saúde de Portalegre
- Direcção-Geral da Saúde (2004) *Circular Normativa, Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*
- Direção Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: DGS.
- Eliopoulos, C.(2019). *Enfermagem Gerontológica* (9.ª Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Galinha, Iolanda & Ribeiro, J.L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo .Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214, Universidade do Porto
- Instituto Nacional de Estatísticas (INE) (2017), *Projeções da população residente 2015-2080* Lisboa
- Instituto Nacional de Estatísticas (INE) (2020), *Tábuas de mortalidade, 2017-2019*, Lisboa
- Kloos, N., Constance H.C., Drossaert Hester, R., Trompetter, E. T. Bohlmeijer, G. J. Westerhof. (2020) .Exploring facilitators and barriers to using a person centered care intervention in a nursing home setting. *Geriatric Nursing* .1-10.
- Khan, A. (2017). Application of Katharine Kolkaba Comfort theory to nursing care of patient *International Journal of Scientific and Research Publications*, Volume 7, Issue 3, March 2017 104

19

## 6. Referências Bibliográficas

- Kolkaba, K. (2001) Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes. *NURSING OUTLOOK Research*. 49. 2
- Resnick, B. (2018). Person-centered care: The struggle persists. *Geriatric Nursing* 39, 621-622
- Ribeiro PCPSV, Marques RMD, Ribeiro MP. Geriatric care: ways and means of providing comfort. *Rev Bras Enferm*. 2017 Jul-Aug;70(4):830-837. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0636. PMID: 28793115.
- Ouden et. al. (2016) The role of nursing staff in the activities of daily living of nursing home residents. *Geriatric Nursing* (2016) 1-6
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Queirós, Paulo Joaquim Pina (2012). *O bem-estar na perspectiva da enfermagem*, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Stefanacci, R.G. Riddle, A. Move it before it's too late: helping older adults accept less residential burden and more assistance. *Geriatric Nursing* 39 (2018) 352-355
- Sullivan, G. J., and Williams, C. (2017). Older Adult Transitions into Long-Term Care A Meta-Synthesis. *Journal of Gerontological Nursing* . 43. 3. 2017 41
- World Health Organization (2017), *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization( 2019), *iSupport for dementia. Training and support manual for carers of people with dementia*. Geneva: World Health Organization.
- GONCALVES-PEREIRA, Manuel, MARQUES, Maria J, BALSINHA, Conceição, FERNANDES, Alexandra (2019), *Necessidades de Cuidados e Recurso aos Serviços na Demência: Avaliação Inicial da Coorte Portuguesa no Estudo Actifcare*.

20

Promoção do conforto e bem-estar da pessoa idosa  
institucionalizada com defeito cognitivo

Muito Obrigada!



Anastácia Rebelo Trindade

21

21

## APÊNDICE IV

## Instrumento De Colheita De Dados

### INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

**Nome:**

**Idade:**

**Data de aniversário:**

**Nome pelo qual gosta de ser tratado(a):**

**Habilitações Literárias/Profissão**

**Filhos:**

**Atividades de lazer preferidas:**

**Preferências:**

**Notas: |**