

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

CONHECER MELHOR PARA MELHOR CUIDAR: AS
INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO AO DOENTE COM DEMÊNCIA

KNOW BETTER FOR A BETTER CARE: THE INTERVENTIONS OF THE
NURSE TO THE PATIENT WITH DEMENTIA

Dissertação orientada pela Professora Doutora Isilda Maria de
Oliveira Carvalho

Ana Catarina Malhado Vieira

Porto, 2016

PENSAMENTO

“Por vezes, sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”
(Madre Teresa de Calcutá)

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste trabalho ser possível, foi necessária a contribuição de várias pessoas com diferentes níveis de intervenção. Assim, reconheço com gratidão e carinho o apoio prestado:

Agradeço à professora Isilda Ribeiro, orientadora deste trabalho de investigação, pela disponibilidade, empenho e dedicação demonstrados e pela partilha incansável de conhecimentos.

Aos enfermeiros que disponibilizaram o seu tempo para participar neste estudo e por contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

À minha família e em especial aos meus pais por todos os esforços que realizam diariamente para conseguir que tudo seja possível.

Aos meus colegas e amigos pela amizade e companheirismo.

A todos o meu sincero obrigado, de coração.

RESUMO

Atualmente, a demência assume em todo o mundo um número extremamente elevado, estimando-se que cerca de 4,5 milhões de pessoas possuam demência de Alzheimer. Este tipo de doença apresenta-se como uma preocupação para os cuidados de saúde e para a saúde pública, pois necessita de cuidados especializados e adequados às necessidades percebidas, exigindo dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, elevados conhecimentos e competências.

Sendo que o tema principal recai sobre as intervenções realizadas pelo enfermeiro ao doente com patologia demencial, os objetivos deste estudo são: identificar os conhecimentos e as intervenções realizadas pelos enfermeiros nos cuidados ao doente com demência num serviço de medicina e de psicogeriatría e analisar as relações entre as intervenções de enfermagem. Deste modo surgiu a questão de partida: “Qual a diferença entre as intervenções realizadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente com demência num serviço de medicina e num serviço especializado na área da psiquiatria?”

Metodologia: Optou-se por realizar um estudo qualitativo, descritivo, comparativo e transversal, desenvolvido num serviço de medicina e num serviço de psicogeriatría. Os principais participantes foram os enfermeiros que diariamente prestam cuidados diretos ao doente com demência.

Os dados obtidos foram analisados com recurso à análise de conteúdo de Bardin. Após esta análise foi possível agrupar os dados e construir quatro taxonomias de categorias: Conhecimento sobre a demência (Definição, sintomas, tipos de demência e fatores de risco), Processo de enfermagem (Diagnósticos e Intervenções), Contenção (Contenção física e farmacológica) e Dificuldade no cuidar.

Resultados: Foi possível perceber que, de uma forma geral, os enfermeiros possuem alguns conhecimentos sobre a demência, recaindo as suas intervenções para aspetos mais físicos e comportamentais no serviço de Medicina e mais relativas aos comprometimentos mentais no serviço de psiquiatria. Relativamente às dificuldades no cuidar sobressai a satisfação das

necessidades básicas incompreendidas, as alterações comportamentais, a orientação do doente e, ainda, a falta de recursos humanos e físicos adequados às necessidades.

Conclusões: No final do estudo depreende-se que a pessoa com demência requer cuidados de excelência e multidimensionais que ainda ficam aquém das expectativas e os conhecimentos e intervenções dos enfermeiros ao doente com demência necessitam de ser refinados e melhorados para conseguir satisfazer as necessidades reais. É essencial um maior investimento em formação nesta área, não só por parte dos enfermeiros mas também, por parte das instituições de saúde.

Palavras-chave: Demência, Envelhecimento, Enfermeiro, Conhecimento, Intervenções do enfermeiro.

ABSTRACT

Nowadays, dementia worldwide is extremely high, with an estimated 4.5 million people having Alzheimer's dementia. This type of disease is a concern for health care and public health, since it requires specialized and appropriate care to their needs, requiring health professionals, especially nurses, high knowledge and skills.

The main objective of this study is to identify the knowledge and interventions performed by nurses in the care of the patient with dementia in a medical and psychogeriatric service, and to analyze the relationships Among nursing interventions.

Thus the question arose: "What is the difference between the interventions performed by the nurses in the care of the patient with dementia in a medical service and in a specialized service in the area of psychiatry?"

Methods: It was decided to carry out a qualitative, descriptive, comparative and cross study, developed in a medical service and in a Psychogeriatrics service. The main participants were nurses who daily provide direct care to patients with dementia. Data were analyzed using the content analysis of Bardin. After this analysis it was possible to group the data and build four taxonomies: Knowledge about dementia (Definition, symptoms, types of dementia and risk factors); Nursing process (Diagnostics and Interventions); Caring difficulty and Restraint (physical and pharmacological restraint).

Results: It could be observed that, in general way, nurses have some knowledge about dementia. Their interventions falling into more physical and behavioral aspects in the medical service and more related to mental impairment in psychiatric service. Regarding the difficulties in care, they prove to be more significant the satisfaction of basic needs misunderstood, behavioral changes, the orientation of the patient and also the shortage of human and physical resources to satisfy the needs.

Conclusions: At the end of the study it is clear that the patients with dementia require excellence and multidisciplinary care, which at present are not yet fully implemented. Nurses' knowledge and interventions to patients with dementia need to be refined and improved to achieve the real needs. It is essential, more investment in training in this area, not only by nurses but also promoted by the health institutions.

Keywords: Dementia, Aging, Nurse, Knowledge, Nursing interventions.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Alterações do funcionamento cognitivo devido ao envelhecimento.....	27
Quadro 2 - Caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo.....	66
Quadro 3 - Categorização dos dados	67
Quadro 4 - Definição de demência	68
Quadro 5 - Sintomas de demência.....	70
Quadro 6 - Tipos de demência	72
Quadro 7 - Fatores de risco.....	74
Quadro 8 - Diagnósticos.....	76
Quadro 9 - Intervenções	78
Quadro 10 - Intervenções para o diagnóstico Confusão	81
Quadro 11 - Contenção física.....	83
Quadro 12 - Contenção farmacológica	84
Quadro 13 - Dificuldades no cuidar	87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Desenho do estudo	58
------------------------------------	----

ÍNDICE

INTRODUÇÃO:	17
PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	21
1. A INVERSÃO DA PIRÂMIDE ETÁRIA E A DEMÊNCIA EM PORTUGAL.....	23
1.1 Do envelhecimento ao surgimento da demência	25
1.2 A pessoa com demência: caraterização e etiologia	29
1.3 Políticas de saúde dedicadas à demência	39
2. O CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA.....	43
2.1 As intervenções dos enfermeiros na demência	45
2.2 Dificuldades e necessidades sentidas pelos enfermeiros	52
PARTE II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	55
1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	57
1.1 Pergunta de investigação e objetivos	59
1.2 Tipo de estudo.....	60
1.3 Participantes	61
1.4 Estratégia de recolha de dados	62
1.5 Procedimentos e questões éticas	63
2. ANÁLISE, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	65
2.1 Conhecimento dos enfermeiros sobre a demência	67
2.2 Processo de Enfermagem.....	75
2.3 Contenção	83
2.4 Dificuldades no cuidar	86

3. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
ANEXOS.....	103

Anexo 1 - Questionário dirigido aos enfermeiros

Anexo 2 – Documento de autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Porto

Anexo 3 - Documento de autorização da Comissão de Ética do Hospital de Magalhães Lemos

Anexo 4 – Documento de Consentimento Informado

INTRODUÇÃO:

O envelhecimento é um processo natural e biológico pelo qual todos os seres humanos passam e que conduz a alterações em várias dimensões essenciais para a vida. Neste fenómeno a dimensão biológica e psicológica, bem como a dimensão social são alteradas e interagem entre si provocando mudanças que afetam o equilíbrio interior da pessoa. (Sequeira, 2010).

Este acontecimento afeta a pirâmide etária e representa o envelhecimento demográfico que é reconhecido na atualidade e uma realidade em Portugal, que num curto período de tempo tem tomado elevadas dimensões e aumentado exponencialmente. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2014), estima-se que em 2011 já existissem mais 26 idosos por cada 100 jovens comparativamente a 2001.

Estes dados são congruentes com a noção de que os cuidados de saúde têm registado maiores taxas de sucesso no combate das patologias agudas e têm proporcionado aumento da qualidade de vida por um período mais longo, o que acarreta o acréscimo da esperança média de vida. Paralelamente a isto, associa-se a fragilidade física e mental que é uma realidade dura e que tem levado ao aumento das patologias crónicas, entre as quais as patologias mentais.

Os idosos estão sujeitos aos efeitos do envelhecimento das funções cognitivas que quando são graduais não implicam necessariamente alterações no funcionamento da pessoa. Quando emergem compromissos na satisfação das necessidades básicas e défices cognitivos graves poderemos estar perante uma patologia psiquiátrica.

A demência encontra-se entre os problemas mentais mais frequentes nos idosos e estima-se que o número de incidências venha a aumentar. Apesar de não existirem estudos que indiquem com exatidão a real abrangência desta problemática em Portugal (Santana *et al.*, 2015) pressupõe-se que só a demência de Alzheimer afete 70 mil doentes. (Sequeira, 2010)

Esta síndrome tem um carater progressivo e neurodegenerativo em que as capacidades cognitivas ficam afetadas, acarretando a deterioração da memória, do pensamento, do comportamento e em fases mais avançadas o compromisso de todas as funções vitais.

(Pereira, 2013) Caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas que podem ter origem em diversas etiologias. (Sequeira, 2010)

Esta patologia reveste-se de interesse e tem suscitado vastos estudos, pois leva a que o doente perca completamente a independência, carecendo de ser substituído em todas as funções vitais. As necessidades deste tipo de doente são muito específicas e variam conforme o estadió em que se encontra a evolução da patologia, pelo que os profissionais de saúde e, mais particularmente, os enfermeiros têm de estar despostos para estas características para conseguirem satisfazê-las.

O enfermeiro tem potencial para se tornar no profissional de saúde que consegue preservar as funções e estimular cognitivamente os doentes com demência, permitindo que estes atinjam o máximo de qualidade de vida possível. (Pinho, 2012) Para tal, é necessário dotar os enfermeiros de conhecimentos e competências adequadas a cada necessidade e especificidade da patologia demencial.

O presente trabalho de investigação insere-se no Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) no ano letivo de 2015/2016. Este, parte do exposto anteriormente e da premissa de que o doente com demência é complexo e necessita de cuidados a todos os níveis quer físicos quer psicológicos, não podendo ser reduzido a nenhuma das suas componentes.

A pertinência central deste estudo é perceber que intervenções são executadas pelos enfermeiros aos doentes com demência e contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem procedendo a um estudo comparativo entre instituições. Partindo destes pressupostos, definiu-se como questão de investigação: Qual a diferença entre as intervenções realizadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente com demência num serviço de medicina e num serviço especializado na área da psiquiatria?

No início de qualquer investigação há a necessidade de delimitar os objetivos que se pretendem atingir, pelo que foi definido como objetivos para este trabalho: i) Identificar os conhecimentos sobre demência dos enfermeiros de um serviço de medicina; ii) Identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros nos cuidados ao doente com demência num serviço de medicina; iii) Identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros nos

cuidados ao doente com demência num serviço de psicogeriatría e iv) Analisar a relação entre as intervenções de enfermagem realizadas pelos enfermeiros de um serviço de medicina e de um serviço especializado.

Houve a necessidade de dividir o trabalho em dois grandes capítulos para facilitar a leitura e para a compreensão da linha de investigação seguida. No primeiro é feito enquadramento teórico, seguindo bases de dados credíveis e viáveis, que sustentem uma abordagem bibliográfica recente e atualizada. Os seus subcapítulos retratam a demografia e o estado atual da demência em Portugal, a descrição detalhada da patologia e as políticas de saúde existentes. Descreve ainda as intervenções realizadas ao doente com demência e as dificuldades e necessidades encontradas na arte de cuidar.

No segundo capítulo é feita referência à metodologia utilizada, passando pela problemática em estudo e sua justificação, pela análise e apresentação detalhada dos dados encontrados e, ainda, pelas conclusões retiradas após o término da investigação e as limitações apresentadas.

Com a realização deste estudo pretende-se contribuir positivamente para o cuidado do doente com demência de forma sólida, baseado na evidência e que vá de encontro ao preconizado na evidência científica mais recente.

PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

1. A INVERSÃO DA PIRÂMIDE ETÁRIA E A DEMÊNCIA EM PORTUGAL

Os estudos demográficos demonstram que Portugal está a atravessar profundas transformações populacionais, associadas à inversão da pirâmide etária. É notável o crescente envelhecimento populacional, consequência do aumento da esperança média de vida e da diminuição da natalidade e fecundidade. (INE, 2014)

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (2014) em 2011 existiam mais 26 idosos por cada 100 jovens, do que em 2001, sendo o índice de envelhecimento de 128. Tem-se verificado um duplo envelhecimento da população, ou seja, o número de jovens está a diminuir (estreitamento da base da pirâmide), bem como o número de pessoas com idades entre os 15 e os 64 anos e está a aumentar os efetivos populacionais idosos (alargamento do topo da pirâmide).

O envelhecimento populacional associado à redução da taxa de natalidade e fertilidade transformam a demência num problema de saúde pública e num dos maiores problemas de saúde do século XXI. (Pereira, 2011)

A melhoria dos cuidados de saúde tem levado ao aumento da esperança média de vida, estimando-se que em 2060 a esperança média de vida, em Portugal, atinja os 84,21 anos para os homens e os 89,88 anos para as mulheres. (INE, 2014) Estima-se que, nas próximas décadas, na União Europeia passarão a existir dois adultos em idade ativa para cada idoso, contrapondo o que se verificava até há alguns anos, que existiam quatro adultos ativos para um idoso. (CES, 2013)

Embora muitos dos adultos que atingem a última etapa do envelhecimento estejam em plena condição das suas faculdades, existem aqueles que sofrem de doenças crónicas e de níveis de dependência elevados. Esta nova realidade acarreta diversas implicações quer a nível social, quer a nível económico, exigindo o acréscimo do apoio social e dos serviços especializados para o cuidado nessa faixa etária. (Cancela, 2007)

A demência apresenta-se no topo da lista das doenças mentais que mais provocam incapacidade para atividades produtivas e psicossociais, equiparando-se à depressão, dependência do álcool, esquizofrenia e doença bipolar. (DGS, 2013)

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS, 2011) a prevalência de défice cognitivo na população portuguesa foi de 12,3% e a demência afetou 2,7% entre os 55 e os 79 anos, sendo a Doença de Alzheimer a mais prevalente. Segundo o Plano Nacional de Intervenção Alzheimer (Alzheimer Portugal, 2009, p. 3) existiam a data do estudo realizado cerca de “153 000 pessoas com demência em Portugal, das quais 90 000 têm doença de Alzheimer.”

Santana *et al.*, (2015) afirmam que são escassos os estudos epidemiológicos existentes sobre a prevalência de demência em Portugal, existindo apenas estimativas de prevalência e dos encargos financeiros. Calcula-se que em 2005 existiria a cada 7 segundos um novo caso de demência (7,5/1000 pessoas por ano), aumentando em 2012 para a cada 4 segundos se verificar um caso novo (7,7/1000 pessoas por ano).

Alguns estudos que pretendiam descrever a incidência de demência e défice cognitivo em Portugal (primeiro estudo entre 2003 e 2008) basearam-se em meta-análises europeias e em indicadores indiretos, como por exemplo a informação dos familiares, das certidões de óbito, episódios de urgência, registo de medicação, entre outros. Pensa-se que exista um subdiagnóstico desta patologia, não só por existirem dificuldades ao traçar o diagnóstico mas também porque ainda existem populações em que os recursos são pouco acessíveis. (Santana *et al.*, 2015)

Dado o que foi relatado anteriormente, atualmente, considera-se que o mais adequado e legítimo para conhecer a realidade portuguesa da demência é o recurso às estimativas europeias. (Santana *et al.*, 2015)

Segundo os autores referidos existem determinados estudos que têm evidenciado o oposto ao descrito e sugerem que estará a verificar-se uma estabilização ou mesmo redução do número de casos desta patologia nos países desenvolvidos. Associa-se este facto à melhoria dos estilos de vida e à redução das doenças vasculares, com conseqüente diminuição da mortalidade, sendo difícil prever o verdadeiro impacto da demência a longo prazo.

Portugal, sendo um país com um elevado número de idosos, é conseqüentemente, um país em que o número de casos de demência é alto e os gastos associados aos cuidados individuais de cada doente, as medidas não-farmacológicas e farmacológicas, são também muito elevados. (Santana *et al.*, 2015) “Neste contexto epidemiológico, a assistência aos

doentes terá que envolver concertadamente e em articulação todos os níveis de saúde.”
(DGS, 2011, p.11)

1.1 Do envelhecimento ao surgimento da demência

Cancela (2007, p. 2) afirma “*o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial*”, sendo impossível datar o começo desta etapa da vida, pois cada indivíduo é diferente do outro e dependerá do nível bio, psico e sociológico de cada um. O processo de envelhecimento faz parte da evolução natural do ciclo da vida, terminando na morte.

Com o passar dos anos todos os organismos sofrem alterações, fazendo com que as suas capacidades se transformem. Até à última fase da vida o indivíduo tem todas as suas capacidades funcionais preservadas e aptas para enfrentar o quotidiano mas, com o envelhecer é notória a diminuição das sensações e percepções, da capacidade física e da capacidade intelectual. (Cancela, 2007)

Cancela (2007) afirma que o envelhecimento acarreta modificações não só fisiológicas, mas também mentais, o que leva a que a capacidade de manter o equilíbrio homeostático vá diminuindo e as funções vitais e a reserva funcional se declinem. O idoso tem a capacidade de adaptar-se e em condições normais resiste adequadamente, porém quando exposto a situações stressantes poderá apresentar sérias dificuldades e sobrecarga funcional, que culminam em graves processos patológicos.

Corroborando com Cancela (2007), Fachine & Trompieri (2012) confirmam que esta etapa da vida leva ao envelhecimento orgânico (sistema cardíaco, sistema respiratório), ao envelhecimento músculo-esquelético, ao envelhecimento do sistema nervoso e ainda, ao envelhecimento psicológico e social.

Souza & Santana (2011, p. 37) afirmam que nos idosos é importante debruçar a atenção em cinco pontos fulcrais, denominados de 5 “I”s, a “*imobilidade, a instabilidade postural, a iatrogenia, a insuficiência cerebral e a incontinência*”. De facto, atualmente são vários os autores que apresentam estes focos como pontos de relevante interesse na avaliação geriátrica e consequentes do envelhecimento geral do organismo. A correta avaliação dos 5

“I”s permite a prevenção de complicações e o assegurar da prestação de cuidados adequados às necessidades que elevem a qualidade de vida.

A instabilidade postural no idoso está diretamente relacionada com o aumento do risco de queda e com o risco de imobilidade, uma vez que o medo de cair e a insegurança levam a que o idoso permaneça mais tempo no leito e surjam diversas complicações e patologias. A imobilidade é um problema muito frequente e que leva, a longo prazo, ao aumento da dependência para a realização dos autocuidados e à necessidade de cuidados especializados e multidisciplinares. (Amorim & Pessoa, 2014)

A insuficiência cerebral é apresentada como uma das causas mais comuns de limitação cognitiva. Esta é identificada como uma das principais razões para o aparecimento de patologias características do envelhecimento, em que se enquadram os transtornos mentais, nomeadamente as demências e depressão. (Clemente *et al.*, 2011)

As funções mentais e cognitivas revestem-se de elevada importância na autonomia da pessoa idosa. Segundo Cancela (2007) o desempenho intelectual atinge o seu expoente máximo aos 30 anos de idade, mantendo-se estável até aos 50-60 anos, e após isto começa a decrescer. A partir dos 70 anos, o declínio cognitivo aumenta significativamente, não sendo linear para todos os indivíduos, dependendo de fatores como a educação, a saúde, a personalidade, a atividade mental anterior, entre outros. (Fechine & Trompieri, 2012)

São vários os efeitos que se fazem sentir no quotidiano da pessoa idosa que atravessa os desafios do envelhecimento normal a nível intelectual, destacando-se: a) A capacidade de compreender mensagens longas e complexas e de reproduzir nomes e termos específicos fica diminuída, bem como, o diálogo torna-se repetitivo; b) Dificuldade em tarefas que necessitam raciocínio, análise lógica e material abstrato. Tarefas que envolvem planear, executar e avaliar sequências complexas tornam-se mais lentas; c) É afetada a acuidade visual, em relação ao espaço, bem como o reconhecimento de lugares e caras familiares; d) Embora a capacidade de manter a atenção num determinado ponto se mantenha, apresentam dificuldade em filtrar a informação e em repartirem a atenção por várias tarefas. (Spar & La Rue, 2005, cit in Cancela, 2007) De seguida é apresentada uma tabela que identifica as principais alterações no funcionamento cognitivo.

Quadro 1 - Alterações do funcionamento cognitivo devido ao envelhecimento

Aptidão	Sentido da mudança no envelhecimento	Comentário
Inteligência - Vocabulário fundo de conhecimento	Estável ou crescente	Pode declinar ligeiramente em idade muito avançada; mais pronunciado em tarefas novas.
Capacidades perceptivomotoras	Em declínio	O declínio começa pelos 50-60 anos.
Atenção - Campo de atenção - Atenção complexa	Estável a declínio ligeiro Declínio ligeiro	Problemas em dividir a atenção, filtrar ruído, deslocar a atenção.
Linguagem - Comunicação - Sintaxe, conhecimento de palavras - Fluência, nomeação - Compreensão - Discurso	Estável Estável Declínio ligeiro Estável a declínio ligeiro Variável	Na ausência de défice sensorial. Varia com grau de instrução. Lapsos ocasionais em encontrar palavras. Mensagens complexas dificultam mais. Pode ser mais impreciso, repetitivo.
Memória - Curto prazo (imediate) - De trabalho - Secundária (recente) - Implícita - Remota	Estável a declínio ligeiro Declínio ligeiro Declínio moderado Estável a declínio ligeiro Variável	Aptidão diminuída para manipular informação a memória de curto prazo. Défices de codificação e recuperação. Pode recordar mais facilmente características incidentais do que informação consciente. Intacta para aspetos mais importantes.
Visuo-Espacial - Copiar desenhos - Orientação topográfica	Variável Em declínio	Intacta para figuras simples, mas não para complexas. Mais notável em terreno familiar.
Raciocínio -Resolução de problemas -Raciocínio prático	Em declínio Variável	Alguma redundância e desorganização. Intacto para situações familiares.
Funções Executivas	Declínio ligeiro	Planeamento/ monitorização menos eficiente de comportamento complexos.
Velocidade	Em declínio	Lentificação do pensamento e da ação é a mudança mais constante no envelhecimento.

Fonte: (Spar & La Rue, 2005, cit in Cancela, 2007, p. 9/10)

Segundo Spar & La Rue (2005, cit in Cancela, 2007) as alterações cognitivas identificadas na tabela 1 devem-se, fundamentalmente, às alterações associadas à velocidade de processamento da informação, à memória de trabalho e capacidades sensoriais e perceptuais.

Tal como é demonstrado na tabela 1 a memória é afetada com o envelhecer. A memória a curto prazo diz respeito às memórias que perduram num curto espaço de tempo, não durando mais do que alguns segundos a escassos minutos, por exemplo, quando se quer memorizar um número de telefone por uns minutos, durando apenas enquanto pensamos nele. Existem autores que enunciam a memória intermediária, sendo a que nos permite armazenar informação por dias a semanas, mas que acaba por ser esquecida. (Monteiro, 2013)

A memória que nos permite armazenar informação por um longo período de tempo chegando mesmo a durar toda a vida denomina-se de memória a longo prazo. Em processos de alteração cognitiva esta é a última a ser perdida. (Monteiro, 2013)

As alterações referidas caracterizam o envelhecimento saudável e dito normal do indivíduo, concentrando a atenção nas alterações cognitivas que se fazem sentir. Estas podem e devem ser contrariadas no sentido de manter as faculdades mentais íntegras e promover a melhoria da qualidade de vida, principalmente através de atividades de estimulação cognitiva, como a leitura, o treino de memórias, a atividade social, entre outros. (Evangelista, 2013)

No entanto, verificam-se situações em que as alterações cognitivas não são normais, havendo uma deterioração das capacidades de forma acentuada, surgindo os défices cognitivos ligeiros e que, progressivamente, podem evoluir para demência.

É importante distinguir a demência do défice cognitivo ligeiro (DLC). O défice cognitivo ligeiro é definido pelas alterações que ocorrem entre as capacidades cognitivas ditas normais do envelhecimento já citadas e as alterações que ocorrem no processo de demência. (Sousa & Sequeira, 2012)

Segundo Cancela (2007) existe DCL quando as capacidades cognitivas estão mais deterioradas do que o esperado com o processo de envelhecimento. Este afeta a capacidade de aprendizagem, a memória a curto-prazo e o raciocínio, e em alguns casos, a linguagem e as capacidades visuais também são afetadas. Por norma estas alterações de memória são citadas por um familiar ou indivíduo próximo do idoso. (Cancela, 2007, p. 13)

Segundo o autor referido anteriormente o DCL evolui para demência à taxa de 10-12% por ano, embora nem todos os doentes apresentem demência a curto prazo, podendo demorar pelo menos 8 anos.

Segundo Santana *et al.* (2015, p. 183) “em 2010, haverá cerca de 35,6 milhões de pessoas com demência em todo o mundo e as projeções sugerem para que este valor possa duplicar a cada 20 anos, para 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050.” Este fenómeno não se trata de uma “epidemia”, deve-se sim, ao facto de cada vez mais pessoas chegarem à etapa da velhice, em que a taxa de demência é mais alta.

1.2 A pessoa com demência: caracterização e etiologia

O termo demência refere-se a uma síndrome que pode ter diversas etiologias e que compromete as funções cognitivas, sendo descrita por Sadock & Sadock (2007, p.360) como “deficit cognitivo na presença de nível estável de consciência” por um longo período de tempo e de um modo persistente.

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V) (2014, p. 720) define a demência como perturbação neuro cognitiva major, sendo critério de diagnóstico o declínio progressivo de níveis anteriores de funcionamento cognitivo em “*um ou mais domínios da cognição (atenção complexa, funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, capacidade percetivo motora ou cognição social)*” que não estavam presentes no nascimento nem numa fase precoce da vida, baseando-se nas queixas do indivíduo ou familiares e em resultados de testes neuro psicológicos standardizados ou outra avaliação quantitativa. Idealmente, existiria uma avaliação prévia do estado cognitivo para se poder comparar com o resultado obtido e perceber que realmente existe declínio.

O diagnóstico deve ser feito por um médico especialista, neurologista, com recurso a anamnese associado a exame físico e neurológico incluindo uma avaliação cognitiva e exames laboratoriais e de neuro-imagem para determinação da etiologia da patologia. (Moreira, 2014)

Para se estabelecer o diagnóstico será necessário, além do descrito anteriormente, que o défice cognitivo interfira na realização das atividades de vida de forma independente, que não ocorra no contexto de *delirium* e que não tenha na sua base outra patologia psiquiátrica, como por exemplo, a perturbação depressiva major ou a esquizofrenia. (DSM-V, 2014)

A demência pode ser classificada como primária ou secundária, sendo que quando surge sem estar associada a nenhuma outra doença e é o primeiro sinal de patologia cerebral designa-se de demência primária. Quando se relaciona com outra causa ou condição não sendo uma condição primária, como por exemplo, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou um trauma cerebral, nomeia-se de demência secundária. (Towsend, 2011) As principais demências classificadas como primárias são: a demência de Alzheimer, a demência vascular, a demência com corpos de Lewy e a demência frontotemporal.

Segundo o descrito por Gabbard (2007) muitos profissionais sentem a necessidade de subdividir as etiologias da demência além de primária ou secundária, apresentando as demências progressivas e irreversíveis, as que poderão ser interrompidas e com sintomas tratáveis, mas irreversíveis e, ainda, as que são reversíveis. Nestas últimas ainda não existe consenso se de facto poderão ou não ser interrompidas ou revertidas.

As bases anatómicas que estão em causa no diagnóstico de demência também são consideradas importantes para o diagnóstico diferencial, podendo denominar-se demência cortical, subcortical e ligada à substância branca. A primeira caracteriza-se pela incidência no córtex cerebral e pelo comprometimento, normalmente completo, nos domínios específicos da cognição, percepção e linguagem (afasia, agnosia, acalculia, apraxia). (Gabbard, 2007)

Nas demências subcorticais existe lesão nas estruturas cerebrais mais profundas que irão influenciar o córtex. A dificuldade na linguagem com limitação na velocidade da comunicação e na capacidade de encontrar palavras e a repetição lenta são comuns, bem como a presença de sinais motores e comprometimentos da memória, *“as subcorticais são associadas a sinais extrapiramidais e comprometimentos da memória de procedimento, ao passo que as da substância branca são associadas a sinais corticoespinais e relativa preservação da memória de procedimento”*. (Gabbard, 2007, p. 173)

Para Towsend (2011) a evolução da patologia demencial cursa 7 estadios diferentes: 1) Nenhum sintoma evidente; 2) Esquecimento; 3) Declínio cognitivo ligeiro; 4) Declínio cognitivo ligeiro a moderado: confusão; 5) Declínio cognitivo moderado: demência inicial; 6) Declínio cognitivo moderado a grave: demência média; 7) Declínio cognitivo grave: demência avançada.

No primeiro estadio não existe nenhum comprometimento a nível da memória do paciente. Na etapa seguinte, é quando se verificam os problemas comuns de esquecimento, o começar a perder as coisas e esquecer o nome das pessoas. Começam a evidenciar-se as

perturbações da memória a curto prazo. Pode ser necessário recorrer ao uso de listas para organizar as tarefas diárias e permitir uma compensação, pois o indivíduo começa a aperceber-se dos lapsos de memória e torna-se constrangedor, podendo levar a ansiedade e depressão.

No terceiro estadio é notável que os lapsos de memória são mais graves e começam a afetar o desempenho no trabalho e a condução, podendo o indivíduo perder-se. Ocorre um declínio marcado da capacidade de planear e organizar, bem como da capacidade de manter-se concentrado por períodos longos. É nesta etapa que se devem iniciar as sessões de estimulação cognitiva e diariamente realizar tarefas de treino da memória.

Na fase seguinte as alterações referidas anteriormente continuam a piorar, perdendo mesmo a capacidade de gerir as suas finanças e de realizar tarefas simples do dia-a-dia. Também nesta altura é comum a confabulação para justificar os lapsos de memória, a depressão e o afastamento social. (Towsend, 2011)

Na demência inicial (estadio 5) começam a sentir-se as dificuldades para executar as atividades de vida diárias (AVD's), necessitando de algum apoio. Embora mantenham o conhecimento de si próprios, verifica-se desorientação espacial e temporal, esquecendo já os nomes de familiares próximos.

No estadio de demência média o indivíduo já não realiza nenhuma tarefa individualmente e é comum a incontinência fecal e urinária. Continua o agravamento do défice de memória, avançando para a memória a longo prazo, podendo não se lembrar do nome de pessoas muito próximas, como por exemplo, o conjugue ou acontecimentos marcantes. A linguagem e a comunicação tornam-se cada vez mais difíceis. Começam aqui os problemas na gestão do sono, pois dormir torna-se uma dificuldade devido ao fenómeno denominado *sundowning*, agravando-se os sintomas de agressividade, agitação e obsessão ao final da tarde e início da noite.

Na última fase da demência identifica-se a afasia ou vocalizações escassas, o não reconhecimento das pessoas e a dependência total nas AVD's, estando confinado à cama ou cadeirão. É comum nesta altura o surgimento de problemas associados à imobilidade e à diminuição das defesas imunitárias, como as úlceras de pressão, as contraturas, as pneumonias, as infeções urinárias, entre outras. *"O ciclo de sono-vigília é bastante alterado e a pessoa passa muito tempo a dormir e aparenta estar socialmente retirada e menos alerta para o ambiente que a rodeia."* (Towsend, 2011, p. 430) Neste período é comum o aparecimento de infeções que acabam por levar à morte.

De uma forma geral, é comum encontrar num indivíduo com patologia demencial os seguintes sintomas: perturbações do humor (depressão, ansiedade e elação do humor) numa fase mais inicial da doença, agitação psicomotora principalmente em estados moderados a grave associada a confusão ou frustração, perturbação do sono incluindo insónia, hipersónia e alterações do ritmo circadiano, apatia caracterizada por diminuição da motivação e da reatividade emocional, e ainda o vaguear, a desinibição, a hiperfagia e a acumulação. (DSM-V, 2014)

Um dos principais fatores de risco para o aparecimento desta patologia, tal como já foi referido é a idade, sendo que a probabilidade de sofrer de demência aumenta com o passar dos anos, duplicando o risco, aproximadamente, a cada 5 anos. (Santana *et al.*, 2015) O sexo feminino está associado a um maior risco de ocorrência de demência, que segundo o DSM-V (2014) se associará ao facto de as mulheres terem uma maior esperança de vida.

Apesar de ser mais comum o surgimento de demência após os 65 anos de idade, denominando-se demência senil, esta patologia também pode ser diagnosticada antes dos 65 anos apelidando-se de demência pré-senil. (Schlindwein-Zanini, 2008)

Para Gabbard (2007) as causas mais comuns de demência em pessoas com mais de 65 anos são a doença de Alzheimer, a demência vascular e a demência com corpos de Lewy. Todavia, existem outras causas médicas e neurológicas que podem levar à demência, como é o caso da degeneração do lobo frontotemporal (demência frontotemporal), o consumo de substâncias (incluindo álcool), traumatismos crânio-encefálicos, doença de Huntington, entre outras condições metabólicas e neuro degenerativas.

Demência de Alzheimer:

A demência de Alzheimer (DA) é a mais prevalente de todos os tipos de demência, representando em Portugal cerca de 60% dos utentes demenciados e nos Estados Unidos cerca de 75% das doenças irreversíveis nos utentes com idade superior a 75 anos. (Lopes e Martins, s.d.)

A idade tem sido apontada como um dos principais fatores de risco para o aparecimento da demência de Alzheimer, surgindo normalmente após os 65 anos de idade. Gabbard (2007) afirma que apesar disto, existe a possibilidade desta patologia surgir em idades mais jovens, denominando-se Alzheimer de início precoce, que é muito comum em doentes portadores de Síndrome de Down. Também o sexo é considerado um fator de risco para DA.

Para Carvalho *et al.* (2014, p. 17) os fatores genéticos, ambientais e educacionais também influenciam o desenvolvimento desta patologia. “Cerca de 10% das pessoas com doença de Alzheimer apresentam história familiar.”

A DA tem um início progressivo e lento, sendo difícil de precisar a data de começo da patologia. O DSM-V (2014) e Pereira (2011) referem que a DA manifesta-se pela diminuição da capacidade de memória e uma ou mais perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia e perturbação na capacidade de execução. É característico o declínio do funcionamento social ou ocupacional em relação com o nível prévio, não podendo ser consequência de outra patologia de base, nem pode ocorrer durante a evolução de *delirium*.

Alois Alzheimer descreveu, pela primeira vez, em 1906 a doença de Alzheimer, revelando a existência de placas senis e emaranhados neurofibrilares em número mais elevado que o normal do envelhecimento, que ainda hoje são considerados elementos importantes no estabelecimento do diagnóstico. (Pereira, 2011)

Apesar de ainda não ter sido descrita a causa exata pensa-se que sejam as alterações da acetilcolina, as placas consequência da proteína amilóide beta e os emaranhados, os traumatismos crânio-encefálicos e os fatores genéticos que condicionam o aparecimento desta patologia. (Towsend, 2011)

É comum a demência de um modo global e a demência de Alzheimer serem descritas de forma muito similar. A DA é caracterizada como a síndrome de demência e seguindo o descrito por Towsend (2011) enquadra-se nos sete estádios de evolução da demência.

Atualmente, o diagnóstico pode ser confirmado através do recurso a tomografia computadorizada e ressonância magnética que revelam atrofia do cérebro com sulcos corticais ampliados e ventrículos cerebrais aumentados. (Towsend, 2011)

Demência Vascular:

A demência vascular é a segunda mais prevalente, superada apenas pela demência de Alzheimer, representando cerca de 20% dos casos de demência. (Carvalho *et al.*, 2014) Sendo que esta percentagem varia conforme a região geográfica, dependendo da prevalência da hipertensão arterial e de acidentes vasculares cerebrais, (Pinho, 2012) o contrário do que acontece na patologia mais prevalente é mais comum no sexo masculino, com idade entre 45 e 75 anos. (Towsend, 2011)

A demência vascular tem início mais abrupto e fácil de datar, sendo a sua evolução em escada, uma vez que apresenta períodos intermédios de estabilização da sintomatologia e

posteriormente novo declínio. (Pinho, 2012) A evolução desta doença é muito variável, ocorrendo por etapas e não numa degradação gradual, existindo períodos em que o doente se encontra mais lúcido e o seu raciocínio e memória são mais claros, e seguidamente poderá apresentar um “declínio adicional no funcionamento, num padrão flutuante de progressão”. (Towsend, 2011, p. 433)

Esta resulta de lesões cerebrais isquémicas, raramente hemorrágicas, (Carvalho *et al.*, 2014) que vão destruindo os vasos sanguíneos cerebrais e as diferentes áreas do cérebro, levando a deterioração intelectual progressiva.

Uma vez que resulta de acidentes vasculares cerebrais pode considerar-se que os fatores de risco relevantes para a ocorrência desses fenómenos também o são para o aparecimento de demência vascular, como é o caso da hipertensão, dislipidemia, diabetes, cirurgia cardiovascular, AIT (Acidente Isquémico Transitório), abuso de tabaco, entre outros. Assim, é de elevada importância a prevenção de fatores de risco cardiovascular. (DSM-V, 2014)

Os sinais e sintomas são variáveis dependendo da localização das lesões cerebrais, sendo comum a perda das funções executivas e só posteriormente a memória de reconhecimento. Embora as alterações na memória não sejam tão sentidas como na DA, as alterações a nível físico são habituais, mais graves e estão presentes desde o início da doença. (Towsend, 2011) A fraqueza dos membros, a hemihipoestesia, a híper-reflexia, a marcha em passos pequenos e sinais pseudobulbares (disfagia, disartria e risos emotivados) são comuns. (Towsend, 2011; Montano, 2009) Neste tipo de demência existe uma preservação das características da personalidade e do insight. É também característico o humor depressivo e a labilidade emocional. (Pinho, 2012)

Segundo o descrito por Towsend (2011) o prognóstico é pior na demência vascular do que na demência de Alzheimer, sendo que a taxa de mortalidade é 67% contra 42%, respetivamente. Corroborando com esta afirmação Pinho (2012, p. 19) confirma que a sobrevivência média estimada em anos para o doente com “DA seja de 7,1 anos e de 3,9 anos para as pessoas com demência vascular (DV)”.

Além dos sintomas, o diagnóstico pode ser confirmado com recurso a uma tomografia axial computadorizada que evidencia as sequelas resultantes de acidentes vasculares. (Montano, 2009)

Demência secundária à doença com corpos de Lewy:

A demência secundária à doença com corpos de Lewy é descrita como semelhante à doença de Alzheimer (Gabbard, 2007), evidenciando-se apenas pela presença de corpos de Lewy no córtex cerebral e no tronco cerebral. (Towsend, 2011) Existem diversos autores que consideram esta patologia como a segunda demência mais prevalente.

Esta tem início mais rápido e determina um estado demencial grave, sendo considerada por muitos autores como um tipo de demência mista e por outros uma sobreposição da Demência de Alzheimer e do Parkinson, uma vez que as suas características são semelhantes. *“Um número substancial (20-30%) de doentes diagnosticados pela clínica como presumíveis casos de DA foram após revisão da patologia cerebral na autópsia, identificados como sofrendo de demência de corpos de Lewy.”*. (Marques, Firmino & Ferreira, 2006 cit por Pinho, 2012, p. 29)

Os corpos de Lewy são descritos como inclusões no citoplasma neuronal da proteína alfa-sinucleica e foram descritos pela primeira vez por Foster & Friedrich Lewy, neurologista alemão, em 1912. (Couto, 2013) Estes podem ser encontrados nos neurónios corticais e subcorticais e podem originar alterações a nível da movimentação, da cognição e motilidade intestinal. (Pinho, 2012)

Gabbard (2007) afirma que as alucinações visuais e as oscilações cognitivas associadas a sintomas parkinsonianos característicos são os elementos essenciais para diagnosticar a demência de corpos de Lewy. Além destes sintomas é característico encontrar défice de atenção e das funções executivas associado a alterações da memória (a memória verbal fica preservada), bem como as flutuações do nível de consciência e do desempenho cognitivo e as perturbações do sono. Neste tipo de doentes o risco de queda encontra-se aumentado dado que é frequente a ocorrência de síncope. (Pinho, 2012)

O DSM-V (2014) corrobora com o referido anteriormente e acrescenta que as perturbações do comportamento do sono com movimentos oculares rápidos, alucinações noutros campos, bem como delírios, também fazem parte dos sintomas frequentemente associados a esta demência.

Segundo Gabbard (2007, p. 179) esta demência tem semelhanças com a demência secundária à doença de Parkinson mas *“a mioclonia, a ausência de tremor em repouso e a ausência de resposta ao L-dopa são até 10 vezes mais comuns no DCL do que na demência devida a doença de Parkinson.”*

Na demência de corpos de Lewy o diagnóstico deve ser realizado tendo em conta os sinais e sintomas presentes no doente que a diferenciam das outras patologias. Se possível, como método complementar, pode ser utilizado a SPECT (Tomografia Computadorizada por Emissão de Fóton Único). (Araújo & Nicoli, 2010)

Demência frontotemporal:

A demência frontotemporal caracteriza-se pela atrofia dos lobos frontais e/ou temporais do cérebro que é clinicamente semelhante à doença de Pick. Ao contrário do que acontece na DA os restantes lobos cerebrais encontram-se preservados. (Gabbard, 2007)

Esta patologia ocorre em indivíduos mais jovens do que as outras demências, afetando indivíduos com idades compreendidas entre os 40 e 60 anos e, maioritariamente, as mulheres. Apresenta uma elevada componente hereditária, em cerca de metade dos casos. (Gabbard, 2007) Uma vez que a sua apresentação histopatológica e sintomatologia têm pontos em comum com a demência de Alzheimer e a demência vascular torna-se difícil precisar a sua prevalência. (Pinho, 2012)

Segundo Pinho (2012, p. 30) os principais contribuintes para este tipo de demência *“são a clássica doença de Pick, a gliose subcortical progressiva e a esclerose lateral amiotrófica.”* No seu livro Townsend (2011) não relata a demência frontotemporal propriamente dita, descreve apenas a demência secundária à doença de Pick dizendo que é muito semelhante à DA, mas que se distinguem pelos sintomas iniciais que, regra geral, na primeira são as alterações da personalidade e na segunda as alterações da memória.

Segundo o DSM-V (2014, p. 734) neste tipo de patologia existem dois tipos de variante: a comportamental e a de linguagem, que podem existir separadamente ou em conjunto. Na variante comportamental terão de estar presentes três ou mais características definidoras *“Desinibição comportamental”, “Apatia ou inércia”, “Falta de simpatia ou empatia”, “Comportamento perseverante, estereotipado ou compulsivo/ ritualizado”, “hiperoralidade e alterações na dieta”* e terá de estar presente também o decréscimo das capacidades sociais e/ou executivas.

Na variante de linguagem verifica-se uma diminuição da capacidade linguística associada à formação do discurso, quer na escolha das palavras certas quer no uso da gramática, e/ou no entendimento do que é dito. Esta variante pode ser subdividida em três categorias a semântica, a não fluente/agramática e logopénica. (DSM-V, 2014)

Esta apresenta um início insidioso e evolução gradual associado a comportamentos sociais desajustados e desinibidos, alterações da personalidade, embotamento emocional e afasia semântica ou não-fluente numa etapa inicial. Em fases posteriores, é comum o funcionamento executivo e a linguagem expressiva serem comprometidos, bem como a presença de *“apatia e parkinsonismo acinético rígido”* (Gabbard, 2007, p.181) e os transtornos de humor. As alterações da memória não são comuns e quando existem afetam a recuperação de informação e da linguagem. (Gabbard, 2007)

Para Pinho (2012) o declínio nos cuidados de higiene, a rigidez mental e inflexibilidade, a falta de atenção e persistência, a hiperoralidade, as alterações no comportamento alimentar e estereotipado com a presença de tiques e rituais são as principais características definidoras deste tipo de patologia.

O diagnóstico desta patologia pode ser realizado através de neuroimagem estrutural que poderá demonstrar a atrofia do lobo frontal e temporal que caracteriza esta demência. (Araujo & Nicoli, 2010)

Tratamento da demência:

No que respeita ao tratamento da demência numa forma geral, tem-se verificado um aumento das investigações nesta área mas ainda não se conseguiu descobrir uma cura para a demência nem nenhum medicamento para a prevenção primária. (DGS, 2011) Apesar disto, existem tratamentos farmacológicos que permitem melhorar a sintomatologia específica da demência, usando substâncias que originam a melhoria e estabilização da deterioração cognitiva e reduzem a sintomatologia a nível emocional e comportamental. (Gabbard, 2007)

Os inibidores da colinesterase que inativam a acetilcolinesterase permitem que a degradação da acetilcolina diminua tornando a concentração de neurotransmissores mais elevados no córtex cerebral. *“Pensa-se que algumas das manifestações clínicas da DA são resultado de uma deficiência no neurotransmissor acetilcolina”* (Townsend, 2011, p. 449), o que justifica o seu uso em quadros demenciais, melhorando os aspetos cognitivos e comportamentais. Medicamentos comumente utilizados são a rivastigmina, donepezilo e galantamina. (Townsend, 2011, Gabbard, 2007) No caso da demência frontotemporal, estes inibidores, não têm o mesmo sucesso, pois atuam apenas nas lesões que afetam o lobo temporal, ainda não estando confirmada a sua credibilidade. (Gabbard, 2007)

A presença de glutamato na neurotransmissão é essencial para que o processo de aprendizagem e memória seja eficaz. O glutamato ativa os receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) que permite que o cálcio chegue, em quantidades adequadas, até a uma célula nervosa. Pensa-se que na demência de Alzheimer existam níveis elevados de glutamato e, conseqüentemente, níveis elevados de cálcio que levam à rutura e morte dos neurónios. (Townsend, 2011)

Segundo Towsend (2011) os elevados níveis de glutamato no cérebro levam a que exista um maior declínio do funcionamento e aumento da sintomatologia no doente com Alzheimer, pelo que se pensa ser adequado o uso de um antagonista dos receptores NMDA que contrarie esse efeito. A memantina, enquanto antagonista dos receptores NMDA, é utilizada no tratamento de doentes com DA moderada a grave, demonstrando abrandar o avanço do declínio das funções.

O mesmo autor confirma que cada vez mais se tem utilizado a co-administração de inibidores da colinesterase e de um antagonista dos receptores NMDA, com melhorias significativas do estado clinico global do doente.

É comum o doente com demência apresentar sintomas como agitação, agressividade, alucinações e perturbações do pensamento, pelo que necessitam de medicação adequada a esse quadro. As medicações anti psicóticas, como por exemplo, a risperidona, a olanzapina, a quetiapina e a ziprasidona, têm sido muito utilizados no tratamento desta sintomatologia, pois têm poucos efeitos anticolinérgicos e extrapiramidais. Também o haloperidol é comumente administrado para fazer face a estas conseqüências da demência, embora tenha mais efeitos secundários. (Townsend, 2011) Os doentes com demência de corpos de Lewy, são altamente sensíveis aos sintomas extrapiramidais adversos ao uso de anti psicóticos podendo mesmo surgir a síndrome maligna dos neurolépticos. (Gabbard, 2007) Também os medicamentos anti parkinsónicos não devem ser administrados em doentes com demência de corpos de Lewy pois aumentam a confusão e alucinações. (Pinho, 2012)

Particularizando na demência vascular, a Direção Geral de Saúde (2011) defende que o mais apropriado será o tratamento primário das causas das lesões vasculares, por exemplo, a hipertensão arterial, a diabetes e as patologias cardíacas, de modo a evitar que ocorram novas lesões cerebrais e aumente o declínio cognitivo.

Quando a demência surge secundariamente a outra patologia, Townsend (2011) afirma que o foco do tratamento tem de ser a resolução dos processos que serão potencialmente reversíveis.

Embora o tratamento farmacológico seja uma necessidade é reconhecido por vários autores que o tratamento tem de ir além disso, usando-se a estimulação cognitiva, a nutrição, a segurança, entre outras, como medidas necessárias para minimizar os danos demenciais. (Townsend, 2011)

1.3 Políticas de saúde dedicadas à demência

A Demência acarreta inúmeros custos para os sistemas de saúde de cada país, o que se torna um desafio constante no sentido de fazer face às necessidades do doente, do cuidador e da sua família. Comparando um paciente idoso sem demência com um idoso com demência estima-se que os segundos têm três vezes mais episódios de internamento com custos 21,8 vezes mais elevados e períodos de internamento duas a três vezes maiores. Também os custos comunitários são 3,1 vezes superiores nos doentes com demência. (Steele, 2010 citado por Pereira, 2013)

A Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) em conjunto com a Alzheimer's Disease International (ADI) publicou em 2012 o relatório "Demência: uma prioridade de saúde pública" em que são apresentados os dados sobre o estado em que se encontra o diagnóstico de demência em todo o Mundo e tenta apelar a cada governo que tome consciência da carência de recursos para fazer face a este fenómeno.

A WHO & ADI (2012) afirmam que ainda existe um longo caminho a percorrer para fazer face aos problemas gerados pela demência, mas já existem estratégias e planos definidos que contemplam uma abordagem multissetorial que permite o fácil acesso aos cuidados, preços acessíveis aos serviços sociais de saúde que alcancem as necessidades das pessoas com demência, bem como dos seus familiares. Estes englobam também a proteção ética, social, jurídica e financeira.

É reconhecida internacionalmente a necessidade de cuidados de saúde apropriados e políticas que defendam o doente com demência, pelo que cada vez mais se considera esta patologia como uma prioridade e um desafio global. Tem-se verificado um aumento dos planos e estratégias que visam consciencializar os profissionais de saúde para a necessidade de cuidados com os pacientes idosos com esta perturbação do foro psiquiátrico, mas que ainda estão a ser executados ou não estão a ser colocados em prática. (WHO & ADI, 2012)

Na Declaração de Kyoto em 2004, publicada pela Alzheimer's Disease International, foram apresentadas as recomendações mínimas para a prestação de cuidados ao doente com demência: 1) Proporcionar tratamento adequado nos cuidados de saúde primários; 2) Disponibilizar os tratamentos apropriados; 3) Proporcionar cuidados na comunidade; 4) Educar a população; 5) Envolver as famílias e as comunidades nos cuidados; 6) Desenvolver estratégias políticas nacionais, programas e legislação para o doente com demência; 7) Desenvolver/formar recursos humanos; 8) Promover a articulação com outros setores; 9) Avaliar/monitorizar a saúde comunitária e 10) Dar suporte à pesquisa científica.

No relatório “Demência: uma prioridade de saúde pública” é afirmado que de modo a conseguir elaborar uma política eficiente, cada governo tem de reconhecer o problema e ter em atenção os seguintes pontos no diagnóstico da situação: o número atual de doentes com demência baseando-se na epidemiologia nacional, os custos financeiros, as projeções futuras de casos e encargos, o estado atual dos serviços sociais e de saúde e, ainda, a validação externa dos resultados obtidos.

Alguns países europeus já reconhecem a demência como uma prioridade de saúde pública, mas ainda existem alguns países como a Croácia, Alemanha, Polónia, Roménia, Islândia e Turquia que atualmente não possuem níveis de suporte suficientemente adequados para fazer face a todas as necessidades da elaboração de uma estratégia a nível nacional. Existem também países não europeus que optam por uma abordagem descentralizada da saúde, pelo que possuem planos não nacionais. (Pereira, 2013)

No que diz respeito a Portugal, verifica-se que ainda não existem políticas específicas para as pessoas com demência, embora já tenha sido determinado que a demência é uma prioridade de saúde pública e foram dados os primeiros passos no desenvolvimento de um plano nacional. (WHO & ADI, 2012) Além disto, também não foi realizado nenhum estudo a nível nacional para determinação epidemiológica dos casos de demência, pelo que não se sabe com exatidão o número real.

No Plano Nacional de Intervenção Alzheimer publicado pela Alzheimer Portugal (2009, p. 7) pode ler-se *“A dimensão do problema não se compadece com boas vontades pontuais, nem com iniciativas privadas, com ou sem fins lucrativos, que, de forma dispersa e avulsa, vão encontrando soluções adequadas e possíveis para escassas dezenas de pessoas.”* O que confirma que é urgente a tomada de medidas nacionais que façam face às necessidades dos doentes e dos seus cuidadores, sendo necessário o reconhecimento da demência como uma prioridade nacional de saúde e de política social.

De facto, verifica-se que as abordagens que os diversos países fazem relativamente a esta problemática é muito distinta, pelo que cada país deve procurar encontrar as necessidades individuais da sua população e reconhecer as lacunas do seu sistema social e de saúde, bem como o apoio que é prestado a cada indivíduo e o seu cuidador. Os esforços para melhorar a qualidade de vida do doente com demência devem ser realizados de um modo global e iniciar-se na prevenção primária da doença e das complicações associadas.

2. O CUIDAR DA PESSOA COM DEMÊNCIA

A palavra cuidar sempre esteve associada à profissão de Enfermagem, baseando-se na premissa de dar qualidade e preservar a vida daquele que se encontra doente, oferecendo-lhe o máximo conforto. Freitas (2013, p. 4) afirma “Cuidar é o ideal moral da enfermagem e a sua finalidade é a proteção, promoção e preservação da dignidade humana, é um momento de aprendizagem e de crescimento do eu de cada um, sendo necessário compaixão.”

Sendo que os enfermeiros são dos profissionais de saúde que mais tempo dedicam ao cuidado direto do doente, permanecendo, praticamente, 24 horas a seu lado, os cuidados vão muito além do tratamento físico da sintomatologia. A permanência temporal possibilita o criar de laços e acompanhamento da pessoa, permitindo a existência de um recurso e de uma presença com que se pode contar, uma presença *“silenciosa, mas carregada de atenção ética”*. (Renaud, 2010, p. 6)

Esta presença não é importante só pelo tempo que o enfermeiro dedica aos seus doentes, é essencial *“porque, no meio da sua vulnerabilidade e na percepção aguda da sua fragilidade, os doentes estão mais recetivos aos sinais de atenção, são carentes de um cuidado técnico através do qual se manifeste uma presença autêntica”*. (Renaud, 2010, p.6/7)

O indivíduo idoso, com todas as patologias comuns associadas à sua faixa etária, necessita dessa presença e de cuidados especializados com vista a satisfazer as suas necessidades básicas. As intervenções de enfermagem ao doente idoso devem promover a autonomia e preservar o máximo das capacidades físicas e mentais com vista a que a independência seja mantida. (Lopes & Martins, s.d.)

O cuidado do idoso não é fácil, tornando-se ainda mais penoso quando se associa a perturbações mentais, como é o caso da demência. Esta patologia acarreta elevado desgaste emocional e físico dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros. (Barbosa *et al.*, 2011)

Se por um lado, este doente vai apresentando progressivamente maior dependência física, por outro a dependência mental também vai piorando, o que conduz ao surgimento de inúmeras necessidades, que são a cada dia um novo desafio para o cuidar. (Sequeira, 2010)

Por dependência física entende-se a diminuição da capacidade para executar as atividades de vida diárias e os autocuidados de modo a satisfazer as necessidades básicas. Esta limitação leva à carência de cuidados e de substituição por outras pessoas para a sobrevivência. (Sequeira, 2010) Esta não implica a perda de capacidades cognitivas.

O cuidar deste tipo de doentes requer dos enfermeiros um elevado esforço físico e mental para encontrar estratégias que minimizem as necessidades e dificuldades. Os níveis de dependência elevados associados aos sintomas comportamentais, que advêm das alterações mentais, são citados nos estudos de Pestana & Caldas (2009), Moreira (2014) e Barbosa *et al.* (2011), como as principais problemáticas dificultadoras dos cuidados.

Barbosa *et al.* (2011) confirma que cuidar de idosos com demência acarreta elevados níveis de stress e insatisfação laboral. Para Sequeira (2010) a probabilidade de sobrecarga, que advém do desgaste físico e mental, é maior durante a prestação de cuidados aos doentes com demência.

Os profissionais de enfermagem que cuidam deste tipo de doentes em serviços de medicina e em serviços especializados em psiquiatria não são exceção, também junto destes se verifica a ocorrência de dúvidas, dificuldades e sentimentos negativos que se associam à complexidade do cuidar.

Segundo o estudo realizado por Moreira (2014) numa unidade de psiquiatria com doentes com demência, o cuidar, embora com pontos gratificantes, é uma experiência árdua e exige um elevado esforço físico e mental dos profissionais. A mesma autora refere que os enfermeiros da unidade de psiquiatria enfocam as suas intervenções muito além da satisfação dos autocuidados, passando pela orientação do doente e pela interação, assim como pelo estímulo social.

Apesar disto, no mesmo estudo de Moreira (2014) é evidenciado que os cuidados oferecidos pelos enfermeiros ao doente com demência eram “incontestáveis”, mas que não são suficientemente eficazes para assegurar o bem-estar do doente com demência.

Relativamente ao cuidado do doente com demência nos serviços de medicina os estudos são escassos, não existindo evidência que permita perceber se os cuidados prestados satisfazem as complexas necessidades diagnosticadas. Sabe-se sim, que a arte de cuidar é exigente em todos os serviços e o doente com patologia demencial necessita de ser observado em todas as suas dimensões de uma forma humana, digna e sem discriminações.

2.1 As intervenções dos enfermeiros na demência

A depressão e a demência são os diagnósticos médicos de saúde mental que mais frequentemente são identificados no indivíduo idoso. (Passos, Sequeira & Fernandes, 2014) Assim, sendo a demência um problema grave de saúde pública que afeta os idosos e que cada vez mais desafia o dia-a-dia dos profissionais, o enfermeiro tem de se capacitar para fazer face às necessidades eminentes.

Embora a demência seja uma patologia incurável e progressiva, que leva a dependência do doente, já são inúmeras as investigações nesta área que permitem aos profissionais de saúde basear o seu conhecimento e intervenção. (Poltroniere, Cecchetto & Souza, 2011) Tal como em qualquer outro paciente, também no doente com demência a abordagem deve começar pela avaliação inicial o mais completa possível, de modo a perceber qual a condição física e psicológica, bem como a capacidade funcional, o suporte familiar e social do doente. (Pinho, 2012)

A avaliação da capacidade funcional é um assunto recente para os enfermeiros, sendo área de outros profissionais de saúde. (Pinho, 2012) A capacidade funcional é definida por Barbosa *et al.* (2014) como o potencial que a pessoa apresenta para tomar decisões e manter a sua vida de forma independente. Sendo a incapacidade funcional o oposto do descrito anteriormente, baseando-se na dificuldade para a realização das atividades de vida diária.

Após a realização da avaliação inicial de Enfermagem, é essencial a tomada de decisão concisa que exponha todas as necessidades e que permita elencar todos os diagnósticos essenciais. As intervenções que o enfermeiro irá executar dependerão de uma apreciação inicial adequada e que observe o doente para além da doença física. (Moreira, 2014)

As alterações na saúde mental dos idosos devem ser alvo da atenção, não só dos enfermeiros mas de todos os profissionais de saúde, de modo a criar conhecimento e

evidência científica que fundamente a resposta às necessidades do envelhecimento físico e mental. (Passos, Sequeira & Fernandes, 2012)

As intervenções de Enfermagem, tal como o elencar de diagnósticos, iniciam-se no momento da entrada do doente no serviço. A comunicação e apresentação do profissional ao doente são pontos essenciais no acolhimento, pois diminuem o medo e a confusão. Também a apresentação dos recursos físicos promove a orientação e conforto do indivíduo.

A empatia demonstrada desde o momento de admissão, a capacidade de comunicação e de escuta e a sensibilidade de cada profissional são apontados como as principais características que os idosos valorizam nos enfermeiros, sendo a relação paciente-enfermeiro dos indicadores mais significativos de satisfação. Também o apoio e compreensão demonstrada pelos familiares são apreciadas. (Carvalhais & Sousa, 2007)

O uso do humor durante a prestação de cuidados encontra-se entre os comportamentos com mais impacto na vivência do internamento, embora por vezes seja pouco utilizada. José (2008) informa que o humor é considerado uma estratégia de coping muito eficaz e necessária apesar de ainda não existir uma sensibilização adequada para o seu uso. É considerado pelo mesmo autor como facilitador das relações, aprendizagem e tranquilizante em situações difíceis.

A definição de humor não é consensual entre a maior parte dos autores e investigadores que se debruçaram sobre este tema. Este constitui um elemento básico e facilitador na socialização e interação humana, *“possibilitando um verdadeiro encontro com o Outro”* (José, 2008, p. 11) Pode ser utilizado em situações mais rígidas, diminuindo sentimentos negativos e constrangimentos mas não deve ridicularizar o doente.

O uso do humor é uma intervenção e competência autónoma de Enfermagem que pode e deve ser desenvolvido no dia-a-dia. *“Já Nightingale (1859/1990) referia que o sofrimento se alivia provocando um autêntico riso, quer seja através de um livro, quer através de uma conversa.”* (José, 2008, p. 24)

Nos estudos de Passos, Sequeira & Fernandes (2014) e de Moreira (2014) foi evidenciada a existência de diagnósticos de saúde mental que comumente são encontrados num processo clínico de um indivíduo em idade geriátrica. Passos, Sequeira & Fernandes (2014, p. 81) afirmam *“As perturbações mentais nos idosos associam-se frequentemente a perdas cognitivas, sintomas psicológicos e comportamentais que comprometem a sua qualidade de vida, constituindo manifestações relevantes para a prática de Enfermagem.”* Em 2012, os

mesmos autores confirmaram que as principais alterações psicológicas e comportamentais identificadas pelos enfermeiros no seu quotidiano, e baseando-se nos registos do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), são a insónia, o humor, o processo de pensamento, a confusão, a crença errónea e a tristeza. Moreira (2014) apoia estes autores e defende que também a orientação e a memória são focos apontados como comuns num doente com demência em alguns estudos.

A insónia é definida na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2016, p.63) como

“Sono comprometido: Incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar de estar posicionado confortavelmente num ambiente agradável; desperto; falta de sono; frequentemente associada a fatores psicológicos ou físicos como o stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas.”

Para Sequeira (2006) com este foco podem ser estabelecidos os diagnósticos de insónia inicial, intermédia, terminal e total, bem como o diagnóstico associado ao conhecimento para gerir insónia demonstrado ou não demonstrado. No que respeita às possíveis intervenções para melhorar a insónia o mesmo autor define: Gerir o ambiente físico, planear o horário do sono e repouso, facilitar o sono através de diferentes atividades, executar técnica de relaxamento, evitar a interrupção do sono, gerir a medicação hipnótica. Segundo a CIPE (2016, p.116) entende-se por Gerir a *“Ação: estar encarregado de, e organizar para alguém ou alguma coisa”*, já a ação Executar é entendida como o *“desempenhar uma tarefa técnica”*.

A confusão define-se como *“Pensamento distorcido: memória comprometida com desorientação em relação à pessoa, local ou tempo”*. (CIPE, 2016, p.47)

A prevenção reveste-se de primordial importância em vários focos de enfermagem e a confusão não é exceção, pois se os fatores de risco forem devidamente identificados muitos dos casos de confusão serão evitáveis. *“Representa por isso um típico caso de falência no sistema de cuidados hospitalares, por iatrogenese, medicação excessiva, falta de perícia da equipa de enfermagem ou por uma atitude negativa perante os cuidados a essa população específica.”* (Marques, 2011, p. 24)

Não conseguindo prevenir a ocorrência de estados confusionais é necessário intervir e minimizar todos os seus efeitos negativos. Perante o foco confusão poderá ser definido o diagnóstico de confusão aguda ou crónica, podendo ser identificadas/executadas pelos enfermeiros varias intervenções, destacando-se a aplicação da técnica de orientação para a

realidade, a validação da realidade do doente, a administração de terapêutica (Marques, 2011) e a gestão do ambiente físico.

Dado que a demência leva a um aumento das situações de confusão, por vezes, os enfermeiros associam que o facto de ter esta patologia é sinónimo de confusão e não tentam perceber qual a causa major que provoca aquela circunstância. No seu estudo Marques (2011) comprova o descrito anteriormente e afirma que por vezes a Demência e a confusão crónica se apresentam nos diagnósticos de enfermagem como semelhantes apesar de o primeiro ser médico e ser reconhecido internacionalmente.

Por vezes, o diagnóstico de confusão leva ao aparecimento de comportamentos agressivos e agitação que podem pôr em causa a integridade dos profissionais de saúde, do próprio doente e de todos aqueles que o rodeiam. Marques (2011) afirma que a agitação e o risco de queda são focos que estão intimamente relacionados com o diagnóstico de confusão.

Na CIPE (2016, p.38) a agitação é definida como *“Hiperatividade: Condição de excitação psicomotora sem objetivo; atividade incessante; andar sem parar; descarga de tensão nervosa associada com ansiedade; medo ou stress mental.”* Neste contexto, tendo em vista a prevenção de danos e a ocorrência de acidentes surge a contenção física e o isolamento do doente. (DGS, 2007)

Este tipo de procedimentos deve ser evitado, sendo usado apenas nos doentes em situações com *“agitação motora, confusão mental ou agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros.”* (DGS, 2007, p. 2) Marques (2011) defende que os principais motivos apontados para a utilização desta intervenção são a maior sensação de segurança, a prevenção de quedas e acidentes, a diminuição de necessidade de vigilância e ainda, a necessidade de cumprimento de determinados tratamentos médicos.

Também a falta de tempo e o elevado número de horas de cuidados atribuídos a cada enfermeiro são apontadas como justificação para o uso de contenções, deixando perceber que o rácio de enfermeiro/doente está aquém do desejável e adequado às necessidades do doente com demência. O uso de contenções físicas deve ser evitado e carece de reavaliação periódica da sua necessidade e dos seus efeitos colaterais. (Marques, 2011)

A tomada de decisão pelo uso de contenção física não é fácil e, apesar de aumentar a segurança e proteger a integridade física dos doentes, esta coloca em questão os direitos humanos, condicionando a sua liberdade e limitando a sua ação. (DGS, 2007)

Além da contenção física e isolamento, Sequeira (2006) enuncia para o diagnóstico de agitação as seguintes intervenções: supervisionar as AVD's, identificar fatores etiológicos que possam precipitar a agitação, gerir a comunicação, gerir a medicação, proteger a pessoa, evitar a hiperestimulação do doente e vigiar o comportamento. Entende-se pela ação de enfermagem Vigiar *“Monitorizar: averiguar minuciosamente alguém ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo.”* (CIPE, 2016, p.121)

Segundo Marques (2011) a agitação e agressividade manifestada pelos doentes, por vezes, é desencadeada pelas atitudes que o enfermeiro tem com o doente. Tendo isto em conta, num quadro de confusão e agitação é importante que o enfermeiro não estimule o doente a ter respostas efusivas, mantendo a calma sem elevar o tom de voz ou demonstrar agressividade com o doente.

Outro dos focos importantes no doente com demência é a orientação que se define como *“Status: Certeza das relações com o ambiente em termos de tempo (...) em termos de lugar (...) em termos de consciência da própria identidade (...) e em termos de reconhecimento das pessoas em redor.”* (CIPE, 2016, p.68) O diagnóstico de orientação comprometida pode ser relativo à orientação no espaço, tempo ou auto psicicamente ressaltando as intervenções de orientar a pessoa, promover o relacionamento interpessoal, promover a orientação/instruir sobre orientação e executar terapia de orientação para a realidade. (Sequeira, 2006) A intervenção Orientar é referente à ação de informar *“dirigir alguém para uma decisão em assuntos relacionados com a saúde.”* (CIPE, 2016, p.118)

A memória *“Processo Psicológico: Atos mentais através dos quais são armazenadas e recordadas sensações, impressões e ideias; registo mental, retenção e recordação de experiências passadas, conhecimentos, ideias, sensações e pensamentos.”* (CIPE, 2016, p.66), tal como já vem sendo referido, é um dos pontos que mais alterações sofre com o aparecimento de uma patologia demencial, pelo que é comum surgir este foco que dá origem aos diagnósticos de memória comprometida. Para melhor especificar as intervenções a utilizar deve-se distinguir qual o tipo de memória afetada: a memória a curto ou a longo prazo.

No que concerne às intervenções resultados do diagnóstico de memória comprometida é de salientar gerir o ambiente físico, gerir a comunicação, avaliar a capacidade da memória, promover a estimulação da memória, treinar a memória através de técnicas de memória (mnemónicas, técnica de associação, imagens visuais, listas, etiquetas com nomes, utilização de computadores e jogos de memória) e executar terapia pela reminiscência.

(Moreira, 2014) Esta última técnica terapêutica utiliza a evocação de experiências passadas ao qual o sujeito associa, habitualmente, sentimentos como a dor ou o prazer, tendo objetivos preventivos e de manutenção, ou seja, quando a sintomatologia demencial já se instalou. (Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008)

Outro dos focos que comumente surge no processo de enfermagem do doente com demência é o Humor que segundo a CIPE (2016, p.62) é um status psicológico. Sequeira (2010) afirma que em estádios iniciais da patologia demencial surgem alterações do humor, sendo comum aparecerem diagnósticos relacionados. Sequeira (2006) enuncia para este foco o diagnóstico de humor depressivo.

Relativamente às intervenções que poderão ser elencadas para o diagnóstico anterior Sequeira (2006) dá enfoque ao disponibilizar presença, planejar/oferecer escuta ativa, promover o suporte emocional, promover participação em atividades de distração e promover o humor eutímico.

Além dos comprometimentos psicológicos já referidos o doente com demência apresenta também compromissos a nível físico, que o leva a perda de independência e diminuição da qualidade de vida. (Moreira, 2014) É comum a capacidade funcional deste tipo de doente diminuir ao longo da progressão da doença, surgindo as incapacidades para os autocuidados, cabendo ao enfermeiro numa fase inicial assistir nos autocuidados e, posteriormente, executar os autocuidados. Segundo a CIPE (2016, p.113) a ação de enfermagem Assistir define-se como *“Atender: fazer parte do trabalho com ou para alguém.”*

Assim, as prescrições de enfermagem devem dirigir-se ao estado físico do doente (capacidade nos autocuidados, promoção da independência e segurança) e ao estado psicológico e mental (estado de ansiedade, função cognitiva, padrão de sono e socialização). O profissional de enfermagem tem de ter noção de que os doentes com demência têm de continuar a pertencer à sociedade e devem receber apoio adequado às suas limitações, o que lhe poderá oferecer uma qualidade de vida aceitável. (WHO, 2012)

O enfermeiro deve incluir também a família do doente com demência nos seus cuidados, pois são eles que irão experienciar uma complexidade de sentimentos por ver o seu ente a deteriorar as suas capacidades. Segundo Batista (2012) a família afirma que a estabilidade familiar é posta em causa com o aparecimento de uma patologia e que acarreta sentimentos como ansiedade, *stress* e angústia.

O bem-estar da família irá refletir-se na qualidade de cuidados e apoio que será prestado pelo que, é fundamental que os profissionais forneçam suporte e apoio diversificado na área da educação e das alternativas sociais existentes. (Batista, 2012) Apesar de todas as mudanças que se têm sentido nas estruturas familiares, estas ainda continuam a ser o ponto de apoio fundamental numa situação de doença e dependência.

Segundo Moreira (2014) se o doente possuir capacidades deve ser envolvido no desenvolvimento do Processo de Enfermagem promovendo assim a responsabilização em saúde e diminuindo as situações de instabilidade.

No seu estudo Pinho (2012) concorda que os profissionais de saúde devem unir esforços para fazer face às limitações físicas que o doente com demência apresenta, promovendo a independência física, através da estimulação do paciente à participação na realização dos autocuidados e através da organização em tarefas curtas e facilmente exequíveis.

O enfermeiro, por passar um elevado número de horas junto do doente deve unir esforços para avaliar e intervir no doente como um todo e não como uma patologia, pelo que as alterações na saúde mental devem ser precocemente detetadas e investigadas. Marques (2011) aponta como principais razões para a não deteção precoce das alterações mentais: as flutuações sentidas, a não avaliação sistemática do estado mental pelos profissionais e ainda a escassez de conhecimentos acerca das patologias mentais, medidas de prevenção e tratamento.

No que diz respeito ao enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria este deve promover ao longo de todo o ciclo vital a melhoria da saúde mental, pelo que o doente com demência e a sua família não são exceção. O profissional deve mobilizar os recursos disponíveis, prestando cuidados psico e socio terapêuticos, bem como psicossociais e psico educacionais ao doente demenciado e suas famílias. (OE, 2010)

Apesar de todos os esforços individuais dos profissionais de enfermagem, é comum nos doentes geriátricos os cuidados serem complexos e necessitarem de equipas multidisciplinares na sua avaliação e resolução, cabendo a toda a equipa o acompanhamento de um caso de demência. (Souza & Santana, 2011)

2.2 Dificuldades e necessidades sentidas pelos enfermeiros

O enfermeiro, enquanto prestador de cuidados, deve ter consciência de que cada doente tem uma forma diferente de vivenciar a sua patologia e deve respeitá-la como um ser único e diferente de todos os outros. Este pressuposto nem sempre é facilmente atingido pois para perceber o mundo do outro, o enfermeiro tem de inicialmente perceber o seu “existir no mundo”, para posteriormente conseguir estabelecer uma relação terapêutica adequada. (Freitas, 2013)

O cuidado da pessoa com demência é difícil, Moreira (2014) e Barbosa, *et al.* (2011) apontam que o profissional sofre impacto/ desgaste emocional e psicológico, bem como os níveis de *stress* muito elevados, devido à crescente dependência e distúrbios comportamentais.

A dependência, decorrente da perda de capacidade funcional e cognitiva, é uma característica evidente com o evoluir da demência e é algo inevitável que acarreta grande *stress* para os enfermeiros. Moreira (2014) afirma que o elevado nível de dependência apresentado é um ponto fulcral no aparecimento de sobrecarga no cuidador dada a exigência e necessidade de cuidado cada vez maior e constante.

Além da diminuição das capacidades para as AVD's, com o evoluir da patologia os sintomas comportamentais também se tornam cada vez mais evidentes e os episódios de violência são comuns, o que se revela numa grande dificuldade dos profissionais. Cada vez mais a violência contra os profissionais de saúde é um problema que merece realce nas instituições de saúde, carecendo de medidas apropriadas para diminuição desses episódios. (DGS, 2006)

As situações de agressividade e violência associadas ao doente com demência são comuns e colocam em causa a integridade física do profissional, bem como a sua posição enquanto prestador de cuidados, pois, no sentido de minimizar os danos em ambos os sentidos, este por vezes tem de recorrer ao uso de contenção física e medicação sedativa que não poderá comprometer os direitos humanos.

O uso desta intervenção requer que o profissional obedeça a determinadas regras éticas e deontológicas, como por exemplo, só deve ser utilizada quando não for possível o uso de medidas farmacológicas que diminuam a agitação/agressividade, quando o uso de medidas comunicacionais e de contenção ambiental não surtirem efeito e deve ser registado no

processo clínico do doente e sob prescrição médica ou comunicado ao médico tão breve quanto possível. (DGS, 2007)

Também o cuidado da família nem sempre é fácil mas, um diagnóstico de demência tem impacto na vida dos doentes e de todos os seus familiares, o que implica que o enfermeiro tem de direccionar algumas das suas intervenções para os familiares. O facto de a necessidade de cuidados aumentar acarreta a necessidade de conhecimentos e esclarecimentos acerca da patologia e da sua evolução, bem como da prestação de cuidados.

As principais dificuldades sentidas no desenvolvimento de uma relação terapêutica com os familiares são apontadas por Barbosa *et al.* (2011) como a presença de expectativas pouco realistas e o fraco envolvimento percebido. Corroborando com esta ideia Batista (2012) acrescenta que a desresponsabilização, a falta de interesse, a fraca receptividade aos ensinamentos, a dificuldade de conjugação de horários e ainda o medo sentido de todas as novidades e conhecimentos são pontos que dificultam a intervenção do enfermeiro.

Também as infraestruturas nacionais que estão ao dispor destes doentes são limitadas, pois continuam a não oferecer apoio específico e individualizado para esta patologia (Fonseca, 2014), o que faz com que os profissionais sintam maiores dificuldades dado que têm de utilizar os recursos básicos para suprir necessidades específicas.

Pereira (2013) afirma que a percepção que cada enfermeiro tem da patologia e da evolução que esta terá, influencia diretamente a prestação de cuidados a este tipo de doentes. Poltroniere, Cecchetto & Souza (2011) no seu estudo avaliaram os conhecimentos que os enfermeiros possuíam sobre demência e constataram que o grau de conhecimentos era limitado e mais dirigido para a sintomatologia do que para os cuidados necessários com o doente e a evolução da patologia. *“Os profissionais em questão mostram-se como figuras coadjuvantes na assistência, quando deveriam posicionar-se de forma mais autónoma frente ao cuidado e a atenção à família de um portador de Alzheimer.”* (Poltroniere, Cecchetto & Souza, 2011, p.277)

A percepção que cada enfermeiro tem da demência irá influenciar a vida do idoso desde que a patologia é diagnosticada até à altura em que a sua vida termina. A qualidade dos cuidados de enfermagem está relacionada com o nível de conhecimentos e formação (Barbosa *et al.*, 2011), pelo que cada profissional tem de fundamentar a sua prática, tentando colmatar as suas necessidades e dificuldades.

É de notar que as necessidades do doente com demência ainda não são totalmente satisfeitas pelos profissionais de saúde e ficam aquém do que atualmente está preconizado, segundo o estudo de Poltroniere, Cecchetto & Souza (2011). O doente com demência tem necessidades específicas que exigem dos profissionais tempo e dedicação física e mental e acarreta elevados níveis de dispêndio de energia e de *stress*.

Apesar de todas as condicionantes da pessoa e dificuldades sentidas pelos profissionais, o cuidar não pode negar nenhuma das componentes do doente *“cuidar é preservar a vida... É dar qualidade existência do doente e ao seu projeto de vida. É promover que cada um atinja o máximo de conforto possível em cada momento.”* (Freitas, 2013, p.3)

PARTE II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Segundo Fortin (2009) a fase metodológica de um trabalho de investigação certifica que será seguida uma linha lógica, fiável e que garante a qualidade dos resultados. Este processo deve iniciar-se pela construção de um problema de partida que suscita a curiosidade do investigador e que após cuidada reflexão é merecedor de investigação e desenvolvimento.

Neste trabalho a grande área que suscitou maior interesse foi a demência, pois dado o aumento da esperança média de vida e o acréscimo das doenças crónicas progressivas e incuráveis na população idosa, esta patologia representa uma das grandes problemáticas de saúde da sociedade atual.

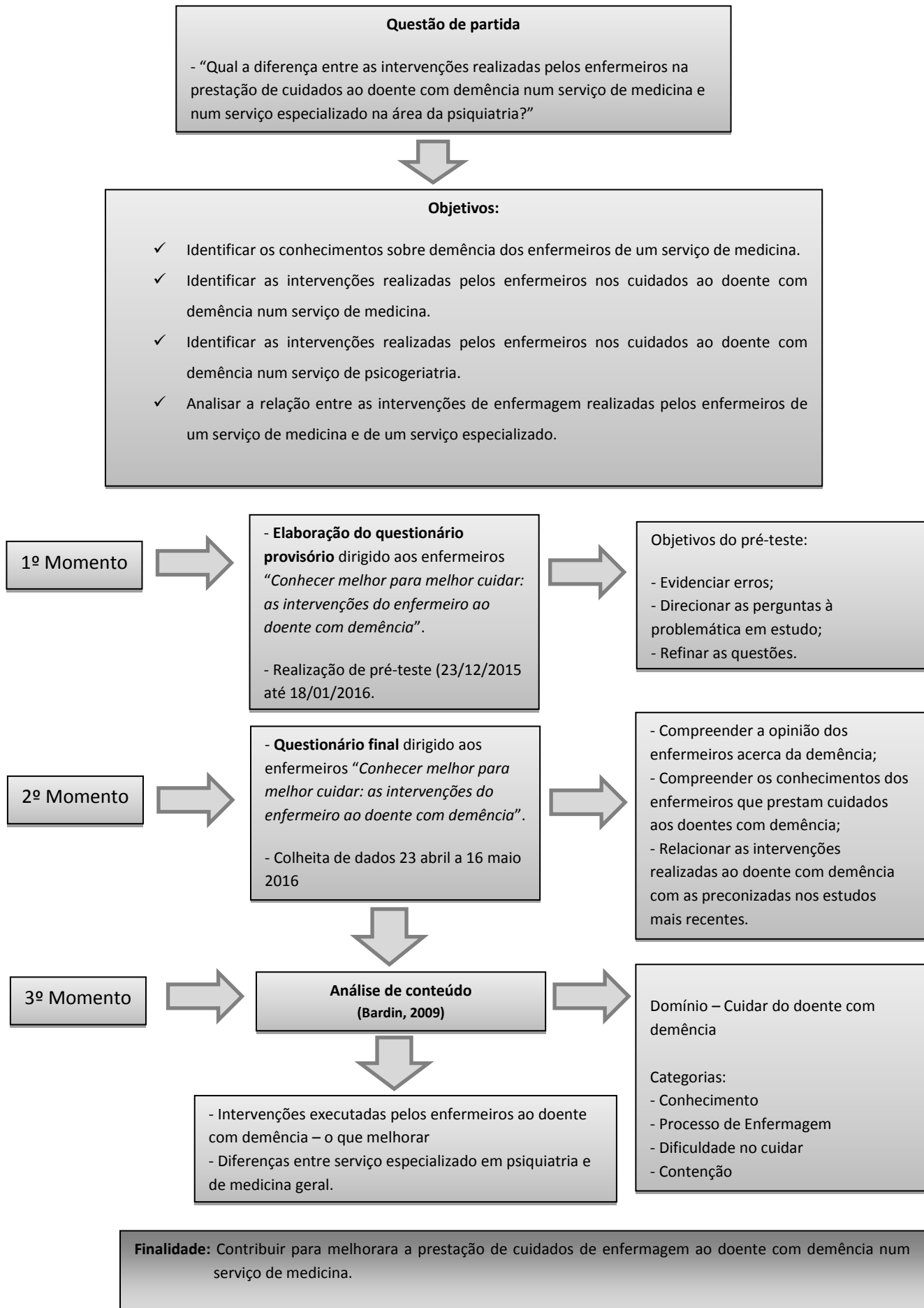
Nas instituições de saúde, em que se inserem os serviços de medicina, verifica-se que um elevado número de doentes internados sofrem de demência, muitas vezes, não especificada ou estudada. O facto de estes doentes serem cuidados como os doentes agudos, leva a que as intervenções por parte dos enfermeiros de cuidados gerais não sejam as mais adaptadas (Saraiva, 2013).

Sendo esta uma patologia específica da área da psiquiatria, estas situações levam-nos a pensar que as intervenções terapêuticas de enfermagem devem ser realizadas à pessoa conforme as suas necessidades proporcionando o máximo conforto e bem-estar do doente a nível físico, psicológico, emocional e social.

Com este trabalho, pretende-se, conhecer, compreender e comparar as intervenções de enfermagem realizadas ao doente com demência num serviço de medicina e num serviço especializado na área, de modo a trazer, num futuro próximo, ganhos em saúde e melhoria nos cuidados prestados.

O seguinte desenho do estudo permite ter uma visão alargada da problemática que será estudada e de toda a atividade metodológica que foi realizada ao longo da investigação.

Figura 1 - Desenho do estudo



1.1 Pergunta de investigação e objetivos

No início de qualquer investigação e, tendo em atenção os trabalhos anteriores, a experiência profissional do investigador e as prioridades traçadas, deve ser definida a questão que irá orientar o estudo. Fortin (2009, p. 67) afirma *“um problema de investigação é uma situação que necessita de uma elucidação ou modificação”* ou seja, *“quando há um desvio entre uma situação julgada insatisfatória e uma situação desejável, cujo desvio parece ser necessário suprimir.”*

Após a realização de revisão bibliográfica realizada em bases de dados credíveis (EBSCO, SCIELO, entre outras) e a observação dos cuidados prestados pelos enfermeiros de cuidados gerais no quotidiano ao doente com demência num serviço de medicina, surge a pergunta de investigação: *“Qual a diferença entre as intervenções realizadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente com demência num serviço de medicina e num serviço especializado na área da psiquiatria?”*

Para Fortin (2009) o facto de o investigador definir as questões de investigação e os objetivos permite criar um fio condutor entre o problema de investigação e a posterior recolha e análise de dados.

Após a definição da pergunta de investigação, surge a necessidade de delinear os objetivos que irão orientar a investigação. O objetivo *“especifica as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação.”* (Fortin, 2009, p. 160)

Como objetivos do estudo define-se:

- ✓ Identificar os conhecimentos sobre demência dos enfermeiros de um serviço de medicina.
- ✓ Identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros nos cuidados ao doente com demência num serviço de medicina.
- ✓ Identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros nos cuidados ao doente com demência num serviço de psicogeriatría.
- ✓ Analisar a relação entre as intervenções de enfermagem realizadas pelos enfermeiros de um serviço de medicina e de um serviço especializado.

1.2 Tipo de estudo

Com vista a dar resposta aos objetivos traçados optou-se por um estudo do tipo qualitativo, descritivo, comparativo, transversal. O paradigma qualitativo fundamenta-se no raciocínio indutivo, sendo que o investigador parte de uma dada situação e se vai generalizando para tentar alcançar uma teoria. (Fortin, 2009) Este tipo de investigação centra-se na experiência ou na cultura que cada sujeito participante tem e no sentido e opinião que lhe é atribuído. (Moreira, 2014) Torna-se assim um paradigma mais subjetivo, mas não menos rigoroso.

Num estudo do tipo qualitativo percebe-se a realidade de um determinado acontecimento através da percepção de cada participante, explorando os significados atribuídos. O investigador qualitativo tenta compreender as percepções que cada indivíduo tem do mundo em seu redor, não reduzindo a investigação a factos concisos e à relação que estes têm entre si. (Bento, 2012)

Segundo Fortin (2009) e Bento (2012) os estudos qualitativos apresentam as seguintes características: a) São desenvolvidos em ambientes naturais, ou seja, os dados são recolhidos no local e com o maior detalhe; b) Os métodos de recolha de dados são humanistas e interativos; c) Os dados são analisados de maneira indutiva; d) O pesquisador preocupa-se com o significado que os participantes atribuem a um dado acontecimento; e) Os fenómenos são interpretados através de uma visão holística e são predominantemente descritivos; g) O investigador reconhece possíveis enviesamentos e não separa o âmbito pessoal e o âmbito de investigador; h) o investigador é o principal instrumento na recolha de dados; j) O investigador não valoriza apenas o resultado, preocupando-se mais com o processo de investigação.

No sentido de perceber quais as dificuldades sentidas em diversos aspetos reais com significados e opiniões diferentes de cada profissional, pareceu-nos pertinente o recurso à investigação qualitativa neste estudo. Assim, tenta-se, também, compreender os sentimentos de cada enfermeiro perante o doente com demência.

Os estudos que pretendem descrever um tipo de fenómeno, de modo a estabelecer uma relação com a população em estudo, denominam-se estudos descritivos. Requerem a especificação dos conceitos associados e a elaboração de um quadro concetual com o objetivo de associar o acontecimento aos conceitos. (Fortin, 2009) Nesta investigação pretendia-se descrever quais as principais intervenções realizadas pelos enfermeiros ao

doente com demência e explorar quais as principais dificuldades sentidas por estes perante a situação.

Comparativo pois, trata-se de um estudo em que são comparados dois grupos distintos relativamente a um dado fenómeno, sendo que nenhum grupo serve de controlo. (Hochman *et al.*, 2005) Foi feita uma comparação entre os dados obtidos no serviço de psicogeriatría do Hospital de Magalhães Lemos e um serviço de medicina do Centro Hospitalar do Porto com o objetivo de, posteriormente, melhorar os cuidados prestados.

Em termos de período de seguimento, os estudos transversais deverão descrever um fenómeno num momento não determinado, sendo que o fenómeno se encontra constante ao longo do tempo do estudo, sem alterações. “Esse modelo apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo” (...) “examinando-se nos integrantes da casuística ou amostra, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito”. (Hochman *et al.*, 2005, p. 3)

1.3 Participantes

No desenvolvimento de um trabalho de investigação é fulcral definir quais os participantes que irão enriquecer o processo. Estes são definidos, não de forma aleatória, mas por apresentarem uma ou mais características em comum, sendo o seu número decidido com base nas “ações que permitem atingir o objetivo do estudo” (Fortin, 2009, p.299).

Dadas as características e a problemática em estudo optou-se por selecionar os enfermeiros como principais participantes, sendo que a presente investigação decorreu num serviço de Medicina do Hospital Geral de Santo António e no serviço de Psicogeriatría do Hospital Magalhães Lemos. Deste estudo farão parte todos os enfermeiros que estejam disponíveis a participar e que estejam de acordo com o consentimento informado.

Os participantes deste estudo são 14 enfermeiros do serviço de psicogeriatría e 24 enfermeiros de cuidados gerais do serviço de Medicina, que se encontram, atualmente, em cuidados diretos ao doente com demência.

O número de elementos deve permitir a existência de saturação de dados, ou seja, cada nova colheita de dados não deverá acrescentar dados novos diferentes dos já recolhidos. “A amostra é considerada suficiente na medida em que o material se mostre adequado para

os procedimentos metodológicos previstos e os discursos se tornem recorrentes”. (Minayo MCS, 2004, cit in Moreira, 2014, p. 57)

1.4 Estratégia de recolha de dados

Os dados em estudo foram recolhidos através de um questionário elaborado após pesquisa bibliográfica e observação de dificuldades existentes na prestação de cuidados. Este é constituído por duas partes distintas: a primeira, constituída por seis perguntas relacionadas com a caracterização sociodemográfica e a segunda, intitulada de “Conhecer melhor”, com nove perguntas de resposta aberta relacionadas com a problemática em estudo. (Anexo 1)

O questionário é um método de colheita de dados muito utilizados em investigação, muito flexível em termos de estrutura, podendo conter questões abertas ou fechadas e tendo por objetivo “recolher informação factual, sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões”. (Fortin, 2009, p. 380)

No uso de questionários o investigador consegue recolher diferentes informações de uma maneira rigorosa que possam dar resposta aos objetivos delineados. Comparativamente com as entrevistas estes não permitem a colheita de dados tão profundos, mas diminuem o enviesamento. Este método de colheita de dados assegura a uniformidade das questões e a sua fidelidade e facilita a comparação entre grupo de sujeitos. Além disso, permite que a pessoa inquirida mantenha o anonimato e mais facilmente exprima a sua opinião. (Fortin, 2009)

O questionário deve ser preenchido sem a presença do investigador o que permite respostas com maior liberdade e sinceridade uma vez que o anonimato é garantido, ao contrário do que se verifica com o preenchimento de formulários que requerem a presença do investigador e por vezes o participante não responde com sinceridade por medo de ser quebrado o anonimato. (Hicks, 2006; Barroso, 2012)

Nesta investigação optou-se por aplicar questionários aos participantes de modo a não existirem enviesamentos ao estudo pelo contato com a investigadora principal e para direcionar as respostas dos enfermeiros para os assuntos em questão não surgindo questões fora da temática em estudo. O instrumento de colheita de dados foi sujeito a um pré-teste, realizado entre o dia 23 de Dezembro de 2015 até ao dia 18 de Janeiro de 2016,

com a finalidade de evidenciar possíveis erros nas perguntas, assegurando clareza, precisão e validade para o estudo (Hicks, 2006). Este pré-teste foi aplicado a sete enfermeiros que não fazem parte dos participantes no estudo, mas que também prestam cuidados a doentes com demência.

Os questionários finais foram entregues à enfermeira-chefe em envelope fechado que os distribuiu pela equipa de enfermeiros, sendo estabelecido um período de 3 semanas para o seu preenchimento, que decorreu entre o dia 23 Abril de 2016 e o dia 16/05/2016. Cada elemento colocou o seu questionário novamente num envelope fechado entregue, novamente, à enfermeira chefe.

O estudo foi explicado em cada serviço pela enfermeira-chefe, sendo o consentimento informado pedido nessa altura.

1.5 Procedimentos e questões éticas

A ética encontra-se subjacente a qualquer procedimento em Enfermagem e em qualquer tipo de investigação que possa colocar em causa os direitos humanos. Os códigos de ética que foram surgindo após a violação de diversos direitos humanos e a evolução da ciência e tecnologia citam cinco direitos fundamentais que terão de ser preservados: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato/confidencialidade, direito à proteção contra desconforto e prejuízo e direito ao tratamento justo e equitativo. (Fortin, 2009)

Neste sentido, para realização da presente investigação houve, primeiramente, necessidade de solicitar autorização à Comissão de ética e à Direção do Hospital Geral de Santo António (Anexo 2) e do Hospital Magalhães Lemos (Anexo 3), de modo a ficar claramente perceptível os recursos humanos e materiais que iriam ser necessários, bem como os objetivos e a população a ser inserida no estudo.

Após os pedidos serem deferidos houve necessidade de entregar a cada participante o documento de consentimento informado (Anexo 4), assegurando a dignidade humana, mantendo o anonimato e confidencialidade dos dados e foi permitida a decisão livre e esclarecida da participação no estudo e informado que a exclusão do estudo não acarretaria qualquer penalidade. Cada participante foi ainda informado que a qualquer momento poderia desistir da participação no estudo.

Cada questionário era de autopreenchimento e sem a presença da investigadora, pelo que cada um continha um breve esclarecimento acerca da temática em estudo e dos objetivos principais. Foi esclarecida a natureza e finalidade do estudo a todos os participantes, bem como, exposto o intuito de utilizar os dados unicamente para desenvolvimento do presente estudo.

Todos os participantes foram informados que após análise dos dados estes seriam utilizados para fins de investigação e desenvolvimento do estudo.

2. ANÁLISE, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após terminar o prazo estipulado para o preenchimento dos questionários estes foram recolhidos e procedeu-se à análise qualitativa através de análise de conteúdo.

Apesar da população inicial do estudo ser constituída por 14 enfermeiros do serviço especializado em psiquiatria e 24 do serviço de Medicina, após decorrido o tempo estipulado, apenas foram recolhidos um total de 21 questionários (7 hospital psiquiátrico e 14 do serviço de medicina), sendo que nesta altura considerou-se, também, que foi atingida a saturação de dados.

No que respeita ao género os elementos são maioritariamente femininos, sendo que no HML participaram seis elementos do sexo feminino e um do sexo masculino, já no CHP 11 indivíduos do sexo feminino e três masculinos.

Relativamente à idade dos participantes no hospital psiquiátrico centra-se entre os 27 e os 45 anos, com tempo de exercício profissional de 6 a 16 anos. No que diz respeito ao serviço de medicina o elemento participante mais novo tem 24 anos e o mais velho 60 anos, sendo o tempo de experiência profissional de 2 a 38 anos.

As habilitações literárias de cada profissional também se destacam na avaliação dos dados sociodemográficos, sendo que no hospital psiquiátrico dos 7 enfermeiros que responderam 6 são especialistas ou mestres: quatro em Saúde Mental e Psiquiatria. No CHP dos 14 enfermeiros que responderam, cinco têm especialidade mas nenhum tem em Saúde Mental e Psiquiatria.

No que toca à formação específica na área de demência, todos os enfermeiros do Hospital de Magalhães Lemos tiveram formação, sendo descrita como mais de 500 horas por um dos elementos. No Centro Hospitalar do Porto apenas um teve formação específica sobre a demência e foi de, aproximadamente, 30 horas.

Quadro 2 - Caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo

Instituição	Sexo	Idade	Habilitações literárias	Tempo de exercício profissional	Formação específica na área de demência
Hospital de Magalhães Lemos (HML)	6 F 1 M	Entre 27 e 45 anos	1 Licenciatura 5 Especialidade/ Mestrado (4 em S. Mental e Psiq.)	De 6 a 16 anos	Todos têm formação específica.
Centro Hospitalar do Porto (CHP)	11 F 3 M	Entre 24 e 60 anos	9 Licenciatura 5 Especialidade/ Mestrado (0 em S. Mental e Psiq.)	De 2 a 38 anos	Apenas um tem formação específica (aproximadamente 30 horas)

Bardin adverte que a análise de conteúdo é uma metodologia que permite descrever e interpretar dados qualitativos e que se baseia num procedimento com especificidades únicas, ou seja, um *“conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistémicos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.”* (Bardin, 2009, p. 40)

Este tipo de análise assenta no rigor e descoberta do conhecimento e apresenta duas funções essenciais, a função heurística e a função de administração da prova, sendo a primeira referente ao enriquecimento que a análise de conteúdo oferece, *“é a análise de conteúdo <para ver o que dá>”* e a segunda aponta para a formulação de questões ou afirmações que vão sendo testadas no sentido de serem validadas ou anuladas, *“é a análise de conteúdo <para servir de prova>”*. (Bardin, 2009, p. 31)

A categorização dos dados, apesar de não ser obrigatória na análise de conteúdo, é facilitadora, pois agrupa os elementos com características comuns e transforma os dados em bruto em dados organizados, permitindo conhecer temas, anteriormente, invisíveis. Estes foram categorizados partindo de um tema geral e caminhando para um determinado tema em particular, que segundo Bardin (2009) é uma das hipóteses para repartição dos dados.

Esta forma de análise permite perceber o que cada elemento tem em comum com os outros, comparar e confrontar cada dado recolhido. O reagrupar dos dados em categorias mais pequenas permite refinar cada temática e diminuir a generalidade e abrangência de cada um deles.

Pretendia-se com esta análise de conteúdo perceber a resposta de cada enfermeiro e a perspetiva que cada um tem sobre a demência e o cuidado ao doente com patologia demencial.

Assim, inicialmente, através da análise de conteúdo dos questionários realizados aos enfermeiros, foi possível organizar os dados com base no domínio de “Cuidar do doente com demência” subdividindo-o em categorias e subcategorias adequadas a cada questão colocada. Foram organizados os dados partindo de quatro categorias distintas tal como é demonstrado a seguir:

Quadro 3 - Categorização dos dados

Domínio	Categoria	Subcategoria
Cuidar do doente com demência	Conhecimento	Definição de demência Sintomas Tipos Fatores de risco
	Processo de Enfermagem	Diagnósticos Intervenções
	Contenção	Contenção física Contenção farmacológica
	Dificuldades no cuidar	

2.1 Conhecimento dos enfermeiros sobre a demência

Nos dias de hoje, cada vez mais se pede aos profissionais de enfermagem que baseiem a sua prática na evidência científica e que elevem os seus conhecimentos em cada área de atuação.

A primeira categoria que sobressaiu dos questionários efetuados aos enfermeiros foi o “Conhecimento dos enfermeiros sobre a demência” que se foi subdividindo em quatro subcategorias: Definição de demência, Sintomas de demência, Tipos de demência e ainda Fatores de risco para a demência.

Quadro 4 - Definição de demência

Subcategoria	Unidade de análise
Definição (HML)	Declínio funcional e cognitivo da pessoa
	Síndrome neuro degenerativo
	Evolução crónica e progressiva
	Declínio com repercussões nas AVD's e autonomia
	Alterações da memória
	Apraxia
	Agnosia
	Declínio emocional e comportamental

Subcategoria	Unidade de análise
Definição (CHP)	Perda da capacidade cognitiva
	Evolução progressiva
	Perda de autonomia
	Perda de memória
	Perda de raciocínio
	Perda de capacidades sociais
	Perda de personalidade
	Confusão

No que diz respeito à noção de demência que cada enfermeiro tem, surgiram diferentes respostas mas com alguns pontos em comum entre os dois serviços, deixando transparecer que, mesmo sendo de uma maneira mais geral para o serviço de medicina, os enfermeiros dos dois serviços reconhecem as principais características da demência.

Ambos os serviços afirmam que a demência se caracteriza por “diminuição/declínio da capacidade cognitiva” sendo referida por sete enfermeiros do HML e doze do CHP, o que corrobora com o DSM-V (2014) em que é exaltado que os défices cognitivos são dos principais critérios de diagnóstico desta patologia.

É também referido pelos enfermeiros o processo progressivo, degenerativo e com repercussões nas atividades de vida diária e autonomia do doente (quatro respostas no HML e nove no CHP), tal como é afirmado por Townsend (2011) que descreve a evolução da demência como um declínio progressivo mas com um padrão variável que evolui de níveis de independência até estados vegetativos.

A “perda de memória” foi citada por dois enfermeiros no HML e seis no CHP e indicada por Sequeira (2010) como um dos critérios que apoiam a definição de demência. Esta é uma das características que mais limita a vida dos doentes nos primeiros estadios da doença.

Nos critérios nomeados por Sequeira (2010) pode encontrar-se a existência de alterações de funções cognitivas específicas como por exemplo a apraxia (uma resposta no HML), a agnosia (uma resposta no HML) e a perda da personalidade (uma resposta no CHP).

No CHP foi evidenciada a “perda de raciocínio” (três respostas) que é comprovada nos critérios de diagnóstico de Townsend (2011) e que pode surgir numa fase ligeira a moderada da demência.

As “perdas de capacidades sociais” (duas respostas no CHP) surgem numa fase em que o défice ainda é ligeiro e associa-se a depressão e afastamento social. (Townsend, 2011) Por entre os critérios de diagnóstico definidos no DSM-V (2014, p. 720) pode *“observar-se que deverá haver um declínio cognitivo em relação a um nível anterior em pelo menos um dos domínios cognitivos, como por exemplo na cognição social”*.

No HML surgiu ainda como definição de demência o “declínio emocional e comportamental” (duas respostas) que vai de encontro aos sintomas sugeridos pelo DSM-V (2014) para a demência mas que não estão presentes nos critérios de diagnóstico.

A confusão foi evidenciada por um enfermeiro no CHP, mas esta não consta da definição de demência referida por DSM-V (2014), Townsend (2011) e Sequeira (2010). Este último autor refere ainda que a confusão mental tem de ser excluída para poder ser assumido um diagnóstico de demência.

Por ser uma temática tão ampla que abrange tantas áreas ainda *“continua a verificar-se uma grande liberdade de interpretação individual.”* (Sequeira, 2010, p. 98). Tal como afirmam Poltroniere, Cecchetto & Souza (2011) esta definição é muito ampla e o conhecimento acerca desta patologia não é fácil, tornando-se ainda mais difícil num serviço não específico na área.

Quadro 5 - Sintomas de demência

Subcategoria	Unidade de análise
Sintomas (HML)	Alterações da memória
	Alterações emocionais
	Alterações no comportamento: agitação e agressividade
	Isolamento
	Apraxia
	Agnosia
	Afasia
	Alterações do sono
	Défice das várias faculdades mentais
	Diminuição da atenção
	Diminuição senso-percepção
	Alterações afetivas evolutivas
	Alterações da personalidade
	Desorientação espacial
	Perda de capacidade intelectual
Sintomas depressivos	

Subcategoria	Unidade de análise
Sintomas (CHP)	Perda de memória
	Alterações emocionais
	Alterações no comportamento: agitação e agressividade
	Isolamento
	Desorientação espaço/temporal
	Confusão
	Alterações na linguagem
	Alucinações
	Perda de sentido crítico
	Alteração do estado de consciência
	Descoordenação motora
	Alteração da marcha
	Perda de capacidade de prevenção de risco

Em termos comparativos entre instituições, a “Perda de memória”, surge como um dos sintomas de demência mais citados (cinco vezes no HML e 12 no CHP), corroborando com a ideia de Townsend (2011) que evidencia que as alterações da memória são dos primeiros sinais existentes nesta patologia. *“A marca típica das demências é o défice da memória e da cognição”* (Sequeira, 2010)

As “alterações emocionais” emergem num estadio inicial desta patologia, podendo surgir como estados de irritação, alterações de humor, apatia (Sequeira, 2010). Esta mudança é citada no HML em dois dos questionários e no CHP em três.

As alterações comportamentais surgem em estadios mais avançados da demência mas também se tornam algo comuns e necessitam de intervenções específicas, sendo de primordial importância a sua identificação adequada. Sendo congruentes com o descrito por Pestana & Caldas (2009), a “agitação” e “agressividade” foram as perturbações comportamentais identificadas por três enfermeiros do HML e dez do CHP.

Em comum, surgiu ainda o “isolamento” (uma resposta no HML e uma no CHP) que se torna comum quando o doente começa a evitar os contatos sociais e a ter comportamentos inadequados em situações de convívios. (Sequeira, 2010)

Além do referido anteriormente, sintomas como a “apraxia” (três respostas) e “agnosia” (três respostas) são comuns no HML e encontram-se entre as principais alterações cognitivas encontradas na demência e que poderão estar presentes no momento do diagnóstico.

A “afasia” (duas respostas no HML) surge em estadios mais avançados na patologia demencial, fazendo com que de forma progressiva o doente acabe por perder a capacidade de comunicação. (Sequeira, 2010)

São ainda citadas as “alterações do sono” que segundo Townsend (2011) e DSM-V (2014) são de elevada importância pois, alteram o ritmo circadiano e aumentam a agitação e agressividade.

É possível encontrar respostas mais direcionadas para a diminuição das faculdades mentais e afetivas que foram referidas por um dos enfermeiros do HML, tais como a “diminuição da atenção”, “diminuição da senso-percepção”, “alterações afetivas evolutivas” e “alterações da personalidade”. Para Sequeira (2010, p. 116) a personalidade dos doentes sofre diversas mudanças *“essencialmente ao nível da desinibição e do embotamento afetivo”*.

As perturbações na orientação são comuns nos doentes com demência e sobejamente citadas na literatura atual, surgindo neste contexto a “desorientação espaço/temporal” que foi registada em dois questionários do HML. Esta alteração começa por surgir para ambientes novos até que posteriormente se manifesta para ambientes familiares. (Sequeira, 2010) Relativamente ao estado de orientação, no CHP o sintoma mais referido foi a “confusão”, que como refere Marques, Sousa & Silva (2013) é um sintoma comum nos doentes idosos hospitalizados, sendo referida por 13 enfermeiros.

No que respeita ao CHP surgiram ainda as “alterações da linguagem” (cinco respostas) e para Sequeira (2010) esta função encontra-se alterada em muitos casos de demência,

surgindo inicialmente hesitação na nomeação e no encontro de palavras para a formação de frases até que surge a dificuldade em conversar sobre um determinado assunto, divagando e hesitando no regresso a um tema anterior.

As “alucinações”, a “perda de sentido crítico” e as “alterações do estado de consciência” fazem parte da panóplia de respostas, assim como os sintomas que descrevem as limitações físicas deste tipo de doente: “descoordenação motora” e “alteração da marcha”. Cada um destes sintomas foi referido uma vez nos questionários.

A segurança do paciente é um ponto importantíssimo na prestação de cuidados, pelo que é fundamental que os enfermeiros reconheçam como sintoma a “perda de capacidade de prevenção de risco” que foi referido por um enfermeiro do CHP.

Curiosamente, após a análise dos dados anteriores foi possível perceber que algumas das respostas que surgiram no tópico da definição de demência no CHP surgiram também nas respostas no HML mas para o tópico de sintomas. Poderá isto refletir que a definição de demência não tem a mesma completude para todos os enfermeiros, havendo alguma confusão entre os critérios que esclarecem a demência e os sintomas que poderão surgir.

Quadro 6 - Tipos de demência

Subcategoria	Unidade de análise
Tipos (HML)	Doença de Alzheimer
	Demência vascular
	Demência frontotemporal
	Demência Corpus de Lewy
	Demência Mista
	Demência provocada pelo Álcool

Subcategoria	Unidade de análise
Tipos (CHP)	Doença de Alzheimer
	Demência vascular
	Demência frontotemporal
	Demência Corpus de Lewy
	Demência Senil
	Secundária a traumatismos
	Parkinson
	Paralisia cerebral
	Sequelas de meningite
	Esquizofrenia

Na questão relacionada com os tipos de demência conhecidos pelos enfermeiros existiram alguns pontos em comum, sendo que a resposta mais verificada foi a doença de Alzheimer

(seis respostas dos enfermeiros do HML e 12 respostas dos enfermeiros do CHP), seguida da demência vascular (seis respostas no HML e nove respostas no CHP). Efetivamente, a DA é o tipo de demência mais frequente (Townsend, 2011) pelo que se torna mais conhecida e muitas vezes ao se falar de demência de imediato é associado o Alzheimer. A demência vascular sendo a segunda mais citada é também a segunda mais prevalente, que é superada apenas pela DA. (Townsend, 2011)

Surgiu também em comum entre ambos os serviços, a demência frontotemporal referida por seis enfermeiros no HML e um no CHP e a Corpos de Lewy que foi evidenciada por cinco enfermeiros no HML e um no CHP. A primeira afeta “2-10 indivíduos por 100 000” e a segunda, existindo poucas estimativas, pensa-se que afetará “entre 0,1% e 5%” da população idosa (DSM-V, 2014, p. 736, 740) Townsend (2011) corrobora que estes tipos de demência se encontram entre os mais comuns e que mais afetam os doentes.

Além destes tipos, no Hospital de Magalhães Lemos surgiu também a demência Mista (quatro respostas) e a demência provocada pelo álcool (três respostas). A demência mista ocorre quando os doentes apresentam história e sintomas que se podem associar à demência de Alzheimer mas também lesões vasculares indicativas de demência vascular. (Sequeira, 2010)

Nas demências induzidas por substâncias, a demência induzida pelo álcool é das que apresenta maior prevalência (30-40% dos casos) e se associa ao termo persistente, indicando que os sinais e sintomas de patologia demencial se prolongam no tempo após o término dos efeitos da abstinência. (DSM-V, 2014; Townsend, 2011)

No Centro Hospitalar do Porto a demência senil surgiu em dois dos questionários. Todos os casos de demência que são diagnosticados após os 65 anos podem ser aqui englobados, pois este é um tipo de denominação para as patologias que surgem antes ou após os 65 anos (pré-senil e senil) e não um tipo de demência. A demência secundária a traumatismos foi referenciada por um dos enfermeiros do CHP e segundo Townsend (2011) por vezes os traumatismos crânio-encefálicos podem levar ao surgimento de sintomas de demência.

O Parkinson surgiu em seis questionários do serviço de medicina e é comum ser associado às demências, mas esta patologia não se trata de um tipo de demência mas sim de um distúrbio neurológico que afeta o movimento e que pode levar à incapacidade. (Smeltzer & Bare, 2002) Poderá surgir a demência secundária à doença de Parkinson, mas os critérios de diagnóstico desta patologia exigem que exista uma doença de Parkinson já instalada. (DSM-V, 2014)

Foi também citada no serviço de medicina, embora apenas por um enfermeiro, a paralisia cerebral, as sequelas de meningite e a esquizofrenia como tipos de demência o que deixa transparecer alguma confusão entre as diferentes patologias mentais e neurológicas existentes.

Assim, pode-se afirmar que num serviço não específico de psiquiatria foram encontradas respostas mais díspares e que abrangem outras áreas da psiquiatria sem ser a demência, ressaltando que é necessário um maior investimento na saúde mental em serviços gerais.

Quadro 7 - Fatores de risco

Subcategoria	Unidade de análise
Fatores de risco (HML)	Idade
	Fatores hereditários
	Hábitos / Estilos de vida
	Diagnóstico secundário
	Pessoas com escolaridade baixa
	Patologia mental prévia
	Sexo feminino

Subcategoria	Unidade de análise
Fatores de risco (CHP)	Idade
	Fatores hereditários
	Hábitos/ estilos de vida
	Diagnóstico secundário
	Não estimulação cognitiva
	Patologia mental prévia

Os fatores de risco para a demência são de extrema importância sendo que o enfermeiro se dedica não só ao tratamento da patologia mas também à prevenção da mesma, apesar de nem todos os fatores de risco poderem ser prevenidos.

Para os enfermeiros de ambos os serviços, um dos fatores de risco para a demência é a idade, que foi referida sete vezes no HML e cinco no CHP. Com o passar dos anos e o aumento da idade a prevalência de demência cresce exponencialmente, pelo que se percebe que a idade é um fator inequívoco e o mais importante. (Sequeira, 2010)

Os “fatores hereditários” com três respostas no HML e dez no CHP encontram-se entre os fatores de risco mais influentes no aparecimento de demência. Segundo Sequeira (2010, p. 103) os antecedentes familiares têm um peso de cerca de 5% a 10% em que “a doença se processa através de uma transmissão autossômica dominante”. O mesmo autor afirma que os aspetos genéticos são um processo complexo e que advém de diversos fatores.

Os “hábitos/ estilos de vida” (sete respostas no HML e sete respostas no CHP) que se associam a presença de doenças prévias, “diagnósticos secundários” (seis respostas no HML e oito respostas no CHP) podem aumentar o risco de vir a sofrer de demência. Segundo o DSM-V (2014) existem inúmeras patologias vasculares que influenciam a prevalência de patologia demencial, nomeadamente de Alzheimer. A existência de comorbilidades associadas pode comprometer o diagnóstico e mesmo o tratamento.

A presença de “patologias mental prévia” referida por dois enfermeiros do HML e três do CHP é evidenciada por Sadock & Sadock (2007) como um fator de risco para o aparecimento de demência. Estes autores afirmam que a ansiedade e depressão anteriores podem aumentar os sintomas.

Apesar de terem denominações diferentes em ambos os serviços é possível perceber que ambos se reportam à importância da estimulação cognitiva ao longo da vida na prevenção da demência, sendo que no HML é referida a “escolaridade baixa” (2 respostas) e no CHP a “não estimulação cognitiva” (1 resposta) como fator de risco.

O “sexo feminino” foi referido duas vezes no HML como um fator importante para o aparecimento de demência corroborando com a informação de Sequeira (2010) e DSM-V (2014) em que se entende que no sexo feminino é mais comum a prevalência de demência, provavelmente pela esperança média de vida ser mais elevada.

Estes são os pontos que vão sendo tocados pelos principais autores bibliográficos consultados, Poltroniere, Cecchetto & Souza (2011) afirmam que apesar disto ainda existem muitas dúvidas mas que se sabe que esta é uma patologia multifatorial. Sequeira (2010) confirma esta informação referindo que para a DA ainda não são conhecidos os fatores de risco na sua totalidade e é necessária maior investigação.

2.2 Processo de Enfermagem

Após melhorar os seus conhecimentos em determinada área o enfermeiro fica mais desperto para as reais necessidades do doente com demência e para a identificação de cada foco e prescrição de intervenções adequadas.

Tal como é realizado um plano de cuidados dedicado ao doente com demência também as questões colocadas aos enfermeiros seguiram essa linha de pensamento, incluindo-se aqui os “Diagnósticos” e as “Intervenções” implementadas.

Quadro 8 - Diagnósticos

Subcategoria	Unidade de análise
Diagnósticos (HML)	Confusão
	Autocuidados comprometidos
	Agitação
	Comunicação comprometida
	Afasia
	Risco de queda
	Insónia
	Cognição comprometida
	Adesão ao regime terapêutico
	Comportamento desorganizado

Subcategoria	Unidade de análise
Diagnósticos (CHP)	Confusão
	Autocuidados comprometidos
	Agitação
	Comunicação comprometida
	Risco de queda
	Consciência alterada
	Desorientação no tempo e espaço
	Perda de memória a curto e longo prazo
	Apatia

O doente com demência é complexo e exige inúmeros cuidados, pelo que existe uma panóplia de diagnósticos que ilustram o seu estado físico e mental. Os enfermeiros, sendo os profissionais que mais tempo dedicam ao doente, são aqueles que mais rapidamente conseguem perceber as alterações no seu estado mental (Marques, 2011), pelo que ambos os serviços enunciam a “Confusão” como um dos diagnósticos mais identificados, sendo citado num total de seis vezes no HML e dez vezes no CHP. Este é um diagnóstico complexo e nem sempre facilmente tratado, pois os problemas físicos surgem em primeiro plano (Marques, 2011). Na CIPE (2016) este diagnóstico pode ser identificado como confusão, confusão aguda, confusão crónica.

Em comum foi referido também o diagnóstico de “Autocuidados comprometidos” (cinco enfermeiros no HML e quatro enfermeiros no CHP), que segundo a CIPE (2016) pode ser enunciado como capacidade para executar determinado autocuidado comprometida quando o doente ainda apresenta capacidade ou incapacidade para o autocuidado quando já não existe possibilidade de reabilitar.

A “Agitação” que também surgiu em comum (dois enfermeiros no HML e oito enfermeiros no CHP) vai de encontro aos diagnósticos referidos por Sequeira (2010) e Marques (2011) e segundo a CIPE (2016) enuncia-se simplesmente agitação.

O diagnóstico referente à dificuldade na comunicação ou “Comunicação comprometida” é também um dos mais referidos pelos enfermeiros dos dois serviços, sendo citado por um enfermeiro no HML e quatro no CHP. Este poderá ser enunciado como comunicação comprometida, comunicação verbal comprometida ou barreira à comunicação, dependendo da área da comunicação que se encontra afetada. (CIPE, 2016)

A segurança do doente no meio hospitalar é cada vez mais uma preocupação dos profissionais de saúde, sendo que as quedas são um dos principais acontecimentos que desafiam este contexto. (Lamas, 2012) Assim, de modo a aumentar a segurança com determinado doente os serviços enunciam o “Risco de queda” e implementam medidas adequadas, sendo este diagnóstico referido por quatro enfermeiros do HML e dois do CHP.

A “Insónia” foi identificada no HML por quatro enfermeiros, o que vai de encontro aos diagnósticos elencados por Sequeira (2006) para o doente com demência. Na CIPE (2016) a insónia poderá ser elencada como sono comprometido ou privação de sono.

No HML a “Cognição comprometida” foi referida por três dos profissionais e vai de encontro a um dos diagnósticos de enfermagem direcionados a psiquiatria citados por Sequeira (2006). Foi referida, ainda dentro da temática da cognição, a “afasia” por um dos enfermeiros do HML.

É altamente prevalente a ocorrência de alterações comportamentais em estadios mais avançados da patologia demencial, sendo que dois dos enfermeiros do HML referem que o “Comportamento desorganizado” é um diagnóstico identificado com frequência no serviço.

Foi ainda constatado que a “Adesão ao regime terapêutico” é um problema diagnosticado por dois profissionais do HML. Segundo a CIPE (2016) este diagnóstico poderá ser enunciado como adesão ao regime terapêutico ou subdivido nas diferentes componentes, adesão ao regime medicamentoso, de exercício e dietético.

No CHP três dos enfermeiros questionados referiram a “Consciência comprometida” como um dos diagnósticos mais comumente enunciados, provavelmente associados a fases mais tardias do diagnóstico de demência.

A “Desorientação no tempo e espaço” e a “Perda de memória a curto e longo prazo” foram referidos por um enfermeiro do CHP e tal como já vem sendo referido o declínio da memória e das capacidades cognitivas são dos principais critérios de diagnóstico para a demência. De acordo com a CIPE (2016) o primeiro pode ser enunciado como desorientação e o segundo como memória comprometida.

Também a “Apatia” foi evidenciada por um desses enfermeiros apesar de não se encontrar na CIPE versão 2015.

Quadro 9 - Intervenções

Subcategoria	Unidade de análise
Intervenções (HML)	Orientar o doente
	Executar AC/ assistir AC
	Promoção da autonomia funcional
	Vigiar a confusão
	Gerir o ambiente
	Gerir a comunicação
	Proteção da integridade da pessoa
	Estimulação cognitiva
	Terapia de validação
	Promover técnicas de distração
	Gestão de alterações do comportamento
	Gestão de alterações do pensamento
	Gestão de alterações da percepção
Vigiar o sono	

Subcategoria	Unidade de análise
Intervenções (CHP)	Executar técnica de orientação para a realidade
	Executar AC/ assistir AC
	Maximizar potencialidade e minimizar dependência
	Vigiar confusão
	Gerir o ambiente
	Gerir a comunicação
	Garantir a segurança da pessoa
	Restringir a atividade motora em doentes confusos
	Estimulação cognitiva
	Monitorizar estado de consciência através de escala de coma de Glasgow
	Envolver a família nos cuidados prestados
	Vigiar ação do doente

Sendo a demência uma patologia que acarreta inúmeras consequências que limitam o dia-a-dia do indivíduo, o enfermeiro, enquanto prestador de cuidados, deve intervir de forma a elevar a qualidade de vida em qualquer etapa da doença.

Em ambos os serviços os enfermeiros concordam que a orientação do doente é um ponto muito importante surgindo como “Orientar o doente” (três no HML) e “Executar orientação para a realidade” (treze no CHP). Esta intervenção pode englobar várias estratégias e surge de forma diferente entre o HML e o CHP que se subentende que estejam ambas relacionadas com técnicas que oferecem ao doente informações básicas sobre a realidade em seu redor, como por exemplo, orientá-lo no tempo, espaço e pessoa. (OE, 2010) No HML a intervenção referida pode ser considerada mais vaga, incluindo outras estratégias não identificadas.

Dada a dependência física que este tipo de doentes apresenta, os enfermeiros focam-se muito na execução dos autocuidados, o que se comprova pelas intervenções “Executar autocuidados”/ “Assistir autocuidados” (três enfermeiros no CHP e cinco no HML), assim como a promoção da autonomia através de “Promoção da autonomia funcional” (um enfermeiro no HML) “Maximizar potencialidade e minimizar dependência” (três respostas no CHP), o que vai de encontro ao referido pela OE (2010) em que se pode entender que por entre as estratégias de intervenção essenciais nesta situação se encontram as intervenções que se centram na promoção da autonomia, tentando manter a funcionalidade.

O “Vigiar a confusão” referido por dois enfermeiros de cada serviço é das intervenções mais realizadas nesta área, que vai de encontro às intervenções citadas por Marques (2011) para o diagnóstico de Confusão.

O “Gerir o ambiente” também foi citado em comum pelos inquiridos (um no HML e três no CHP) e é citado por Sequeira (2006) em vários dos seus diagnósticos que se adequam a esta situação. A mudança de ambiente provoca nos doentes idosos e, principalmente, nos doentes com demência sentimentos de insegurança e ansiedade, pelo que é de fundamental importância que os enfermeiros se esforcem para manter um ambiente calmo e familiar, sem ruídos externos e confusão. (Fonseca, 2014)

Tal como foi referido nos diagnósticos, é comum existirem alterações na comunicação pelo que existe a necessidade de “Gerir a comunicação”, aparecendo em dois questionários no HML e dois no CHP.

Também neste tema a segurança do doente tem elevada importância, surgindo aqui como “Proteção da integridade da pessoa” (uma resposta no HML) e “Garantir a segurança do doente” (três enfermeiros no CHP), pois a segurança do doente é um grande indicador da qualidade dos cuidados prestados nas diversas instituições e cada vez mais é uma preocupação de todos os profissionais de saúde. (Lamas, 2012) No CHP surge também o “Restringir a atividade motora em doentes confusos”, citada por um dos participantes, e muito associada às medidas de segurança necessárias.

A “Estimulação cognitiva”, enquanto terapia que tenta preservar a capacidade cognitiva do doente, é para a OE (2010) uma estratégia que tem demonstrado efeitos positivos em demência leve e moderada e surgiu no mesmo número de participantes no HML e no CHP (um/um). Apesar de ser importante, no serviço de Medicina por se tratar de doentes com patologias agudas e que aumentam o estado confusional nem sempre tem êxito.

No HML é evidente a importância atribuída a intervenções direcionadas à manutenção do estado cognitivo, uma vez que é possível encontrar nos questionários a “Terapia de Validação” (uma resposta) e “Promover técnicas de distração” (uma resposta), além da já citada “Estimulação Cognitiva”.

Também a “Gestão de alterações do comportamento”, “Gestão de alterações do pensamento”, “Gestão de alterações da percepção” são indicadas como, executadas ao doente com demência por um dos enfermeiros do HML e vão de encontro às alterações que foram sendo referidas em questões anteriores relativas aos sintomas prevalentes neste tipo de doente.

No CHP, três enfermeiros afirmam que uma das intervenções executadas é “Monitorizar o estado de consciência através de escala de coma de Glasgow”. Esta escala permite avaliar o nível de consciência em que a pessoa se encontra através da apreciação do seu comportamento, possibilitando a perceção de alterações neurológicas mais rapidamente. (Oliveira, Pereira & Freitas, 2014)

Apesar de o alvo do estudo ser o doente com demência, faz todo o sentido incluir o suporte familiar em cada intervenção implementada, pelo que um participante do CHP referiu como intervenção “Envolver a família nos cuidados prestados”, pois segundo a OE (2010) a família deve ser alvo da vertente de Educação para a Saúde e de suporte emocional. Hoje em dia, já não se considera o doente como o único alvo de cuidados, sendo considerados três pontos fulcrais para o cuidado: o doente, a família e a comunidade. É essencial englobar a família nos cuidados e compreendê-la pois esta é um recurso vital e a fonte mais

direta de apoio ao doente. (Baptista, 2012) Para Marques (2011) a presença dos familiares poderá até ser uma ajuda para a prestação de cuidados e para melhorar o estado confusional.

As ações de vigilância também são de extrema importância e são várias as que surgem no cuidado do doente com demência. Além do vigiar a confusão já referenciado surgiu o vigiar o sono (uma resposta CHP) e o vigiar ação do doente (uma resposta no HML).

Quadro 10 - Intervenções para o diagnóstico Confusão

Subcategoria	Unidade de análise
Confusão (HML)	Orientar o doente
	Gerir o ambiente físico
	Vigiar confusão
	Gerir comunicação
	Executar precauções de segurança
	Vigiar ação do doente
	Vigiar orientação
	Proteger a integridade da pessoa

Subcategoria	Unidade de análise
Confusão (CHP)	Executar técnica de orientação para a realidade
	Gerir o ambiente físico
	Vigiar confusão
	Gerir comunicação
	Restringir atividade motora
	Manter grades da cama
	Evitar a queda
	Vigiar fugas
	Vigiar agitação
	Estabelecer rotinas nomeadamente na eliminação

Após a observação direta dos cuidados prestados ao doente confuso no dia-a-dia ficou a dúvida se não existe um relacionamento direto entre o doente confuso e o doente com demência e ainda a dúvida do que é importante executar e o que é realmente implementado para este diagnóstico em particular. Posto isto, pareceu pertinente abordar este diagnóstico em particular.

O estado confusional é comum no doente com demência, o que se pode confirmar pela resposta à questão número sete do questionário, em que o diagnóstico de “Confusão” foi o mais referido pelos enfermeiros de ambos os serviços.

As intervenções mais executadas para este diagnóstico são “Orientar o doente” com seis respostas dos enfermeiros do HML e “Executar técnica de orientação para a realidade” com

sete respostas dos enfermeiros do CHP. A orientação do doente é muito importante e pode nesta intervenção fazer-se uso de estratégias que facilitem a localização no tempo e no espaço, como por exemplo através de relógios e calendários, evitando repetições constantes da mesma informação. (Sequeira, 2010)

O “Gerir o ambiente físico” (cinco respostas no HML e seis respostas no CHP), tal como é referido por Marques (2011) é muito importante no controlo de sintomatologia no doente com demência. Nesta resposta foi englobada a “Gestão do ambiente” e o “Promover ambiente calmo” que também foram surgindo nos questionários e que permitiram perceber, após alguma pesquisa, que esta é uma questão complexa e que engloba diversas atividades ainda não claramente definidas. Para Fonseca (2014) gerir o ambiente físico engloba os sons, a iluminação, a temperatura e os cheiros que podem colocar em questão o bem-estar e conforto do doente. Manter um ambiente adequado às necessidades é essencial e uma mais-valia que pode ajudar *“na manutenção da familiaridade e das rotinas, na minimização da confusão ao reduzir a desorganização, o ruído, os brilhos intensos e as possibilidades de escolha.”* (Fonseca, 2014, p. 29)

Tal como nas intervenções dedicadas ao doente com demência também na confusão surge o “Vigiar a confusão” (cinco respostas no HML e três respostas no CHP) e o “Gerir a comunicação” (cinco respostas no CHP e três respostas no HML) ”.

Apesar de terem denominações diferentes, ambos os serviços descreveram intervenções relacionadas com a segurança e diminuição de riscos para o doente. No HML surge o “Executar precauções de segurança” (uma resposta) e “Proteger a integridade da pessoa” (uma resposta) e no CHP o “Restringir atividade motora” (quatro respostas), “Manter grades da cama” (uma resposta), “Evitar a queda” (duas respostas) e “Vigiar fugas” (uma resposta). Embora estas não sejam intervenções específicas do diagnóstico de confusão, a segurança tem cada vez mais um papel preponderante na prestação de cuidados. Marques, Sousa & Silva (2013) referem que para os enfermeiros a segurança do doente é fundamental e em doentes com estados confusionais os cuidados são reforçados, uma vez que os riscos são mais elevados e o risco de queda tem um potencial acrescido.

Os enfermeiros do HML referiram ainda “Vigiar a ação do doente” em dois questionários e “Vigiar a orientação” num questionário como intervenções implementadas nestes casos, que se assemelham com as intervenções sugeridas por Sequeira (2006) para o foco “Orientação”.

No CHP é executado, ainda, o “Vigiar a agitação” (duas respostas) e “Estabelecer rotinas nomeadamente na eliminação” (uma resposta). Esta última pode ser enquadrada nas atividades da intervenção “Promover a orientação” no sentido de planear as atividades a realizar durante o dia para estabelecer rotinas e fazer a diferença com a noite (Sequeira, 2006).

Tal como afirma Marques (2011) as intervenções implementadas para o foco “Confusão” baseiam-se mais em “intenções” do que, verdadeiramente, em “comportamentos” para alterar a situação.

É possível encontrar bastantes semelhanças entre as intervenções realizadas para o doente com demência e para o doente confuso, o que pode comprovar que ainda existe uma estreita destrição, e talvez semelhança, entre o doente com demência e o doente com confusão.

2.3 Contenção

Atualmente, ainda se verifica um elevado recurso à imobilização e sedação para controlo da sintomatologia decorrente do processo demencial. Assim, é de extrema importância perceber qual a opinião dos enfermeiros que prestam cuidados diariamente. A nona questão é referente a esta temática e pode ser subdividida em contenção física e contenção farmacológica.

Quadro 11 - Contenção física

Subcategoria	Unidade de análise
Contenção física (HML)	Risco de queda
	Aumentar segurança
	Preservar a integridade do doente
	Gerir comportamentos
	Risco de aumentar agressividade e confusão
	Usar quando as outras medidas são insuficientes
	Não usar de forma leviana e desregrada
	Reavaliação e estreita monitorização
	O contexto dita a necessidade

Subcategoria	Unidade de análise
Contenção física (CHP)	Risco de queda
	Garantir a segurança dos doentes
	Preservar a integridade da pessoa
	Evitar fugas
	Usar em doentes agressivos
	Pode provocar mais agressividade
	Utilizar como último recurso
	Impossibilidade de presença constante

Quadro 12 - Contenção farmacológica

Subcategoria	Unidade de análise
Contenção farmacológica (HML)	Administrar terapêutica em estados confusionais
	Comportamentos agressivos
	Para alívio e tratamento de sintomas
	Para manter o doente no domicílio
	O contexto dita a necessidade
	Reavaliação e estreita monitorização
	Não usar de forma leviana e desregrada

Subcategoria	Unidade de análise
	Comportamentos agressivos
	Usar em doentes verborreicos
	Diminuição da agitação
	Para evitar auto-lesão
	Privilegia a dignidade da pessoa

O tema da contenção foi o que gerou mais respostas distintas e até controversas, uma vez que dentro do mesmo serviço surgem pontos diferentes. O que, provavelmente, acontecerá pelas dúvidas que ainda existem nesta temática.

No que diz respeito à contenção física ambos os serviços referem que é uma medida utilizada em último recurso mas, importante para evitar quedas e melhorar a segurança sendo referido que é usada para o “Risco de queda” (dois enfermeiros do HML e quatro enfermeiros do CHP), para “aumentar a segurança” (duas respostas no HML), para “Garantir a segurança dos doentes” (cinco enfermeiros no CHP) e além disso referido ainda para “Preservar a integridade da pessoa” (uma resposta no HML e uma resposta no CHP) e “Evitar fugas” (uma resposta no CHP). No estudo realizado por Marques, Sousa & Silva (2013) é evidenciado que a promoção da segurança é uma das principais preocupações dos enfermeiros que atuam em contexto hospitalar. Marques (2011) corrobora com as respostas acima e afirma que apesar de a restrição física ser uma medida negativa para o doente é utilizada no sentido de prevenir danos e proteger a integridade dos doentes.

Por vezes, quando os comportamentos agressivos surgem de maneira inesperada a contenção física torna-se uma necessidade no sentido de proteger o próprio doente e o ambiente que o rodeia. (DGS, 2007)

Segundo a DGS (2007) os principais momentos para o uso da contenção física são aqueles em que os doentes se apresentam agressivos para consigo mesmo ou para com os outros, com agitação e ou com confusão mental. De facto, os enfermeiros questionados referem que usam esta medida para “Gerir comportamentos (auto/hétero agressividade) ” (duas respostas no HML) e “Usar em doentes agressivos” (três respostas no CHP).

Ambos os serviços concordam que o uso de contenção física pode ser geradora de maior agressividade sendo referido que existe “Risco de aumentar agressividade e confusão” (uma resposta no HML) e “Pode provocar mais agressividade” (uma resposta no CHP). Tal como refere Marques (2011, p. 28) “*comportamento gera comportamento*” pelo que, assim como respondem os enfermeiros, o uso de contenções pode gerar maior agressividade pela não compreensão da situação.

Além disto, é afirmado que a contenção física é apenas para “Usar quando as outras medidas são insuficientes” (uma resposta no HML) e “Utilizar como último recurso” (três respostas no CHP). Este tipo de medidas põe em causa a integridade do doente e levantam questões éticas sobre direitos humanos, pelo que o seu uso tem de ser evitado e colocado em último plano. (DGS, 2007; DGS, 2011)) Este tipo de medidas não se pode tornar banal, nem a primeira intervenção a que se recorre, devendo ser utilizada quando outro tipo de medidas já foi usada e não surtiram efeito. (Castro, 2013)

Relativamente à contenção farmacológica ambos os serviços afirmam que, por vezes, é uma medida necessária nos doentes confusos e agitados e no sentido de prevenir a ocorrência de acidentes, evidenciando-se que é para “Administrar terapêutica em estados confusionais” (uma resposta no HML), em “Comportamentos agressivos” (duas respostas no HML e duas respostas no CHP) e ainda para “Usar em doentes verborreicos” (uma resposta no CHP) e para “Diminuição da agitação” (duas respostas no CHP). Neste tipo de doentes a farmacologia deve ter dois objetivos distintos: para tratar a causa primária e para a diminuição de sintomas comportamentais independentemente da causa que lhe precede. (Castro, 2013) Esta deve permitir acalmar o doente reduzindo o risco de auto e heteroagressividade, mas não deverá sedá-lo de tal forma que a avaliação médica seja posta em causa. (Mantonavi, *et al.*, 2010)

Os enfermeiros do HML afirmam ainda que a farmacologia é de elevada importância no “tratamento e alívio de sintomas”(uma resposta) e introduzem a temática de manter o doente no domicílio, referindo que a contenção farmacológica “Pode ser a chave para manter o doente no domicílio” (uma resposta). De facto, Jorge *et al.*, (2014) informam que a medicação tem um papel preponderante para a estadia dos doentes psiquiátricos no domicílio e que esta é muito valorizada apesar de ser reconhecido que deve coexistir com outras medidas.

No CHP um enfermeiro refere que a “Impossibilidade de presença constante”, por vezes leva à necessidade do uso de medidas de contenção. Este facto é comprovado no estudo realizado por Marques (2011) em que se pode ler que um número reduzido de enfermeiros leva a uma diminuição da vigilância e aumento da possibilidade de ocorrência de acidentes.

Referindo-se a ambas as medidas de contenção no HML surgiram respostas como “O contexto dita a necessidade” (uma resposta), “Não usar de forma leviana e desregrada” (uma resposta) e “Reavaliação e estreita monitorização” (duas respostas). A DGS (2007) afirma que a decisão de usar contenções num doente não pode ser tomada de forma desregrada e imponderada, deve ser prescrita pela equipa médica e constar do processo clínico. Além disto, o doente deve estar sob vigilância apertada com avaliação frequente e durante o período de tempo mais curto possível.

O uso de contenção farmacológica e física pode ser complementar, permitindo o uso de uma diminuir o uso da outra. A contenção física só deverá ser usada enquanto a farmacologia não tem efeitos, permitindo assim que o doente esteja o mínimo de tempo imobilizado. (Castro, 2013)

2.4 Dificuldades no cuidar

Tal como já vem sendo referido, não é fácil o cuidado do doente com demência, pois este é um doente complexo com várias áreas de intervenção. Os enfermeiros também sentem dificuldades no seu dia-a-dia pelo que, de modo a conseguir ultrapassá-las, em primeira instância é necessário conseguir identificá-las.

Quadro 13 - Dificuldades no cuidar

Subcategoria	Unidade de análise
Dificuldades (HML)	Lidar com comportamentos alterados (agressividade)
	Alterações da comunicação
	Alterações da receção da informação
	Dificuldade na compreensão de ordens simples
	Dificuldade em reter a informação
	Recusa dos tratamentos/ordens
	Dar resposta às necessidades, difíceis de identificar
	Falta de consciência das limitações
	Falta de recursos humanos suficientes

Subcategoria	Unidade de análise
Dificuldades (CHP)	Lidar com comportamentos alterados (agressividade)
	Lidar com a agitação e confusão
	Alterações da comunicação
	Dificuldade em compreender a pessoa
	Perceber as necessidades dos doentes
	Recusa dos tratamentos
	Orientar o doente para a realidade
	Desorientação
	Incapacidade de reabilitar
	Restringir a atividade
	Envolver os familiares e aceitar limitações
	Condições do serviço/ Escassez de tempo

Nos serviços estudados surgiu em comum a dificuldade em “Lidar com comportamentos alterados (agressividade)” sendo referida por um enfermeiro no HML e seis no CHP e o “Lidar com a agitação e confusão” referida oito vezes no CHP. De facto, no seu estudo Barbosa *et al.*, (2011) afirmam que gerir sintomas comportamentais não é uma tarefa fácil para os profissionais e para Pestana & Caldas (2009) estes fatores são grandes potenciadores de stress e sobrecarga.

Entende-se que agressividade é uma manifestação psicopatológica, que demonstra disponibilidade para utilizar a agressão, podendo colocar em causa a prestação de cuidados e os profissionais de saúde (Moreira, 2014 e Mantovani *et al.*, 2010). Segundo a DGS (2006) a agressão continua a ser uma problemática atual nos serviços de saúde e que põe em risco a saúde física e mental dos profissionais de saúde.

Barbosa *et al.*, (2011) afirma que a interação com o doente com demência é uma dificuldade pelos obstáculos na comunicação e compreensão, sendo o cuidar mais difícil do que com qualquer outro doente. Os enfermeiros dos serviços onde decorreu o estudo corroboram com este autor e enfatizam a comunicação como uma grande dificuldade, citando preocupações tanto na receção como na compreensão da mensagem.

Assim, surgiram respostas mais gerais como “Alterações da comunicação” (duas respostas no HML e três respostas no CHP) e “Dificuldade em compreender a pessoa” (uma resposta no CHP) e mais direccionadas para o percurso da mensagem como a “Alteração da receção da informação” (duas respostas no HML), a “Dificuldade na compreensão de ordens simples” (uma resposta no HML) e ainda a “Dificuldade em reter informação” (uma resposta no HML).

Intimamente relacionadas com a comunicação surgem as dificuldades em perceber as carências dos doentes uma vez que, estes não se conseguem expressar corretamente. Neste sentido, foi identificado pelos enfermeiros do HML “Dar resposta às necessidades, difíceis de identificar” (três respostas) e pelos do CHP “Perceber as necessidades do doente” (duas respostas).

O facto de os enfermeiros não conseguirem perceber os doentes e por consequência não satisfazerem necessidades básicas sentidas é gerador de *stress* e de comportamentos desajustados (Townsend, 2011) sendo o caso da recusa dos cuidados referida por um enfermeiro no HML e outro no CHP como “Recusa de tratamentos/ordens” que dificultam o desempenho dos cuidados.

Segundo Townsend (2011) o declínio do juízo crítico é comum neste tipo de doentes o que pode levar a ocorrência de acidentes. Um enfermeiro do HML revela que a “Falta de consciência das limitações” é um fator que complica a prestação de cuidados.

No CHP os enfermeiros que responderam ao questionário referem que são barreiras à sua prestação de cuidados o “Orientar o doente à realidade” (duas respostas no CHP) “Desorientação” (uma resposta no CHP) e segundo Barbosa *et al.*, (2011) os sintomas cognitivos manifestados por doentes com demência são geradores de grande sobrecarga dos profissionais.

O percurso da demência é inevitável e as capacidades para executar determinadas tarefas vão se perdendo, sendo que numa etapa inicial é de crucial importância reabilitar e promover a autonomia do doente, mas em estadios mais avançados não existe essa

possibilidade, o que leva a alguma angústia para os enfermeiros pois a sua intervenção já vai no sentido da substituição e não da promoção da autonomia. Assim, um dos enfermeiros refere a “Incapacidade de reabilitar” como uma dificuldade sentida no cuidado ao doente com demência.

A intervenção “Restringir a atividade” foi descrita como uma dificuldade sentida por um dos enfermeiros no CHP e é, atualmente, uma das questões que gera mais controvérsia e que suscita preocupação na prática de enfermagem. (Marques, 2011)

Um destes enfermeiros do CHP referiu que “Envolver a família e aceitar limitações” é uma das dificuldades sentidas ao cuidador do doente com demência. No estudo desenvolvido por Baptista (2012) é referenciado exatamente esse ponto como sendo das maiores dificuldades sentidas pelos enfermeiros, pois os familiares nem sempre querem ser envolvidos no processo e por vezes tornam-se elementos dificultadores quando deveriam ser facilitadores.

Por vezes, os recursos físicos e humanos não são elementos facilitadores, tornando-se impeditivos do sucesso da intervenção do enfermeiro, sendo apontadas como “Falta de recursos humanos suficientes”, “Condições do serviço/Falta de tempo para conversar interagir com os doentes”, o que está de acordo com o apurado no estudo realizado por Barbosa *et al.*, (2011) em que é afirmado que a falta de tempo e de recursos disponíveis constituem dos principais entraves à implementação de intervenções adequadas.

3. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O aumento da esperança média de vida associada à melhoria e avanços na área da Medicina tem acarretado novos desafios na arte de cuidar. O aumento das doenças crónicas e cada vez mais incapacitantes é uma das lutas que tem vindo a ser travada no sentido de melhorar a qualidade de vida dos doentes.

A demência sendo uma doença progressiva e que leva a diminuição das capacidades físicas e mentais num curto espaço de tempo, é um dos grandes desafios da Medicina e que acometem milhares de custos em várias áreas. Os profissionais de saúde que cuidam dos doentes com demência necessitam de desenvolver competências específicas para fazer face às necessidades físicas e psicológicas que estes apresentam.

Apesar de todos os avanços tecnológicos, os profissionais de saúde ainda sentem dificuldades no cuidado ao doente com demência e estão pouco preparados para prestar cuidados adequados às necessidades identificadas.

Foi, seguindo esta linha de pensamento, e percebendo o quão atual e desafiante é esta temática que se desenvolveu a dissertação e se deu ênfase ao papel do enfermeiro nos cuidados hospitalares ao doente com demência.

Após a análise dos dados recolhidos foi possível perceber que, de uma forma geral, os enfermeiros de ambos os serviços possuem conhecimentos sobre a área da demência, mas ainda se verifica a necessidade de refinar os conhecimentos, principalmente no serviço de Medicina. Acerca da definição de demência surgiram respostas dispares, mas que muito se direcionam para as alterações provocadas na memória e para o seu carácter progressivo.

Ambos os serviços reconhecem os principais sinais e sintomas, bem como os fatores de risco para a demência. Relativamente aos tipos de demência é constatável que no serviço de medicina vão surgindo respostas distintas, que são sugestivas de alguma confusão entre os tipos de demência e outras patologias mentais e neurológicas, em que se destaca a doença de Parkinson. Barbosa *et al.*, (2011) acrescentam que a falta de conhecimentos e competências específicas nesta área se associam a *stress* e insatisfação laboral.

Relativamente ao processo de enfermagem, nos diagnósticos de enfermagem foi possível encontrar diagnósticos comuns entre ambos os serviços que vão desde os compromissos mentais como por exemplo, a Confusão e a Comunicação comprometida, passando pelos compromissos físicos e comportamentais, como é o caso dos diagnósticos Autocuidados comprometidos e a Agitação.

No serviço de psiquiatria as intervenções para o doente com demência reportam-se mais diretamente a sintomas psicológicos e mnésicos, enquanto no serviço de Medicina os enfermeiros direcionam as suas intervenções para o campo dos sintomas mais físicos e menos associados à saúde mental.

No que diz respeito às intervenções direcionadas para a confusão é notável que muitas das referidas para esse diagnóstico vão de encontro às evidenciadas para o doente com demência. Este facto suscita a dúvida se não existirá a associação entre “se este doente apresenta confusão então é porque se trata de um doente com demência”. Em ambos os serviços, as intervenções reportam-se mais a avaliações e supervisões do que a intervenções que realmente tentem diminuir ou eliminar esse foco. Também as intervenções no sentido de prevenir a confusão são escassas.

No que respeita às dificuldades sentidas pelos enfermeiros verifica-se que estas são idênticas, reportando-se, essencialmente, à satisfação das necessidades básicas incompreendidas, às alterações comportamentais, à orientação do doente e, ainda, à falta de recursos humanos e físicos adequados às necessidades. De facto, segundo a DGS (2007) a falta de recursos humanos e de competências específicas pode pôr em causa a própria segurança dos doentes.

A contenção, quer física quer farmacológica, é uma questão controversa nos dois serviços, pois ainda existem muitas dúvidas sobre o que é correto e o que deverá ser utilizado em primeira instância. Surgiram também aqui respostas opostas em que uns enfermeiros afirmam que é uma necessidade e outros afirmam que só deve ser usada em último caso.

Tal como todos os estudos também este enfrentou algumas limitações e dificuldades no seu desenvolvimento, em que se pode incluir a impossibilidade de generalização dos resultados por se tratar de um estudo com poucos participantes, mas que é característico dos estudos qualitativos.

A elaboração do questionário após a leitura de vários artigos e observação dos cuidados não foi tarefa fácil e foi possível perceber que teve algumas limitações, como é o caso das questões serem semelhantes que induzem a respostas idênticas e a sua ordem não ter um fio condutor mais lógico.

Constatou-se também que as famílias não foram incluídas neste estudo, o que poderia ter sido enriquecedor e podia ter alterado a perspectiva da relação dos enfermeiros com a família.

Os estudos que comparam os conhecimentos e intervenções de serviços diferentes numa determinada temática são escassos, sendo possível encontrar alguns que se referem a um determinado foco ou intervenção mas não a um tema global como a demência, o que acabou por se apresentar como uma dificuldade.

Apesar de não ser generalizável, os dados obtidos permitem compreender os cuidados prestados ao doente com demência e o nível de conhecimentos específicos que os enfermeiros possuem. Também permitiu perceber que o cuidado do doente com demência não é fácil e todos os enfermeiros se deparam com dificuldades no seu dia-a-dia profissional.

Uma vez que foi possível perceber que a formação sobre demência fica aquém do esperado e do desejável, principalmente na medicina, seria de crucial importância dar valor a estes dados e melhorar a oferta formativa nesta área, bem como, potencializar as capacidades dos enfermeiros para o cuidado deste tipo de doentes. Sugere-se que seja elaborado um programa dedicado à demência no serviço de Medicina com vista a melhorar os cuidados prestados e elevar os conhecimentos específicos.

Perante as dificuldades encontradas no cuidado dos doentes com demência é necessário perceber, ainda, que possibilidades estão ao nosso alcance para conseguirmos aliviar o trabalho dos enfermeiros e diminuir o seu stress e insatisfação laboral. Sugerem-se estudos neste campo e uma valorização do trabalho realizado com programas de intervenção adequados que proporcionem suporte para a prestação de cuidados de acordo com as expectativas dos enfermeiros.

Torna-se também claro que este tema é vasto e impossível de retratar na sua totalidade numa dissertação, pelo que a pesquisa nesta área tem de continuar de modo a construir um saber sólido e cuidados de saúde de qualidade.

A realização deste trabalho deixa a confiança de ter contribuído, ainda que em pequena escala, para o conhecimento dos cuidados prestados pelos enfermeiros ao doente com demência o que fomentará a melhoria dos cuidados prestados partindo de uma sensibilização e consciencialização das necessidades.

Em suma, o doente com demência merece o melhor dos cuidados, não apenas físico nem apenas mental, merece ser cuidado como um todo que se conjugue de forma harmoniosa e ofereça cuidados de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALZHEIMER DISEASE INTERNATIONAL - Kyoto Declarations: Minimum actions required for the care of people with dementia. 2004 [Online] Disponível em <http://www.alz.co.uk/adi/pdf/kyotodeclaration.pdf> [Consult. em 23 Março 2016].

ALZHEIMER PORTUGAL – *Plano Nacional de Intervenção Alzheimer: Trabalho Preparatório Para A Conferência “Doença De Alzheimer: Que Políticas”*. 2009.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 5ª Edição Lisboa: Climepsi Editores.

AMORIM, Camila Carvalho & PESSOA, Fabrício Silva - *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: principais agravos e riscos à saúde*. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2014.

ARAÚJO, Claudia Lysia de O. & NICOLI, Juliana Silva - Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. *Revista Kairós Gerontologia*. Vol.13, pp. 231-244. 2010.

BARBOSA, Ana L., CRUZ, Joana, FIGUEIREDO, Daniela, MARQUES, Alda & SOUSA, Liliana - Cuidar De Idosos Com Demência Em Instituições: Competências, Dificuldades E Necessidades Percecionadas Pelos Cuidadores Formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol. 12, Sup. 1, pp. 119-129. 2011.

BARBOSA, Bruno Rossi, ALMEIDA, Joyce Marques de, BARBOSA, Mirna Rossi & ROSSI-BARBOSA, Luiza Augusta Rosa - Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2014, Vol. 19, Sup. 8, pp.3317-3325.

BARDIN L - *Análise de Conteúdo*, Lisboa. Edições 70. 2009.

BARROSO, André Luis Ruggiero - Instrumentos de pesquisa científica qualitativa: vantagens, limitações, fidedignidade e confiabilidade. *EFDeportes Revista Digital*, 2012, Nº172. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd172/instrumentos-de-pesquisa-cientifica-qualitativa.html>.

BAPTISTA, Joana dos Santos - *Dos Cuidados Continuados ao Domicílio: Dificuldades dos Enfermeiros na Preparação da Alta do Idoso Dependente*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012. Tese de Mestrado.

BENTO, A. - Investigação quantitativa e qualitativa: Dicotomia ou complementaridade? *Revista JA (Associação Académica da Universidade da Madeira)*, Abril, N.º 64, ano VII, pp. 40-43. ISSN: 1647-8975. 2012.

CANCELA, Diana - *O processo de envelhecimento*. Psicologia.com.pt, 2007.

CARVALHO, Ana et al. - *Demência na Terceira Idade: Contributos Teóricos, Competências a Mobilizar e Estratégias de Intervenção*, ADRAVE, 2014, Vale do Ave.

CARVALHAIS, Maribel & SOUSA, Liliana - *Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar*. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 2007, Vol. 09, N.º 03, pp. 596 – 616.

CASTRO, Adriana Ribeiro Silva De - *Cuidado De Enfermagem A Pacientes Com Comportamento Agitado E/Ou Agressivo*. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. Tese de Mestrado.

CLEMENTE, Adauto Silva, FILHO, Antônio Ignácio Loyola & FIRMO, Josélia Oliveira Araújo - *Conceções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental*. *Cad. Saúde Pública*. Mar 2011, Vol. 27, Sup. 3, pp. 555-564.

CONSELHO ECONÓMICO E SOCIAL - *Parecer De Iniciativa Sobre As Consequências Económicas, Sociais E Organizacionais Decorrentes Do Envelhecimento Da População*. 2013.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. – *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP): versão 2*. Ed. Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. – *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP): versão 2015*. Ed. Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, Lusodidacta, 2016.

COUTO, Maria João Capitão - *Demência com Corpos de Lewy: Aplicabilidade dos critérios de diagnóstico*. Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, 2013. Tese de Mestrado.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - *Melhorar o Ambiente Organizacional em prol da Saúde dos Profissionais - Circular Informativa 15/DSPCS*, Lisboa: DGS, 2006.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes - contenção física – Circular informativa Nº 08/DSPM/DSPCS, Lisboa: DGS, 2007.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - *Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas – Norma N.º 053/2011*, Lisboa: DGS, 2011.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE: *Portugal Saúde Mental em números*. Programa Nacional para a Saúde Mental. 2013.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE: *Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes - contenção física - Circular Normativa 08/DSPM/DSPCS*. Lisboa: DGS, 2011.

EVANGELISTA, Diana Sofia Monteiro - *Promoção da Saúde em Idosos Projeto de Intervenção na Demência*. Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Coimbra. Tese de Mestrado, 2013.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida & TROMPIERI, Nicolino - *O Processo De Envelhecimento: As Principais Alterações Que Acontecem Com O Idoso Com O Passar Dos Anos*. InterSciencePlace. Revista Científica Internacional, Ed. 20, Vol. 1, N.º 7, pp. 106-132. 2012.

FONSECA, Ilda Maria da Assunção – *Retrato social das pessoas com demência no concelho de Vizela*. Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Tese de Mestrado, 2014.

FORTIN, M: *O Processo de Investigação - da concepção à realização*, Loures, 2009, Lusociência.

FREITAS, Carlos – A ética na Enfermagem. *Jornal da Madeira*, 2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/ArtigosEnfermeiros2013.aspx>.

GABBARD, Glen O. - *Tratamento dos transtornos psiquiátricos*. 4ªedição. Porto Alegre: Artmed. 2007.

GONÇALVES, Daniel C., ALBUQUERQUE, Pedro B. & MARTÍN, Inácio - Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise psicológica*, Vol. 26, N.º 1, pp. 101-110, 2008.

HICKS, Carolyn M – *Métodos de investigação para terapêuticos clínicos*, Loures, Lusociência, 2006.

HOCHMAN, Bernardo, NAHAS, Fabio Xerfan, FILHO, Renato Santos de Oliveira & FERREIRA, Lydia Masako - Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, Vol 20, Sup.2, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - *População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento*. Destaque Informação à comunicação social, 2014. Disponível em <http://www.INE.pt>.

JORGE, Maria Salete Bessa, VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira, JUNIOR, Euton Freitas de Castro, BARRETO, Levi Alves, ROSA, Lianna Ramalho de Sena & LIMA, Leilson Lira - Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários. *Rev Esc Enferm USP*, Vol. 48, Sup. 6, pp. 1062-1068, 2014.

JOSÉ, Helena Maria Guerreiro - *Resposta humana ao humor: Quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros*. Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento, 2008.

LAMAS, Bárbara Filipa da Silva – Risco de queda: Contributos para um modelo de supervisão clínica em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado, 2012.

LOPES, Ana Isabel & MARTINS, Maria do Carmo - *Cuidar do Idoso com demência*. Ordem dos enfermeiros, sem data.

MARQUES, Paulo Alexandre Oliveira. *O doente confuso e a ação de enfermagem, em meio hospitalar*: Um modelo a partir da investigação-ação. Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2011

MANTOVANI, Célia, MIGON, Marcelo Nobre, ALHEIRA, Flávio Valdozende & DEL-BEM, Cristina Marta - Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, out. Vol.32, Sup II, pp. S96-S103, 2010.

MARQUES, Paulo Alexandre Oliveira, SOUSA, Paulino Artur Ferreira & SILVA, Abel Avelino de Paiva - Confusão Aguda no idoso: dados para a decisão do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*. Mar. Série III, N.º 9, pp. 37-43, 2013.

MONTANO, Maria Beatriz M. M. – Envelhecimento e demência: epidemiologia e tratamento. *Envelhecimento e Saúde*, Abr 2009, Vol.47, pp.72-75.

MONTEIRO, Maria Isabel Ramalho - *Memória e Aprendizagem na Escola Inclusiva*. Escola Superior de Educação João de Deus, 2013. Tese de Mestrado.

MOREIRA, Ana Catarina da Rocha e Silva - *O Cuidar na demência – uma realidade Emergente*. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, 2014. Tese de Mestrado

OLIVEIRA, Débora Moura da Paixão, PEREIRA, Carlos Umberto & FREITAS, Zaira Moura da Paixão - *Escalas para avaliação do nível de consciência em trauma cranioencefálico e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia*. *Arq Bras Neurocir*, Vol. 33, Sup. 1, pp. 22-32. 2014.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. 2010. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Adequação técnico-científica da admissão das pessoas com demência nas unidades de dia e promoção da autonomia da RNCCI - PARECER N.º 02 / 2010*.

PASSOS, Joaquim, SEQUEIRA, Carlos & FERNANDES, Lia - *Prevalência Dos Focos De Enfermagem De Saúde Mental Em Pessoas Mais Velhas: Resultados Da Pesquisa Documental Realizada Num Serviço De Psiquiatria*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Jun, Vol.7, pp. 7-12, 2012.

PASSOS, Joaquim, SEQUEIRA, Carlos e FERNANDES, Lia - *Focos de Enfermagem em pessoas mais velhas com problemas de saúde mental*. *Revista de Enfermagem Referência*, Jun, Série IV, N.º2, pp.81-91, 2014.

PEREIRA, Maria de Fátima da Cunha - *Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar, Universidade do Porto. Tese de Mestrado. 2011.

PEREIRA, Alexandra Manuela Nogueira De Andrade - *Cuidados paliativos na Demência: a perspetiva comunitária dos cuidadores, da pessoa com demência e dos profissionais de saúde*. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. Tese de Mestrado. 2013.

PESTANA, Luana Cardoso & CALDAS, Célia Pereira - *Cuidados de enfermagem ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais*. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, Jul-ago, Vol. 62, Sup.4, pp. 583-587, 2009.

PINHO, Ana Maria Gonçalves de- *Efeitos De Um Programa De Reabilitação Cognitiva Em Pessoas Com Demência Em Contexto Hospitalar*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Tese de Mestrado, 2012.

POLTRONIERE, Silvana, CECCHETTO, Fátima Helena & SOUZA, Emiliane Nogueira de - DOENÇA DE ALZHEIMER E DEMANDAS DE CUIDADOS: o que os enfermeiros sabem? *Revista Gaúcha Enfermagem*, Jun, Vol. 32, Sup.2, pp. 270-278, 2011.

RENAUD, Isabel Carmelo Rosa - O Cuidado em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 1º Semestre de 2010. Vol. 14, N.º 1, pp.2-8, 2010.

RIBEIRO, Isilda Maria Oliveira Carvalho. – *Aprendizagem de Valores Profissionais no Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Tese de Doutoramento, Universidade de Humanidades e Tecnologias Lusófona, Lisboa, Portugal. 2013.

SADOCK, Benjamin James & SADOCK, Virginia Alcott – *Compêndio da psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9ª edição. Artmed. 2007.

SANTANA, Isabel, FARINHA, Filipa, FREITAS, Sandra, RODRIGUES, Vítor & CARVALHO, Álvaro - Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Ata Med Port*, Mar-Apr, vol. 28, Sup.2, pp. 182-188, 2015.

SARAIVA, S. - *Alzheimer's Disease, better known for better intervene*. *Journal of Aging & Innovation*, Vol. 2, Sup. 3, pp. 16-25, 2013.

SCHLINDWAN-ZANINI, Rachel – Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Rev Neurociências*, Vol.18, Nº2, pp. 220-226, 2010.

SMELTZER, S.C. & BARE, B.G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9 Ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SEQUEIRA, C - *Cuidar de idosos com dependência física e mental*, Lisboa. Lidel - Edições Técnica, Lda. 2010.

SEQUEIRA, C. - *Introdução à Prática Clínica*, Coimbra. Quarteto, 1ª edição. 2006.

SOUZA, L. & SEQUEIRA, C. - *Conceção de um programa de intervenção à memória para idosos com défice cognitivo ligeiro*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Dezembro, vol.8, 2012.

SOUZA, Priscilla Alfradique & SANTANA, Rosimere Ferreira - Diagnóstico de enfermagem memória prejudicada em idosos hospitalizados. *Acta Paul Enferm*, Vol. 24, Sup.1, pp.36-42, 2011.

TOWNSEND, Mary C. - *Enfermagem saúde mental e psiquiatria, conceitos de cuidados na pratica baseada na evidência*. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION e ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. *Dementia: A public Health Priority*, United Kingdom: World Health Organization. 2012.

ANEXOS

Anexo 1 - Questionário dirigido aos enfermeiros

Questionário dirigido aos enfermeiros

Cód. _____

Conhecer melhor para melhor cuidar: as
intervenções do enfermeiro ao doente com
demência

Ana Catarina Malhado Vieira

Orientadora: Professora Doutora Isilda Maria de Oliveira Carvalho
Ribeiro

Questionário dirigido aos enfermeiros

Contextualização:

O exercício de enfermagem, atualmente, exige estudos específicos e um vasto leque de conhecimentos e intervenções próprios. Cada vez mais os profissionais de saúde sentem a necessidade de investigar e desenvolver os seus conhecimentos científicos e a sua aplicação na prática.

“O desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes (...) dá um forte contributo para a sua visibilidade social.” (Martins, p. 63, 2008)

No âmbito da elaboração da tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto, este questionário destina-se a identificar os conhecimentos e intervenções realizadas pelo enfermeiro na prestação de cuidados ao doente com demência.

No sentido de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados neste âmbito, solicita-se que responda a todas as seguintes questões com o máximo de sinceridade e de acordo com a sua prática.

Instruções gerais:

Este questionário é composto por duas partes distintas, salientando não haver respostas certas ou erradas.

Os dados fornecidos através das respostas são confidenciais e destinam-se, exclusivamente, para fins de investigação e elaboração da tese de mestrado supracitada.

Agradecemos desde já a sua colaboração!

Parte I - Caracterização

1. Sexo: Feminino ___
Masculino ___

2. Idade: _____

3. Habilitações literárias

1. Licenciado

2. Especialidade

3. Mestrado

4. Doutorado

Especifique a sua área de pós graduação e/ou
especialização _____

4. Condição em que exerce a profissão e exercício profissional

Tempo de exercício profissional _____

Tempo de exercício profissional no atual serviço _____

5. Ao longo da sua formação tem cuidado frequentemente:

Pessoas idosas: Sim ___ Não ___

Pessoas com demência: Sim ___ Não ___

Pessoas com estados emocionais agressivos: Sim ___ Não ___

6. Teve formação específica na área da intervenção em demências?

Sim ___ Não ___

Se sim, quantas horas de formação frequentou? _____

Parte II – Conhecer melhor

1.	Diga o que entende por demência
2.	Quais os principais sintomas de demência que conhece?
3.	Refira os tipos de demência que conhece
4.	Quais os fatores de risco para o aparecimento de demência?
5.	Refira três intervenções de enfermagem que realiza ao doente com demência.
	- - -
6.	Que dificuldades sente ao lidar com o doente com demência?
7.	Perante a sua prática, quais os diagnósticos que identifica, por norma, num doente com demência?

8.	Uma das principais consequências do processo demencial é a confusão. Identifica frequentemente o diagnóstico confusão? Sim__ Não__
	Se respondeu sim à questão anterior, diga quais as intervenções que executa no sentido de dar resposta a esse diagnóstico.
9.	A contenção física e a contenção farmacológica são medidas muito utilizadas no meio hospitalar. Qual a sua opinião sobre o seu uso no doente com demência?

Muito Obrigada pela sua colaboração!

Anexo 2 – Documento de autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Porto

Exma. Sra. Enf.^a Ana Vieira
Serviço de Medicina Interna
Unidade C

ASSUNTO: Trabalho Académico - Mestrado - “Conhecer melhor para melhor cuidar: as intervenções do enfermeiro ao doente com demência” - N/ REF.^a 2016.035(030-DEFI/030-CES)

O Conselho de Administração do CHP **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, no Serviço de Medicina, Unidade C, sendo Investigadora Principal, a Enf.^a Ana Vieira.

O estudo de investigação foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde, pelo Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, e pela Direção de Enfermagem, bem como pela Direção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

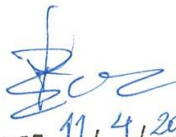
Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
23/9/2016
Dr. SOLLARI ALEGRO Presidente
Dr. PAULO BAREOSA Director Clínico
Dr.ª ÉLIA GOMES Vogal Executiva
Dr. RUI REDOSO Vogal Executivo
Enf.ª EDUARDO ALVES Enfermeiro Director

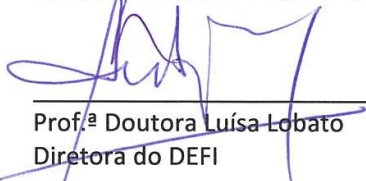
* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.^a.

APRECIÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE **TRABALHO ACADÉMICO – MESTRADO**

Título: “Conhecer melhor para melhor cuidar: as intervenções do enfermeiro ao doente com demência”	Ref.ª: 2016.035(030-DEFI/030-CES)
	Investigador: Enf.ª Ana Vieira Serviço de Medicina Interna Unidade C

DIREÇÃO DE ENFERMAGEM: <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL  Data: <u>CHP, E.P.E. 11/4/2016</u> EDUARDO ALVES Enf.º Director	DIREÇÃO CLÍNICA: <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL Data: Dr. PAULO BARBOSA Diretor Clínico - CHP Data: <u>12/4/2016</u>
---	--

Em conformidade. Pode ser autorizado


Prof.ª Doutora Luísa Lobato
Diretora do DEFI

CHP - C. ~~DEFI~~ DEFI
ANTÓNIO MANUEL SILVA Hora 0130
Enf. Supervisor 01/04/2016
Nº Ordem 16656 Ass.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 23.3.2016	Órgão: Reunião Plenária
Título: "Conhecer melhor para melhor cuidar: as intervenções do enfermeiro ao doente com demência"		Ref.ª: 2016.035(030-DEFI)/030-CES)
Protocolo/Versão: TA - Mestrado	Promotor: o(a) próprio(a)	Investigador: Enf.ª Ana Vieira Enfermeira na Unidade C do Serviço de Medicina Interna, Departamento de Medicina do CHP

A Comissão de Ética para a Saúde – CES do CHP, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização de **TA - Mestrado** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da CES presentes:

Presidente: Dr.ª Luisa Bernardo
Vice-Presidente: Dr.ª Paulina Aguiar

Dr.ª Fernanda Manuela, Enf.ª Paula Duarte, Prof.ª Doutora Carla Teixeira, Prof.ª Doutora Maria Manuel Araújo Jorge, Dr. Jorge Andrade da Silva,
Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

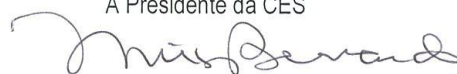
A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior.

AUTORIZADO
Dr. Severo Torres
Adjunto do Diretor Clínico
Data: 12/4/2016

Data 23.3.2016

A Presidente da CES


Dr.ª Luisa Bernardo

Anexo 3 - Documento de autorização da Comissão de Ética do Hospital de Magalhães Lemos



Autorede

1/2016

Pedido de apreciação e parecer | 2016

HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, EPE	
Reunião do C.A. <i>24/2/16</i>	
Acta n.º <i>71</i> 2016	
<i>[Signature]</i> António Leuschner Presidente	<i>[Signature]</i> Alberto Póbio Vogal Executivo
<i>[Signature]</i> Isidoro Ramalho Vogal Executivo	<i>[Signature]</i> Isidoro Ramalho Vogal Executivo

A S F T
- AC. Etha / *[Signature]*
Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração do *16/02/16*
Hospital Magalhães Lemos, EPE
[Signature]
António Leuschner
Presidente do Conselho de Administração

Assunto: **Pedido de autorização**

Ana Catarina Vieira, licenciada em Enfermagem a exercer funções no Centro Hospitalar do Porto no serviço de medicina C, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para aplicação do questionário: "Conhecer melhor para melhor cuidar: intervenções do enfermeiro ao doente com demência" que se envia em anexo, assim como o Formulário de Proposta de Projeto de Investigação, o Curriculum Vitae e o Protocolo do Projeto.

Esta dissertação é realizada sob a orientação da Professora Doutora Isilda Maria Oliveira Carvalho Ribeiro (Escola Superior de Enfermagem do Porto) e tem como objetivos:

- Identificar os conhecimentos sobre demência dos enfermeiros de um serviço de medicina.
- Identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros nos cuidados ao doente com demência num serviço de medicina.
- Identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros nos cuidados ao doente com demência num serviço de psicogeriatría.
- Analisar a relação entre as intervenções de enfermagem realizadas pelos enfermeiros de um serviço de medicina e de um serviço especializado.

Pretende-se que esta aplicação seja efetuada aos enfermeiros que exercem atividade no serviço de psicogeriatría e aceitem participar no estudo.

Os dados recolhidos são anónimos e confidenciais e, em momento algum, os participantes serão identificados.

Pede deferimento
Ana Catarina Vieira

Foi presente à Comissão de Ética do H. Magalhães Lemos, tendo sido aprovada
17-02-2016
[Signature]

Ana Catarina Vieira

Porto, 22 de Janeiro de 2016

A. BARBEDO OLIVEIRA
Responsável do Serviço de Formação e Investigação

De acordo com os Procedimentos do Serviço de Formação e Investigação A Comissão de Ética do H. Magalhães Lemos EPE
[Signature]
2016.02.02

Anexo 4 – Documento de Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Chamo-me Ana Catarina Vieira, encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto e estou a desenvolver um estudo intitulado “Conhecer melhor para melhor cuidar: intervenções do enfermeiro ao doente com demência”, a realizar na Escola Superior de Enfermagem do Porto sob a orientação da Professora Doutora Isilda Maria Oliveira Carvalho Ribeiro.

Os objetivos deste estudo são: i) Identificar os conhecimentos sobre demência dos enfermeiros de um serviço de medicina; ii) Identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros nos cuidados ao doente com demência num serviço de medicina; iii) Identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros nos cuidados ao doente com demência num serviço de psicogeriatrica; iv) Analisar a relação entre as intervenções de enfermagem realizadas pelos enfermeiros de um serviço de medicina e de um serviço especializado.

No âmbito deste estudo estamos a proceder a uma recolha de dados, para a qual solicitamos a sua colaboração através do preenchimento de um questionário. Foi garantida a confidencialidade dos dados, bem como a possibilidade de, em qualquer altura, desistir da participação neste estudo.

Assim, aceito participar no estudo e permito que os dados fornecidos sejam usados para a investigação, confiando que apenas serão usados com essa finalidade, com confidencialidade e anonimato.

Assinatura:

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre o Estudo: “Conhecer melhor para melhor cuidar: intervenções do enfermeiro ao doente com demência” e concordo em participar e que os meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Porto, _____ de _____ de 2016

Assinatura: _____

