



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa com

Demência em Contexto Familiar:

A Parceria como Intervenção de Enfermagem na

Promoção do Cuidado de Si

Sérgio Luís Roque Jorge

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa com

Demência em Contexto Familiar:

A Parceria como Intervenção de Enfermagem na

Promoção do Cuidado de Si

Sérgio Luís Roque Jorge

Professora Doutora Idalina Delfina Gomes

2014



AGRADECIMENTOS

Ao finalizar mais um projeto da minha vida, não posso deixar de agradecer a algumas pessoas que o tornaram possível:

À minha orientadora Professora Doutora Idalina Delfina Gomes, pelo apoio na orientação deste trabalho e conhecimentos, energia e alento partilhados ao longo deste percurso.

Aos Enfermeiros Especialistas, Ana Costa, Ana Martinho e António Galvão, pela orientação, apoio e confiança durante o estágio.

Ao Enfermeiro Especialista Rogério Dinis, pela colaboração e empenho demonstrado ao garantir o campo de estágio.

Aos amigos da equipa maravilha, Ana Filipa e Cacilda Seixas, pelo carinho, cooperação e sacrifícios que fizeram para possibilitar a sua concretização.

À Ana Cabral, Ana Afonso, Fátima Coutinho, Manuela Mateus e Kathy Marques, pela amizade e compreensão para me escutarem.

Aos meus pais e família, pelo incentivo e apoio incondicional.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ADI – *Alzheimer's Disease International*

AVD – Atividades de Vida Diária

CADI – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

CAMI – Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do Cuidador

CASI – Índice de Satisfação do Cuidador

CMEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

e.g. – *Exempli Gratia* (como por exemplo)

EAI – *Elder Assessment Instrument*

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ESC – Escala de Sobrecarga do Cuidador

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

et al. – *And others* (e outros)

Gestcare CCI – Aplicativo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

INE – Instituto Nacional de Estatística

IOA – *Indicators of Abuse Screen*

MCTS – *Modified Conflict Tactics Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – Página

PBE – Prática Baseada em Evidências

PNCVD – Plano Nacional Contra a Violência Doméstica

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SCPD – Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência

UI&DE – Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem da ESEL

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

No desempenho do seu papel, o familiar cuidador confronta-se com dificuldades que podem potenciar a perpetração de comportamentos abusivos àquele de quem cuida. As pessoas idosas com demência em contexto familiar são particularmente vulneráveis a este fenómeno. Compete aos enfermeiros da comunidade atuarem na prevenção do abuso, objetivando o bem-estar, o domínio de novos comportamentos e a satisfação nas relações interpessoais dos clientes.

Neste sentido elaborámos um projeto de estágio com os objetivos de desenvolver competências de mestre e especialista na área da enfermagem médico-cirúrgica, na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar e também capacitar os profissionais da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) para a prevenção primária e secundária destes comportamentos. Seguindo a metodologia de projeto realizámos o diagnóstico da situação numa ECCI, que incluiu trabalho de campo, análise de conteúdo de entrevistas semidirigidas aos enfermeiros e assistentes sociais e análise documental dos registos e colheita de dados de enfermagem. Verificámos que nesta equipa a ação de prevenção do abuso estava comprometida pela inexistência de um modelo estruturado de práticas nesta área. Perante este quadro planeámos, executámos e avaliámos atividades que habilitaram para o uso adequado de instrumentos de avaliação do risco de abuso, como o *Indicators of Abuse Screen* e a versão portuguesa do *Elder Assessment Instrument*, para a avaliação dos fatores de risco específicos do abuso à pessoa idosa com demência e para a mobilização do modelo de parceria como intervenção promotora do cuidado de Si.

A prática de cuidados e a reflexão *na* e *sobre* a ação permitiram-nos adquirir competências de mestre e enfermeiro especialista e, em conjunto com a ECCI, desenvolver intervenções em parceria com a pessoa idosa e o familiar cuidador no sentido de melhorar o relacionamento familiar e prevenir as situações de abuso. Estas ações incluíram a informação, a sugestão e a negociação de estratégias para superar o stresse, a sobrecarga e o isolamento decorrente da prestação de cuidados em contexto familiar.

Palavras-chave: Abuso; Demência; Parceria nos Cuidados de Enfermagem; Familiar Cuidador.

ABSTRACT

While fulfilling its role, the family caregiver is frequently faced with difficulties that may potentiate the perpetration of abusive behaviour to the care receiver. Elderly people with dementia in the family context are particularly vulnerable to this phenomenon. It is the responsibility of the community nurse to prevent abuse, searching the welfare, the mastery of new behaviours and the satisfaction of the care receivers in the interpersonal relationships.

In the context of the master in medical-surgical nursing (elderly person branch), we have developed a project to further improve the existing skills of the *Equipa de Cuidados Continuados Integrados* (ECCI) in the prevention of abuse to elderly people in the family home context, specifically the primary and secondary prevention of these behaviours. In accordance with the project methodology, we conducted the diagnosis of the situation in an ECCI, which included fieldwork, content analysis of semi-structured interviews with nurses and social workers, documentary analysis and care receivers nursing assessment, concluding that the prevention of elderly abuse in this team was compromised by the inexistence of a structured model of practices in this area. To improve this situation we planned, executed and evaluated activities that enabled the correct usage of evaluation instruments on the risk of elder abuse, like the Indicators of Abuse Screen and the portuguese version of the Elder Assessment Instrument, the assessment of specific risk factors for elder abuse with dementia and mobilisation of the partnership model as an intervention to promote the care of Himself.

The practice of care and the reflection in and on action, enabled us to acquire skills of master and nurse specialist and together with the ECCI, develop interventions in partnership with the elder and family caregiver to improve family relationships and prevent abuse situations. These actions have included information, suggestion and negotiation strategies to overcome stress, the overload and the isolation resulting from the provision of care in the family context.

Keywords: Elder Abuse; Dementia; Partnership in Nursing Care; Family Caregiver

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO/JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO.....	13
2. QUADRO DE REFERÊNCIA.....	16
2.1. Cuidados de Enfermagem Centrados na Pessoa Idosa com Demência ..	16
2.2. Transição para o Papel de Familiar Cuidador da Pessoa Idosa com Demência	17
2.3. Abuso à Pessoa Idosa com Demência em Contexto Familiar	19
2.4. Cuidados de Enfermagem em Parceria na Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa com Demência em Contexto Familiar	22
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO.....	26
3.1. Caracterização do Local de Estágio	27
3.2. Questões Éticas.....	28
3.3. Objetivos, Atividades, Resultados Obtidos e Competências Desenvolvidas	29
4. CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

ANEXOS

Anexo I – Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)

Anexo II – *Modified Conflict Tactics Scale* (MCTS)

Anexo III – *Indicators of Abuse Screen* (IOA)

Anexo IV – *Elder Assessment Instrument* (EAI)

Anexo V – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI)

Anexo VI – Índice de Satisfação do Cuidador (CASI)

Anexo VII – Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do Cuidador (CAMI)

Anexo VIII – Certificado de Participação no Encontro de Profissionais "Cuidados a Prestar na Demência"

APÊNDICES

Apêndice I – Consentimento Informado e Termo de Responsabilidade

Apêndice II – Estudo de Caso (ECCI)

Apêndice III – Póster

Apêndice IV – Estudo de Caso (Hospital)

Apêndice V – Notas de Campo (Hospital)

Apêndice VI – Revisão Sistemática da Literatura

Apêndice VII – Fatores de Risco do Abuso à Pessoa Idosa com Demência em Contexto Familiar

Apêndice VIII – Guião de Colheita de Dados

Apêndice IX – Análise *SWOT*

Apêndice X – Apresentação do Projeto de Estágio na ECCI

Apêndice XI – Cronograma do Projeto de Estágio

Apêndice XII – Grelha de Análise de Registos e Colheita de Dados de Enfermagem

Apêndice XIII – Guião de Entrevista (Enfermeiro)

Apêndice XIV – Guião de Entrevista (Assistente Social)

Apêndice XV – Termo de Consentimento Informado

Apêndice XVI – Análise de Conteúdo das Entrevistas

Apêndice XVII – Plano da Sessão de Formação (Sessão 1)

Apêndice XVIII – Plano da Sessão de Formação (Caso Prático)

Apêndice XIX – Avaliação das Sessões de Formação

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Objetivo Geral 1 e Objetivos Específicos.....	29
Quadro 2. Objetivo Geral 2 e Objetivos Específicos.....	40
Quadro 3. Objetivo Geral 3 e Objetivos Específicos.....	47

INTRODUÇÃO¹

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC) Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), apresentamos o relatório do estágio desenvolvido no 3.º semestre. Este teve como **finalidade** desenvolver competências de mestre e enfermeiro especialista nesta área de formação, considerando o Regulamento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, o Regulamento de Mestrado e o diagnóstico da situação realizado no contexto da prática (ESEL, 2013; Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010).

O envelhecimento da população constitui uma marca das sociedades ocidentais do século XXI (Costa, 2011). Em Portugal verifica-se o aumento da esperança média de vida (79,7 anos), da proporção das pessoas idosas (19%) e do predomínio destas sobre as pessoas jovens (128 pessoas idosas por cada 100 jovens) (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2012a; 2012b). Esta longevidade, reconhecida como fator de risco do declínio cognitivo, tem estado na base do aumento do número de pessoas com demência (Costa, 2011; Townsend, 2011). A prevalência estimada em 2010 apontou para 35,6 milhões de pessoas no Mundo com esta síndrome, afetando 4,7% dos indivíduos com mais de 60 anos (Alzheimer's Disease International (ADI), 2012). Para a Europa, na mesma época foram determinados 7,3 milhões de casos, dos quais 153,000 em Portugal (Alzheimer Portugal, 2009).

A demência é uma síndrome causada por doenças que afetam a memória, o pensamento, o comportamento, a independência e a autonomia (ADI, 2012; Sequeira, 2010a). A deteriorização gradual destas capacidades, em associação com as consequências do processo de envelhecimento, conduz a significativas alterações no contexto familiar pela necessidade de se fazerem diversos ajustes que permitam assumir os cuidados que estas pessoas requerem no seu quotidiano (Costa, 2011; Sequeira, 2010a). Assim, emerge a definição de familiar cuidador,

¹ A redação deste relatório seguiu as orientações da *American Psychological Association* (2014); do Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações da ESEL (Godinho, 2013) e do Regulamento de Mestrados da ESEL (2013).

enquanto elemento da família, amigo ou vizinho que tem uma relação pessoal significativa e providencia cuidados a uma pessoa com uma doença crónica ou incapacitante (Family Caregiver Alliance, 2006; Sequeira, 2010a). As exigências colocadas a quem presta cuidados são elevadas e podem fomentar comportamentos abusivos (World Health Organization (WHO), 2011). Compete aos enfermeiros avaliarem as necessidades destes familiares cuidadores e intervirem na redefinição do seu papel, objetivando o bem-estar, domínio de novos comportamentos e satisfação nas relações interpessoais (Meleis, 2010). No caso particular das pessoas idosas com demência, o ónus associado à prestação de cuidados aumenta o risco de vitimização em contexto familiar², comparativamente à população geriátrica em geral (Cooper, Selwood, Blanchard, Walker & Blizard 2009; Garrett, 2005; Selwood & Cooper, 2009; Sequeira, 2010a; WHO, 2011).

O abuso da pessoa idosa tem sido alvo de uma maior projeção mediática nos últimos anos. Ele é definido como o ato único ou repetido, ou ainda, a ausência de ação apropriada, ocorrido numa relação de confiança e que causa sofrimento ou angústia numa pessoa com mais de 60 anos (WHO, 2011). A WHO (2011) afirma que na Europa, a cada ano, 4 milhões de pessoas idosas sejam abusadas. Em Portugal, a prevalência deste fenómeno foi calculada em 12,3% (Gil, Santos, Kislaya, & Nicolau, 2014). Desta problemática resulta um incremento de legislação e políticas de saúde que destacam a urgência da prevenção do abuso por parte da sociedade e dos profissionais que cuidam da população geriátrica. Neste domínio referimo-nos ao envelhecimento ativo, perspetivado como a otimização das oportunidades de saúde, de forma a promover a participação dos indivíduos na escolha de um estilo de vida saudável (Ribeiro & Paúl, 2011; WHO, 2005).

Em Portugal, o IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica 2011-2013 e o V Plano Nacional Contra a Violência Doméstica e de Género 2014-2017 assumem-se como políticas de combate a todas as formas de violação dos direitos humanos fundamentais. Estes dois planos destacam a relevância das ações de sensibilização sobre o abuso à pessoa idosa; das intervenções de redução e alteração dos

² A expressão *contexto familiar* utilizada neste relatório compreende o microsistema onde os elementos da família (num sentido amplo que inclui todas as pessoas significativas) interagem entre si e desenvolvem os seus papéis, de acordo com as funções e finalidade do sistema familiar (Figueiredo, 2012). Deste modo, entendemos o abuso/vitimização em contexto familiar como o comportamento perpetrado pelo familiar cuidador à pessoa idosa no seu domicílio.

comportamentos abusivo a vítimas particularmente vulneráveis³ e da capacitação dos profissionais de saúde para a avaliação do risco e intervenção junto da vítima e agressor (Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010 de 17 dezembro; Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2013 de 31 de dezembro). Também o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas 2004-2011, à época, considerou como relevantes as intervenções promotoras da informação, deteção e orientação sobre a vitimização (Ministério da Saúde, 2004). Num contexto mais local, várias Câmaras Municipais têm desenvolvido planos nesta área (Câmara Municipal da Amadora, 2011; Câmara Municipal de Lisboa, 2014).

No campo legislativo o abuso evidencia-se no Artigo 152.º da Lei n.º 59/2007 de 4 de setembro e na Lei n.º 112/2009 de 16 de setembro, que consideram as pessoas idosas como vítimas especialmente vulneráveis e identificam a necessidade de formação dos profissionais de saúde na deteção precoce e sensibilização para a denúncia de casos de violência doméstica. Por último, relembramos que os enfermeiros têm definido no Código Deontológico o dever de defesa da dignidade e direitos da pessoa idosa, através da promoção da sua independência física, psíquica e social e o autocuidado (Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro).

Enquanto enfermeiros que pretendem especializar-se na área da saúde da pessoa idosa não devemos ignorar a relevância do abuso na população geriátrica. Este constitui um sério problema de saúde pública que afeta o bem-estar físico e mental e que, quando não controlado, induz à diminuição da qualidade e esperança de vida (WHO, 2011). Do mesmo modo, não podemos desmarcar-nos da responsabilidade de intervir ao nível da prevenção primordial, primária, secundária, terciária e quaternária deste fenómeno (Almeida, 2005, Phelan, 2010).

Perante esta problematização, e na sequência do diagnóstico da situação efetuado numa equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) de Lisboa e da auto-avaliação como enfermeiro proficiente (Benner, 2001) em cuidados de saúde primários, traçámos um projeto de estágio intitulado "**Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência: a parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si**". Este projeto teve em consideração o

³ A vulnerabilidade designa a suscetibilidade das pessoas a problemas e/ou danos de saúde. Este é um atributo dos seres humanos devido ao simples facto de estarem vivos. Todavia, além desta vulnerabilidade intrínseca, algumas pessoas podem ser afetadas por circunstâncias desfavoráveis (e.g. doenças crónicas; dificuldades geográficas; educação e pobreza) que as tornam mais expostas a adversidades (Kottow, 2003).

desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na vertente pessoa idosa, devendo este profissional apresentar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão substanciados em intervenções como perito à pessoa idosa e seus significantes, numa perspetiva holística, nos diferentes níveis de prevenção e contextos (OE, 2010; ESEL 2013).

De igual modo, valorizámos as competências de mestre que englobam a compreensão e resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares; a integração de conhecimentos, gestão de questões complexas e a criação de soluções ou emissão de juízos; comunicação de conclusões, conhecimentos e raciocínios e a aprendizagem ao longo da vida, de forma auto-orientada (Decreto-Lei n.º 76/2006 de 24 de março). Assim, definimos como **objetivos gerais** para este projeto: desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e família; desenvolver competências na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar e desenvolver competências na equipa de enfermagem para a prevenção do abuso à pessoa com demência em contexto familiar. Para a concretização destes objetivos adotámos a metodologia de projeto que se centra na resolução de problemas e permite o desenvolvimento de competências pela realização de projetos numa situação concreta (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Com o presente relatório, estruturado em 3 pontos, pretendemos dar a conhecer o trabalho e as competências desenvolvidas com a concretização do projeto de estágio. No primeiro ponto identificamos a problemática e o diagnóstico da situação no contexto da prática, os quais justificaram a implementação do projeto. No segundo apresentamos o quadro de referência que teve por base a revisão da literatura e clarifica conceitos centrais, tais como a vulnerabilidade e os cuidados centrados na pessoa idosa com demência; a transição situacional experienciada pelo familiar cuidador; o abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar e os cuidados de enfermagem em parceria na prevenção do abuso. O último ponto é dedicado à discussão da metodologia do projeto, que inclui as opções metodológicas, a caracterização do local de estágio, as questões éticas e ainda os objetivos, as atividades desenvolvidas e as aprendizagens adquiridas.

1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO/JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

O envelhecimento da população mundial tem conduzido ao aumento do número de pessoas que vive na comunidade com o suporte de um familiar cuidador (WHO, 2012). Este confronta-se com dificuldades sociais, físicas, psicológicas, emocionais e financeiras, as quais podem motivar a perpetração de abuso, especialmente dirigido às pessoas idosas com demência (Landenburger & Campbell, 2011). As intervenções de enfermagem que atenuam estes fatores de risco contribuem para impedir tais comportamentos (Phelan, 2010). Neste sentido têm sido produzidas orientações que reforçam a necessidade destes profissionais de adotarem um papel ativo na prevenção da vitimização, especialmente em grupos vulneráveis. São disto exemplo as orientações da *World Health Organization*, do IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica 2011-2013 e do V Plano Nacional Contra a Violência Doméstica e de Género 2014-2017 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010 de 17 dezembro; Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2013 de 31 de dezembro; WHO, 2011). Diversos autores destacam ainda a posição privilegiada e o papel importante dos enfermeiros da comunidade em todos os níveis de prevenção do abuso à pessoa idosa (Almogue, Weiss, Marcus & Bellosesky, 2010; Bomba, 2006; Landenburger et al., 2011; Phelan, 2010).

Tendo como intuito identificar no contexto da prática a problemática em estudo e as intervenções de prevenção desenvolvidas pelos enfermeiros da comunidade, realizámos um trabalho de campo numa ECCI da região de Lisboa. Esta é uma equipa multidisciplinar que assegura cuidados domiciliários na área da saúde ou serviço social a pessoas em situação de dependência, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede social e cuja situação não requer tratamento mas impede a deslocação de forma autónoma (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho). Esta escolha prendeu-se com informação prévia de que parte dos clientes são pessoas idosas com diagnóstico clínico de demência e que há um histórico de casos de suspeita de perpetração de abuso por parte de familiares cuidadores.

Com o trabalho de campo, concretizado numa análise documental dos registos e colheita de dados do processo de enfermagem e em entrevistas semidirigidas aos

enfermeiros e assistentes sociais, verificámos que a informação referente ao abuso não era sistematizada e partilhada de igual modo por todos os profissionais; que não era utilizado nenhum instrumento, norma ou orientação na avaliação e gestão dos casos de suspeita de abuso; e a ação desta equipa obedecia a uma filosofia de agir ético e profissional que os incumbia da denúncia e referenciação, mas não tinham desenvolvidas as competências para uma intervenção holística nos casos de vitimização.

O confronto destes dados com a literatura sugeriu-nos que a sua ação poderia estar comprometida pela inexistência de um modelo de cuidados norteador na avaliação dos fatores de risco e sinais e/ou sintomas de abuso e consequentes intervenções apropriadas (Almogue et al., 2010; Ferraz, Lacerda, Labronici, Maftum & Raimondo, 2009). Por isso impunha-se a sua capacitação através de formação e treino adequado nesta área, o que lhes permitiria desenvolver, para além das ações técnicas, uma relação de cuidado vinculada com a pessoa idosa com demência e o familiar cuidador no sentido de criar condições para modificar os fatores de risco do abuso, intervindo deste modo na prevenção deste tipo de comportamentos.

Paralelamente ao diagnóstico da situação no contexto da prática e dado que o CMEMC é um processo ativo de aquisição e desenvolvimento de competências, considerámos importante realizar uma reflexão sobre a nossa formação académica e experiência profissional. Como enfermeiro licenciado com seis anos de exercício numa ECCI enquadro-me, segundo o modelo de Dreyfus, no nível de enfermeiro proficiente (Benner, 2001). Reconheço, no entanto que, por vicissitude da minha permanência na ECCI, possuía as competências de prestação de cuidados noutras áreas da enfermagem pouco desenvolvidas. Ao mesmo tempo não detinha conhecimentos ou experiência que me permitissem ter uma intervenção sistematizada na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência, aspetos estes que considero serem importantes numa prática de cuidados de qualidade. Com isto identificámos a necessidade de adquirir novos conhecimentos e habilidades na área da pessoa idosa e noutros contextos da prática, nomeadamente em âmbito hospitalar.

Tendo como ponto de partida este diagnóstico da situação elaborámos um projeto de estágio que foi implementado na ECCI durante o 3.º semestre do CMEMC. Este compreendeu o desenvolvimento de competência como mestre e especialista ao

nível da prática clínica, da formação, da investigação e da gestão e na área dos cuidados de saúde à pessoa idosa, nomeadamente na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência cuidada em contexto familiar (Gomes, 2013). É também nossa intenção com este projeto contribuir para a melhoria das práticas de cuidados no domínio do abuso verificadas na ECCI, fomentando a qualificação dos seus elementos e a dinamização de intervenções específicas ao nível da prevenção primária (atuação sobre as causas e fatores de risco) e da prevenção secundária (identificação precoce das situações de abuso e intervenção precoce) (Almeida, 2005; Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010 de 17 dezembro; Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2013 de 31 de dezembro).

O próximo ponto deste relatório centra-se na apresentação do quadro de referência que suportou o projeto de estágio, compreendendo os cuidados de enfermagem centrados na pessoa idosa com demência; a transição para o papel de familiar cuidador; o abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar e o modelo de intervenção em parceria como estratégia para a sua prevenção.

2. QUADRO DE REFERÊNCIA

Neste ponto apresentamos o quadro de referência do projeto de estágio, construído a partir da revisão da literatura com base numa revisão sistemática e que permitiu compreender os conceitos associados à problemática do abuso à pessoa idosa com demência e conhecer as intervenções de enfermagem adequadas à sua prevenção (Fortin, Côté, & Fillion, 2009). Assim começamos por analisar os cuidados centrados na pessoa idosa com demência, seguindo-se a análise da transição situacional experienciada pelo familiar cuidador e a caracterização do abuso à pessoa com demência em contexto familiar. Por último, focamos o contributo do modelo de intervenção em parceria para a sua prevenção.

2.1. Cuidados de Enfermagem Centrados na Pessoa Idosa com Demência

A demência é uma síndrome que resulta de uma diversidade de patologias e que se caracteriza clinicamente pelo desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos que envolvem diminuição da memória e, pelo menos, uma perturbação cognitiva, tal como: a apraxia, a afasia, a agnosia ou as perturbações da capacidade de execução. A gravidade destes sintomas cognitivos conduz à diminuição do funcionamento ocupacional ou social, representando um declínio em relação a um nível prévio de funcionamento (American Psychiatric Association, 2002).

Da estimativa de 35,6 milhões de pessoas com demência no Mundo em 2010, grande parte sofre de doença de Alzheimer, demência vascular, demência dos corpos de Lewy ou demência frontotemporal (ADI, 2012). Na Europa, os dados apontam para 7,3 milhões de pessoas com demência e em Portugal 153,000, das quais 90,000 com doença de Alzheimer (Alzheimer Portugal, 2009). Apesar da idade de início dos sintomas depender da etiologia, é conhecido que a demência afeta principalmente pessoas com mais de 65 anos (ADI, 2012).

As alterações cognitivas, e as de conduta social e psicopatológicas verificadas nesta síndrome comprometem a capacidade funcional e agravam as consequências do envelhecimento. A pessoa perde gradualmente as aptidões para planear o seu

quotidiano e exercer as suas atividades de vida diária (AVD), requerendo, por isso, cada vez mais ajuda para suprimir as suas necessidades (Garrett, 2005).

Perante a perda de funcionalidade e numa cultura de cuidados de saúde que sobrevaloriza as aptidões físicas e a ação de cura, a pessoa idosa com demência tende a ser desvalorizada (Dewing, 2008). Os enfermeiros podem contribuir para mudar este paradigma se centrarem os seus cuidados na *pessoa*. O conceito de *pessoa* empregue neste relatório remete para a valorização da personalidade, enquanto reconhecimento das perspetivas de vida do ser humano e conscientização do significado da experiência vivida pelo cliente (Dewing, 2008). Isto significa admitir que a pessoa com demência possui um passado, uma cultura, um papel na sociedade, uma vida espiritual, que estabelece relações com os outros, que pode fazer coisas e ter atividades de lazer e que percebe o seu futuro (Dewing, 2008).

Para McCormack (2003), a cultura de cuidados centrados na pessoa apoia-se em cinco pilares: o esclarecimento fléxivel (facilitação da tomada de decisão através da partilha de informação); a reciprocidade (reconhecimento dos valores da pessoa na tomada de decisão); a transparência (explicação das intenções e motivações para a ação dos cuidados); a negociação (participação do cliente e valorização dos seus pontos de vista como legítimos para a tomada de decisão) e a compreensão empática (reconhecimento da singularidade do cliente como oportunidade para maximizar o seu potencial de desenvolvimento). O respeito por estes valores permite um plano de cuidados que favorece a autonomia e contempla os desejos, os hábitos e o projeto de vida e saúde do cliente. Estes são aspetos que promovem a saúde, o bem-estar e a dignidade da pessoa idosa com demência (Burton, 2008; Melo, 2005).

Após a análise do impacto que a demência tem na qualidade de vida da pessoa idosa e da relevância dos cuidados centrados, iremos no ponto seguinte demonstrar a transição situacional vivida pelo familiar cuidador.

2.2. Transição para o Papel de Familiar Cuidador da Pessoa Idosa com Demência

A família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, assume-se como o lugar privilegiado de suporte à vida e à saúde dos seus elementos (Figueiredo, 2012). Contudo, as alterações ocorridas na sociedade portuguesa nas últimas décadas (e.g. diminuição de famílias alargadas; participação da mulher no mercado de

trabalho) conduziram a significativas mudanças na estrutura e funções da família, limitando a sua capacidade de ajuda (Figueiredo, 2012; Sequeira, 2010a).

As orientações internacionais sublinham que a institucionalização da pessoa com demência deve ser considerada o último recurso, uma vez que a permanência na comunidade e a participação da família nos cuidados contribui para a independência, dignidade e sensação de bem-estar (Jokinen, Janicki, Keller, McCallion, & Force, 2013; The British Psychological Society and Gaskell, 2007). No entanto, esta opção acarreta sérias repercussões no seio da família. A perda progressiva das capacidades do doente leva a que alguém, de forma natural ou não, assuma os cuidados necessários, emergindo daí a figura do familiar cuidador (Figueiredo, 2012; Garrett, 2005). Este, que é definido como qualquer parente, amigo ou vizinho que tem uma relação pessoal significativa e que providencia assistência a uma pessoa idosa ou a um adulto com doença crónica ou incapacitante, vivencia uma transição situacional ao confrontar-se com o processo de mudança do seu papel prévio (e.g. esposa; filha) para o de prestador de cuidados (Family Caregiver Alliance, 2006; Meleis & Trangenstein, 2010).

O conceito de transição compreende uma alteração no estado de saúde, no desempenho de papéis, de expectativas ou de capacidades, implicando necessidades em todos os aspetos humanos, o que exige que a pessoa incorpore um novo conhecimento para alterar um comportamento e assim, mudar a definição de si próprio no contexto social (Meleis, 2010). Perante isto, os enfermeiros têm a oportunidade de *"assess the client's psychosocial needs during role transitional periods and provide the necessary interventions based upon the individual's needs and deprivations created by role transitions"* (Meleis, 2010, p.13).

Brown e Stetz (1999), citados por Brito (2002), destacam que a prestação de cuidados reflete-se na qualidade de vida de quem cuida, pois engloba mais do que aspetos instrumentais e físicos, como a higiene ou a medicação. É também requerido um esforço psicológico, emocional, social e financeiro que frequentemente não é reconhecido ou recompensado. Perante estas circunstâncias, o familiar cuidador pode, se não tiver expectativas clarificadas, conhecimentos, valores e habilidades essenciais para o desempenho do seu novo papel, incorrer em stresse e manifestar mal-estar físico e psicológico e comportamentos violentos contra si e contra outras pessoas (Kelley & Lakin, 2010).

O conjunto das respostas às exigências do cuidar denomina-se sobrecarga do cuidador e esta subdivide-se em sobrecarga objetiva e subjetiva (Brito, 2002; Eters, Goodall & Harrison, 2008; Sequeira, 2010b). Enquanto a sobrecarga objetiva se associa às atividades que o familiar cuidador realiza e às suas repercussões na vida familiar, a subjetiva prende-se com a resposta emocional, em consequência da sensação de opressão e desânimo provocada pelo ato de cuidar (Pereira, 2013).

A este respeito a literatura revela que quem cuida de pessoas idosas com demência, quando é avaliado com a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) (Anexo I), apresenta pontuações mais elevadas do que quem cuida de pessoas idosas sem demência, o que parece estar em parte relacionado com aspetos particulares da doença que afetam o comportamento e o relacionamento interpessoal (Hatcher, 2009; Sequeira, 2010a). Face a estes resultados, importa considerar o familiar cuidador como um alvo prioritário para a intervenção, de forma a evitar a sobrecarga e promover a dignidade e a qualidade dos cuidados da pessoa de quem cuida.

No seguimento do estudo sobre o papel de familiar cuidador, procuramos no próximo ponto evidenciar como esta transição pode condicionar a perpetração de abuso.

2.3. Abuso à Pessoa Idosa com Demência em Contexto Familiar

O fenómeno da violência⁴ é transversal a todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas e impele enormes consequências na saúde e bem-estar das pessoas (Ferraz et al., 2009; Lachs & Pillemer, 2004).

Este trabalho suporta-se no conceito de abuso à pessoa idosa enquanto ato único ou repetido, ou ainda, a ausência de ação apropriada que causa dano, sofrimento ou angústia numa pessoa com mais de 60 anos e que ocorre dentro de um relacionamento de confiança (WHO, 2011). Consideramos que esta conceção ajusta-se ao fenómeno que problematizamos, por advir da relação de proximidade e confiança que a pessoa idosa com demência tem com o familiar cuidador.

O quadro concetual deste trabalho apoia-se ainda na classificação dos sete tipos de abuso à pessoa idosa não institucionalizada do *National Center on Elder Abuse* (2013): abuso físico (uso da força física que pode resultar em lesões físicas, dor física ou incapacidade); abuso sexual (ato sexual não consentido de qualquer tipo);

⁴ A violência foi definida pela WHO (1996) como o uso intencional da força física ou poder, de uma forma real ou sob a forma de ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, ou um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha elevada probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação.

abuso emocional (infilção de angústia, dor ou aflição por forma verbal ou não verbal); exploração material ou financeira (uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedade ou bens); abandono (deserção de junto da pessoa idosa daquele que tem a sua custódia física ou que assumiu a responsabilidade de lhe prestar cuidados; negligência (recusa ou ineficácia para satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com a pessoa idosa); e autonegligência (comportamento de ameaça à sua própria saúde ou segurança).

Na senda de compreender a vitimização da pessoa idosa foram concebidos modelos teóricos que procuram explicar este comportamento. O modelo ecológico explana o abuso como resultado da interação entre fatores de ordem individual (intrínsecos ao indivíduo e que aumentam a probabilidade de ser vítima ou perpetrador); das relações sociais (forma como as relações próximas aumentam o risco para vitimização e perpetração); do contexto comunitário (influência das características do contexto no abuso) e de ordem social (forma como as normas culturais, políticas de saúde, educacionais e sociais potenciam ou previnem o abuso) (WHO, 1996, 2011). Outros modelos explicativos conhecidos são: o modelo de stresse situacional; o modelo da troca social; o modelo de violência transgeracional; o modelo de violência bidirecional e o modelo da psicologia do perpetrador (Ferreira-Alves, 2005).

A amplitude do fenómeno do abuso não está claramente definida, mas estima-se que na Europa, a cada ano, quatro milhões de pessoas idosas sejam abusadas (WHO, 2011). Em Portugal, o mais recente estudo sobre a violência na população com 60 ou mais anos, avaliou em 12,3% a prevalência deste tipo de comportamentos perpetrados por pessoas próximas (e.g. família, amigos e/ou profissional remunerado) nos últimos 12 meses (Gil, et al., 2014). Esta investigação identificou o abuso emocional e a exploração material e/ou financeira como os mais praticados (6,3%) e o abuso físico (2,3%), a negligência (0,4%) e o abuso sexual (0,2%) como os menos frequentes. Uma outra pesquisa portuguesa, que contou com 1586 mulheres com mais de 60 anos não institucionalizadas, revelou que 39,4% experienciaram algum tipo de vitimização nos últimos 12 meses, sendo o abuso emocional o mais reportado (32,8%) (Ferreira-Alves & Santos, 2011). A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2014) completa a caracterização da prevalência do abuso ao revelar que, das 8733 vítimas apoiadas em 2013, 8,9% foram pessoas

com mais de 65 anos, a viver numa família nuclear com filhos (43%), o autor foi o cônjuge (30,7%) e o local foi a residência comum (54,1%).

Em paralelo à compreensão dos conceitos do abuso, dos seus modelos explicativos e prevalências, importa conhecer os fatores que contribuem para a ocorrência deste fenómeno. Uma revisão sistemática da literatura (RSL), que examinou 49 artigos publicados em língua inglesa até março de 2011, identificou 13 fatores de risco para o abuso às pessoas idosas não institucionalizadas (Johannesen & Logiudice, 2013). Os resultados suportam a etiologia multifatorial do abuso ao envolverem fatores associados à pessoa idosa (capacidade cognitiva, problemas de comportamento, doença psiquiátrica ou problemas psicológicos, dependência funcional, debilidade física ou fragilidade, baixos rendimentos ou riqueza, experiência passada de abuso e etnia); fatores associados ao perpetrador (sobrecarga ou stresse do familiar cuidador, doenças psiquiátricas ou problemas psicológicos); fatores do relacionamento (desarmonia familiar, relações disfuncionais ou conflituosas) e meio ambiente (baixo suporte social e partilha de casa) (Johannesen et al., 2013). Numa investigação realizada em Portugal, concluiu-se que a menor escolaridade, a dependência nas AVD e a idade maior que 76 anos foram os aspetos que surgiram mais associados à condição de ser vítima (Gil et al., 2014).

A literatura salienta que as pessoas idosas vulneráveis, como por exemplo, as que têm demência, estão particularmente expostas ao abuso (Cooper, et al., 2009; Pérez-Rojo, Izal, Montorio & Penhale, 2009; WHO, 2011). Esta informação é corroborada por uma RSL que avaliou 353 artigos científicos de vários países do Mundo e que concluiu que 25% das pessoas idosas vulneráveis sofreram algum tipo de abuso no último mês, ao passo que na população idosa em geral esse valor foi de 6% (Cooper, Selwood e Livingston, 2008). Outra investigação, realizada em Londres com 220 familiares cuidadores que responderam ao *Modified Conflict Tactics Scale*⁵ (MCTS) (Anexo II), procurou retratar a prevalência do abuso à pessoa idosa com demência e aferiu que 52% dos participantes relataram ter praticado algum comportamento abusivo (Cooper et al., 2009). Pesquisas semelhantes realizadas nos continentes americano e asiático identificaram prevalências entre 15,4% e 47,3% (Yan & Kwok, 2011; Wigglesworth et al., 2010; Kishimoto et al., 2013)

⁵ A MCTS é uma escala de auto-avaliação do abuso que inclui dez comportamentos potencialmente prejudiciais (sob a forma verbal, psicológica ou física), que os familiares cuidadores podem manifestar durante a prestação de cuidados e, por isso, permite estimar a perpetração deste fenómeno no contexto familiar (Beach, et al., 2005).

A maior prevalência do abuso às pessoas idosas com demência relativamente à população geriátrica em geral parece estar associada a fatores de risco próprios que precipitam esta conduta (Kishimoto et al., 2013). Estudos nesta área sugerem que os fatores relacionados com o familiar cuidador são: o gênero masculino; a insuficiência de contactos sociais; o número de horas de cuidados prestados; o estado emocional (diagnóstico de ansiedade e/ou depressão); a partilha de habitação com a pessoa idosa; a quantidade/número de horas de suporte formal e informal recebido; a sobrecarga objetiva; o stresse relacionado com os comportamentos agressivos e desafiantes manifestados pela pessoa de quem cuidam; a utilização de estratégias de *coping* disfuncionais; a relação conflituosa com a pessoa com demência e as expectativas do próprio desempenho de papel. Por outro lado, os fatores de risco associados à pessoa idosa com demência são: a deterioração cognitiva; a manifestação de SCPD; a frequência dos comportamentos de agitação e agressividade (verbal e físico) e a relação conflituosa com o familiar cuidador (Cooper, et al., 2010; Johannesen et al., 2013; Kishimoto, et al., 2013; Pérez-Rojo, et al., 2009; Wiglesworth et al. 2010; Yan et al., 2011).

No seguimento da análise sobre o impacto da demência na pessoa idosa e no familiar cuidador e a sua relação com o abuso, procuramos no próximo ponto refletir sobre a possível ação do enfermeiro na prevenção destes comportamentos, tendo por base o modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2013).

2.4. Cuidados de Enfermagem em Parceria na Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa com Demência em Contexto Familiar

Face às prevalências e aos fatores de risco de abuso apresentados no ponto anterior, o enfermeiro que desenvolve a sua prática na comunidade precisa de ter consciência da possibilidade dos seus clientes, em qualquer circunstância estarem em risco ou serem abusados pelos familiares cuidadores (Phelan, 2010).

A visita domiciliária⁶ possibilita uma intervenção⁷ em todos os níveis de prevenção⁷ deste fenómeno (Almogue et al., 2010; Bomba, 2006; Landenburger et al., 2011;

⁶ A visita domiciliária compreende um conjunto de ações interligadas, articuladas e sistematizadas, empenhadas no domicílio, com o objetivo de promover e/ou restabelecer a saúde dos clientes no seu contexto socioeconómico, cultural e familiar (Sossai & Ione, 2010).

⁷ Não obstante de reconhecermos a importância de todos os níveis de prevenção, neste quadro de referência destacamos a prevenção primária e secundária do abuso por considerarmos que são os que mais se relacionam com os objetivos e atividades do projeto de estágio.

Phelan, 2010). Contudo esta ação pode ser dificultada por barreiras à divulgação do abuso em contexto familiar, tais como: as relações de amor-ódio entre vítima e perpetrador; a vergonha da pessoa idosa em admitir a vitimização e o receio de que a divulgação seja um catalisador deste comportamento ou conduza à institucionalização. Por outro lado também existem constrangimentos associados ao próprio profissional de saúde que se confronta com a necessidade de conjugar o dever de defesa da dignidade e os direitos da pessoa idosa com o respeito e valorização do familiar cuidador, compreendendo que é o comportamento e não a pessoa que deve ser condenado (Landenburger et al., 2011; Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro; Phelan, 2010). Os clientes precisam de ser reconhecidos como responsáveis pelo seu projeto de vida e saúde e investidos de poder para suportarem os processos de tomada de decisão, o que implica um conhecimento detalhado da pessoa idosa e do familiar cuidador. Tal permitirá estabelecer uma relação de confiança, de partilha de poder e ação negociada, ou seja, uma relação de parceria (Gomes, 2013).

A prevenção primordial do abuso faz-se pela diminuição da vulnerabilidade da pessoa idosa através da disponibilização de informação que modifique a sua imagem e estatuto na sociedade e formação dos profissionais (e.g. campanhas publicitárias e conferências sobre o abuso) (Almeida, 2005; WHO, 2011).

Na prevenção primária procura-se evitar o aparecimento de casos de abuso atuando sobre as causas e fatores de risco (Almeida, 2005; Bernal & Gutiérrez, 2005). É por isso essencial conhecer a identidade e avaliar os problemas da pessoa idosa e do familiar cuidador, a situação sócio-familiar, o contexto da doença, as redes de apoio e recursos materiais, bem como as suas respostas face às necessidades e dificuldades da prestação de cuidados (Almeida, 2005; Gomes, 2013; Phelan, 2010).

A exploração dos fundamentos que em cada situação particular podem propiciar comportamentos abusivos é facilitada por instrumentos que se centram na triagem de indicadores de risco de abuso, mesmo na ausência de sinais evidentes ou quando a pessoa idosa não os pode denunciar (Ferreira-Alves, 2005). A identificação de tais fatores de risco não é uma declaração de vitimização, mas constitui um importante sinal de alerta que incumbe o profissional de saúde a intervir, até porque a investigação demonstra que muitas das pessoas em risco serão realmente abusadas no futuro (Cohen, 2011). Neste campo, o *Indicators of Abuse*

Screen (IOA)⁸ (Anexo III) da autoria de Reis e Nasmiash (1998) é o primeiro instrumento validado especificamente para a avaliação dos fatores de risco de abuso à pessoa idosa no domicílio e contempla uma lista de 27 indicadores ordenados pelo seu grau de importância (Cohen, 2011; Reis et al., 1998). No contexto deste trabalho, o IOA tem como fraqueza o fato de não ser específico para triar o abuso à pessoa idosa com demência, daí ser importante o conhecimento dos fatores de risco específicos para esta população que são apresentados no ponto 2.3. Na prevenção secundária atua-se na identificação das situações de abuso já instaladas, na intervenção precoce e também na evitação de reincidência e consequências mais graves (Bernal & Gutiérrez, 2005; Phelan, 2010). Numa perspetiva de melhoria dos cuidados é essencial que os enfermeiros e demais profissionais da equipa de saúde multidisciplinar sejam capazes de reconhecer as situações de abuso, de proporcionar um acompanhamento adequado e de referenciar estes casos (Almeida, 2005; Bernal et al., 2005; Bomba, 2006; Imbody & Vandsburger, 2011). Neste domínio, o *Elder Assessment Instrument* (EAI) (Anexo IV) é um instrumento de triagem composto por 41 itens integrados em sete subescalas que identificam sinais, sintomas e queixas subjetivas de abuso (nas suas formas de abuso físico, negligência, exploração material ou financeira e abandono) (Fulmer, 2008). Este foi construído para indicar a necessidade de uma avaliação com maior detalhe em cada situação e não como uma deteção definitiva de abuso, daí que da sua aplicação não se obtenha uma pontuação final (Fulmer, 2008). A validação do EAI para a população portuguesa obteve resultados positivos na aceitabilidade, compreensibilidade e facilidade de aplicação em contexto clínico (Fernandes & Gonçalves, 2014). À semelhança do IOA, também o EAI não se destina a ser utilizado em pessoas idosas com demência. Todavia reconhecemos a sua utilidade no auxílio da avaliação da vitimização desta população.

Estabelecer uma relação de parceria é compreender as significações da pessoa, dos seus valores e fundamentos que suportam o seu comportamento (Gomes, 2013). Assim, uma vez concluída a apreciação dos fatores de risco e sinais e/ou sintomas relevantes em cada situação, o enfermeiro deve procurar discutir com os clientes os problemas que precipitam a conduta abusiva e informar, sugerir e negociar ações que suportem o familiar cuidador no desempenho de papel, melhorem a capacidade

⁸ Dado no decurso do projeto de estágio não termos localizado nenhuma publicação relativa à validação para a população portuguesa do IOA, optámos por apresentar uma tradução literal do original em língua inglesa.

funcional da pessoa idosa com demência e as relações interpessoais (Bernal et al., 2005; Landenburger et al., 2011). Desta forma demarca-se de atitudes meramente acusativas ou de referenciação para outros profissionais e atua ativamente na prevenção primária e secundária através da redução e/ou eliminação dos fatores que precipitam os comportamentos abusivos.

A prevenção terciária consubstancia-se na redução de situações de abuso já identificadas ou consequências mais gravosas. Nesta fase elaboram-se protocolos de referenciação entre instituições e de avaliação e intervenção de acordo com os recursos disponíveis para apoiar os clientes (Almeida, 2005; Bernal et al., 2005).

Por último, na prevenção quaternária procura-se evitar os danos iatrogénicos infligidos por familiares cuidadores ou profissionais que, apesar de bem-intencionados, estão mal preparados para o desempenho do seu papel. Este nível reforça a importância de dotar estas pessoas de conhecimentos, habilidade e recursos necessários para uma prestação de cuidados de qualidade às vítimas e perpetradores de abuso (Almeida, 2005; Reilly & Gravdal, 2012).

Da análise do cuidado de enfermagem nos quatro níveis de prevenção do abuso, compreendemos que este se faz com respeito pela individualidade e subjetividade do cliente e com base numa ação negociada, na qual o modelo de intervenção em parceria pode servir de alicerce (Gomes, 2013). Este modelo combustancia-se em cinco fases: revelar-se (o enfermeiro mobiliza as suas competências comunicacionais para se dar a conhecer e conhecer a outra pessoa); envolver-se (com o tempo e espaço necessários desenvolve-se uma relação de confiança); capacitar (ação conjunta no desenvolvimento de competências do cliente para agir e decidir) *ou* possibilitar (o enfermeiro ajuda o familiar cuidador a construir capacidades para cuidar do Outro); comprometer-se (desenvolvimento de esforços conjuntos para atingir os objetivos definidos); assumir o cuidado de Si próprio (o cliente consegue gerir a sua situação, manifestando conforto e bem-estar) *ou* assegurar o cuidado do Outro (o familiar cuidador adquire capacidade para ajudar a cuidar da pessoa idosa com demência) (Gomes, 2013).

Na sequência da exposição do quadro de referência que suporta este projeto, apresentamos no próximo ponto a metodologia que foi utilizada na sua operacionalização.

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

O desenvolvimento deste trabalho assentou na metodologia de projeto, entendida como uma ação centrada na resolução de problemas e potenciadora da aquisição de capacidades e competências por meio da realização de projetos numa situação real (Ruivo et al., 2010). Segundo Ruivo et al. (2010), esta metodologia é constituída por várias fases: elaboração do diagnóstico da situação (apresentado no ponto 1 deste documento); planificação das atividades, meios e estratégias (definidos no documento do projeto de estágio redigido no 2.º semestre); execução das atividades (realização do planeado em período de estágio); avaliação (verificação da consecução dos objetivos definidos) e divulgação dos resultados (elaboração deste relatório final de estágio e a sua discussão pública). Assim, considerámos que a metodologia de projeto se adaptava à problemática em estudo, ao diagnóstico de situação aferido e era facilitadora do desenvolvimento de competências de mestre e enfermeiro especialista.

O projeto de estágio teve como **finalidade** desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização à pessoa idosa, considerando como referências o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (que visa a formação, a gestão, a investigação e a prestação de cuidados especializados), o Regulamento de Mestrado da ESEL e o diagnóstico da situação efetuado na ECCI (OE, 2010; ESEL, 2013). Para este projeto definimos três **objetivos gerais**:

- Desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e família;
- Desenvolver competências na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar;
- Desenvolver competências na equipa de enfermagem para a prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.

3.1. Caracterização do Local de Estágio

A fase de execução do projeto de estágio decorreu de 28 de outubro de 2013 a 14 de fevereiro de 2014 numa ECCI do distrito de Lisboa. Esta equipa integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que consubstancia-se na promoção da autonomia da pessoa em situação de dependência, garantindo que esta recupere as funcionalidades afetadas pela situação de doença, através da continuidade de cuidados sem hiatos, por meio da articulação de diferentes níveis de cuidados (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

Por definição, uma ECCI é uma equipa multidisciplinar de saúde cujos profissionais, em contexto de visita domiciliária, desenvolvem intervenções na área da saúde ou serviço social a pessoas em situação de dependência, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede social e cuja situação clínica não requer internamento mas impede a deslocação de forma autónoma (Lei n.º 101/2006 de 6 de junho).

A ECCI na qual estagiei é constituída por quatro enfermeiros, duas assistentes sociais, um psicólogo, uma fisioterapeuta e uma terapeuta ocupacional. O seu campo de atuação abrange três freguesias, totalizando uma área geográfica de 20,65 km² e uma população residente de 92,606 pessoas. Esta equipa intervém potencialmente junto dos utentes inscritos nas cinco unidades funcionais do Serviço Nacional de Saúde existentes nesta área, perfazendo 91,479 clientes, dos quais 21,37% têm 65 ou mais anos. De entre estes, a população-alvo são todas as pessoas que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e apoio social por: dependência funcional; critérios de fragilidade; doença crónica evolutiva e dependência funcional grave; doença em situação terminal; critérios de inclusão numa das unidades da RNCCI mas que recusem a admissão; alta de uma unidade de internamento da RNCCI e que necessitem de continuidade de cuidados; pessoas com alta hospitalar que necessitem de continuidade de cuidados mas que não reúnam critérios de inclusão nas unidades de internamento da RNCCI e/ou familiares cuidadores que necessitem de treino no desempenho do seu papel.

Segundo o Relatório Anual de Atividades da ECCI, no ano de 2013 foram prestados cuidados a 37 clientes, dos quais 16 eram do sexo masculino (43%) e 21 do sexo feminino (57%). A maioria com idade superior a 65 anos (95%) e dois (5%) entre os 45 e os 64 anos. Estes clientes determinaram a realização de 895 visitas

domiciliárias de enfermagem. Relativamente aos motivos das 18 altas dadas durante esse ano, seis deveram-se a internamento hospitalar (33,3%), seis à melhoria do estado de saúde (33,3%), três a transferência para outras unidades da RNCCI (16,7%) e três devido a óbito no domicílio (16,7%).

No próximo ponto discutimos as questões éticas subjacentes ao desenvolvimento do projeto de estágio na ECCI.

3.2. Questões Éticas

Para a realização do projeto de estágio foi essencial assegurarem-se os aspetos éticos a ele inerentes. Deste modo, o estágio e a implementação do projeto foram autorizados pela Sr.^a Directora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde no qual se insere a ECCI. Durante a execução das atividades foram considerados os princípios éticos e valores do Código Deontológico dos Enfermeiros e do Regulamento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, nomeadamente no que respeita ao desenvolvimento de uma prática profissional e ética no cuidado à pessoa idosa e à promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, como é o caso da prevenção e deteção precoce dos casos de abuso, de sensibilização para a denúncia e de assistência às vítimas (OE, 2009, 2010).

Também foram adotados os princípios éticos relativos ao direito à autodeterminação; à intimidade; ao anonimato e à confidencialidade; à proteção contra o desconforto e o prejuízo e a um tratamento justo e equitativo (Fortin et al., 2009). Atendemos ainda à Lei da Proteção de Dados Pessoais (Lei n.º 67/98 de 26 de outubro). Prezando estes princípios elaborámos um documento de consentimento informado e termo de responsabilidade (Apêndice I) com informação sobre os nossos objetivos e compromissos éticos e deontológicos, o qual foi assinado por todos os clientes com quem desenvolvemos intervenções.

Por último, importa sublinhar a autorização, por parte dos respetivos autores, para a utilização dos seguintes instrumentos neste projeto: ESC (Sequeira, 2010c) (Anexo I); versão traduzida e validade para Portugal do EAI (Fernandes e et al., 2014) (Anexo IV); Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) (Anexo V), Índice de Satisfação do Cuidador (CASI) (Anexo VI) e Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do Cuidador (CAMI) (Anexo VII) (Brito, 2002).

Após a análise das questões éticas subjacentes ao projeto de estágio, descrevemos e analisamos no próximo ponto as atividades, os resultados e competências desenvolvidas em cada um dos objetivos gerais anteriormente apresentados.

3.3. Objetivos, Atividades, Resultados Obtidos e Competências Desenvolvidas

No seguimento da discussão sobre a implementação do projeto de estágio, apresentamos as atividades realizadas, os resultados obtidos e as competências desenvolvidas de acordo com os objetivos gerais enumerados no ponto 3.

Quadro 1. Objetivo Geral 1 e Objetivos Específicos

Objetivo Geral 1	Objetivos Específicos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e familiar cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar um estágio de observação participante em contexto hospitalar. ▪ Intervir em parceria na capacitação da pessoa idosa e do familiar cuidador na gestão da doença crónica. ▪ Intervir em parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador na prevenção das complicações decorrentes da hospitalização.

Deste primeiro objetivo geral emergiram atividades associadas ao processo formativo, centradas na aquisição e desenvolvimento de competências específicas de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa idosa. Através destas atividades pretendemos elevar a nossa capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados adequados às necessidades de saúde das pessoas idosas com doença crónica e seu familiar cuidador, numa perspetiva holística, ao longo do ciclo de vida, nos diferentes níveis de prevenção e contextos da prática (OE, 2010).

Atividade 1 - Reflexão inicial sobre o desenvolvimento profissional, o nível de competências detidas e as competências a desenvolver enquanto mestre e enfermeiro especialista

O projeto de estágio do CMEMC pretende ser um instrumento potenciador da aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes que o mestre e enfermeiro

especialista necessita mobilizar para responder às situações complexas e singulares de prestação de cuidados. A prática reflexiva assume-se como um instrumento facilitador dessa aprendizagem, pois permite ao estudante a aquisição de um profundo conhecimento sobre os seus saberes e as suas práticas (Santos, 2009; Santos & Fernandes, 2004).

Resultados e competências desenvolvidas: Na conceção do projeto de estágio impôs-se a realização de uma reflexão sobre a experiência profissional e o nível de competências detidas como enfermeiro de cuidados gerais e os requisitos para a obtenção do título de especialista e mestre. Para isso recorri ao modelo de prática reflexiva de Johns (2000), através do qual destaquei os cinco anos de experiência numa ECCI e as minhas capacidades de planeamento e gestão do tempo e dos cuidados de acordo com as necessidades dos clientes. Deste modo autoavalei-me como enfermeiro proficiente neste contexto da prática (Benner, 2001). Não obstante desta avaliação, reconheci que, devido à permanência nesta equipa, as minhas competências de prestação direta ao nível dos cuidados de saúde diferenciados encontravam-se pouco desenvolvidas, o que representava uma fragilidade nesta área de formação especializada. Para ultrapassar este constrangimento aliei ao projeto a realização de um estágio em contexto hospitalar.

Este exercício reflexivo permitiu-me incorporar numa situação real os conhecimentos de prática reflexiva adquiridos nas unidades curriculares de Enfermagem Avançada e Supervisão Clínica. Isso coadjuvou no desenvolvimento da capacidade de análise crítica e autoconhecimento que auxiliam na identificação de lacunas na experiência profissional e agilização de estratégias para as superar. Estas competências são essenciais para o enfermeiro especialista e mestre, pois permitem a aprendizagem autónoma ao longo da vida e condicionam as relações terapêuticas e interprofissionais (Decreto-Lei n.º 76 de 24 de março; OE, 2010).

Atividade 2 - Realização de reuniões de orientação tutorial com a professora orientadora do projeto de estágio e os enfermeiros de referência

A metodologia de projeto subentende uma relação interativa, na qual os orientadores e o estudante desempenham um papel proactivo e o processo empenhado na consecução dos objetivos é tão importante quanto o resultado final. Desta forma torna-se importante a orientação e discussão dos aspetos inerentes ao projeto, no

qual se inclui a pertinência dos percursos, a gestão do tempo e as estratégias adoptadas na sua execução, entre outros, sendo certo que nada é estático e tudo pode ser optimizado para benefício da qualidade do trabalho (Ruivo et al., 2010).

Resultados e competências desenvolvidas: Durante as fases de diagnóstico e de implementação do projeto realizaram-se reuniões de orientação tutoriais, quer presenciais quer com recursos às tecnologias de informação e comunicação, com a professora orientadora da ESEL e os enfermeiros especialistas de referência da prática clínica. Estes momentos de confronto de ideias, crítica construtiva e reflexão sobre o percurso efetuado serviram de avaliações intermédias, conduzindo-nos a ajustes necessários ao sucesso do projeto de estágio e ao desenvolvimento enquanto futuro mestre e especialista (Ruivo et al., 2010).

Atividade 3 - Participação em eventos científicos relacionados com o envelhecimento e os cuidados de enfermagem à pessoa com demência

Os eventos científicos constituem uma fonte essencial na apreensão de novos conhecimentos, pois permitem a divulgação de informação, a troca de experiências entre os participantes, a atualização sobre o estado da arte e a definição de diretrizes e metas para futuras investigações, numa determinada área do saber (Lacerda, Porto & Silva, 2008; Marchiori, Adami, Ferreira & Cristofoli, 2009). Foi com este propósito que procurámos, no decurso do estágio, frequentar sessões que oferecessem subsídios ao desenvolvimento do projeto, nomeadamente para a aquisição de novos conhecimentos e referências para as atividades a promover.

Resultados e competências desenvolvidas: No dia 31 de outubro de 2013 participámos na sessão "Fragilidade: do conceito às novas intervenções em geriatria" promovida pela Unidade Universitária de Geriatria. Neste evento recordámos o conceito de fragilidade enquanto síndrome clínico definido pela presença de três ou mais dos seguintes critérios: perda intencional de peso; sensação de exaustão; fraqueza muscular; baixo nível de atividade física e lentidão na marcha (Fried et al., 2001). A participação nesta sessão alertou-nos para a importância de avaliar o risco da pessoa idosa de ser frágil e de implementar intervenções que interrompam o *Ciclo da Fragilidade* (Fried et al., 2001). A integração destes novos conhecimentos nos cuidados prestados às pessoas idosas durante o período de estágio impulsionou o desenvolvimento de competências de

enfermeiro especialista no domínio das aprendizagens profissionais (OE, 2010). A este respeito podemos reportar ao estudo de caso⁹, apresentado no Apêndice II, no qual implementámos um programa de exercício terapêutico que a literatura reconhece contribuir para a redução da fragilidade da pessoa idosa (Chou, Hwang, & Wu, 2012; Lopopolo, Greco, Sullivan, Craik, & Mangione, 2006).

A 28 de novembro de 2013 associámo-nos ao "Encontro de Profissionais - Cuidados a prestar na demência: Uma abordagem prática e integrada" organizado pelo Projeto Cuidar Melhor e pela Universidade Católica Portuguesa (Anexo VIII). Deste encontro destacamos a reflexão acerca do respeito pelos aspetos legais, éticos e deontológicos das pessoas com demência que, apesar de terem perdido algumas das suas capacidades, conservam os seus direitos fundamentais. A especificidade destas informações incrementou a nossa responsabilidade profissional, ética e legal na tomada de decisão. Com efeito, os projetos de cuidados¹⁰ em parceria implementados em estágio centraram-se na valorização da dignidade da pessoa idosa com demência e na avaliação e resolução dos problemas que ameaçavam a sua segurança, a sua qualidade de vida e o seu bem-estar.

Tendo em vista a divulgação junto da comunidade científica do trabalho desenvolvido na capacitação dos profissionais da ECCI para a prevenção primária e secundária do abuso à pessoa idosa com demência, propusémo-nos a uma comunicação sob a forma de póster (Apêndice III) no V Congresso da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, realizado entre 18 e 21 de junho de 2014.

Atividade 4 - Realização de um estágio de observação participante em contexto hospitalar

O estágio constitui um momento de observação e intervenção em contextos da prática, que tem como objetivo desenvolver as capacidades, as atitudes e as competências do estudante (Alarcão & Rua, 2005). Benner (2001, p. 203) considera que "a teoria é fundamental (...), mas há sempre numa situação elementos que a

⁹ O estudo de caso é um método de investigação que consiste no exame detalhado e completo de um indivíduo, um grupo, uma família, uma comunidade ou organização e contribui para aumentar o conhecimento referente ao cuidado de enfermagem (Benner, 2001; Fortin et al., 2009; Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

¹⁰ O projeto de cuidados compreende um processo de cuidados ou plano terapêutico, no qual as ações têm como propósito a saúde e as decisões tomadas regem-se não só pela evidência científica, mas também pelo consentimento mútuo e valorização da singularidade e liberdade dos intervenientes (Dinis, 2006; Honoré, 2002).

teoria não prevê. É este conhecimento das exceções que a experiência no terreno pode trazer". Assim, partindo da reflexão na qual reconhecemos a necessidade de desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa idosa e familiar cuidador em ambiente hospitalar (atividade 1), e de acordo com o que é preconizado pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e pelo Regulamento de Mestrado da ESEL, propusémo-nos realizar um estágio de observação participante¹¹ neste contexto da prática (ESEL, 2013; OE, 2010).

Resultados e competências desenvolvidas: Este estágio decorreu entre 30 de setembro e 27 de outubro de 2013 (num total de 100 horas) num serviço de medicina de um hospital da cidade de Lisboa e contou com a supervisão¹² do docente orientador e da enfermeira de referência da prática clínica (mestre e especialista em médico-cirúrgica na vertente da pessoa idosa).

Neste processo de aprendizagem registámos todas as observações efetuadas num diário de bordo¹³, de modo a que numa fase posterior pudéssemos organizá-las, inferi-las e discuti-las. Ao analisar essas informações, e tendo por base as dimensões formativas dos estágios clínicos enunciadas por Alarcão e Rua (2005), pudemos concluir que a gradual participação na prestação de cuidados possibilitou-nos: experienciar o contexto da prática de cuidados hospitalares (e.g. foi a primeira experiência de prestação de cuidados após profissionalização neste meio); desenvolver competências técnicas só possíveis em ambiente real (e.g. administração de hemoderivados e colheita de produtos biológicos para análise); integrar novos saberes e gerar novas formas de pensar e agir (e.g. a oportunidade de prestação de cuidados a pessoas idosas em situação de descompensação de doença crónica conduziu-nos à pesquisa bibliográfica e à aprendizagem com a enfermeira de referência para suportar a prática); mobilizar competências ao nível do conhecimento, da relação terapêutica e da ética (e.g. a realização de projetos de

¹¹ Na observação participante o estudante transcende o papel de mero observador e emerge totalmente no contexto sobre o qual quer desenvolver um conhecimento sistemático. Ele conjuga a colheita de dados pela observação direta com uma série de abordagens complementares, tais como a colheita documental, os diálogos ou as entrevistas, que lhe permitem descrever com mais detalhe os atos e acontecimentos observados (Gauthier, 2003).

¹²A supervisão é o "processo em que uma pessoa experiente e bem informada, orienta o aluno no desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atitude de procedimentos de reflexão e experimentação" (Alarcão & Tavares, 1987, p. 197).

¹³ Gauthier (2003, p. 273) denomina de diário de bordo o conjunto de reflexões pessoais do estudante sobre o desenvolvimento do seu trabalho, "a sua integração social no meio observado, as suas experiências e as suas impressões, os seus medos, (...), os seus erros e as suas confusões, as suas relações e as suas reacções positivas ou negativas".

cuidados em parceria com a pessoa idosa e o familiar cuidador na prevenção das complicações decorrentes da hospitalização exigiu o recurso a conhecimentos científicos e atuais, à consciencialização da nossa responsabilidade pela segurança dos clientes e à capacidade de relacionamento terapêutico); refletir sobre a própria ação e vivências (e.g. por meio das reflexões sobre a prática e o desenvolvimento de competências comportadas no relatório de estágio).

Por fim, reconhecemos que, apesar de temporalmente limitada, esta experiência formativa foi enriquecedora pois permitiu-nos agir na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa numa perspetiva holística em níveis de prevenção e num contexto nos quais apresentávamos carências formativas. Deste modo progredimos no processo de desenvolvimento de competências de mestre e enfermeiro especialista.

Atividade 5 - Análise e participação no papel e intervenções do enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e família em contexto hospitalar

A OE (2010) reconhece ao enfermeiro especialista um conjunto de conhecimentos e capacidades que são mobilizadas em contexto de prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde dos clientes e atuar nos diversos contextos de vida e níveis de prevenção. Assim, tendo como objetivo desenvolver competências específicas na área da enfermagem médico-cirúrgica e dos cuidados à pessoa idosa e família em contexto hospitalar, procurámos no decurso do estágio conhecer, analisar e participar no papel e intervenções do enfermeiro especialista.

Resultados e competências desenvolvidas: Esta atividade foi sustentada na supervisão por parte da enfermeira de referência, na observação das suas ações perante situações reais e na metodologia ação-reflexão-ação¹⁴. Estas estratégias permitiram-nos adquirir um conhecimento prático das competências de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa e família em contexto hospitalar. Nos próximos parágrafos, e recorrendo à síntese das reflexões registadas no diário de bordo, enunciaremos algumas dessas aprendizagens.

Em primeiro lugar, destacamos a preocupação e os esforços desenvolvidos para garantir o direito dos clientes à dignidade e à autodeterminação. Damos como

¹⁴ Schön (1983) valoriza a metodologia ação-reflexão-ação enquanto processo de construção do conhecimento gerado na ação e sistematizado pela reflexão. O autor considera que aprendemos a fazer fazendo e pensando, como forma de responder às diversas situações com que nos deparamos no dia-a-dia.

exemplo o estudo de caso (Apêndice IV) no qual, em colaboração com a enfermeira de referência, procurámos que o projeto de vida e saúde de uma pessoa idosa, que pretendia ter alta para o domicílio ao invés de ser institucionalizada, fosse respeitado pelo seu familiar cuidador. Um outro caso com que nos deparámos fez com que tivéssemos de gerir uma situação em que os familiares de um cliente quiseram impedir que este recebesse a visita de uma pessoa com quem tinha uma relação afetiva forte e de longa data. Neste caso criámos condições para que recebesse as visitas fora do horário estipulado, garantindo-lhe o direito a estar acompanhado. Nestas situações tivemos de mobilizar estratégias de resolução de problemas e tomar decisões baseadas nos princípios e valores éticos e deontológicos, o que contribuiu para o desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Podemos também referir a forma como nos comprometemos com a gestão do risco associado à prática de cuidados, garantindo um ambiente terapêutico e seguro. Neste campo colaborámos com a enfermeira especialista na prevenção e controlo de infeção hospitalar, através da informação aos profissionais, clientes e família, e verificação da utilização dos equipamentos de proteção individual e correta lavagem das mãos. Desempenhámos igualmente um papel ativo na prevenção das úlceras por pressão e outras síndromas geriátricas durante o internamento, através da avaliação do risco e implementação de intervenções adequadas para a sua prevenção. Estas ações favoreceram o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista ao nível da melhoria da qualidade dos cuidados.

No que se refere ao desenvolvimento de competências em termos da gestão dos cuidados, consideramos de grande importância destacar a forma como a enfermeira especialista, na assunção das funções de responsável de turno, liderava a equipa de enfermagem de forma a assegurar a qualidade dos cuidados. Com a sua visão global do serviço conseguia definir prioridades e alertar os enfermeiros menos experientes para sinais e sintomas importantes nos clientes, atuando antecipadamente nas possíveis complicações. Neste domínio de competências, podemos ainda sublinhar a nossa participação na otimização do processo de cuidados dos clientes internados no serviço de medicina, através da utilização de instrumentos referenciados pela evidência científica como, por exemplo, o Mini Nutricional Assessment (Guerreiro, et al., 1994; Guigoz, Vellas, Garry, Vellas, &

Albarede, 1997). Este reforça o juízo clínico acerca do diagnóstico de desnutrição da pessoa idosa e fundamenta a implementação de intervenções adequadas como a educação em saúde, a suplementação alimentar e a colaboração com outros profissionais da equipa multidisciplinar.

Por último, frisamos o modo como a observação do comportamento assertivo e a capacidade de antecipação e gestão de acontecimentos de eventual conflito por parte da enfermeira de referência potenciou o desenvolvimento de competências de especialista no domínio das aprendizagens profissionais. Neste contexto mencionamos uma situação em que um familiar cuidador insistia em alimentar o seu familiar através de biberão, mesmo tendo esta capacidade para se alimentar autonomamente com uma colher. Este caso gerou tensão negativa entre a equipa de enfermagem, que repudiava este comportamento, e o familiar cuidador, que considerava estar a agir de forma correta para a recuperação da pessoa idosa. Perante esta situação comprometedora do processo de cuidados discutimos, em conjunto com a enfermeira de referência, o caso com o familiar cuidador, explicando-lhe que a sua participação nos cuidados era essencial e desejada pela equipa de enfermagem. Contudo a recuperação do seu familiar seria favorecida caso fosse permitido ao doente alimentar-se autonomamente com recurso à colher. Assim, ao invés de termos uma atitude de autoritarismo, fizemos uso da informação e negociação e envolvemos este familiar cuidador no processo de cuidados. Desta forma conseguimos melhorar a relação deste familiar cuidador com a equipa de enfermagem e potencializar a recuperação do cliente hospitalizado.

Atividade 6 - Colaboração no crescimento de uma cultura de cuidados em parceria com a pessoa idosa e o familiar cuidador para a promoção do cuidado de Si no serviço de medicina

É reconhecido que o internamento tende a afetar a pessoa doente e o familiar cuidador nas suas capacidades de compreensão das situações e no envolvimento no que toca ao processo de tomada de decisão. Tais limitações podem conduzir à perda de poder para participar e influenciar os cuidados e remeter o doente para um papel passivo em que se conforma com o que lhe é determinado pelas regras, normas e rotinas da organização hospitalar. A pessoa perde assim a sua identidade e torna-se num recipiente passivo dos cuidados de saúde (Gândara, 2013).

A literatura reconhece a conveniência dos enfermeiros de tomarem decisões em parceria com os clientes, dado que isto potencia o *empowerment*¹⁵ e tem reflexo na adesão e eficácia dos cuidados (Gallant, Beaulieu, & Carnevale, 2002; Grindel, 2006; Gomes, 2013; While, 2012). Além disso, a partilha de poder e a negociação são componentes essenciais da prática ético-deontológica (OE, 2010; While, 2012).

O serviço de medicina, onde realizámos o estágio de observação participante, procura prestar cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa doente e o familiar cuidador na promoção do cuidado de Si. Por esta razão considerámos útil participar ativamente neste processo através de intervenções dirigidas aos clientes e dinamização dos princípios da parceria junto dos profissionais menos esclarecidos.

Resultados obtidos e competências desenvolvidas: Para a discussão desta atividade tomamos como exemplo um dos vários projetos de cuidados construídos durante o estágio assente no modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2013).

No registo 1 das notas de campo (Apêndice V) descrevemos a forma como a não acomodação de um cliente com as rotinas de higiene pessoal assumidas no serviço (estava há vários dias internado e aparentemente recusava tomar banho e trocar de roupa) causava desconforto na equipa de enfermagem, ao mesmo tempo que a relação estabelecida não facilitava a resolução desta situação. O caso particular do Sr. J. demonstrou-nos a importância de se dedicar tempo e de se estabelecer uma relação de respeito e confiança de modo a conhecer a sua identidade (e.g. habilitações literárias; profissão), o seu contexto de vida (e.g. agregado e relações familiares; hábitos; projeto de vida e saúde) e o significado atribuído à sua situação de doença (Gomes, 2013). Ao reconhecê-lo como parceiro, com livre arbítrio e autodeterminação, conseguimos perceber que afinal o problema de autocuidado de higiene identificado pelos enfermeiros era vivido de forma intensa e dramática pelo cliente e que este só esperava um momento apropriado para revelá-lo. A partir desta constatação foi possível disponibilizar os recursos necessários e estabelecemos algumas negociações que conduziram o Sr. J. a cuidar da sua higiene e a manifestar conforto e bem-estar, assumindo o controlo do cuidado de Si próprio (Gomes, 2013). Todos os sucessos e dificuldades decorrentes dos projetos de cuidados desenvolvidos, a par com a enfermeira de referência, foram partilhados diariamente

¹⁵ O *empowerment*, ou empoderamento, é compreendido como a melhoria da capacidade do cliente para agir de forma autónoma através dos elementos de controlo, autoeficácia, autoestima, competência e confiança (Gallant, Beaulieu, & Carnevale, 2002).

com a equipa de enfermagem nos momentos de passagem de turno. Apesar de reconhecermos os constrangimentos de tempo e a necessidade que estes profissionais têm de priorizar as suas intervenções, procurámos com isto exemplificar como é possível melhorar a qualidade dos cuidados se nos afastarmos do paternalismo e assumirmos a pessoa doente como um verdadeiro parceiro.

Por último apraz-nos referir como estes trabalhos nos ajudaram a concretizar na prática algumas das aprendizagens desenvolvidas durante o CMEMC, nomeadamente em termos de tomada de decisão ética e deontológica, de promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e de otimização dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem (OE, 2010).

Atividade 7 - Elaboração de projetos de cuidados em parceria para a prevenção de complicações decorrentes da hospitalização na pessoa idosa

O enfermeiro especialista na área da saúde da pessoa idosa detém responsabilidades e competências acrescidas na melhoria do processo de cuidados da população geriátrica hospitalizada (Reed, Inglis, Cook, Clarke, & Cook, 2007; OE, 2010). O recurso a instrumentos científicos na avaliação global da pessoa idosa contribui para a qualidade desses cuidados, dado que permite ao enfermeiro identificar problemas de ordem física, funcional, mental e/ou social e a sua relação, ou não, com as síndromas geriátricas (Sousa, Santana, Santo, Almeida, & Alves, 2010). Estas síndromas têm uma elevada prevalência e são responsáveis pelo agravamento das comorbilidades, aumento do tempo de internamento, deterioração da qualidade de vida e incapacidade na realização das AVD (Fulmer, 2007; Inouye, Pedrazzani, Pavarini, & Toyoda, 2009; Sousa et al., 2010). Por esta razão é importante que o enfermeiro desta área de especialização detenha um profundo conhecimento das particularidades inerentes ao processo de envelhecimento, de modo a que diagnostique precocemente os sinais e sintomas característicos da instalação destas síndromas geriátricas e implemente um plano de cuidados para a sua prevenção, tratamento e reabilitação.

Resultados obtidos e competências desenvolvidas: Com o intuito de adquirir conhecimentos sobre a avaliação global da pessoa idosa e a prevenção e tratamento das síndromas geriátricas, realizámos pesquisas bibliográficas, observámos a actuação da enfermeira de referência da prática clínica e

desenvolvemos projetos de cuidados com clientes idosos que requeriam cuidados complexos em contexto hospitalar. Estas intervenções foram operacionalizadas sob a forma de estudos de caso que tiveram por base a relação de parceria e que contemplaram a utilização de ferramentas de avaliação dos problemas dos clientes como: o Índice de Katz Modificado; a Avaliação Breve do Estado Mental; o Mini Nutritional Assessment, entre outras. Usamos em especial o instrumento Fulmer SPICES que identifica seis síndromas geriátricas, comuns durante a hospitalização da pessoa idosa. São elas: os problemas com o sono; os problemas com a alimentação; a incontinência urinária e fecal; a confusão; o risco de quedas e as alterações da integridade cutânea (Fulmer, 2007).

A aplicação destes instrumentos no estágio permitiu-nos recolher informação importante para o processo de cuidados e de tomada de decisão clínica. Deste modo garantimos a implementação de intervenções baseadas em evidências e adaptadas às necessidades concretas dos clientes. Ao mesmo tempo promovemos a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, através da prevenção das complicações a que as pessoas idosas estão expostas durante a hospitalização.

Sublinhamos ainda a pertinência destes instrumentos recorrendo estudo de caso do Sr. F.F. (Apêndice IV). Neste projeto de cuidados identificámos como problemas o alto risco de úlcera de pressão, a desolação, a eliminação comprometida, a nutrição alterada, o risco de queda, o sono comprometido e a tomada de decisão não demonstrada. A identificação precoce destas dificuldades, assente na avaliação instrumental, permitiu-nos capacitar o Sr. F.F. de modo a que, por exemplo, tivesse um sono mais adequado e não sofresse quedas ou desenvolvesse úlceras por pressão durante o internamento.

Por fim salientamos como as aprendizagens decorrentes destes trabalhos foram fulcrais no reforço do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, da gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados e das aprendizagens profissionais (OE, 2010)

Quadro 2. Objetivo Geral 2 e Objetivos Específicos

Objetivo Geral 2	Objetivos Específicos
<ul style="list-style-type: none">▪ Desenvolver competências na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.	<ul style="list-style-type: none">▪ Contextualizar a problemática do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.▪ Identificar o papel do enfermeiro especialista na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência.▪ Intervir em parceria na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.

Com este segundo objetivo pretendemos elevar os nossos níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão nos cuidados de enfermagem à população geriátrica por via do desenvolvimento de um conhecimento profundo na área da prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.

Atividade 8 - Revisão sistemática da literatura

No decurso do projeto de estágio suportámos a tomada de decisão sobre as atividades a desenvolver e os cuidados a prestar no melhor conhecimento científico disponível, exercendo assim uma prática baseada em evidências (PBE) (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011). Esta tem uma reconhecida relevância na garantia da qualidade dos cuidados (Sackett, Straus, Richardson, Rosenber, & Haynes, 2000).

A literatura considera que a PBE assenta em sete passos: espírito crítico sobre a prática; formulação de uma questão clínica pertinente no formato PICOT¹⁶; pesquisa e seleção da evidência mais relevante; apreciação crítica da validade, veracidade e utilidade da evidência encontrada; integração da melhor evidência de acordo com o contexto da prática, as necessidades e preferências dos clientes; avaliação dos resultados das decisões tomadas na prática e dissiminação dos resultados da PBE ou das suas mudanças (Higgins & Green, 2006; Melnyk et al., 2011). Nesta linha, a RSL assume-se como um importante pilar da PBE ao possibilitar a síntese, com rigor científico, dos resultados de pesquisas sobre um problema específico num determinado momento (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004).

¹⁶ O esquema de referência para formular uma questão de pesquisa PICOT é composto por: *Patient population; Intervention or issue of interest; Comparasion Intervention or group; Outcome e Time frame* (Melnyk et al., 2011).

Resultados obtidos e competências desenvolvidas: Ao longo do projeto de estágio realizámos várias pesquisas tendo como metodologia a RSL. A título de exemplo, dedicamos o Apêndice VI a uma destas investigações. Os seus resultados permitiram-nos obter evidências válidas para a constituição de um quadro síntese para avaliação dos fatores de risco do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar (Apêndice VII). Esse conhecimento foi incorporado na formação dos profissionais da ECCI, capacitando-os para a prevenção do abuso através de intervenções que têm em conta esses fatores de risco (atividades 15 e 16).

Consideramos que esta RSL foi importante para o projeto, dado que não identificamos na literatura nenhum instrumento que enumere os fatores de risco de abuso específicos para as pessoas idosas com demência, ao contrário do que acontece para a população geriátrica em que podemos recorrer ao IOA (Anexo III) (Reis et al., 1998) e ao EAI (Anexo IV) (Fernandes et al., 2014; Fulmer, 2008).

Esta atividade levou à consolidação dos conhecimentos oriundos das unidades curriculares de Enfermagem Avançada e Investigação em Enfermagem, nomeadamente no que toca à formulação de questões de investigação, à pesquisa em bases de dados científicas, à seleção crítica da evidência e à sua incorporação na prática clínica. Deste modo adquirimos competências de tomada de decisão com base na investigação, no conhecimento da nossa área de especialização e na conjugação com "a experiência, a opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis" (OE, 2006, p.1).

Atividade 9 - Elaboração de projetos de cuidados em parceria para a prevenção do abuso à pessoa com demência em contexto familiar

Os enfermeiros têm um papel a desempenhar na proteção da saúde, dignidade e segurança dos clientes (International Council of Nurses, 2001). Numa perspetiva de melhoria dos cuidados às pessoas idosas, importa que estes profissionais sejam capazes de reconhecer as situações de risco de abuso e de proporcionar intervenções eficazes para a sua prevenção (Bomba, 2006; Imbody & Vandsburger, 2011). Do enfermeiro especialista, em particular, é esperado que, quando confrontado com estas situações complexas de cuidados, identifique o problema central e atue em conformidade, sem se perder em considerações supérfluas (Benner, 2001).

Seguindo esta linha de pensamento, durante o período de estágio, colaborámos ativamente com a equipa multidisciplinar de saúde da ECCI na prestação direta de cuidados de enfermagem, procurando retirar desta experiência prática contributos para o desenvolvimento de competências de mestre e especialista. Ao longo deste percurso, conseguimos reconhecer quatro casos de pessoas idosas com demência cuidadas por familiares cuidadores que se vieram a revelar situações particularmente complexas devido aos SCPD, sobrecarga, relações interpessoais difíceis, problemas éticos e deontológicos ou outras dificuldades subjacentes. Estes casos revelaram-se oportunidades para desenvolver uma prática especializada ao nível da prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar. De referir que também foram assinalados à equipa multidisciplinar de saúde os fatores de risco de abuso identificados nos restantes clientes, de modo a que estes também pudessem beneficiar de uma intervenção adequada ao nível da prevenção destes comportamentos.

Resultados obtidos e competências desenvolvidas: Às quatro famílias selecionadas foi proposta a participação no projeto de estágio, através da informação e assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Após a aceitação, foram desenvolvidos estudos de caso, cujos projetos de cuidados visaram a prevenção primária (atuação para evitar os fatores de risco) e a prevenção secundária (identificação das situações e ação precoce) do abuso à pessoa idosa com demência (Almeida, 2005). Estes suportaram-se no modelo de intervenção em parceria, tendo em conta as suas várias fases (revelar-se; envolver-se; capacitar ou possibilitar; comprometer-se e assumir ou assegurar o cuidado de Si e do Outro), para garantir que o familiar cuidador adquiria condições para cuidar de Si e do seu familiar (Gomes, 2013). De seguida, sintetizamos a forma como mobilizámos este modelo nas situações de cuidados.

Num primeiro momento (fase revelar-se) recorreremos às nossas competências de comunicação e de relação para recolher informação primordial para a construção do projeto de cuidados. Desta forma tivemos a possibilidade de conhecer a pessoa idosa e o seu familiar cuidador, o seu contexto sociofamiliar, a sua história de doença e o significado na trajetória de vida, as suas redes de apoio e os seus recursos materiais. Este conhecimento foi corroborado pela utilização do guião de recolha de dados, elaborado durante o estágio (Apêndice VIII), e pelos instrumentos

científicos que permitiram a avaliação global dos clientes. De entre estes, podemos salientar a título de exemplo: Escala Modificada de Barthel (Lima, 1995; Mahoney & Barthel, 1965); MiniMental State Examination (Guerreiro, et al., 1994); Inventário Neuropsiquiátrico (Cummings, et al., 1994; Leitão & Mina, 2007); ESC (Sequeira, 2010c) e CADI-CASI-CAMI (Brito, 2002).

Na segunda fase (envolver-se) procurámos estabelecer uma relação de qualidade e compreender as necessidades e dificuldades do familiar cuidador no desempenho do seu papel, nomeadamente no que se refere à falta de conhecimentos, à capacidade funcional, às motivações e aos recursos (Gomes, 2013). Foi igualmente importante o reconhecimento da relutância dos clientes em revelarem as situações de abuso (Bomba, 2006). Os obstáculos à identificação de situações de abuso justificaram a utilização de instrumentos que permitiram avaliar os fatores de risco e os sinais e/ou sintomas, nomeadamente: o IOA (Anexo III) (Reis et al., 1998); o EAI (Anexo IV) (Fernandes et al., 2014; Fulmer, 2008) e o quadro de avaliação dos fatores de risco específicos do abuso à pessoa idosa com demência (Apêndice VII).

Após a identificação dos problemas, procurámos num terceiro momento (fase capacitar ou possibilitar) comunicar e discutir as nossas preocupações com o familiar cuidador e a pessoa idosa com demência (Gomes, 2013). Fulmer (2008) realça que esta interação exige sensibilidade e uma particular atenção à comunicação verbal e não verbal. Assim, e tendo por base o conhecimento previamente adquirido sobre os clientes, partilhámos informação, sugerimos e negociámos formas de lidar com as dificuldades da prestação de cuidados, as quais podem motivar os comportamentos abusivos. Procurámos deste modo desenvolver competências para o familiar cuidador e a pessoa idosa decidirem e agirem sobre o seu projeto de vida e saúde.

A quarta fase do modelo de intervenção em parceria (comprometer-se) sustentou as ações desenvolvidas em parceria com o familiar cuidador e a pessoa idosa com demência, no projeto de cuidados, no sentido de solucionar os problemas previamente identificados (Gomes, 2013).

Na última fase da nossa intervenção (assumir o controlo de Si ou assegurar o cuidado do Outro) pretendemos que o familiar cuidador seja capaz de gerir o seu projeto de vida e saúde, mantendo-se informado e com capacidade de decisão acerca do que é melhor para si e do que lhe proporciona bem-estar, ao mesmo

tempo que adquire capacidade para ajudar a cuidar com dignidade da pessoa idosa com demência, tendo em conta as decisões partilhadas com este (Gomes, 2013).

Um dos projetos de cuidados desenvolvido durante o estágio e que concretiza a nossa intervenção na prevenção do abuso mobilizando o modelo da parceria, foi o da Sra. A. (Apêndice II) que sofria de doença de Alzheimer e que manifestava um SCPD, a apatia. Com uma avaliação detalhada desta situação compreendemos que a ação do familiar cuidador, além de restringir o potencial de desenvolvimento da Sra. A., não favorecia a independência e autonomia e nem contemplava os desejos nem preservava a sua dignidade enquanto pessoa. Pudemos ainda aferir que estavam presentes fatores de risco que podiam potenciar a perpetração de ações abusivas. Perante a identificação destes problemas, partilhámos informação com os clientes e negociámos a implementação de intervenções em parceria ao nível da: melhoria do relacionamento familiar; promoção de interações sociais; educação do familiar cuidador sobre a doença de Alzheimer e formas de lidar com as alterações de comportamento; estimulação para participar em rotinas e AVD; implementação de um programa de exercício terapêutico e atividades de estimulação cognitiva que incluía orientação para a realidade e reminiscência. Após a sua implementação observámos uma diminuição do comportamento apático da Sra. A., bem como a participação nos papéis familiares e a realização de AVD. Por seu lado, o familiar cuidador adquiriu capacidade para cuidar e estimular o potencial de desenvolvimento do seu familiar. Considerámos que estas ações contribuíram positivamente para a melhoria da relação entre os elementos da família, diminuição da sobrecarga do familiar cuidador e autonomia da pessoa idosa, modificando-se desta forma os fatores de risco que poderiam conduzir à perpetração de abuso.

O projeto de cuidados da Sra. A. e do familiar cuidador, bem como os demais desenvolvidos ao longo do estágio, revelaram-se situações de cuidados complexas, tendo sido necessário apoiarmo-nos em princípios éticos e deontológicos e na investigação científica para a tomada de decisão. Importa recordar que, no que se refere à prevenção do abuso à pessoa idosa, considerava-me no início do desenho do projeto de estágio como enfermeiro iniciado, pela desinformação e inexperiência neste domínio. Com a revisão da literatura que conduziu ao quadro de referência do projeto de estágio, compreendemos que a prevenção primária e secundária do abuso fazia-se pela redução e/ou eliminação dos fatores de risco e identificação

precoce dos casos. Contudo, no momento em que iniciámos os projetos de cuidados com os clientes desconhecíamos quais as intervenções concretas que poderíamos executar para alcançar esse objetivo. Este conhecimento foi dificultado pelo fato da generalidade dos estudos a que tivemos acesso centrarem-se em aspetos teóricos e não enunciarem as atividades específicas desenvolvidas na prevenção do abuso. Confrontados com estes desafios, tivemos de recorrer às competências de pesquisa e interpretação de evidência e integração de novos conhecimentos. Tivemos ainda de recorrer à autoformação e à reflexão *na e sobre* a prática, de modo a suportar os processos de tomada de decisão sobre as intervenções a promover junto dos clientes.

No que respeita à forma como desenvolvemos e mobilizámos estas competências, podemos referir que sabíamos, pela evidência científica, que a estimulação cognitiva das pessoas com demência potencia o pensamento, a concentração e a memória (Woods, Aguirre, Spector, & Orrell, 2012). Partindo desta premissa, foi necessário realizar novas pesquisas e refletir sobre que atividades se poderiam desenvolver e a que recursos recorrer a fim de integrar este conhecimento nos projetos de cuidados e de potenciar as capacidades de desenvolvimento das pessoas idosas com demência. Nesta situação, as soluções encontradas foram: jogos de *puzzles* construídos a partir de fotografias publicadas em revistas ou quebra-cabeças, que retirámos da internet e imprimimos em papel; jogos de associação de cores, usando tampas coloridas de garrafas de iogurte, e utilização de um calendário de parede para assinalar os aniversários dos elementos da família, com vista a promover a orientação temporal.

Como último exemplo da integração de conhecimentos de outros domínios, mencionamos as atividades de terapia por reminiscência. Estas contribuíram para desenvolvermos uma prática especializada no cuidado à pessoa idosa com demência e seu familiar cuidados numa perspetiva de prevenção do abuso. Neste caso utilizámos álbuns de fotografias pessoais e conseguimos colher dados importantes para o processo de cuidados, valorizar a personalidade da pessoa idosa com demência e reforçar os seus laços com o familiar cuidador. Também nesta situação precisámos de mobilizar as competências de autoformação, dado que gerimos sozinhos, e pela primeira vez, estas atividades a partir da incorporação de conhecimentos obtidos na pesquisa bibliográfica.

Em suma, podemos considerar que esta atividade, que decorreu ao longo de 15 semanas, possibilitou-nos o desenvolvimento de competências de especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, gestão e melhoria da qualidade dos cuidados, desenvolvimento das aprendizagens profissionais e das competências de mestre no que concerne à integração de conhecimentos e resolução de problemas e intervenção em situações complexas.

Atividade 10 - Colaboração no projeto desenvolvido pela Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem da ESEL (UI&DE) e pelo Agrupamento de Centros de Saúde em que a ECCI está integrada

Na delimitação dos objetivos e atividades deste projeto procurámos criar sinergias com os trabalhos científicos em curso no local de estágio. Assim, associámo-nos ao projeto de investigação da UI&DE e da ECCI intitulado "Caracterização do abuso familiar perpetrado por cuidadores de idosos com demência: A parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do Cuidado de Si".

Resultados obtidos e competências desenvolvidas: No âmbito desta colaboração, procedemos à aplicação do instrumento MCTS (Anexo II) a três familiares cuidadores de pessoas idosas com demência que foram alvo dos nossos cuidados (Beach, et al., 2005; Cooper, Manela, Katona, & Livingston, 2008; Cooper, Maxmin, Selwood, Blanchard, & Livingston, 2009). Nesta experiência identificámos os cuidados que se têm de ter na construção e aplicação destes instrumentos para os clientes não terem a perceção de que os mesmos têm um carácter de acusação. Entendemos que esta intranquilidade, para além de poder ser um foco enfraquecedor da relação terapêutica com os familiares cuidadores, poderá enviesar¹⁷ qualquer investigação.

A cooperação neste projeto, expressa pela dinamização da aplicação do instrumento no contexto da prática, interpretação dos dados colhidos e discussão das suas implicações no decurso da investigação, proporcionou-nos o desempenho de um papel ativo no campo da investigação, essencial para o desenvolvimento de competências de mestre e especialista (OE, 2010).

¹⁷ Os vieses são erros sistemáticos no desenho, condução ou análise de um estudo, que resultam numa estimativa errada do fenómeno investigado (Gordis, 2011).

Quadro 3. Objetivo Geral 3 e Objetivos Específicos

Objetivo Geral 3	Objetivos Específicos
<ul style="list-style-type: none">▪ Desenvolver competências na equipa de saúde da ECCI para a prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.	<ul style="list-style-type: none">▪ Identificar as práticas de cuidados da equipa de saúde na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.▪ Capacitar a equipa multidisciplinar de saúde para intervir em parceria na identificação dos fatores de risco e sinais e/ou sintomas de abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.

O terceiro e último objetivo geral deste projeto de estágio pretendeu servir de orientação ao desenvolvimento das competências de mestre e especialista no que diz respeito a: formação dos pares; liderança de equipas e gestão de recursos; disseminação da investigação; melhoria contínua da qualidade dos cuidados; aplicação de conhecimentos, compreensão e resolução de problemas perante situações novas e comunicação de conhecimentos de forma clara (Decreto-Lei n.º 76 de 24 de março; OE, 2010).

Atividade 11 - Trabalho de campo na ECCI

Durante a fase de diagnóstico do projeto, que decorreu entre maio e julho de 2013, realizámos um trabalho de campo¹⁸ numa ECCI da região de Lisboa. Este teve como objetivo a identificação, no contexto da prática, da problemática do abuso à pessoa idosa com demência e das respetivas intervenções da equipa multidisciplinar de saúde. Os dados colhidos serviram para estabelecer prioridades e selecionar os recursos e os grupos intervenientes, contribuindo assim para o desenho do projeto.

Resultados obtidos e competências desenvolvidas: O trabalho de campo constituiu um processo de socialização organizacional, pois a interação estabelecida com os profissionais facilitou a aquisição de conhecimentos sobre os valores, normas e práticas desta equipa no que respeita à prevenção da vitimização da pessoa idosa com demência cuidada em contexto familiar (Chiavenato, 2008).

¹⁸ O trabalho de campo é uma atividade científica que permite integrar informação proveniente de diversos contextos e fontes através de métodos e técnicas de pesquisa para a obtenção de dados (Fortin et al., 2009).

Apesar de possuímos um conhecimento prévio sobre este local da prática de cuidados, dos profissionais e das suas intervenções, o tempo disponibilizado exclusivamente para esta atividade académica e o seu propósito concreto permitiram-nos obter dados que seriam difíceis de conseguir no decurso da nossa atividade profissional.

Esta fase de diagnóstico foi complementada com recurso a métodos e técnicas de pesquisa, tais como, a análise dos registos e colheitas de dados de enfermagem (atividade 13) e entrevistas semidirigidas aos enfermeiros e assistentes sociais (atividade 14), que são analisadas individualmente no seguimento deste relatório de estágio (Fortin et al., 2009).

Atividade 12 - Apresentação do projeto à ECCI

A análise *SWOT*¹⁹, efetuada ao cenário de desenvolvimento do projeto de estágio (Apêndice IX), identificou como fraquezas o processo de reestruturação da equipa (saída de alguns elementos e eventual admissão de outros) e o possível não envolvimento nas atividades planeadas. Perante estes obstáculos, decidimos adotar junto dos profissionais uma estratégia de liderança transformacional²⁰ desde a fase inicial da sua implementação. Para Marquis & Huston (2009), esta forma de liderança assenta na capacidade de imaginar uma situação futura e descrevê-la à equipa, de maneira a que todos possam partilhar os mesmos objetivos. A visão partilhada eleva os níveis de motivação e moralidade da equipa e fornece a energia necessária para conduzir à consecução dos objetivos (Marquis et al., 2009).

Resultados obtidos e competências desenvolvidas: Enquanto líderes do projeto de estágio, interessou-nos, desde o início, comprometer e motivar os profissionais da ECCI para participarem nas atividades delineadas, viabilizando assim a sua implementação. Deste modo, optámos por realizar uma primeira apresentação informal ainda no decurso do trabalho de campo. Esse encontro, proporcionado numa das reuniões de equipa, permitiu-nos explicar e aferir o interesse pela

¹⁹ A análise *SWOT* é uma ferramenta que permite a reflexão sobre os fatores positivos e negativos identificados numa situação. Esta baseia-se em fatores positivos internos ao próprio sistema (forças) ou exógenos (oportunidades) que ajudam o sistema e fatores negativos com carácter interno (fraquezas) ou provenientes do exterior (ameaças) que eventualmente o prejudicam (Ruivo et al., 2010).

²⁰ Wolf (1994) citado por Marquis e Huston (2009, p. 43) considera a liderança transformacional como "uma relação interativa, baseada na confiança, que tem impacto positivo sobre o líder e liderados. Os objetivos do líder e dos liderados tornam-se centrados, criando unidade, integração e metas coletivas". Segundo Marquis et al., (2010) o líder transformacional identifica valores comuns à equipa; é comprometido; inspira os outros com a sua visão; tem visão de longo prazo; olha para os efeitos das suas ações; e delega poder.

problemática do abuso, bem como a receptividade para o desenvolvimento do projeto por parte dos intervenientes.

Já no início do estágio realizámos uma apresentação formal com recurso ao método expositivo e com informação em suporte de papel (Apêndice X). Nela abordámos a pertinência do projeto para a melhoria dos cuidados prestados e da qualidade de vida dos clientes da ECCI, os objetivos de estágio e as atividades delineadas, para as quais contávamos com o envolvimento de todos os profissionais. A apresentação ocorreu em dois momentos distintos, por necessidade de dividir a equipa em dois grupos, devido a condicionantes de tempo.

Esta atividade fomentou as bases do desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista no que respeita à liderança dos pares (OE, 2010). Pela primeira vez, no nosso exercício profissional, coube-nos compelir um processo de mudança para a melhoria das práticas de cuidados que implicou a utilização de estratégias de motivação adequadas à equipa e ao contexto em que esta se inseria.

Atividade 13 - Análise documental dos registos e colheitas de dados de enfermagem da ECCI

A análise documental é um método de investigação suportado no estudo de documentos, escritos ou não, para responder às questões de pesquisa (Lakatos & Marconi, 2010). A sua aplicação permite uma representação condensada da informação de uma fonte primária, para posterior consulta e arquivo (Bardin, 2013).

No diagnóstico da situação na ECCI analisámos os registos e colheitas de dados de enfermagem tendo como desígnio conhecer a expressão do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar e a forma como os profissionais documentam as intervenções neste âmbito, tendo por base o modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2013). Para isso escolhemos uma amostra aleatória simples²¹ de 20 dos 69 processos de utentes cuidados pela equipa na semana de 11 a 15 de novembro de 2013 (Fortin et al., 2009). Considerámos este número de processos adequado uma vez que, nos estudos exploratórios qualitativos ou quantitativos, as pequenas

²¹ A amostragem aleatória simples é uma técnica segundo a qual cada elemento da população tem igual probabilidade de ser escolhido para fazer parte da amostra (Fortin et al., 2009). Neste sistema identificámos um total de 69 processos de clientes acompanhados pela ECCI, a que associamos a cada um destes um número de identificação (recorrendo a números consecutivos), constituindo assim o campo de amostragem. Posteriormente escrevemos os números de identificação em pedaços de papel e colocamos numa urna, misturámos e retirámos um número de cada vez até constituir uma amostra de 20 processos (Fortin et al., 2009).

amostras são geralmente suficientes para obter informação sobre o fenómeno (Fortin et al., 2009). Por outro lado, este tamanho de amostra permitiu-nos concretizar a atividade dentro do tempo definido em cronograma (Apêndice XI).

Foram consultados registos da equipa de enfermagem em suporte informático - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e aplicativo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Gestcare CCI) - e manuscritos em suporte de papel. Estes processos foram submetidos a uma leitura integral e posteriormente examinados com recurso a uma grelha de análise sustentada no modelo de intervenção em parceria (Apêndice XII) (Gomes, 2013). Neste procedimento foi dada especial atenção às dimensões que permitem conhecer a identidade e os problemas da pessoa idosa e familiar cuidador (onde se inclui a avaliação instrumental e os fatores de risco e os sinais e/ou sintomas de abuso) e aquelas que refletem as intervenções de enfermagem que promovem o cuidado de Si.

Resultados obtidos e competências desenvolvidas: Da realização desta atividade realçamos que: apenas três dos 20 processos analisados continham informação no campo destinado à colheita de dados (denominado "avaliação inicial" no SAPE); nenhum processo tinha qualquer apontamento sobre a dimensão espiritual, as condições habitacionais ou a situação económica dos clientes; as informações acerca do familiar cuidador estavam circunscritas ao nome e contato telefónico; em apenas 25% dos processos foi referenciada a utilização de instrumentos de avaliação da dependência física, social/comunitária, mental e ou emocional/psicológica; os enfermeiros documentam as suas intervenções técnicas e as informações disponibilizadas aos clientes com a finalidade de evitar complicações decorrentes dos cuidados e/ou para capacitar o familiar cuidador no desempenho do seu papel; não é utilizada nenhuma *guideline* ou escala de avaliação dos fatores de risco e sinais e/ou sintomas de abuso; apesar da menção verbal dos enfermeiros a suspeitas de comportamentos abusivos, na amostra dos processos consultados não detetámos qualquer referência escrita relativamente a esta problemática.

Estes resultados vão de encontro aos estudos que afirmam que os enfermeiros realizam muito mais atividades do que aquelas que registam, sobretudo documentam mais intervenções técnicas do que educativas (Marinis, et al., 2010; Karkkainen, Bondas, & Eriksson, 2005). Verificámos que o conhecimento sobre a identidade da pessoa idosa, o seu contexto sociofamiliar e contexto da doença,

essenciais para uma intervenção em parceria, têm pouca expressão nos registos dos enfermeiros. Analogamente também a identidade do familiar cuidador, as suas necessidades, dificuldades e/ou problemas pessoais e/ou decorrentes do ato de cuidar da pessoa idosa não são documentadas. Considerámos ainda que a utilização pouco regular de instrumentos de avaliação compromete a apreciação precoce e a monitorização dos problemas da pessoa idosa e/ou familiar cuidador e as adequadas intervenções terapêuticas (Sequeira, 2010a). Os enfermeiros da ECCI reconheceram os resultados desta análise e justificaram-nos com constrangimentos de tempo para a realização de registos mais completos.

No âmbito do processo de desenvolvimento de competências como mestre e especialista, competiu-nos intervir na gestão e melhoria da qualidade dos cuidados prestados nesta ECCI. Assim, em linha com o objetivo de capacitar a equipa para intervir em parceria na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência, estabelecemos o compromisso de influenciar os enfermeiros a adotarem o modelo de intervenção em parceria na avaliação da pessoa idosa e familiar cuidador e estruturação do plano de cuidados. Ao mesmo tempo estimulámo-los para um maior detalhe na documentação dos dados colhidos e das ações realizadas. Isto porque, se aquilo que é registado não der uma imagem precisa da identidade e sentido de vida do cliente e do cuidado que lhe é prestado, toda a base da relação de parceria, que suporta as intervenções de enfermagem eficientes e garante a continuidade dos cuidados, está comprometida (Gomes, 2013; Karkkainen et al., 2005).

Atividade 14 - Entrevista aos enfermeiros e assistentes sociais da ECCI

No diagnóstico da situação para o projeto de estágio, durante o trabalho de campo na ECCI, realizámos uma primeira entrevista aos profissionais desta equipa. Posteriormente, já na fase de desenvolvimento, redefinimos os procedimentos e efetuámos uma segunda entrevista aos três enfermeiros e duas assistentes sociais da equipa, adotando uma estruturação semidirigida na sua condução. Esta teve como objetivo mencionar as práticas na identificação dos fatores de risco e sinais e/ou sintomas do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.

A entrevista é um método de colheita de dados que "consiste numa interação verbal entre pessoas que se envolvem voluntariamente (...) a fim de partilharem um saber" (Gauthier, 2003, p. 281). A entrevista semidirigida, em particular, possibilita a

compreensão do significado atribuído a um acontecimento, ou de um fenómeno vivido pelos participantes (Fortin et al., 2009; Ruivo et al., 2010). Esta pressupõe a utilização de uma lista de questões abertas que são apresentadas ao respondente numa ordem considerada apropriada, de forma a conduzir a entrevista como se de uma conversa informal se tratasse (Fortin et al., 2009).

O guião de entrevista (Apêndice XIII; Apêndice XIV) está estruturado em duas partes: na primeira reúnem-se informações para caracterizar o participante e na segunda apresentam-se as questões às quais os elementos da ECCI responderam depois de assinarem um termo de consentimento informado (Apêndice XV). Na condução das entrevistas adotámos as orientações de Fortin et al. (2009) e optámos por um local calmo e um horário apropriado para os participantes, garantindo que não existiriam interrupções. Pela não obtenção de consentimento para gravar áudio, cada entrevista foi relatada por escrito e codificada numericamente, assegurando-se desta forma o anonimato e a confidencialidade dos resultados. De seguida foram objeto de exame de acordo com os procedimentos de análise de conteúdo de Bardin (2013), o que permitiu compreender a significação dos assuntos abordados pelos enfermeiros e pelas assistentes sociais.

Resultados obtidos e competências desenvolvidas: Da análise de conteúdo (Apêndice XVI) apurámos que os participantes estavam sensibilizados para a problemática do abuso à pessoa idosa e que se confrontavam com estas situações, sobretudo de abuso emocional e exploração material e/ou financeira (*"sim, não tanto abuso físico, o que é raro, mas sobretudo abuso psicológico..."* [E2]). Aferimos também que estabeleciam uma relação direta entre cuidar de uma pessoa idosa com demência e a possibilidade de a vitimizar, apontando a sobrecarga do familiar cuidador como causa direta dessa ação (*"... são situações que por exaustão do cuidador, inadvertidamente podem conduzir a episódios de abuso"* [E5]).

Comparando as respostas obtidas com os resultados da revisão RSL (Apêndice VI), concluímos que os profissionais estavam informados sobre alguns dos fatores de risco do abuso à pessoa idosa com demência (e.g. sobrecarga do familiar cuidador; má estrutura, organização e dinâmica familiar) e também sobre os sinais e/ou sintomas (e.g. apropriação indevida da reforma e habitação da pessoa idosa; desresponsabilização face à terapêutica). Contudo, este conhecimento não era nem sistematizado nem partilhado de igual forma por todos os elementos da equipa.

Na literatura encontramos referências a que a atuação dos profissionais pode estar comprometida por um baixo nível de conhecimentos sobre o abuso e pela inexistência de um modelo de cuidados que forneça orientação na avaliação dos fatores de risco, sinais e/ ou sintomas e na implementação de intervenções preventivas (Almogue et al., 2010; Ferraz et al., 2009). A este respeito, os participantes referiram não utilizar nenhum instrumento ou norma para a avaliação ou gestão destas situações (*"falta um guia ou algum instrumento ou orientação para sinalizar corretamente estas situações"* [E1]).

Os enfermeiros consideraram importante a capacitação do familiar cuidador para cuidar da pessoa idosa com demência (*"informar sobre a demência, as diversas alterações (...), preparar antecipadamente o cuidador e a família para as alterações, informar e treinar sobre a forma de comunicar com idosos com demência..."* [E2]). Estes expressaram também motivação para a formação na área da prevenção do abuso. Contudo, face aos resultados, compreendemos que a ação da equipa obedecia sobretudo a um agir ético e profissional que os incumbia da denúncia e referenciação para outros profissionais e instituições, tais como, os agentes da autoridade, assistentes sociais e Instituições Particulares de Solidariedade Social.

Esta análise permitiu-nos concluir que, à data da realização do diagnóstico de situação, os profissionais da ECCI não possuíam competências suficientemente desenvolvidas que possibilitassem intervir de forma metódica na prevenção primária e secundária do abuso. Com isto justificamos a necessidade da implementação de um programa de formação que os capacitasse para reconhecer este fenómeno e estabelecer uma relação de parceria com a pessoa idosa com demência e familiar cuidador na avaliação, redução e/ou eliminação dos fatores de risco e sinais e/ou sintomas de abuso (Bernal et al., 2005; Ferraz et al., 2009; WHO, 2011).

Atividade 15 - Implementação na equipa multidisciplinar de saúde da ECCI de uma estratégia de atuação na prevenção primária e secundária do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar

A análise documental dos registos e colheitas de dados de enfermagem, bem como as entrevistas realizadas, sugeriram-nos que os enfermeiros não estavam totalmente

preparados para desenvolver uma prática de enfermagem baseada em evidências²² no que respeita à prevenção do abuso, na medida em que: não era utilizado nenhum instrumento ou *guideline* na avaliação e gestão de potenciais casos de abuso; o conhecimento referente à problemática do abuso e aos seus fatores de risco e sinais e/ou sintomas não era sistematizado nem partilhado de igual forma por todos os profissionais e que as colheitas de dados, que permitem a personalização dos cuidados, não pareciam refletir o conhecimento dos profissionais acerca dos clientes. Estudos demonstraram que os enfermeiros reconhecem a importância de suportar as suas ações na evidência científica. Contudo, podem confrontar-se com constrangimentos como a falta de tempo e a dificuldade em encontrar e interpretar as investigações publicadas (Brown, Wickline, Ecoff, & Glaser, 2009; Pereira, Cardoso, & Martins, 2012).

Partindo desta monitorização, preocupámo-nos em melhorar os processos de cuidados da ECCI no âmbito da prevenção do abuso à pessoa idosa com demência, estabelecendo para isso como sujeitos da nossa intervenção não só os enfermeiros, mas todos os profissionais da equipa multidisciplinar de saúde. Esta pretensão foi de encontro às recomendações da WHO (2011), do IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica 2011-2013 e do V Plano Nacional Contra a Violência Doméstica e de Género 2014-2017, no que diz respeito à formação e capacitação dos profissionais para que, através de uma abordagem multidisciplinar e holística, possam detetar e gerir as situações de suspeita de abuso, garantindo uma resposta adequada às vítimas (Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010 de 17 dezembro; Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2013 de 31 de dezembro). Neste sentido procurámos capacitar os profissionais para a prevenção primária e secundária do abuso à pessoa idosa com demência, mobilizando o modelo de parceria como uma intervenção promotora do cuidado de Si (Gomes, 2013).

Resultados obtidos e competências desenvolvidas: Em linha com as competências de mestre e especialista que almejamos desenvolver, estruturámos e implementámos na ECCI uma estratégia de atuação para a prevenção primária e secundária do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar. Esta teve por base o uso adequado de instrumentos de avaliação do risco de abuso, o

²² A enfermagem baseada em evidências é compreendida como o uso consciente, explícito e criterioso da teoria proveniente da investigação na tomada de decisão clínica sobre a prestação de cuidados, tendo em consideração as necessidades e as preferências dos clientes (Ingersoll, 2000).

conhecimento dos fatores de risco específicos do abuso à pessoa idosa com demência e o modelo de intervenção em parceria. Esta mudança das práticas foi conseguida com a formação contínua dos profissionais, a supervisão clínica²³ e a discussão em reuniões de equipa multidisciplinar.

A formação contínua, entendida como qualquer ação formal desenvolvida após a profissionalização, permite às pessoas adquirirem e/ou aprofundarem conhecimentos e capacidades que contribuem para o seu crescimento e refletem-se na melhoria do desempenho e na qualidade dos serviços prestados (Paschoal, Mantovani, & Méier, 2007; Santos, 2008). Tendo isto em consideração, desenvolvemos duas sessões de formação dirigidas aos profissionais da ECCI, nas quais transmitimos informação teórica sobre aspetos gerais do abuso à pessoa idosa e apresentámos a estratégia de atuação previamente referida na atividade 9 e que sintetizamos no próximo parágrafo.

A relação de parceria nos cuidados de saúde favorece a colheita de dados de enfermagem, com reflexo no conhecimento acerca da pessoa idosa, do familiar cuidador e do seu contexto (Gomes, 2013). Na posse desta informação, o enfermeiro pode perspetivar as repercussões da doença e/ou incapacidades do cliente. Ao mesmo tempo, com recurso a instrumentos referenciados pela evidência científica, como o IOA (Anexo III) e o EAI (Anexo IV), e ainda o conhecimento dos fatores de risco específicos para o abuso à pessoa idosa com demência (Apêndice VII), pode aferir a existência de fatores de risco e sinais e/ou sintomas que ameaçam a segurança, a qualidade de vida e o bem-estar dos clientes (Fulmer, 2008; Gomes, 2013; Reis et al., 1998). A partir do momento em que identifica os problemas da pessoa idosa e/ou do familiar cuidador, o enfermeiro desenvolve intervenções personalizadas e multidisciplinares, nas quais inclui a informação, a sugestão e a negociação de formas de superar os problemas que podem precipitar comportamentos abusivos (Phelan, 2010). Desta forma atua ativamente na prevenção deste fenómeno não ficando limitado só a atitudes meramente acusativas e de referenciação para outros profissionais e/ou instituições, as quais consideramos passíveis de incrementar o risco de vitimização e manter o familiar cuidador com as mesmas dificuldades no desempenho do seu papel.

²³ O conceito de supervisão clínica em enfermagem é aplicado tanto à formação inicial de estudantes como à formação pós-graduada e no decurso da experiência profissional dos enfermeiros. Esta compreende assim um conjunto de estratégias que incluem o processo de aprendizagem do formando, mas também a supervisão da qualidade das práticas e a promoção e acompanhamento dos critérios de qualidade (Simões & Garrido, 2007).

Conscientes de que as sessões de formação poderiam não ser suficientes para concretizar o objetivo proposto, utilizámos também como estratégia a supervisão clínica dos enfermeiros. Esta é tida como um processo que medeia a aprendizagem e o desenvolvimento de competências, no qual o supervisor procura atender às necessidades formativas, às motivações, às capacidades e competências profissionais do supervisionado, de forma a adequar a sua intervenção e comunicação (Simões, Alarcão, & Costa, 2008).

Neste processo de supervisão clínica fomentámos vários momentos de discussão e de reflexão com cada enfermeiro, relativamente aos casos de clientes cuidados nas visitas domiciliárias e numa perspetiva de prevenção do abuso. A nossa ação, essencialmente formativa²⁴, visou melhorar a prática de cuidados de cada profissional através da partilha de informação complementar do tema em estudo e da utilização dos instrumentos científicos previamente facultados, os quais possibilitam uma avaliação mais objetiva do risco de abuso em cada situação (Proctor, 1991; Simões et al., 2007). Ao mesmo tempo ajudámos nos processos de tomada de decisão relativa às intervenções a desenvolver perante os problemas identificados.

Por fim, a participação ativa nas reuniões semanais da ECCI, nas quais é analisado o plano de cuidados multidisciplinar de cada cliente, também possibilitou a divulgação de conhecimentos e fomentou a discussão dos casos sobre o espectro da prevenção do abuso. Alves (2008) destaca o potencial formativo destas reuniões multidisciplinares por constituírem um espaço de partilha, debate e consequente reflexão individual e conjunta que conduz à tomada de decisão. Esta ação contribuiu para reforçar o envolvimento de toda a equipa na consciencialização desta problemática e para incitar cada profissional para que, de forma individual e/ou coletiva, desenvolvesse intervenções de prevenção neste campo. A este respeito podemos mencionar o nosso envolvimento em situações onde motivámos a equipa a reconhecer as dificuldades que um familiar cuidador vivencia nos cuidados a uma pessoa dependente, entendidas como fatores de risco para a vitimização, e assim procurar desenvolver intervenções multidisciplinares que contribuíssem para reduzir

²⁴Proctor (1991) considera que a supervisão clínica compreende três funções estruturantes: formativa (relaciona-se com o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais); normativa (destina-se a promover a qualidade dos cuidados e a redução de riscos); e restaurativa (compreende o suporte necessário para que o formando se adapte às pressões dos contextos, através do encorajamento, apoio e valorização das suas necessidades emocionais).

ou eliminar esse comportamento. Ainda a título de exemplo, recuperámos a situação em que foi necessário esclarecer os profissionais da forma como poderiam participar um caso de suspeita de negligência através do Portal Queixa Eletrónica²⁵, quando diversas intervenções em parceria já tinham sido tentadas sem sucesso e a denúncia era impreterível (Ministério da Administração Interna, 2008).

Ao ponderar sobre a concretização desta atividade, concluímos que foi a mais complexa e exigente do conjunto das atividades planeadas para este terceiro objetivo geral. Isto porque, para termos sucesso, necessitámos de mobilizar e de relacionar variados conhecimentos e habilidades para motivar esta equipa de nove pessoas de várias áreas científicas e com práticas de cuidados já enraizadas a alterarem a sua forma de atuação, num espaço de tempo limitado e tendo por base um conjunto de novos conhecimentos teóricos e práticos. O resultado deste investimento revelou-se positivo para a equipa que desenvolveu competências para: estabelecer uma relação de parceria, tendo em conta as fases revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, e assumir ou assegurar o cuidado da pessoa idosa e do seu familiar cuidador; identificar os fatores de risco e sinais e/ou sintomas de abuso à pessoa idosa com demência, tendo por base instrumentos referenciados pela evidência científica e atuar na prevenção primária e secundária do abuso, capacitando o familiar cuidador para o cuidado de Si próprio e do seu familiar. Da nossa parte, permitiu-nos expandir competências essenciais ao nível da promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos, da gestão de questões complexas e desenvolvimento de soluções, como a conceção e gestão de novos procedimentos baseados na investigação e a liderança de profissionais com vista à otimização da qualidade dos cuidados.

Atividade 16 - Realização de formação à equipa multidisciplinar de saúde da ECCI sobre a prevenção do abuso à pessoa idosa com demência

Como já referido, a formação contínua foi uma das estratégias utilizadas para garantirmos o desenvolvimento de competências na equipa multidisciplinar de saúde da ECCI no que se refere à avaliação dos fatores de risco e sinais e/ou sintomas de abuso, assegurando-se desta forma a melhoria na qualidade dos cuidados.

²⁵ O Portal Queixa Eletrónica destina-se a facilitar a apresentação às autoridades de queixas e denúncias por via eletrónica relativa aos tipos de crime definidos na Portaria n.º 1593/2007, de 17 de dezembro. Em situações de crimes públicos como a Violência Doméstica qualquer cidadão pode apresentar denúncia (Ministério da Administração Interna, 2008).

Dado que o sucesso da aprendizagem exige o recurso a estratégias adequadas que favoreçam a assimilação do conhecimento e o desenvolvimento de competências, optámos por promover duas sessões de formação em sala dirigidas aos profissionais desta equipa, as quais tiveram em conta os princípios da andragogia²⁶ (Draganov, A.C., Neves, & Sanna, 2013; Knowles, Holton, & Swanson, 2009). Assim, na estruturação dos planos destas sessões tivemos em consideração o diagnóstico das necessidades formativas realizado previamente (atividades 13 e 14) e a adequação da informação a transmitir, garantindo que esta era essencialmente prática, enquadrada no contexto de trabalho e útil na resolução dos problemas com que a equipa se confronta (Dubar, 1997). Desta forma, as sessões de formação complementaram-se de modo a tornar exequível a capacitação dos formandos na avaliação dos fatores de risco e sinais e/ou sintomas de abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar, tendo por base a parceria nos cuidados.

A primeira sessão de formação (Apêndice XVII) decorreu a 16 de janeiro de 2014 e consistiu essencialmente numa exposição oral com recurso a meios audiovisuais. Nela partilhámos informação teórica sobre a problemática do abuso (e.g. os principais conceitos; os modelos explicativos; as formas de manifestação e as barreiras à sua identificação) e sugerimos uma estratégia de prevenção que teve por base o modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2013).

A segunda sessão realizou-se a 13 de fevereiro de 2014 (Apêndice XVIII) e centrou-se na discussão de um caso prático como forma de facilitar a assimilação dos conteúdos teóricos expostos no encontro anterior. Neste exercício interativo os elementos da ECCI foram divididos em grupos de trabalho e tiveram a oportunidade de analisar a descrição de um caso clínico e identificar o possível tipo de abuso subjacente, os fatores de risco associados e enumerar estratégias para a sua prevenção.

Resultados obtidos e competências desenvolvidas: As sessões de formação realizadas à equipa multidisciplinar de saúde da ECCI decorreram de acordo com o

²⁶ A andragogia é compreendida como a ciência ou arte de educar adultos ou ajudá-los a aprender. Na sua base está o reconhecimento de que estes têm características próprias que devem ser consideradas nos processos de ensino, de modo a favorecer a aprendizagem (Draganov, A.C., Neves, & Sanna, 2013). A andragogia é assim marcada por seis proposições: os formandos adultos são independentes e responsáveis pelas suas decisões; aprendem o que querem; os seus interesses direcionam-se para o que lhes é útil na vida social e profissional; esperam uma aplicação prática do que aprendem e têm um menor interesse por conhecimentos que apenas possam ser úteis num futuro distante; as motivações que os impulsionam para a aprendizagem são internas (Knowles, Holton, & Swanson, 2009).

que foi previamente delineado e tiveram resultados positivos na aprendizagem individual dos formandos e na mudança das práticas enquanto grupo, o que acreditamos contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.

Para a obtenção deste resultado foi essencial a motivação dos participantes, os recursos físicos e materiais disponibilizados pelo enfermeiro coordenador da equipa e a elaboração dos documentos de suporte da formação. De entre estes, o plano de sessão contribuiu para organizar e controlar os conteúdos a transmitir e as atividades a realizar, possibilitando-nos uma gestão eficaz dos 30 minutos reservados para a formação em cada reunião da equipa multidisciplinar de saúde.

O registo de presenças, por seu lado, permitiu identificar os profissionais que não puderam comparecer em cada um desses momentos (dois profissionais na primeira sessão e três na segunda sessão) e contornar esse constrangimento através de uma partilha posterior de todos os documentos e síntese verbal realizada individualmente.

Por fim, o questionário de avaliação das sessões (Apêndice XIX) permitiu-nos conhecer a apreciação dos formandos sobre os conteúdos transmitidos, sobre a minha prestação enquanto formador, sobre a organização da sessão e especialmente sobre os aspetos que consideraram mais e menos positivos e as sugestões. Esta avaliação foi essencial para a redefinição do plano da segunda sessão de modo a irmos de encontro às pretensões da equipa multidisciplinar de saúde e incrementar o potencial formativo destes encontros. Desta forma, perante as sugestões feitas na primeira sessão sobre a importância da análise de casos práticos com aplicação das ferramentas de avaliação de fatores de risco distribuídas, optámos por na segunda sessão desenvolver um exercício prático em grupos de duas pessoas. O entusiasmo e a participação ativa dos formandos na discussão do caso clínico pareceram ir ao encontro daquilo que é mencionado por Knowles et al., (2009) a respeito da andragogia, destacando que os adultos em formação esperam uma aplicação prática do que aprendem. Mais do que a simples memorização de conteúdos teóricos, conseguimos que a equipa desenvolvesse competências na utilização dos instrumentos disponibilizados. Com isto criamos a possibilidade de estes serem utilizados no futuro como um recurso na tomada de decisão.

Consideramos que o desenvolvimento desta atividade, ao envolver o diagnóstico das necessidades formativas da equipa, a conceção de um programa de incorporação de novo conhecimento no contexto da prática e melhoria dos cuidados,

e a sua avaliação, contribuiu para o aperfeiçoamento das competências de enfermeiro especialista ao nível das aprendizagens profissionais (OE, 2010). Ao mesmo tempo, esta oportunidade de partilha dos conhecimentos, que fomos adquirindo ao longo deste percurso formativo com um grupo alargado de profissionais de várias áreas científicas, traduziu-se no desenvolvimento de competências associadas ao grau de mestre (Decreto-Lei n.º 76 de 24 de março). É ainda de referir que a concretização desta atividade foi facilitada por conhecimentos previamente adquiridos e certificados ao nível da formação de adultos e pela experiência desenvolvida no CMEMC, através da regular preparação e exposição oral em sala de aula dos trabalhos de avaliação das várias unidades curriculares.

CONCLUSÃO

Cuidar de pessoas idosas em contexto familiar é uma experiência intensa e geradora de dificuldades sociais, físicas, psicológicas, emocionais e financeiras. Os familiares cuidadores de pessoas idosas com demência, em particular, estão expostos a elevados níveis de sobrecarga objetiva e subjetiva, a que se associa o maior risco para a perpetração de comportamentos abusivos.

Atendendo à prevalência do fenómeno do abuso e ao seu impacto na saúde e qualidade de vida da vítima e perpetrador, torna-se importante que os profissionais das Equipas de Cuidados Continuados Integrados saibam reconhecê-lo atempadamente e desenvolvam intervenções para a sua prevenção. Deste modo, precisam de estar capacitados para a avaliação dos fatores de risco e sinais e/ou sintomas de abuso durante a visita domiciliária. Em simultâneo espera-se que as suas ações extrapolem a elementar denúncia ou repressão, pois cuidar, tendo por base a parceria, implica compreender as significações do cliente, os seus valores e fundamentos que suportam o comportamento abusivo. Pretende-se uma intervenção negociada que vá ao encontro do projeto de vida e saúde do familiar cuidador e da pessoa idosa com demência e que respeite o seu livre arbítrio e autodeterminação.

O percurso efetuado ao longo do 3.º semestre do CMEMC permitiu-nos suprir lacunas relativas aos conhecimentos e experiência na prestação de cuidados na área da pessoa idosa em contexto hospitalar e especialmente na prevenção do abuso na comunidade. Ao mesmo tempo desenvolvemos competências de mestre no que respeita à capacidade de compreensão e resolução de problemas, comunicação de conhecimentos e aprendizagem de forma autónoma. Ao nível de especialista em enfermagem médico-cirúrgica, estas competências traduziram-se numa maior responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados e aprendizagens profissionais. A implementação do projeto na ECCI permitiu-nos ainda desenvolver competências e capacitar os profissionais para: estabelecer uma relação de parceria, tendo em consideração as várias fases do modelo (revelar-se; envolver-se; capacitar ou possibilitar;

comprometer-se; assumir o cuidado de Si próprio ou assegurar o cuidado do Outro); avaliar os fatores de risco e sinais e/ou sintomas de abuso à pessoa idosa com demência, partindo de instrumentos referenciados pela evidência científica; atuar na prevenção primária e secundária do abuso, capacitando o familiar cuidador para o cuidado de Si próprio e do seu familiar.

Importa sublinhar como limitação deste projeto a dificuldade em mensurar a mudança de comportamentos dos familiares cuidadores e das pessoas idosas com demência e obter indicadores de resultados dos projetos de cuidados desenvolvidos. Quer isto dizer que para uma avaliação do impacto efetivo das intervenções de enfermagem e dos respetivos ganhos em saúde seria necessário continuar a acompanhar os clientes durante mais tempo e voltar a aplicar os instrumentos de avaliação a posteriori.

Ainda assim, pela experiência vivida em estágio, entendemos que as intervenções desenvolvidas em parceria com o familiar cuidador, que incluíram a informação, sugestão e negociação de estratégias de superação de problemas que têm por base o stresse, a sobrecarga e o isolamento do familiar cuidador e que podem precipitar os comportamentos abusivos, serviram para melhorar o relacionamento familiar e prevenir o abuso à pessoa idosa com demência. Desta forma promovemos a melhoria do bem-estar físico e mental e a qualidade de vida dos clientes de cuidados, tendo desenvolvido um agir de acordo com as nossas responsabilidades éticas e deontológicas como enfermeiros. Perante estes resultados consideramos relevante o alargamento desta formação a outras equipas que atuem no mesmo contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382. doi: 10.1590/S0104-07072005000300008
- Alarcão, I., & Tavares, J. (1987). *Supervisão da prática pedagógica. Uma perspectiva do desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Almeida, L. M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 91-96. Obtido a 05 de junho de 2013, de <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-07-2005.pdf>
- Almogue, A., Weiss, A., Marcus, E. L., & Bellosesky, Y. (2010). Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51, 86-91. doi: 10.1016/j.archger.2009.08.005
- Alves, P. V. (2008). Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho: o caso de um serviço hospitalar. *Sísifo: Revista de Ciências da Educação*, 5, 19-32. Obtido em 27 de janeiro de 2014, de <http://sisifo.fpce.ul.pt/pdfs/Sisifo05PatriciaAlves.pdf>
- Alzheimer Portugal. (2009). *Plano Nacional de Intervenção Alzheimer. Trabalho preparatório para a conferência "Doença de Alzheimer: Que Políticas?"*. Obtido em 05 de junho de 2013, de Alzheimer Europe: <http://www.alzheimer-europe.org>
- Alzheimer's Disease International (ADI) (2012a). *World Alzheimer Report 2012 - Overcoming the Stigma of Dementia*. Obtido em 05 de junho de 2013, de http://www.alz.org/documents_custom/world_report_2012_final.pdf
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). (J. C. Fernandes, Ed., & J. N. Almeida, Trad.) Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association (APA) (2014). *APA Style*. Obtido em 02 de abril de 2014, de <http://www.apastyle.org/>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2014). *Estatísticas APAV - Relatório Anual*. Obtido em 21 de abril de 2014, de http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2013.pdf
- Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.(Tradução do original do francês L`analyse de contenu, 1977).

- Beach, S. R., Schulz, R., Williamson, G. M., Miller, S., Weiner, M. F., & Lance, C. E. (2005). Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(2), 255-261. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53111.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem.* (A. A. Queirós, Trad.) Coimbra: Quarteto. (Tradução do original do inglês From Novice To Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice).
- Bernal, A., & Gutiérrez, B. (2005). *Malos tratos a persona mayores: Guía de actuación.* (S. d. Ministério de Trabajo Y Asuntos Sociales, Ed.) Obtido em 13 de julho de 2013, de <http://www.copib.es/pdf/imsero-malostratos-01.pdf>
- Bomba, P. A. (2006). Use of a single page elder assessment and management tool: a practical clinician's approach to identifying elder mistreatment. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3-4), 103-122. doi: 10.1300/J083v46n03_06
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares Idosos.* Coimbra: Quarteto Editora.
- Brown, C. E., Wickline, M. A., Ecoff, L., & Glaser, D. (2009). Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *Journal of advanced nursing*, 65(2), 371-381. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04878.x
- Buron, B. (2008). Levels of personhood: A model for dementia care. *Geriatric Nursing*, 29(5), 324-332. doi: 10.1016/j.gerinurse.2007.11.001
- Câmara Municipal da Amadora (outubro de 2011). *Plano Municipal Contra a Violência - Rede integrada de intervenção para a violência na Amadora.* Obtido em 16 de fevereiro de 2014, de <http://www.cm-amadora.pt/images/artigos/solidaria/comunidade/pdf/pmcv.pdf>
- Câmara Municipal de Lisboa (11 de março de 2014). *Proposta do I Plano Municipal de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género 2014-2017.* Obtido em 15 de março de 2014, de http://www.jf-lumiar.pt/media/anexo_pmpcvdg.pdf
- Chiavenato, I. (2008). *Gestão de Pessoas* (3ª ed.). Rio de Janeiro-Brasil: Elsevier-Campus.
- Chou, C. H., Hwang, C. L., & Wu, Y. T. (2012). Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(2), 237-244. doi: 10.1016/j.apmr.2011.08.042
- Cohen, M. (2011). Screening tools for the identification of elder abuse. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 18(6), 261-270. Obtido em 02 de junho de 2013, em http://www.turner-white.com/pdf/jcom_jun11_abuse.pdf
- Cooper, C., Manela, M., Katona, C., & Livingston, G. (2008). Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: prevalence, correlates and validation of instruments. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 283-288. doi: 10.1002/gps.1875

- Cooper, C., Maxmin, K., Selwood, A., Blanchard, M., & Livingston, G. (2009). The sensitivity and specificity of the Modified Conflict Tactics Scale for detecting clinically significant elder abuse. *International Psychogeriatrics*, 21:4, 774-778. doi: 10.1017/S1041610209009387
- Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Ageing*, 37, 151-160. doi: 10.1093/ageing/afm194
- Cooper, C., Selwood, A., Blanchard, M., Walker, Z., & Blizard, R. (2009). Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional survey. *British Medical Journal*, 338, 583-586. doi: 10.1136/bmj.b155
- Cooper, C., Selwood, A., Blanchard, M., Walker, Z., Blizard, R., & Livingston, G. (2010). The determinants of family carers' abusive behaviour to people with dementia: Results of the CARD study. *Journal of Affective Disorders*, 121, 136-142. doi: 10.1016/j.jad.2009.05.001
- Costa, M. (2011). Demência de Alzheimer: Impacto na pessoa doente e na família. *Revista Nursing*, 268, 11-18.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308-2308.
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados. Diário da República I Série A, N.º 109 (06-06-2006), 3856-3865.
- Decreto-Lei n.º 76/2006 de 24 de março (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República I Série A, N.º 60 (06-03-24), 2242-2257.
- Dewing, J. (2008). Personhood and dementia: revisiting Tom Kitwood's ideas. *International Journal of Older People Nursing*, 3, 3-13. doi: 10.1111/j.1748-3743.2007.00103.x
- Dinis, R. P. (2006). *A família do idoso: o parceiro esquecido? Cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectiva dos enfermeiros*. Dissertação de mestrado, Universidade Aberta, Lisboa. doi: hdl.handle.net/10400.2/727
- Draganov, P., A.C., A., Neves, V. R., & Sanna, M. C. (2013). Andragogy in nursing: a literature review. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(1), 86-94. Obtido em 25 de janeiro de 2014, de <http://search.ebscohost.com/>
- Dubar, C. (1997). Formação, trabalho e identidades. In R. Canário, *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). (2013). *Regulamento de Mestrados*. Lisboa: ESEL.
- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008). Caregiver burden among dementia patients caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 423-428. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x
- Family Caregiver Alliance (2006). *Caregiver assessment: Principles, guidelines and strategies for Change*. Report from a National Consensus Development Conference (Vol. I). San Francisco.

Obtido em 26 de maio de 2013, de https://caregiver.org/caregiver/jsp/content/pdfs/v1_consensus.pdf: Author.

- Fernandes, L., & Gonçalves, R. (2014). Elder Assessment Instrument (EAI). In GEECD, *Livro de Escalas e Testes na Demência* (3ª ed.). Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Ferraz, M. I., Lacerda, M. R., Labronici, L. M., Maftum, M. A., & Raimondo, M. L. (2009). O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), 755-759. Obtido em 21 de maio de 2013, de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/16395/10874>
- Ferreira-Alves, J. (2005). Avaliação do Abuso e Negligência de Pessoas Idosas: Contributos para a sistematização de uma visão forense do abuso. In R. Abrunhosa, & C. Machado, *Psicologia Forense* (pp. 1-43). Coimbra: Quarteto.
- Ferreira-Alves, J., & Santos, A. J. (2011). *Prevalence study of violence and abuse against older women. Results of the Portugal Survey (AVOW Project)*. Portugal: Minho University, Braga.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (N. Sagueiro, Trad.) Loures: Lusodidacta.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., . . . McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology*, 56A(3), M146–M156. doi: 10.1093/gerona/56.3.M146
- Fulmer, T. (2007). How to try this: Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 40-48. doi: 10.1097/01.NAJ.0000292197.76076.e1
- Fulmer, T. (2008). Screening for mistreatment of older adults. *American Journal of Nursing*, 108(12), 52-59. doi: 10.1097/01.NAJ.0000341885.07694.48
- Galdeano, L. E., Rossi, L. P., & Zago, M. M. (2003). Roteiro institucional para a elaboração de um estudo de caso. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 11(3), 371-375. doi: dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016
- Gallant, M. H., Beaulieu, M. C., & Carnevale, F. A. (2002). Partnership: an analysis of the concept within the nurse–client relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 149-157. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02357.x
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12(2), 549-556. doi: 10.1590/S0104-11692004000300014
- Gândara, M. M. (2013). O controlo da participação do doente nos cuidados de higiene: Um exercício do poder (do enfermeiro). In M. A. Lopes, *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: Da investigação à prática* (pp. 177-219). Ramada: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.

- Garrett, C. (2005). Impacto sócio-económico da doença de Alzheimer. In A. Caldas, & A. Mendonça, *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 227-236). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Gauthier, B. (2003). *Investigação social: Da problemática à colheita de dados* (3ª ed.). (N. Salgueir, & M. H. Gameiro, Trans.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Gil, A. P., Santos, A. J., Kislaya, I., & Nicolau, R. (2014). *Envelhecimento e violência*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Obtido em 14 de abril de 2014, de <http://hdl.handle.net/10400.18/1955>
- Godinho, N. (2013). *Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: Norma APA e ISO 690 (NP405)*. Obtido em abril de 23 de 2014, de Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/1DA4C429-60C4-4A6E-81B8-BAAA77236839/0/Guia2013_Recuperado_set.pdf
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de SI: A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. Lopes, *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: Da investigação à prática* (pp. 77-113). Ramada: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Gonçalves, R., Martins, S., & Fernandes, L. (2009). Estudo piloto da versão portuguesa da escala Elder Assessment Instrument (EAI). *Livro de Resumos da 23ª Reunião do Grupo de Estudos Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD)*. Luso: GEECD.
- Gordis, L. (2011). *Epidemiologia* (4ª ed.). (A. M. Carvalho, Trad.) Loures: Lusodidacta.
- Grindel, C. (2006). Fostering a nurse, patient, and family 'partnership in care'. *MEDSURG Nursing*, 15(2), 58-59. Obtido em 03 de maio de 2014, de <http://search.ebscohost.com/>
- Guigoz, Y., Vellas, B., Garry, P. J., Vellas, B. J., & Albarede, J. L. (1997). Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. The mini nutritional assessment: MNA. *Nutrition in the elderly*, 15-60. Obtido em 13 de outubro de 2013, de <http://www.sciencedirect.com/>.
- Hatcher, R. T. (2009). Lost in the mist: Alzheimer's and abuse. *Alzheimer's & Dementia, Issue 4, Supplement*, 228. doi: 10.1016/j.jalz.2009.04.181
- Higgins, J. P., & Green, S. (01 de setembro de 2006). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions 4.2.6*. Obtido em 03 de dezembro de 2013, de The Cochrane Collaboration: <http://www.cochrane.org/sites/default/files/uploads/Handbook4.2.6Sep2006.pdf>
- Honoré, B. (2002). *A saúde em projecto*. (I. C. d'Espiney, Trad.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas (Tradução do original em francês *La santé en projet*, 1996).
- Imbody, B., & Vandsburger, E. (2011). Elder abuse and neglect: Assessment tools, interventions, and recommendations for effective service provision. *Educational Gerontology*, 37(7), 634-650. doi: 10.1080/15363759.2011.577721
- Ingersoll, G. L. (2000). Evidence-based nursing: what it is and what it isn't. *Nursing Outlook*, 48(4), 151-152. doi: 10.1067/mno.2000.107690

- Inouye, K., Pedrazzani, E., Pavarini, S., & Toyoda, C. (2009). Perceived quality of life of elderly patients with dementia and family caregivers: evaluation and correlation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 187-193. doi: 10.1590/S0104-11692009000200008
- Instituto Nacional de Estatística I.P. (INE) (2012a). *Esperança média de vida*. Obtido em 26 de julho de 2013, de <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (INE) (2012b). *Census 2011. Resultados definitivos - Portugal*. Lisboa: INE.
- International Council of Nurses (2001). *Fact sheet: ICN on Healthy Ageing: A public health and nursing challenge - Elder abuse*. Obtido em 12 de fevereiro de 2014, de Position Statement Nursing Care of the Older Person: http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_FolhasInformativas_vsINGePT/FI_versao_ING/Ageing/2c_FS-Elder_Abuse.pdf
- Johannesen, M., & Logiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing*, 42(3), 292-298. doi: 10.1093/ageing/afs195
- Johns, C. (2000). *Becoming a reflective practitioner*. Oxford: Blackwell Science.
- Jokinen, N., Janicki, M. P., Keller, S. M., McCallion, P., & Force, L. T. (2013). Guidelines for structuring community care and supports for people with intellectual disabilities affected by dementia. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 1-24. doi: 10.1111/jppi.12016
- Karkkainen, O., Bondas, T., & Eriksson, K. (2005). Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12, 123-132. doi: 10.1191/0969733005ne769oa
- Kelley, L. S., & Lakin, J. A. (2010). Role supplementation as a nursing intervention for alzheimer's disease: A case study. In A. I. Meleis, *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 571-578). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Kishimoto, Y., Terada, S., Takeda, N., Oshima, E., Honda, H., Yoshida, H., . . . Uchitomi, Y. (2013). Abuse of people with cognitive impairment by family caregivers in Japan (a cross-sectional study). *Psychiatry Research*, 209(3), 699-704. doi: 10.1016/j.psychres.2013.01.025
- Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (2009). *Aprendizagem de resultados: uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Kottow, M. H. (2003). The vulnerable and susceptible. *Bioethics*, 17(5-6), 460-471. doi: 10.1111/1467-8519.00361
- Lacerda, A. L., Porto, M. P., & Silva, R. A. (2008). A importância dos eventos científicos na formação acadêmica: estudantes de biblioteconomia. *Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina*, 13(1), 130-144. Obtido em 08 de fevereiro de 2014, de <http://www.brapci.ufpr.br/download.php?dd0=11266>
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *The Lancet*, 364, 1263-1272. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17144-4

- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2010). *Fundamentos de metodologia científica* (7ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Landenburger, K. M., & Campbell, J. C. (2011). Violência e maus-tratos humanos. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (7ª ed., pp. 878-905). Lisboa: Lusodidacta.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República I Série, N.º 180 (16-09-2009), 6528-6550.
- Lei n.º 112/2009 de 16 de setembro (2009). Estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à protecção e à assistência das suas vítimas. Diário da República I Série. N.º 180 (16-09-2009), 6550-6561.
- Lei n.º 59/2007 de 4 de setembro (2007). Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro. Diário da República I Série. N.º 170 (07-09-04). 6181-6257.
- Lei n.º 67/98 de 26 de outubro (1998). Lei da protecção de dados pessoais. Diário da República I Série A. N.º 247 (26-10-1998),5536-5546.
- Leitão, O. R., & Mina, A. (2007). Inventário Neuropsiquiátrico (NPI). In GEECD, *Livro de escalas e testes na demência* (2ª ed., pp. 73-92). Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Lopopolo, R. B., Greco, M., Sullivan, D., Craik, R. L., & Mangione, K. K. (2006). Effect of therapeutic exercise on gait speed in community-dwelling elderly people: a meta-analysis. *Physical Therapy*, 86(4), 520-540. Acedido em 29 de janeiro de 2014, de <http://ptjournal.apta.org/content/86/4/520.long>
- Loureiro, M. H. (2008). *Validação do " Mini-nutricional assessment" em idosos*. Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Coimbra. doi: <http://hdl.handle.net/10316/10439>.
- Marchiori, P. Z., Adami, A., Ferreira, S. M., & Cristofoli, F. (2009). Fatores motivacionais da comunidade científica para publicação e divulgação de sua produção em revistas científicas/repositórios científico-acadêmicos. (*Unpublished*), Obtido em 24 de janeiro de 2014, de <http://eprints.rclis.org/13616>
- Marinis, M. G., Piredda, M., Pascarella, M. C., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglini, D., . . . Matarese, M. (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!?' Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1544-1552. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03012.x
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2009). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and applications* (6ª ed.). China: Lippincott Williams & Wilkins.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 202-209. doi: 10.1046/j.1440-172X.2003.00423.x

- Meleis, A. I. (2010). Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. In A. I. Meleis, *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 13-24). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (2010). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. In A. I. Meleis, *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 65-72). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2011). Making the case for evidence-based practice. In B. M. Melnyk, & E. Fineout-Overholt, *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice* (2ª ed., pp. 3-24). Philadelphia: Wolters Kluwer Health| Lippincot Williams & Wilkins.
- Melo, G. (2005). Apoio ao doente no domicílio. In A. Caldas, & A. Mendonça, *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 183-198). Lousã: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ministério da Administração Interna (2008). *Portal do sistema queixa eletrónica*. Obtido em 13 de Abril de 2014, de <https://queixaselectronicas.mai.gov.pt/>
- Ministério da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- National Center on Elder Abuse (NCEA) (2013). *Types of elder abuse in domestic settings*. Obtido em 03 de maio de 2013, de Elder Abuse Information Series N.º 1: <http://www.ncea.aoa.gov/Resources/Publication/docs/fact1.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2006). *Tomada de posição - Investigação em Enfermagem*. Obtido em 07 de dezembro de 2013, de http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009). *Código Deontológico*. Lisboa: Conselho de Enfermagem. Obtido em 13 março de 2013, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Obtido em 13 de fevereiro de 2013, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Paschoal, A. S., Mantovani, M. D., & Méier, M. J. (2007). Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 478-484. doi: 10.1590/S0080-62342007000300019
- Pereira, R. P., Cardoso, M. J., & Martins, M. A. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 55-62. doi: 10.12707/RIII11146
- Pereira, H. R. (2013). *Subitamente cuidadores informais! Dando voz(es) às experiências vividas*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., & Penhale, B. (2009). Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 17-21. doi: 10.1016/j.archger.2008.04.005
- Phelan, A. (2010). Elder abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 472-478. Obtido em 18 de junho de 2013, de <http://search.ebscohost.com/>
- Proctor, B. (1991). On being a trainer. In W. Dryden, & B. Thorne, *Training and supervision for counselling in action* (pp. 49-73). London: Sage.
- Reed, J., Inglis, P., Cook, G., Clarke, C., & Cook, M. (2007). Specialist nurses for older people: Implications from UK development sites. *Journal of advanced nursing*, 58(4), 368-376. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04241.x
- Reilly, J. M., & Gravdal, J. A. (2012). An ecological model for family violence prevention across the life cycle. *Family Medicine*, 44(5), 332-335. Obtido em 21 novembro de 2013, em <http://www.stfm.org/fmhub/fm2012/May/Jo%20Marie332.pdf>.
- Reis, M., & Nasmiash, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480. doi: 10.1093/geront/38.4.471.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010 de 17 dezembro (2010). IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica. Diário da República I Série. N.º 243 (30-12-2010), 5763-5573.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2013 de 31 de Dezembro. (2013). V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género 2014-2017. Diário da República I Série. N.º 253 (31-12-2013), 7017-7027.
- Ribeiro, Ó., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-37. Obtido em 18 de março de 2013, de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71
- Santos, E. (2008). *Formação em serviço e desenvolvimento profissional: Desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros*. Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro. doi: 10400.1/429
- Santos, E. (2009). *A aprendizagem pela reflexão em ensino clínico: Estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Departamento de Didática e Tecnologia Educativa, Aveiro. doi: 10773/1487
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Revista de Enfermagem Referência*, 11, 59-62. Obtido em 02 de fevereiro de 2014, de https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=215&codigo=

- Schön, D. (1983). *The reflexive practionner: how professionals think in action*. London: Temple Smith.
- Selwood, A., & Cooper, C. (2009). Abuse of people with dementia. *Reviews in Clinical Gerontology*, 19, 35-43. doi: 10.1136/bmj.b155
- Sequeira, C. (2010a). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C. (2010b). Cuidar de idosos com dependência mental: Do processo de transição à aquisição de competências. In C. Sequeira, & L. Sá, *Do diagnóstico à intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Barcelos, 26-29 out. 2010 (56-64).
- Sequeira, C. (2010c). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência, II(12)*, 9-16. Obtido em 12 de junho de 2013, de <http://search.ebscohost.com/>
- Silva, M. F., Conceição, F. A., & Leite, M. M. (2008). da Silva, M. F., da Conceição, F. A., & Leite, M. M. J. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. *Mundo da saúde, 32(1)*, 47-55.
- Simões, J. F., & Garrido, A. F. (2007). Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem, 16(4)*, 599-608. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000400003>
- Simões, J. F., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Revista Referência, II Série (6)*, 91-108. Obtido a 10 de novembro de 2013, de <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/0691108.pdf>
- Sossai, L. C., & Ione, C. P. (2010). A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. *Ciência, Cuidado e Saúde, 9(3)*, 569-576. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v9i3.6856
- Sousa, R. M., Santana, R. F., Santo, F. H., Almeida, J. G., & Alves, L. D. (2010). Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. *Escola Anna Nery, 14(4)*, 732-41. doi: 10.1590/S1414-81452010000400012
- The British Psychological Society and Gaskell (2007). *Dementia. A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care*. Great Britain: Alden Press. Obtido em 01 de junho de 2013, de <http://www.scie.org.uk/publications/misc/dementia/dementia-fullguideline.pdf>
- Thornton, L. (2011). Person-Centred dementia care: An essential component of etical nursing care. *Canadian Nursing Home, 22(3)*, 10-14. Obtido em 05 de janeiro de 2013, de <http://search.ebscohost.com/>
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica - Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6ª ed.). (S. C. Rodrigues, Trad.) Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Psychiatric Mental Health Nursing, 6nd ed, 2009).
- While, A. (2012). The client partnership. *British Journal Of Community Nursing, 17(2)*, 94. Acedido em 03 de maio de 2014. Disponível em <http://search.ebscohost.com>

- Wiglesworth, A., Mosqueda, L., Mulnard, R., Liao, S., Gibbs, L., & Fitzgerald, W. (2010). Screening for abuse and neglect of people with dementia. *Journal of American Geriatrics Society*, 58, 493-500. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02737.x
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Systematic Review*, 2, doi: 10.1002/14651858.CD005562.pub2
- World Health Organization (2012). *Dementia: a public health priority*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) (1996). *Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority*. Geneva. Obtido em 17 de maio de 2013, de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. (S. Gontijo, Trad.) Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Obtido em 06 de maio de 2013, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- World Health Organization (WHO) (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Denmark: World Health Organization. Obtido em 28 de maio de 2013, de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf
- Yan, E., & Kwok, T. (2011). Abuse of older Chinese with dementia by family caregivers: an inquiry into the role of caregiver burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 527-535. doi: 10.1002/gps.2561

ANEXOS

ANEXO I - ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR (ESC)

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007, 2010)

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal.

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

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

Fontes para citação da Escala:

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

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Revista Referência, II Série, nº 12, Março, pp 9 a 16.

Sequeira C. (2007). O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.

Pedido de autorização para utilização da versão adaptada e validada da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

3 mensagens

SÉRGIO LUÍS ROQUE JORGE <sergio.jorge@campus.esel.pt>
Para: carlossequeira@esenf.pt

7 de Abril de 2013 às 13:05

Exmo. Sr. Prof. Dr. Carlos Sequeira,

Sou estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Encontro-me atualmente a delinear um projeto de estágio sob orientação da Sr.ª Prof.ª Dr.ª Idalina Gomes, na área da prevenção do abuso perpetrado pelos familiares cuidadores de idosos com demência. A concretização deste projeto tem como último objetivo a discussão pública com vista à obtenção do grau de mestre.

Ao realizar a revisão da literatura li a publicação da sua autoria sobre a "Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit", na Revista Referência de Março de 2010. A utilização deste instrumento no projeto que estou a delinear seria da maior pertinência.

Neste sentido, solicito autorização para utilizar a versão adaptada e validada para a população portuguesa da *Burden Interview Scale*,

Agradeço antecipadamente pela atenção dispensada.

Sérgio Jorge

Carlos Sequeira <carlossequeira@esenf.pt>
Para: SÉRGIO LUÍS ROQUE JORGE <sergio.jorge@campus.esel.pt>

8 de Abril de 2013 às 01:09

Caro Sérgio, boa noite!

Conforme solicitado envio a escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) versão Portuguesa.

Informa-se que a escala deve ser utilizada na íntegra e não pode ser alterada.

Envio em anexo um instrumento que deverá preencher e devolver.

Trata-se de um documento padrão com o objetivo de monitorizar a utilização deste instrumento.

As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010.

<http://www.mundolivro.net/v1/detalhe01.php?id=60646&classificar=s>

<http://www.fnac.pt/Cuidar-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a324180>

<http://www.bertrand.pt/ficha/cuidar-de-idosos?id=9631738>

No entanto, se persistir alguma dúvida não hesite em contactar-me.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor

Prof. Doutor Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, PhD, MSc, RN

Prof. Coordenador - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

carlossequeira@esenf.pt // dir.spesm@gmail.com



Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

<http://www.esenf.pt>

De: SÉRGIO LUÍS ROQUE JORGE [mailto:sergio.jorge@campus.esel.pt]

Enviada: domingo, 7 de Abril de 2013 13:06

Para: carlossequeira@esenf.pt

Assunto: Pedido de autorização para utilização da versão adaptada e validada da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

[Citação ocultada]

2 anexos



escala_sobrecarga_cuidador_sequeira.doc

56K



info_utiliza_instrumentos.doc

30K

SÉRGIO LUÍS ROQUE JORGE <sergio.jorge@campus.esel.pt>

10 de Abril de 2013 às 23:22

Para: Carlos Sequeira <carlossequeira@esenf.pt>

Caro Sr. Prof. Dr. Carlos Sequeira,

agradeço a resposta e disponibilidade demonstrada.

Irei enviar-lhe o documento preenchido assim que tiver todos dados definidos.

Cumprimentos,

Sérgio Jorge

No dia 8 de Abril de 2013 à 01:09, Carlos Sequeira <carlossequeira@esenf.pt> escreveu:

[Citação ocultada]

ANEXO II - *MODIFIED CONFLICT TACTICS SCALE (MCTS)*

MODIFIED CONFLICT TACTICS SCALE

Referencie por favor o autor original desta escala revista (1). O nosso grupo forneceu evidencias adicionais sobre as propriedades psicométricas (2).

Às vezes as pessoas acham que é difícil cuidar. Estes são os métodos que os cuidadores podem, algumas vezes, utilizar com pessoas idosas que não seguem as ordens do seu médico ou não fazem aquilo que os cuidadores acham que deveriam fazer.

Isto pode ou não ser relevante para si, mas gostaríamos que tentasse responder e se necessitar de uma discussão posterior, poderemos organizá-la mais tarde.

Quantas vezes, nos últimos três meses, aconteceu o seguinte:

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
	0	1	2	3	4
1. Gritou ou ralhou com a pessoa de quem cuida					
2. Usou um tom de voz áspero, insultou, praguejou ou chamou nomes à pessoa de					
3. Ameaçou mandá-la para um lar					
4. Ameaçou deixar de tomar conta ou abandonar a pessoa de quem cuida					
5. Ameaçou usar a força física					
6. Receia poder bater ou magoar essa pessoa					
7. Retirou-lhe a comida					
8. Bateu ou deu-lhe uma bofetada					
9. Abanou-a					
10. Maltratou-a de outras maneiras					

Reference List

(1) Beach SR, Schulz R, Williamson GM, Miller LS, Weiner MF, Lance CE. Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005 February;53(2):255-61.

(2) Cooper C., Manela M, Katona C, Livingston G. Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: prevalence, correlates and validation of instruments. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2008 March;23(3):283-8.

(3) Cooper C., Maxmin, K., Selwood, A., Balnchard, M., Livingston, G. The sensitivity and specificity of the modified Conflict Tactics Scale for detecting clinical significant elder abuse, *International Psychogeriatrics*, 2009, 21:4, 774–778.

ANEXO III - *INDICATORS OF ABUSE SCREEN (IOA)*

INDICATORS OF ABUSE SCREEN

Propósito: Fazer uma triagem do abuso no domicílio dos clientes através da identificação de importantes fatores de risco.

Instruções: O *Indicators of Abuse Screen* deve ser completado por um profissional treinado na sua utilização, depois de uma avaliação de 2 a 3 horas realizada no domicílio dos clientes. Os investigadores consideram uma pontuação igual ou superior a 16 como indicativo de abuso.

Os indicadores de abuso estão numerados por ordem de importância. Após a avaliação no domicílio, por favor classifique cada um dos seguintes itens numa escala de 0 a 4 e some as pontuações. Não omita nenhum item. Classifique de acordo com a sua opinião atual.

Escala: Extensão estimada do problema:

0 = Inexistente

1 = Ligeiro

2 = Moderado

3= Provavelmente / moderadamente grave

4= Sim

00 = Não se aplica

000 = Não sabe

INDICATORS OF ABUSE SCREEN

Familiar Cuidador			Pessoa Idosa		
	1.	Tem problemas de comportamento		4.	Foi abusado no passado
	2.	É financeiramente dependente		5.	Tem conflitos conjugais/ familiares
	3.	Tem problemas mentais/ emocionais		8.	Pouca compreensão da sua condição clínica
	6.	Tem problemas de abuso de álcool ou outras substâncias		11.	Está socialmente isolado
	7.	Tem expectativas irrealistas		15.	Falta-lhe apoio social
	9.	Não compreende a condição clínica da pessoa idosa		16.	Tem problemas de comportamento
	10.	Relutância nos cuidados		18.	É financeiramente dependente
	12.	Tem conflitos conjugais ou familiares		19.	Tem expectativas irrealistas
	13.	Relação atual de baixa qualidade com a pessoa idosa		20.	Tem problemas de álcool ou de medicação
	14.	Inexperiência na prestação de cuidados		21.	Relação atual de baixa qualidade com o familiar cuidador
	17.	É acusador		22.	Tem lesões ou quedas suspeitas
	24.	Relação passada de má qualidade com a pessoa idosa		23.	Tem problemas mentais/ emocionais
				25.	É acusador
				26.	É emocionalmente dependente
				27.	Não tem médico regular

Autores:

Reis, M., & Nasmiash, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) sceren. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480.

ANEXO IV - *ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT (EAI)*

ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT

Propósito: Fazer uma triagem do abuso (nas suas formas de abuso físico, negligência, exploração material ou financeira e abandono), através da identificação de sinais, sintomas e queixas subjetivas da pessoa idosa.

Instruções: Cada item é assinalado numa escala de 4 pontos que vai de nenhuma evidência até provas definitivas, com base na entrevista e exame físico por parte do profissional. A última secção do *Elder Assessment Instrument* é destinada aos comentários, onde o profissional pode explicar porque é que interpreta um sinal ou um sintomas de um modo particular.

Este instrumento foi construído para indicar a necessidade de uma maior avaliação em cada situação e não como uma deteção definitiva de abuso. Por este motivo, na sua aplicação não se obtém uma pontuação final, mas antes uma recomendação para uma avaliação interdisciplinar e multidimensional detalhada sempre que:

- Existir qualquer evidência de abuso sem explicação clínica suficiente;
- Existir uma queixa subjetiva da pessoa idosa relativa a abuso;
- O profissional acredite que há um alto risco ou provável abuso.

A autora adverte que a avaliação de pessoa idosas com demência recurso a este instrumento pode ser difícil pois esta pode não estar em condições de descrever ou manifestar os sintomas.

ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT

I. Avaliação Geral	Muito Bom	Bom	Baixo	Muito Baixo	Impossível Avaliar
1. Vestuário					
2. Higiene					
3. Nutrição					
4. Qualidade da pele					
5. Comentários adicionais:					
II. Possíveis indicadores de Abuso	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
6. Contusões					
7. Golpes					
8. Fraturas					
9. Vários estádios de cura de escoriações ou fraturas					
10. Evidência de abuso sexual					
11. Queixa de abuso repetido pelo idoso					
12. Comentários adicionais:					
III. Possíveis Indicadores de Negligência	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
13. Contraturas					
14. Lesões de pressão					
15. Diarreia					
16. Depressão					
17. Impacto					
18. Desnutrição					
19. Queimaduras de urina					
21. Pouca higiene					
22. Falha na resposta a aviso de doença óbvia					
23. Medicação inadequada (carência/ excesso)					
24. Readmissão hospitalar devido a provável falta de vigilância dos cuidados de saúde					
25. Queixas do Idoso por negligência repetida					
26. Comentários adicionais:					

IV. Possíveis indicadores de Exploração	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
27. Mau uso do dinheiro					
28. Evidência da exploração financeira					
29. Registos de exigências de bens em troca de serviços					
30. Incapacidade para controlar dinheiro/bens					
31. Queixas do idoso de exploração repetida					
32. Comentários adicionais:					
V. Possíveis indicadores de Abandono	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
33. Evidência que o cuidador abandonou os cuidados propositadamente sem arranjar alternativas					
34. Evidência que o idoso foi abandonado num ambiente inseguro por períodos de tempo prolongados sem apoio					
35. Queixas do idoso de abandono repetido					
36. Comentários adicionais:					
VI. Resumo	Sem Evidência	Evidência Possível	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
37. Evidência de Abuso					
38. Evidência de Negligência					
39. Evidência de Exploração					
40. Evidência de Abandono					
41. Comentários adicionais:					

VI. Comentários e seguimento

Autor da versão original:

Fulmer, T. (2008). Screening for Mistreatment of Older Adults. *American Journal of Nursing*, 108(12), 52-59.

Autor da versão traduzida e validada para Portugal:

Fernandes, L., & Gonçalves, R. (2014). Elder Assessment Instrument (EAI). In: GEECD. *Livro de Escalas e Testes na Demência* (3.ª edição). GEECD - Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências.

Elder Assessment Instrument - Autorização para utilização da versão traduzida em Português

3 mensagens

SÉRGIO LUÍS ROQUE JORGE <sergio.jorge@campus.esel.pt>
Para: lfernandes@med.up.pt

12 de Janeiro de 2014 às 13:38

Exma. Sra. Professora Doutora Lia Fernandes

Chamo-me Sérgio Jorge, sou Enfermeiro e Estudante do 4º Curso de Mestrado e Pós Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Encontro-me atualmente a desenvolver um projeto de estágio, com vista à discussão pública, denominado "Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar: a parceria como intervenção de Enfermagem na promoção do cuidado de Si", sob orientação da Sra. Professora Doutora Idalina Gomes.

Um dos objetivos deste projeto é desenvolver as competências dos profissionais de saúde da equipa de cuidados continuados integrados, onde estou a realizar o estágio, na identificação de fatores de risco e sinais e sintomas de abuso à pessoas idosa, contribuindo desta forma para a sua prevenção.

Da revisão da literatura efetuada, verifiquei que apesar das limitações da aplicação em pessoas idosas com demência, o trabalho que desenvolveu em coautoria para a "**Versão Portuguesa da Escala Elder Assessment Instrument (EAI) – Dados Preliminares**" - seria da máxima pertinência para a consecução do objetivo acima referido.

Neste sentido, **solicito autorização para utilizar a versão traduzida do "Índice de Avaliação de Maus-Tratos e Abuso a Idosos"** com a seguinte referência: Gonçalves, R., Martins, S., & Fernandes, L. (2009). Estudo Piloto da Versão Portuguesa da Escala Elder Assessment Instrument (EAI). Livro de Resumos da 23ª Reunião do Grupo de Estudos Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD). Luso: GEECD.

Salientamos que este é um projeto de carácter não investigativo e que a utilização do Índice tem apenas um objetivo pedagógico do estudante e da equipa de saúde.

Agradeço antecipadamente pela atenção dispensada.

Sérgio Jorge

Lia Fernandes <lia.fernandes@mail.telepac.pt>
Para: SÉRGIO LUÍS ROQUE JORGE <sergio.jorge@campus.esel.pt>

13 de Janeiro de 2014 às 13:21

Caro Sérgio Jorge,

Na sequência do seu pedido, autorizo a utilização da versão Portuguesa do EAI – Elder Assessment Instrument, enquanto estudante do 4º Curso de Mestrado e Pós Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Poderá colher informações adicionais na tese, que orientei:

Gonçalves R. Avaliação do Abuso no Idoso em Contexto Institucional. Tese de Mestrado em Medicina Legal. ICBAS.UP, 2010.

<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26898/3/Tese%20Final.pdf>

repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26898/2/Anexos.pdf

No entanto, para citação deveria usar a publicação que vai sair em breve, no Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências/GEECD:

Fernandes L, Gonçalves R. Elder Assessment Instrument (EAI). In: GEECD. Livro de Escalas e Testes na Demência (3.ª edição). GEECD - Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências, 2014.

Se futuramente, vier a ter interesse em aprofundar o seu trabalho, para fins de investigação, terei muito gosto em ajudar.

Com os melhores cumprimentos,

Lia Fernandes

Lia Fernandes MD, PhD

Prof. Associada da FMUP

Serviço de Psiquiatria CHSJ

Al. Hernâni Monteiro

4202-451 Porto, Portugal

Investigadora UNIFA/UP

IPA Board of Directors

IFTA Board of Directors

lia.fernandes@mail.telepac.pt

**ANEXO V - ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO
CUIDADOR (CADI)**

CADI (Carers' Assessment of Difficulties Index)

(Nolan e col., 1998; tradução portuguesa: Luisa Brito e João Barreto, 2000)

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Prestar cuidados PODE SER DIFÍCIL porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio(a)				
2	Por vezes sinto-me "de mãos atadas / sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado(a)				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				

Prestar cuidados <u>PODE SER DIFÍCIL</u> porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado(a) com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado(a)				

Se entende que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

Prestar cuidados <u>PODE SER DIFÍCIL</u> porque:		Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito

RE: Serviço de mensagens do Website ESEnfC - Pedido de autorização para utilização da versão dos instrumentos CADI-CASI-CAMI

2 mensagens

Luisa Brito <lbrito@esenfc.pt>
Para: sergio.jorge@campus.esel.pt

8 de Abril de 2013 às 15:23

Caro Sr. Enf^o Sérgio Jorge

É com todo o gosto que lhe envio a versão portuguesa das escalas que solicita. Envio-lhe também um texto dos autores originais (Nolan et al.) que, em conjunto com o meu livro, lhe dará as indicações necessárias para a utilização das escalas. Encontro-me, no entanto, ao dispor para algum esclarecimento adicional que seja necessário.

Solicito-lhe entretanto que, no final da sua tese, me envie um resumo dos principais resultados obtidos com as escalas, juntamente com uma breve caracterização da amostra utilizada, para efeito de continuação do processo de validação das escalas para a população portuguesa.

Desejo-lhe muito êxito no seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos,

Luisa Brito

De: sergio.jorge@campus.esel.pt [mailto:sergio.jorge@campus.esel.pt]

Enviada: segunda-feira, 8 de Abril de 2013 12:01

Para: lbrito@esenfc.pt

Assunto: Serviço de mensagens do Website ESEnfC - Pedido de autorização para utilização da versão dos instrumentos CADI-CASI-CAMI

Serviço de mensagens do Website ESEnfC

Mensagem enviada por Sérgio Jorge (sergio.jorge@campus.esel.pt)

Mensagem:

Exma. Sr.^a Prof.^a Dr.^a Maria Luisa da Silva Brito,

Sou estudante do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Encontro-me atualmente a delinear um projeto de estágio sob orientação da Sr.^a Prof.^a Dr.^a Idalina Gomes, na área da prevenção do abuso perpetrado pelos familiares cuidadores de idosos com demência. A

concretização deste projeto tem como último objetivo a discussão pública com vista à obtenção do grau de mestre.

Ao realizar a revisão da literatura li a publicação da sua autoria sobre " A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos" e a adaptação e validação para a população portuguesa dos instrumentos:
CADI - Carers' Assessment of Difficulties Index
CASI - Carers' Assessment of Satisfactions Index
CAMI - Carers' Assessment of Managing Index

A utilização destes instrumentos no projeto que estou a delinear seria da maior pertinência.

Neste sentido, solicito a devida autorização, bem como as indicações necessárias para a sua utilização.

Agradeço antecipadamente pela atenção dispensada.

Sérgio Jorge

4 anexos



Cadi2006.pdf
22K



Cami2006.pdf
24K



Casi2006.pdf
23K



Nolan1998.pdf
8214K

SÉRGIO LUÍS ROQUE JORGE <sergio.jorge@campus.esel.pt>
Para: Luisa Brito <lbrito@esenfc.pt>

10 de Abril de 2013 às 23:24

Cara Sr.^a Prof.^a Dr.^a Maria Luísa da Silva Brito,

agradeço a resposta e disponibilidade demonstrada.

Partilharei os resultados assim que possível.

Cumprimentos,

Sérgio Jorge

No dia 8 de Abril de 2013 à 15:23, Luisa Brito <lbrito@esenfc.pt> escreveu:

[Citação ocultada]

ANEXO VI - ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO CUIDADOR (CASI)

CASI (Carers' Assessment of Satisfaction Index)

(Nolan e col. 1998; tradução portuguesa: Luisa Brito e João Barreto, 2000)

O CASI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das satisfações que têm obtido. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Prestar cuidados pode DAR SATISFAÇÃO porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e dá-me:		
			Nenhuma satisfação	Alguma satisfação	Muita satisfação
1	Permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades				
2	A pessoa de quem eu cuido aprecia o que eu faço				
3	O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem eu cuido				
4	É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuido				
5	Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades				
6	Tenho possibilidade de retribuir o que de bom fez por mim a pessoa de quem cuido				
7	Prestar cuidados, dá-me ocasião de mostrar o que sou capaz				
8	Apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuido não resmunga nem se queixa				
9	É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada				
10	Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever				
11	Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros				
12	Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem				
13	É bom ajudar a pessoa de quem cuido a vencer dificuldades e problemas				
14	É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido				
15	Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do que ninguém				
16	Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa				
17	É bom sentir-me apreciado(a) pelos familiares e amigos que mais considero				

Prestar cuidados pode DAR SATISFAÇÃO porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e dá-me:		
			Nenhuma satisfação	Alguma satisfação	Muita satisfação
18	Estreitou laços de família e relações de amizade				
19	Ajuda a evitar que me sinta culpado(a)				
20	Sou capaz de manter em casa a pessoa de quem cuido, sem ter de ser internada				
21	Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuido faria o mesmo por mim				
22	Posso garantir que a pessoa de quem cuido tem as suas necessidades satisfeitas				
23	Prestar cuidados deu-me a oportunidade de alargar os meus interesses e contactos				
24	É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido				
25	Prestar cuidados permite pôr-me a mim mesmo à prova e vencer dificuldades				
26	Prestar cuidados é uma maneira de expressar a minha fé				
27	Prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes				
28	No final, eu sei que terei feito o melhor que me foi possível				
29	Prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato				
30	Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado(a)				

Se há outros aspectos da prestação de cuidados que lhe dão **SATISFAÇÃO**, por favor indique-os, e assinale, como fez antes, quanta satisfação lhe dão.

Prestar cuidados pode DAR SATISFAÇÃO porque:		Isto acontece no meu caso e dá-me:		
		Nenhuma satisfação	Alguma satisfação	Muita satisfação

**ANEXO VII - ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE
COPING DO CUIDADO (CAMI)**

CAMI (Carers' Assessment of Managing Index)

(Nolan e col., 1998; tradução portuguesa: Luisa Brito e João Barreto, 2000)

O CAMI é uma lista de 38 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Uma das MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:		Não procedo desta forma	Faço assim e acho que:		
			Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bom resultado
1	Estabelecer um programa regular de tarefas e procurar cumpri-lo				
2	Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante				
3	Falar dos meus problemas com alguém em quem confio				
4	Reservar algum tempo livre para mim próprio(a)				
5	Planear com antecedência e assim estar preparado(a) para as coisas que possam acontecer				
6	Ver o lado cómico da situação				
7	Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu				
8	Cerrar os dentes e continuar				
9	Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido				
10	Procurar obter toda a informação possível acerca do problema				
11	Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está				
12	Viver um dia de cada vez				
13	Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder				
14	Manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível				
15	Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível				
16	Pensar que a situação está agora melhor do que antes				
17	Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
18	Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução				
19	Chorar um bocado				
20	Aceitar a situação tal como ela é				
21	Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante				
22	Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe				

Uma das MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:		Não procedo desta forma	Faço assim e acho que:		
			Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bom resultado
23	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam				
24	Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas				
25	Acreditar em mim próprio(a) e na minha capacidade para lidar com a situação				
26	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento				
27	Manter dominados os meus sentimentos e emoções				
28	Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género				
29	Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido				
30	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte				
31	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes				
32	Procurar ver o que há de positivo em cada situação				
33	Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela				
34	Pensar que ninguém tem culpa da situação				
35	Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico				
36	Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes				
37	Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras				
38	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa				

Se tem outras maneiras de **ENFRENTAR OS PROBLEMAS**, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida lhe parece que dão resultado.

Uma das MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:		Faço assim e acho que:		
		Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bom resultado

**ANEXO VIII - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO ENCONTRO DE
PROFISSIONAIS "CUIDADOS A PRESTAR NA DEMÊNCIA"**

Cuidados a Prestar na Demência

Uma Abordagem Prática e Integrada

Especialistas convidados

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas - Neurologista

Prof. Doutora Graça Melo - Enfermeira

Dra. Maria do Rosário Zincke dos Reis - Advogada

Dra. Ana Isabel Paiva - Psicóloga

Dra. Susana Viana - Chefe de Setor de Sintra - Instituto da Segurança Social

Encontro de Profissionais
Discussão de Casos
28 de Novembro de 2013

programa

Lisboa
Universidade Católica Portuguesa - Auditório A2

09h00 - Acolhimento	12h00 - Caso 3 - A Necessidade de um Diagnóstico Atempado
09h30 - Abertura: Dra. Paula Guimarães - Fundação Montepio	13h00 - Almoço
09h45 - Caso 1 - A Demência de Início Precoce	14h30 - Caso 4 - A Demência nas Pessoas que vivem isoladas
10h45 - Intervalo	15h30 - Caso 5 - Prestação de Cuidados - Limites da Atuação da Família e dos Profissionais
11h00 - Caso 2 - A Sobrecarga do Cuidador Familiar	16h30 - Encerramento

projeto
SM
cuidar
melhor

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Parceiros

 **alzheimer**
PORTUGAL

SONAESIERRA

 **Montepio**

 **Oeiras**
Município

 **SINTRA**
Câmara Municipal

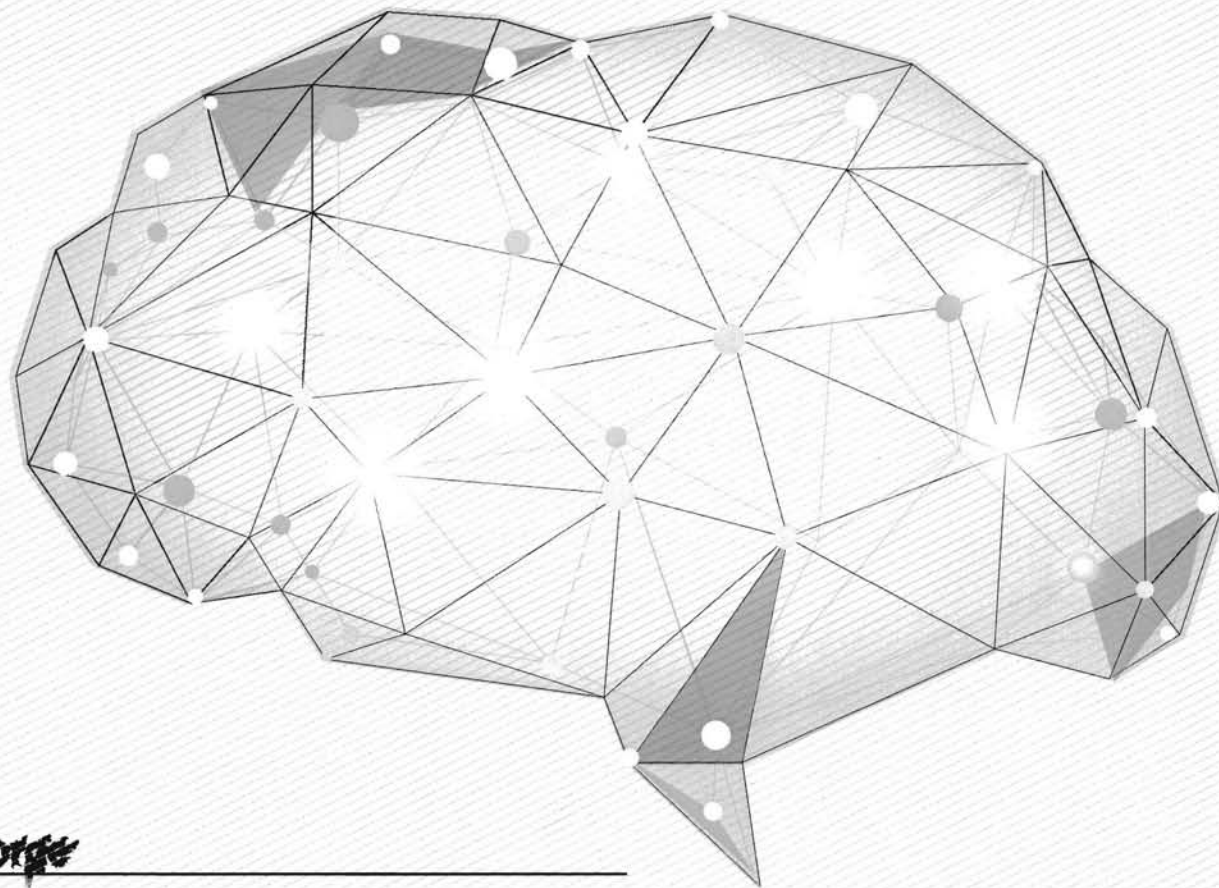
 **FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN**

 **CASCAIS**

Certificado de Participação

Cuidados a Prestar na Demência

Uma Abordagem Prática e Integrada



Certifica-se que **Sérgio Luís Roque Jorge**

participou no Encontro de Profissionais subordinado ao tema "Cuidados a Prestar na Demência Uma Abordagem Prática e Integrada", realizado na Universidade Católica Portuguesa no dia 28 de Novembro de 2013.

Professor Doutor Alexandre Castro Caldas
Diretor do Instituto de Ciências da Saúde da UCP

projeto
ES
cuidar
melhor

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Parceiros

alzheimer
PORTUGAL

Montepio

FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN

SONAE SIERRA

Oeiras
Município

SINTRA
Câmara Municipal

CASCAIS

APÊNDICES

**APÊNDICE I - CONSENTIMENTO INFORMADO E TERMO DE
RESPONSABILIDADE**

CONSENTIMENTO INFORMADO

Sérgio Luís Roque Jorge, Enfermeiro, a desenvolver o projeto de estágio sobre “Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa com Demência em Contexto Familiar: A Parceria como Intervenção de Enfermagem na Promoção do Cuidado de Si”, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados xxxxx- Unidade de Cuidados na Comunidade do Agrupamento de Centros de Saúde de xxxxx, no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com os objetivos de desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e família; desenvolver competências na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar; e desenvolver competências na equipa de enfermagem para a prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar, vem solicitar a autorização para a sua participação no projeto acima referido, ficando desde já assumido pelas partes envolvidas, que o consentimento para a participação no projeto poderá ser retirado pelo doente, sem qualquer prejuízo para o seu tratamento.

Declaro que fui informado(a) e compreendi os objetivos e intervenções relativas ao projeto que visa a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa idosa na área da prevenção do abuso, a desenvolver na Equipa de Cuidados Continuados Integrados xxxxx.

Nome do doente: _____

Assinatura: _____

Nome do familiar cuidador: _____

Assinatura: _____

Telefone: _____

Data: _____

Nome do mestrando: _____

Assinatura: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO MESTRANDO

Sérgio Luís Roque Jorge, mestrando a desenvolver o projeto de estágio "Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa com Demência em Contexto Familiar: A Parceria como Intervenção de Enfermagem na Promoção do Cuidado de Si", a realizar na Equipa de Cuidados Continuados Integrados xxxxx - Unidade de Cuidados na Comunidade do Agrupamento de Centros de Saúde de xxxxx, no período compreendido entre 04/11/2013 e 14/02/2014, declara que serão respeitados os princípios do Código Deontológico do Enfermeiro e os princípios éticos consignados na Declaração de Helsínquia, nas "*Guidelines for Good Clinical Practice*" da Organização Mundial de Saúde e na "Convenção dos direitos do homem e da biomedicina" da Comunidade Europeia.

Lisboa, 16 de Dezembro de 2013

(Sérgio Jorge)

APÊNDICE II - ESTUDO DE CASO (ECCI)

ESTUDO DE CASO
A PARCERIA COMO MODELO DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM
- EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS -

INTRODUÇÃO

Durante o estágio na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) elaborámos o presente estudo de caso relativo a uma situação complexa de cuidados. Este conferiu a possibilidade de desenvolver competências de mestre e especialista no cuidado à pessoa idosa, particularmente no âmbito da prevenção do abuso à pessoa idosa com demência

Das investigações neste domínio destacamos a de Cooper, Selwood, Blanchard, Walker, & Blizard (2009) em Londres, que concluiu que de 220 familiares cuidadores, 52% tinham praticado algum tipo de abuso, predominando a expressão verbal de ofensas (abuso emocional). Este resultado reforça as evidências de que as pessoas idosas com demência são particularmente vulneráveis ao abuso (Cooper, et al., 2009; Selwood & Cooper, 2009; WHO, 2011). Na gênese desta vulnerabilidade estão fatores de risco que previamente identificámos na revisão sistemática da literatura e dos quais salientamos os **sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD)**.

Conhecidos também por sintomas neuropsiquiátricos, os SCPD referem-se a sintomas de distúrbios da perceção, do conteúdo do pensamento, do humor ou do comportamento que ocorrem frequentemente em pessoas com demência (Caramelli & Bottino, 2007; International Psychogeriatric Association (IPA), 2002). Neste grupo incluem-se a agitação, o comportamento motor aberrante, a ansiedade, a euforia, a irritabilidade, a depressão, a apatia, a desinibição, os delírios, as alucinações e as alterações do sono e do apetite (Caramelli et. al., 2007; Cerejeira, Lagarto, & Mukaetova-Ladinska, 2012). É estimado que afetem até 90% das pessoas no decurso da doença, sendo responsáveis por um elevado impacto físico e psicológico, com consequente diminuição da qualidade de vida da pessoa doente e do familiar cuidador, à hospitalização prolongada, á utilização indevida de medicamentos e aumento dos custos de saúde (Cerejeira et. al., 2012; IPA, 2002).

O caso que estudámos centrou-se na Sra. A., que tem doença de Alzheimer e manifesta um SCPD - **a apatia** -, que conduz a repercussões na forma como o familiar cuidador e cuidadores formais envolvidos perspectivam a sua vida e condicionam a independência. A apatia compreende a perda de motivação e manifesta-se "com alterações afetivas, cognitivas e comportamentais, determinando respetivamente, redução de resposta emocional, perda de autocrítica e retração social" (Teixeira-Jr et al., 2006, p. 239). O

comportamento apático encontra-se associado à deterioração da relação com o familiar cuidador, independentemente do estado cognitivo ou da capacidade funcional da pessoa doente (Vugt et al., 2003). Ele pode ser um fator precipitante para a ocorrência de abuso e por isso pretendemos intervir para evitar este fenómeno (Kishimoto et al., 2013).

A nossa ação situou-se ao nível da prevenção primária (evitação pela atuação sobre as causas e fatores de risco) e da prevenção secundária (identificação de situações e intervenção precoce) do abuso à pessoa idosa (Almeida, 2005; Bernal & Gutiérrez, 2005; Phelan, 2010; WHO, 2011). Para a conquista destes objetivos sustentámo-nos no **modelo de intervenção em parceria** que tem por base os princípios da relação de confiança e abertura, de partilha de poder e ação negociada (Gomes, 2013).

No próximo ponto apresentamos o caso em estudo e o projeto de cuidados delineado para este cliente, através de uma metodologia descritiva e reflexiva e uma estruturação segundo as cinco fases do modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2013).

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

Fase revelar-se

O primeiro elo da relação de parceria é o conhecimento do enfermeiro relativamente ao cliente de cuidados. Assim utilizámos as nossas competências de comunicação e relação para saber quem é a pessoa de quem cuidamos, qual é o seu contexto familiar, social e cultural e quais os seus valores. Procurámos identificar qual o significado da doença na trajetória de vida e qual o seu potencial para vir a conseguir cuidar de Si própria (Gomes, 2013). Para a recolha desta informação recorreremos á observação participante e entrevista semidirigida, tendo como guião o instrumento de recolha de dados elaborado no decurso do estágio, e ainda á aplicação de instrumentos de avaliação (Silva, 2010).

Identidade da pessoa idosa

A Sra. A. tem 87 anos de idade, biótipo humano branco, natural da Beira Baixa e reside em Lisboa desde 1974. Estudou até ao 3º ano do ensino básico e sabe ler e escrever. Tinha como atividade profissional ser tecedeira no seu domicílio. Atualmente está reformada.

Contexto de vida da pessoa idosa

Enquanto sistema, cada família pertence a um sistema mais amplo, o *contexto* onde se insere e que tem influência sobre a mesma e sobre os indivíduos que a constituem (Wright & Leahey, 2009). A Sra. A. era uma pessoa independente em todas as atividades básicas e atividades instrumentais de vida diária até Novembro de 2013 (há cerca de 2 meses atrás). Reside num apartamento, em conjunto com a filha - Sra. L. de 54 anos, o genro e o neto.

A Sra. L. refere que nunca se separou da mãe e por isso continuam a viver em conjunto. O apartamento tem elevador, rampa de acesso e sem barreiras arquitetónicas, tendo por isso boa acessibilidade. Conta ainda com outros 4 filhos todos com mais de 55 anos e respetivos netos e com 4 irmãs, com quem tem uma relação regular e vinculada.

A religião e a espiritualidade influenciam os valores, os hábitos, as crenças e atitudes face à doença e a adaptação da família (Gomes, 2006; Wright et al., 2009). Todo o agregado familiar identifica-se como católico não praticante e não deixa transparecer esperança/fé associada a crenças.

A família não verbaliza a sua condição económica e dado que o estilo de vida e o estado de saúde e as condições de vida em geral são influenciados pela classe social, decidimos aplicar a Escala de Graffar Adaptada (Hanson, 2005). Esta permite avaliar as condições socioeconómicas com o objetivo de identificar a classe social e prever as condições de risco, alterações a nível de comportamento de saúde e desenvolvimento psicossocial (Figueiredo, 2012). De acordo com o instrumento consideramos que a família enquadra-se na classe média-baixa.

A rotina diária da Sra. A. no último ano era sair de manhã para ir às compras ao mercado e passar o resto do dia em casa, onde ajudava a Sra. L. nas tarefas domésticas e fazia *tricot*. Em setembro de 2013, numa dessas saídas de casa, foi agredida durante um assalto. Apesar de não terem resultado sequelas que comprometessem a mobilidade, este episódio marcou-a profundamente, ficou com medo e nunca mais saiu de casa.

História de doença do cliente e impacto na sua vida pessoal e familiar

Antecedentes pessoais prévios

A Sra. A tem hipertensão arterial, é colecistectomizada e tem doença de Alzheimer diagnosticada em 2008, tendo por esse motivo consultas ocasionais com um médico psiquiatra. Segundo a Sra. L., a mãe chegou a estar medicada para a doença de Alzheimer, mas numa das revisões terapêuticas efetuada pela médica de família esta terá sido retirada. Mantinha a toma de AAS, Omeprazol, Centrum, Microlax, Movicol, Metamizol magnésico (SOS) e Paracetamol (SOS). Desconhece alergias medicamentosas ou alimentares.

Situação de doença atual

No final do mês de Novembro de 2013 a Sra. A. recorreu ao serviço de urgência por obstipação há 10 dias sem melhoria após toma de laxantes. Foi diagnosticada com adenocarcinoma do reto bem diferenciado e baixo grau de oclusão e metastização pulmonar múltipla. Foi submetida a cirurgia de ressecção do reto e de realização de colostomia

terminal eletiva. Sem ter indicação para outros cuidados curativos teve alta 14 dias depois (Dezembro de 2013) para o domicílio com a indicação de manter a terapêutica farmacológica anterior e de ser seguida em consulta externa para vigilância da colostomia.

Avaliação física e sensorial

A Sra. A. encontra-se deitada no leito, está vígil, tem abertura espontânea dos olhos, manifesta uma resposta verbal orientada às questões que lhe são colocadas e cumpre ordens quando solicitada (15 pontos na Escala de Coma de Glasgow).

Refere dor de intensidade ligeira na região abdominal peri umbilical que reverte para sem dor após toma de analgesia (Paracetamol 1 grama). Para uma avaliação mais objetiva da dor e tendo em conta as possíveis dificuldades no autorrelato da sua experiência de dor, em consequência da demência, recorreremos à Escala Doluplus 2 - Avaliação Comportamental da Dor na Pessoa Idosa¹ (Wary, Serbouti, & Doloplus, 2001; Guarda, 2007). Guarda (2007) considera que as escalas de heteroavaliação que utilizam a observação comportamental, como a Doluplus - 2, são as mais eficazes na avaliação da dor das pessoas que não a podem verbalizar e quantificar eficazmente. Neste instrumento obtivemos uma pontuação de 8, sendo que a autora considera um resultado igual ou superior a 5 como existência de dor. Na reavaliação durante o efeito analgésico da terapêutica obtivemos uma pontuação de 3 (sem dor), o que sugere o controlo algíco com a terapêutica atualmente prescrita.

A pele e as mucosas encontram-se coradas e hidratadas. Tem colostomia no quadrante inferior esquerdo do abdómen funcionante e sem evidência de intercorrências. Considerando o reduzido nível de atividade física da Sra. A., enquanto fator de risco para este tipo de lesões e as orientações da Direção Geral da Saúde (2011) para a sua utilização da Escala de Braden na primeira visita domiciliária e posteriormente com uma frequência semanal, decidimos proceder à sua aplicação (Braden & Bergstrom, 1989; Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007). Este instrumento permite conhecer a vulnerabilidade da pessoa doente e implementar ou intensificar as medidas preventivas necessárias (Duque et al., 2009; Wada, Neto, & Ferreira, 2010). A pontuação total obtida foi de 18 pontos, o que prediz um baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (Ferreira et al., 2007)

A força muscular avaliada pela Escala de Lower ao nível dos membros superiores e inferiores é 5/5 (movimento normal contra a gravidade e resistência). Não faz referência a alterações da sensibilidade.

¹ A Escala Doluplus 2 foi traduzida e adaptada para português por H. Guarda em 2006. Baseia-se na avaliação multidimensional das repercussões somáticas (queixas somáticas, posição antálgica em repouso, proteção de zonas dolorosas, expressão facial e sono), psicomotoras (higiene e/ou vestir e movimento) e psicossociais (comunicação vida social e alterações de comportamento) da Dor e assim permite estimar a sua existência. Existe uma outra escala de avaliação da Dor em pessoa idosas com demência - a *Pain Assessment in Advanced Dementia* validada para Portugal por Batalha, et al., (2012) . Contudo esta foca-se na avaliação da dor em pessoa internadas em hospital (Batalha et al., 2012). Por seu lado a Escala Doluplus-2 pode segundo Guarda (2007), ser adaptada em diversos contextos, como os cuidados domiciliários e daí a nossa opção por este instrumento.

Tem a acuidade visual mantida e apresenta ligeira diminuição da acuidade auditiva não compensada.

Cognição e comunicação

A Sra. A. encontra-se orientada na pessoa e no espaço mas desorientada no tempo. Para a avaliação do funcionamento cognitivo reproduzimos a Avaliação Breve do Estado Mental (*MiniMental State Examination*), pois permite avaliar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva do cliente (Guerreiro, et al., 1994). Verificamos um *score* de 15 pontos, com respostas erradas especialmente ao nível da orientação espacial, retenção e evocação. De acordo com o ponto de corte adequado ao seu nível de escolaridade (3 anos de estudos) considera-se ter defeito cognitivo.

No que respeita à comunicação, a Sra. A. expressa fuga do olhar na interação, quer com a equipa de saúde quer com a família. A expressão verbal é limitada a frases curtas coerentes. A capacidade de compreensão auditiva verbal, de leitura e de escrita mantêm-se.

Humor

A cliente tem uma atitude e um fáceis inexpressivo, mesmo nos momentos em que estimamos satisfação, como quando recebe a visita dos filhos e netos. Parece alheada da realidade, sem foco no olhar e com falta de iniciativa para a realização de tarefas. Não conseguimos depreender qual a sua força anímica ou sentido para viver.

Numa revisão da literatura sobre a apatia na doença de Alzheimer, Teixeira-Jr. & Caramelli (2006) ilucidaram que a distinção entre este SCPD e a depressão é ténue e pode induzir a interpretações erróneas (Landes, Sperry, & Geldmacher, 2001). Os sintomas disfóricos, como os sentimentos de tristeza, a desesperança ou as idéias de culpa e de morte permitem a identificação de depressão, enquanto que os sintomas de indiferença afetiva a estímulos ambientais e impersistência são sugestivos de apatia (Teixeira-Jr. et al., 2006).

No âmbito das nossas competências procurámos estabelecer um diagnóstico diferencial entre os sintomas de depressão e de apatia, pelo que procedemos à utilização da Escala de Depressão Geriátrica de 15 Itens (GDS-15) e do Inventário Neuropsiquiátrico (INP)² (Leitão & Mina, 2007). Na GDS-15 obtivemos um *score* de 3 pontos (considera-se a pontuação de 0 a 5 como indicativo de não ter depressão). Adotámos esta versão reduzida para que não se tornasse demorada e assegurássemos a atenção da Sra. A. Contudo revelou-se difícil de aplicar, dado que foi necessário repetir várias vezes cada questão de forma a ser compreendida e mesmo assim não ficámos seguros da sua correta compreensão.

² Identificámos na literatura uma publicação relativa às propriedades métricas da versão portuguesa de avaliação da apatia (versão clínica e versão de autoavaliação reduzidas de 10-itens) da autoria de Caeiro (2012). Consideramos que estes instrumentos poderiam ter sido pertinente para reforçar esta avaliação, contudo não foi possível acedê-los em tempo oportuno.

A entrevista ao familiar cuidador para preenchimento do INP permitiu por sua vez detalharmos o comportamento apático da Sra. A. Verificamos que este é muito frequente ("ocorre uma ou mais vezes por dia"), tem uma gravidade acentuada ("a apatia é muito evidente, e deixa geralmente de responder a qualquer incentivo, ou episódio externo") e causa um desgaste emocional acentuado ao familiar cuidador, o que perfaz um score final de 12 pontos (Leitão et al, 2007, p. 87). O INP possibilitou ainda a triarmos que não existia manifestação de outros sintomas neuropsiquiátricos (ou SCPD), tais como os delírios, as alucinações, a agitação, a depressão/disforia, a ansiedade, a euforia/ elação, a desinibição, a irritabilidade/ labilidade, o comportamento motor aberrante; e ainda as alterações neurovegetativas tais como o comportamento noturno e o apetite/ alteração alimentar (Leitão et al., 2007). Deste modo, para a nota final do INP contabilizámos unicamente a pontuação da apatia/ indiferença e assim obtivemos uma pontuação final de 12. Face a estes dados e de acordo com a literatura consultada, consideramos o estado de humor da Sra. A. como expressivo da apatia que tão comumente se manifesta na doença de Alzheimer (Mulin, et al., 2011; Teixeira-Jr. et al., 2006).

Avaliação das atividades básicas de vida diária (de acordo com a Escala Modificada de Barthel) e dos hábitos.

- **Deambulação e subir escadas** - Aquando da alta hospitalar após cirurgia, a Sra. A. manteve a sua capacidade de mobilidade, conseguindo deambular com uma marcha arrastada no seu domicílio, em tudo semelhante ao momento da pré hospitalização. Nesses primeiros dias, a cuidadora formal e a Sra. L. acompanharam-na ao banho de chuveiro e após algum tempo, mesmo estando sentada a Sra. A. teve uma síncope, que conduziu a uma queda, sem contudo haver consequências a registar. Esse incidente gerou apreensão na família e na cuidadora formal e desde esse momento (há mais de 1 mês) que optaram por manter a cliente confinada ao leito adotaram uma atitude de substituição em todas as atividades de vida diária.

Em virtude da história de queda prévia consideramos pertinente a utilização da Escala de Morse para o Risco de Queda . Da sua aplicação obtivemos uma pontuação de 50, o que representa um baixo risco queda e a necessidade de implementar intervenções padrão de prevenção de quedas.

Avaliamos que apesar de atualmente não fazer levante, a Sra. A. consegue deambular de forma independente dentro de casa e necessita apenas de supervisão para andar no exterior e subir e descer escadas.

- **Higiene pessoal e banho** - A higiene pessoal e o banho (de toalha) da Sra. A. são realizados no leito com ajuda total da Sra. L. e/ou da cuidadora formal. Aferimos no

entanto que a Sra. A. tem capacidade para ir ao banho de chuveiro e tal como na higiene pessoal (e.g. lavar os dentes ou lavar as mão), apenas requer alguma assistência de incentivo para começar e completar a tarefa.

- **Toalete e controlo esfíncteriano (bexiga e intestino)** - Apesar de ter controlo de esfíncter vesical a Sra. A. faz as micções na fralda por incentivo do familiar cuidador. Muito esporadicamente, quando tem ajuda de outra pessoa, a Sra. L. coloca a mãe a urinar num bacio no quarto. Pela nossa apreciação a Sra. A. consegue deambular até à casa de banho e apenas necessita de supervisão nesta atividade. No mínimo pode utilizar o bacio sempre que necessário, não havendo motivo para utilizar fralda. Atualmente possui uma colostomia (desde o início de Dezembro de 2013). A Sra. L. troca o saco do sistema de colostomia mas manifesta insegurança da substituição da placa. A colostomia funciona adequadamente com emissão de fezes duras e de pequeno volume. Seguindo a prescrição médica, sempre que passa mais de 24 horas sem evacuar faz a aplicação de 1 Microlax no estoma e complementa com lactulose. Consideramos não haver capacidade cognitiva e destreza manual para a Sra. A. aprender a fazer a substituição do saco e da placa.
- **Vestuário** - A cliente recebe ajuda da Sra. L. e/ou do cuidador formal para vestir-se e a sua participação é muito pouca. Contudo tem capacidade para que lhe seja fornecida a roupa e que a vista, necessitando apenas de supervisão.
- **Alimentação** - As refeições são efetuadas deitada no leito com a comida e os líquidos são dados à boca pela Sra. Faz 4 refeições com alimentos variados e ingere apenas cerca de 500 centilitros de água por dia, justificando que não gosta de beber. Não tem hábitos alcoólicos nem tabágicos. Numa avaliação rigorosa verificámos que consegue alimentar-se autonomamente com prato de comida previamente montado. Pode necessitar de alguma supervisão para preparar algum alimento, mas não requer a presença de uma pessoa ao seu lado. Tem também todas as condições para fazer as refeições na mesa.

Por referência a perda de peso na ordem dos 21 quilograma desde o início das manifestações da doença oncológica consideramos oportuno a avaliação do estado nutricional através do *Mini Nutritional Assessment*, dado que permite identificar pessoas idosas com risco de desnutrição. Da aplicação deste instrumento auferimos 15 pontos, o que indica que a Sra. A. se encontra desnutrida.

Perante a perda de peso, a desnutrição e os restantes dados previamente apresentados, precisamos de refletir sobre o risco de fragilidade da Sra. A. Esta síndrome clínica é definida pela presença de três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso intenciona; sensação de exaustão; fraqueza muscular; baixo nível de

atividade física e diminuição da velocidade de marcha (Fried, et al., 2001). A fragilidade tem elevadas prevalências nas pessoas idosas e está associada a alto risco de quedas, incapacidade, hospitalização e mortalidade (Fried, et al., 2001).

No Quadro 1 enunciamos em fundo azul os critérios que verificamos no caso da Sra. A. e que fundamentam a sua fragilidade.

Quadro 1. Critérios de fragilidade

Perda de peso intencional
Sensação de exaustão
Fraqueza muscular
Baixo nível de atividade física
Diminuição da velocidade de marcha

Fonte: Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., . . . McBurnie, M. A. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journal of Gerontology*., 56A(3), M146–M156.

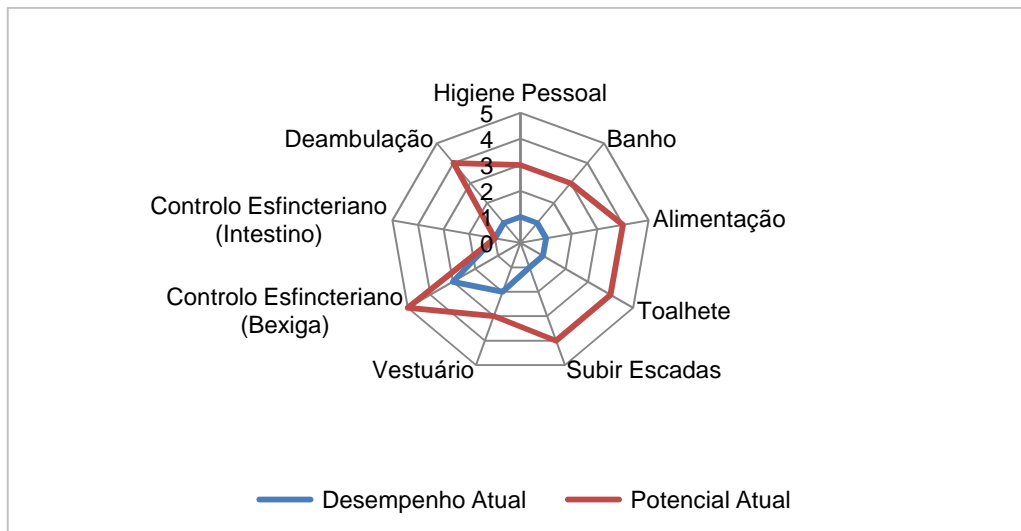
Impacto da doença na vida do cliente e do familiar cuidador

A doença oncológica da Sra. A., e sobretudo o episódio de síncope ocorrido no duche há cerca de 1 mês atrás foram marcantes na sua transição saúde-doença. Estes pontos críticos conduziram a um significativo impacto da sua qualidade vida e na da Sra. L. A partir desse momento o familiar cuidador adotou uma atitude de substituição/ ou ajuda total nas atividades que a Sra. A. ainda consegue fazer. Considera que isto é o melhor para a recuperação e uma forma de protege-la de novos incidentes.

Com isto verificamos a transição de um estado de total independência nas atividades básicas de vida diária (ABVD) (*score* de 100 pontos no Índice de Barthel Modificado) e de moderada dependência com necessidade de ajuda nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (*score* de 16 pontos no Índice de Lawton) antes do ponto crítico, para um estado atual de dependência total nas ABVD (*score* de 7 pontos no Índice de Barthel Modificado) e dependência severa com necessidade de muita ajuda nas AIVD (*score* de 30 pontos no Índice de Lawton) (Lima, 1995; Loução, 1998; Mahoney & Barthel, 1965).

Na Figura 1 representamos graficamente a diferença entre o atual nível de desempenho das ABVD e o nível que avaliamos como correspondente às reais capacidades da cliente.

Figura 1. Representação gráfica do desempenho na realização das ABVD comparativamente às suas capacidades reais.



Legenda da figura 1

1	2	3	4	5
Incapaz de realizar a tarefas	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente

Percebemos que o atual nível de desempenho da Sra. A. nas ABVD e AIVD está a ser condicionado pela ação paternalista do familiar cuidador. Todas estas tarefas e responsabilidades associadas à prestação de cuidados acarretam consequências, as quais serão analisadas em detalhe no próximo ponto deste estudo de caso.

Fase envolver-se

A possibilidade de gerir a responsabilidade as horas de estágio na ECCI e o tempo de prestação de cuidados facilitou o desenvolvimento de uma relação de confiança com a Sra. A. e o seu familiar cuidador. Todavia foi necessário investirmos na pesquisa e adoção de estratégias que permitissem ultrapassar as barreiras colocadas à comunicação com a Sra. A. devido à doença de Alzheimer e à apatia. Deste modo adotámos as regras para a abordagem e comunicação da pessoa com demência, tal como a utilização do nome da pessoa com regularidade, falar devagar e com claresa, usar frases simples e curtas, completar as frases com gestos, entre outras sugeridas pela Comissão Europeia e Alzheimer Europe (2006). Com afincos conseguimos superar este desafio e pudemos compreender a Sra. A. e o seu familiar cuidador face à situação de doença e tomar

consciência das suas preocupações, dificuldades e sentido que dão à vida e assim, em conjunto, identificar possibilidades e recursos para cuidar de Si (Gomes, 2013).

Sequeira (2010a), considera que ainda relativamente ao familiar cuidador é pertinente o diagnóstico das capacidades e dificuldades para o desempenho de papel, o nível de conhecimentos (evolução da doença, estratégias que facilitem a prestação de cuidados, etc.), a sobrecarga, a satisfação e estratégias de coping.

A Sra. L. confidenciou-nos que a mãe não tem conhecimento do seu diagnóstico clínico atual. O que sabe é que teve um tumor e pensa que este foi completamente removido na cirurgia e portanto, neste momento, já se encontra curada. Procurámos dar espaço e tempo para que se expressa-se relativamente ao seu projeto de vida e saúde. A cliente não consegue perspetivar como será o seu futuro mas deixa em aberto que gostava de se sentir mais útil, pois no passado ajudava a Sra. L. nas tarefas domésticas e atualmente não tem energia e motivação para fazer algumas atividade e isso entristece-a.

A família não reconhece a doença de Alzheimer na Sra. A., justificando que ela não é doente, "apenas tem esquecimento". Desta forma também o comportamento apático da Sra. A. não é entendido como um sintoma comportamental associado a essa mesma doença. Acreditam este deve-se a um estado de fragilidade associado à cirurgia e que de alguma forma a Sra. A. se está a "acomodar" a esta situação. Importa recordar que a apatia tem efeito sobre a pessoa com doença de Alzheimer e o familiar cuidador, já que são comuns as interpretações erróneas sobre a apatia (Landes et al., 2001; Teixeira-Jr. et al., 2006). Este comportamento é frequentemente classificado como "preguiça" ou mesmo a uma atitude desafiadora, o que acentua a insatisfação do cuidador" (Teixeira-Jr. et al., 2006, p. 239).

Recordamos que a transição saúde-doença vivenciada pela Sra. A. teve consequências diretas na organização e desempenho de papéis familiares. Se até ao momento da hospitalização era uma pessoa independente e autónoma, neste momento a Sra. L. em conjunto com as cuidadoras formais asseguram-lhe a satisfação de todas as necessidades. Na senda de obter um maior conhecimento sobre o desempenho do papel de familiar cuidador por parte da Sra. L. que permita otimizar as intervenções do projeto de cuidados, recorreremos a instrumentos científicos especificamente desenvolvido para avaliar a sobrecarga, as dificuldades, a satisfação e as estratégias de enfrentamento das adversidades decorrentes da prestação de cuidados informais.

A Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) é uma ferramenta que possibilita a avaliação da sobrecarga objetiva e subjetiva do familiar cuidador e que inclui informação sobre a saúde, a vida social, a vida pessoa, a situação financeira, a situação emocional e o tipo de relacionamento (Sequeira, 2010b). Da operacionalização da ESC obtivemos um score global de 47 pontos, o que de acordo com os pontos de corte (inferior a 46 = sem sobrecarga;

entre 46 e 56 = sobrecarga ligeira; superior a 56 = sobrecarga intensa), sugere-nos que relativamente ao desempenho do seu papel, a Sra. L. apresenta sobrecarga ligeira. Este resultado está em linha com as referências bibliográficas que sugerem que a prestação de cuidados em contexto familiar a pessoas idosas dependentes está comumente associada a um conjunto de repercussões pessoais, sociais e económicas, particularmente mais intensas quando os cuidados são dirigidos a pessoas com demência (Brito, 2002; Eters, Goodall, & Harrison, 2008; Hatcher, 2009; Sequeira, 2010b).

O Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI), o Índice de Satisfação do Cuidador (CASI) e o Índice de Avaliação das Estratégias de Coping do Cuidador (CAMI), da autoria de Nolan, Grant, & Keady (1998) e traduzidos e validados para a população portuguesa por Luísa Brito e João Barreto, constituem um outro conjunto de instrumentos úteis de avaliação do desempenho do papel por parte da Sra. L. (Brito, 2002).

O Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) permite identificar as dificuldades do familiar cuidador (na vida social, na saúde, na situação económica, nos relacionamentos e nos apoios profissionais) relacionadas com o tarefa de cuidar, permitindo adequar as respostas formais a implementar em cada caso concreto. Os fatores de dificuldades identificados pela Sra. L. estão sobretudo associados a problemas relacionais com a Sra. A.. Uma análise detalhada das respostas ao questionário seguindo as orientações dos autores permitiu verificar que perante afirmações como *"a pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim"* e ainda *"a pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia"*, o familiar cuidador considerou que *"isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito"*. Embora sentidos com menor perturbação (autoavaliados como *"isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação"*) verificamos os fatores de dificuldades relacionados com as exigências de ordem física da prestação de cuidados, a restrição na vida social e a falta de apoio familiar. Os fatores de dificuldade associados a reações à prestação de cuidados, falta de apoio profissional e problemas financeiros foram considerados pela Sra. L. como *"não acontece no meu caso"*. Consideramos que estes resultados estão em linha com o exposto na introdução deste documento, onde salientamos o impacto físico e psicológico que os SCPD têm na qualidade de vida do familiar cuidador da pessoa com demência e na forma como a apatia, em particular, deteriora essa relação (Cerejeira et. al, 2012; Vugt, et al., 2003).

O Índice de Satisfação do Cuidador (CASI) compõe-se de uma lista de itens relacionados com os aspetos positivos da prestação de cuidados e que o familiar cuidador identifica como fonte de satisfação. A detalhada análise das respostas ao CASI permitiu-nos saber que a Sra. L. considera existirem fatores que lhe conferem satisfação pela prestação de cuidados. Daí extraímos a maior expressividade de afirmações como *"prestar cuidados permite-me*

cumprir o que sinto que é o meu dever" e *"sou do gênero de pessoas que gostam de ajudar os outros"*, associadas à categoria desempenho do papel de cuidador, as quais veiculam a satisfação deste familiar cuidador por poder desenvolver as suas aptidões e interesse para cuidar de outra pessoa (Sequeira, 2010a). Perante o resultado do CASI podemos ajuizar que possivelmente, o fato da Sra. L. substituir a mãe em todas as atividades pode estar, em parte, associada à valorização que faz do seu papel e à satisfação que retira do desempenho dessas tarefas. Não podemos contudo menosprezar que existe falta de informação sobre como potencializar as capacidades da pessoa com doença de Alzheimer e que isso também será responsável pela perpetuação dessa atitude de paternalismo.

O Índice de Avaliação das Estratégias de Coping do Cuidador (CAMI) engloba 38 afirmações relacionadas com estratégias de coping a que o familiar cuidador pode recorrer para resolver ou atenuar as dificuldades percebidas no processo de cuidar. Verificámos que nas respostas da Sra. L. foram consideradas como estratégias adotadas e com bons resultados aquelas que relacionam-se com as perceções alternativas sobre a situação, expressas em afirmações como *"pensar que há sempre quem esteja pior do que eu"* e *"aceitar a situação tal como ela é"*, entre outras. Estas estratégias estão ligadas á forma como o familiar cuidador percebe a situação e o recurso a sentimentos positivos como solução para enfrentar os problemas (Sequeira, 2010a).

Por esta altura, considerámos ter conseguido atingir a segunda fase do modelo de intervenção em parceria. Isto permitiu-nos estabelecer uma relação de confiança mais vinculada e abordar o familiar cuidador sobre assuntos mais delicados, os quais poderiam originar uma quebra na relação terapêutica se fossem introduzidos numa fase mais precoce do projeto de cuidados. Deste modo e numa perspetiva de melhoria dos cuidados às pessoas idosas com demência focamo-nos em avaliar o risco e/ou perpetração de abuso e proporcionar as intervenções necessárias para a sua prevenção.

No âmbito da colaboração com a Unidade de Investigação & Desenvolvimento da Escola Superior de Enfermagem e a Unidade de Cuidados na Comunidade/ Equipa de Cuidados Continuados Integrados onde decorreu o estágio, procedemos à aplicação da **Escala Modified Conflict Tactics-Scale (MCTS)** (Beach, et al., 2005; Cooper, Manela, Katona, & Livingston, 2008; Cooper, Maxmin, Selwood, Blanchard, & Livingston, 2009). Devido à natureza sensível das questões desta escala, a sua aplicação seguiu as recomendações do autor original. Ela foi enquadrada na entrevista em realizamos as demais avaliações, ao mesmo tempo que disponibilizamos toda a informação e esclarecimentos sobre o seu objetivo (que neste caso particular não era a investigação científica mas antes o diagnóstico de possíveis problemas e optimização das intervenções do projeto de cuidados), de forma a diminuir a resistência às respostas (Beach, et al., 2005). No caso em estudo, o score final da

MCTS foi igual a zero (com resposta "nunca" a todas as 10 afirmações que compõem a escala), o que é sugestivo da não perpetração de abuso por parte da Sra. L..

Mesmo não pretendendo ser redundantes no uso de instrumentos de identificação de sinais e/ou sintomas de abuso, consideramos relevante recorrer ainda ao *Elder Assessment Instrument* (EAI), por incluir a triagem de outras formas de abuso (sexual, negligência, exploração material ou financeira e o abandono), não contempladas no MCTS (Fernandes & Gonçalves, 2014; Fulmer, 2008). Contudo, não podemos ignorar a fragilidade do EAI na avaliação de pessoas idosas com demência, uma vez que a sua correta utilização presuppõe o comentário verbal da potencial vítima para manifestar ou descrever sintomas, o que para uma pessoa com doença de Alzheimer pode ser difícil (Fulmer, 2008). Ainda assim apreciamos este instrumento como útil enquanto *check-list* na análise do caso da Sra. A. e do seu familiar cuidador. Nesta observação verificámos que relativamente ao vestuário, à higiene, à nutrição e à qualidade da pele a avaliação geral é boa. No entanto o ponto 22 do EAI alerta-nos para a "falha na resposta a aviso de doença óbvia", enquanto possível indicador de negligência (Fernandes et al., 2014; Fulmer, 2008).

Se ajuizarmos sobre os fatos conhecidos e os princípios que McComarck (2003) considera como o ideais para a preservação da dignidade de uma pessoa doente, verificamos que a ação da Sra. L. parece ser insuficiente para satisfazer parte dos seus deveres para com a Sra. A. Não obstante da sua dedicação permanente e interesse demonstrado, a verdade é que não está a dar oportunidade para maximizar o potencial de crescimento e desenvolvimento da Sra. A., pois não favorece a independência e autonomia e não contempla o seu desejo de ter um papel mais participativo na família (McCormack, 2003).

O EAI não é um instrumento de deteção definitiva de abuso, mas antes serve para indicar a necessidade de uma maior avaliação em cada situação em que são detectados possíveis indicadores de abuso (Fulmer, 2008). Não pretendemos por isso ser precipitados no julgamento, mas face ao exposto e de acordo com a classificação dos tipos de abuso consideramos pelo *National Center on Elder Abuse* (2013), considerámos que neste caso era fundamental o desenvolvimento de intervenções preventivas da negligência.

No seguimento de uma avaliação mais exaustiva do caso, procurámos ainda determinar a existência de outros fatores risco para comportamentos abusivos. O *Indicators of Abuse Screen* de Reis e Nasmiash (1998) ajudou-nos a rever toda a informação colhida e reforçou o juízo de que este é um **caso com potencial para a perpetração de ações abusivas**. No Quadro 2 sintetizamos os fatores de risco que associamos à Sra. A. e ao seu familiar cuidador e que poderão potenciar a vitimização (Reis et. al., 1998). Ao atribuir uma pontuação de acordo com o nosso juízo a cada um desses fatores obtemos um *score* de 20

pontos, sendo que segundo o autor, uma pontuação igual ou superior a 16 é considerada indicativo de abuso (Reis et al., 1998).

Para apreciar os fatores especificamente associados ao abuso à pessoa idosa com demência presentes neste caso empregámos os resultados da revisão sistemática da literatura e resumimos os achados no Quadro 3.

Quadro 2. Fatores de risco de abuso à pessoa idosa identificados nesta situação, de acordo com a escala *Indicators of Abuse Screen*.

Sra. A.	Sra. L. (familiar cuidador)
Pouca compreensão da sua condição clínica	Não compreensão da condição clínica da mãe
Problema de comportamento (apatia)	Inexperiência na prestação de cuidados
Expectativas irrealistas	

Fonte: Reis, M., & Nasmiash, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480.

Quadro 3. Fatores de risco específicos de abuso à pessoa idosa com demência identificados nesta situação de acordo com a revisão sistemática da literatura.

Deterioração cognitiva da Sra. A.
Elevado número de horas de cuidados prestados
Insuficiência de contactos sociais por parte da Sra. L.
Manifestação de SCPD (apatia) por parte da Sra. A.
Partilha de habitação com a pessoa idosa com demência
Sobrecarga do familiar cuidador

Fonte: Resultados da revisão sistemática da literatura apresentada no anexo % do relatório de estágio.

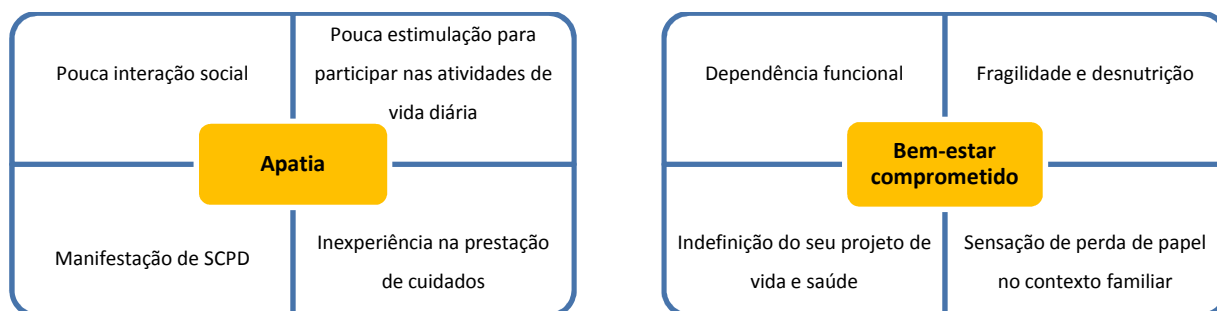
Se pretendermos ser ainda mais inclusivos na bibliografia a considerar para a apreciação dos fatores de risco de abuso podemos encarar também a dependência funcional nesta extensa lista (Johannesen & Logiudice, 2013).

Fase capacitar/ possibilitar

A terceira fase do Modelo de Intervenção em Parceria caracteriza-se pelo desenvolvimento de competências na pessoa idosa e familiar cuidador para agirem e decidirem, possibilitando desta forma a execução do projeto de cuidados (Gomes, 2013).

Na Figura 2 compilamos os principais problemas que considerámos serem um obstáculo à capacidade dos clientes para assumirem o cuidado de Si e/ ou assegurem o cuidado do Outro e sobre os quais recaiu a nossa atenção.

Figura 2. Categorias dos principais problemas identificados no caso em estudo



Suportados no conhecimento já adquirido sobre os clientes, seu contexto de vida e significado que a situação de doença, partilhámos informação, esclarecemos e mobilizámos para a reflexão. Procurámos com isto transformar as suas capacidades potenciais em capacidades reais e concretizar os objetivos estabelecidos em parceria (Gomes, 2013).

No que respeita ao conhecimento que a Sra. A. tem sobre a sua situação clínica, procurámos reger a nossa conduta pelos princípios fundamentais do Código Deontológico do Enfermeiro e como tal abstivemo-nos de partilhar informações sobre o seu diagnóstico clínico ou prognóstico. Concordámos com a conspiração do silêncio³ solicitada pela família, por considerarmos existirem nesta fase intervenções prioritárias, nomeadamente a melhoria da comunicação entre os seus elementos e a Sra. A. (Coelho, Souza, Braga, & Costa, 2013). Só depois de melhorado este aspeto poderá haver espaço para conduzir a família à reflexão sobre o direito da pessoa doente à verdade sobre a sua situação clínica.

No que respeita ao possíveis indicadores de negligência identificados na fase anterior, empenhámo-nos em comunicar de forma assertiva as nossas preocupações ao familiar cuidador, seguindo para isso as linhas orientadoras de Fulmer (2008). Procurámos não ter um diálogo acusador, mas antes demonstrar a nossa preocupação pela forma como estava a conduzir e a condicionar o potencial de recuperação da Sra. A. Ao mesmo tempo demonstrámos que a sua mãe conseguia levantar-se da cama e deambular pelo corredor apenas com supervisão. Explicámos que algumas mudanças na forma de gerir os cuidados que prestava iram contribuir para um maior bem estar seu e da sua mãe e assim

³ O termo conspiração do silêncio refere-se ao pedido que a família faz ao profissional de saúde para ocultar ou omitir a informação a transmitir à pessoa doente. É um fenómeno frequente que resulta do desespero da família perante o diagnóstico de uma doença incurável e o medo de confrontar o seu ente querido com a dor dessa realidade (Coelho, Souza, Braga, & Costa, 2013).

disponibilizámo-nos para que, com a sua concordância, desenvolvêssemos um conjunto de intervenções que facilitassem esse objetivo.

Em complemento, dirigimo-nos à Sra. A. e com recurso a frases simples procurámos explicar que tinha capacidades para ser mais ativa e participante na vida familiar do que estava a ser até aquele momento e que para invertermos essa situação seria essencial a sua colaboração. Uma vez que também existia a intervenção de cuidadores formais para assegurar cuidados de higiene e conforto à Sra. A., tornou-se importante a discussão conjunta do projeto de cuidados.

Fase comprometer-se

A quarta fase do modelo de intervenção em parceria sustenta o desenvolvimento das ações do enfermeiro e do cliente no sentido de transformar capacidades potenciais em capacidades reais, garantindo que possa vir a assumir o cuidado de Si próprio e/ou assegurar o cuidado do Outro (Gomes, 2013).

Os resultados que pretendemos alcançar com este projeto de cuidados foram que a Sra. L. promovesse o cuidado de Si (consiga ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, mantenha-se informada e com capacidade de decisão e manifeste conforto e bem estar) e assegure cuidados mais adequados às necessidades e preferências da Sra. A. Para isso consideramos as categorias de problemas previamente identificados na avaliação dos clientes (ilustração 1) e o plano negociado para a mudança (Tabela 4) e dedicámo-nos à implementação de um conjunto de intervenções em parceria para a conquista desses objetivos. Ainda que indiretamente, acreditámos que com estas ações podíamos reduzir e/ou eliminar os fatores de risco identificados previamente e desta forma contribuir para a prevenção primária (evitação pela atuação sobre as causas e fatores de risco) e prevenção secundária (identificação das situações e intervenção precoce) das potenciais situações de abuso à pessoa idosa neste estudo de caso (Almeida, 2005; Bernal et al., 2005; Phelan, 2010; WHO, 2011).

Nos Quadros 4 e 5 apresentamos o plano dessas intervenções. Para uma melhor compreensão este encontra-se sob a forma de tabela onde enunciamos os problemas, os resultados esperados, as intervenções de enfermagem empreendidas e os compromissos estabelecidos em parceria com a Sra. A. e/ou o seu familiar cuidador.

Quadro 4 - Plano de cuidados em parceria para o problema identificado (1)

Problema identificado (1)
<ul style="list-style-type: none">▪ Apatia relacionada com a manifestação de SCPD, pouca estimulação para participar nas atividades de vida diária, pouca interação social e inexperiência do familiar cuidador na prestação de cuidados.
Resultado esperado
<ul style="list-style-type: none">▪ A Sra. A. expressará uma diminuição do comportamento apático através de interações sociais e participação em algumas atividades de vida diária.▪ A Sra. L. revelará uma diminuição da sobrecarga e integrará informação que permitir-lhe-á melhorar o desempenho de papel de cuidador.
Intervenções de enfermagem
<p><u>Dimensão relacional</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Reconhecer e compreender as dificuldades de comunicação da Sra. A. associadas à apatia (Camara, et al., 2009). [<u>Estratégia adotada</u>: Associámos à nossa linguagem não verbal, expressa através do toque e do olhar nos olhos, a linguagem verbal com recurso a frases simples e que transmitissem afeto].▪ Procurar manter a Sra. A. com a mente e as mãos ativas (Comissão Europeia et al., 2006). [<u>Estratégia adotada</u>: Incentivámos a continuação de uma tarefa que a Sra. A. já tinha iniciado previamente e que consistia em escrever num caderno o nome completo e a data de aniversário de todos os elementos da família, tendo para isso necessariamente que interrogar todos com quem se relacionava].▪ Promover interações sociais (Leone, et al., 2012). [<u>Estratégia adotada</u>: Promovemos a primeira saída à rua (depois de 3 meses) para caminhar junto ao prédio, criando a oportunidade da Sra. A. rever e conversar com algumas amigas e vizinhas].▪ Incentivar as visitas e a interação com os familiares (Leone, et al., 2012). [<u>Estratégia adotada</u>: Procurámos que nas visitas os familiares colaborassem na criação de momentos envolventes e produtivos, tendo para isso sido convidados a participarem em alguns jogos terapêuticos (puzzles e quebra-cabeças)].▪ Educação do familiar cuidador sobre a evolução da doença de Alzheimer, os comportamentos específicos de cada uma das fases; formas de lidar com as mudanças de comportamento; mudanças no ambiente de forma a torná-lo mais seguro e favorecedor da independência; recursos disponíveis na comunidade (Bottino, et al., 2002). [<u>Estratégias adotadas</u>: Sugerimos remover os tapetes dos espaços comuns de forma a não haver risco de quedas quando a Sra. A. deambulasse em casa; garantimos informação sobre a

os sintomas característicos da doença da Sra. A e estratégias para ultrapassar os constrangimentos; disponibilizados informação sobre centros de dia na área de residência, onde poderia passar algumas tardes ocupada e em interação social; demonstramos técnicas que facilitam o processo de cuidar, nomeadamente como supervisionar a deambulação e assistir na ida à casa de banho].

Participação nas atividades de vida diária

- Dar os parabéns pelo que consegue fazer e não criticar aquilo que faz de forma errada (Comissão Europeia et al., 2006).
- Procurar perceber de forma espontânea ou questionar os interesses da Sra. A. (Comissão Europeia et al., 2006).

[Estratégia adotadas: A consulta em conjunto dos álbuns de fotografias da família foram muito úteis para conhecer mais sobre a história de vida da Sra. A., sobre a família e os seus interesses. Foi desta forma que ficámos a saber que gostava de fazer tricô, de cozinhar e de participar em festas].

- Explicar a razão e a importância da participação em cada atividade desenvolvida (Leone, et al., 2012).

[Estratégia adotada: Quando apresentámos as atividades em que gostávamos que participasse explicámos também que estas tinham como objetivo máximo que ganhasse mais energia e voltasse "a poder fazer sozinha as suas coisas sem depender tanto da sua filha"].

- Definir uma tarefa que a Sra. A. possa cumprir e mostrar-se disponível para ajudar (Comissão Europeia et al., 2006; Leone, et al., 2012).

[Estratégia adotada: Procurámos desafiar a Sra. A. para participar em tarefas que fossem adequadas às suas capacidades, como por exemplo dar-lhe as calças do fato de treino para a mão para que as vestisse sozinha, ajudando-a em algum pormenor se fosse necessário].

- Não obrigar a participar em atividades especialmente quando já manifestou que não tem vontade (Comissão Europeia et al., 2006; Leone, et al., 2012).

[Estratégia adotada: Em algumas visitas domiciliárias não conseguimos desenvolver as intervenções delineadas porque a Sra. A. estava particularmente mais apática e recusava participar. Nesses dias respeitámos a sua vontade e voltámos a tentar numa outra altura];

- Estimular a participação em rotinas e atividades de vida diária ao seu alcance independentemente da qualidade do resultado obtido (Alzheimer's Association, 2012; Comissão Europeia et al., 2006; Landes, et al., 2001; Leone, et al., 2012).

[Estratégia adotada: Como sabíamos que previamente a esta transição saúde-doença a Sra. A. colaborava bastante com a sua filha nas tarefas domésticas, estimulámo-la para que voltasse a ajudar a limpar o pó, a dobrar a roupa que a Sra. L. apanhava do estendar e que colocasse os

pratos na mesa para as refeições. Para aumentar-lhe a iniciativa começámos essas atividades e deixámos a Sra. A. concluí-las].

- Tentar estimular a Sra. A. a realizar atividades do seu interesse (Comissão Europeia et al., 2006; Leone, et al., 2012).

[Estratégia adotada: Incitámos para que voltasse a pegar nas malhas e nas agulhas de tricô e tentasse fazer uma pequena peça].

- Propor novas atividades regularmente (Leone, et al., 2012).

[Estratégia adotada: Em cada visita domiciliária preparámos um conjunto de atividades diferentes, que podiam ser por exemplo montar puzzles feitos com fotografias que rasgávamos de revistas, realizar alguns exercícios físicos terapêuticos ou ver fotografias que tinha em casa e conversar sobre elas, entre outras atividades].

Compromissos estabelecidos em parceria

- O familiar cuidador identificou os sintomas de doença da Sra. A., tal como a apatia e deixou de responsabilizá-la pelas mudanças de comportamento, humor ou dificuldades na comunicação.
- O familiar cuidador reconheceu que a Sra. A. mantém as suas capacidades para executar as atividades de vida diária, mas que dificilmente as inicia se não for fortemente estimulada.
- O familiar cuidador está disponível e motiva a Sra. A. para participar em atividades de vida diária e fazer o máximo uso das suas capacidades.

Fundamentação

A apatia conduz ao declínio precoce da capacidade funcional da pessoa doente e à consequente maior dependência em relação ao familiar cuidador (Buettner, Fitzsimmons, Atav, & Sink, 2011). Face aos desafios da prestação dos cuidados este elemento pode vivenciar uma sobrecarga (Landes, et al., 2001). É por isso necessário o suporte ao desempenho de papel e educação, garantindo a redução dos sintomas que advêm dessa sobrecarga e a melhoria do seu bem-estar, assim como da pessoa idosa e dos outros elementos da família (Bottino, et al., 2002).

A apatia é ainda preditiva da deterioração na qualidade das relações em contexto familiar (Vugt, et al., 2003). O familiar cuidador precisa ser educado para reconhecer que apesar da pessoa com apatia manter a capacidade física para executar muitas das atividades, não vai conseguir iniciá-las, se não for fortemente estimulado e que isso não é uma atitude de preguiça (Landes, et al., 2001).

As atividades terapêuticas não farmacológicas (e.g. dançar, ouvir música) têm demonstrado resultados relevantes no controlo deste comportamento (Brodaty, 2012). As tarefas, as rotinas diárias e as atividades recreativas ajudam a pessoa com demência a estruturar o seu dia e possibilitam a interação social (Alzheimer's Association, 2012; Comissão Europeia et al., 2006). Permitir que colabore nas tarefas domésticas pode dar à pessoa a sensação de que tem um objetivo e um papel importante na família. Ela pode ser encorajada a fazer coisas como levantar a

mesa e dobrar lenções, mesmo que não seja necessário serem feitas (Comissão Europeia et al., 2006). As atividades devem centrar-se no prazer associado à sua realização e não na qualidade do resultado (Alzheimer's Association, 2012; Comissão Europeia et al., 2006). Aquelas que envolvem objetos ou tarefa que têm significado pessoal para o cliente e/ou que se relacionam com a sua história de vida, têm maior impacto na sua motivação (Cohen-Mansfield, Thein, Dakheel-Ali, & Marx, 2010). Isto contribui para a auto-estima da pessoa com demência, principalmente se a sua colaboração for elogiada (Comissão Europeia et al., 2006).

A Alzheimer's Association (2012) sugere ainda que no planeamento destes cuidados deve ser tido em conta a forma de abordagem (devemos oferecer apoio e supervisão permanente, ser realistas e descontraídos e focar uma tarefa de cada vez) e o lugar (incube-nos garantir a segurança das atividades e minimizar distrações que podem assustar ou distrair).

Quadro 5 - Plano de cuidados em parceria para o problema identificado (2)

Problema identificado - 2
<ul style="list-style-type: none">▪ Bem-estar⁴ comprometido, relacionado com a dependência funcional, a desnutrição e fragilidade, a indefinição do seu projeto de vida e saúde e sensação de perda de papel no contexto familiar.
Resultados esperado
<ul style="list-style-type: none">▪ A Sra. A. expressará um maior bem-estar associado à melhoria da capacidade funcional, ausência de critérios de fragilidade, definição de um projeto de vida e saúde com objetivos realistas, sensação de participação e valorização no contexto familiar.
Intervenções de enfermagem
<p><u>Dimensão física</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Implementar um programa terapêutico que inclua pequenas caminhadas e 3 a 4 exercícios físicos diferentes e repeti-los cerca de 10 vezes cada em casa sessão (Comissão Europeia et al., 2006). <p>[<u>Estratégias adotadas:</u> Na pesquisa bibliográfica identificámos várias referências à implementação de programas de exercício físico para pessoas idosas e/ ou frágeis e pessoas com demência não institucionalizadas (Heyn, Abreu, & Ottenbacher, 2004; Chou, Hwang, & Wu, 2012; Lopopolo, Greco, Sullivan, Craik, & Mangione; Theou, et al., 2011; Schwenk, et al., 2014). Apesar dos resultados positivos, estes artigos não apresentam exemplos de exercícios que sirvam de orientação. Optámos assim por individualizar para a Sra. A. o programa implementado por Martinho (2013) (suplemento ao estudo de caso). A autora relata que estas atividades foram consideradas pelos clientes como motivantes, satisfatórias e estimulantes para a continuação de atividade física (Martinho, 2013).</p> <p>No programa de exercícios da Sra. A. incluímos 2 exercícios de aquecimento, 2 exercícios de manutenção e 2 exercícios de relaxamento para cada dia de intervenção, que foram ajustados de acordo com a sua resistência física e motivação de variava em cada dia. Complementámos o esquema de exercícios com caminhadas de algumas dezenas de metros, percorrendo todas as divisões da casa ou saindo à rua quando as condições meteorológicas o permitiam].</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Limitar a duração do exercício físico a 15 - 20 minutos (Comissão Europeia et al., 2006). <p>[<u>Estratégia adotada:</u> A limitação do tempo do exercício físico foi um estratagema para evitar a instalação ou maior expressão da apatia na Sra. A., que facilmente oscilava o seu humor no decorrer das intervenções].</p>

⁴ Bem-estar é compreendido como um autoconhecimento em que existe uma "imagem mental de estar bem, equilibrado, contente, bem integrado e confortável por orgulho ou alegria e que se expressa habitualmente demonstrando relaxamento de si próprio e abertura às outras pessoas ou satisfação com independência" (International Psychogeriatric Association, 2002, p. 48).

- Permitir que pare aos mínimo sinal de cansaço ou insatisfação (Comissão Europeia et al., 2006).
- Oferecer um copo com água ou sumo de fruta a intervalos regulares (Comissão Europeia et al., 2006).
- [Estratégia adotada: Aproveitámos os momentos de atividade física para promover o reforço da hidratação da Sra. A., dado a renitência em ingerir líquidos noutras alturas].
- Sugerir a ingestão regular de suplementos nutricionais completos bebíveis (Allen, Methven, & Gosney, 2013)
- Incitar a que as refeições sejam realizadas à mesa em conjunto com a família, de forma a promover interação social e estimular o apetite (Nazarko, 2013)

Dimensão psicológica e cognitiva

- Ajudar a pessoa a afastar os pensamentos depreciativos sobre a sua situação, direcionando a mente para acontecimentos positivos (Leone, et al., 2012).

[Estratégia adotada: No decurso das várias intervenções junto da Sra. A. procurámos reconhecer e compreender o desânimo pela alteração do seu papel no contexto familiar, mas ao mesmo tempo dar-lhe perspectivas otimistas sobre o bom desempenho obtido em cada exercício e da forma como isso contribuía para uma maior autonomia e independência].

- Atividades de estimulação cognitiva.

[Estratégias adotadas: Realizámos várias atividades, tais como puzzles, quebra-cabeças impressos em papel e jogos para associar peças da mesma cor].

- Atividades de terapia de orientação para a realidade.

[Estratégias adotadas: Concretizámos várias ações a este nível, como por exemplo indagar a Sra. A. sobre o dia da semana e o mês corrente, assinalar num calendário o dias das nossas visitas domiciliárias, os aniversários dos familiares e os próximos feriados; observar as condições meteorológicas atuais, descrevê-las e dizer qual a estação do ano em que estávamos; sortear papéis que tinham escrito o nome de vários objetos existentes em casa, tais como quadro, cadeira ou lavatório e pedir para se dirigir até ao local onde estava o objeto e colar nele o papel].

- Atividades de terapia por reminiscência.

[Estratégia adotada: Realizámos uma atividade particularmente proveitosa em matéria de colheita de dados, de envolvimento com os clientes, de valorização pessoal da Sra. A e de fortalecimento dos seus laços com o familiar cuidador. Esta consistiu na criação de um momento de intimidade em que a Sra. A. folheou 2 álbuns de fotografias de família (organizados de acordo com a ordem dos acontecimentos), na nossa companhia e da Sra. L. e descreveu algumas das situações retratadas, fazendo assim um relato de momentos positivos da sua vida].

Compromissos estabelecidos em parceria

- A Sra. A. empenhou-se em participar nas atividades desenvolvidas e contribuiu para a sensação de segurança da Sra. A. e reforço dos vínculos familiares.
- A Sra. L. estimulou a Sra. A. para participar nas atividades aprendidas mesmo na ausência do enfermeiro.

Fundamentação

A realização de exercício físico é considerada benéfica para as pessoas com demência, dado que estimula as suas capacidades mentais e físicas e incita-as a ter interesses e a manterem-se ativas, o que pode ajudá-las a levar uma vida tão normal quanto possível, (Comissão Europeia et al., 2006; Heyn, et al., 2004). Uma revisão Cochrane considerou contudo não haver evidência suficiente sobre a eficácia de programas de atividade física na cognição, na funcionalidade, nos comportamentos, na depressão e na mortalidade das pessoas idosas com demência, em comparação com os cuidados habituais (Forbes, et al., 2008). No entanto, um outro estudo demonstrou que estas pessoas quando são sujeitas a reabilitação física intensiva melhoram a sua força muscular, a capacidade de transferência e o equilíbrio postural (Schwenk, et al., 2014). Estes ganhos contribuem, para melhorar a capacidade de se levantarem de uma cadeira ou caminhar, o que é de extrema importância para reduzir o risco de queda, evitar a perda de independência, aumentar a qualidade de vida e diminuir a morbilidade (Schwenk, et al., 2014).

Não é apenas em pessoas idosas com demência que a atividade física tem demonstrado benefícios. Wallace, Lees, Minou, Singleton & Stratton (2014) implementaram um programa de exercícios ao longo de 12 semanas em pessoas com mais de 60 anos e concluíram que este engrandeceu significativamente a sua independência e qualidade de vida, comparativamente ao grupo não submetido à intervenção. A atividade física também foi associada à melhoria do estado emocional e do cansaço físico em pessoas com doença oncológica em fase paliativa, contribuindo para o seu bem-estar (Oldervoll, et al., 2006).

Sobre o prisma da fragilidade, o exercício físico foi correlacionado em duas meta-análises ao aumento da velocidade da marcha, melhoria do equilíbrio e do desempenho das atividades de vida diária em idosos frágeis (Chou et al., 2012; Lopopolo et al., 2006). A investigação de Fairhall, et al., (2013) obteve conclusões semelhantes e sublinhou que o fato de passarem a caminhar mais depressa fez com que as pessoas idosas frágeis reduzissem a sua incapacidade e tivessem maior participação social. A velocidade de marcha está fortemente ligada ao risco de quedas e consequentemente tem-se revelado um preditor do declínio funcional, da institucionalização e da mortalidade (Lopopolo et al., 2006). As evidências sobre o impacto positivo destes programas sugerem que a sua implementação pode ser uma estratégia dos enfermeiros para interromperem e/ou prevenir o ciclo da fragilidade e assim aumentarem a independência, melhorarem a qualidade de vida e reduzirem o isolamento social dos seus clientes (Fried, et al., 2001; Theou, et al., 2011; Wallace et al., 2014).

Na vertente da dimensão psicológica e cognitiva, a estimulação cognitiva da pessoa idosa com demência tem ganho notoriedade. Esta integra um leque de atividades agradáveis (e.g. discussão de acontecimentos passados e presentes, jogos de palavras, quebra-cabeças, música e atividades práticas) que estimulam o pensamento, a concentração e a memória (Woods, Aguirre, Spector, & Orrell, 2012). Objetiva-se com isto a recuperação das funções comprometidas, o treino das áreas cerebrais inutilizadas e potencialização das capacidades remanescentes (Camara, et al., 2009). Este tipo de terapia tem mostrado melhorar a cognição, o bem-estar, a qualidade de vida e a comunicação de pessoas com demência. As evidências indicam no entanto que não é eficaz na melhoria do humor, do desempenho das atividades de vida diária ou dos problemas comportamentais (Woods et al., 2012).

Já a terapia por reminiscência incorpora atividades que recuperam informações através de figuras, fotos, jogos ou músicas associadas a lembranças expressivas de vida do cliente. Esta técnica permite que o enfermeiro preste cuidados centrados na pessoa, isto é, que conheça e possa valorizar a singularidade da pessoa com demência através da informação detida sobre a sua identidade e história de vida (Camara, et al., 2009). Esta informação é essencial para compreender o significado que está por detrás daquilo que as pessoas doentes dizem, dos seus comportamentos e reforçar a relação terapêutica (McKeown, Clarke, Ingleton, Ryan, & Repper, 2010). Por outro lado facilita a orientação da pessoa, uma vez que lhe oferece uma linha do tempo ordenada por eventos significativos para si (Camara, et al., 2009).

O fundamento da terapia de orientação da realidade é apresentar dados do contexto à pessoa com demência de forma organizada e contínua, criando estímulos ambientais que facilitem a sua orientação (Bottino, et al., 2002). Procura-se envolver o cliente em interações sociais e melhorar a comunicação através de informação contínua, linguagem clara ou não verbal, sinalizações do ambiente e treino de funções cognitivas, através de atividades ajustadas às suas dificuldades (Bottino, et al., 2002).

Numa publicação científica que apresenta um Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia para a reabilitação cognitiva das pessoas com demência, Camara, et al.,(2009) salientam que a pessoa com demência precisa de ser estimulado da seguinte forma: a) Passado - Estimular a memória de evocação como fonte de prazer e reconhecimento do "self"; b) Presente - Estímulo à memória do reconhecimento, à orientação têmporo-espacial e à redução da dependência no dia-a-dia e afastamento do cliente do isolamento social; c) Futuro - Estímulo à elaboração de novos projetos de vida. Por seu lado, a intervenção com o familiar cuidador deve ser a seguinte: a) Passado - Revisão dos laços afetivos e história de vida comum; b) Presente - Revisão da nova realidade de vida; c) Futuro - Estímulo à preservação da individualidade e independência, preparação para possíveis agravamentos e estímulo à realização de projetos de vida e saúde. Com estas intervenções têm observado em alguns clientes a recuperação em algumas atividades de vida diária, socialização e restabelecimento de relações afetivas com a família. (Camara, et al., 2009).

Fase assumir ou assegurar o controlo do cuidado de Si ou do Outro

Na última fase do modelo de intervenção em parceria é pretendido que a pessoa idosa adquira capacidade para controlar o seu projeto de vida e saúde, permanecendo informada e com capacidade de decisão sobre o que é melhor para si e lhe traz mais conforto e bem-estar. Conjuntamente o familiar cuidador também adquire capacidade para ajudar a cuidar da pessoa idosa com demência, de acordo com a sua decisão (Gomes, 2013).

No caso da Sra. A. e do seu familiar cuidador, o projeto de cuidados desenvolvido ao longo de várias semanas permitiu que no final ambos atingissem os objetivos propostos. A Sra. A. adquiriu capacidade para controlar o seu projeto de vida e saúde, e manifesta diminuição do comportamento apático e um maior bem-estar. Atualmente está alegre, comunicativa e esboça sorriso; deixou de ter fuga do olhar; já atende sozinha o telefone e conversa com os familiares; voltou a pegar na lã e nas agulhas de tricô e tenta fazer uma pequena peça; as visitas da família deixaram de ser momentos de silêncio e passou a haver diálogo; sente-se útil no contexto familiar e colabora em pequenas tarefas como dobrar os guardanapos de papel utilizados nas refeições ou dobrar pequenas peças de roupa; faz as refeições sentada no sofá e come pela sua própria mão; deixou de usar fralda e sempre que necessita urinar vai à casa de banho e apenas com supervisão do familiar cuidador; o cuidador formal deixou de dar o banho na cama e agora colabora para a Sra. A. tomar o duche na casa de banho; veste-se sozinha se tiver a roupa preparada pela ordem correta; deambula na rua na companhia da filha e tem conversas curtas com os vizinhos que a interpelam.

Quanto ao familiar cuidador, consideramos que beneficiou igualmente no projeto de cuidados, pois agora está mais capacitado para assegurar as necessidades e estimular as potencialidades da sua mãe e revela conforto no desempenho de papel. Presentemente a Sra. L. compreende a doença e a apatia da Sra. A.; sabe que há dias em que não quer mesmo sair de cama e aí não vale a pena insistir e aborrecer-se com isso, mas há outros em que com um incentivo adequado a sua mãe consegue passar o dia fora do leito e participar em atividades de vida diária; deixou de ter as ações de substituição e paternalismo anteriores, como dar-lhe comida à boca; replica com a Sra. A. algumas das atividades aprendidas previamente, tal como mostrar fotografias e conversar sobre elas.

Em linha com os compromissos estabelecidos em parceria e as responsabilidades éticas, uma vez que verificámos resultados positivos com as intervenções desenvolvidas, acordámos prosseguir o projeto de cuidados mesmo depois de ter terminado o período de estágio na ECCI, mantendo-nos como um recurso para esta família e evitando o retrocesso dos ganhos em saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Allen, V. J., Methven, L., & Gosney, M. A. (2013). Use of nutritional complete supplements in older adults with dementia: Systematic review and meta-analysis of clinical outcomes. *Clinical Nutrition*, 32(6), 950-957. doi: 10.1016/j.clnu.2013.03.015.
- Almeida, L. M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 91-96. Obtido a 05 de junho de 2013, de <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-07-2005.pdf>.
- Alzheimer's Association. (2012). *Activities at home: Planning the day for a person with dementia*. Obtido em 12 de Janeiro de 2014, de Alzheimer's and Dementia Caregiver Center: http://www.alz.org/national/documents/brochure_activities.pdf.
- Batalha, L. M., Duarte, C. I., Rosário, R. A., Costa, M. F., Pereira, V. J., & Morgado, T. M. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, III(8), 7-16.
- Beach, S. R., Schulz, R., Williamson, G. M., Miller, S., Weiner, M. F., & Lance, C. E. (2005). Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(2), 255-261. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53111.x.
- Bernal, A., & Gutiérrez, B. (2005). *Malos tratos a persona mayores: Guía de actuación*. (S. d. Ministério de Trabajo Y Asuntos Sociales, Ed.) Obtido em 13 de julho de 2013, de <http://www.copib.es/pdf/imsero-malostratos-01.pdf>.
- Bottino, C. M., Carvalho, I. A., Alvarez, A. M., Avila, R., Zukauskas, P. R., Andrade, F. C., . . . Camargo, C. H. (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 60(1), 70-79. doi: 10.1590/S0004-282X2002000100013.
- Braden, B. J., & Bergstrom, N. (1989). Clinical utility of the Braden scale for predicting pressure sore risk. *Decubitus*, 2(3), 44-51. Obtido em 15 de outubro de 2013, de <http://ovidsp.tx.ovid.com/>.
- Brito, L. (2002). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brodsky, H. (2012). Nonpharmacological Management of Apathy in Dementia: A Systematic Review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(7), 549-564. doi: 10.1097/JGP.0b013e31822be242.
- Buettner, L. L., Fitzsimmons, S., Atav, S., & Sink, K. (2011). Cognitive stimulation for apathy in probable early-stage Alzheimer's. *Journal of Aging Research*, 1-6. doi: 10.4061/2011/480890.
- Caeiro, L. (2012). Metric properties of the portuguese version of the apathy evaluation scale. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 266-282. Obtido em 04 de fevereiro de 2014, de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v13n2/v13n2a10.pdf>.

- Camara, V., Gomes, S., Ramos, F., Moura, S., Duarte, R., Costa, S., . . . Fonseca, A. (2009). Reabilitação cognitiva das demências. *Revista Brasileira Neurologia*, 45(1), 25-33. Obtido em 29 de janeiro de 2014, de <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2009/v45n1/a003.pdf>.
- Caramelli, P., & Bottino, C. M. (2007). Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), 83-87. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000200002>.
- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, 3(73), 1-21. doi: 10.3389/fneur.2012.00073.
- Chou, C. H., Hwang, C. L., & Wu, Y. T. (2012). Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(2), 237-244. doi: 10.1016/j.apmr.2011.08.042.
- Coelho, P., Souza, C., Braga, C., & Costa, T. (2013). Um cheiro de amor... *VI Congresso Nacional e I Congresso Lusófono de Cuidados Paliativos*. Porto, 11-13, out. 2013.
- Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Dakheel-Ali, M., & Marx, M. S. (2010). The underlying meaning of stimuli: Impact on engagement of persons with dementia. *Psychiatry Research*, 177(1), 216-222. doi: 10.1016/j.psychres.2009.02.010.
- Comissão Europeia & Alzheimer Europe. (2006). *Manual do Cuidador da Pessoa com Demência* (2ª ed.). (O. R. Leitão, M. Morais, & P. Guimarães, Trads.) Lisboa: Associação Portuguesa dos Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer.
- Cooper, C., Manela, M., Katona, C., & Livingston, G. (2008). Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: prevalence, correlates and validation of instruments. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 283-288. doi: 10.1002/gps.1875.
- Cooper, C., Maxmin, K., Selwood, A., Blanchard, M., & Livingston, G. (2009). The sensitivity and specificity of the Modified Conflict Tactics Scale for detecting clinically significant elder abuse. *International Psychogeriatrics*, 21:4, 774-778. doi: 10.1017/S1041610209009387.
- Cooper, C., Selwood, A., Blanchard, M., Walker, Z., & Blizard, R. (2009). Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional survey. *British Medical Journal*, 338, 583-586. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b155>.
- Direção Geral da Saúde. (19 de Maio de 2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Obtido em 11 de Maio de 2013, de Orientação da Direção Geral da Saúde 017/2011: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i015800.pdf>
- Duque, H. P., Menoita, E., Simões, A., Nunes, A., Mendanha, M., Matias, A., & Romba, R. (2009). *Manual de boas práticas - Úlceras de pressão: uma abordagem estratégica*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008). Caregiver burden among dementia patients caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 423-428. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x.
- Fairhall, N., Sherrington, C., Lord, S. R., Kurrle, S. E., Langron, C., Lockwood, K., & ... & Cameron, I. D. (2013). Effect of a multifactorial, interdisciplinary intervention on risk factors for falls and fall rate in frail older people: a randomised controlled trial. *Age Ageing*, aft204v1-aft204. doi: 10.1093/ageing/aft204.
- Fernandes, L., & Gonçalves, R. (2014). Elder Assessment Instrument (EAI). In GEECD, *Livro de Escalas e Testes na Demência* (3ª ed.). Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Ferreira, P. L., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência .
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Forbes, D., Forbes, S., Morgan, D. G., Markle-Reid, M., Wood, J., & Culum, I. (2008). Physical activity programs for persons with dementia. *Cochrane Database Systematic Review*, 16(3). doi: 10.1002/14651858.CD006489.pub2.
- Freds, S., Cohen, D., Eisdorfer, C., Paveza, G., Gorelick, P., Luchins, D. J., & ... & Shaw, H. (1992). Functional status and clinical findings in patients with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology*, 47(6), M177-M182. Obtido em 3 de fevereiro de 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1430852>.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., . . . McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology*, 56A(3), M146–M156. doi: 10.1093/gerona/56.3.M146.
- Fulmer, T. (2008). Screening for mistreatment of older adults. *American Journal of Nursing*, 108(12), 52-59. doi: 10.1097/01.NAJ.0000341885.07694.48.
- Gomes, I. D. (2006). Dimensão espiritual nos cuidados de enfermagem: uma nova realidade? *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 8, 55-61.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. Lopes, *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à prática* (pp. 77-113). Ramada: Lusociência.
- Guarda, H. (2007). Avaliação da Dor na pessoa idosa não-comunicante verbalmente – Escala Doloplus 2. *Revista DOR*, 15, 42-47. Obtido em 26 janeiro de 2014, de http://www.aped-dor.com/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0236605001294844876-403.pdf.

- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination"(MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9).
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hatcher, R. T. (2009). Lost in the mist: alzheimer's and abuse. *Alzheimer's & Dementia, Issue 4, Supplement*, 228. doi: 10.1016/j.jalz.2009.04.181.
- Heyn, P., Abreu, B. C., & Ottenbacher, K. J. (2004). The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 85(10), 1694-1704. doi: 10.1016/j.apmr.2004.03.019.
- International Psychogeriatric Association. (2002). *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): Educational Pack*. Obtido em 02 de Fevereiro de 2014, de International Psychogeriatric Association: <http://www.ipa-online.net/pdfs/1BPSDfinal.pdf>
- Johannesen, M., & Logiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing*, 42(3), 292-298. doi: 10.1093/ageing/afs195.
- Kishimoto, Y., Terada, S., Takeda, N., Oshima, E., Honda, H., Yoshida, H., . . . Uchitomi, Y. (2013). Abuse of people with cognitive impairment by family caregivers in Japan (a cross-sectional study). *Psychiatry Research*, 209(3), 699-704. doi: 10.1016/j.psychres.2013.01.025.
- Landes, A. M., Sperry, S. D., & Geldmacher, D. S. (2001). Apathy in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(12), 1700-1707. doi: 10.1046/j.1532-5415.2001.49282.x.
- Lima, P. T. (1995). *Contributo para a validação e adaptação de uma escala de medição do estado funcional (Escala de Barthel Modificada)*. Alcoitão: Biblioteca da ESSA.
- Leitão, O. R., & Mina, A. (2007). Inventário Neuropsiquiátrico (NPI). In GEECD, *Livro de Escalas e Testes na Demência* (2ª ed., pp. 73-92). Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Leone, E., Deudon, A., Bauchet, M., Laye, M., Bordone, N., Lee, J.-H., . . . Robert, P. H. (2012). Management of apathy in nursing homes using a teaching program for care staff: the STIM-EHPAD study. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 28, 383-392. doi: 10.1002/gps.3836.
- Lopopolo, R. B., Greco, M., Sullivan, D., Craik, R. L., & Mangione, K. K. (2006). Effect of therapeutic exercise on gait speed in community-dwelling elderly people: a meta-analysis. *Physical Therapy*, 86(4), 520-540. Acedido em 29 de janeiro de 2014, de <http://ptjournal.apta.org/content/86/4/520.long>.
- Loução, R. (1998). *Contributo para a adaptação e validação da Escala de Barthel - versão: 1989*. Alcoitão: Biblioteca da ESSA.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland state medical journal*, 14, 61-65.

- Martinho, A. F. (2013). *Promoção do Envelhecimento Ativo*. Relatório de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 202-209. doi: 10.1046/j.1440-172X.2003.00423.x.
- McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 148-158. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x.
- Mulin, E., Leone, E., Dujardin, K., Delliaux, M., Leentjens, A., Nobili, F., . . . Robert, P. H. (2011). Diagnostic criteria for apathy in clinical practice. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 158-165. doi: 10.1002/gps.2508.
- National Center on Elder Abuse (NCEA). (2013). Obtido em 19 de 06 de 2013, de <http://www.ncea.aoa.gov/faq/index.aspx>
- Nazarko, L. (2013). Maintaining good nutrition in people with dementia. *Nursing & Residential Care*, 15(9), 590-595. Obtido em 2 de fevereiro de 2014, de <http://www.internurse.com/>.
- Nolan, M., Grant, G., & Keady, J. (1998). *Assessing the Needs of Family Carers. A Guide for Practitioners*. United Kingdom: The University of Sheffield.
- Oldervoll, L. M., Loge, J. H., Paltiel, H., Asp, M. B., Vidvei, U., Wiken, A. N., & ... & Kaasa, S. (2006). The effect of a physical exercise program in palliative care: a phase II study. *Journal of pain and symptom management*, 31(5), 421-430. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.10.004.
- Phelan, A. (2010). Elder abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 472-478. Obtido em 18 de junho de 2013, de <http://search.ebscohost.com/>.
- Reis, M., & Nasmiash, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480. doi: 10.1093/geront/38.4.471.
- Ribeiro, Ó., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Schwenk, M., Dutzi, I., Englert, S., Micol, W., Najafi, B., Mohler, J., & Hauer, K. (2014). An intensive exercise program improves motor performances in patients with dementia: translational model of geriatric rehabilitation. *Journal of Alzheimer's Disease*, 39(2), 487-498. doi: 10.3233/JAD-130470.
- Selwood, A., & Cooper, C. (2009). Abuse of people with dementia. *Reviews in Clinical Gerontology*, 19, 35-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b155>.
- Sequeira, C. (2010a). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C. (2010b). Cuidar de idosos com dependência mental: Do processo de transição à aquisição de competências. In C. Sequeira, & L. Sá, *Do diagnóstico à intervenção em Saúde*

Mental: II Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Barcelos, 26-29 out. 2010 (56-64).

- Silva, A. R. (2010). *EASYcare: adaptar à avaliação geriátrica multidimensional nos cuidados continuados*. Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Aveiro. doi: <http://hdl.handle.net/10773/4034>.
- Teixeira-Jr., A. L., & Caramelli, P. (2006). Apatia na doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 238-241. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000002>.
- Theou, O., Stathokostas, L., Roland, K. P., Jakobi, J. M., Patterson, C., Vandervoort, A. A., & Jones, G. R. (2011). The effectiveness of exercise interventions for the management of frailty: a systematic review. *Journal of aging research*, doi: 10.4061/2011/569194.
- Vugt, M. E., Stevens, F., Aalten, P., Lousberg, R., Jaspers, N., Winkens, I., . . . Verhey, F. R. (2003). Behavioural disturbances in dementia patients and quality of the marital relationship. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 18, 149-154. doi: 10.1002/gps.807.
- Wada, A., Neto, N. T., & Ferreira, M. C. (2010). Úlceras por pressão. *Revista Médica (São Paulo)*, 89 (3/4), 170-177. Obtido em 6 outubro de 2013, de <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/46293/49949>.
- Wallace, R., Lees, C., Minou, M., Singleton, D., & Stratton, G. (2014). Effects of a 12-week community exercise programme on older people. *Nursing older people*, 26(1), 20-26. doi: 10.7748/nop2014.02.26.1.20.e508.
- Wary, B., Serbouti, S. D., & Doloplus, C. D. (2001). Validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. *Reveu Douleurs*, 2(1), 35-38.
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Systematic Review*, 2, doi: 10.1002/14651858.CD005562.pub2.
- World Health Organization (WHO). (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. (S. Gontijo, Trad.) Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Obtido em 06 de maio de 2013, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- World Health Organization (WHO). (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Denmark: World Health Organization. Obtido em 28 de maio de 2013, de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Nurses and Families: a guide to family assessment and intervention* (5ª ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

PLANO TERAPÊUTICO DE EXERCÍCIOS DO ESTUDO DE CASO

A reprodução do plano de exercícios terapêuticos foi generosamente autorizada pelo autor:

Martinho, A. F. (2013). *Promoção do Envelhecimento Ativo*. Relatório de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

AQUECIMENTO

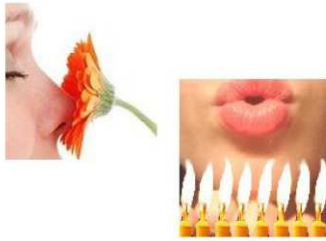


Figura 1. Respiração

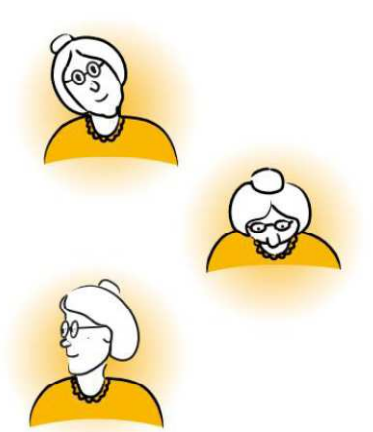


Figura 2. Movimentos da cabeça

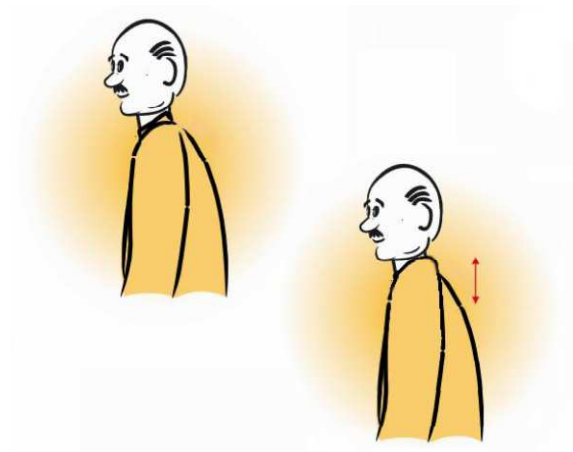


Figura 3. Esticar os ombros

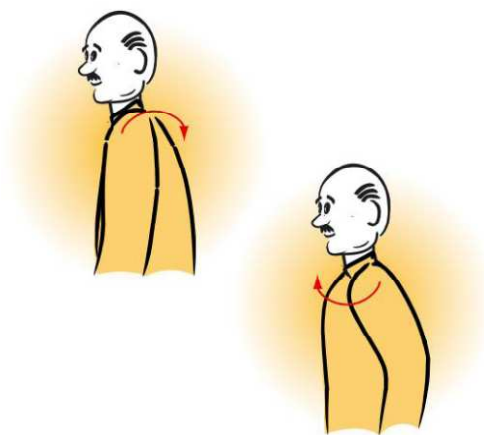


Figura 4. Rodar os ombros

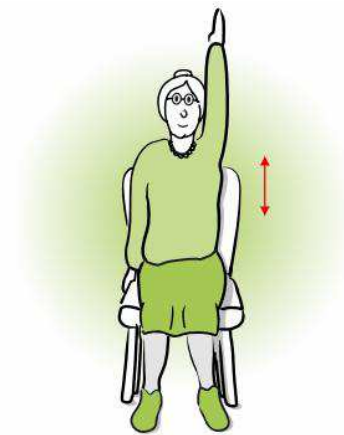


Figura 5. Movimentos verticais dos braços

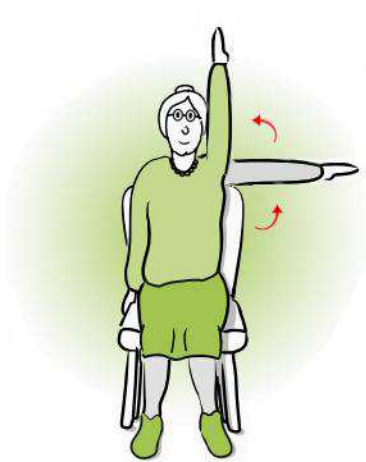


Figura 6. Movimentos laterais do braços

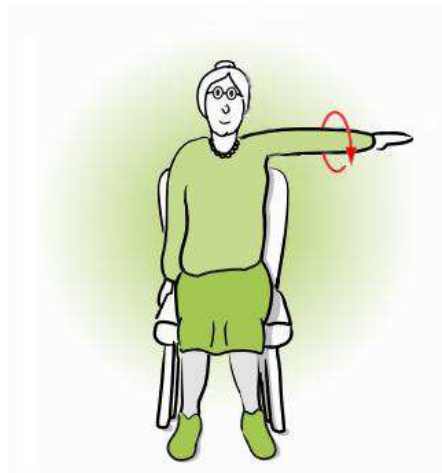


Figura 7. Movimentos circulares dos braços



Figura 8. Flexões laterais



Figura 9. Girar o tronco



Figura 10. Levantar os joelhos

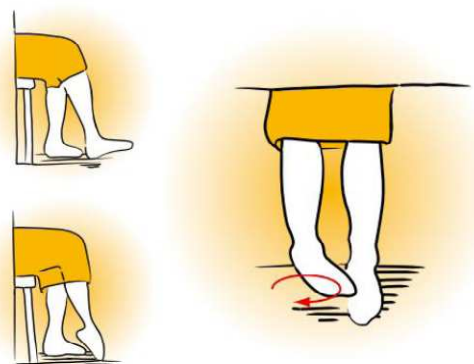


Figura 11. Levantar os calcanhares

MANUTENÇÃO

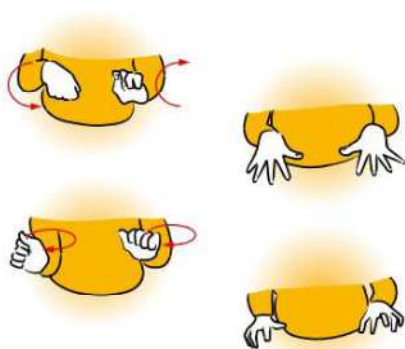


Figura 2. Trabalho de mãos

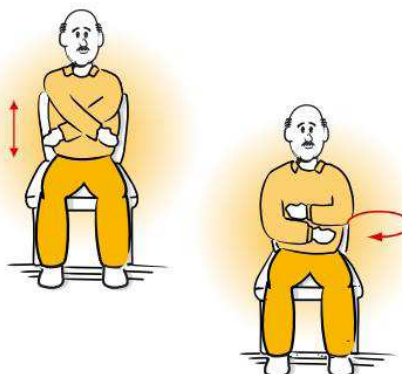


Figura 13. Criss crossing



Figura 14. Dança das cadeiras

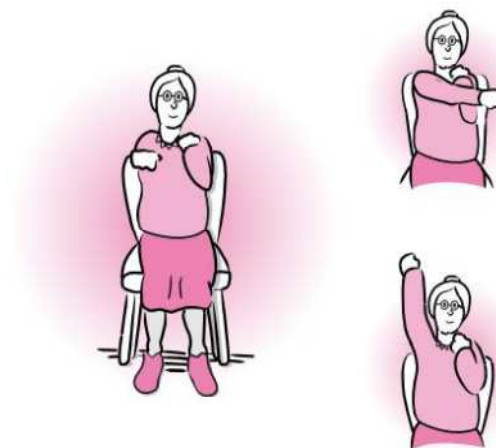


Figura 15. Bíceps

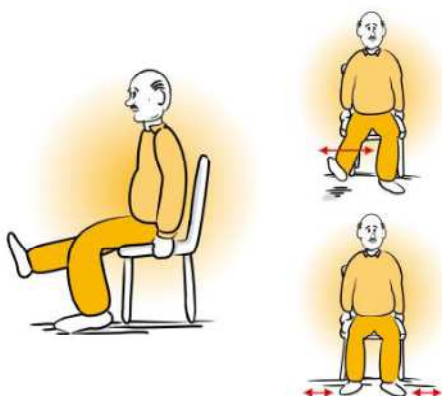


Figura 16. Joelhos e pernas



Figura 3. Marcha das cadeiras



Figura 18. Círculos com as pernas

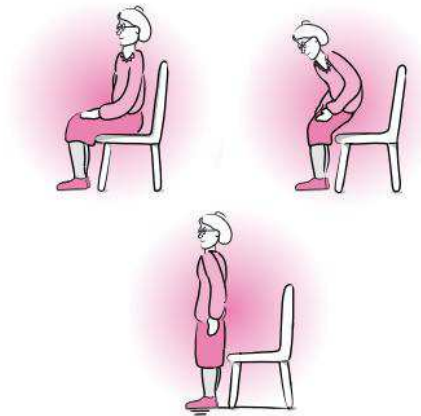


Figura 19. Levantar e sentar

ALONGAMENTO

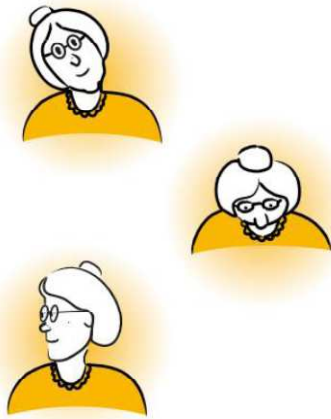


Figura 4. Movimentos da cabeça



Figura 21. Esticar o peito



Figura 5. Alongamento dos braços



Figura 6. Flexões laterais



Figura 7. Alongamento das pernas



Figura 8. Extensão das pernas

APÊNDICE III - POSTER

A parceria como intervenção de enfermagem na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência

Sérgio Luís Jorge¹; Idalina Delfina Gomes²

1. Estudante do 4º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa | Email: sergiojorge.mail@gmail.com

2. Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa | Email: idgomes@esel.pt

1. Introdução

No desempenho do seu papel, o familiar cuidador confronta-se com dificuldades sociais, físicas, psicológicas, emocionais e financeiras que podem conduzir à perpetração de abuso (Landenburger & Campbell, 2011). As pessoas idosas com demência são particularmente vulneráveis a este fenómeno (World Health Organization, 2011).

Compete aos enfermeiros da comunidade atuarem em todos os níveis de prevenção do abuso, através da avaliação das necessidades dos clientes e intervenção na redefinição do seu papel, objetivando o bem-estar, o domínio de novos comportamentos e a satisfação nas relações interpessoais (Meleis, 2010; Phelan, 2010).

Numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lisboa verificou-se que esta ação de prevenção estava comprometida pela inexistência de um modelo estruturado de práticas nesta área.

2. Objetivo

Capacitar a equipa de enfermagem para a prevenção primária e secundária do abuso à pessoa idosa com demência, mobilizando o modelo de parceria como uma intervenção promotora do cuidado de Si.

3. Metodologia

Trabalho de projeto desenvolvido entre 28/10/2013 e 14/02/2014.

Após o diagnóstico da situação, realizaram-se sessões de formação à equipa de enfermagem com o intuito de implementar uma estratégia de atuação na prevenção do abuso. Assim, capacitou-se para o uso adequado de instrumentos de avaliação do risco de abuso, como:

- ✦ O *Indicators of Abuse Screen* (Reis & Nasmiah, 1998);
- ✦ A versão portuguesa do *Elder Assessment Instrument* (Fernandes e Gonçalves, 2014).

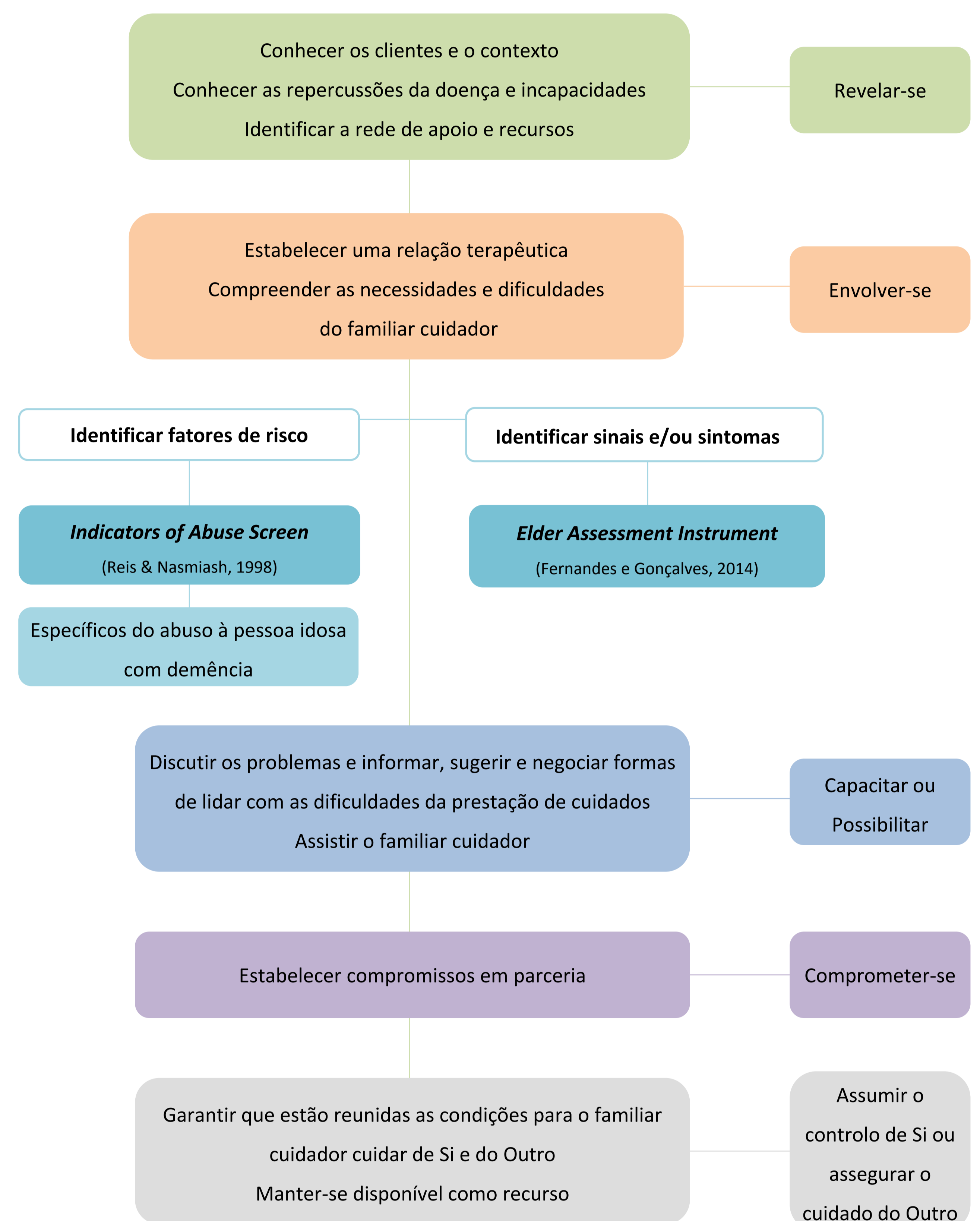
Capacitou-se também para a avaliação dos fatores de risco específicos do abuso à pessoa idosa com demência e para a mobilização do modelo de parceria de Gomes (2013) como intervenção promotora do cuidado de Si.

4. Resultados

A equipa de enfermagem desenvolveu competências para:

- ✦ Estabelecer uma relação de parceria, tendo em conta as várias fases do modelo: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir ou assegurar o cuidado da pessoa idosa e do seu familiar cuidador;
- ✦ Identificar os fatores de risco e sinais e/ou sintomas de abuso à pessoa idosa com demência, tendo por base instrumentos referenciados pela evidência científica;
- ✦ Atuar na prevenção primária e secundária, capacitando o familiar cuidador para o cuidado de Si próprio e do seu familiar.

Esquema 1. Estratégia de atuação na prevenção primária e secundária do abuso à pessoa idosa com demência, mobilizando o modelo da parceria.



5. Conclusões

A estratégia proposta permite aos enfermeiros desenvolverem intervenções em parceria e individualizadas para cada pessoa idosa e familiar cuidador. Estas intervenções incluem informação, sugestão e negociação de formas de superação dos problemas que podem precipitar os comportamentos abusivos e têm por base o stresse, a sobrecarga e o isolamento do familiar cuidador. Deste modo, podem melhorar o relacionamento familiar e prevenir o abuso à pessoa idosa com demência.

Considera-se relevante o alargamento desta formação a outras equipas que atuam no mesmo contexto.

Referências bibliográficas

- Fernandes, L., e Gonçalves, R. (2014). Elder Assessment Instrument (EAI). In Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências, *Livro de Escalas e Testes na Demência* (3ª ed.). Novartis.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. Lopes, *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp. 77-113). Ramada: Lusociência.
- Landenburger, K. M., & Campbell, J. C. (2011). Violência e maus-tratos humanos. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (7ª ed., pp. 878-905). Lisboa: Lusodidacta.
- Meleis, A. I. (2010). Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. In A. I. Meleis, *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 13-24). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Phelan, A. (2010). Elder abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 472-478. Acedido em <http://search.ebscohost.com/>
- Reis, M., & Nasmiah, D. (1998). Validation of the Indicators of Abuse Screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480. doi: 10.1093/geront/38.4.471
- World Health Organization (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Denmark: Author. Acedido em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf

APÊNDICE IV - ESTUDO DE CASO (HOSPITAL)

ESTUDO DE CASO

A PARCERIA COMO MODELO DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio em contexto hospitalar, inserido no curso de mestrado em enfermagem na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica, a elaboração de um estudo de caso assume-se como uma forma de reflexão e é facilitadora do desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da gestão e melhoria contínua dos cuidados e ainda das aprendizagens profissionais. Este método de investigação consiste no exame detalhado e completo de um indivíduo, um grupo, uma família, uma comunidade ou de uma organização e contribui para aumentar o conhecimento referente ao cuidado de enfermagem (Benner, 2001; Fortin, Côté & Filion, 2009; Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

Em linha com os objetivos definidos no projeto de estágio, selecionamos um cliente que constituísse uma situação complexa de cuidados e conferisse a oportunidade de desenvolver competências no domínio da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados, expressas através da prevenção das complicações decorrentes da hospitalização, da avaliação global da pessoa idosa e das intervenções de enfermagem em parceria.

Entendemos que a prevenção das complicações decorrentes da hospitalização insere-se na competência da criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro e tal deve ser assumida como um compromisso por parte dos enfermeiros da nossa área de especialização (OE, 2010). Nesta linha a *Nurses Improving Care for Health System Elders* (NICHIE) desenvolveu o Fulmer SPICES (Fulmer, 2007). Este "é um instrumento eficiente e eficaz de obtenção de informações necessárias para evitar alterações de saúde e consequentemente declínio funcional" (Vieira, 2013, p.35). O acrónimo SPICES identifica seis síndromas geriátricos comuns que requerem intervenção de enfermagem, são elas: S Sleep disorders (problemas com o sono); P Problems with eating and feeding (problemas com a alimentação e alimentar-se); I Incontinence (incontinência urinária e fecal); C Confusion (estado confusional); E Evidence of fall (risco de quedas) e S Skin breakdown (integridade cutânea) (Fulmer, 2007).

Complementarmente o SPICES, a avaliação global possibilita de forma mais seletiva uma apreciação precoce e monitorização das limitações da pessoa idosa. Isto permite prescrever intervenções adaptadas às suas necessidades reais e com maior potencial terapêutico para a prevenção da deterioração e satisfação do cliente (Sequeira, 2010a). Consideramos assim que as aprendizagens desenvolvidas na avaliação global da pessoa idosa contribuem para o

desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista ao nível da gestão dos cuidados, pois permitem a otimização da resposta da equipa e recursos.

Para desenvolver uma intervenção personalizada e com resultados sensíveis é necessário estabelecer uma relação eficaz com os clientes. Esta deve ter por base o conhecimento da pessoa, a confiança e abertura, a partilha de poder e uma ação negociada, ou seja uma relação de parceria. Este processo de parceria desenvolve-se por cinco fases: revelar-se; envolver-se com a pessoa idosa; capacitar ou possibilitar o cuidado do Outro; comprometer-se; e assumir o cuidado de Si próprio ou assegurar o cuidado do Outro (Gomes, 2013)

A seguir apresentamos a descrição da situação do cliente considerando as cinco fases do modelo de intervenção em parceria e onde incluímos o projeto de cuidados. Será apresentada uma reflexão final no relatório de atividades, onde será avaliado o percurso deste trabalho. A metodologia utilizada será descritiva e reflexiva.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

Fase revelar-se

Na senda de construir uma relação de parceria com o cliente de cuidados, procurámos numa primeira fase dar-mo-nos a conhecer e conhecer o cliente e o seu potencial de desenvolvimento, bem como o significado da história de doença na sua trajetória de vida (Gomes, 2013). Para isso recorreremos às competências de comunicação e de relação, as quais permitiram tomar consciência da sua identidade, dos seus valores, do seu contexto familiar, social e cultural (Gomes, 2013).

Em complemento da entrevista realizada para a recolha dos dados mais subjetivos e específicos sobre o cliente, suportámo-nos na utilização de instrumentos de medida, considerados como fundamentais para um diagnóstico rigoroso e implementação de intervenções preventivas e terapêuticas (Sequeira, 2010a; Vieira, 2013).

Identificação da pessoa idosa

O Sr. F.F. tem 80 anos de idade, biótipo humano branco, nasceu no Ribatejo, viveu em África e reside no distrito de Lisboa desde 1974, com a sua esposa a Sra. J.F. de 88 anos de idade. A Sra. J.F. abortou espontaneamente por duas vezes e o casal não tem filhos. O Sr. F.F. estudou até ao 5º ano e desenvolveu a sua atividade profissional como empresário ligado ao ramo do comércio. Reconhece-se como católico não praticante, apesar de semanalmente tocar órgão na igreja e considerar-se uma pessoa com fé em Deus.

Contexto de vida da pessoa idosa

O Sr. J.F. era uma pessoa independente em todas as atividades de vida diária (0 pontos no Índice de Katz Modificado) e atividades instrumentais (8 pontos no Índice de Lawton) e com vida social (Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto, & Martins, 2008; Freitas, Miranda, & Nery, 2002).

Reside com a sua esposa no centro da cidade de Lisboa, num apartamento localizado no 1º andar, com 2 elevadores e boa acessibilidade para cadeira de rodas segundo o cliente. Como elementos da família mais próximos geograficamente conta com uma sobrinha e um sobrinho que residem na área metropolitana de Lisboa.

Refere ter uma boa condição socioeconómica suportada pelos negócios que realizou ao longo da vida profissional e que lhe permite deter bens materiais de avultado valor e usufruir de um estilo de vida sem restrições financeiras.

Admite ter uma relação extraconjugal com a Sra.^a M.M. há 13 anos. Esta senhora era esposa de uma amigo que faleceu há 18 anos. O Sr. F.F. divide o seu tempo em períodos de 20 dias com a Sra. J.F. e 10 dias com a Sra. M.M. habitualmente na segunda residência no Ribatejo, onde tem como *hobbie* cuidar das árvores de fruta da quinta.

História de doença do cliente e impacto na sua vida pessoal e familiar

Antecedentes pessoais

Portador de *pacemaker* (há 13 anos); hipertensão arterial e deslipidémia. Medicado habitualmente com Omeprazol (jejum); Rosuvastatina (jejum); Furosemida (jejum); Espironolactona (jejum); Dabigatran etexilato (Pradaxa) (almoço); Amiodarona (almoço e ao deitar), Bisoprolol (Concord) (almoço); Lorazepan (noite) e Lisinopril (noite). Desconhece alergias medicamentosas ou alimentares.

Situação de doença atual

O cliente tem história de duas hospitalizações anteriores. A primeira ocorreu há cerca de 13 anos, altura em que colocou um *pacemaker* e a segunda vez foi há cerca de 6 anos, para colocação de um novo *pacemaker*. Semanalmente avalia e regista a pressão arterial para comunicar à equipa médica que o acompanha num hospital central, onde também faz consultas de vigilância com regularidade.

No dia 13 de Outubro de 2013 foi encontrado caído no seu domicílio cerca das 16 horas com hemiplégia esquerda, desvio da comissura labial e disartria. Foi levado ao serviço de urgência do hospital central da sua área de residência e posteriormente transferido para um serviço de medicina com o diagnóstico de acidente vascular cerebral do hemisfério direito. Teve uma evolução clínica favorável e sem intercorrências significativas a registar para além de um quadro de tosse com pieira associada, mas que reverteu com a terapêutica instituída

com antiasmáticos e broncodilatadores. Após realizar exames complementares de diagnóstico e terapêutica para controlo fez o primeiro levante no dia 18 de Outubro de 2013.

Em complemento da entrevista realizada ao cliente para a colheita de dados suportámo-nos no instrumento Fulmer SPICES, o qual permite a identificação imediata de alguns dos problemas mais comuns que se podem manifestar nas pessoas idosas durante a hospitalização (Fulmer, 2007). Na situação particular do Sr. F.F. a operacionalização deste instrumento através das informações transmitidas previamente pelos enfermeiros durante as passagens de turno e pelas questões que lhe foram colocadas, permitiu identificar problemas com o sono, problemas com a alimentação e alimentar-se; incontinência urinária e fecal; risco de quedas e integridade cutânea alterada. Após a identificação destes principais problemas procedemos à sua avaliação detalhada, através de instrumento mais específicos, com o objetivo de implementar intervenções preventivas e terapêuticas.

Avaliação física e sensorial

O Sr. F.F. encontra-se vígil, com abertura espontânea dos olhos, resposta verbal orientada às questões que lhe são colocadas e cumpre ordens quando solicitado (15 pontos na Escala de Coma de Glasgow). Refere não ter dor (Escala Qualitativa da Dor). Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Tem uma laceração da pele no membro inferior esquerdo e região escapular esquerda, associada à queda que teve no domicílio no momento do AVC. Observamos um eritema na região glútea direita aparentemente não associado à pressão sobre as proeminências ósseas, mas a uma alteração dérmica prévia a esta situação. Contudo, apreciando alguns dos fatores de risco presentes no cliente, tais como as alterações da mobilidade e da sensibilidade, consideramos pertinente a avaliação do risco de úlcera de pressão e aplicamos a Escala de Braden, tendo obtido 14 pontos (alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão) (Braden & Bergstrom, 1989; Ferreira, Miguéns, Gouveia, & Furtado, 2007; Pham, et al., 2011). A utilização deste tipo de escalas de risco, em complemento com a avaliação de outros fatores no juízo do enfermeiro, permite conhecer a vulnerabilidade do cliente e implementar ou intensificar as medidas preventivas necessárias (Duque et al., 2009; Wada, Neto, & Ferreira, 2010).

O Sr. J.J. apresenta desvio da comissura labial para a direita. Tem diminuição da acuidade visual que é compensada com ortótese ocular. Apesar de não ter os óculos na sua posse isso não compromete a sua capacidade funcional atualmente. Não se verificam alterações no campo visual. Tem a acuidade auditiva mantida.

Relativamente às extremidades apresenta plegia do membro superior esquerdo com sensibilidade dolorosa diminuída (hipo-algesia) e plegia do membro inferior esquerdo com ausência de sensibilidade dolorosa (analgesia). A força muscular avaliada pela Escala de

Lower ao nível destes dois membros é 0/5 (sem contração muscular e sem movimento). No membro superior e membro inferior direito apresenta sensibilidade mantida e força muscular 5/5 (movimento normal contra a gravidade e resistência).

Cognição e comunicação

O Sr. F.F. encontra-se orientado na pessoa, tempo e espaço. Para a avaliação do funcionamento cognitivo recorreremos á Avaliação Breve do Estado Mental (*MiniMental State Examination*), por permitir avaliar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva do cliente (Guerreiro, et al., 1994). Verificamos que apresenta atualmente uma pontuação de 27, apenas com respostas erradas ao nível do tópico da orientação e evocação, o que de acordo com o ponto de corte adequado ao seu nível de escolaridade (5 anos de estudos) considera-se não ter defeito cognitivo. A comunicação verbal é não fluente e marcada por disartria. A capacidade de compreensão auditiva verbal, de leitura e de escrita estão mantidas.

Humor

O cliente encontra-se com fácies sorridente, mais evidente quando recebe visitas. Na interação com a equipa de enfermagem revela esperança, força anímica para recuperar e disposição para contar a sua história de vida e alguma anedotas. Contudo, por algumas vezes fala sobre esta situação de doença aguda e expressa-se com revolta e recurso a expressões como " (...) desgraça que me aconteceu e que eu não estava nada à espera, numa altura que a vida me corria tão bem" (SIC). Manifesta também preocupação quanto ao futuro dado que tem assuntos importantes para resolver e na sua situação de dependência não consegue. Consideramos por isso relevante a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica, que compreende 15 questões sobre comportamentos e sentimentos que decorram na última semana e na qual o cliente obteve a pontuação de 7 (considera-se pontuação > 5 como sugestivo de depressão) (Yesavage, et al., 1983).

Avaliação dos hábitos e estilos de vida (identificação de problemas)

- Hábitos nutricionais - Era independente na alimentação até à hospitalização, mas presentemente encontra-se parcialmente dependente e com necessidade de ajuda humana na preparação dos alimentos. Em casa tem como hábito fazer 4 refeições por dia. Ao pequeno almoço e lanche costuma beber leite e comer pão e ao almoço e jantar tem por hábito comer arroz ou massa com carne ou com peixe. Diz que come sempre em pequenas quantidades. Privilegia fazer pequenos petiscos em detrimento das refeições completas.

Utiliza prótese dentária mas não a tem consigo no hospital. Apresenta alteração da mucosa oral sugestiva de infecção fúngica, predominantemente ao nível da língua. Apresenta disfagia orofaríngea para sólidos e líquidos, pelo que fizemos uso da Escala Funcional de Ingestão por via Oral (FOIS) que permite a classificação da gravidade da disfagia e a implementação de intervenções individualizadas e direcionadas para as necessidades do cliente e desta forma contribui para a prevenção de consequências mais graves para a sua saúde (Moreira, 2012). Da aplicação desta escala resultou a classificação no nível 4 - "ingestão total por via oral de uma única consistência", neste caso a única consistência tolerada sem disfagia é a pastosa (papas e água com espessante, por exemplo). Presentemente tem prescrito uma dieta pastosa. Refere anorexia e recusa os pratos principais e a sopa que lhe é oferecida. Ingere apenas as papas ao pequeno almoço e lanche e os batidos de fruta ao almoço e jantar. Justifica que sempre comeu muito pouco e que não tem apetite neste momento. Nega que isto esteja associado ao não gostar da comida servida e não consegue identificar nenhum alimento que tivesse preferência por comer neste momento.

Face à anorexia manifestada consideramos relevante a avaliação do estado nutricional através do *Mini Nutritional Assessment*, uma vez que este instrumento de avaliação que pode ser usado para identificar pessoas idosas com risco de desnutrição (Guigoz, Vellas, Garry, Vellas, & Albarede, 1997; Loureiro, 2008; Vellas, et al., 2006). A avaliação do estado nutricional do Sr. F.F. foi 16,5 pontos, o que significado que se encontra desnutrido.

- Hábitos tabágicos - Não; Hábitos alcoólicos - Ocasionalmente bebia 1 cerveja ou 1/2 copo de vinho às refeições; Uso de estupefacientes - Não.
- Eliminação vesical e intestinal - Era independente nesta atividade de vida. Atualmente apresenta dependência completa na micção e evacuação. Não tem controlo voluntário da micção e manifesta perdas involuntárias de urina que sucedem a uma vontade súbita e irreprímível de urinar. Quanto à eliminação intestinal apresenta constante vontade de evacuar, que não é concretizada mesmo quando incentivado e colocado em cadeira sanitária, pelo que tem sido aplicado microclisteres sempre que se justifica e com benefício. No domicílio evacuava diariamente, sem história de obstipação ou uso de laxantes.
- Sono e repouso - Habitualmente dorme 7 horas por noite com recurso a terapêutica indutora do sono (Lorazepam 4mg) e ingestão regular de chá de Tília. Durante a hospitalização, apesar de medicado com Lorazepam 1 mg, tem referido insónias todas as noites. Durante o dia manifesta cansaço por não descansar de noite.

- Mobilidade - Em virtude da hemiplegia à esquerda o Sr. F.F. não consegue realizar marcha e tem pouco equilíbrio sentado. Colabora nas transferências da cama para o cadeirão com saída para o lado não afetado, conseguindo fazer carga no membro inferior direito. No cadeirão necessita ter a base colocada para evitar o movimento involuntário do corpo para a frente. Face às alterações da mobilidade, à história de queda e à situação global do cliente consideramos oportuno utilização da Escala de Morse para o Risco de Queda (Costa-Dias & Oliveira, 2010; Morse, Morse, & Tylko, 1989).. Verificamos uma pontuação de 75, o que indica um alto risco de queda e a necessidade de implementar "intervenções de prevenção de quedas de alto risco".

Impacto da doença na vida do cliente e família

O AVC produziu profundas alterações na capacidade funcional do Sr. F.F. Até ao ponto crítico (instalação do AVC isquémico) que marca esta transição saúde-doença, o cliente era independente nas atividades básicas de vida diária (Índice de Katz Modificado) e nas atividades instrumentais de vida diária (score de 8 pontos no Índice de Lawton). Presentemente manifesta dependência completa para o banho, vestir, uso da casa de banho, transferência controlo esfinteriano e dependência parcial com ajuda humana na alimentação. Relativamente às atividades instrumentais perspetivamos que no regresso à comunidade, encontrar-se-á severamente dependente, necessitando de muita ajuda.

Esta projeção de manutenção da dependência antecipa a necessidade da existência de uma pessoa que assuma o papel de familiar cuidador. Na estrutura familiar do Sr. F.F. ninguém se identificou com este papel e a Sra. J.F. ao segundo dia de internamento e em reunião com o médico responsável e a técnica de serviço social optou pela sua colocação num lar ou clínica aquando do momento da alta.

Fase envolver-se

As condições proporcionadas ao longo do estágio, nomeadamente a oportunidade de podermos prestar cuidados diretos e em exclusividade a este cliente durante vários turnos consecutivos, permitiram-nos "desenvolver uma relação de qualidade que permite ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança" (Gomes, 2013, p. 100). O fortalecimento desta relação permitiu compreender o cliente face à situação de doença, isto é saber o que o preocupava, identificar as suas necessidades, saber as suas motivações e o sentido que dá à vida e assim, em conjunto, identificar possibilidades e recursos para cuidar de Si (Gomes, 2013).

O Sr. F.F. tem conhecimento que sofreu um AVC e identifica as principais alterações físicas decorrentes desta doença aguda, nomeadamente a plegia do hemicorpo esquerdo. Contudo

não consegue perspetivar de forma realista o impacto que isto incute na sua capacidade funcional atual e futura. Esta não conscientização é notória no seu discurso, quando afirma que está preparado para ter alta e que pode ir para casa a conduzir um automóvel ou que apesar de ter tido um AVC pode ir para casa porque consegue fazer tudo sozinho sem precisar de ajuda. Consideramos que o fato deste cliente ter vivenciado duas transições saúde-doença prévias que, contudo não conduziram a alterações da funcionalidade, contribuem para o desenvolvimento de expectativas irrealistas.

Procurámos saber o que tinha definido como projeto de vida e saúde para esta fase e compreendemos que o Sr. F.F. nunca perspetivou a possibilidade de ficar dependente de outras pessoas ou necessitar de cuidados de saúde em permanência. O seu projeto era passar a fase final da sua vida num país tropical. Questionamos diretamente sobre se alguma vez tinha considerado que poderia haver uma altura da sua vida que necessitasse de cuidador num lar de idosos e respondeu-nos que nunca pensou e que não queria.

A transição saúde-doença vivenciada pelo Sr. F.F. repercutiu-se também na organização e desempenho de papéis familiares. Durante vários anos o cliente conseguiu organizar-se e partilhar a sua vida simultaneamente com a Sra. J.F. e a Sra. M.M., mas este evento precipitou o encontro hostil de ambas no serviço. A esposa quis inclusive em determinado momento tomar providências para proibir as visitas que a Sra. M.M. fazia ao Sr. F.F.

Na fase da relação em que nos encontrávamos, já envolvidos com estes clientes, procuramos também entender em maior detalhe o que a família tinha como projeto de vida e saúde para o Sr. F.F. Foi após 3 dias de ter tomado a decisão, que a Sra. J.F. comunicou ao Sr. F.F. a pretensão de o colocar num lar/ clínica no momento da alta hospitalar. Ao cliente nunca lhe foi concedida oportunidade de participar ou opinar sobre a decisão tomada pela esposa. Não conseguimos concluir se para a família esta seria uma solução transitória ou definitiva, mas assumimos que face às informações e prognóstico médico transmitido a esta, o recurso lar/ clínica seria definitivo.

A tomada de conhecimento sobre a decisão da Sra. J.F., a par de questões relacionadas com uma possível utilização não autorizada do seu dinheiro por parte da família perturbou o Sr. F.F. e fragilizou os laços afetivos. Compreendemos que atendendo à história de vida pessoal e familiar passada seria difícil alguém assumir o papel de familiar cuidador, pois o emergir deste papel de entre os elementos da família acontece de forma subtil e é influenciada pelas características e experiências pessoais de cada um destes e pelo contexto em que se encontra (Sequeira, 2010a).

A Sra. M.M. mostrou-se contra esta decisão e disponível para colaborar nos cuidados, reconhecendo no entanto que não tem uma relação legalmente definida com o Sr. F.F. e que isso pode dificultar as ações a tomar.

Fase capacitar/ possibilitar

Seguindo o Modelo de Intervenção em Parceria, após o conhecimento do cliente e do significado que este acontecimento crítico tem para si, pretendemos "construir uma acção conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir" (Gomes, 2013, p. 101). Nesta fase, a informação, o esclarecimento e a mobilização do cliente para a reflexão assumiram-se como estruturantes para a partilha de poder que visou transformar as capacidades potenciais em reais e permitir a assumir o controlo do cuidado de Si próprio e assegurar o cuidado do Outro (Gomes, 2013). De igual importância para a concretização destas metas foi o conhecimento desenvolvido nas fases prévias sobre o clientes e o seu contexto de vida. Recordamos que para adquirir esse conhecimento foi essencial a relação estabelecida e que teve por base a confiança e a valorização do cliente enquanto parceiro e ser humano de livre arbítrio e autodeterminação (Gomes, 2013).

Em conjunto com o Sr. F.F. concordamos que seria necessário refletir e definir o seu projeto de vida e saúde, uma vez que o juízo que fazia sobre a sua capacidade funcional atual e futura não correspondia à realidade. É de referir que o cliente considerava-se em condições de regressar a sua casa e realizar todas as atividades como fazia antes do AVC. Também a conceção que tinha sobre a sua reabilitação no lar/ clínica, conforme decidido pela Sra. J.F., era que no máximo duraria um mês e rapidamente regressaria a casa bem de saúde.

Paralelamente a estas expectativas desfasadas da realizada, o Sr. J.J. apesar de nos confidenciar que não estava de acordo com a ida para uma instituição, não expressava essa vontade perante a família. Assim, no dever da defesa da dignidade e dos direitos da pessoa idosa definido no Código Deontológico, revelou-se necessária a partilha de informação sobre os seus direitos, os recursos disponíveis na comunidade e que podiam figurar uma alternativa à institucionalização (OE, 2009).

Fase comprometer-se

Esta fase sustenta o desenvolvimento de "esforços conjuntos no sentido de serem atingidos objetivos definidos para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projeto de vida e saúde da pessoa" (Gomes, 2013, p. 103). Os objetivos deste projeto de cuidados foram traçados a partir daquilo que o cliente considerava como significativo e suportaram-se num trabalho em parceria que potencializou a capacitação do cliente (Gomes, 2013).

A seguir apresentamos o plano de cuidados desenvolvido e que teve por base os problemas identificados e anteriormente enumerados. Para uma melhor compreensão apresentámo-lo sob a forma de tabela onde se expressam esses problemas, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem efetuadas para atingir esses resultados e quais foram os compromissos estabelecidos em parceria com o cliente e família.

Problema identificado	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceira
<p>Alto risco de úlcera de pressão relacionado com a imobilidade e incontinência vesical. (Score de 14 pontos na Escala de Braden)</p>	<p>Não aparecimento de úlceras de pressão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos ao cliente e que potenciam o desenvolvimento de úlceras de pressão. ▪ Aplicar a Escala de Braden para monitorização do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. ▪ Informar sobre as complicações da imobilidade. ▪ Vigiar a pele avaliando-a quanto à temperatura, cor, humidade, turgidez e integridade. ▪ Oferecer suplementação alimentar hiperproteica. ▪ Utilizar equipamento de prevenção de úlceras de pressão (colchão). ▪ Posicionar o cliente de acordo com as suas necessidades e o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão identificado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O Sr. F.F. concordou em fazer levantar no turno da manhã e da tarde para o cadeirão.
<p>Desolação ¹ relacionada com a situação atual de saúde e incerteza sobre o futuro. (Score de 7 pontos na Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens = sugestivo de depressão).</p>	<p>Melhoria do seu estado emocional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar um ambiente adequado para o Sr. F.F expressar os seus sentimentos. ▪ Proporcionar condições para receber a visita de todas as pessoas significativas. ▪ Fornecer reforços positivos pelas suas conquistas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprometemo-nos a permitir que a Sra. M.M. pudesse visitar o Sr. F.F. fora do horário de visita estipulado, evitando encontros com a família e garantindo privacidade a ambos.

¹ Desolação é definida como "um tipo de emoção com as seguintes características específicas: sentimentos de estar abandonado e completamente sozinho, acompanhados de desespero, comportamento depressivo e angustiado, agitação extrema, expressão de desespero ou de falta de perspectivas" ((International Council of Nurses, 2000, p. 52)

<p>Eliminação comprometida relacionada com tenesmo anal e vesical e urgência e incontinência vesical.</p>	<p>Controlo da eliminação urinária e fecal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a utilização do urinol e da cadeira sanitária. ▪ Promover um padrão de horário para as atividades de eliminação. ▪ Administrar a terapêutica laxante prescrita. ▪ Gerir a ingestão de líquidos no período noturno. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O Sr. F.F. chamava ajuda e tentava de forma independente utilizar o urinol sempre que sentia vontade de urinar. Solicitava transferência para cadeira sanitária sempre que necessário.
<p>Nutrição alterada relacionada com anorexia e disfagia. (Score de 16,5 = desnutrido no <i>Mini Nutritional Assessment</i>; Disfagia de nível 4 - ingestão total por via oral de uma única consistência na <i>FOIS</i>).</p>	<p>Melhoria do estado nutricional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicação do <i>Mini Nutritional Assessment</i> para avaliação do estado nutricional. ▪ Aplicação da <i>FOIS</i> para avaliação da disfagia. ▪ Conhecer os hábitos alimentares do cliente. ▪ Informar sobre hábitos alimentares adequados ao seu estado de saúde. ▪ Promover adequada higiene oral. ▪ Preparar os líquidos com espessante para obter uma consistência pastosa. ▪ Solicitar avaliação por parte na nutricionista. ▪ Oferecer suplementação alimentar hiperproteica e hipercalórica . ▪ Posicionar o cliente no cadeirão para fazer as refeições. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A família comprometeu-se a trazer a prótese dentária do Sr. F.F. que se encontra em casa. ▪ A família trouxe para o serviço alimentos da preferência do cliente (sumos de fruta e gelados). ▪ O cliente comprometeu-se a beber pelo menos 1 garrafa de 200 ml de suplementação alimentar hiperproteica e hipercalórica em substituição da refeição recusada.

<p>Risco de queda relacionado com alteração da mobilidade, força muscular e sensibilidade (Score de 75 = alto risco na Escala de Morse de Risco de Queda)</p>	<p>Não ocorrência de quedas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicação da Escala de Morde de Risco de Queda para monitorização do risco. ▪ Gerir o ambiente físico (subir grades da cama; manutenção da superfície de apoio no cadeirão). ▪ Assistir nas transferências entre cama e cadeirão. ▪ Solicitar avaliação de fisioterapia para reabilitação física. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A família comprometeu-se a não voltar a retirar a superfície de apoio enquanto o cliente estiver sentado nele e solicita sempre a intervenção do enfermeiro para transferir para a cama.
<p>Sono comprometido relacionado com interrupção de terapêutica indutora do sono de toma habitual.</p>	<p>Ter um sono adequado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecer os hábitos de sono do cliente. ▪ Desencorajar o sono diurno ▪ Assegurar um ambiente com ruído e iluminação reduzida no período noturno ▪ Encorajar a ingestão de bebidas quentes à ceia. ▪ Promover um posicionamento confortável no leito. ▪ Administração da terapêutica indutora do sono 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O cliente informava a equipa de enfermagem quando não conseguia dormir. ▪ O cliente solicitava um chá quente à ceia como forma de estimular o sono.
<p>Tomada de decisão² não demonstrada relacionada com desconhecimento do projeto de vida e saúde decidido para si e noção pouco clara sobre a sua situação de saúde.</p>	<p>Ser capaz de decidir sobre o seu projeto de vida e saúde, estando informado e esclarecido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar a Sra. J.F. a comunicar ao Sr. F.F. as decisões tomadas. ▪ Incentivar a comunicação expressiva. ▪ Incentivar o cliente à autodeterminação. ▪ Informar sobre os seus direitos. ▪ Informar sobre recursos disponíveis na comunidade e adequados à sua situação de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A Sra. J.F. comunicou ao Sr. F.F. a intenção de o institucionalizar. ▪ A Sra. M.M. comprometeu-se a levar um advogado para consultar o Sr. F.F. no hospital e a colaborar nos cuidados ao Sr. F.F. no domicílio.

² Tomada de decisão é definida como a "disposição para aceitar ou abandonar acções tendo em conta o julgamento; capacidade de escolher entre duas ou mais alternativas pela identificação da informação relevante, das consequências potenciais de cada alternativa, dos recursos de suporte e das contradições entre desejo, pensando e seleccionando as alternativas; fazer escolhas que afectam o próprio ou terceiros" (International Council of Nurses, 2000)

Fase assumir ou assegurar o controlo do cuidado de Si ou do Outro

A quinta e última fase do modelo de intervenção de parceria nos cuidados é reforçada pela capacidade do cliente no controlo do seu projeto de vida e saúde, mantendo-se informado e com capacidade de decisão acerca do que é melhor para si e lhe traz mais conforto e bem-estar (Gomes, 2013). Por outro lado, a família também adquire capacidade para ajudar a cuidar do cliente de acordo com as decisões do mesmo (Gomes, 2013).

No caso em estudo houve objetivos do plano de cuidados que foram atingidos, nomeadamente ao nível da não ocorrência de quedas, do não aparecimento de úlceras de pressão e de um sono mais adequado e reparador do que tinha no início da intervenção. Por seu lado, o diagnóstico de enfermagem "tomada de decisão não demonstrada" assumia especial relevância. A partir dele tentamos investir o cliente de informação de modo a poder refletir e decidir o que pretendia para o seu futuro. O Sr. F.F. conseguiu definir para si um projeto de vida e saúde exequível, que passava por viver com a Sra. M.M. e contratar serviços de apoio doméstico e de saúde que pudessem contribuir para a sua reabilitação ou manutenção. Não foi contudo possível garantir todas estas condições no momento da alta hospitalar e o cliente acabou por ir para uma instituição.

Analisando reflexivamente o sucedido e enquanto enfermeiro candidato a mestre e especialista sinto-me frustrado por não ter conseguido garantir o direito desta pessoa à dignidade e à autodeterminação. Não posso no entanto desligar-me do papel de estudante desempenhado na instituição e que limitou o meu desempenho. Uma intervenção desta dimensão não pode ser empreendida por uma única pessoa mas um compromisso interdisciplinar e institucional.

Como aprendizagem deste estudo de caso ressalvo que não foi suficiente capacitar o cliente para o cuidado de Si. Teria sido fundamental estabelecer uma relação de maior confiança com a Sra. J.F. e com ela definir objetivos em parceria, que passariam por ouvir e respeitar a vontade do Sr. F.F. (assegurar o cuidado do Outro).

BIBLIOGRAFIA

- Araújo, F., Ribeiro, J. P., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Ed.), *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde*. Lisboa: ISPA, 31 jan.- 2 fev.2008 (217-220).
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (A. A. Queirós, Trad.) Coimbra: Quarteto. (Tradução do original do inglês From Novice To Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice).

- Braden, B. J., & Bergstrom, N. (1989). Clinical utility of the Braden scale for predicting pressure sore risk. *Decubitus*, 2(3), 44-51. Obtido em 15 de outubro de 2013, de <http://ovidsp.tx.ovid.com/>.
- Costa-Dias, M. J., & Oliveira, A. S. (2010). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, in press. Obtido em 16 de outubro de 2013, de http://www.uc.pt/feuc/pedrof/Investigacao/Art_Rev.
- Duque, H. P., Menoita, E., Simões, A., Nunes, A., Mendanha, M., Matias, A., & Romba, R. (2009). *Manual de boas práticas - Úlceras de pressão: uma abordagem estratégica*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Ferreira, P. L., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência .
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (N. Salgueiro, Trad.) Loures: Lusodidacta.
- Freitas, E., Miranda, R., & Nery, M. (2002). Parâmetros Clínicos do Envelhecimento e Avaliação Geriátrica Global. In E. Freitas, R. Miranda, & M. Nery, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 609-617). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Fulmer, T. (2007). How to Try This: Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 40-48. doi: 10.1097/01.NAJ.0000292197.76076.e1.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. P., & Zago, M. M. (2003). Roteiro institucional para a elaboração de um estudo de caso. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 11(3), 371-375. doi: dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. Lopes, *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à prática* (pp. 77-113). Ramada: Lusociência.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination"(MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9).
- Guigoz, Y., Vellas, B., Garry, P. J., Vellas, B. J., & Albarede, J. L. (1997). Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. The mini nutritional assessment: MNA. *Nutrition in the elderly*, 15-60. Obtido em 13 de outubro de 2013, de <http://www.sciencedirect.com/>.
- Loureiro, M. H. (2008). *Validação do " Mini-nutricional assessment" em idosos*. Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Coimbra. doi: <http://hdl.handle.net/10316/10439>.
- Moreira, S. R. (2012). *Tradução e validação da EAT-10 e da FOIS para o português*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Departamento de Línguas e Culturas, Aveiro. doi: <http://hdl.handle.net/10773/9728>.

- Morse, J. M., Morse, R. M., & Tylko, S. J. (1989). Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging*, 8(4), 366-377. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980800008576>.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2009). *Código Deontológico*. Lisboa: Conselho de Enfermagem. Obtido em 13 março de 2013, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Obtido em 13 de fevereiro de 2013, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Pham, B., Teage, L., Mahoney, J., Goodman, L., Poss, M., & Krahn, M. (2011). Early prevention of pressure ulcers among elderly patients admitted through emergency departments: a cost-effectiveness analysis. *Annals of Emergency Medicine*, 58(5), 468-748. doi: 10.1016/j.annemergmed.2011.04.033.
- Sequeira, C. (2010a). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Vellas, B., Villars, H., Abellan, G., S. M., Rolland, Y., Guigoz, Y., & Morley, J. E. (2006). Overview of the MNA® – Its history and challenges. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10(6), 456-465. Obtido em 13 de outubro de 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17183418>.
- Vieira, L. F. (2013). Adopt a Strategy in Care to the Elderly for the Promotion of Functional Capacity During Hospitalization. *Journal of Aging & Innovation*, 2(2), 33-44. Acedido em 2 de outubro de 2013. Disponível em: <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/revista/volume2-edicao2-abril2013/capacidade-funcional/>.
- Wada, A., Neto, N. T., & Ferreira, M. C. (2010). Úlceras por pressão. *Revista Médica (São Paulo)*, 89(3/4), 170-177. Obtido em 6 outubro de 2013, de <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/46293/49949>.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37-49.

APÊNDICE V - NOTAS DE CAMPO (HOSPITAL)

NOTAS DE CAMPO (HOSPITAL)

REGISTO DE INTERAÇÃO COM UM CLIENTE DE CUIDADOS

(Registo 1)

Esta atividade teve como objetivo descrever uma situação de interação com um cliente de cuidados e analisá-la reflexivamente segundo a conceção dos cuidados de enfermagem em parceria. A interação ocorreu durante o mês de Outubro de 2013, aquando da realização do estágio em contexto intra-hospitalar.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO	ANÁLISE DA SITUAÇÃO
<p style="text-align: center;">(1º momento)</p> <p>Conheci o Sr. J. de 64 anos no seu segundo dia no serviço, onde tinha ficado internado por cefaleias, cervicalgia e hipertensão arterial. Estava a cumprir terapêutica analgésica e antihipertensora e aguardava a realização de exames complementares de diagnóstico. Encontrava-se consciente e orientado na pessoa, tempo e espaço e era independente nas atividades básicas e instrumentais de vida diária.</p> <p>Na passagem de turno tinha sido referido que o cliente era uma pessoa reservada e com a qual não era fácil estabelecer relação. Apesar de responder educadamente às questões que lhe eram colocadas nunca se alongava no discurso. Era sabido que a relação com os dois filhos e a esposa não era significativa. Foi também referido que permanecia com a sua roupa própria desde o momento da admissão no serviço e que talvez já precisasse ser mudada, contudo até ao momento tinha recusado realizar qualquer cuidado de higiene. Não se conhecia no entanto nenhuma explicação para este comportamento. Outra informação relevante era o fato do cliente ser fumador e ausentar-se várias vezes do serviço para fumar, mesmo já tendo sido alertado que não era apropriado ao seu estado de saúde.</p>	<p style="text-align: center;">(1º momento)</p> <p>Na análise desta situação importa sublinhar que o internamento afeta a capacidade que as pessoas têm em compreender as situações, em participar no processo de tomada de decisão e na assunção de um papel ativo nos cuidados (Gândara, 2013).</p> <p>O estudo de Palviainen et al. (2003) referido por Gândara (2013) confirma que os enfermeiros exercem um poder de dominação nas atividades básicas de vida, configurando os hábitos dos clientes às regras e rotinas da organização, não permitindo a sua livre expressão. Será sempre de refletir nos constrangimentos de tempo e na necessidade de priorização dos cuidados em serviços onde se cuida de pessoas em situação de doença aguda. Ainda assim há que procurar um equilíbrio, onde seja possível alguma personalização dos cuidados, o que contribuirá certamente para a promoção de um ambiente mais terapêutico e seguro.</p> <p>Nesta situação verificou-se que a não pactuação do cliente com as rotinas de higiene pessoal assumidas no serviço causava preocupação, mas desconhecia-se</p>

A minha primeira iniciativa foi apresentar-me ao Sr. J. e explicar-lhe quem eu era e que prestar-lhe-ia os cuidados necessários durante aquele turno. Imediatamente questionou-me se poderia sair do serviço para ir à caixa multibanco carregar o telemóvel e fumar. Expliquei que primeiro precisava de avaliar os sinais vitais e assim decidir se naquele momento seria seguro sair para a rua. Com isto surgiu a minha primeira dificuldade, pois na verdade a pressão arterial estava elevada e obrigava à administração de terapêutica e vigilância. Quando lhe expliquei isto o Sr.º J. manifestou-se frustrado e de alguma forma irritado e até atirou o telemóvel para cima da cama, deixando bem explícito o quão significativo era para si esta situação. Arrisquei então a dizer que assim que reverte-se-mos o pico hipertensivo poderia sair. A verdade é que aquela situação deixava-o muito ansioso e agitado, e nem mesmo com a terapêutica a pressão arterial baixava. Discuti esta situação com a enfermeira especialista que orientava o estágio e esta sugeriu-me acompanhar o cliente à rua para ele poder fazer o que queria e de alguma forma poder garantir alguma segurança. Fui então até ao Sr. J. e disse-lhe que podia sair à rua, mas que gostava de o acompanhar se ele me permitisse. Respondeu-me que não se importava.

Descemos do serviço e dirigimo-nos até ao portão do hospital. Queria conhecer este cliente mas ele não tinha sido até ao momento muito conversador, o que dificultava qualquer colheita de dados. Pensei que não devia colocar-lhe nesta fase questões diretas sobre a sua vida pessoal. Questionei-o sobre os seus hábitos de consumo de tabaco. Disse-me que fumava 20 cigarros por dia e que o fato de estar hospitalizado e com maior restrição quanto ao fumar deixava-o ansioso. Esta já era a quarta vez que se encontrava hospitalizado. Depois de carregar o telemóvel no multibanco o Sr. J. estava visivelmente satisfeito.

a razão deste comportamento.

Na relação com o cliente procurei seguir o modelo de intervenção em parceira nos cuidados de enfermagem (Gomes, 2013). Este modelo contraria a despersonalização dos cuidados e reconhece o cliente como parceiro e um ser subjetivo, de livre arbítrio e autodeterminação (Gomes, 2013).

Numa primeira fase dei-me a conhecer (apresentei-me e expliquei as minhas intervenções) e procurei conhecer o cliente - **Revelar-se**. O conhecimento sobre a pessoa iniciou-se com a informação oral transmitida pelos enfermeiros na passagem de turno. Seguiu-se a mobilização das competências de comunicação e relação que permitiram compreender o significado que esta situação de doença tinha no cliente (reconheci a necessidade do cliente em fumar e o mal estar que esta restrição lhe provocava e procurei encontrar uma solução). Ao solicitar o consentimento para o acompanhar à rua mostrei "respeito pela pessoa como um ser de direitos" (Gomes, 2013, p.99).

A segunda fase deste modelo - **Envolver-se** - suporta-se no estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade e de confiança (Gomes, 2013). Nesta situação foi benéfico o tempo para estar com o cliente e a possibilidade de sair do serviço, permitindo-me escutar e demonstrar disponibilidade para com o Outro. Assim foi construída uma relação de confiança que permitiu expandir o conhecimento sobre aquela pessoa, nomeadamente os seus hábitos de consumo de tabaco, contexto de vida e história de saúde (fase Revelar-se).

No envolvimento com o cliente, "o

Questionei então para quem tinha vontade de telefonar, se era para alguém de família. Respondeu-me abertamente que tinha 2 filhos e esposa, mas que estava afastado deles e que não lhes iria telefonar. Iria sim ligar para alguns amigos e para os patrões que eram com quem tinha afetividade. Compreendi que naquele momento não seria adequado voltar a falar da família, mas podia seguir a conversa sobre as pessoas significativas. Com isto o Sr. J. foi partilhando um pouco da sua história de vida, a sua atividade profissional atual, o seu dia a dia de porteiro numa casa de Fados em Lisboa. Disse-me também que contava com a visita dos seus patrões no dia seguinte e entendi que essa expectativa deixava-o muito satisfeito.

Na relação com o Sr. J. comecei a tentar adotar uma estratégia diferente daquela que erradamente utilizo mais comumente e em vez de afirmar "o senhor devia cuidar da sua higiene" ou "o senhor devia mudar de roupa", questionei-o com as seguintes palavras "*o que é que o Sr.º J. precisa para se sentir mais confortável?*".

Procurei com isto revelar que o queria ajudar e não apenas dar-lhe instruções ou fazê-lo seguir uma norma do serviço. Pretendia demonstrar que estava efetivamente preocupado com o seu bem estar. Curiosamente a sua resposta foi que precisava de tomar banho e mudar de roupa, pois estava habituado a vestir-se bem, com fato e gravata todas as noites e o fato de estar há 3 dias sem cuidar da sua higiene e com a mesma roupa vestida fazia-o sentir-se mal. Utilizou inclusive uma expressão "*eu não sou assim!*".

Esta interação tornou-se surpreendente, pois afinal o problema identificado pela equipa de enfermagem (relacionado com o autocuidado higiene) era vivido de forma intensa e dramática pelo próprio cliente. Esta era uma questão que estava na verdade a afetar mais a autoestima desta

enfermeiro tenta identificar o que há de mais singular no cliente idoso, para que posteriormente, possa mobilizar estes dados na ação e relação" (Gomes, 2013, p. 100). A este nível consegui compreender, através da descrição que o cliente fez sobre a sua vida social e profissional ativa, que o fato de estar com a mesma roupa e sem cuidados de higiene há 2 dias devia ser para si significativo. Note-se que perguntei ao invés de ordenar e reconheci o cliente como um parceiro na tomada de decisão. Este "comunica o que o preocupa, o que para ele é problema e aceita a ajuda do enfermeiro, para agir em complementaridade naquilo que são as suas dificuldades" (Gomes, 2013, p. 101). Nesta situação particular, a relação de confiança e disponibilidade estabelecida entre mim e o cliente possibilitou a expressão verbal do desejo de cuidar da sua higiene pessoal, algo que era muito significativo para esta pessoa, mas que até então não tinha revelado à equipa de enfermagem.

Capacitar ou possibilitar - esta fase caracteriza-se pela ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir (Gomes, 2013). Pretendi informar o cliente das possibilidades para concretizar a sua higiene pessoal e este teve poder de decisão. Foi obtido o seu consentimento quanto à utilização dos recursos do serviço para fazer face à necessidade identificada.

Comprometer-se - nesta fase do modelo são desenvolvidos esforços para atingir os objetivos definidos (Gomes, 2013). Neste caso disponibilizei os recursos do serviço de forma a garantir que o cliente tivesse disponível os artigos de higiene pessoal necessários e este levou a cabo a ação

pessoa do que as rotinas do serviço. Afinal o Sr. J. até queria muito cuidar da sua higiene, mas a equipa tinha compreendido que o cliente estava renitente aos cuidados de higiene. O que teria corrido menos bem ? Questionei-me. A verdade é que eu sabia que as enfermeiras tinham-se esforçado para estabelecer uma relação terapêutica com o Sr. J., até tinham conseguido colher alguns dados sobre o seu contexto de vida, mas havia notoriamente uma barreira entre o profissional e o cliente que não permitia que a relação se fortificasse. Acredito que essa barreira fosse a falta de confiança, talvez associada ao gênero feminino representado pelas enfermeiras e que discretamente o Sr. J. manifestada pelo seu discurso.

Perante a sua iniciativa em realizar os cuidados de higiene procurei arranjar soluções. O Sr. J. disse-me que não tinha mais nenhuma roupa consigo nem qualquer produto de higiene. Não tinha ninguém que lhe pudesse trazer esses utensílios. Pedi então ajuda à enfermeira de referência que me estava a orientar e providenciamos no serviço um *kit* de higiene pessoal e roupa limpa e orientamo-lo para a casa de banho. O Sr. J. concordou com esta solução e cuidou da sua higiene e no final expressou sentir-se muito bem.

Este foi um passo importante na relação pois com isto o Sr. J. passou a confiar em mim. Continuou a revelar-se, partilhando detalhes da sua história de vida e questionava-me sobre o seu estado de saúde.

(2º momento)

Em determinado momento o Sr. J. referiu que sentia muita vontade de beber café e que frequentemente olhava para a máquina que se encontrava à porta do hospital, mas não sabia se podia beber dado o seu estado de saúde. Tentei compreender qual o hábito de consumo de café e

delineada segundo o objetivo definido em parceria.

Assumir o controlo do cuidado de Si próprio

- Depois do percurso efetuado por mim e pelo cliente de cuidados, numa relação temporalmente curta mas que consegui tocar em todas as fases do modelo de intervenção em parceria, este adquiriu controlo no que respeita ao autocuidado higiene (passou a cuidar da higiene de acordo com as suas preferências) e manifestou conforto e bem-estar.

(2º momento)

Neste segundo momento de interação diligenciei continuar a desenvolver o conhecimento sobre a pessoa idosa, agora especificamente sobre o hábito de consumo de café - **Revelar-se** - e demostrei uma atitude centrada na pessoa ao querer saber o quão significativo isto era para si - **Envolver-se**.

Partindo de uma relação de confiança e suportado nos dados colhidos informei o cliente sobre a influência do consumo da nicotina e cafeína nos valores da pressão arterial, dando-lhe competências para decidir. Tentei desta forma promover uma ação conjunta com o cliente, prevenir e antecipar complicações que poderiam surgir se mantivesse esses hábitos de consumo - **Capacitar**.

Suportando-me numa atitude não proibitiva (nunca lhe foi proibido o consumo de café ou tabaco), mas antes esclarecedora, objetivei que o cliente fosse parceiro nos cuidados e tomasse uma decisão no sentido contribuir para a melhoria do seu estado de saúde. Foi incentivada a sua autonomia para decidir sobre a ingestão ou não de café -

qual o impacto que isto tinha no seu bem-estar e de que forma a restrição de beber café o incomodava. Respondeu-me que difícil era passar sem fumar, mas que até suportava estar sem beber café. Posto isto expliquei-lhe a forma como a nicotina e a cafeína condicionavam os valores da sua pressão arterial e dado continuar a fumar mesmo com hipertensão arterial, seria importante que fizesse um esforço para não beber café, pelo menos até os valores de pressão arterial estabilizarem. O Sr. J. compreendeu e disse-me que então não iria beber café enquanto estivesse no hospital.

Achei curioso que ainda neste mesmo dia o Sr. J. perguntou-me quando é que eu voltaria para podermos falar mais um pouco. Até então a abordagem com a equipa tinha sido muito superficial e comigo revelava empatia.

Comprometer-se.

Por fim, o cliente sentindo-se comprometido no objetivo de controlo da pressão arterial e recuperação da sua situação de doença e munido da informação anteriormente partilhada conseguiu decidir que a melhor ação seria não ingerir café durante o internamento. O Sr. J. respeitava agora as minhas indicações pela compreensão e disponibilidade que lhe demonstrava - **Assumir o controlo do cuidado de Si próprio.**

Considero que as características pessoais e o fato estar a viver uma situação de doença que permitia conservar a independência, contribuía para a não adaptação do Sr. J. às rotinas da instituição. Ao centrar os meus cuidados nesta pessoa, perspetivando-o como um ser de projeto e de cuidado (para além um ser de necessidades) e oferecendo tempo e espaço para construir uma relação de qualidade e confiança, consegui que relativamente a estas duas situações descritas o Sr. J. assumisse o controlo do cuidado de Si.

Os resultados obtidos nesta situação de cuidados deixaram-me bastante satisfeito. Em primeiro lugar pelo impacto positivo que isso teve na saúde e bem estar do Sr. J. Em segundo lugar pela motivação pessoal advinda de poder colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados personalizados e promotores do respeito pela escolha e autodeterminação do cliente. Esta foi uma forma de poder concretizar numa situação prática algumas aprendizagens desenvolvidas até ao momento neste curso de especialização e mestrado, nomeadamente a promoção de

	práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e a otimização do processo de cuidados ao nível da toma de decisão (OE, 2010).
--	---

BIBLIOGRAFIA

- Gândara, M. M. (2013). O controlo da participação do doente nos cuidados de higiene: Um exercício do poder (do enfermeiro). In M. A. Lopes, *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: Da investigação à prática* (pp. 177-219). Ramada: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de SI: A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. Lopes, *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: Da investigação à prática* (pp. 77-113). Ramada: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Obtido em 13 de fevereiro de 2013, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

APÊNDICE VI - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

INTRODUÇÃO

No decurso das fases de diagnóstico de situação e execução do projeto de estágio confrontámo-nos com a contínua necessidade de informação científica que contribuísse para a consecução das atividades e objetivos definidos.

Para a identificação da evidência mais relevante recorreremos à metodologia de revisão sistemática da literatura (RSL). Esta é considerada um recurso importante no âmbito da prática baseada em evidências, dado que proporciona uma síntese do conhecimento baseado em pesquisas relativo a um assunto específico e assim facilita a tomada de decisão clínica (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004).

A seguir apresentamos como exemplo uma das pesquisas efetuadas e que teve como objetivo identificar quais os fatores de risco que estão associados à perpetração de abuso à pessoa idosa com demência cuidada em contexto familiar¹.

1. MÉTODO

Nesta RSL empregámos o método descrito em *Cochrane Database of Systematic Reviews*, que considera a existência de sete fases na sua consecução: o desenvolvimento de um espírito de crítico para a investigação; a formulação do problema específico; a delimitação dos critérios de inclusão dos estudos; a definição da estratégia de pesquisa; a avaliação da qualidade dos estudos; a análise e apresentação dos resultados; e por fim, a integração da evidência e enunciação de recomendações baseadas na qualidade da evidência (Higgins & Green, 2006; Melnyk & Fineout-Overholt, 2011).

1.1. Questão de investigação

A realização de uma RSL de qualidade requer a formulação de uma questão científica estruturada (Berwanger, Suzumura, Buehler & Oliveira, 2007; Santos, Pimenta & Nobre, 2007). Para a organização da nossa questão de investigação aplicámos a estratégia PICO (*Patient - Intervention - Comparasion - Outcomes*) protelada por Sackett et al. (1997) (Craig, Smyth & Mullaly, 2004; Straus, Glasziou, Richardson & Haynes, 2011). Esta foi consubstanciada da seguinte forma: "Quais são os fatores de risco associados ao abuso à pessoa idosa com demência cuidada em contexto familiar?".

¹ Protelamos nesta RSL o conceito de contexto familiar igualmente utilizado no decurso do relatório de estágio. Figueiredo (2012) considera-o um microssistema onde os elementos da família interagem entre si e desenvolvem os seus papéis, de acordo com as funções e finalidade do sistema familiar. Referimo-nos assim à pessoa idosa com demência que é cuidada no seu domicílio por um suporte informal, isto é, um familiar cuidador.

No quadro 1 representamos o fracionamento da questão de investigação de acordo com os componentes da PICO.

Quadro 1. Estratégia PICO (Sackett et al. 1997, cit. Craig, Smyth & Mullaly, 2004; Straus, Glasziou, Richardson & Haynes, 2011).

	Componentes	Segmento da questão de investigação
P	Cliente, população ou problema	Pessoa idosa com demência cuidada em contexto familiar
I	Intervenção, exposição ou teste	Presença de fator de risco
C	Comparação de intervenção, de exposição ou de teste	-
O	Resultados de importância clínica	Abuso

1.2. Critérios de inclusão e de exclusão

O estabelecimento de critérios de inclusão e de exclusão dos artigos obtidos como resultado na pesquisa é outro dos passos essenciais de uma RSL (Sampaio & Mancini, 2007). No quadro 2 apresentamos os critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos com base na questão de investigação. Para o efeito foram considerados critérios afetos à população, à exposição, ao contexto, ao espaço temporal e ao desenho dos estudos.

1.3. Estratégia de pesquisa

A pesquisa foi realizada em dezembro de 2013 (última pesquisa em 07/12/2013) na plataforma EBSCOhost (CINAHL Plus *with Full Text*, MEDLINE *with Full Text*, Cochrane Database of Systematic Reviews, Psychology and Behavioral Sciences Collection, MedicLatina), utilizando os descritores *CINALH Headings* e *Medline MeSH 2013* apresentados no quadro 3. Estes foram combinados numa lógica Booleana (AND e OR) em linha com a questão de investigação em formato PICO (Craig & Smyth, 2004).

Aos artigos obtidos na busca inicial aplicamos uma filtração cronológica para o espaço temporal compreendido entre dezembro de 2008 e dezembro de 2013. Optámos por alargar o espaço temporal da pesquisa pelos poucos resultados que davam resposta à pergunta PICO e aos critérios de inclusão e de exclusão quando reduzíamos para intervalos de tempo menores. Nesta primeira filtração privilegiamos artigos em *full text* e *peer review*, resultando

um total 150 artigos. Estes textos foram posteriormente avaliados tendo por base os seus títulos e resumos e obedecendo rigorosamente aos critérios de inclusão e exclusão definidos no quadro 2. Deste conjunto de artigos, 13 foram rejeitados por se encontrarem repetidos, 72 pelo seu título, 36 pela leitura do resumo (*abstract*) e 23 pela leitura do texto na íntegra. Deste processo de seleção criteriosa obtivemos um total de 6 textos, analisados detalhadamente no ponto 1.5. Na figura 1 apresentamos esquematicamente o protocolo da pesquisa conduzida nesta RSL.

Quadro 2. Critérios de inclusão e de exclusão de artigos.

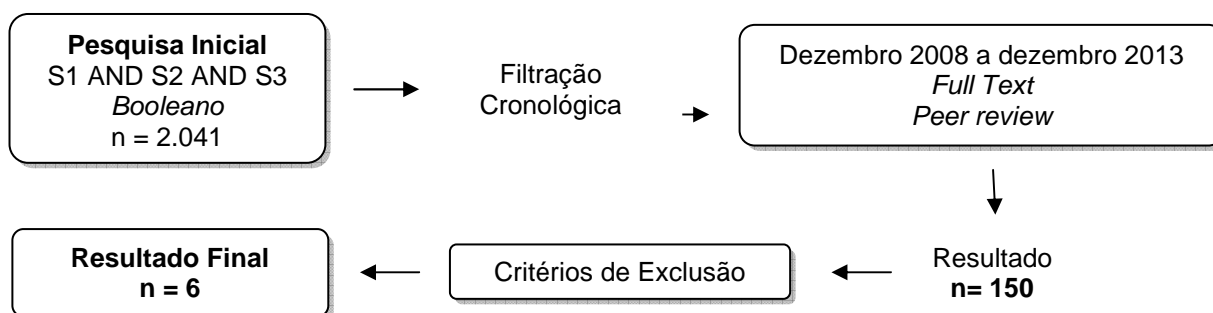
Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
População	Pessoas idosas (idealmente com idade igual ou superior a 65 anos ²) com demência cuidada em contexto familiar.	Pessoas com idades fora da faixa etária considerada inclusiva; Pessoas idosas institucionalizadas; Pessoas idosas sem demência; Pessoas idosas que residem no domicílio mas são cuidadas exclusivamente por suporte formal.
Exposição	Estudos que identifiquem fatores de risco de abuso à pessoa idosa com demência cuidada em contexto familiar.	Estudos que não identifiquem fatores de risco de abuso à pessoa idosa com demência cuidada em contexto familiar
Contexto	Pessoas idosas que são cuidadas em contexto familiar.	Pessoas idosas que não são cuidadas em contexto familiar.
Espaço Temporal	Estudos publicados entre dezembro de 2008 e dezembro de 2013	Estudos publicados fora do espaço temporal definido.
Desenho	Estudos que apresentem metodologia científica (qualitativa ou quantitativa) e que se encontrem publicados em português, espanhol ou inglês.	Todos os achados da pesquisa que não apresentem metodologia científica (qualitativa ou quantitativa). Artigos repetidos e não disponíveis em <i>full text</i> e, que não se encontrem em português, espanhol ou inglês.

² Tomámos como objetivo a inclusão na RSL de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, contudo por um elevado número de estudos cruzarem o fenómeno do abuso a participantes com idade igual ou superior a 50 anos fomos flexíveis neste critério. Johannesen e Logiudice (2013) numa RSL sobre o abuso de pessoas idosas socorreram-se da mesma flexibilidade justificando que isto permitiu a inclusão de relevantes estudos, não esquecendo no entanto que se a idade for demasiado baixa pode haver distorção da análise.

Quadro 3. Descritores da pesquisa e resultados obtidos na busca inicial

Descritores <i>(CINAHL Headings e Medline MeSH 2013)</i>	Resultados <i>EBSCOhost</i>
População - S1: Elderly OR Elder OR Frail Elderly OR Aged OR Aged, 80 and Over OR Caregiver* OR Idoso* OR Dementia OR Demência OR Alzheimer's Disease OR Lewy Body Disease	4.589.660
Exposição - S2 : Risk factors OR Risk Assessment OR Primary Prevention OR Fatores de risco	1.055.914
Outcomes - S3: - Elder abuse OR Domestic Violence OR Neglect OR Abuso	40.999
	n (CINAHLPlus) = 610
	n (MEDLINE) = 1.319
S1 AND S2 AND S3 (método de pesquisa Booleano)	n (P.B. S. C) = 99
	n (MedicLatina) = 13
	n (total) =2.041

Figura 1. Protocolo de pesquisa



1.4. Avaliação da qualidade dos estudos

Galvão, Sawada e Mendes (2003) consideram que a qualidade da investigação é um aspecto preponderante na prática baseada em evidências. A qualidade de uma RSL depende da validade dos estudos nela incluídos, pelo que importa saber avaliá-los, identificando as suas forças e fraquezas e utilizá-los criticamente (Galvão et al., 2004; Sampaio & Mancini, 2007). Existem diferentes escalas que auxiliam na avaliação dos estudos e que permitem a hierarquização das evidências. É a separação em níveis de evidência que possibilita a

elaboração dos graus de recomendações da ação e reflete o nível de exactidão e clareza das publicações e o seu poder para modificar e guiar a tomada de decisão final (Medeiros & Stein, 2002).

A qualidade metodológica dos estudos incluídos nesta RSL foi discriminada segundo a proposta de Guyatt e Rennie (2002), que contempla a categorização da evidência em 7 níveis³ (Melnik & Fineout-Overholt, 2011). Preferimos esta classificação por abranger uma ampla gama de evidências, onde se inclui a RSL de estudos qualitativos.

RESULTADOS

Todos os estudos considerados para a RSL foram lidos repetidamente e foi efetuado um resumo sumário apresentado no quadro 4. Nele apresentamos o autor, o ano, o título e fonte do estudo, a sua finalidade, o número de participantes e a sua caracterização, o método de colheita de dados utilizado e a classificação do tipo de estudo e o seu nível de evidência e por último os principais resultados obtidos.

³ Segundo Guyatt e Rennie (2002) a hierarquização dos níveis de evidência compreende 7 níveis, a saber: Nível 1 - evidências provenientes de revisão sistemática (RS) ou metanálise de relevantes ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2 - evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3 - evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 - evidências oriundas de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5 - evidências originárias de RS de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7 - evidências provenientes da opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (Melnik & Fineout-Overholt, 2011).

Quadro 4. Apresentação dos resultados da RSL

Autor, Ano Título do estudo Fonte	Finalidade do estudo	Tipo de estudo Nível de evidência	Participantes	Colheita de dados	Resultados
<p>1 - Pérez-Rojo, Izal, Montorio & Penhale (2009)</p> <p>Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample</p> <p><i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i>, 49, 17-21.</p>	<p>Analisar a influência de vários fatores de risco para o abuso de pessoas idosas, com o intuito de identificar as características que distinguem familiares cuidadores com um alto ou baixo risco de infligir abuso.</p>	<p>Estudo Transversal⁴ Nível 6</p>	<p>N = 45 familiares cuidadores de pessoas idosas com demência residentes em Madrid (Espanha).</p>	<p>Entrevista no domicílio dos participantes para colheita de dados sociodemográficos e avaliação instrumental: avaliação do risco de perpetração de abuso - Caregiver Abuse Screen (CASE); avaliação de sintomas depressivos - Center for Epidemiological Studies Depression Scale; avaliação da raiva - State-Trait Anger Expression Inventory - 2; avaliação da sobrecarga - Zarit Burden Interview; avaliação do stress relacionado com os comportamentos agressivos e desafiantes e da funcionalidade da pessoa idosa com demência - Revised memory and behavior problems checklist (RMBPC).</p>	<p>▪ O impacto da prestação de cuidados, a frequência dos comportamentos agressivos da pessoa cuidada, o <i>stress</i> relacionado com os comportamentos agressivos e desafiantes, a sobrecarga, as expectativas do próprio desempenho de papel, a quantidade de ajuda recebida (formal e informal) e a depressão são considerados preditores do risco de abuso à pessoa idosa com demência.</p> <p>▪ Por outro lado, a dependência e a expressão de raiva têm um baixo nível de predição em relação ao risco de abuso.</p>

⁴ No estudo transversal, também chamado de estudo de prevalência, a exposição e o resultado patológico são determinados simultaneamente para cada um dos participantes, como se de uma fotografia da população num determinado momento se tratasse. No desenho do estudo transversal é "definida uma população e determinada a presença, ou a ausência, de exposição, e a presença, ou a ausência, de doença, para cada um dos indivíduos" (Gordis, 2011, p.199)

Autor, Ano Título do estudo Fonte	Finalidade do estudo	Tipo de estudo Nível de evidência	Participantes	Colheita de dados	Resultados
<p>2 - Cooper et al., (2010). The determinants of family carer's abusive behaviour to people with dementia: Results of the CARD study. <i>Journal of Affective Disorders</i>, 121, 136-142.</p>	<p>Testar a hipótese de que os cuidadores mais ansiosos que cuidam de pessoas com demência manifestam mais comportamentos abusivos e que as estratégias de <i>coping</i> disfuncionais e a sobrecarga do cuidador medeiam esta relação.</p>	<p>Estudo Transversal Nível 6</p>	<p>N = 220 familiares cuidadores de pessoas idosas com diagnóstico clínico de demência e que prestam cuidados em contexto familiar durante 4 ou mais horas por semana. Residentes nas cidades de Londres e Essex (Reino Unido)</p>	<p>Entrevista para colheita de dados de sociodemográficos e aplicação de instrumentos para: identificação de comportamentos abusivos no último mês - Modified Conflict Tactics Scale (MCT); avaliação da ansiedade do familiar cuidador - The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); identificação de estratégias de coping utilizadas - The Brief COPE (Coping Orientations to Problems Experienced) scale; avaliação da sobrecarga - The Zarit Burden scale; determinação da qualidade de vida - The Health Status Questionnaire (HSQ-12); identificação dos eventos de vida - List of Threatening Experiences; mensuração de sintomas neuro psicológicos - The Alzheimer's Disease Cooperative Study e Neuropsychiatric Inventory .</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 74 participantes (33,6%) reportaram significativos níveis de perpetração de abuso. ▪ Os cuidadores com maior nível de ansiedade e depressão reportam maior número de comportamentos abusivos. ▪ A ansiedade e a depressão estão relacionados com a sobrecarga e o recurso a estratégias de <i>coping</i> disfuncionais. ▪ A sobrecarga e as estratégias de <i>coping</i> disfuncionais medeiam a relação entre a ansiedade e o abuso. ▪ O número de horas de cuidados prestados pelo familiar cuidador, a partilha de habitação entre o familiar cuidador e pessoa cuidada, o comportamento violento por parte da pessoa cuidada e a sobrecarga do cuidador foram revelaram-se preditores da perpetração de abuso.

Autor, Ano Título do estudo Fonte	Finalidade do estudo	Tipo de estudo Nível de evidência	Participantes	Colheita de dados	Resultados
3 - Yan & Kwok (2011). Abuse of older Chinese with dementia by family caregivers: an inquiry into the role of caregiver burden. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 26, 527-535.	Examinar a prevalência e os fatores de risco associados ao abuso de pessoas idosas com demência de nacionalidade Chinesa pelos familiares cuidadores, em Hong Kong.	Estudo Transversal Nível 6	N= 122 familiares cuidadores de pessoas idosas com demência, chineses residentes em Hong-Kong.	Entrevista para colheita de dados de demográficos e avaliação instrumental: avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa - Lawton IADL; avaliação da agitação - Cohen-Mansfield Agitation Inventory; Filial Piety and Ancestral Workshop subscale of the Chinese Individual Tradition Scale; avaliação da sobrecarga - Zarit Burden interview; avaliação da perpetração de abuso - Revised Conflict Tactic Scale.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos 122 participantes, 76 (62,3%) admitiram ter praticado alguma forma de abuso no mês anterior à entrevista. ▪ O abuso verbal foi o mais comumente reportado (62,3%), com expressão através de gritos e de ofensas verbais. ▪ O abuso físico foi o menos relatado (18%), tendo expressão em comportamentos de agarrar e bater na pessoa idosa. ▪ Os cuidadores familiares que residiram mais dias com a pessoa idosa com demência, que tiveram necessidade de ajuda doméstica, que observaram mais comportamentos de agitação e/ ou que manifestaram uma maior sobrecarga, reportaram mais comportamentos abusivos. ▪ A regressão mostrou que o número de dias de partilha da habitação, a ausência de suporte (formal e informal) e a sobrecarga são preditores do abuso verbal. Para o abuso físico, o número de dias a partilhar a habitação foi o único fator encontrado.

Autor, Ano Título do estudo Fonte	Finalidade do estudo	Tipo de estudo Nível de evidência	Participantes	Colheita de dados	Resultados
<p>4- Wigglesworth, et al., (2010) Screening for abuse and neglect of people with Dementia <i>Journal of American Geriatrics Society</i>, 58, 493-500</p>	<p>Investigar as características de pessoas com demência e dos seus familiares cuidadores que estão associadas ao abuso, a fim de informar os clínicos sobre a deteção do abuso.</p>	<p>Estudo Transversal Nível 6</p>	<p>N=129 pessoas com 50 ou mais anos, com diagnóstico de doença de Alzheimer ou outra demência e que são cuidadas em contexto familiar. Residentes na Califórnia (EUA).</p>	<p>Consulta de registos médicos, visitas domiciliárias e aplicação de instrumentos: para avaliação da perpetração de abuso - Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), Elder Abuse Instrument; e Self Neglect Assessment Scale (SOTE).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 47,3% dos participantes sofreram abuso. ▪ As variáveis associadas ao abuso foram: a ansiedade do familiar cuidador; sintomas depressivos, os contactos sociais; a sobrecarga subjetiva; o estado emocional e as limitações no desempenho do papel de familiar cuidador por problemas emocionais e pelos comportamentos de agressão física e verbal da pessoa com demência. ▪ A combinação dos comportamentos de agressão física e psicológica da pessoa com demência ▪ O comportamento agressivo da pessoa com demência é sugestivo que esta é presentemente abusada. ▪ Se questionado de uma forma empática e disponível, o familiar cuidador pode admitir os seus comportamentos abusivo.

Autor, Ano Título do estudo Fonte	Finalidade do estudo	Tipo de estudo Nível de evidência	Participantes	Colheita de dados	Resultados
<p>5 - Kishimoto et al., (2013)</p> <p>Abuse of people with cognitive impairment by family caregivers in Japan (a cross sectional study).</p> <p><i>Psychiatry Research</i></p> <p>209(3):699-704.</p>	<p>Determinar a prevalência do abuso à pessoa idosa com defeito cognitivo ligeiro e demência ligeira e o risco para comportamentos abusivos.</p>	<p>Estudo Transversal Nível 6</p>	<p>N=123 familiares cuidadores japoneses.</p>	<p>Entrevista para colheita de dados relacionados com a prestação de cuidados (duração da dependência, tempo de prestação de cuidados, etc.). Avaliação da perpetração de abuso - Japanese version of the modified Conflict Tactics Scale; avaliação da sobrecarga - versão curta do Zarit Caregiver Burden scale; mensuração de sintomas neuro psicológicos - Neuropsychiatric Inventory; avaliação da autonomia - Instrumental Activities of Daily Living - Lawton and Brody; detecção da demência - Addenbrooke's Cognitive Examination</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A prevalência de comportamentos abusivos na população estudada foi de 15,4%. ▪ O estudo revelou que o gênero masculino e a sobrecarga do familiar cuidador, os sintomas neuro psicológicos da pessoa idosa com demência, a presença de defeito cognitivo ligeiro, o número de horas de suporte social têm relação significativa com a perpetração de abuso. ▪ A análise regressiva demonstrou assim que o sexo do familiar cuidador e a pontuação no Neuropsychiatric Inventory, na Zarit Caregiver Burden scale, e na Addenbrooke's Cognitive Examination têm efeito significativo na pontuação da modified Conflict Tactics Scale.

Autor, Ano Título do estudo Fonte	Finalidade do estudo	Tipo de estudo Nível de evidência	Participantes	Colheita de dados	Resultados
<p>6 - Johannesen & Logiudice (2013)</p> <p>Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders.</p> <p><i>Age and Ageing</i>, 42(3), 292-298.</p>	<p>Realizar uma revisão sistemática da literatura sobre os fatores de risco associados ao abuso à pessoa idosa cuidada em contexto familiar.</p>	<p>Revisão sistemática da literatura</p> <p>Nível 5</p>	<p>N= 11 estudos que focavam o abuso à pessoa idosa com demência cuidada em contexto familiar (de um conjunto de 49 textos que incluíam ainda pessoas que necessitam de ajuda para as atividades básicas de vida diária e população idosa em geral)</p>	<p>Revisão sistemática da literatura nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, EMBASE e PsycINFO para artigos publicados em língua inglesa até março de 2011 e cujos participantes tinham mais de 55 anos de idade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 49 estudos foram incluídos nesta RSL que identificou 13 fatores gerais de risco (associados à pessoa idosa - deficit cognitivo, problemas de comportamento, doenças psiquiátricas ou problemas psicológicos, dependência funcional, falta de saúde física ou fragilidade, baixos rendimentos ou riqueza, trauma ou abuso no passado e etnia; associados ao perpetrador - sobrecarga do cuidador ou <i>stress</i> e doença psiquiátrica ou problemas psicológicos; associados à relação - desarmonia familiar e relações conflituosas; relativas ao meio ambiente - baixo suporte social e partilha de residência). ▪ 11 estudos identificaram fatores associados ao abuso à pessoa idosa com demência: 1 identificou como fator de risco a deterioração cognitiva da pessoa idosa com demência; 4 enumeraram a sobrecarga do cuidador e o <i>stress</i>; 3 reconheceram as doenças psicológicas do perpetrador; 1 identificou as relações conflituosas.

1.6. Discussão dos resultados

A discussão dos resultados obtidos nesta RSL encontra-se contemplada ao longo do relatório, particularmente no ponto 2.3 do quadro de referência, dedicado à caracterização do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.

As evidências resultantes desta metodologia de investigação foram também integradas nas atividades de estágio realizadas junto dos clientes, dando cumprimento aos princípios da prática baseada em evidências.

Bibliografia

- Berwanger, O., Suzumura, E. A., Buehler, A. M., & Oliveira, J. B. (2007). Como avaliar criticamente revisões sistemáticas e metanálises? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(4), 475-480.
- Cooper, C., Selwood, A., Blanchard, M., Walker, Z., Blizard, R., & Livingston, G. (2010). The determinants of family carers' abusive behaviour to people with dementia: Results of the CARD study. *Journal of Affective Disorders*, 121, 136-142.
- Craig, J. V., Smyth, R. L., & Mullaly, S. (2004). *Prática Baseada na Evidência. Manual para Enfermeiros*. (M. J. Sampaio, Trad.) Camarate: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Friedman, L. S., Avila, S., Tanouye, K., & Joseph, K. (2011). A Case-Control Study of Severe Physical Abuse of Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 417-422.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Mendes, I. A. (2003). A busca das melhores evidências. *Revista Escola Enfermagem Universidade São Paulo*, 37(4), 43-50.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12(2), 549-556.
- Gordis, L. (2011). *Epidemiologia*. (A. M. Carvalho, Trad.) Loures: Lusodidacta.
- Higgins, J. P., & Green, S. (01 de setembro de 2006). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.6*. Obtido em 03 de dezembro de 2013, de The Cochrane Collaboration: <http://www.cochrane.org/sites/default/files/uploads/Handbook4.2.6Sep2006.pdf>
- Johannesen, M., & Logiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing*, 42(3), 292-298.
- Kishimoto, Y., Terada, S., Takeda, N., Oshima, E., Honda, H., Yoshida, H., . . . Uchitomi, Y. (2013). Abuse of people with cognitive impairment by family caregivers in Japan (a cross-sectorial study). *Psychiatry Research*.
- Medeiros, L. R., & Stein, A. (2002). Evidence levels and degree of recommendation of the evidence-based medicine. *Revista AMRIGS*, 46(1,2), 43-46.

- Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2011). Making the case for evidence-based practice. In B. M. Melnik, & E. Fineout-Overholt, *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice* (2^a ed., pp. 3-24). Philadelphia: Wolters Kluwer Health| Lippincot Williams & Wilkins.
- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., & Penhale, B. (2009). Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 17-21.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenber, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-bases medicine: How to practice and teach EBM* (2^a ed.). Londo: Churcill-Livingstone.
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83-89.
- Santos, C. M., Pimenta, C. A., & Nobre, M. R. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15(3).
- Straus, S. E., Glasziou, P., Richardson, W. S., & Haynes, R. B. (2011). *Evidence-Based Medicine: Who to pratice and teach it* (4^a ed.). China: Churchill - Livingstong.
- Wiglesworth, A., Mosqueda, L., Mulnard, R., Liao, S., Gibbs, L., & Fitzgerald, W. (2010). Screening for Abuse and Neglect of People with Dementia. *Journal of American Geriatrics Society*, 58, 493-500.
- Yan, E., & Kwok, T. (2011). Abuse of older Chinese with dementia by family caregivers: an inquiry into the role of caregiver burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 527-535.

**APÊNDICE VII - FATORES DE RISCO DO ABUSO À PESSOA IDOSA
COM DEMÊNCIA EM CONTEXTO FAMILIAR**

FATORES DE RISCO DO ABUSO À PESSOA IDOSA COM DEMÊNCIA

Quadro. Resumo dos resultados da revisão sistemática da literatura

Relacionados com o familiar cuidador	Relacionados com a pessoa idosa com demência
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gênero masculino ▪ Insuficiência de contactos sociais ▪ Número de horas de cuidados prestados ▪ Estado emocional - ansiedade e depressão ▪ Partilha de habitação com a pessoa idosa com demência ▪ Quantidade/ número de horas de suporte formal e informal recebido ▪ Sobrecarga objetiva ▪ Stress relacionado com os comportamentos agressivos e desafiantes ▪ Utilização de estratégias de <i>coping</i> disfuncionais ▪ Relação conflituosa com a pessoa idosa com demência ▪ Expectativas do próprio desempenho de papel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deterioração cognitiva ▪ Sintomas comportamentais e psicológicos da demência ▪ Frequência da agitação e do comportamento agressivo - verbal e físico ▪ Relação conflituosa com o familiar cuidador

Referências Bibliográficas

- Cooper, C., Selwood, A., Blanchard, M., Walker, Z., Blizard, R., & Livingston, G. (2010). The determinants of family carers' abusive behaviour to people with dementia: Results of the CARD study. *Journal of Affective Disorders, 121*, 136-142. doi: 10.1016/j.jad.2009.05.001.
- Johannesen, M., & Logiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing, 42*(3), 292-298. doi: 10.1093/ageing/afs195.
- Kishimoto, Y., Terada, S., Takeda, N., Oshima, E., Honda, H., Yoshida, H., . . . Uchitomi, Y. (2013). Abuse of people with cognitive impairment by family caregivers in Japan (a cross-sectional study). *Psychiatry Research, 209*(3), 699-704. doi: 10.1016/j.psychres.2013.01.025.
- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., & Penhale, B. (2009). Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 49*(1), 17-21. doi: 10.1016/j.archger.2008.04.005.
- Wiglesworth, A., Mosqueda, L., Mulnard, R., Liao, S., Gibbs, L., & Fitzgerald, W. (2010). Screening for abuse and neglect of people with dementia. *Journal of American Geriatrics Society, 58*, 493-500. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02737.x.
- Yan, E., & Kwok, T. (2011). Abuse of older Chinese with dementia by family caregivers: an inquiry into the role of caregiver burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 26*, 527-535. doi: 10.1002/gps.2561.

APÊNDICE VIII - GUIÃO DE COLHEITA DE DADOS

**ASPETOS QUE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DEVEM PROCURAR CONHECER
ACERCA DA PESSOA IDOSA E DO SEU FAMILIAR CUIDADOR PARA PREVENIR
SITUAÇÕES DE ABUSO**

1ª FASE DO MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA - REVELAR-SE (GOMES, 2013)

INDICADOR	CATEGORIA
IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA	Nome preferido
	Idade
	Estado civil
	Habilitações literárias
	Profissão
	Crenças religiosas
	Contacto telefónico
CONTEXTO DE VIDA (SITUAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR)	Agregado e relações familiares
	Condições habitacionais
	Atividades recreativas/ projeto de vida
	Situação económica (identificação de dificuldades)
CONTEXTO DA DOENÇA	Diagnósticos
	Antecedentes pessoais e cirúrgicos
	Medicação habitual no domicílio
	Hábitos e estilos de vida (nutricionais, tabágicos, alcoólicos, estupefacientes, atividade física)
	Impacto da doença na sua vida
	Sintomas psicológicos e comportamentais da demência
AValiação INSTRUMENTAL	Dependência física
	Dependência social/ comunitária
	Dependência mental
	Dependência emocional/ psicológica
PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA PESSOA IDOSA	Motores
	Mentais
	Pele
	Nutricionais/ Hidratação
	Eliminação
	Comunicação
	Lazer e divertimento
	Indicadores de abuso
	Sinais e sintomas de abuso

IDENTIDADE DO FAMILIAR CUIDADOR	Nome preferido
	Idade
	Estado civil
	Habilitações literárias
	Profissão
	Crenças religiosas
	Contacto telefónico

PROBLEMAS IDENTIFICADOS NO FAMILIAR CUIDADOR	Saúde física e mental
	Hábitos e estilos de vida
	Stress
	Sobrecarga do cuidador
	Medos
	Necessidades de informação
	Fatores de risco de perpetração de abuso
	Indicadores de abuso
Escala de avaliação do abuso	

REDE DE APOIO	Apoio domiciliário organizado (fornecimento de alimentação, higiene habitacional e pessoal, pequenos serviços e acompanhamento ao exterior).
	Frequência de centro de dia
	Rede de apoio de vizinhos e amigos
	Necessidades da pessoa idosa
	Necessidades do familiar cuidador

RECURSOS MATERIAIS	Ajudas técnicas
	Próteses e ortóteses

2ª FASE DO MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA - ENVOLVER-SE (GOMES, 2013)

CONHECER A PESSOA IDOSA/ FAMILIAR CUIDADOR FACE ÀS SUAS NECESSIDADES E DIFICULDADES	Preparação para o papel de cuidador (conhecimentos e experiência prévia; decisão de escolha; necessidades de informação)
	Significado atribuído ao papel (sentimentos decorrentes da prestação de cuidados; projeto de vida)
	Carga dos cuidados prestados (complexidade; duração da dependência de cuidados; número de horas diárias de cuidados; tempo disponível)
	Avaliação da sobrecarga do familiar cuidador
	Avaliação das dificuldades do familiar cuidador
	Avaliação da satisfação do familiar cuidador
	Avaliação das estratégias de coping do familiar cuidador
	Avaliação da satisfação com o suporte social

**3ª FASE DO MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA - CAPACITAR/ POSSIBILITAR
(GOMES, 2013)**

CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO CONJUNTA/ PARTILHA DE RESPONSABILIDADES	Inclui informação durante a prestação de cuidados
	Sugere, clarifica e promove a reflexão
	Respeita os valores e preferências do cliente
	Disponibiliza e facilita o acesso a recursos
Capacita o familiar cuidador para o seu papel	

**4ª FASE DO MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA - COMPROMETER-SE
(GOMES, 2013)**

DESENVOLVER COMPETÊNCIAS PARA ATINGIR OBJETIVOS COMUNS	Estabelece compromissos com a pessoa idosa e familiar cuidador relativos às principais necessidades decorrentes do processo de cuidar
	Valida as estratégias/ objetivos relativos às necessidades identificadas
	Ajuda o familiar cuidador a adquirir capacidade para cuidar da pessoa idosa

**5ª FASE DO MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA - ASSUMIR O CONTROLO DO
CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO (GOMES, 2013)**

CAPACIDADE PARA CUIDAR DE SI	Garante que a pessoa idosa possui informação que lhe permite prosseguir e ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde
	A pessoa idosa manifesta conforto e bem-estar
	Mantém-se como recurso para a pessoa idosa caso necessite

CAPACIDADE PARA ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO	Garante que o familiar cuidador possui informação que lhe permita cuidar da pessoa idosa
	O familiar cuidador manifesta conforto e bem-estar
	Mantém-se como recurso para o familiar cuidador caso necessite

Elaborado pelo estudante Sérgio Jorge no âmbito do projeto de estágio "**Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência: a parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si**", do 4º curso de mestrado e pós-especialização em enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, de acordo com o Modelo de Intervenção em Parceria:

Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. Lopes, *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à prática* (pp. 77-113). Ramada: Lusociência.

APÊNDICE IX - ANÁLISE SWOT

ANÁLISE SWOT À IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

	AJUDA	DIFICULTA
FATORES INTERNOS (ORGANIZAÇÃO)	<p><u>Forças</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Motivação da equipa de enfermagem.	<p><u>Fraquezas</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Processo de reestruturação da equipa com saída de alguns elementos e eventual admissão de outros.- Não envolvimento da equipa nas atividades planeadas.
FATORES EXTERNOS (AMBIENTE)	<p><u>Oportunidades</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Impacto social e político da problemática do projeto cada vez com maior expressão.	<p><u>Ameaças</u></p> <ul style="list-style-type: none">- A curta duração do estágio pode condicionar a relação de parceria com os clientes.

**APÊNDICE X - APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO NA
ECCI**

Apresentação do Projeto de Estágio

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar : A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

Estudante: Sérgio Jorge

Docente Orientador: Prof.ª Dr.ª Idalina Gomes

Orientadores do local de estágio: Enf.º Esp. António Galvão e Enf.º Esp. Ana Martinho

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

Índice de apresentação

- Problemática
- Trabalho de Projeto
 - Objetivos
 - Atividades propostas
 - Bibliografia
- Bibliografia

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

Problemática ⁽¹⁾

- Envelhecimento da população mundial (Costa, 2011; INE, 2012).
- Aumento do risco de doença e consequente dependência – maior necessidade de cuidados formais e informais (Sequeira, 2010).
- Incremento do número de pessoas com demência - Prevalência estimada de 35,6 milhões de pessoas no Mundo em 2010; de 7,5 milhões na Europa; e de 153.000 em Portugal (Alzheimer's Disease International, 2012; Alzheimer Portugal, 2009).

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

Problemática ⁽²⁾

- Demência – síndrome de origem multifatorial que afeta a memória, o pensamento, o comportamento, a independência e autonomia (Alzheimer's Disease International, 2012).
- A deterioração das capacidades da pessoa com demência conduz a alterações significativas no seio familiar (Sequeira, 2010).
- O familiar cuidador confronta-se com dificuldades físicas, emocionais, financeiras e stresse (Landenburger & Campbell, 2011; Sequeira, 2010; WHO, 2011).

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

Problemática ⁽³⁾

- A deterioração cognitiva, funcional e as perturbações comportamentais aumentam especialmente o risco da pessoa idosa com demência ser vítima de abuso (Cooper, Selwood, Blanchard, Walker & Blizard, 2009; Garrett, 2005; Selwood & Cooper, 2009; Sequeira, 2010; WHO, 2011)
- Abuso – ato único ou repetido, ou ainda, a ausência de ação apropriada, ocorrido num relacionamento de confiança e que causa sofrimento ou angustia numa pessoa com mais de 60 anos (WHO, 2011)

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

Problemática ⁽⁴⁾

- 7 tipos de abuso: físico, sexual, emocional, exploração material ou financeira, abandono; e autonegligência (National Center on Elder Abuse, 2013).
- 4 milhões de pessoas idosas sofrem anualmente abuso no Mundo (WHO, 2011).
- 39,4% de mulheres com mais de 60 anos experienciou algum tipo de abuso em contexto familiar nos últimos 12 meses em Portugal (Ferreira-Alves & Santos, 2011).

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

Problemática ⁽⁵⁾

- Importante papel dos enfermeiros da comunidade a todos os níveis de prevenção das situações de abuso à pessoa idosa (Almeida, 2005; Almqvist, Weiss, Maras & Bellosky, 2010; Bomba, 2006; Landenburger et al. 2011, Phelan, 2010)



European Report on Preventing Elder Maltreatment (WHO, 2011)

IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica

Lei n.º 112/2009 de 16 de Setembro (estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas)

Código Deontológico do Enfermeiro

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

Níveis de Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa

	Prevenção Primordial	Prevenção Primária	Prevenção Secundária	Prevenção Terciária
Objetivo	Diminuição da vulnerabilidade da pessoa idosa .	Evitar o aparecimento de casos de abuso atuando sobre as causas e fatores de risco.	Identificação das situações de abuso e intervenção precoce em casos ocultos; evicção de reincidência e consequências mais graves.	Reduzir as situações de abuso já identificadas ou consequências mais graves.
Intervenção	Disponibilizar informação que modifique a imagem e estatuto da pessoa idosa junto da população. Formação dos profissionais.	Avaliação da história, contexto e dinâmica familiar e do impacto da prestação de cuidados. Ajudar os membros da família a discutir os problemas e a procurar forma de lidar com as dificuldades que precipitam comportamentos abusivos. Mobilização de redes de suporte social que apoiem o familiar cuidador.	Capacitação dos profissionais na identificação e intervenção em situações de abuso Constituir sistemas de referência que integrem equipas multidisciplinares.	Estabelecer protocolos de referência entre instituições e de avaliação e intervenção com os recursos disponíveis para apoiar a pessoa .

(Almeida, 2005; Bernal & Gutiérrez, 2005; Phelan, 2010; WHO, 2011)

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

Problemática ⁽⁶⁾

- A atuação dos enfermeiros pode ser comprometida por um baixo nível de conhecimentos sobre o abuso e pela inexistência de um modelo de cuidados que forneça orientação na identificação dos fatores de risco e na implementação de intervenções apropriadas (Almogue et al., 2010; Ferraz, Lacerda, Labronci, Matfum & Raimondo, 2009)

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

Trabalho de Projeto

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

Objetivo ⁽¹⁾

- **Desenvolver competências na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.**
 - Intervir em parceria na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar, promovendo o cuidado de Si.

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

Algumas atividades a desenvolver (direcionadas ao desenvolvimento de competências individuais)

- Elaboração de projetos de cuidados para intervenção em parceria na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar;
- Colaboração no projeto desenvolvido pela Prof.ª Dr.ª Idalina Gomes no âmbito da UI&DE – Caracterização do abuso familiar perpetrado por cuidadores de idosos com demência: A parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do Cuidado de Si.

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

Objetivo ⁽²⁾

▪ **Desenvolver competências na equipa de saúde para a prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.**

- Identificar as práticas de cuidados da equipa de saúde na identificação dos sinais e fatores de risco do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.
- Capacitar a equipa de saúde para intervir em parceria na identificação dos sinais e fatores de risco do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

Algumas atividades a desenvolver (direcionadas à equipa de saúde)

- Diagnóstico das necessidades formativas na área do abuso à pessoa idosa com demência;
- Análise dos registos de enfermagem, focando as intervenções em parceria;
- Implementação de uma metodologia de avaliação dos sinais e fatores de risco do abuso à pessoa idosa com demência;
- Realização de formação à equipa de saúde – O potencial do modelo de intervenção em parceria na identificação dos sinais e fatores de risco do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar (Gomes, 2013).

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

Bibliografia

- Almeida, L. M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 91-96.
- Almogue, A., Weiss, A., Marcus, E. L., & Belloseky, Y. (2010). Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51, 86-91.
- Alzheimer Portugal (2009). *Plano Nacional de Intervenção Alzheimer. Trabalho preparatório para a conferência "Doença de Alzheimer: Que Políticas?"*. Lisboa: Associação Alzheimer Portugal.
- Alzheimer's Disease International (2012). *World Alzheimer Report 2012 - Overcoming the Stigma of Dementia*. London: Alzheimer's Disease International.
- Bernal, A. & Gutiérrez B. (Coords.) (2005) - *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad, IMSERSO. Acedido em 13 Julho de 2013 em <http://www.conapom.go.cr/pdf/Maltratoasopams.pdf>
- Bomba, P. A. (2006). Use of a single page elder assessment and management tool: a practical clinician's approach to identifying elder mistreatment. *J Gerontol Soc Work*, 46(3-4), 103-122.
- Costa, M. (2011). Demência de Alzheimer: Impacto na pessoa doente e na família. *Revista Nursing*, 268, 11-18.
- Ferraz, M. I., Lacerda, M. R., Labronici, L. M., Maffum, M. A., & Raimondo, M. L. (2009). O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), 755-759.
- Ferreira-Alves, J. (2005). Avaliação do Abuso e Negligência de Pessoas Idosas: Contributos para a sistematização de uma visão forense do abuso. In R. Abrunhosa, & C. Machado, *Psicologia Forense* (pp. 1-43). Coimbra: Quarteto.

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

Bibliografia

- Garrett, C. (2005). Impacto sócio-económico da doença de Alzheimer. In A. Caldas, & A. Mendonça, *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 227-236). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de Si: A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. Lopes, *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da investigação à prática* (pp. 77-113). Ramada: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Landenburger, K. M., & Campbell, J. C. (2011). Violência e Maus-Tratos Humanos. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos (7ª ed., pp. 878-905)*. Lisboa: Lusodidacta
- lei n.º 112/2009 de 16 de setembro (2009). Estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas. *Diário da República I Série*. N.º 180 (09-09-16), 6550-6561.
- National Center on Elder Abuse (NCEA). (2013). *Types of Elder Abuse in Domestic Settings*. Acedido em 03 de Maio de 2013 em <http://www.ncea.aao.gov/Resources/Publication/docs/fact1.pdf>
- Phelan, A. (2010). Elder abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 472-478.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Louzã: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- WHO (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Denmark: World Health Organization
- World Health Organization (WHO). (2012). *Dementia: a public health priority*. Geneva: World Health Organization

APÊNDICE XI - CRONOGRAMA DO PROJETO DE ESTÁGIO

PERIODO	2013											2014					
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	
Estágio para desenvolvimento do projeto na ECCI.								De 28				A 14					
Elaboração de projetos de cuidados de intervenção em parceria na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.																	
Elaboração de instrumentos para análise dos registos de enfermagem e colheita de dados e guiões para entrevistas semidirigidas.																	
Entrevista semidirigida aos enfermeiros e assistentes sociais da ECCI.																	
Identificação e análise dos projetos em elaboração ou implementados no campo de estágio e relacionados com a problemática e colaboração no projeto desenvolvido pela entre a UI&DE e a ECCI.																	
Identificar as práticas de cuidados por parte da equipa de enfermagem relativamente à avaliação e identificação dos sinais e fatores de risco do abuso à pessoa idosa com demência.																	
Diagnóstico das necessidades formativas da equipa de saúde na área do abuso à pessoa idosa e intervenção em parceria.																	
Análise dos registos de enfermagem, focando as intervenções em parceria na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência.									11 a 15								
Apresentação do projeto de estágio à equipa de enfermagem.									22								

**APÊNDICE XII - GRELHA DE ANÁLISE DE REGISTOS E COLHEITA
DE DADOS DE ENFERMAGEM**

GRELHA DE ANÁLISE DE REGISTOS E COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM

Aspetos que os enfermeiros procuram conhecer acerca da pessoa idosa e do seu familiar cuidador para prevenir situações de abuso

1ª FASE DO MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA - REVELAR-SE (GOMES, 2013)

INDICADOR	CATEGORIA	REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL	% DE REGISTOS
IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA	Nome preferido	9	11		45
	Idade	20	0		100
	Estado civil	5	15		25
	Habilitações literárias	5	15		25
	Profissão	1	19		5
	Crenças religiosas	0	20		0
	Contacto telefónico	19	1		95
CONTEXTO DE VIDA (SITUAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR)	Agregado e relações familiares	7	13		35
	Condições habitacionais	0	20		0
	Atividades recreativas/ projeto de vida	1	19		5
	Situação económica (identificação de dificuldades)	0	20		0
CONTEXTO DA DOENÇA	Diagnósticos	8	12		40
	Antecedentes pessoais e cirúrgicos	8	12		40
	Medicação habitual no domicílio	3	17		15
	Hábitos e estilos de vida (nutricionais, tabágicos, alcoólicos, estupefacientes, atividade física)	2	18		10
	Impacto da doença na sua vida	7	13		35
	Sintomas psicológicos e comportamentais da demência	0	20		0
AVALIAÇÃO INSTRUMENTAL	Dependência física	7	13		35
	Dependência social/ comunitária	5	15		25
	Dependência mental	5	15		25
	Dependência emocional/ psicológica	5	15		25
PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA PESSOA IDOSA	Motores	10	10		50
	Mentais	6	14		30
	Pele	17	3		85
	Nutricionais/ Hidratação	5	15		25
	Eliminação	5	15		25
	Comunicação	2	18		10
	Lazer e divertimento	0	20		0
	Indicadores de abuso	0	20		0
	Sinais e sintomas de abuso	0	20		0

IDENTIDADE DO FAMILIAR CUIDADOR	Nome preferido	7	13		35
	Idade	3	17		15
	Estado civil	5	15		25
	Habilitações literárias	1	19		5
	Profissão	1	19		5
	Crenças religiosas	0	20		0
	Contacto telefónico	8	12		40

PROBLEMAS IDENTIFICADOS NO FAMILIAR CUIDADOR	Saúde física e mental	4	16		20
	Hábitos e estilos de vida	1	19		5
	Stress	3	17		15
	Sobrecarga do cuidador	4	16		20
	Medos	1	19		5
	Necessidades de informação	5	15		25
	Fatores de risco de perpetração de abuso	0	20		0
	Indicadores de abuso	0	20		0
	Escala de avaliação do abuso	0	20		0

REDE DE APOIO	Apoio domiciliário organizado (fornecimento de alimentação, higiene habitacional e pessoal, pequenos serviços e acompanhamento ao exterior).	3	17		15
	Frequência de centro de dia	1	19		5
	Rede de apoio de vizinhos e amigos	0	20		0
	Necessidades da pessoa idosa	1	19		5
	Necessidades do familiar cuidador	1	19		5

RECURSOS MATERIAIS	Ajudas técnicas	2	18		10
	Próteses e ortóteses	0	20		0

2ª FASE DO MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA - ENVOLVER-SE (GOMES, 2013)

INDICADOR	CATEGORIA	REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL	% DE REGISTOS
CONHECER A PESSOA IDOSA/ FAMILIAR CUIDADOR FACE ÀS SUAS NECESSIDADES E DIFICULDADES	Preparação para o papel de cuidador (conhecimentos e experiência prévia; decisão de escolha; necessidades de informação)	4	16		20
	Significado atribuído ao papel (sentimentos decorrentes da prestação de cuidados; projeto de vida)	3	17		15
	Carga dos cuidados prestados (complexidade; duração da dependência de cuidados; número de horas diárias de cuidados; tempo disponível)	1	19		5
	Avaliação da sobrecarga do familiar cuidador	0	20		0
	Avaliação das dificuldades do familiar cuidador	0	20		0
	Avaliação da satisfação do familiar cuidador	0	20		0
	Avaliação das estratégias de coping do familiar cuidador	0	20		0
	Avaliação da satisfação com o suporte social	0	20		0

3ª FASE DO MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA - CAPACITAR/ POSSIBILITAR (GOMES, 2013)

INDICADOR	CATEGORIA	REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL	% DE REGISTOS
CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO CONJUNTA/ PARTILHA DE RESPONSABILIDADES E PODER	Inclui informação durante a prestação de cuidados	18	2		90
	Sugere, clarifica e promove a reflexão	9	11		45
	Respeita os valores e preferências do idoso	2	18		10
	Disponibiliza e facilita o acesso a recursos	10	10		50
	Capacita o familiar cuidador para o seu papel	8	12		40

4ª FASE DO MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA - COMPROMETER-SE (GOMES, 2013)

INDICADOR	CATEGORIA	REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL	% DE REGISTOS
DESENVOLVER COMPETÊNCIAS PARA ATINGIR OBJETIVOS COMUNS	Estabelece compromissos com a pessoa idosa e familiar cuidador relativos às principais necessidades decorrentes do processo de cuidar	7	13		35
	Valida as estratégias/ objetivos relativos às necessidades identificadas	4	16		20
	Ajuda o familiar cuidador a adquirir capacidade para cuidar da pessoa idosa	7	13		35

5ª FASE DO MODELO DE INTERVENÇÃO EM PARCERIA - ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO (GOMES, 2013)

INDICADOR	CATEGORIA	REGISTADO	NÃO REGISTADO	NÃO APLICÁVEL	% DE REGISTOS
CAPACIDADE PARA CUIDAR DE SI	Garante que a pessoa idosa possui informação que lhe permite prosseguir e ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde	5	15		25
	A pessoa idosa manifesta conforto e bem-estar	4	16		20
	Mantém-se como recurso para a pessoa idosa caso necessite	2	18		10
CAPACIDADE PARA ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO	Garante que o familiar cuidador possui informação que lhe permita cuidar da pessoa idosa	2	18		10
	O familiar cuidador manifesta conforto e bem-estar	0	20		0
	Mantém-se como recurso para o familiar cuidador caso necessite	2	18		10

BIBLIOGRAFIA

Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de SI: A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. Lopes, *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: Da investigação à prática* (pp. 77-113). Ramada: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.

APÊNDICE XIII - GUIÃO DE ENTREVISTA (ENFERMEIRO)

GUIÃO DE ENTREVISTA (ENFERMEIRO)

Código da entrevista	
----------------------	--

I. Caracterização da população

Sexo	
Idade	
Habilitações literárias	
Outras formações académica	
Tempo de experiência como enfermeiro	
Tempo de experiência na ECCI	
Formação específica na área do abuso	Não Sim Especifique :

II. Guião de entrevista

- Está sensibilizado para as situações de abuso à pessoa idosa?
- É frequente deparar-se com situações de abuso à pessoa idosa na sua prática profissional?
- Da sua experiência profissional na ECCI identifica alguma relação entre o familiar cuidador da pessoa idosa com demência e a possibilidade de perpetração de abuso?
- Consegue identificar fatores de risco e sinais e/ou sintomas de abuso à pessoa idosa?
- Que intervenções realiza junto do familiar cuidador e da pessoa idosa quando suspeita da perpetração de abuso?
- Costuma reportar estas situações? A quem faz a referenciação? Qual a sua participação no caso depois desta referenciação?
- Utiliza algum instrumento e/ ou segue alguma orientação ou norma na avaliação e gestão das situações de abuso à pessoa idosa?
- Considera importante desenvolver intervenções direcionadas ao familiar cuidador e à pessoa idosa com demência na prevenção das situações de abuso? Quais considera pertinentes?
- Sente dificuldade na gestão destas situações? Em que medida?
- Gostaria de ter mais formação na área da prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar?

APÊNDICE XIV - GUIÃO DE ENTREVISTA (ASSISTENTE SOCIAL)

GUIÃO DE ENTREVISTA (ASSISTENTE SOCIAL)

Código da entrevista	
----------------------	--

I. Caracterização da população

Sexo	
Idade	
Habilitações literárias	
Outras formações académica	
Tempo de experiência como assistente social	
Tempo de experiência na ECCI	
Formação específica na área do abuso	Não Sim Especifique :

II. Guião de entrevista

- Está sensibilizado para as situações de abuso à pessoa idosa?
- É frequente deparar-se com situações de abuso à pessoa idosa na sua prática profissional?
- Como são referenciadas e por quem lhe são referenciadas as situação de abuso à pessoa idosa?
- Da sua experiência profissional na ECCI identifica alguma relação entre o familiar cuidador da pessoa idosa com demência e a possibilidade de perpetração de abuso?
- Consegue identificar fatores de risco e sinais e/ou sintomas de abuso à pessoa idosa?
- Que intervenções realiza junto do familiar cuidador e da pessoa idosa quando suspeita da perpetração de abuso?
- Estabelece alguma articulação com outros profissionais para a gestão dos casos? Quais? Qual a sua participação no caso depois desta referênciação?
- Utiliza algum instrumento e/ou segue alguma orientação ou norma na avaliação e gestão das situações de abuso à pessoa idosa?
- Gostaria de ter mais formação na área da prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar?

APÊNDICE XV - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Sérgio Luís Roque Jorge, estudante do 4º curso de mestrado e pós-especialização de enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretendo desenvolver um projeto de estágio subordinado ao tema: **Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar: A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si**. Este desenvolve-se sobre orientação da Professora Doutora Idalina Gomes e Enfermeiros Especialista Rogério Diniz e António Galvão e tem como objetivos:

- Desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e família;
- Desenvolver competências na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar;
- Desenvolver competências na equipa de enfermagem para a prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.

Neste âmbito solicitamos a sua autorização para a **aplicação de uma entrevista**.

Agradecemos a sua colaboração.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu _____, perante as informações acima apresentadas, aceito participar de livre e espontânea vontade na entrevista requerida.

APÊNDICE XVI - ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

A transformação dos dados colhidos de fontes primárias em resultados de pesquisa exige o recurso a procedimentos específicos para sistematizar, categorizar e tornar possível a sua análise por parte do investigador (Cappelle, Melo & Gonçalves, 2011). Particularmente na análise de comunicações, são exigidos mecanismos apropriados para encontrar nas entrevistas, mensagens e documentos em geral informações que ilustrem, expliquem ou ajudem a revelar os fenómenos investigados (Cappelle et al., 2011). De entre estes mecanismos salientamos a análise de conteúdo, definida como "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens" (Bardin, 2013, p.42). Este método de análise permite ao investigador entender as representações do indivíduo em relação à sua realidade e a interpretação que faz dos significados à sua volta (Silva, Gobbi & Simão, 2005). Neste projeto de estágio suportámo-nos no método de análise de conteúdo segundo Bardin (2013) para compreender a forma como os profissionais da ECCI vivenciam a problemática do abuso à pessoa idosa com demência na sua prática diária, tendo como fonte primária os relatos por escritos das entrevistas semidirigidas.

No quadro 1 apresentamos a grelha de análise dessas entrevistas, contendo as respetivas categorias, unidades de registo e unidades de contexto conforme preconizado por Bardin (2009).

BIBLIOGRAFIA

- Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.(Tradução do original do francês L`analyse de contenu, 1977).
- Cappelle, M. C., Melo, M. C., & Gonçalves, C. A. (2011). Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. *Organizações Rurais & Agroindustriais*, 5(1), doi: <http://purl.umn.edu/43563>.
- Silva, C. R., Gobbi, B. C., & Simão, A. A. (2005). O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organizações Rurais & Agroindustriais*, 7(1), 70-81. doi: <http://purl.umn.edu/44035>.

GRELHA DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS SEMIDIRIGIDAS AOS ENFERMEIROS E ASSISTENTES SOCIAIS, SEGUNDO BARDIN (2009)

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
Sensibilização para a problemática do abuso à pessoa idosa	Sim (5)	"Sim, estou." (E2); "Sim." (E5)
É frequente deparar-se com situações de abuso à pessoa idosa	Sim (4); Esporadicamente (1)	" Sim, não tanto abuso físico, o que é raro, mas sobretudo abuso psicológico..." (E2); "Apenas esporadicamente." (E4); "Se considerarmos o abuso como um conceito mais amplo, que engloba negligência, a gestão abusiva de bens patrimoniais, contas bancárias e pensões, é frequente." (E5)
Receção de referências de situações de abuso	Não (1) Outros técnicos (1); médicos (1); enfermeiros (1); assistentes sociais de outros serviços (1); vizinhos (1); familiares (1)	"Por norma não são referenciados, nós é que detetamos as situações e iniciamos as diligências necessárias." (E3); "Por outros técnicos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais de outros serviços, vizinhos e familiares que denunciam casos face aos quais não consegue intervir." (E5)
Estabelece alguma relação entre ser familiar cuidador de pessoa idosa com demência e a possibilidade de perpetração de abuso	Sim (4) Não (1)	"Sim, a maioria dos cuidadores em que identificamos algum tipo de abuso cuidam de pessoas idosas com demência e estão em sobrecarga e pode levar à prática de abuso." (E2); "Assim, de repente, não consigo me recordar." (E3); "Sim, a questão da pessoa idosa não ter a noção que está a ser abusada ou de como se queixar." (E4); "Sim...são situações que por exaustão do cuidador, inadvertidamente podem conduzir a episódios de abuso." (E5)
Fatores de risco, sinais e sintomas de abuso à pessoa idosa com demência identificados	<u>Fatores de risco:</u> a estrutura, organização e dinâmicas familiares (1); isolamento (1), sobrecarga do cuidador (1); assumir o papel de cuidador de forma não voluntária (1); cuidador com percursos de consumo (1); cuidador com desemprego de longa duração	"Eu identifico como sinais e sintomas do abuso os maus cuidados de higiene, a alimentação, a agressão física, os hematomas e a agressão psicológica manifestada pela depressão, queixas verbais e tristeza." (E1); "O principal fator de risco que identificamos na nossa prática é a sobrecarga do cuidador, ou o assumir o papel de cuidador de forma não voluntária." (E2); "Como fatores de risco identifico a estrutura, organização e dinâmicas familiares."

	<p>(1); cuidador subsiste dos meios do idoso (1); cuidador com doença psiquiátrica (1)</p> <p><u>Sintomas:</u> apropriação indevida da reforma e habitação do idoso (1); maus cuidados de higiene (3); falta de higiene habitacional (1); alimentação inadequada (2); hematomas (2); depressão (1); desresponsabilização face à terapêutica (1); recusa em falar (1); tristeza (1); queixas verbais (1); sobremedicação (1); agressividade (1) , recusa de cuidados de higiene (1); recusa de cuidados de alimentação (1) .</p>	<p>(E3); "Alguns, por exemplo, o isolamento, a agressividade, a recusa de cuidados (higiene e alimentação)." (E4); "Apropriação indevida da reforma e habitação do idoso, ficando o mesmo "confinado ao quarto"." (E5)</p>
<p>Intervenções desenvolvidas quando há suspeita de perpetração de abuso</p>	<p>Tentativa de compreensão global da situação junto do familiar cuidador e pessoa idosa (3); conhecer as dificuldades e preocupações do familiar cuidador (2); articulação com assistente social (1); articulação com médico de família (1); articulação com outros profissionais e/ou instituições (2); falar cautelosamente da situação (1); não confrontar o cuidador (1); Sensibilizar para ter suporte formal (1); envolver outros familiares como parceiros</p>	<p>"Abordo o familiar e tento perceber se há realmente alguma perpetração de abuso e caso haja, primeiro tento amenizar a situação, articular com assistente social, médico de família e outros profissionais ou solicitar apoio de instituições." (E1); "Tento perceber se os sinais que nos levam a suspeitar de abuso têm outra causa, perceber junto dos cuidadores quais as suas dificuldades e o que os preocupa e individualmente com o idoso tentar perceber qual a causa da suspeita." (E3); "Tento falar cautelosamente da situação, até falando da possibilidade do cuidador estar exausto e tento que seja ele a expor a situação." (E4); "Normalmente nunca confronto o cuidador com as suspeitas. Avalio as situações e tento sensibilizar para a importância de apoio dos serviços, apoio domiciliário, integração em centro de dia. Procuro envolver outros familiares como parceiros na intervenção." (E5)</p>
<p>Referenciação e articulação com outros profissionais das situações de suspeita de</p>	<p>Internamente à equipa de enfermagem (2); assistente social (3); polícia (4); Instituição Particular de Solidariedade Social (1);</p>	<p>"Sim, costumo reportar estas situações referenciando para a assistente social e polícia" (E1); "Já foi necessário referenciar alguns casos para a polícia e inclusivamente fazer visitas conjuntas da equipa de enfermagem, serviço</p>

perpetração de abuso	equipa multidisciplinar (1)	<i>social e polícia" (E2); "Sim, ao serviço social e em reunião de equipa para tentar gerir da melhor maneira a situação, tentando entre todos arranjar estratégias eficazes de modo a resolver a situação (...)" (E4); " Esta intervenção faz-se sempre em articulação e parceria com os restantes profissionais, mediante uma abordagem multidisciplinar. " (E5)</i>
Qual a participação no caso depois da referenciação da suspeita de abuso	Manutenção dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa (1); deixar de ter contacto (4)	<i>"Consiste em acompanhar e continuar a prestar os cuidados de enfermagem à pessoa vítima de abuso" (E1); "depois da referenciação, quando o processo fica instruído no tribunal deixo de ter contacto" (E3); "Quando as situações transitam para outros serviços é difícil acompanhar." (E5)</i>
Utilização de instrumentos e/ou orientação ou norma para avaliação e gestão das situações de abuso	Não (5)	<i>"Não, não utilizo nenhum instrumento ou norma" (E1); "Em tempos utilizava uma escala, mas deixei de usar por falta de tempo (...) também não utilizo nenhuma norma, é tudo decidido com base na experiência" (E3); "Não." (E5).</i>
Intervenções a desenvolver consideradas como importantes na prevenção do abuso à pessoa idosa com demência	Apoio do psicólogo (1); apoio do médico de família (1); orientação para outros serviços de saúde (1); informar sobre a demência e capacitar o familiar cuidador para cuidar da pessoa idosa com demência (1); apoio ao familiar cuidador (1)	<i>"Informar sobre a demência, as diversas alterações desde que é feito o diagnóstico até que se iniciam as alterações do comportamento do idoso, preparar antecipadamente o cuidador e a família para as alterações, informar e treinar sobre a forma de comunicar com idosos com demência" (E2); "sim, por exemplo o apoio regular ao cuidador" (E4).</i>
Dificuldades sentidas na gestão das situações de suspeita de perpetração de abuso	Inexistência de um instrumento ou orientações para sinalizar corretamente (1); na identificação de alguns tipos de abuso (1); tema sensível e difícil de abordar com os cuidadores (1); envolve problemas legais (1)	<i>"Sim, uma vez que falta um guia ou algum instrumento ou orientação para sinalizar corretamente estas situações " (E1); "Sim, porque é difícil identificar alguns tipos de abuso e é um tema sensível de abordar com os cuidadores..." (E2); "Sim, porque muitas vezes envolve problemas a nível legal" (E4).</i>
Motivação para receber formação na área do abuso	Sim (5)	<i>"Sim" (E1, E2, E3, E4, E5)</i>

APÊNDICE XVII - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO (SESSÃO 1)

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO
(SESSÃO 1)

Tema da sessão: Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência - A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si (Sessão 1).

População Alvo: Profissionais de Saúde da Unidade de Cuidados na Comunidade Oriente - Equipa de Cuidados Continuados Integrados xxx.

Formador: Enfermeiro Sérgio Jorge

Objetivo Geral: Capacitar os formandos para intervir em parceira na identificação dos fatores de risco e sinais de abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.

Objetivos Específicos: Que final da sessão os formandos tenham informação de como:

- Prevenir o abuso, suportando a sua ação no Modelo de Intervenção em Parceria;
- Identificar os fatores de risco, sinais e sintomas de abuso com recurso a instrumentos científicos validados;
- Reportar uma situação de abuso.

Duração: 30 minutos

Data: 16 de Janeiro de 2013

Hora: 12h30m

Local: Unidade de Cuidados na Comunidade xxx - Equipa de Cuidados Continuados Integrados xxx - Instalações da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de xxx.

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Avaliação	Tempo (minutos)
Introdução	Entrega de documentação de suporte	-	Impressão em papel	-	1'
	Comunicação do tema e conteúdos	Expositivo	Computador; Projetor	-	1'
	Justificação da sessão formativa	Expositivo	Computador; Projetor	-	1'
	Comunicação dos objetivos	Expositivo	Computador; Projetor	-	1'
Desenvolvimento	Conteúdos programáticos: - Problemática - Compreender o abuso a) Conceito de abuso b) Modelos explicativos do abuso c) Formas de abuso d) Barreiras à identificação do abuso - Intervir para prevenir a) Modelo de Intervenção em Parceria b) Identificar fatores de risco do abuso c) Identificar os sinais e sintomas do abuso - Denunciar a) Legislação e atuação	Expositivo Interativo	Computador; Projetor	-	18'
	Síntese	Expositivo	Computador; Projetor	-	1'
Conclusão	Esclarecimento de questões	Interativo	-	-	3'
	Encerramento e ligação com a próxima sessão .	Expositivo	Computador; Projetor	-	1'
	Entrega e preenchimento da folha de avaliação da sessão	Questionário	Impressão em Papel	-	3'

1

Sessão de formação

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar : A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

Estudante: Sérgio Jorge

Docente Orientador: Prof.ª Dr.ª Idalina Gomes

Orientadores do local de estágio: Enf.º Esp. António Galvão e Enf.º Esp. Ana Martinho

16 de Janeiro de 2014

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

2

Índice de apresentação

- Justificação da sessão de formação
- Objetivos da sessão de formação
- Problemática
- Compreender o abuso
- Intervir para prevenir
 - Modelo de Intervenção em Parceria
 - Identificar fatores de risco
 - Identificar o sinais
- Reportar
 - Legislação e atuação

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

3

Justificação da sessão de formação

- Dimensão, impacto e atualidade da problemática do abuso;
- Projeto de estágio no âmbito do curso de mestrado e especialização em enfermagem;
- Diagnóstico das necessidades formativas dos profissionais da ECCI revelou:
 - Ocorrência de situações de abuso em contexto familiar;
 - Dificuldades na gestão das situações de suspeita de perpetração de abuso – identificação dos fatores de risco e sinais de abuso e atuação em conformidade;
 - Não utilização de qualquer instrumento de avaliação do risco e/ ou sinais de abuso;
 - Motivação para formação nesta área.

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

4

Objetivos da sessão de formação

- **Objetivo geral:** Capacitar os formandos para intervir em parceira na identificação dos fatores de risco e sinais de abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.
- **Objetivos específicos:** Que final da sessão os formandos tenham informação de como:
 - Prevenir o abuso, suportando a sua ação no Modelo de Intervenção em Parceria;
 - Identificar fatores de risco, sinais e sintomas de abuso com recurso a instrumentos científicos validados;
 - Reportar uma situação de abuso.

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

5

Problemática ⁽¹⁾

- Envelhecimento da população mundial (Costa, 2011; INE, 2012).
- Aumento do risco de doença e conseqüente dependência – maior necessidade de cuidados formais e informais (Sequeira, 2010).
- Incremento do número de pessoas com demência - Prevalência estimada de 35,6 milhões de pessoas no Mundo em 2010; de 7,5 milhões na Europa; e de 153.000 em Portugal (Alzheimer's Disease International, 2012; Alzheimer Portugal, 2009).

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

6

Problemática ⁽²⁾

- Demência – síndrome de origem multifatorial que afeta a memória, o pensamento, o comportamento, a independência e autonomia (Alzheimer's Disease International, 2012).
- A deterioração das capacidades da pessoa com demência conduz a alterações significativas no seio familiar (Sequeira, 2010).
- O familiar cuidador enfrenta-se com dificuldades físicas, emocionais, financeiras e stresse (Landenburger & Campbell, 2011; Sequeira, 2010; WHO, 2011).

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

7

Problemática ⁽³⁾

- A deterioração cognitiva, funcional e as perturbações comportamentais aumentam especialmente o risco da pessoa idosa com demência ser vítima de abuso (Cooper, Selwood, Blanchard, Walker & Blizard, 2009; Garrett, 2005; Selwood & Cooper, 2009; Sequeira, 2010; WHO, 2011).
- 4 milhões de pessoas idosas sofrem anualmente abuso no Mundo (WHO, 2011).
- 39,4% de mulheres com mais de 60 anos experienciou algum tipo de abuso em contexto familiar nos últimos 12 meses em Portugal (Ferreira-Alves & Santos, 2011).

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

8

Problemática ⁽⁴⁾

- Importante papel dos profissionais de saúde da comunidade a todos os níveis de prevenção das situações de abuso à pessoa idosa (Almeida, 2005; Almqvist, Weiss, Marcus & Bellosky, 2010; Bomba, 2006; Landenburger et al. 2011, Phelan, 2010)



European Report on Preventing Elder Maltreatment (WHO, 2011)

IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica

Lei n.º 112/2009 de 16 de Setembro (estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas)

Código Deontológico do Enfermeiro

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

9

Compreender o abuso

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

10

Conceito de abuso

“ato único ou repetido, ou ainda, a ausência de ação apropriada, ocorrido num relacionamento de confiança e que causa sofrimento ou angústia numa pessoa com mais de 60 anos” (WHO, 2011).

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

11

Modelos Explicativos do Abuso

- Modelo do stress situacional
- Modelo da troca social
- Modelo da violência transgeracional
- Modelo da violência bidirecional
- Modelo da psicologia do perpetrador
- **Modelo ecológico**



(Ferreira-Alves, 2005; WHO, 2011).

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

12

Formas de abuso	Características
Abuso físico	Uso da força que pode resultar em lesões, dor física ou incapacidade.
Abuso sexual	Ato sexual não consentido de qualquer tipo com uma pessoa idosa.
Abuso emocional	Infligência de angústia, dor ou aflição por forma verbal ou não verbal.
Exploração material ou financeira	Uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedade ou bens da pessoa idosa.
Negligência	Recusa ou ineficácia para satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com a pessoa idosa
Abandono	Deserção de junto da pessoa idosa daquele que tem sua a custódia física ou que assumiu a responsabilidade de lhe prestar cuidados.
Auto-negligência	Comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança.

(National Center on Elder Abuse, 2013)

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

13

Barreiras à identificação do abuso

Pessoa Idosa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relação de amor-ódio com o abusador ▪ Vergonha em admitir o abuso ▪ Receio de que a divulgação possa ser um catalisador do abuso ▪ Receio de institucionalização ▪ Isolamento social
Familiar Cuidador	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vergonha em admitir o abuso
Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de formação ▪ Ceticismo sobre a existência de abuso no ceio das famílias ▪ Dificuldade na sua identificação ▪ Descrença no valor da sua ação preventiva ▪ Restrições de tempo

(Almogue et al., 2010; Conhen, 2011, Ferraz, Lacerda, Labronci, Mafum & Raimondo, 2009)

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

14

Intervir para prevenir

- Modelo de Intervenção em Parceria -

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

15

Níveis de Prevenção do Abuso à Pessoa Idosa

	Prevenção Primordial	Prevenção Primária	Prevenção Secundária	Prevenção Terciária
Objetivo	Diminuir a vulnerabilidade da pessoa idosa .	Evitar o aparecimento de casos de abuso atuando sobre as causas e fatores de risco.	Identificar as situações de abuso e intervir precocemente em casos ocultos; evitar reincidências e consequências mais graves.	Reduzir as situações de abuso já identificadas ou consequências mais graves.

(Almeida, 2005; Bernal & Gutiérrez, 2005; Phelan, 2010; WHO, 2011)

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

16

Modelo de Intervenção em Parceria

- Procurar ajudar o familiar cuidador a construir capacidade para cuidar, em detrimento de uma atitude meramente sancionatória e de denuncia.
- É o comportamento e não a pessoa que deve ser condenado (Landenburger et al. 2011).
- “Estas precisam ser investidas de poder (*empowerment*) de forma a suportar os processos de tomada de decisão sobre os assuntos que lhe dizem respeito, como os que se relacionam com os seus estilos de vida e saúde” (Gomes, 2013).

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

17

Modelo de Intervenção em Parceria

- Para desenvolver uma intervenção personalizada e com resultados positivos é necessário estabelecer uma relação eficaz com a pessoa idosa e familiar cuidador. Esta deve ter por base o conhecimento da pessoa, a confiança e abertura, a partilha de poder e uma ação negociada, ou seja uma **relação de parceria** (Gomes, 2013).

- 5 Etapas para a **Promoção do Cuidado de Si**

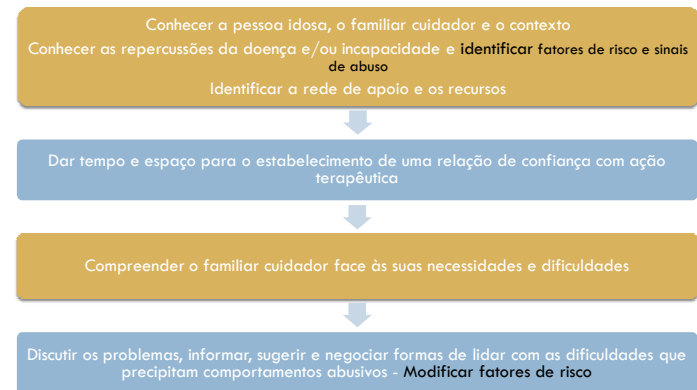


(Gomes, 2013)

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

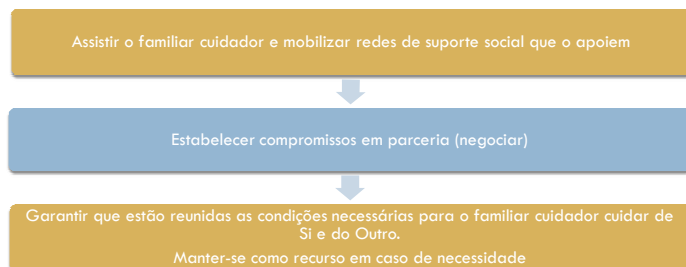
18



Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

19



Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

20



Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

21

Identificação de fatores de risco de abuso à pessoa idosa

- O conhecimento dos fatores de risco pode ser uma grande ajuda na luta para a prevenção (Ferreira-Alves, 2005).
- Indicators of Abuse Screen** da autoria de Reis e Nasmiah (1998)
 - É o primeiro instrumento validado especificamente para a identificação de fatores de risco de abuso à pessoa idosa (Cohen, 2011).
 - Constituído por uma lista de 27 itens considerados como importantes indicadores de abuso (Reis, & Nasmiah, 1998).

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

22

Indicators of Abuse (IOA) Screen

Familiar Cuidador		Pessoa Idosa	
1. Tem problemas de comportamento	4. Foi abusado no passado	5. Tem conflitos conjugais/familiares	8. Pouca compreensão da sua condição clínica
2. É financeiramente dependente	6. Tem problemas de abuso de álcool ou outras substâncias	11. Está socialmente isolado	15. Falta-lhe apoio social
3. Tem problemas mentais/emocionais	7. Tem expectativas realistas	16. Tem problemas de comportamento	18. É financeiramente dependente
6. Tem problemas de abuso de álcool ou outras substâncias	9. Não compreende a condição clínica da pessoa idosa	19. Tem expectativas realistas	20. Tem problemas de álcool ou de medicação
7. Tem expectativas realistas	10. Relutância nos cuidados	21. Relação atual de baixa qualidade com o familiar cuidador	22. Tem lesões ou queixas suspeitas
9. Não compreende a condição clínica da pessoa idosa	12. Tem conflitos conjugais ou familiares	23. Tem problemas mentais/emocionais	25. É abusador
10. Relutância nos cuidados	13. Relação atual de baixa qualidade com a pessoa idosa	24. Relação passada de má qualidade com a pessoa idosa	26. É emocionalmente dependente
12. Tem conflitos conjugais ou familiares	14. Inexperiência na prestação de cuidados	27. Não tem médico regular	
13. Relação atual de baixa qualidade com a pessoa idosa	17. É abusador		
14. Inexperiência na prestação de cuidados	24. Relação passada de má qualidade com a pessoa idosa		

(Reis & Nasmiah, 1998)

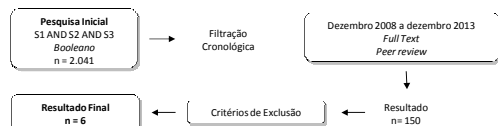
Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

23

Identificação dos fatores de risco de abuso à pessoa idosa com demência

- Inexistência de instrumentos de triagem para esta população específica
- Revisão sistemática da literatura - "Quais são os fatores de risco associados ao abuso à pessoa idosa com demência cuidada em contexto familiar ?".
 - Protocolo de pesquisa



Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

24

Identificação dos fatores de risco de abuso à pessoa idosa com demência

Relacionados com o familiar cuidador	Relacionados com a pessoa idosa com demência
Gênero masculino;	Deterioração cognitiva
Impacto da prestação de cuidados	Frequência da agitação e do comportamento agressivo - verbal e físico
Insuficiência de contactos sociais;	Relação conflituosa com o familiar cuidador
Número de horas de cuidados prestados;	Sintomas psicológicos e comportamentais da demência
O estado emocional - Ansiedade e depressão;	
Partilha de habitação com a pessoa idosa com demência	
Quantidade/ número de horas de suporte formal e informal recebido	
Relação conflituosa com a pessoa idosa com demência	
Sobrecarga objetiva;	
Stress relacionado com os comportamentos agressivos e desafiantes;	
Utilização de estratégias de coping disfuncionais	
Expectativas do próprio desempenho de papel	

(Cooper, et al., 2010; Johannessen & Loajudice, 2013; Pérez-Rojó, Izal, Montoro, & Perhale, 2009; Kishimoto, et al., 2013; Yan & Kwok, 2011; Wigglesworth, et al., 2010)

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

25

Intervir para prevenir

- Identificar os sinais -

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

26

Identificação de sinais de abuso

- O **Elder Assessment Instrument (EAI)** foi construído e validado por Fulmer (2008) e está traduzido e validado para Portugal (Fernandes e Gonçalves, 2014).
 - Ferramenta de triagem que identifica sinais, sintomas e queixas subjetivas de abuso;
 - Sem mensuração de um score final – sugere apenas a necessidade de uma maior avaliação em cada situação, sempre que:
 - Existir qualquer evidência de abuso sem explicação clínica suficiente;
 - Existir uma queixa subjetiva da pessoa idosa relativa a abuso
 - O profissional acredite que há um alto ou provável risco de abuso (Fulmer, 2008)

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

27

Elder Assessment Instrument (EAI) ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT

1. Avaliação Geral	Muito Bom	Bom	Baixo	Muito Baixo	Impossível Avaliar
1. Avaliação					
2. Higiene					
3. Nutrição					
4. Qualidade da pele					
5. Comentários adicionais:					
8. Possíveis indicadores de Abuso	Sem Evidência	Evidência Provável	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
6. Contusões					
7. Golpes					
8. Fraturas					
9. Vínculo exatidão de cura de escoriações ou feridas					
10. Evidência de abuso sexual					
11. Queixa de abuso reportado pelo idoso					
12. Comentários adicionais:					
14. Possíveis indicadores de Negligência	Sem Evidência	Evidência Provável	Evidência Provável	Clara Evidência	Impossível Avaliar
13. Contusões					
14. Lesões de pressão					
15. Diarreia					
16. Depressão					

(Fernandes & Gonçalves, 2014; Fulmer, 2008)

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

28

Reportar

-Enquadramento legal e atuação-

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

29

Enquadramento Legal

Artigo 152º Código Penal – Violência doméstica

“Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais:

d) A pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite;

é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.”

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

30

Enquadramento Legal

Lei n.º 112/ 2009 de 16 de Setembro

Vítima especialmente vulnerável - “a vítima cuja especial fragilidade resulte, nomeadamente, da sua diminuta ou avançada idade, do seu estado de saúde ou do facto de o tipo, o grau e a duração da vitimização haver resultado em lesões com consequências graves no seu equilíbrio psicológico ou nas condições da sua integração social”

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

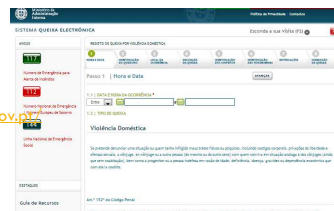
A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

31

Reportar

- Violência doméstica = crime público: qualquer cidadão pode denunciar; os funcionários têm a obrigação de reportar as situações do seu conhecimento.
- Em situações de emergência – 112
- Em situações não emergentes:
 - Autoridades Policiais;
 - Ministério Público;
 - Sistema Queixa Eletrónica.

<https://queixaselectronicas.mai.gov.pt/>



Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

32

Síntese

- Importância da avaliação multidimensional da pessoa idosa e familiar cuidador;
- Considerar sempre a possibilidade de estar a ocorrer uma situação de abuso;
- Pesquisar sinais, sintomas e fatores de risco;
- Identificar problemas e dificuldades da pessoa idosa e do familiar cuidador;
- Discutir os problemas e dificuldades e negociar estratégias de resolução;
- Garantir a segurança da pessoa idosa;
- Reportar todas as situações suspeitas de abuso às entidade competentes.

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

33

Bibliografia

- Almeida, L. M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 91-96.
- Almogues, A., Weits, A., Marcus, E. L., & Belloseky, Y. (2010). Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51, 86-91.
- Alzheimer Portugal (2009). *Plano Nacional de Intervenção Alzheimer. Trabalho preparatório para a conferência "Doença de Alzheimer: Que Políticas?"*. Lisboa: Associação Alzheimer Portugal.
- Alzheimer's Disease International (2012). *World Alzheimer Report 2012 - Overcoming the Stigma of Dementia*. London: Alzheimer's Disease International.
- Bernal, A. & Gutiérrez B. (Coords.) (2005) - *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad, IMSERSO. Acedido em 13 Julho de 2013 em <http://www.conapam.go.cr/pdf/Malostratosapams.pdf>
- Bomba, P. A. (2006). Use of a single page elder assessment and management tool: a practical clinician's approach to identifying elder mistreatment. *J Gerontol Soc Work*, 46(3-4), 103-122.
- Costa, M. (2011). Demência de Alzheimer: Impacto na pessoa doente e na família. *Revista Nursing*, 268, 11-18.
- Ferraz, M. I., Lacerda, M. R., Labronici, L. M., Maftum, M. A., & Raimondo, M. L. (2009). O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), 755-759.
- Ferreira-Alves, J. (2005). Avaliação do Abuso e Negligência de Pessoas Idosas: Contributos para a sistematização de uma visão forense do abuso. In R. Abrunhosa, & C. Machado, *Psicologia Forense* (pp. 1-43). Coimbra: Quarteto.
- Fernandes, L., & Gonçalves, R. (2014). *Elder Assessment Instrument (EAI)*. In: GEECD. *Livro de Escalas e Testes na Demência* (3.ª edição). GEECD - Grupo de Estudos sobre Envelhecimento Cerebral e Demências.

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

34

Bibliografia

- Fulmer, T. (2008). Screening for Mistreatment of Older Adults. *American Journal of Nursing*, 108(12), 52-59.
- Garrett, C. (2005). Impacto sócio-económico da doença de Alzheimer. In A. Caldas, & A. Mendonça, *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 227-236). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de Si: A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. Lopes, *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da investigação à prática* (pp. 77-113). Ramada: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Landenburger, K. M., & Campbell, J. C. (2011). Violência e Maus-Tratos Humanos. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos (7ª ed., pp. 878-905)*. Lisboa: Lusodidacta
- Lei n.º 112/2009 de 16 de setembro (2009). Estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à protecção e à assistência das suas vítimas. *Diário da República I Série*. N.º 180 (09-09-16), 6550-6561.
- National Center on Elder Abuse (NCEA). (2013). *Types of Elder Abuse in Domestic Settings*. Acedido em 03 de Maio de 2013 em <http://www.ncea.oaa.gov/Resources/Publication/docs/fact1.pdf>
- Phelan, A. (2010). Elder abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 472-478.
- Reis, M., & Nasmiah, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Louã: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- WHO (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Denmark: World Health Organization
- World Health Organization (WHO). (2012). *Dementia: a public health priority*. Geneva: World Health Organization

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

35

Obrigado pela sua presença !

APÊNDICE XVIII - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO (CASO PRÁTICO)

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO
(CASO PRÁTICO)

Tema da sessão: Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência - A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si (Caso Prático).

População Alvo: Profissionais de Saúde da Unidade de Cuidados na Comunidade xxx - Equipa de Cuidados Continuados Integrados xxx.

Formador: Enfermeiro Sérgio Jorge

Objetivo Geral: Capacitar os formandos para intervir em parceira na identificação dos fatores de risco e sinais de abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.

Objetivos Específicos: Que os formando consigam no exercício sobre um caso prático:

- Identificar os fatores de risco associados ao abuso;
- Identificar o tipo de abuso subjacente;
- Enumerar estratégias de intervenção para a prevenção do abuso.

Duração: 30 minutos

Data: 13 de Fevereiro de 2014

Hora: 14h00m

Local: Unidade de Cuidados na Comunidade xxx - Equipa de Cuidados Continuados Integrados xxx - Instalações da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de xxx.

PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO (CASO PRÁTICO)

Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos e/ou Meios Didáticos	Avaliação	Tempo (minutos)
Introdução	Entrega de documentação de suporte	-	Impressão em papel	-	1'
	Comunicação do tema e conteúdos	Expositivo	Computador; Projetor	-	1'
	Comunicação dos objetivos	Expositivo	Computador; Projetor	-	1'
Desenvolvimento	<p>Conteúdos programáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ligação com a sessão anterior - Caso prático <ul style="list-style-type: none"> a) Leitura do caso b) Análise do caso c) Discussão do caso e sugestão de respostas 	<p>Expositivo</p> <p>Interativo</p>	<p>Computador; Projetor;</p> <p>Impressão em papel</p> <p>Computador; Projetor;</p>		20'
	Síntese	Expositivo	Computador; Projetor	-	1'
	Conclusão	Esclarecimento de questões	Interativo	-	-
	Encerramento	Expositivo	Computador; Projetor	-	1'
	Entrega e preenchimento da folha de avaliação da sessão	Questionário	Impressão em Papel	-	3'

1

Caso Prático

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar : A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

Estudante: Sérgio Jorge

Docente Orientador: Prof.ª Dr.ª Idalina Gomes

Orientadores do local de estágio: Enf.º Esp. António Galvão e Enf.º Esp. Ana Martinho

13 de Fevereiro de 2014

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

2

Índice de apresentação

- Objetivos da sessão
- Ligação com a sessão anterior
- Leitura de caso prático
- Análise do caso prático
- Síntese

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

3

Objetivos da sessão de formação

- **Objetivo geral:** Capacitar os formandos para intervir em parceria na identificação dos fatores de risco e sinais de abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar.
- **Objetivos específicos:** Que os formando consigam no exercício sobre um caso prático:
 - Identificar os fatores de risco associados ao abuso;
 - Identificar o tipo de abuso subjacente;
 - Enumerar estratégias de intervenção para a prevenção do abuso.

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

4

Ligação com a sessão anterior

- As pessoas idosas com demência são particularmente vulneráveis ao abuso (Cooper, Selwood, Blanchard, Walker & Blizzard, 2009; Selwood & Cooper, 2009; WHO, 2011).
- Prevalência de 52% no abuso perpetrado por familiares cuidadores, com maior predomínio sobre a forma emocional (Cooper et al., 2009).
- A vulnerabilidade e a elevada prevalência estão associados a fatores de risco conhecidos.
- Os profissionais de saúde podem desenvolver uma intervenção em parceria para a modificação desses fatores de risco.

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

9

Sugestão de resposta

De acordo com a revisão sistemática da literatura

- Partilha de habitação;
- Deterioração cognitiva;
- Elevado número de horas de cuidados prestados pela Sra. L. (24 horas / 7 dias);
- Insuficiência de contactos sociais do familiar cuidador
- Risco de sobrecarga objetiva
- [Sintomas comportamentais e psicológicos das demência](#) – Apatia;

De acordo com o instrumento *Indicators of Abuse Screen*

- O familiar cuidador não compreende a condição clínica da Sra. A.;
- A Sra. A. não compreende a sua condição clínica;
- A Sra. A. tem problemas de comportamento;

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

10

Sintomas comportamentais e psicológicos da demência

- Sintomas de distúrbios da percepção, do conteúdo do pensamento, do humor ou do comportamento que afetam até 90% das pessoas com demência (Caramelli & Bottino, 2007; International Psychogeriatric Association (IPA), 2002)
- Incluem a agitação, o comportamento motor aberrante, a ansiedade, a euforia, a irritabilidade, a depressão, a apatia, a desinibição, os delírios, as alucinações e as alterações do sono e do apetite (Cerejeira, Lagarto, & Mukaetova-Ladinska, 2012).
- São responsáveis por um elevado impacto físico e psicológico, pela diminuição da qualidade de vida da pessoa doente e do familiar cuidador, pela hospitalização prolongada, pela utilização indevida de medicamentos e aumento dos custos de saúde (Cerejeira, Lagarto, & Mukaetova-Ladinska, 2012).

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

11

Questão 2

Que tipo(s) de abuso(s) reconhece que possam estar/ vir a ocorrer no caso apresentado? Justifique.

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

12

Sugestão de resposta

Podemos considerar a existência ou risco de **negligência**, uma vez que a ação do familiar cuidador parece ser insuficiente para satisfazer parte dos seus deveres para com a Sra. A.

Não dá oportunidade para maximizar o potencial de desenvolvimento, não favorece a independência e autonomia, não contempla os desejos e não preserva a dignidade da Sra. A. enquanto pessoa.

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

13

Questão 3

Face aos problemas identificados, que intervenções sugere para a Sra.

A., o familiar cuidador e restantes elementos da família ?

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

14

Sugestão de resposta

Dirigido à Sra. A:

- Estimular a memória de evocação como fonte de prazer e reconhecimento do self (através de álbuns de fotografias em comum = incentivo à comunicação e à relação);
- Gerir a apatia – Sugerir e “dar o arranque” para a atividade; estimular a fazer atividades do seu interesse e ao alcance das suas capacidades; dar os parabéns pelo que consegue fazer; não obrigar a fazer alguma coisa quando já deu a entender que não tem vontade; deixar parar quando estiver cansada;
- Reabilitação cognitiva e física para redução da dependência no dia a dia;
- Estímulo à elaboração de um projeto adequado às suas potencialidades (ex. fazer uma peça em tricô para oferecer a alguém significativo).

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

15

Sugestão de resposta

Dirigido ao familiar cuidador (Sra. L.):

- Revisão dos laços afetivos e história de vida comum com a Sra. A. (ex. de álbuns de fotografias);
- Incentivar a preservação da individualidade e independência da Sra. A. (ex. negociar a participação em tarefas domésticas ao seu alcance; receção das visitas em local próprio);
- Partilhar informação e esclarecer sobre a doença de Alzheimer e sintomas associados;
- Informar sobre recursos na comunidade que colaboram na prestação de cuidados;
- Manter-se disponível para colaborar nos cuidados;
- Estimular para a elaboração de um novo projeto de vida (com atividades de lazer e contactos sociais), dado oportunidade a cuidar de Si própria.

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

16

Síntese

- Atendendo à prevalência e impacto do fenómeno do abuso, torna-se emergente que os profissionais reconheçam-no atempadamente e desenvolvam intervenções preventivas.
- Cuidar em parceria implica compreender os valores e sentidos da vida da pessoa e os fundamentos que suportam o comportamento abusivo.
- Deve ser privilegiada a intervenção que extrapole a elemental denúncia ou subjugação do perpetrador.
- Pretende-se a concretização de um projeto de cuidados negociado, onde se respeita a autodeterminação, a individualidade e as potencialidades do cliente.

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

17

Bibliografia

- Caramelli, P., & Bottino, C. M. (2007). Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), 83-87.
- International Psychogeriatric Association. (2002). *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): Educational Pack*. Obtido em 02 de Fevereiro de 2014, de International Psychogeriatric Association: <http://www.ipa-online.net/pdfs/1BPSDFinal.pdf>
- Fulmer, T. (2008). Screening for Mistreatment of Older Adults. *American Journal of Nursing*, 108(12), 52-59.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de Si: A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. Lopes, *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da investigação à prática* (pp. 77-113). Ramada: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- National Center on Elder Abuse (NCEA). (2013). *Types of Elder Abuse in Domestic Settings*. Acedido em 03 de Maio de 2013 em <http://www.ncea.aaa.gov/Resources/Publication/docs/fact1.pdf>
- Reis, M., & Nasmias, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480.
- WHO (2011). *European report on preventing elder maltreatment. Denmark: World Health Organization*

Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência em contexto familiar :

A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si.

18

Obrigado pela sua presença !

RESUMO DE CASO

A Sra. A. tem 87 anos, é viúva, reformada e reside com a Sra. L., a filha mais nova de 54 anos e a sua família. Tem outros 4 filhos e 3 irmãs que a visitam regularmente.

Era independente em todas as atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). A sua rotina diária era sair de manhã para ir ao mercado fazer compras e regressar a casa para preparar o almoço e ajudar a Sra. L. nas restantes tarefas domésticas. Os tempos livres eram dedicados a fazer *tricot*.

Em 2008 é diagnosticada com doença de Alzheimer, tendo desde então acompanhamento por médico psiquiatra. Recentemente suspendeu a terapêutica dirigida a este problema de saúde por indicação médica.

Em Novembro de 2013, por obstipação recorreu ao serviço de urgência e foi-lhe diagnosticado um adenocarcinoma do reto com metastização pulmonar múltipla. Foi submetida a cirurgia de ressecção do reto e de realização de colostomia. Sem ter indicação para outros cuidados curativos teve alta no início do mês de Dezembro de 2013.

No domicílio conta com o apoio permanente da Sra. L. e de cuidadoras formais 2 vezes por dia para cuidados de higiene e conforto. Numa ida ao duche, há cerca de 5 semanas atrás, teve uma síncope sem consequências. Deste então, a Sra. L., os restantes elementos da família e as cuidadoras formais substituem-na em todas as ABVD e AIVD. Com isto permanece no leito 24 horas, local onde também são realizados os cuidados de higiene e conforto, é alimentada à boca, utiliza um bacio no quarto durante o dia e fralda à noite.

A Sra. A. expressa uma marcada apatia (sintoma comportamental frequente nas pessoas com doença de Alzheimer), parecendo alheada da realidade, sem foco no olhar e com falta de iniciativa para a realização de tarefas.

O familiar cuidador e os restantes elementos não reconhecem a doença de Alzheimer da Sra. A. e referem que tem "apenas esquecimento". A apatia é entendida como consequência do seu estado frágil e de alguma "acomodação" aquela situação.

As visitas são recebidas no quarto, sempre com a Sra. A. deitada e vestida com camisa de dormir. As conversas giram em torno da temática "doença" e são pautadas por termos como "coitadinha" e "doentinha".

Na avaliação global realizada na primeira visita domiciliária verificamos que quanto incentivada consegue ser independente na locomoção consegue deambular de forma autónoma, tem força muscular tem controlo de esfíncter vesical e intestinal

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema da sessão: Prevenção do abuso à pessoa idosa com demência - A parceria como intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si (Caso Prático).

Formador: Enfermeiro Sérgio Jorge

Local: Unidade de Cuidados na Comunidade xxx - Equipa de Cuidados Continuados Integrados xxx- Instalações da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de xxx.

Data: 13 de Fevereiro de 2014

A sua avaliação é importante para melhorar a qualidade das próximas sessões de formação. Solicitamos que responda de forma objetiva ao questionário apresentado, assinalando com um **X** o campo que considera expressar melhor a sua opinião.

Itens a avaliar	Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito
1. Conteúdos					
a) Interesse do tema					
b) Metodologia utilizada					
c) Documentação distribuída					
2. Intervenção do formador					
a) Domínio do tema					
b) Clareza da exposição/ comunicação					
c) Esclarecimento de questões					
3. Organização					
a) Meios e recursos utilizados					
b) Condições da sala					
c) Duração da sessão					
4. Apreciação global da sessão					
a) Satisfação face às expetativas sobre a sessão					

5. Aspetos mais positivos

6. Aspetos a melhorar

7. Sugestões

Assinatura do formando (facultativo)

Data

APÊNDICE XIX- AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO (SESSÃO 1)

Tabela 1. Registo de presenças na sessão de formação

Grupo Profissional	Falta na Sessão	Presença na Sessão
Assistente Social	0	2
Enfermeiro	0	4
Fisioterapeuta	1	0
Psicólogo	1	0
Terapeuta Ocupacional	0	1
Número total de participantes na sessão		7

Gráfico 1. Avaliação relativa aos conteúdos da sessão

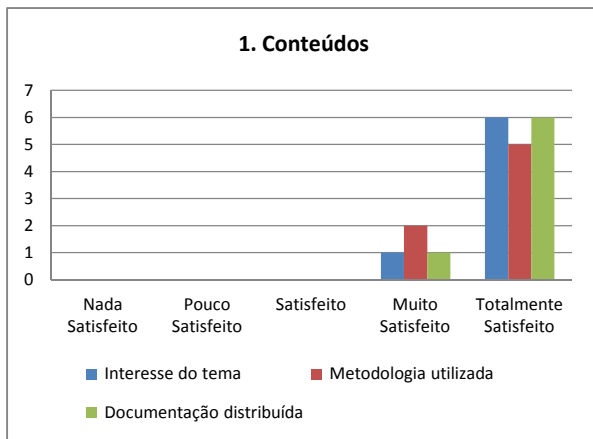


Gráfico 2. Avaliação relativa à intervenção do formador na sessão

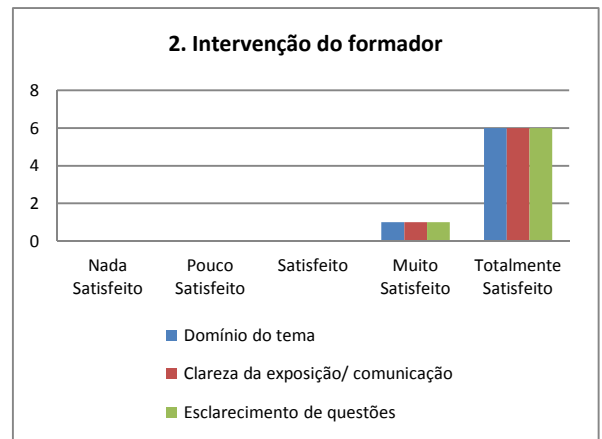


Gráfico 3. Avaliação relativa à organização da sessão

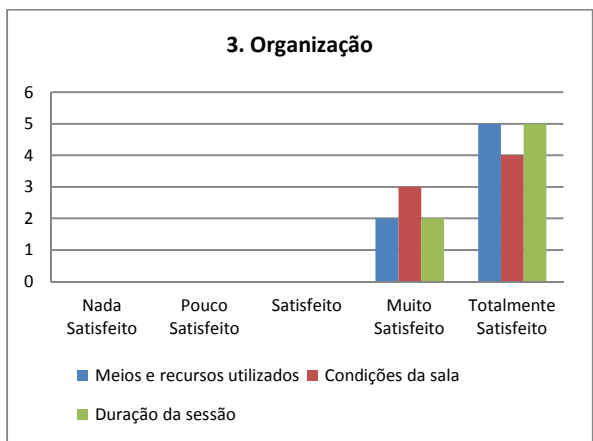


Gráfico 4. Avaliação relativa à satisfação face às expectativas sobre a sessão



5. Aspetos mais positivos

- "Discussão de dúvidas e reflexões";
- "Importância do tema";
- "Interesse da equipa no tema";
- "Domínio do tema";
- "Clareza na exposição/ comunicação";
- "Esclarecimento de dúvidas, nomeadamente como reportar as situações de abuso às entidades competentes";
- "Alerta para os profissionais de saúde no sentido de atentarem os sinais de abuso ao idoso";
- "Forma clara e sistemática como a informação foi disponibilizada";
- "As escalas apresentadas serão de fácil aplicação, sistemáticas e poderão ajudar a identificar e esclarecer as situações de abuso".

6. Aspetos a melhorar

7. Sugestões

- "Análise de casos práticos";
- "Aplicação das escalas de avaliação de fatores de risco numa outra sessão".

Discussão relativa à avaliação da sessão de formação (sessão 1)

A primeira sessão de formação dirigida à equipa de saúde da ECCI decorreu de acordo com o que foi previamente delineado no plano de sessão. Estiveram presentes 7 dos 9 profissionais da equipa, sendo que contamos com a participação da totalidade dos enfermeiros. A avaliação global foi positiva, tendo os conteúdos, a intervenção do formador e a organização correspondido às expectativas dos formandos. Destacamos a satisfação dos profissionais da equipa pela exibição e disponibilização em suporte de papel dos instrumentos de identificação de fatores de risco e sinais e sintomas de abuso.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO (CASO PRÁTICO)

Tabela 1. Registo de presenças na sessão de formação

Grupo Profissional	Falta na Sessão	Presença na Sessão
Assistente Social	1	1
Enfermeiro	0	4
Fisioterapeuta	1	0
Psicólogo	1	0
Terapeuta	0	1
Número total de participantes na sessão		6

Gráfico 1. Avaliação relativa aos conteúdos da sessão

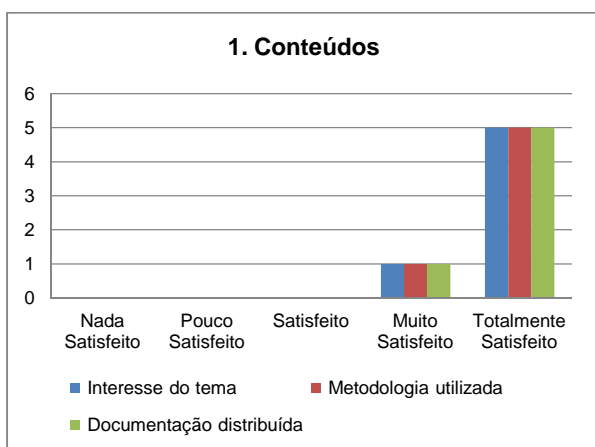


Gráfico 2. Avaliação relativa à organização da sessão

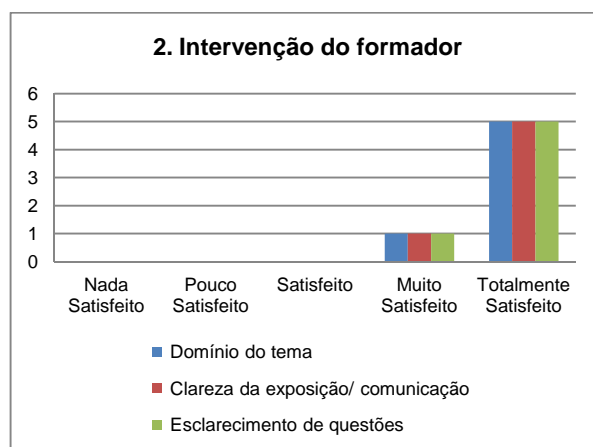


Gráfico 3. Avaliação relativa à intervenção do formador na sessão

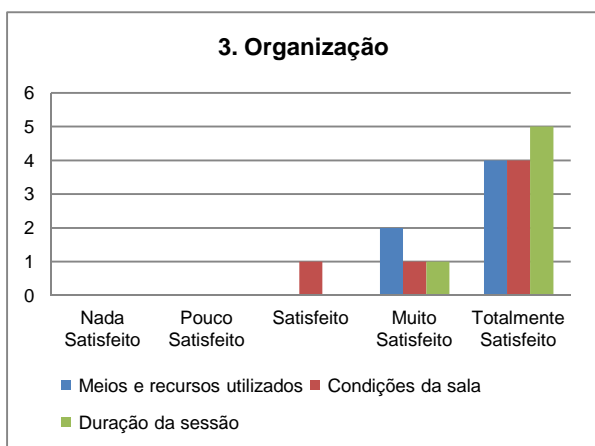
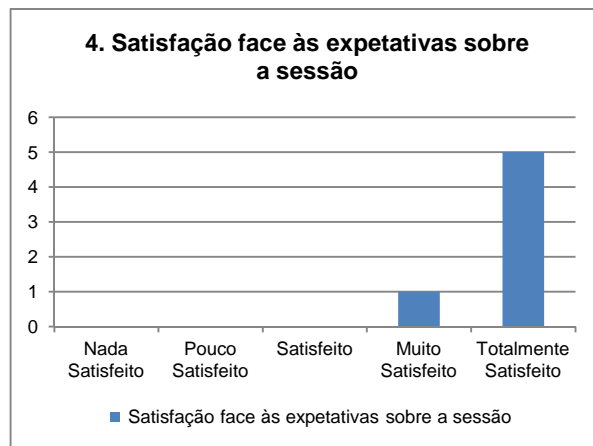


Gráfico 4. Avaliação relativa à satisfação face às expectativas sobre a sessão



5. Aspetos mais positivos

- "Discussão de dúvidas e reflexões";
- "Importância do tema";
- "Interesse da equipa no tema";
- "Clareza na exposição/ comunicação";
- "Esclarecimento de dúvidas, nomeadamente como reportar as situações de abuso às entidades competentes";
- "Alerta para os profissionais de saúde no sentido de atentarem os sinais de abuso ao idoso";
- "Forma clara e sistemática como a informação foi disponibilizada";
- "As escalas apresentadas serão de fácil aplicação, sistemáticas e poderão ajudar a identificar e esclarecer as situações de abuso".

6. Aspetos a melhorar

7. Sugestões

- "Análise de mais casos práticos";
- "Aplicação das escalas de avaliação de fatores de risco numa outra sessão".

Discussão relativa à avaliação da sessão de formação (caso prático)

A segunda sessão de formação dirigida à equipa de saúde da ECCI seguiu o planeamento delineando e concentrou-se na análise e discussão de um caso prático relativo de suspeita de abuso a uma pessoa idosa com demência. Esta foi de encontro às sugestões que a equipa tinha feito na sessão anterior, nomeadamente da necessidade de ser apresentado um estudo de caso para incorporarem a teoria apresentada. Estiveram presentes 6 dos 9 profissionais da equipa, sendo que participaram a totalidade dos profissionais de enfermagem. da totalidade. A avaliação global da sessão foi positiva, tendo apenas havido referência de um participante a menor grau de satisfação devido às condições da sala, dado que se encontrava fria por ausência de aquecimento.