

Mestrado em Enfermagem
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica- Vertente de Enfermagem ao Idoso**

Relatório de Estágio

**Os Cuidados de Higiene Corporal na Pessoa Idosa com
Demência**

Cátia Sofia Martinho Guerreiro Rosa

Lisboa
2016



Mestrado em Enfermagem
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica- Vertente de Enfermagem ao Idoso**

Relatório de Estágio

**Os Cuidados de Higiene Corporal na Pessoa Idosa com
Demência**


Cátia Sofia Martinho Guerreiro Rosa

Orientador: Maria da Graça Melo e Silva

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved green lines that sweep upwards and to the right, mirroring the style of the ESELO logo.

“Imagine yourself as an older person living in a nursing facility or at home with a professional or family caregiver (...). Today you are confused and have difficulty remembering where you are or recognizing the people who come into your room.”

(Hoeffler, Rader & Barrick, 2008)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria da Graça Melo e Silva pela transmissão dos seus conhecimentos acerca da pessoa com demência, por acreditar no meu projeto e nas minhas capacidades, pelo apoio e estímulo que estiveram presentes na orientação do trabalho.

À enfermeira Sandra Costa, coordenadora do piso 2, unidade de demências e Alzheimer do Hospital do Mar, orientadora da primeira etapa do estágio, pela forma como me acompanhou e me deixou acompanhar o seu trabalho.

Ao Dr. Luís Rilhas, pela disponibilidade, pela colaboração durante o estágio e pelos momentos de partilha dos seus saberes.

A toda a equipa da Casa Romana, onde ficou um bocadinho do meu coração, obrigado por me deixarem entrar na vossa casa, conhecer-vos e trabalhar convosco.

Aos doentes e suas famílias, o vosso dia-a-dia era o meu projeto, o que ganhei foi muito mais, histórias de vida, sabedoria, experiência.

Aos meus colegas de trabalho, que mais uma vez, foram mais do que colegas, foram apoio, disponibilidade, sem vocês este percurso não seria possível.

Ao Gabriel, pela paciência, por me empurrar para a frente, pelo abraço forte.

À minha avó Assunção, uma “guia” da minha vida.

Aos meus pais, irmã e avô que me apoiam incondicionalmente.

A todos, o meu grande agradecimento!

LISTA DE SIGLAS

APA – American Psychiatric Association

BPSD – Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IPA – International Psychogeriatric Association

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

SPCD – Sintomas Psicológico-Comportamentais da Demência

WHO – World Health Organization

RESUMO

A demência caracteriza-se por múltiplos défices cognitivos que incluem a diminuição da memória, e sintomas psicológico-comportamentais, que levam a que a pessoa se torne progressivamente mais dependente nas suas atividades de vida necessitando de ajuda para a sua concretização. É uma das maiores causas de incapacidades no envelhecimento e manter o idoso com demência no domicílio é uma situação complexa, e nem sempre possível, pelo que a solução passa pela institucionalização, onde o cuidado à pessoa idosa necessita de intervenções específicas, que valorizem o cuidado centrado na pessoa.

O presente trabalho descreve e analisa as necessidades da pessoa idosa com demência e as atividades realizadas durante o estágio do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Enfermagem de Médico-Cirúrgica – Vertente de Enfermagem ao idoso.

O objetivo deste trabalho foi desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito dos cuidados de saúde à pessoa idosa com demência em contexto de internamento residencial de longa duração. Este foi um estágio que se pretendeu ser de aprendizagem.

Pela complexidade dos cuidados à pessoa com demência, e a exigência de competências muito específicas, elegeu-se como área de desenvolvimento de competências específicas a intervenção à pessoa idosa com demência durante os cuidados de higiene corporal (banho, o vestir e o despir, o lavar os dentes, pentear e utilizar a casa de banho).

Para atingir os objetivos propostos a metodologia adotada foi a realização de estágios em duas instituições de referência na área das pessoas com demência.

Conclui-se esta etapa com a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais, e um conjunto de competências específicas do cuidado ao idoso com demência.

Palavras-chave: idoso, demência, cuidados de higiene, unidade de longa duração, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Dementia is characterized by multiple cognitive deficits, including memory loss and behavioral and psychological symptoms that lead the person to progressively become more dependent when it comes to performing normal daily activities, requiring aid to complete them. It is one of the biggest causes of disabilities in aging, and providing care for the demented elder at home presents a complex challenge, sometimes impossible to manage. The solution often comes in the form of institutionalization, where the care to the elderly person requires specific interventions, based on person-centered care.

This report presents a description and analysis of the demented elder needs as well as activities developed during a nursing masters course internship inserted in the nursing specialization in elderly healthcare.

The objective of this assignment was to develop specialized nursing skills to elderly demented people, in the context of long-term residential internment. The activities were developed in a learning context.

Due to the complexity of healthcare provision to the person with dementia, and the demand for very specific skills, the set of skills selected for development in the training sessions was elder personal hygiene interventions, namely bathing, dressing and undressing, teeth brushing, hair combing and bathroom utilization.

To achieve the objectives proposed the methodology adopted was the completion of internships in two reputed institutions in the field of dementia care.

The acquisition of specialized skill sets of the elderly healthcare domain in conjunction with training in profession, ethical and legal responsibility domains and continuous quality improvement awareness concludes this particular stage of the Nursing Masters course.

Keywords: elderly, dementia, hygiene care, long-term care, nurse care.

INDICE

INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. A pessoa com demência.....	15
1.2. Os sintomas psicológico-comportamentais da demência	18
1.3. Os cuidados de higiene corporal na pessoa com demência	22
1.4. Cuidados centrados na pessoa.....	25
2. PLANEAMENTO/EXECUÇÃO	32
2.1. Problemática.....	32
2.2. Finalidade e objetivos	34
2.3. Metodologia	35
3. DA CONTEXTUALIZAÇÃO À PRÁTICA	40
3.1. Estágio na unidade de demências e alzheimer	41
3.2. Estágio na Casa Romana.....	47
4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	55
5. QUESTÕES ÉTICAS.....	62
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de entrevista

APÊNDICE II – Diário das rotinas matinais

APÊNDICE III – Sistema ABC

APÊNDICE IV – Apresentação sobre a anatomia do corpo humano

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural, sendo a última etapa das fases do desenvolvimento humano, é hoje analisado tendo em conta as dimensões biológica, psicológica, sociológica e cronológica de cada indivíduo.

O processo normal do envelhecimento prevê alterações da capacidade cognitiva e da função neurológica. As alterações estruturais que ocorrem ao longo da vida, tanto dos neurónios como das células glia, perturbam a passagem de informação no cérebro, contribuindo assim para alterações adaptativas ou patológicas da estrutura cerebral (Mattson, 1999; Jordan & Cummings, 1999).

O declínio das funções cognitivas é diferente em cada indivíduo. Se por um lado existem funções cognitivas que com o avançar da idade se deterioram, existem outras que se mantêm, podendo ainda encontrar-se funções cognitivas que parecem ter um melhor desempenho no final da vida (Ashman, Mohs & Harvey, 1999).

As razões para o declínio cognitivo estão associadas a um certo tipo de memória, ao raciocínio abstrato e à capacidade para resolver problemas novos (Salthouse, 2004). Existem algumas explicações que tentam justificar a razão pela qual não existem consequências maiores em relação às perdas das funções cognitivas.

A primeira está relacionada com o facto de as capacidades cognitivas serem apenas um dos fatores que contribuem para a maioria das atividades, existindo outros como a motivação, a persistência e as características pessoais. A segunda explicação está relacionada com o aspeto em que são poucas as situações onde as pessoas têm de utilizar a sua capacidade cognitiva máxima, pois sempre que isto acontece, tendem a modificar o ambiente para reduzir as exigências físicas e cognitivas extremas. Em terceiro lugar, é de referir que a maioria das pessoas tende a adaptar-se às alterações relacionadas com o envelhecimento alterando a natureza e o padrão das suas atividades. Por fim, como quarta explicação temos que muitas das atividades que as pessoas realizam no seu quotidiano, dependem mais da memória acumulada do que da capacidade de resolver problemas novos. Por este motivo o aumento da experiência e do conhecimento associados ao envelhecimento, reduz a necessidade da resolução destes problemas (Salthouse, 2004).

Assim, quando as alterações cognitivas ocorrem de forma gradual, dando tempo ao idoso para se readaptar e preservar os conhecimentos gerais, este mantém a

capacidade de resolver problemas, através da realização de tarefas automatizadas, da manutenção do ambiente e rotinas familiares. Neste caso o declínio cognitivo não apresenta implicações significativas para as atividades diárias (Sequeira, 2010).

Quando o declínio cognitivo perturba a capacidade de realização das atividades diárias, aumentando a dependência física e mental estamos perante uma patologia. Uma das mais relevantes dos nossos dias é a demência. A demência é considerada uma patologia do envelhecimento, principalmente devido ao acentuado aumento da sua prevalência no grupo dos mais idosos, não fazendo parte do envelhecimento normal (WHO, 2012).

A prevalência estimada de pessoas com diagnóstico de demência, no Mundo, para 2015 foi de 46,8 milhões, afetando 4,6% dos indivíduos com 60 ou mais anos de idade, na Europa central. Prevê-se que este número irá duplicar dentro de 20 anos, chegando aos 74,7 milhões em 2030 e 131,5 milhões em 2050 (Alzheimer's Disease International, 2015)

Existem 9,9 milhões de novos casos de demência a cada ano, o que implica que existe um novo caso a cada 3,2 segundos (Alzheimer's Disease International, 2015) .

Em Portugal existem poucos dados da prevalência da doença a nível nacional, sendo que a Alzheimer Portugal (2009) refere que os dados epidemiológicos apontam para a existência de 153 000 pessoas com demência em Portugal, das quais 90 000 têm doença de Alzheimer, forma de demência mais prevalente. Ou seja, cerca de 1% do total da população nacional sofre desta patologia.

Estes dados vão de encontro à estimativa da organização Alzheimer Europe (2013) para Portugal, que estimou que em 2012 existiriam 182,526 pessoas com diagnóstico de demência, ou seja, 1,71% do total da população. Este valor encontra-se acima na percentagem média estimada para a união europeia que se encontra nos 1,55%.

Num estudo realizado em Portugal, com uma amostra populacional do norte do país, selecionada através da listagem dos centros de saúde de dois concelhos revelou uma prevalência de 2,7% de demência nas pessoas entre os 55-79 anos de idades. Mostrou também uma maior prevalência de défices cognitivos na população rural do que na população urbana, nos mais idosos e nas pessoas com fatores de risco cardiovasculares (Nunes, Silva, Cruz, Roriz, Pais & Silva, 2010).

Em Portugal, um estudo recente teve como objetivo apresentar uma estimativa atualizada da prevalência de demência/doença de Alzheimer em Portugal, revelando que 160287 indivíduos é o número estimado de portugueses com mais de 60 anos e com demência, correspondendo a 5,91% do universo populacional de Portugal. Sabendo que a demência de Alzheimer representa 50-70% dos casos, o estudo inferiu que existirão entre 80144 e 112201 doentes com este subtipo de demência (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues & Carvalho, 2015).

A demência é uma das maiores causas de incapacidades no envelhecimento. Esta tem repercussões elevadas na sociedade, nos custos com cuidados de saúde, e mais importante, tem consequências devastadoras para o idoso e para a sua família, tanto a nível de tratamentos de saúde, como a nível psicológico e emocional (WHO, 2012).

Manter o idoso com demência no domicílio é uma orientação da NICE e, do ponto de vista da evolução da doença, quando a prestação de cuidados é realizada no seio da família, com o apoio de serviços sociais, médicos e de enfermagem, resulta em maior qualidade de vida para o idoso (NICE, 2007). Porém esta é uma situação complexa, onde interagem diversos fatores, como a saúde e o estado funcional, a segurança e conforto da habitação, bem como a possibilidade de manter a realização das tarefas domésticas, a presença de suporte de família e amigos, a disponibilidade de ajudas profissionais e os meios financeiros (Melo, 2005).

Os fatores acima mencionados juntamente com o aparecimento dos Sintomas Psicológicos e Comportamentais da Demência (SPCD) afetam profundamente a qualidade de vida tanto dos doentes como dos seus cuidadores, podem levar à institucionalização precoce (IPA, 2012a).

Os cuidados de longo termo/residências para pessoas com demência, estão indicadas para pessoas com sintomas comportamentais ou psicológicos persistentes (NICE, 2007). Os estudos indicam que o agravamento dos SPCD aumenta à medida que a doença progride, sendo os mais comuns nestas unidades a agressão, a agitação, a depressão, o delírio e as alucinações, a deambulação (caminhar sem rumo e sem propósito), os gritos e a apatia (IPA, 2012a).

Sintomas como a agressão e a agitação parecem ser mais frequentes nos cuidados matinais (Koopmans, Molen, Raats, & Ettema, 2009; Lachs *et al.*, 2012). Ao conjunto de SPCD que ocorrem durante os cuidados matinais pode atribuir-se o termo “resistência aos cuidados” (Volicer, Bass & Luther, 2007).

Na pessoa com demência existe um aumento da necessidade de apoio nas atividades de vida diárias, contudo há que ter em conta, que esta necessidade advém do declínio cognitivo, e não de uma incapacidade física de realizar a tarefa, o que leva muitas vezes a que a pessoa apenas necessite de supervisão ou orientação nas tarefas (Melo, 2005).

Dentro dos cuidados matinais, destacam-se os cuidados de higiene corporal (o banho, o vestir e o despir, o lavar os dentes, pentear e utilizar a casa de banho) que são algo muito privado de cada pessoa e que requerem um planeamento onde exista uma enorme preocupação em considerar os valores, crenças e preferências da vida de cada indivíduo.

Aqui o cuidado centrado na pessoa desempenha um papel crucial, pois como nos refere Kitwood (1997), para cuidar de uma pessoa com demência não chega que se conheça apenas a sua história clínica, tem que existir um conhecimento profundo da sua história social e funcional, planeando os cuidados de forma a aumentar a retenção de capacidades para as atividades ao invés de apenas gerir os défices, tendo como objetivo principal dos cuidados, o bem-estar da pessoa.

Quando os cuidados à pessoa com demência englobam as suas necessidades de amor, afeto, conforto, identidade, ocupação e inclusão, esta vai sentir-se valorizada e com maior auto estima, diminuindo os comportamentos disruptivos (Brooker, 2007). Se por outro lado, as interações entre os cuidadores e a pessoa com demência ignorarem estas necessidades, exigindo da pessoa com demência comportamentos e atitudes que excedem a sua capacidade cognitiva e funcional e, a comunicação for realizada de tal forma que humilha e descarateriza a pessoa, esta vai sentir angústia emocional, o seu estado de saúde vai piorar e vai existir uma diminuição da capacidade cognitiva e funcional. Como consequência ocorrerá uma exacerbação de comportamentos que são disruptivos tanto para os cuidadores e para o ambiente de cuidados como para a pessoa (Kitwood, 1997).

Também para Collière (2003), os cuidados podem privilegiar uma interação de dependência e de controlo, ou uma interação em que existe um desenvolvimento e

libertação das capacidades em presença. Desta interação pode surgir assim, um poder redutor ou um poder libertador, que surge numa situação de cuidados estruturada em torno da história de vida da pessoa, da natureza da doença ou do acontecimento e, dos danos, perturbações ou preocupações desencadeados.

A enfermagem, como arte e ciência que acompanha o ser humano no seu processo de vida global, deve procurar evoluir na especificidade dos cuidados ao idoso.

Como referido pela Ordem dos Enfermeiros

... os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente. (OE, 2012, p. 11)

Por todos os motivos apontados anteriormente, a pessoa idosa com demência apresenta-se como um foco importante para a enfermagem. O planeamento, execução e avaliação de cuidados à pessoa com demência exigem do enfermeiro, competências gerais de cuidados à pessoa com idosa e específicas para o contexto de doença crónica, como neste caso a demência.

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio, inserida no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Este relatório tem como base um projeto que tinha como finalidade desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem nesta área de especialização, considerando o Regulamento 122/2011 das competências comuns de enfermeiro de especialista aprovado pela Ordem dos Enfermeiros que visa a formação, a gestão, a investigação, a ética e a melhoria e prestação de cuidados especializados, o Regulamento dos Mestrados da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014) e o diagnóstico de situação efetuado.

Para o desenvolvimento do estágio tivemos em consideração três itens:

- O enfermeiro especialista deverá deter um

“... conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”
(Regulamento 122/2011, p. 8648);

- Como especialista em médico-cirúrgica vertente pessoa idosa, o enfermeiro intervém como perito na prestação de cuidados à pessoa idosa e seus significantes, numa perspetiva holística, ao longo do ciclo de vida e nos diferentes níveis de prevenção e contextos (Regulamento de Mestrado, 2014);

- As competências de mestre no ensino superior englobam a compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares; a integração de conhecimentos, gestão de questões complexas e criação de solução ou emissão de juízos; comunicação de conclusões, conhecimentos e raciocínios; e a aprendizagem ao longo da vida, fundamentalmente de forma auto-orientada (Decreto-Lei n.º 76/2006 de 24 de março).

Para a concretização da aquisição de competências foi escolhido como área de intervenção a pessoa idosa com demência e como principal objetivo **desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito dos cuidados de saúde à pessoa idosa com demência em contexto de internamento residencial de longa duração**. Este foi um estágio que se pretendeu ser um estágio de aprendizagem.

Como os cuidados à pessoa com demência são complexos e exigem conhecimentos e competências muito específicos, foi eleita como área de desenvolvimento de competências específicas a intervenção à pessoa idosa com demência durante os cuidados de higiene corporal (banho, o vestir e o despir, o lavar os dentes, pentear e utilizar a casa de banho).

O estágio dividiu-se em duas partes.

A primeira parte do estágio decorreu na Unidade de Demências e Alzheimer do Hospital do Mar (4 semanas), onde o objetivo principal foi identificar as intervenções adotadas pela equipa de enfermagem no cuidado à pessoa idosa com demência, e

aqui com enfoque principal na comunicação com a pessoa, e o ambiente proporcionado durante os cuidados.

A segunda parte do estágio foi realizada na Casa Romana (Sintra), residência para internamento de pessoas com patologias demenciais, e teve como objetivo a prestação de cuidados diferenciados à pessoa idosa com demência.

Este relatório estrutura-se em cinco pontos. No primeiro apresentamos o enquadramento teórico que tem por base a revisão da literatura e clarifica conceitos centrais no trabalho tais como a pessoa com demência, os SPCD, os cuidados de higiene corporal na pessoa com demência e os cuidados centrados na pessoa idosa com demência. No segundo é identificada a problemática, os objetivos e a metodologia. No seguimento apresentamos um capítulo em que é feita uma análise das atividades desenvolvidas em estágio, para concretização dos objetivos. No quarto ponto encontram-se considerações acerca das competências adquiridas e por fim, apresenta-se uma reflexão acerca das questões éticas do cuidar na pessoa com demência.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A pessoa com demência

A demência é um termo geral que tem variado ao longo do tempo. Associa-se a um síndrome de etiologia multifatorial, no qual a doença de Alzheimer é o subtipo de mais comum, contribuindo para cerca de 60% a 70% dos casos. Em seguida temos a demência vascular, a demência dos corpos de Lewy e a demência frontotemporal (WHO, 2012).

A demência é caracterizada por “múltiplos défices cognitivos que incluem diminuição da memória” (APA, 2006, p.135). Existem classificações diferentes consoante a presumível etiologia da demência, sendo que existe uma apresentação sintomática comum.

Existem, a nível internacional, diferentes propostas de critérios de diagnóstico para o diagnóstico da síndrome de demência, tendo algumas já demonstrado a sua confiabilidade, como o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR), a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (ICD-10) e, mais especificamente para o diagnóstico da demência de Alzheimer o NINCDS/ADRDA (*National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association*) (NICE, 2007).

Neste trabalho irão ser tidos em conta os critérios de diagnóstico indicados no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) (APA, 2006). E são eles:

Critério A. Desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos que incluem:

A1- Diminuição da memória: sintoma precoce proeminente. A pessoa vê diminuída a sua capacidade para aprender informação nova ou para relembrar conhecimentos recentemente adquiridos. A memória pode ser testada solicitando à pessoa que registe, retenha (evocação), recorde e reconheça a informação.

E, pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas:

A2a - Afasia: Distúrbios da linguagem que podem manifestar-se pela dificuldade em nomear pessoas e objetos. A compreensão da linguagem escrita e falada e a repetição da linguagem podem também estar comprometidas;

A2b - Apraxia: diminuição da capacidade para executar as atividades motoras apesar das capacidades motoras, a função sensorial e a compreensão da tarefa requerida estarem intactas.

A2c - Agnosia: deterioração da capacidade para reconhecer ou identificar objetos apesar de manterem a função sensorial intacta.

A2d - Perturbação na capacidade de execução: diminuição das capacidades de pensamento abstrato, de planejar, iniciar, sequenciar, monitorizar e parar um comportamento complexo

Critério B. Os défices cognitivos são suficientemente graves para causarem diminuição do funcionamento ocupacional ou social e representam um declínio em relação a um nível prévio de funcionamento, interferindo nas atividades de vida diária.

Na evolução da doença estão também presentes os sintomas não cognitivos, ou psicológico-comportamentais da demência. Estes têm sido descritos como parte integral da doença desde as suas primeiras descrições. Não demonstram uma ocorrência e evolução tão previsível como os sintomas cognitivos, aumentando a sua frequência à medida que a doença progride. Têm consequências graves para a pessoa, a família e a sociedade, afetando a qualidade de vida tanto da pessoa com demência como dos cuidadores (IPA, 2012a).

O curso da doença é muito importante para o diagnóstico e, apesar da individualidade de cada situação, a evolução da demência segue uma determinada sequência, pelo que as classificações dos estádios evolutivos podem ser úteis para descrever uma situação em concreto e formular um prognóstico dos acontecimentos que estão para vir (Barreto, 2005). Existem algumas escalas que permitem realizar esse prognóstico. Como exemplo, apresentamos aqui os sete estádios de deterioração apresentados por Reisberg, Ferris, Leon, & Crook (1982) e avaliados com a Escala Global de Deterioração, desenvolvida pelos mesmos autores:

Estádio 1 - Normalidade: não existe nenhuma queixa de defeito de memória;

Estádio 2 - Queixas subjetivas: o indivíduo refere pequenos esquecimentos sem interferência com a atividade profissional ou relações sociais;

Estádio 3 - Ligeiro defeito de memória: surgem defeitos bem definidos e com repercussões no desempenho social e familiar. O indivíduo esquece o nome de pessoas próximas, tem dificuldades em reter informações e pode perder-se em locais pouco familiares. A depressão é frequente nesta fase assim como a negação dos problemas por parte do doente que procura minimizar e justificar os lapsos. Em média este estágio tem a duração de sete anos.

Estádio 4 - Demência ligeira ou inicial: dificuldades evidentes na nomeação, no reconhecimento de pessoas e orientação no tempo. Surgem dificuldades nas atividades instrumentais tais como cuidar da casa e pagar as contas. Aparece a negação e a apatia. A duração desta fase é de aproximadamente dois anos.

Estádio 5 - Demência moderada: a capacidade de deliberação afetada, dificuldades em recordar alguns aspetos importantes da sua vida como o nome dos netos ou a morada. Parece não haver por parte do indivíduo consciência dos défices. Este estágio pode durar aproximadamente um ano e meio.

Estádio 6 - Demência grave: nesta fase o indivíduo necessita de ajuda nas atividades da vida diária como a higiene, o vestir e a incontinência pode surgir. É nesta fase que se manifestam mais os sintomas comportamentais. A duração é em média de dois a três anos.

Estádio 7 - Demência muito grave: há uma perda gradual da capacidade de falar, deixa de sorrir. Perda progressiva da capacidade de deambular até uma situação de total dependência. Esta fase pode durar entre três a sete anos.

Os diferentes estádios da demência e a sua etiologia determinam a sua apresentação clínica, nunca deixando de ser relevante o facto de que as incapacidades funcionais advêm das alterações cognitivas. A demência tem um enorme impacto nas atividades quotidianas, que numa fase mais moderada consiste em atividades como ir às compras, cuidar da casa e de si e em fases mais avançadas pode levar a dificuldades na mobilidade, higiene pessoal e alterações na linguagem (NICE, 2007).

A abordagem dos profissionais de saúde durante muito tempo centrou-se nas alterações cognitivas por serem as mais precoces, contudo estes défices são relativamente melhor tolerados pelos familiares e prestadores de cuidados comparativamente com os distúrbios psicológico-comportamentais (IPA, 2012a).

Os sintomas psicológico-comportamentais são vários e vão ocorrendo em diferentes fases da doença, sendo que os estudos indicam que aumentam à medida que a doença progride e podem ocorrer em períodos específicos da doença. Estes sintomas quando não cuidados levam à institucionalização prematura, ao aumento dos custos, à diminuição da qualidade de vida do doente e do cuidador, ao stress dos cuidadores, familiares ou formais e ao aumento das incapacidades (IPA, 2012a).

1.2. Os sintomas psicológico-comportamentais da demência

. Os sintomas psicológico-comportamentais da demência (SPCD) (em inglês: *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)*) são sintomas de distorção da percepção, do conteúdo do pensamento, do humor ou comportamento e podem ser separados em dois grupos (IPA, 2012a):

- Sintomas comportamentais: usualmente identificados apenas pela observação da pessoa, inclui agressão física, gritos, inquietação, agitação, deambulação e fuga, comportamentos culturalmente inapropriados, desinibição sexual, esconder objetos, ameaçar e perseguir;

- Sintomas psicológicos: usualmente recolhidos por entrevistas aos doentes e aos familiares; estes sintomas incluem ansiedade, humor depressivo, alucinações e delírios.

Um estudo onde foram avaliados, durante dois anos, através do inventário neuropsiquiátrico cerca de 200 pessoas com diagnóstico de demência a viver na comunidade, revelou que na primeira avaliação 80,9% dos doentes apresentavam um ou mais sintomas neuropsiquiátricos. Apatia (40,2%), depressão (35,2%) e comportamento motor aberrante (25,6%), foram os mais frequentes, tendo a sua prevalência continuado a ser elevada ao longo do estudo (Aalten, Vugt, Jaspers, Jolles, & Verhey, 2005).

De seguida, como sintomas mais frequentes aparece a irritabilidade (23,6%), os distúrbios na alimentação (22,1%), os delírios (21,6%) e a ansiedade (21,1%). Os sintomas menos frequentes foram as alucinações, a euforia e a desinibição. A frequência de psicoses, especificamente os delírios, foram mais frequente em doentes num estado moderado da doença. Apenas 5% dos doentes se mantiveram sem quaisquer sintomas durante o estudo (Aalten *et al.*, 2005).

Ao utilizarem o mesmo instrumento de avaliação mas num contexto de residência de idosos, em 123 doentes, outro estudo referiu que 85,4% dos idosos apresentavam um ou mais sintomas comportamentais ou psicológicos. A prevalência foi de 89% nos que apresentavam diagnóstico de doença de Alzheimer e 77% entre os doentes diagnosticados com demência vascular. Os sintomas mais frequentes foram a agitação/agressão (50,4%), depressão (45,5%) e apatia (43,1%) (Kverno, Rabins, Blass, Hicks, & Black, 2008).

Os estudos têm demonstrado que pessoas com diagnóstico de demência com presença de sintomas neuropsiquiátricos têm menor qualidade de vida, quando comparados com pessoas que não apresentam alterações comportamentais e psicológicas, tanto na comunidade, (Karttunen *et al.*, 2009) como nas residências de idosos (Wetzels, Zuidema, Jonghe, Verhey, & Koopmans, 2010).

Os sintomas que parecem ter maior relação com a qualidade de vida são a depressão, a apatia, a agitação e a psicose. Existem no entanto outros fatores externos ao doente que também afetam a sua qualidade de vida como a existência de uma relação entre a presença do diagnóstico de depressão nos cuidadores familiares e a qualidade de vida dos doentes com demência (Karttunen *et al.*, 2009).

Nas últimas etapas da demência os sintomas neuropsiquiátricos mantêm-se presentes e podem agravar-se. Num trabalho que investigou 39 idosos numa fase final da demência a viver em uma residência pode verificar-se que os indivíduos demonstravam um padrão específico de comportamentos com uma elevada prevalência de apatia, agitação e comportamentos aberrantes particularmente durante os cuidados matinais como sons estranhos, agarrando, utilizando maneirismos, cuspiendo, batendo, gritando e empurrando. Neste estudo a qualidade de vida na fase final da demência ficou num nível moderado (Koopmans *et al.*, 2009).

Vários estudos têm demonstrado que o comportamento agressivo é mais frequente nas residências de idosos com demência durante o período da manhã. No estudo de Lachs *et al.* (2012), através do relato dos enfermeiros, ficou descrito que os comportamentos agressivos ocorriam 77,2% nos quartos, e do total 84,3% durante a manhã, usualmente durante os cuidados matinais.

A “resistência aos cuidados”, fazem parte de um conjunto de SPCD que ocorrem durante os cuidados matinais envolvem uma série de comportamentos que vão desde a agitação até à agressividade, e ocorrem quando os cuidadores tentam assistir a

pessoa com demência na atividades de vida diárias, como o banho, a higiene oral ou a alimentação entre outras (Volicer *et al.*, 2007).

Diferencia-se da agitação pois esta ocorre independentemente dos fatores precipitantes, enquanto a “resistência aos cuidados” resulta da relação com o cuidador, sendo um conjunto de comportamentos onde a pessoa com demência se recusa ou se opõe à realização dos cuidados por outra pessoa. Muitas vezes é percebida pelos cuidadores como um ataque, porém, esta não é a causa mais provável (Volicer, Bass & Luther, 2007).

As causas para o aumento dos sintomas de agitação e agressividade durante os cuidados de higiene corporal variam e existem alguns fatores que podem contribuir, como: a sobre ou subestimulação; necessidades físicas ou psicossociais não satisfeitas; percepção do toque distorcida (relacionado com a agnosia) e a atitude dos cuidadores (Rogers *et al.*, 1999; Norton *et al.*, 2001 citados em Sidani, Streiner & Leclerc, 2012; Brooker, 2007; Williams *et al.*, 2009).

Em muitas das situações o comportamento abusivo pode ter a sua causa nas alterações da compreensão das pessoas com demência, ou em sintomas como a depressão, alucinações e delírios. Devido a estes sintomas, a pessoa pode não compreender os motivos e as ações do cuidador, ou por outro lado acreditar que não necessita que aquele cuidado lhe seja prestado, o que pode estar relacionado com um delírio (Volicer *et al.*, 2009).

Existe assim um déficit na comunicação e a pessoa resiste aos cuidados, defendendo-se do cuidador. Se o cuidador persistir na tentativa de prestar cuidados, a pessoa pode tornar-se agressiva e apresentar comportamentos disruptivos, que para Mahoney *et al.* (1999) e Volicer *et al.* (2007) são comportamentos de resistência aos cuidados que escalaram para um comportamento agressivo.

A resistência aos cuidados, como um “comportamento que desafia”, deve ser considerada como uma resposta às características do ambiente social e físico e à condição de bem-estar da pessoa. Estes comportamentos podem ser muito úteis se forem conceptualizados como uma forma de comunicação, ou seja, se houver um esforço para entrar na realidade subjetiva do indivíduo, em vez de achar que este está apenas a ter um comportamento bizarro, disruptivo ou disfuncional, podem encontrar-se padrões, e os comportamentos passam a ser considerados como uma resposta racional perante uma situação adversa (Killick & Alan, 2002).

Existem algumas recomendações para determinar as razões para a resistência aos cuidados ou a recusa em realizar determinada atividade, como, determinar se o comportamento de resistência está ligado a pessoas, eventos ou a alturas específicas do dia e desenvolver uma intervenção (Pietro & Ostuni, 2003):

- Alterar o estilo de comunicação que está a ser utilizado, para um estilo mais amigável, e que suporte a compreensão da pessoa, permitindo-lhe ter maior controlo sobre a forma como a tarefa é realizada, reduzindo assim o medo do desconhecido;

- Procurar novas formas de fazer a pessoa com demência sentir que tem controlo nas suas atividades (escolher a roupa, quando sair ou ir para a cama, alterar algumas rotinas);

- Considerar de forma séria o medo da pessoa, mesmo que este pareça trivial ou que recentemente tenha sido encarado como normal. Entrevistar a família para procurar saber quais eram as preocupações e medos da pessoa anteriormente;

- Procurar novas formas para reduzir os medos. Alterar a sequência das tarefas, dividir as tarefas em tarefas mais curtas e permitir o descanso entre cada tarefa, procurar outro profissional de saúde (cuidador) em que a pessoa confia mais para realizar tarefas mais complexas.

Após determinar as razões para o comportamento de resistência aos cuidados podem ser utilizadas algumas técnicas para melhorar a comunicação e diminuir esse comportamento, como (Pietro & Ostuni, 2003):

- Iniciar a tarefa num local calmo, eliminando distrações visuais e auditivas antes de dar indicações;

- Falar com a pessoa mantendo o olhar no mesmo nível. Falar numa postura onde a pessoa fica abaixo do olhar, sugere uma posição de autoridade, como um patrão ou os pais;

- Oferecer escolhas que promovam a cooperação em vez de exigir obediência;

- Conversar acerca dos passos da tarefa, em vez de a sugerir de imediato (“Hoje, gostaria de utilizar o sabão ou o gel duche durante o banho?” em vez de “Está na hora de tomar banho.”);

- Simplificar os pedidos, providenciando apenas uma direção de cada vez (“Segure a escova de dentes. A pasta de dentes fica na outra mão. Agora aperte. Aperte a pasta de dentes. Muito bem! O braço para cima. Agora escove os dentes. Assim, muito bem! Escove. Bom trabalho!”)

- Combinar a comunicação verbal com indicações não-verbais (“Por favor desvie o seu pé.” e de seguida apontar ou tocar no pé da pessoa).

Resumidamente,

nas várias atividades de vida diária, o importante é identificar a natureza das dificuldades (iniciar a tarefa, manter atenção, localizar os objetos, utilizar corretamente os utensílios, manter a segurança, terminar a tarefa) e ajudar a sua execução simplificando a tarefa, dividindo-a em fases de execução e apoiando passo a passo, utilizando a orientação verbal, gestual ou ajuda física (mão-na-mão), de acordo com o nível de capacidade. (Melo, 2005, p.188).

1.3. Os cuidados de higiene corporal na pessoa com demência

Na pessoa com diagnóstico de demência a perda das capacidades para realizar as atividades de vida diária, não está ligada à incapacidade física de as realizar, mas sim, às alterações cognitivas, ou seja, a pessoa pode realizar a tarefa do ponto de vista funcional, mas necessita de supervisão ou orientação (Melo, 2005).

Como referido IPA (2012b) ao nível interacional os SPCD podem ser vistos como tentativas de comunicar e a forma como os cuidadores olham para a pessoa é essencial para a interação com ela.

Uma das formas de prestar cuidados à pessoa com demência respeitando-a é utilizando o modelo de prestação de cuidados centrados na pessoa, em que há uma individualização dos cuidados de forma a responder às suas características, necessidades e preferências (MacComark & McVance, 2006).

Para os bons cuidados em pessoas com demência são necessários diferentes tipos de interação, em que cada um melhora o cuidado centrado na pessoa de forma diferente, sendo eles: reforçar os sentimentos positivos, fomentar uma capacidade ou ajudar a curar uma ferida psicológica (Kitwood, 1997).

Prestar cuidados diários a pessoas com diagnóstico de demência que vivem em instituições/lares/residências de longa duração é desafiador, particularmente durante os cuidados de higiene corporal, que envolvem o banho, o vestir e o despir, o lavar os dentes, pentear e utilizar a casa de banho, existindo já na investigação algumas intervenções que tentam dar resposta a estas atividades utilizando o modelo dos cuidados centrados na pessoa. Alguns estudos abordam as atividades

individualmente, enquanto outros tentam implementar estratégias para dar resposta a todas as atividades.

Como exemplo destas intervenções temos um estudo onde foram analisados os resultados da cooperação durante alguns cuidados matinais (tomar banho, pentear, vestir e utilizar a casa de banho) das pessoas com demência, antes e após uma intervenção de educação aos enfermeiros e assistentes de unidades de demência, para a utilização de uma abordagem de cuidados onde são identificadas e respeitadas as capacidades das pessoas ainda existentes, ajustados os cuidados consoante as capacidades de cada pessoa e proporcionado um ambiente promotor do compromisso com as atividades diárias, tendo como objetivo prevenir a perda de capacidades para o autocuidado e manter o funcionamento físico e psicossocial (Sidani, Streiner & Leclerc, 2012).

Não existiram alterações significativas na cooperação das pessoas com demência durante os cuidados, após a intervenção. Contudo, foram referidas situações específicas onde houve aumento da colaboração, por exemplo, conversar com a pessoa enquanto esta se vestia, levava-a a colaborar. Após a intervenção os resultados mostraram melhor capacidade física e psicossocial (Sidani *et al.*, 2012).

As terapias não farmacológicas para obter a colaboração das pessoas com demência nas atividades de vida diárias assim como diminuir os comportamentos disruptivos durante estas são abordadas em revisões sistemáticas da literatura.

Intervenções como o treino das atividades de vida parecem ter um resultado positivo na melhoria da performance durante determinadas atividades de vida, em pessoas com alterações cognitivas que residem num lar, quando comparadas com os grupos de controlo que recebem cuidados habituais. As intervenções incluem o planeamento e sugestão verbal de idas à casa de banho para reduzir a incontinência urinária; a utilização de assistência gradual por parte dos cuidadores para aumentar a autonomia; sugestões verbais e reforço positivo durante as refeições para aumentar a independência na alimentação e uma intervenção específica para ajudar os residentes a localizar a sala de jantar (Olazarán *et al.*, 2010).

A música pode também ser uma intervenção a aplicar para reduzir comportamentos como a agitação, porém na revisão sistemática da literatura da *Cochrane* aparece uma crítica importante à pobre qualidade dos estudos que utilizam

a música como intervenção, pelo que concluíram que os estudos não provam que a utilização de música tenha mais impacto nos comportamentos das pessoas com demência do que o controlo dos sintomas comportamentais, apesar desta ressalva a revisão sistemática apresenta um estudo onde as pessoas com demência residentes em lar apresentaram uma redução significativa dos comportamentos agressivos durante o banho, quando este era acompanhado por música (Vink, Birks, Bruinsma, & Scholten, 2009). Outras intervenções como o exercício parecem ter um impacto significativo na melhoria da realização das atividades de vida e possivelmente na melhoria da cognição (Forbes, Thiessen, Blake, Forbes & Forbes, 2013).

As intervenções acima descritas são compostas por apenas um componente, porém, existem intervenções que se referem à aplicação de um programa onde se encontram diversas atividades das acima descritas.

Um estudo realizado numa unidade de cuidados de longa duração, em Portugal, utilizou uma intervenção educacional diferente da anterior, sendo que para além das sessões psicoeducacionais foi introduzida uma sessão de educação/assistência individual. Como resultados o estudo mostrou maior colaboração dos utentes durante os cuidados de higiene corporal (tomar banho, vestir e utilizar a casa de banho), mas também a perceção dos cuidadores na sua utilização. Os cuidadores, perceberam como benefícios da intervenção, a aquisição de conhecimentos, a desmistificação de crenças pré-existentes relacionadas com a demência, coesão do grupo, sentimentos de auto valorização e *coping* positivo (Figueiredo, Barbosa, Cruz, Marques & Sousa, 2013).

Estes estudos, assim como outros anteriores, utilizaram intervenções não farmacológicas que consistem na estimulação motora e multissensorial (Weert, Dulmen, Spreewwenberg, Ribbe, & Bensing, 2005; Weert *et al.*, 2006).

A estimulação motora consiste em realizar exercícios específicos para melhorar a mobilidade e atrasar o declínio na realização das atividades de vida, como encorajar a pessoa a realizar uma tarefa ou parte dela, como lavar a face ou parte dela, através de indicações verbais específicas, *step by step* (Figueiredo *et al.*, 2013).

A estimulação multissensorial consiste em estimular os sentidos e os cuidados de higiene corporal parecem uma ótima oportunidade para o fazer, permitindo estimular o olfato, o tato, a audição e a visão, através de, por exemplo, um gel duche com cheiro agradável, toalhas suaves e sons ou música durante os cuidados

(Figueiredo *et al.*, 2013). A aplicação desta estimulação necessita que os cuidados sejam prestados num contexto de cuidados centrados na pessoa, procurando descobrir o estilo de vida, preferências, desejos e cultura de cada pessoa (Weert *et al.*, 2005).

A história de vida de cada pessoa desempenha aqui uma importante função, permitindo-nos “acompanhar e ajudar a manter uma continuidade entre o passado, o presente e o futuro, e, portanto, a manter a identidade do doente” (Melo, 2005, p. 185). Só compreendendo a própria pessoa, podemos promover a sua autonomia.

Para a enfermagem, a história dos cuidados básicos presentes nos cuidados da higiene corporal é longo, dizia-nos Touhy (1997) num número de uma revista completamente dedicado ao banho, que os enfermeiros fazem uma grande injustiça à enfermagem e aos doentes quando consideram as necessidades de cuidados básicos uma tarefa para profissionais menos qualificados.

Para esta enfermeira, o banho, como cuidado básico, pode ser visto como uma arte de chegar às necessidades únicas das pessoas idosas de conforto e cuidados, e não apenas como uma tarefa simples. Através deste podem surgir momentos únicos de intimidade e descoberta da pessoa que necessita de ajuda para a realizar (Touhy, 1997).

Para além do banho, todas as outras atividades inerentes à higiene corporal, são importantes e não podem ser evitadas, levando à necessidade de aplicar estratégias adequadas a cada indivíduo. A negligência com estes cuidados pode levar ao isolamento e à solidão das pessoas com demência. A não realização da higiene pessoal vai levar, por um lado, a que outras pessoas não se queiram aproximar e a própria pessoa vai sentir-se desconfortável junto de outros. Por outro lado, vai fazer com que os familiares fiquem insatisfeitos com os cuidados que estão a ser prestados (Pietro & Ostuni, 2003).

1.4. Cuidados centrados na pessoa

As pessoas com demência, são muitas vezes, tratados como vítimas de Alzheimer, dementes ou idosos mentalmente doentes, e estas descrições retiram o valor da pessoa, e fazem com que o ser humano sensível e único passe para uma categoria de conveniência e passível de controlo (Kitwood, 1997). Como nos refere

Kitwood (1997), chegou o momento de reconhecer as pessoas com demência como seres humanos completos. Este autor desenvolveu a sua teoria psicológico-social tendo como base o cuidado centrado na pessoa com demência, e como princípio que o cuidado centrado na pessoa significa respeitar a autonomia pessoal, onde quer que a pessoa se encontre. Introduz também o termo de individualidade ou *personhood* para as pessoas com demência baseando-se no princípio do respeito.

A individualidade permite a integridade, a continuidade e a estabilidade do sentido do “eu” (*self*) mesmo em pessoas com demência. A perda de memória não equivale à perda do “eu”, e se alguém pensa na pessoa com demência como uma pessoa sem o seu “eu” então estão a pensar que não é uma pessoa (Kitwood, 1997; Fazio, 2013). O indivíduo é um ser humano inserido num contexto social e relacional, o que implica o reconhecimento, respeito e confiança.

Respeitar a autonomia da pessoa envolve uma interação diária e exige que a pessoa se encontre num ambiente onde são otimizadas e mantidas as capacidades ainda existentes, em vez de um ambiente que desvalorize a pessoas e que possivelmente despreze o seu bem-estar físico (Kitwood, 1997). A cultura de desvalorização da autonomia dos mais dependentes leva a que, apesar de os cuidados serem realizados com boas intenções, os cuidadores utilizem estratégias de cuidados que vão prejudicar o bem-estar da pessoa com demência, e apesar de na maioria das vezes não terem por base intenções deliberadas vão evidenciar as capacidades que a pessoa perdeu. Estas atitudes, denominadas de “psicologia social maligna”, incluem comportamentos como infantilizar, intimidar, estigmatizar, incapacitar, invalidar, ignorar, impor ou troçar (Kitwood, 1997).

A forma de combater esta tendência, e o que compromete a individualidade da pessoa, é incentivar a utilização de uma comunicação de boa qualidade e utilizar “comportamentos sociais positivos”, que incluem atitudes como reconhecer, negociar, colaborar, validar, facilitar, e que promovem a manutenção da *individualidade* e do bem-estar das pessoas com demência (Kitwood, 1997). Para além destas atitudes, os sistemas de cuidados que suportam os cuidados centrados na pessoa, devem também dar resposta às necessidades de amor, conforto, identidade, ocupação e inclusão, aumentando assim o sentimento de autoestima e de valorização (Brooker, 2007).

Para Brooker (2007) os cuidados de saúde baseados no cuidado centrado na pessoa com demência, e que respeitam a individualidade, devem ser compostos por quatros elementos essenciais:

“V” – Valorizar a pessoas com demência e aqueles que lhe prestam cuidados; promover os seus direitos como cidadãos, independentemente da sua idade ou défices cognitivos;

“I” – Tratar as pessoas como indivíduos; reconhecendo que cada pessoa com demência tem uma história, tem a sua personalidade, saúde física e mental e recursos sociais e económicos e que todos estes fatores vão influenciar a forma como a pessoa reage ao défice neurológico;

“P” – Olhar para o mundo segundo a perspetiva da pessoa com demência; reconhecendo que a experiencia de cada pessoa tem valor; que a pessoa com demência age de acordo com os seus valores e que a empatia nesta perspetiva tem em si um grande potencial terapêutico.

“S” – Reconhecer que toda a vida humana, incluindo a vida das pessoas com demência, é baseada em relações interpessoais e que as pessoas com demência precisam de um ambiente social que compense as suas disfunções e simultaneamente lhes de oportunidade para a crescimento pessoal.

Segundo a mesma autora, quando todos estes elementos se combinam e coexistem nas instituições, definem a cultura de cuidados centrados na pessoa com demência (Brooker, 2007). Esta prescreve um plano de cuidados individualizado, construído com base na história de vida da pessoa, nas suas necessidades e perspetivas. Exige um ambiente envolvente que reflita os princípios acima descritos e que os cuidadores estejam sensibilizados para a personalidade única de cada pessoa, sendo capazes de interpretar as respostas e comportamentos das pessoas com demência adequando as suas intervenções (Stein-Parbury *et al.*, 2012).

Ao desenvolverem uma intervenção de competências da comunicação, baseada no modelo “VIPS” de Brooker, Passalacqua & Harwood (2012), demonstraram que após a intervenção, houve uma redução da despersonalização da pessoa com demência por parte dos cuidadores, e um aumento da empatia para com esta. Os cuidadores reportaram a utilização de estratégias de comunicação concretas, mas que sabia ser efetivas na comunicação com a pessoa com demência. Para ou autores, e tendo em conta os resultados deste estudo, uma intervenção de competência

comunicacional baseada no modelo VIPS, é um instrumento útil para melhorar a qualidade dos cuidados providenciados em residências de longa duração (Passalacqua & Harwood, 2012).

Na perspectiva dos cuidados centrados na pessoa os comportamentos da pessoa com demência resultam da interação com o mundo psicossocial. Tradicionalmente a abordagem aos SPCD tinha como objetivo o tratamento dos sintomas e a contenção verbal e física da agitação e da agressividade, o que restringia a pessoa, não permitindo que esta se expressasse e ao mesmo tempo, não tinha em conta as causas dos sintomas (Edvardsson, Winblad, & Sandman, 2008; Stein-Parbury *et al.*, 2012).

Nos cuidados centrados na pessoa existe uma exploração ativa, através da observação da pessoa, enquanto esta interagem com o ambiente social, com o objetivo de identificar quais os elementos que despoletaram a agitação, a agressividade ou outros sintomas, incluindo na sua análise o comportamento dos cuidadores e a história de vida da pessoa com demência (Stein-Parbury *et al.*, 2012).

Alguns estudos têm demonstrado que a utilização de uma abordagem centrada na pessoa tem efeitos na melhoria do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas. Temos como exemplo, um estudo controlado e randomizado que demonstrou que aplicação deste modelo de cuidados tem efeitos na redução da agitação em pessoas que residem em residências de longa duração (Chenoweth *et al.*, 2009).

Mais direcionado para os cuidados de higiene corporal, existe um estudo acerca da aplicação deste modelo durante o banho. Neste, a intervenção teve em conta as preferências e o conforto das pessoas, os comportamentos foram analisados como necessidades não satisfeitas, foram aplicadas técnicas de comunicação apropriadas ao estágio da demência e abordagens que identificavam a causa dos comportamentos e possíveis soluções.

O objetivo do banho centrado na pessoa era individualizar a experiência utilizando várias técnicas, como: promovendo a escolha, cobrindo o corpo com uma toalha para manter o calor e o conforto, utilizar produtos de higiene indicados pela família, utilizar sabão que não necessita ser removido com água, modificar os sintomas e os seus antecedentes e proporcionar supervisão ativa durante o banho, de forma a serem experimentadas potenciais soluções (Sloane *et al.*, 2004).

O estudo demonstrou que a alteração na abordagem dos cuidadores pode de forma marcada reduzir a agressividade, a agitação e o desconforto, sem que por isso seja afetada a realização do banho ou os resultados de higiene deste (Sloane *et al.*, 2004).

Para a enfermagem, a utilização de modelos de cuidados centrados na pessoa, nos cuidados aos idosos, parece promover o cuidado holístico, aumentar a satisfação dos idosos com os cuidados, reduzir o nível de ansiedade entre os enfermeiros e promover o trabalho em equipa (Binnie & Tichen, 1999 citado por McCormack & McCance, 2006).

Para garantir a autonomia da pessoa idosa durante os cuidados de enfermagem, McCormack (2003) definiu cinco princípios estruturantes dos cuidados centrados na pessoa:

- Esclarecimento fléxivel (facilitação da tomada de decisão através da partilha constante de informação sobre as práticas de cuidados);
- Reciprocidade (reconhecimento dos valores da pessoa como sendo de igual importância na tomada de decisão);
- Transparência (explicação das intenções e motivações para a ação dos cuidados);
- Negociação (participação do cliente numa cultura de cuidados que valoriza os seus pontos de vista como legítimos para a tomada de decisão);
- Compreensão empática (reconhecimento da singularidade e valor do cliente como oportunidade para maximizar o seu potencial de crescimento e desenvolvimento).

Para este autor, o ambiente dos cuidados tem um impacto importante na operacionalização dos cuidados centrados na pessoa em enfermagem, e representa um grande potencial para limitar ou melhorar os processos de cuidados. Os processos de cuidados centrados na pessoa, focam-se em atividades como trabalhar as crenças e valores da pessoa, compromisso, presença que demonstra compreensão, partilha de decisões e suprimento das necessidades físicas (McCormack & McCance, 2006).

Relativamente, às teorias de cuidados centrados na pessoa, em enfermagem, é relevante apresentar a teoria de Nolan “*Senses Framework*”, baseada na apreensão das dimensões subjetivas e perceptuais das relações dos cuidados. Reflete tanto os

processos interpessoais, como as experiências intrapessoais de dar e receber cuidados. Esta teoria encontra-se assente na crença de que todas as pessoas envolvidas nos cuidados (pessoa idosa, família, cuidadores formais e informais ou voluntários) devem experienciar relações que promovam sentimentos como (Nolan, Davies, Brown, Keady & Nolan, 2004):

- Segurança (sentir segurança nas relações);
- Pertença (sentir que se “faz parte de algo”);
- Continuidade (sentir consistência);
- Objetivos (ter um ou vários objetivos pessoais);
- Progresso (fazer progressos em direção da concretização dos objetivos);
- Significado (sentir que se é importante).

Se por um lado a teoria de McCormack, tem o seu enfoque na relação entre o a pessoa idosa e o enfermeiro, na teoria de Nolan, existe a preocupação de que todos os cuidadores beneficiem com a relação, inclusive a família (Nolan *et al.*, 2004).

Os cuidadores, na pessoa com demência, são elementos cruciais e necessários para tanto para compensar a degeneração e fragmentação como para sustentar a individualidade da pessoa. À medida que a demência progride, maior é a necessidade de apoio do cuidador, e da memória do cuidador para servir de “prótese” à memória da pessoa com demência. Os cuidadores necessitam de ser o suporte que mantem o “eu” da pessoa com demência e estruturam o ambiente, as relações e as interações de forma a garantir essa individualidade (Fazio, 2013).

Integrar todos os cuidadores e familiares numa intervenção de enfermagem baseada nos cuidados centrados na pessoa, torna-se assim fundamental. Como exemplo temos o sentimento de segurança, que deve ser garantido a todos os intervenientes, para a pessoa idosa, deve ser garantida atenção especial às suas necessidades fisiológicas e psicológicas, bem como, a ausência de ameaças, dor ou desconforto. Os cuidadores formais (enfermeiros) devem ter garantida a ausência de ameaças físicas, repreensões ou censuras, assim como, condições de trabalho seguras, num ambiente que reconhece as exigências emocionais do trabalho e que garante uma cultura de suporte. Os cuidadores familiares devem sentir confiança nos seus próprios conhecimentos e habilidades para prestar bons cuidados, sem detrimento do seu próprio bem-estar (Nolan *et al.*, 2004).

Ir ao encontro das pessoas com demência e dar suporte às famílias pode ser recompensador para os enfermeiros, se estes possuírem conhecimentos e competências baseados na evidência científica e na compreensão de todas as questões relevantes na demência.

2. PLANEAMENTO/EXECUÇÃO

2.1. Problemática

As demências são caracterizadas por um progressivo declínio cognitivo que abrange a diminuição de memória e, pelo menos, uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia e funções executivas (APA, 2006).

Deve ser distinguida do declínio normal no funcionamento cognitivo que ocorre no envelhecimento, e o seu diagnóstico apenas se pode fazer se existir evidência demonstrável de défices da memória e de outros défices cognitivos superiores ao que se podia esperar no processo normal de envelhecimento e se os sintomas causarem deficiências no funcionamento social ou ocupacional (APA, 2006).

As demências provocam sofrimento não só na pessoa com a doença, mas também nos seus cuidadores e famílias. É uma das maiores causas para a incapacidade e dependências entre os idosos acarretando consequências socioeconómicas significativas (IPA, 2012; WHO, 2012). Face ao impacto causado pela demência na sociedade e nos indivíduos, é necessária uma enorme mobilização de recursos, o que implica elevados custos ao nível do tratamento e de prestação de cuidados (WHO, 2012).

A progressão da doença, no entanto, varia de pessoa para pessoa, e embora existam características comuns a forma como a demência se manifesta também varia, pelo que os cuidados às pessoas com demência devem ser o mais individualizados possível, situação que ainda não ocorre com a frequência que seria desejável (Fazio, 2013).

Os cuidados ideais para a pessoa com demência e sua família, seriam aqueles prestados no domicílio, porém esta é uma situação complexa, que exige suporte social e a manutenção de vários fatores que vão desde o desenvolvimento de competências dos cuidadores, ao ambiente físico e estrutural do domicílio, pelo que nem sempre é possível (NICE, 2007).

A opção da institucionalização do idoso com demência é uma das formas que a família adota e um dos motivos mais relevantes para a institucionalização é o agravamento dos SPCD (IPA, 2012a).

As residências para idosos com demência que prestam cuidados de qualidade têm em conta as preferências pessoais das pessoas, prestam atenção pormenorizada à formação e desenvolvimento dos cuidadores. A história de vida das pessoas são valorizadas e servem como ponto de partida para a comunicação e desenvolvimento de relações (Department of Health, 2009).

Um dos focos mais importantes nos cuidados à pessoa com demência são as atividades quotidianas, pois a pessoa tem habitualmente preferências marcadas por pequenos detalhes na execução das tarefas e sente que perde o controlo desses detalhes quando estranhos ou mesmo elementos da família estão envolvidos nas suas tarefas do dia-a-dia. Ao serem ignorados estes aspetos a pessoa com demência pode recusar os cuidados ou tentar dificultar a sua efetivação, gerando-se uma situação de resistência aos cuidados, que perturbam o desempenho das atividades e geram ansiedade tanto para a pessoa como para o cuidador (Melo, 2005).

Pelo aumento do número de idosos, pela prevalência da demência neste grupo etário, e pelas características particulares dos cuidados, a pessoa idosa com demência apresenta-se como um foco importante para a enfermagem. O planeamento, execução e avaliação de cuidados à pessoa com demência exigem do enfermeiro, competências gerais de cuidados à pessoa com idosa e específicas para o contexto de doença crónica, como neste caso a demência.

É então fundamental investir na formação e no desenvolvimento de competências, de modo a que os enfermeiros estejam capacitados para prestar cuidados à pessoa com demência não só em residências de longo termo, mas em todos os locais onde as pessoas se encontram e vivem, desde o domicílio, aos centros de dia, ao hospital.

Para prestar cuidados à pessoa com demência e desenvolver intervenções de enfermagem especializadas adequadas exige, conhecer o curso natural da doença e as suas características, através de pesquisa bibliográfica e análise da evidência científica, ter contacto com as pessoas com demência e com intervenções de enfermagem já implementadas, que dão resposta a problemas concretos.

É na prestação direta de cuidados que se desenvolvem as competências pois a experiência não se traduz apenas na passagem de tempo (Benner, 2001). “A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais

complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria.” (Benner, 2001, p. 61).

Como nos refere o *Department of Health* (2009) as residências de longo-termo para pessoas com demência podem oferecer uma oportunidade rica para aprender acerca da demência, particularmente para estudantes na área da saúde e outros profissionais que queiram desenvolver competências na prestação de cuidados às pessoas com demência.

E por esta razão o estágio teve como base a aquisição de conhecimentos e aplicação de intervenções nas atividades quotidianas de pessoas idosas internadas em residências de longa duração, particularmente nos momentos da higiene corporal.

2.2. Finalidade e objetivos

O estágio teve como **finalidade** desenvolver competências de mestre e especialista em enfermagem na área de especialização em enfermagem Médico-Cirúrgica – vertente pessoa idosa, considerando o Regulamento 122/2011 das competências comuns de enfermeiro de especialista aprovado pela Ordem dos Enfermeiros que visa a formação, a gestão, a investigação, a ética e a melhoria e prestação de cuidados especializados, o Regulamento dos Mestrados da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014).

Para adquirir essas competências, quando estas ainda não estão presentes é necessária uma conjugação entre a experiência de prática clínica e o conhecimento baseado na evidência científica, para se obter um saber aprofundado da evolução da demência e de todas as variáveis que a envolvem, bem como, das intervenções já aplicadas para a melhoria dos cuidados de enfermagem às pessoas com demência, nos seus diversos contextos.

Assim, para obter estas competências, definimos como objetivos:

Objetivo Geral: Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito dos cuidados de saúde à pessoa idosa com demência em contexto de internamento residencial de longa duração.

Objetivos específicos:

1. Identificar as intervenções adotadas pela equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar, no cuidado à pessoa idosa com demência, nas unidades de internamento residencial de longa duração;
2. Prestar cuidados diferenciados à pessoa idosa com demência, em parceria com os elementos da equipa multidisciplinar, focando os cuidados de higiene corporal (o banho, o vestir e o despir, o lavar os dentes, pentear e utilizar a casa de banho);
3. Desenvolver intervenções de enfermagem de acordo com a avaliação das necessidades e capacidades dos utentes com demência internados em unidades de internamento de longa duração, tendo como enfoque principal os cuidados de higiene corporal.

2.3. Metodologia

Para atingir os objetivos propostos a metodologia adotada foi a realização de estágios em duas instituições de referência na área das pessoas com demência, onde os cuidadores contam já com uma com larga experiência nesta área:

- **Unidade de Demências e Alzheimer do Hospital do Mar** (4 semanas): Nesta unidade encontram-se internadas pessoas com diferentes tipos de demência e em diversas fases da doença. A unidade oferece serviços especializados, adaptados às diversas fases destas doenças e um acompanhamento por profissionais com formação específica para a sua abordagem. O período de internamento altera-se consoante o plano de intervenção estabelecido para cada pessoa, sendo que os principais objetivos são: o diagnóstico e estabilização de uma situação pontual; tratamento de problemas comportamentais mais significativos; otimização relacional e da autonomia para integração em casa; e cuidados de promoção do conforto nas fases mais avançadas da doença (Hospital do Mar, s.d.).

Pode encontrar-se no *website* do Hospital do Mar (s.d.), que os doentes encontram um espaço seguro, confortável e acolhedor,

que associa as características de privacidade e comodidade que teriam nas suas casas a aspetos imprescindíveis de segurança e bem-estar, adaptados às limitações e necessidades características destas doenças.

A arquitetura e a decoração desta unidade foram planeadas para potenciar a mobilidade física e a estimulação cognitiva num ambiente seguro, com muita luz natural e com acesso a espaços exteriores, bem como para promover a presença familiar e os laços afectivos. (Hospital do Mar, s.d.)

- **Casa Romana (Sintra)**, residência para internamento de pessoas com patologias demenciais, com um carater de cuidados familiares. O número de clientes internados varia entre 18 e 19. Esta residência valoriza a história de vida de cada uma das pessoas, atendendo às suas preferências, hábitos e valores. Tem um horário livre para a visitas de familiares, envolvendo-os nos cuidados e decisões clínicas.

O estágio desenvolveu-se em torno de duas áreas importantes nos cuidados à pessoas idosas com demência:

- **Cuidados Gerais:**

- Neste âmbito utilizou-se como quadro de referência teórico os cuidados centrados na pessoa, baseando as intervenções em evidência científica. Os principais autores a seguir serão Tom Kitwood, Dawn Brooker, Brendan McCormack e Mike Nolan (Kitwood, 1997; McCormack, 2003; Nolan *et al.*, 2004; McCormack & McCance, 2006; Brooker, 2007);
- As atividades de vida diárias foram o enfoque principal das intervenções de enfermagem e dos cuidados a prestar. Neste caso, é necessária uma avaliação das dificuldades de cada pessoa para realizar as tarefas (iniciar a tarefa, manter atenção, localizar os objetos, utilizar corretamente os utensílios, manter a segurança, terminar a tarefa) e “ajudar a sua execução simplificando a tarefa, dividindo-a em fases de execução e apoiando passo a passo, utilizando a orientação verbal, gestual ou ajuda física (mão-na-mão), de acordo com o nível de capacidade” (Melo, 2005, p.188);
- A aquisição de competências de comunicação teve um lugar distinto, pois esta é essencial para uma prestação de cuidados de qualidade e para o bem-estar da pessoa idosa com demência, permite estabelecer relações, providenciar atividades sociais

positivas às pessoas com demência, otimizar a memória residual e ter impacto nos comportamentos disruptivos (Vries, 2013);

- A manutenção de ambiente terapêutico como elemento essencial aos cuidados à pessoa com demência será outro item importante. Aqui a aquisição de competências teve como focos principais um ambiente social e físico, que suporte as atividades a desenvolver com as pessoas idosas com demência, as estimule, pareça o mais familiar possível, mantenha a segurança, e seja também proporcionador de bem-estar para os cuidadores;

- A avaliação da pessoa idosa com demência foi outro dos pontos importantes. Utilizaram-se instrumentos de avaliação gerais da pessoa idosa:

- Recolha de dados biográficos;

- Avaliação do estado funcional utilizando o Índice de Barthel (escala analisada e apresentada em Sequeira (2007), com base na escala de Mahoney & Barthel (1965), citados em Sequeira (2010));

- Avaliação do estado mental utilizando a avaliação breve do estado mental - *Mini Mental State Examination* (MMSE) (escala elaborada por Folstein et al. (1975), organizada e aferida em Guerreiro *et al.*, 2008);

- Avaliação do estado afetivo utilizando a escala de depressão geriátrica (GDS) (baseada na escala de Yesavage et al. (1983), tradução em português e organização em Barreto, Leuschner, Santos & Sobral (2008));

- Avaliação do estado nutricional, utilizando a avaliação do índice de massa corporal (IMC) e o *Mini Nutritional Assessment* (MNA) (instrumento que permite identificar pessoas desnutridas ou em risco de desnutrição disponível em http://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_portuguese.pdf);

- Avaliação do risco de queda utilizando a Escala de *Morse* (utilizada escala de Morse, Morse & Tylko (1989) com adaptação cultural e linguística de Costa-Dias, Ferreira & Oliveira (2014);

- Avaliação do risco de úlcera de pressão utilizando a Escala de *Braden* (elaborada por Barbara Braden e Nancy Bergstrom, em 1987, neste trabalho foi utilizada a adaptação presente na Orientação nº 017/2011 de 19/05/2011 Escala de Braden:

Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q) da Direção Geral de Saúde (2011), disponível em <https://www.dgs.pt>);

E para a avaliação dos sintomas psicológicos e comportamentais na demência utilizaram-se instrumentos específicos:

- Inventário Neuropsiquiátrico (escala elaborada por Cummings et al. (1994) com tradução em português e organização por Leitão & Nina (2008);

- O desenvolvimento de competências na avaliação de situações de alterações psicológico-comportamentais foi outro ponto a desenvolver. Para avaliação do diagnóstico utilizou-se principalmente o sistema ABC (“A”- antecedentes, observação de eventos que antecederam o comportamento; “B” (*behaviour*) - especificação do comportamento; “C” – eventos consequentes). Existe já evidência científica de este ser um método com resultados positivos nos comportamentos disruptivos, após a intervenção há uma diminuição da frequência de relatos de comportamentos disruptivos (Teri & Logsdon, 2000; Cook, *et al.*, 2012);

- O desenvolvimento de competências no planeamento de intervenções em situações de alterações psicológico-comportamentais, baseou-se na leitura de evidência científica, mas esteve muito relacionado com o contacto direto com as pessoas idosas com demência, com a sua história de vida, adaptando cada intervenção conforme a sua preferência pessoal;

- As principais *guidelines* utilizadas, para o desenvolvimento das competências gerais no cuidado à pessoa idosa com demência foram: *Dementia The NICE -SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care* (NICE, 2007); *The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)* (IPA, 2012a); *Living Well with Dementia: A National Dementia Strategy* (Department of Health, 2009); e *Dementia Care Practice Recommendations for Assisted Living Residences and Nursing Homes* (Alzheimer's Association, 2009).

- Cuidados de higiene corporal:

- As intervenções principais desenvolveram-se em torno dos cuidados de higiene corporal (o banho, o vestir e o despir, o lavar os dentes, pentear e utilizar a casa de banho);
- Como já apresentado durante o enquadramento teórico os sintomas como a agressão e a agitação parecem ter maior frequência durante os cuidados de higiene corporal, e estes comportamentos denominam-se “resistência aos cuidados”, situação de provoca grande *stress* tanto para a pessoa como para o cuidador;
- Foram analisados estudos e revisões sistemáticas da literatura que mostrassem evidência de intervenções eficazes para o desenvolvimento destas tarefas de forma segura e agradável para a pessoa idosa com demência;
- Para o banho utilizou-se como grande referência o autor Philip D. Sloane, que estudou várias técnicas de banho que minimizam a resistência aos cuidados e preveem comportamentos de agitação e agressividade minimizando-os (Sloane *et al.*, 2004; Barrick, Rader, Hoeffler, Sloane & Biddle, 2008).

3. DA CONTEXTUALIZAÇÃO À PRÁTICA

A realização dos estágios pretendeu que fosse possível corresponder às competências específicas definidas no regulamento 122/2011 das competências comuns de enfermeiro de especialista. Por se desenvolver no âmbito dos cuidados à pessoa idosa e com demência, também se pretendeu que correspondesse às competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa, definidas pela Ordem dos Enfermeiros e que nos referem que o enfermeiro especialista nesta área de cuidados de enfermagem:

- Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento. Maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
- Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Para poder resolver eficazmente determinados problemas os enfermeiros necessitam envolver-se e acreditar na sua prática, pois a complexidade de alguns problemas exige uma grande sensibilidade e um bom espírito de análise. É na prática clínica que os enfermeiros desenvolvem tanto o conhecimento clínico como uma estrutura moral, esta por sua vez, aprendida na experiência do contacto com os doentes e as suas famílias (Benner, 2001).

O objetivo geral de estágio foi transversal a todo o estágio e pressuponha o desenvolvimento competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito dos cuidados de saúde à pessoa idosa com demência em contexto de internamento residencial de longa duração.

Para atingir o objetivo acima referido foi necessária um período de reflexão sobre o desenvolvimento profissional e nível de competências atual e as competências a desenvolver enquanto enfermeiro especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa idosa. O resultado desta reflexão encontra-se descrito no capítulo das competências adquiridas.

Antes de iniciar o estágio foi necessária uma revisão da literatura e um estudo aprofundado acerca das características da patologia e dos cuidados gerais à pessoa idosa com demência e no decorrer dos estágios a busca por respostas na evidência científica esteve sempre presente.

Realizou-se estágio de observação na Unidade de Demências e Alzheimer do Hospital do Mar (29 de Setembro a 24 de Outubro) e estágio na Casa Romana (Sintra) (27 de Outubro a 13 de Fevereiro).

Foram realizadas reuniões em ambos os ensinos clínicos para apresentação do projeto de estágio, previamente aceite pela ESEL e ao longo do estágio foram realizadas reuniões de orientação tutorial para discussão das atividades, onde se deu especial atenção a situações da prática, discutindo os SPCD presentes nos doentes durante os cuidados.

Nos dois subcapítulos seguintes far-se-á uma breve apresentação dos locais de estágio e uma análise das atividades realizadas para atingir os objetivos definidos. São apresentados de forma sequencial no entanto muitos aconteceram em simultâneo ao longo do tempo.

Neste capítulo será utilizada a terminologia de “cliente” para identificar a pessoa com demência, objeto dos cuidados de enfermagem, acima de tudo porque este é o termo utilizado pelas instituições onde se realizou o estágio.

3.1. Estágio na unidade de demências e alzheimer

Objetivo específico 1: Identificar as intervenções adotadas pela equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar, no cuidado à pessoa idosa com demência, nas unidades de internamento residencial de longa duração.

Atividade 1: Conhecimento das dinâmicas organizacionais, funcionais e estruturais das unidades, os métodos de trabalho utilizados, a prática da prestação de cuidados de enfermagem e análise do conteúdo dos documentos normativos que apoiam a prática clínica multidisciplinar adotada.

Análise:

Esta atividade carece de ser analisada de duas perspetivas, uma relacionada com os cuidados de enfermagem e a forma como se desenvolvem nesta unidade visto que se pretende que o enfermeiro especialista seja capaz de gerir os cuidados de

enfermagem adaptando a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (Regulamento 122/2011).

É a partir da análise e identificação dos problemas de saúde do indivíduo que se pode justificar a natureza dos cuidados de enfermagem, não apenas a sua execução, mas também o tempo da sua preparação, tempo para escutar, para explicar, para ter contato com a família, e todas as atividades que envolvem o indivíduo/família como “únicos” (Colliére, 2002), pelo que, a planificação dos cuidados de enfermagem deve sempre considerar a individualização e personalização do cuidar e pela complexidade dos cuidados à pessoa com demência uma abordagem em que toda a equipa de enfermagem participa nas decisões.

São realizadas reuniões de equipa multidisciplinar, tanto na unidade de demência do Hospital do Mar, como noutra unidade residencial para pessoas com demência da mesma instituição, que tive a oportunidade de presenciar, onde participam os vários profissionais responsáveis pelo cuidado à pessoa com demência, médicos, enfermeira coordenadora e enfermeira responsável pelos cuidados aos clientes, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e auxiliar de ação médica. Estas reuniões decorrem de forma tranquila, onde são debatidas as situações particulares de cada cliente e família, e onde cada profissional de saúde acrescenta o seu ponto de vista acerca da problemática, no final, construi-se um caminho para a resolução de alguns problemas e distribuem-se as atividades com que cada profissional poderá contribuir para esta resolução.

Outra atividade relevante na unidade de demência e alzheimer são as conferências familiares, que acontecem no início e próximo do final do internamento, ou quando existe a necessidade de envolver a família nas questões dos cuidados de saúde. Nesta reunião participam a enfermeira coordenadora, o médico, a terapeuta ocupacional e a fisioterapeuta, e na conferência que tive a oportunidade de assistir, debateram-se questões prementes da situação do cliente como, a situação clínica, a evolução da doença, os ganhos do internamento e a preparação para a alta. Nesta conversa permite à família a oportunidade de expor as suas dúvidas, explicitar a sua perceção da situação do familiar e até a forma como iriam planear o seu dia-a-dia.

A análise da estrutura física e do ambiente foram essenciais neste trabalho tendo em conta que esta é uma unidade específica para pessoas com demência. Algumas pistas acerca do ambiente favorável são apresentadas pela NICE (2007) e muitas delas encontram-se presentes na unidade de demências e Alzheimer. A *guideline* refere que o ambiente para as pessoas com demência deve incorporar itens de orientação que minimizem a confusão, frustração e ansiedade. Na unidade a iluminação é boa, existem luzes bem colocadas, não existindo espaços com pouca iluminação. Cada quarto tem uma janela para o exterior e o teto do corredor permite a luz da rua entrar, e uma perceção do amanhecer e anoitecer, importantes não só para a segurança mas também para a diminuição dos distúrbios do ciclo do sono (*sundowning*). O corredor é largo permitindo que os clientes deambulem sem limitações. Existem pistas visuais colocadas em cada porta, e as portas dos quartos têm afixados para além do número do quarto, o nome do cliente. Os quartos estão decorados individualmente, com objetos de cada cliente. Cada sala é utilizada apenas para uma atividade, evitando confusões. O barulho é evitado e na maior parte do dia, a agitação no corredor é pouca. A música é utilizada frequentemente, no entanto, os momentos para a sua utilização são escolhidos criteriosamente.

Como pontos menos favoráveis no ambiente pode enunciar-se a diferença de cores entre o corredor e a sala de refeições, que dificulta a passagem de alguns clientes com alterações da perceção entre um espaço e outro, o facto de o corredor ter a forma de um U, confundindo alguns clientes e por fim, o acesso difícil a um espaço com jardim, pois este existe mas os clientes não podem aceder a ele livremente, tendo de ser acompanhados pelos profissionais de saúde ou pelos familiares.

De referir que os clientes têm acesso ao cabeleireiro, aos cuidados de manicura e pédicure que em geral lhes dá satisfação muita satisfação.

Atividade 2: Integração na equipa multidisciplinar, estabelecendo relações profissionais sustentadas numa comunicação eficaz e proactiva.

Análise:

A integração numa nova equipa é essencial para que o enfermeiro possa conhecer o funcionamento do serviço, as particularidades dos cuidados de enfermagem e até as características de cada cliente.

Inicialmente, como previsto, gerou-se alguma ansiedade por esta não ser uma realidade a que estava habituada, desde o ambiente físico, à equipa e principalmente, aos cuidados de enfermagem específicos no doente com demência.

No Hospital do Mar o tempo de estágio foi de um mês pelo que teve de existir um investimento grande numa rápida adaptação à equipa multidisciplinar, favorecida pela forma descontraída com que a enfermeira tutora me apresentou a cada elemento da equipa e aproveitando este momento, optei por apresentar de forma sintética o meu percurso profissional, académico e os meus objetivos durante o estágio, disponibilizando-me para participar em todas as atividades do serviço e nos cuidados de enfermagem.

Adquiri assim confiança para participar nas atividades realizadas na unidade, expor dúvidas e incertezas relativamente aos cuidados e realizar entrevistas informais acerca das experiências individuais dos enfermeiros e das auxiliares, relativas aos relacionamentos interpessoais, aos cuidados básicos da pessoa com demência e ao relacionamento com cada um dos doentes e seus familiares, tendo assim uma melhor perceção do funcionamento da unidade e dos seus profissionais.

Acompanhei a enfermeira tutora na maioria dos turnos realizados, participando nas suas atividades enquanto enfermeira coordenadora da unidade. Noutros turnos prestei cuidados de enfermagem diretamente aos clientes trabalhando com as auxiliares, inicialmente observando os comportamentos da pessoa idosa com demência perante os cuidados e posteriormente tendo a oportunidade de prestar cuidados e dando indicações às auxiliares para um melhor desenvolvimento das tarefas. Por fim, realizei também turnos com outros enfermeiros que me guiaram durante a prestação de cuidados. Foi muito interessante observar a forma como cada enfermeiro se relaciona e comunica com os clientes, notando-se algumas características comuns: o conhecimento da vida de cada pessoa, que permite o

desenvolvimento das conversas durante os cuidados de higiene, ou durante a alimentação; o conhecimento dos SPCD de cada doente, que leva a que cada enfermeiro antecipe e previna o comportamento, através de variadas técnicas; e a comunicação calma, pausada e objetiva durante os cuidados de enfermagem.

Atividade 3: Categorização das intervenções observadas e transmitidas pela equipa multidisciplinar, direcionadas à pessoa com demência.

Atividade 4: Pesquisa bibliográfica, de forma a mobilizar e validar conhecimentos teórico práticos observados e adquiridos, visando a consolidação do processo de aprendizagem e o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiros especialista.

Atividade 5: Interpretação das intervenções implementadas com base na evidência científica e nos pressupostos teóricos de enfermagem.

Análise:

Numa fase inicial e tendo em conta que este foi o primeiro contacto, como enfermeira, com o cuidado de enfermagem especializado à pessoa idosa com demência, houve a necessidade de observar as intervenções realizadas por enfermeiros experientes, dialogando com estes acerca das suas decisões e posteriormente realizar uma categorização das intervenções mais relevantes e direcionadas aos problemas da pessoa com demência, analisando-as com base no processo de enfermagem e na evidência científica. Aqui importou também refletir e até mesmo discutir com os enfermeiros os efeitos destas intervenções no comportamento da pessoa com demência.

Objetivo específico 2: Prestar cuidados diferenciados à pessoa idosa com demência, em parceria com os elementos da equipa multidisciplinar, focando os cuidados de higiene corporal (banho, vestir e despir, lavar os dentes, pentear e utilizar a casa de banho).

Atividade 1: Colaboração na prestação de cuidados à pessoa com demência, em todos os momentos do dia, mas especialmente durante os cuidados de higiene corporal.

Atividade 2: Identificação das necessidades da pessoa com demência durante os cuidados de higiene corporal.

Atividade 3: Realização de notas de campo datadas e referentes a cada pessoa com demência.

Análise:

O estágio realizado no Hospital do Mar proporcionou o início da experiência do cuidar da pessoa com demência. Foi no contacto direto com a pessoa idosa com demência que tive a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos nas leituras, na pesquisa teórica e na aprendizagem entre pares.

Houve uma pequena preparação prévia em contexto da prática, de conhecer os clientes, um pouco da sua história de vida e preferências durante os cuidados, no entanto, como nas situações do dia-a-dia do trabalho em enfermagem, o enfermeiro conhece cada pessoa na sua relação com esta, e a construção da confiança é um processo demorado e com elevado investimento, particularmente nesta situação em que a pessoa cuidada apresenta alterações cognitivas.

Assim, para um melhor aproveitamento do estágio, e embora colaborasse em outras situações de cuidados de enfermagem, concentrei-me nos cuidados a dois clientes em particular, em que os défices cognitivos levaram a um aumento da necessidade de apoio nas atividades de vida diárias não existindo qualquer incapacidade física de realizar a tarefa.

Numa breve descrição, um dos clientes a quem prestei cuidados, com 69 anos de idade, economista, com diagnóstico de demência de Alzheimer, apresentava apraxia, afasia global e alterações do funcionamento executivo (diagnósticos recolhidos antes do contacto com o cliente), que se traduziam na incapacidade de reconhecer objetos, de avaliar a profundidade, de se exprimir ou perceber e também na incapacidade de realizar movimentos espontâneos ou de iniciar/parar uma tarefa. Apresentava alguns SPCD, por exemplo quando forçado a sair do leito de manhã, iniciava um quadro de recusa aos cuidados, ficando imóvel na cama, ou gritando.

Na primeira experiência do cuidado durante a higiene corporal à pessoa, tentei utilizar o máximo de conhecimentos, dividindo as tarefas em passos mais simples, apoiando a pessoa com orientação verbal e ajuda física (mão-na-mão), porém, cometi imensos erros, falhei muitas etapas. De tal forma, que deixei a casa de banho inundar, pois passei o chuveiro para a mão do cliente e este não me queria devolver o chuveiro, estando eu por motivos da estrutura impossibilitada de fechar a água, e o cliente acabou por urinar no balde do lixo, confundindo-o com a sanita.

Estes erros e por vezes peripécias permitiram-me compreender as necessidades desta pessoa, e como organizar as tarefas banho, despir/vestir, pentear e lavar os dentes, para que o cliente fosse mais autónomo nestas tarefas e não houvessem complicações.

A destacar durante a colaboração na prestação de cuidados à pessoa com demência a aquisição de competências comunicacionais com cada cliente, baseando-me processo de escutar, e seguindo algumas técnicas como as enunciadas por Wilson *et al* (2012), como falar pausadamente, repetir as frases, utilizar questões fechadas, frases simples, realizar uma pergunta de cada vez, providenciar apenas uma direção ou ideia de cada vez e evitar os pronomes.

3.2. Estágio na Casa Romana

Objetivo específico 1: Identificar as intervenções adotadas pela equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar, no cuidado à pessoa idosa com demência, nas unidades de internamento residencial de longa duração.

Atividade 1: Conhecimento das dinâmicas organizacionais, funcionais e estruturais das unidades, os métodos de trabalho utilizados, a prática da prestação de cuidados de enfermagem e análise do conteúdo dos documentos normativos que apoiam a prática clínica multidisciplinar adotada.

Atividade 2: Integração na equipa multidisciplinar, estabelecendo relações profissionais sustentadas numa comunicação eficaz e proactiva.

Análise:

A segunda parte do estágio e aquela que durou mais tempo foi em uma residência de institucionalização de pessoas com patologias demenciais. Aqui o conhecimento das dinâmicas organizacionais, funcionais e estruturais, bem como a integração, duraram cerca de 4 a 6 semanas. Isto deveu-se ao facto da residência apresentar características únicas, que diferem em muito do ambiente hospitalar onde estou habituada a trabalhar.

A residência assemelha-se a uma casa de campo, com uma decoração apropriada, várias janelas, e varandas e um jardim com condições de segurança, por onde os clientes podem circular, sem restrições.

A equipa é constituída por um médico, um enfermeiro, um psicólogo, um fisioterapeuta e um grupo de auxiliares. Tendo sido com estas últimas com quem trabalhei lado-a-lado para a melhor compreensão das necessidades dos clientes, e dos costumes existentes na casa.

Nesta unidade é dada primazia ao cuidado individualizado, sendo que é realizada uma avaliação completa do estado de saúde de cada cliente à entrada, bem como uma recolha pormenorizada da sua história de vida. O quarto é escolhido consoante as necessidades do cliente (existem quartos duplos e individuais) e decorado ao gosto do cliente e/ou da família, com elementos como fotografias, livros e peças de arte.

O internamento em uma unidade residencial exige que a pessoa idosa com demência tenha de se adaptar às rotinas da instituição e, alguns dos seus hábitos podem ter de ser alterados. Na Casa Romana existe um esforço da equipa para

manter as rotinas do dia-a-dia dos clientes, e que as mudanças necessárias sejam introduzidas de forma gradual para minimizar os SPCD e para que a socialização com as outras pessoas da casa seja agradável.

A integração foi progressiva, e fui conhecendo individualmente cada cliente, alguns elementos das famílias e as auxiliares.

No final destas semanas, senti-me como parte da equipa da residência, colocando ao dispor os meus conhecimentos para a melhoria dos cuidados na diversas áreas de cuidado, desde a organização do trabalho, a questões relacionadas com os posicionamentos, a alimentação, a higiene, entre outros. Ao mesmo tempo aproveitei para observar de forma crítica os cuidados prestados, e fui integrando no meu conhecimento as estratégias individualizadas de cuidar utilizadas pelas auxiliares e as conversas informais com o psicólogo que me faziam refletir os comportamentos dos clientes.

Atividade 3: Categorização das intervenções observadas e transmitidas pela equipa multidisciplinar, direcionadas à pessoa com demência.

Atividade 4: Pesquisa bibliográfica, de forma a mobilizar e validar conhecimentos teórico práticos observados e adquiridos, visando a consolidação do processo de aprendizagem e o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiros especialista.

Atividade 5: Interpretação das intervenções implementadas com base na evidência científica e nos pressupostos teóricos de enfermagem.

Análise:

Após o primeiro contacto, como enfermeira, com o cuidado de enfermagem especializado à pessoa idosa com demência, deparei-me com novas situações de cuidados de enfermagem, com novos clientes e modos de intervir nas diferentes situações.

Na instituição os cuidados relacionados com os cuidados matinais dos clientes (tomar banho, pentear, vestir e utilizar a casa de banho), bem como com as restantes

atividades de vida (comer e beber, atividade física e sono/repouso) são providenciadas por auxiliares, sendo que a gestão dos cuidados a prestar envolve a equipa multidisciplinar (enfermeiro, médico, psicólogo, fisioterapeuta e terapeuta da fala) e o gestor da instituição.

O estágio decorria desde as 8 horas, hora em que as auxiliares iniciavam as atividades da manhã, até cerca das 16 ou 17 horas, tendo assim oportunidade de prestar cuidados durante outros períodos do dia, envolvendo-me na distribuição e ajuda nas refeições do almoço e lanche, bem como, noutras atividades do dia, a receção dos familiares/visitas, os passeios da tarde, as idas ao cabeleireiro, a hora de rezar o terço entre outras.

Inicialmente, existiu um período de adaptação, onde a observação foi fulcral à aprendizagem, construção de relação de confiança com a equipa e início da relação terapêutica com os clientes.

Desta observação participativa, foi possível perceber que todos os cuidadores na instituição têm um conhecimento aprofundado de cada cliente e sua família, conhecendo também as rotinas prévias à entrada na instituição, as preferências de cada cliente, os seus sintomas psicológicos e comportamentais da demência.

Como a maioria das auxiliares já se encontrava a trabalhar na instituição desde à algum tempo, também conheciam a evolução da doença de cada um dos clientes, as capacidades na entrada, as perdas e ganhos ao longo do tempo. Através da escuta fui interpretando o que cada uma percecionava dos clientes e das situações de cuidar.

Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes, observados e comunicados pela equipa foram a agitação (psicomotora), comportamento agressivo, inquietação, delírio, processo de pensamento comprometido, alucinações (visuais e auditivas) e comprometimento da comunicação.

As necessidades de intervenções aplicadas em cada situação ou alteração de comportamento eram conhecidas pelas auxiliares, e tinham como objetivo principal, manter o conforto e segurança dos clientes.

Situações de cuidados específicas e intervenções estão descritas nos apêndices.

De referir que o dia-a-dia na instituição era atarefado, e os momentos de humor e diversão eram valorizados por toda a equipa. A música era utilizada como uma

intervenção, que na maioria das vezes permitia aos clientes descontraírem, relaxarem e até dançarem.

A troca de carinho, como um abraço, uma carícia ou beijo na face, o sorriso, eram demonstrações frequentes das auxiliares para os clientes, e com o tempo eu também me incluía, o que era maioritariamente retribuído pelos clientes, deixando-os geralmente mais calmos.

Objetivo específico 2: Prestar cuidados diferenciados à pessoa idosa com demência, em parceria com os elementos da equipa multidisciplinar, focando os cuidados de higiene corporal (banho, vestir e despir, lavar os dentes, pentear e utilizar a casa de banho).

Atividade 1: Colaboração na prestação de cuidados à pessoa com demência, em todos os momentos do dia, mas especialmente durante os cuidados de higiene corporal.

Atividade 2: Identificação das necessidades da pessoa com demência durante os cuidados de higiene corporal.

Atividade 3: Realização de notas de campo datadas e referentes a cada pessoa com demência.

Análise:

Tive a oportunidade de acompanhar e prestar cuidados durante os cuidados matinais, a todos os clientes institucionalizados, assim como presenciar e participar na integração de dois novos clientes na casa, sendo-me possível, colaborar no planeamento dos cuidados e definição de estratégias para uma melhor integração destes novos clientes.

Para a identificação das necessidades foi-me útil revisão da literatura realizada, como por exemplo, para relacionar o défice cognitivo, com a recusa ou incapacidade de realização da tarefa, e as intervenções a implementar. Exemplo são referidos em Barrick, Rader, & Mitchell (2008):

- **Memória:** “Eu já tomei banho hoje!” / Falha no reconhecimento do cuidador
 - Evitar argumentar ou discutir
 - Manter o mesmo cuidador
- **Linguagem/comunicação:** Incapaz de perceber / Incapaz de se exprimir
 - Manter indicações simples
 - Utilizar gestos
 - Manter uma linguagem corporal aberta e amigável
- **Percepção:** Incapaz de reconhecer objetos / Incapacidade para avaliar a profundidade, como a da banheira e ter medo de ir para dentro desta
 - Assegurar a segurança
 - Passar os objetos ao doente
 - Explicar cada passo
- **Função motora:** Incapacidade de realizar movimentos espontâneos ou de iniciar/parar uma tarefa
 - Explicar passo a passo, utilizar ajuda mão-na-mão
- **Julgamento:** Acusa os cuidadores de estarem a interferir e recusa a colaborar / Responde aos pedidos com medo e ansiedade
 - Antecipar os problemas
 - Evitar confrontação
 - Parar ao primeiro sinal de emoção negativa e tentar perceber o que está a acontecer
- **Atenção:** Incapacidade de manter a atenção / Distrai-se facilmente
 - Repetir indicações verbais
 - Utilizar o toque para chamar a atenção
 - Manter o contacto visual
 - Eliminar as distrações

Notas de campo de duas pessoas encontram-se no apêndice II. A apresentação de utilização do sistema ABC em situações práticas que ocorreram durante a prestação de cuidados ou na observação desta prestação por parte das auxiliares no Apêndice III.

Objetivo específico 3: Desenvolver intervenções de enfermagem de acordo com a avaliação das necessidades e capacidades dos utentes com demência internados em unidades de internamento de longa duração, tendo como enfoque principal os cuidados de higiene corporal.

Atividade 1: Realização de uma revisão da literatura das melhores intervenções para cada atividade dos cuidados de higiene corporal (banho, vestir e despir, lavar os dentes, pentear e utilizar a casa de banho).

Atividade 2: Realização de estudo de caso que reflita a avaliação da pessoa idosa com demência e as intervenções realizadas.

Atividade 3: Aplicação de escalas de avaliação da pessoa idosa com demência.

Atividade 4: Manutenção de um ambiente seguro e estimulante para a pessoa com demência.

Análise:

Após as primeiras semanas de integração considero que desenvolvi intervenções de enfermagem de acordo com a avaliação das necessidades e capacidades dos clientes com demência internados em unidades de internamento de longa duração, tendo como enfoque principal os cuidados de higiene corporal.

A atividade 2 e 3 encontram-se presentes nos apêndices.

O primeiro é um estudo de caso, acerca de uma pessoa idosa com demência do tipo frontotemporal, de início precoce, em que tive a oportunidade de participar na admissão do cliente para a unidade de longa duração, colaborando na adaptação a esta nova realidade, realizando intervenções e tomadas de decisão para a melhoria dos cuidados (Apêndice I).

No segundo encontram-se notas de campo, acerca de dois clientes. No início de cada descrição estão presentes uma pequena biografia, a avaliação do estado funcional, do estado nutricional, do risco de úlcera de pressão e de queda, a medicação atual, os SPCD mais relevantes e por fim uma breve descrição dos comportamentos durante as refeições, visto este ser um momento importante dentro

dos cuidados diários e que muitas vezes levavam a um comportamento disruptivo, sendo necessárias algumas alterações nos cuidados e no ambiente. Por fim, em cada bloco de notas de campo existe uma descrição datada, à qual foi dada o nome de diário das rotinas matinais, onde se descreve os comportamentos, quem estava presente durante os cuidados e são apresentadas algumas estratégias para evitar os comportamentos disruptivos e melhorar a autonomia do cliente (Apêndice II).

Em terceiro e último apresenta-se a utilização do sistema ABC em situações práticas que ocorreram durante a prestação de cuidados ou na observação desta prestação por parte das auxiliares (Apêndice III).

4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O estágio teve como principal finalidade a aquisição de competências de mestre e especialista em enfermagem, considerando o Regulamento 122/2011 das competências comuns de enfermeiro de especialista aprovado pela Ordem dos Enfermeiros. Neste regulamento vem descrito que as competências gerais são aquelas que independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros partilham, podendo ser aplicadas em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, bem como, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

O compromisso de cuidar profissionalmente de pessoas, enquanto enfermeiros, exige uma evolução das capacidades de desempenhar os vários papéis ligados às vertentes, científica, técnica e a relacional. A aquisição destas competências, ou por outras palavras, saberes, inicia-se na formação inicial é enriquecida e desenvolvida, no tempo e nos contextos de prestação de cuidados, através da reflexão sobre a ação (Nunes, 2008).

O percurso profissional e académico realizado até ao momento do estágio permitiu-me adquirir um conjunto de competências gerais de enfermagem, mas também específicas nas áreas onde foram dedicados mais esforços, como a gestão em enfermagem e a segurança do doente, por realização de um mestrado nesta área, e o cuidado ao doente e família em situação de internamento hospitalar num serviço de ortopedia, e o cuidado ao idoso pelo investimento realizado na parte teórica do curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica.

Ainda assim, é de salientar que durante o estágio foram adquiridas as competências preconizadas no Regulamento 122/2011, aplicáveis à pessoa idosa com demência, pelo que se realiza agora uma pequena reflexão acerca dos quatro domínios das competências gerais.

O especialista em enfermagem orienta a sua prática de acordo com os princípios da **responsabilidade profissional, ética e legal**. Pode considerar-se este um dos domínios mais relevantes no cuidado ao doente idoso com demência, devido às características particulares deste tipo de patologia. Os défices cognitivos levam progressivamente à restrição da tomada de decisão. As pessoas necessitam que lhes

sejam providenciadas escolhas, que tenham por base a sua história de vida e as suas preferências, para que no quotidiano consigam manter o poder de decisão e consequentemente a sua autonomia.

Nesta vertente da competência houve a necessidade de olhar, aprofundadamente para os valores que norteiam os cuidados de enfermagem, podendo estes agrupar-se em 3 eixos (Nunes, 2008):

- Inerentes ao papel assumido perante a sociedade – a liberdade responsável; a verdade e a justiça;
- Centrados no outro – a igualdade; o altruísmo e a solidariedade;
- Virados para o exercício da profissão – a competência e o aperfeiçoamento profissional.

Para a aplicação ideal destes valores, contribui a utilização do modelo de cuidados centrado na pessoa, e a análise de estudos que já utilizaram este modelo na prática, pelo facto dos princípios aí preconizados irem de encontro aos valores da profissão de enfermagem.

Nos estágios houve a necessidade de aprofundar conhecimentos para basear as intervenções e as tomadas de decisão na evidência da investigação científica e em *guidelines* internacionais. Na escolha das intervenções foram sempre avaliadas as necessidades da pessoa, discutidas em equipa as opções de intervenção e envolvida a família.

As situações de doença e as histórias de progressão da doença de cada indivíduo e família envolvem uma série de questões afetivas, emocionais, e por vezes com elementos externos à família (por exemplo, por questões legais, advogados, substitutos legais, entre outros) o que exige que sejam mantidas e garantidas as questões de confidencialidade.

O domínio de competência comum **melhoria contínua da qualidade**, tem como principais enfoques o desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, a conceção, geração e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade; e a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento 122/2011).

Os ambientes de cuidados de saúde onde decorreram os estágios foram ótimos para o desenvolvimento desta competência, tanto pela observação de locais de boas práticas, como pela possibilidade de comunicar opiniões fundamentadas na investigação e mesmo de realizar mudanças funcionais e estruturais para a melhoria da qualidade dos cuidados e fundamentalmente para o bem-estar e satisfação dos doentes e famílias.

Houve a possibilidade de trabalhar diversas áreas da segurança do doente, preconizadas por várias organizações nacionais e internacionais agora definidas e agrupadas no plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro, 2015), tanto na prestação de cuidados diretos aos doente, sendo um exemplo para a restante equipa, como na gestão dos cuidados (planeamento, implementação e avaliação de estratégias para a segurança do doente). As áreas que sobressaíram foram: o aumento da cultura de segurança do ambiente interno, o aumento da segurança da comunicação, o aumento da segurança na utilização da medicação, a promoção de uma identificação inequívoca dos doentes, a prevenção da ocorrência de quedas, de úlceras de pressão e a prevenção e controlo das infeções e resistências aos antimicrobianos.

Relativamente ao domínio da **gestão dos cuidados**, pretende-se que o enfermeiro especialista tenha a capacidade de gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional e a capacidade de adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (Regulamento 122/2011).

Os gestores em enfermagem têm uma grande influência na organização e na gestão das unidades ou departamentos de enfermagem. Decidem como o trabalho deve ser desenvolvido, influenciam o clima organizacional e determinam também como devem ser organizados os cuidados ao indivíduo/família (Marquis & Huston, 1999). Para que as suas decisões tenham sucesso o gestor precisa conhecer a organização e os seus membros, utilizar sensatamente os recursos disponíveis e coordenar as atividades com outros departamentos. A forma como as atividades são organizadas pode impedir ou facilitar entre outros fatores, a comunicação, a flexibilidade e a satisfação no trabalho (Marquis & Huston, 1999).

Para providenciar cuidados de excelência à pessoa com demência é crucial uma liderança eficiente e uma boa gestão dos cuidadores. É necessário que as unidades ou residências de longo termo para pessoas com demência tenham como líder uma pessoa especialista nessa área, para que a problemática da demência se torne uma prioridade (Department of Health, 2009).

Existem exemplos de estratégias que demonstram aspetos chave na liderança de uma unidade de longa duração para doentes com demência, e baseados nos cuidados centrados na pessoa como (Department of Health, 2009):

- Os funcionários partilham a mesa com os doentes à hora das refeições;
- As refeições são uma ocasião social;
- Há comida disponível 24 horas por dia;
- Existem dias planeados para o trabalho ser mais descontraído;
- As relações baseiam-se na comunicação;
- A equipa cria momentos positivos para todos os residentes ao longo do dia;
- Os gestores concentram-se nos pontos fortes das pessoas;
- As famílias sentem-se bem-vindas;
- Os funcionários são capazes de se sentar e “estar” apenas com as pessoas;
- Há imensos de abraços e momentos de conforto;
- São tidas em conta as histórias de vida de todos os residentes.

Na fase inicial do estágio, foi possível acompanhar, observar e analisar os comportamentos e decisões da enfermeira responsável na Unidade de Demências do Hospital do Mar o que proporcionou uma aprendizagem com uma profissional competente e com experiência na área da gestão em enfermagem, bem como no cuidado ao doente com demência e sua família. Aqui foi possível observar a forma como se pode gerir de forma harmoniosa os cuidados de saúde interprofissionais, a delegação e supervisão dos cuidados.

No estágio seguinte, na unidade de longa duração houve um período de adaptação, onde foi privilegiada a observação da dinâmica da “casa”, identificando as estratégias da liderança, conhecendo os profissionais de saúde e os recursos disponíveis. Constatou-se que muitos dos exemplos em cima referidos como identificadores de uma boa gestão de uma unidade para doentes com demência estavam presentes.

Numa fase inicial, que durou cerca de 2 meses existiu uma grande preocupação com o cuidado de enfermagem ao próprio doente e família, com o conhecimento das suas histórias de vida, e com o desenvolvimento das tarefas relativas ao projeto de aprendizagem sobre o cuidado de higiene corporal na pessoa idosa com demência.

Numa fase seguinte, foi possível por em prática e desenvolver a competência de gestão. Para o seu desenvolvimento foi crucial estar junto do doente e das auxiliares durante mais de 8 horas por dia, 3 a 4 dias por semana, participando nas atividades da unidade de longa duração, desde os cuidados de higiene, às horas da refeição (maioritariamente pequeno-almoço, almoço e lanche), acompanhando a presença de outros profissionais de saúde (médico, fisioterapeuta, terapeuta da fala) e mantendo uma comunicação contínua acerca das diversas situações com os gestores da unidade, tanto ao nível da gestão dos recursos humanos, materiais, como ao nível da gestão de procedimentos e da gestão do cuidado ao doente.

Com o máximo sentido de responsabilidade, dignificando a profissão de enfermagem, aproveitando os conhecimentos empíricos aprendidos durante a experiência profissional anterior e tendo em conta a prática baseada na evidência, foi possível intervir em várias áreas, como por exemplo, na integração de novos elementos na equipa de auxiliares, no planeamento de horários para determinadas atividades, na utilização de técnicas diretas e indiretas para instrução ou a demonstração de tarefas e na supervisão e avaliação dos cuidados prestados.

O último domínio das competências comuns do enfermeiro especialista é o **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**.

Os processos formativos que contribuem para um percurso significativo do enfermeiro ao longo da sua vida, não são construídos exclusivamente pelos saberes académicos mas essencialmente pela procura de aprendizagens que dão sentido às suas ações e que marcam a sua história de vida.

As situações de trabalho são situações/relações sociais e a sua análise “permite pôr em evidência o caráter global da situação e a sua complexidade. A ação faz apelo à mobilização de um conjunto de diversos saberes, contextualizados e transformados em competências” (Canário, 1997, p.130). Para os enfermeiros, a experiência questionada e adquirida, na resolução dos problemas que emergem da sua prática, traduz-se em momentos formativos. É no significado que os enfermeiros atribuem à

ação, e no confronto pela compreensão da mesma, que se pode realçar os saberes/competências mobilizados na prática.

Durante os estágios houve sempre a necessidade de analisar as diversas situações. Integrar equipas de profissionais de saúde novas, conhecer novos espaços, cuidar de doentes numa situação de saúde que não é a área de saúde onde costumo desenvolver a atividade profissional, exigiu que utilizasse a capacidade de adaptação a novas situações, tentando usufruir de todos os momentos de aprendizagem que eram proporcionados, ou criando esses mesmos momentos para colocar em prática as estratégias estudadas e aprendidas pela evidência científica.

Houve uma responsabilização por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, realizando um diagnóstico das necessidades de formação e aprendizagem, e na maioria das situações, as soluções encontradas passaram por ser um veículo de boas práticas, através da demonstração, estando aberta às dúvidas dos vários profissionais de saúde e realizando momentos de supervisão dos cuidados. Foi realizada uma formação com carácter formal acerca do corpo humano, para as auxiliares da unidade de longa duração, aproveitando este momento para criar um ambiente positivo, de partilha de saberes, e colmatando a necessidade sentida pela equipa para saber/recordar como identificar anatomicamente os locais do corpo humano. A linguagem, o estilo de apresentação e o tipo de avaliação foram adaptados às características dos formandos (Apêndice VI).

De uma forma geral foram atingidos os objetivos de aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista.

Para concluir esta reflexão acerca das competências adquiridas, será pertinente explicitar que nível de competência foi alcançado, tendo como referência os cinco níveis de experiência de Benner, baseados na teoria de aquisição de competências de Dreyfus: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito.

Considera-se que a experiência profissional e académica, anteriormente adquiridas permitem ter um vasto conhecimento para a resolução de várias problemáticas ligadas à pessoa idosa, porém, o estudo da pessoa idosa com demência foi uma área desenvolvida e aprofundada pela primeira vez na preparação para e durante o estágio, pelo que consideramos o nível competente.

A fase de competente do modelo Dreyfus refere-se ao facto do enfermeiro apresentar um planeamento de intervenções que pressupõem uma análise consciente, abstrata e analítica do problema, discernindo os aspetos essenciais dos dispensáveis numa situação concreta. São capazes de tirar benefícios dos exercícios das tomadas de decisão e de simulações, que lhes dão prática para planear e coordenar os múltiplos e diversos cuidados para fazer face às necessidades dos doentes, com maior eficiência e organização (Benner, 2001).

Planeia-se como progressão do desenvolvimento das competências, um trabalho contínuo e exaustivo, com as ferramentas adquiridas neste percurso, a possibilidade de atingir os estágios seguintes, proficiência e perito, sendo a realização de um Doutoramento em Enfermagem, desenvolvendo um trabalho na área da pessoa com demência.

5. QUESTÕES ÉTICAS

As pessoas vivem hoje mais tempo e as suas necessidades em cuidados de saúde durante as últimas etapas da vida tornaram-se uma preocupação importante e inevitável.

Ao envelhecimento associa-se a ideia de que todos iremos passar por uma fase da vida onde existirá um agravamento da morbilidade previamente adquirida, um aumento da dependência dos outros para as atividades do quotidiano e uma maior vulnerabilidade. A esta última pode associar-se a perda gradual diminuição da autonomia, e até mesmo, a incapacidade de participar nas decisões sobre a nossa própria vida (CNECV, 2014).

Muito embora, formalmente, não se possa afirmar que os direitos dos cidadãos com idade superior a 65 anos estão ameaçados, é cada vez mais necessário proclamar o igual valor e dignidade da pessoa humana em todas as fases da vida, sobretudo quando está presente uma vulnerabilidade. O objetivo de proporcionar às pessoas idosas os melhores cuidados possíveis para a melhor vida possível corresponde a um simples imperativo de justiça, que resulta do respeito pela sua vida no passado e do reconhecimento da importância da sua participação no presente (CNECV, 2014, p.3).

E é exatamente, relativo às questões ligadas à autonomia que residem os maiores problemas éticos no contexto da demência, pois se por um lado a autonomia da pessoa é um princípio ético a ser respeitado, por outro lado, existe uma realidade de aumento da dependência, que leva a uma perda da liberdade pessoal (NICE, 2007).

Porém existem outros aspetos éticos a ter em conta pois, à medida que a demência progride, a capacidade dos indivíduos para garantir ajuda da defesa dos seus direitos, ou fazer valer os seus interesses face a uma má qualidade de serviço, torna-se cada vez mais difícil. Devido a isso, os seus direitos de cidadania são facilmente violado. Isso torna-os extremamente vulneráveis ao abuso - seja ele financeiro, físico, sexual ou psicológico (Brooker, 2008).

A dependência de cuidados prestados por outros torna por vezes inevitável, o acolhimento em instituições coletivas.

Na institucionalização poderá coloca-se à partida uma questão ligada à tomada de decisão, na questão da voluntariedade da decisão do idoso em sair do domicílio, afetada ainda mais em situações de défice cognitivo. Mas existem outras questões também relevantes como, o afastamento dos familiares, a deslocalização, o abandono dos seus objetos pessoais e rotinas (CNECV, 2014).

Para tornar a vida numa instituição coletiva o mais agradável possível para os idosos necessita existir um “equilíbrio entre o respeito pela autonomia e o auxílio na dependência, o respeito pela liberdade e pelo desejo de isolamento e o estímulo ao desenvolvimento pessoal, o respeito pela privacidade e pela opção pelo ócio e o incentivo à participação em atividades coletivas” (CNECV, 2014).

No estudo de Jakobsen & Sorlie (2010), que procurou descrever situações com dificuldades éticas experienciadas por cuidadores (auxiliares de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas e assistente social) numa unidade de longa duração, mostrou que os cuidadores apresentavam um sentimento forte de os cuidados serem inadequados. Todos referiram passar diariamente por situações com dificuldades éticas, referindo que estas eram desafiadoras pela dificuldade em encontrar o balanço entre a autonomia e a dignidade nos cuidados aos doentes.

Uma das conclusões interessantes deste estudo refere-nos que o dia-a-dia dos cuidadores encontra-se posicionado entre uma área de tensão entre “o sistema do mundo” e a “vida no mundo”. Sendo que na “vida no mundo” todos os cuidadores possuem um conjunto de questões morais que orientam a sua vida, a sua maneira de pensar, refletir e de agir. Pelo que pode assumir-se, devido à compreensão do sistema de valores cultural da sociedade, que antes de serem profissionais de saúde, os cuidadores queriam todo o benefício para os doentes.

Neste estudo pode verificar-se, que os cuidadores escolhem agir de uma forma que contraria os seus valores, referindo que esta violação de valores está ligada às rotinas e à necessidade de adaptação.

Estas questões fazem com seja necessário repensar quais os cuidados que são prestados e como, tentando que haja uma mudança na gestão dos cuidados, com a abertura na comunicação para que os profissionais de saúde possam expor as questões que os incomodam, e receber feedback e supervisão por profissionais experientes e com competência nas áreas onde são desenvolvidos os cuidados.

Será então proporcionado a oportunidade de decidir, escolher e participar nas tomadas de decisão na sua vida à pessoa com demência?

O respeito pela autonomia da pessoa passa pelo envolvimento e interação no dia-a-dia, e consegue-se se a forem estimuladas as capacidades que a pessoa ainda possui (NICE, 2007)

Um estudo que tentou compreender a forma como as pessoas com demência participavam na tomada de decisão sobre os seus cuidados e a forma como os seus cuidadores familiares ou profissionais influenciavam o processo de tomada de decisão.

Os resultados mostraram que os cuidadores profissionais baseavam a sua avaliação sobre a competência mental dos doentes na sua experiência e não em testes padronizados. A forma como as pessoas com demência participavam na tomada de decisão foi variável, sendo que ocorria a tomada de decisão autónoma, contudo, a tomada de decisão compartilhada demonstrou ser o padrão mais típico. A decisão autónoma acontecia mais vezes acerca dos cuidados do dia-a-dia do que acerca de outros problemas como os tratamentos médicos.

A redução da capacidade mental, a falta de opções disponíveis ou não ser dada a oportunidade de participar levou a que as pessoas não se envolvessem na tomada de decisão. Na discussão dos resultados foram tidos em conta os valores e as relações pessoais (Smebye, Kirkevold & Engedal, 2012).

A finalidade moral da enfermagem enquanto profissão exige que cada enfermeiro regule a sua atividade por uma ética profissional. E o “ético” não é estranho ao enfermeiro, pois envolve “um juízo e determina, em si, uma escolha, uma direção para agir. E a escolha não é fruto da arbitrariedade, antes se constituindo como expressão máxima de um conjunto de valores” (Nunes, 2008, p.34).

Na prática de enfermagem destacam-se:

- Padrões éticos que assentam num conceito de moral básico (preocupação com o bem-estar de outros seres humanos), como a beneficência, a não-maleficência, o respeito pela autonomia e a justiça;

- Princípios éticos (preocupação com o desempenho dos cuidados), como, a responsabilidade, o respeito pelos direitos humanos e a excelência do exercício (Nunes, 2008).

Durante os estágios realizados, houve a possibilidade de exercitar a reflexão acerca de muitas questões acima referidas e outras foram aparecendo, existindo a necessidade de renovar conhecimentos e adquirir novos perante as questões éticas que iam surgindo.

O tema deste trabalho contém em si inúmeras questões éticas ligadas ao idoso com demência, aos cuidados matinais a estes doentes e às intervenções realizadas em caso de SPCD, durante os cuidados.

O banho é umas das atividades do dia-a-dia das pessoas com demência, onde é na maiorias das situações necessário um planeamento, para que a pessoa possa ter a sua higiene realizada, da forma mais autónoma possível, com oportunidade de escolha de como quer tomar banho, quando, o que quer vestir, e até de o recusar.

Pode referir-se que o banho é um dos momentos onde se gera maior desconforto físico e emocional para a pessoa com demência, bem como, para os cuidadores. A natureza do banho é de intimidade e privacidade e devido às alterações cognitivas a pessoa pode não interpretar da forma correta a melhor das intenções do cuidador, considerando-o uma ameaça para a sua segurança e dignidade. Como resultado, gera-se um conjunto de comportamentos defensivos por parte da pessoa com demência.

Fundamentalmente, deve analisar-se o banho do ponto de vista dos cuidados centrados na pessoa, começando por conhecer a história do doente e as suas preferências. E criar um ambiente para o banho, onde esteja visível a preocupação com a privacidade e a dignidade, se forneça orientação no tempo e espaço, se providencie liberdade de movimentos e um espaço calmo livre de barulho e agitação. A comunicação deve ser o apogeu do cuidado, e esta deve transparecer o respeito pelo doente, sendo facilitadora da relação e das atividades.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A demência é hoje uma doença com elevadas repercussões na sociedade. Devido à sua elevada incidência exige cada vez mais um planeamento de cuidados de saúde e de prevenção da doença, com um elevado impacto a nível económico.

Considera-se uma doença do envelhecimento, devido ao aumento da sua prevalência no grupo dos mais idosos. Tem impacto negativo tanto na vida da pessoa com demência como na vida dos seus familiares, exigindo um ajuste do seu quotidiano.

As características da doença desde a diminuição de memória às perturbações cognitivas, bem como os sintomas psicológico-comportamentais, levam a que a pessoa com este diagnóstico se torne progressivamente mais dependente nas suas atividades de vida necessitando de ajuda para a sua concretização.

No processo de cuidar da pessoa com demência existe a necessidade de desenvolver competências e estratégias que permitam ao cuidador adaptar os cuidados nas atividades de vida diárias, como o banho ou a alimentação, para que estes sejam momentos de prazer tanto para a pessoa com demência como para o cuidador, evitando o agravamento dos SCPD e o declínio cognitivo e funcional.

Nos cuidados de enfermagem gerais, os cuidados às pessoas idosas com demência é ainda um campo por explorar, existindo ainda muitos défices tanto a nível da formação como das competências adquiridas ao longo do percurso profissional.

Na sequência da formação como mestre e enfermeira especialista, pretendeu-se através deste estágio, de aprendizagem, desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito dos cuidados de saúde à pessoa idosa com demência em contexto de internamento residencial de longa duração, onde se utilizou como estratégia a prática baseada na evidência e os cuidados centrados na pessoa.

Considera-se que os objetivos propostos foram alcançados. O estágio permitiu a aprendizagem no contacto com a pessoa idosa com demência, em contextos que valorizam o cuidado individualizado, e a utilização de intervenções adequadas às necessidades de cada indivíduo. Facilitando o envolvimento nas atividades e a disponibilidade para a aplicação de intervenções mais especializadas e focadas nas dificuldades da pessoa com demência.

Adquiriram-se e fundamentara-se saberes e competências específicas na prestação de cuidados especializados à pessoa idosa, existindo uma preocupação constante na avaliação das várias dimensões da pessoa idosa como a avaliação da capacidade funcional identificando as limitações ao nível das atividades de vida diárias, do estado afetivo, mental, nutricional, e a avaliação dos riscos a que a pessoa idosa pode estar suscetível, como a integridade cutânea e as quedas.

Esta área do conhecimento em enfermagem era uma área que já despertava muita curiosidade e esta etapa agora concluída prevê-se como uma alavanca para o desenvolvimento de outras competências pessoais, em particular de investigação e formação. E a nível profissional vai permitir o desenvolvimento de um conjunto de atividades relacionadas com a melhoria do cuidado à pessoa idosa, que a par do estágio, foram sendo desenvolvidas, em áreas como por exemplo o cuidado de enfermagem à pessoa idosa com *delirium* durante o internamento hospitalar.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aalten, P., Vugt, N., Jaspers, M., Jolles, J., & Verhey, F. (2005). The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part I: findings from the two-year longitudinal Maasbed study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 523–530.
- Alzheimer Europe (2013). *Portugal. Prevalence of dementia in Europe*. Dementia in Europe Yearbook 2013. Luxembourg: Alzheimer Europe
- Alzheimer Portugal. (2009). *Plano Nacional de Intervenção Alzheimer. Trabalho preparatório para a conferência “Doença de Alzheimer: Que Políticas?”*. Lisboa: Associação Alzheimer Portugal. Acedido em 02/05/2014. Disponível em: [http://www.alzheimer-europe.org/content/download/9836/88093/file/Proposed%20National%20Strategy%20by%20Alzheimer%20Portugal%20\(in%20Portuguese\).pdf](http://www.alzheimer-europe.org/content/download/9836/88093/file/Proposed%20National%20Strategy%20by%20Alzheimer%20Portugal%20(in%20Portuguese).pdf)
- Alzheimer's Disease International. (2015). *World Alzheimer Report 2015 - The global impact of dementia an analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. London: Alzheimer's Disease International. Acedido em 12/01/2016. Disponível em: <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>
- Alzheimer's Association (2009). *Dementia Care Practice Recommendations for Assisted Living Residences and Nursing Homes*. Acedido em 05/08/2014. Disponível em: http://www.alz.org/national/documents/brochure_dcprphases1n2.pdf
- APA (American Psychiatric Association) (2006). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Ashman, T., Mohs, R., & Harvey, P. (1999). Cognition and aging. In Hazzard, W., Blass, J., Ettinger, W., Halter, J. & Ouslander, J. (Eds). *Principles of geriatric medicine and gerontology*. (4ª ed.) (pp.1219-1228). New York: McGraw-Hill.
- Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e a sua evolução. In Castro-Caldas, A. & Mendonça, A. (Coords). *A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp.27-40) Lisboa: Lidel

- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F. & Sobral, M. (2008). Escala de depressão geriátrica. In Mendonça, A. & Guerreiro, M. (Coords). *Escalas e testes na demência. Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demência (2ªed.)* (pp.69-72). Lisboa: Novartis
- Barrick, A., Rader, J. & Mitchell, M. (2008). Assessing Behaviors. In Barrick, A., Rader, J., Hoeffler, B., Sloane, P., & Biddle, S. (Eds.). *Bathing without a battle. Person-directed care of individuals with dementia (2ªed.)* (pp.22-34). York: Springer Company
- Barrick, A., Rader, J., Hoeffler, B., Sloane, P., & Biddle, S. (Eds.) (2008). *Bathing without a battle. Person-directed care of individuals with dementia (2ªed.)*. New York: Springer Company
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora.
- Brooker, D. (2007). *Person-centred dementia care. Making services better*. Bradford Dementia Group Good Practice Guides. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Brooker, D. (2008). Quality: the perspective of the person with dementia. In Downs, M. & Bowers, B. (Eds.). *Excellence in Dementia Care. Research into Practice*. (pp.476-491). England: Open University Press.
- Canário, R. (1997). Nota de Apresentação. In R. Canário (ed), *Formação em Situações de trabalho* (pp.7-12). Porto: Porto Editora.
- Chenoweth, L., King, M., Jeon, Y., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., Haas, M. & Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: A cluster-randomised trial. *Lancet Neurology*, 8, 317–325.
- CNECV (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida) (2014). Parecer sobre as vulnerabilidades das pessoas idosas, em especial das que residem em instituições. Acedido em 05/07/2015. Disponível em: http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1413212959_Parecer%2080%20CNECV%202014%20Aprovado%20FINAL.pdf
- Collière, M. (2002). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.

- Collière, M. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Cook, M., Swift, K., James, I., Malouf, R., De Vugt, M., & Verhey, F. (2012). Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD006929.
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014) Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, 7–17.
- Decreto-Lei n.º 76 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.
- Department of Health (2009). *Living Well with Dementia: A National Dementia Strategy*. The Stationery Office: London. Acedido em 05/08/2014. Disponível em: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/168221/dh_094052.pdf
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro (2015). Plano Nacional Para A Segurança Dos Doentes 2015-2020. Diário da República 2.ª série, N.º 28 (10-02-2015) 3882-(2).
- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: Current status and ways forward. *Lancet Neurology*, 7, 362–367.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014). Regulamento de Mestrado. Acedido em 02/04/2014. Disponível em: http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/63B35190-FD5E-4BCF-BF43-D08B1210D1DF/4612/reg_mest_02_2014.pdf
- Fazio, S. (2013). The individual is the core-and key-to person-centered care. *Journal of the American Society on Aging*, 37(3), 16–22.
- Figueiredo, D., Barbosa, A., Cruz, J., Marques, A., & Sousa, L. (2013). Empowering Staff in Dementia Long-Term Care: Towards a More Supportive Approach to Interventions. *Educational Gerontology*, 39 (6), 413-427, DOI: 10.1080/03601277.2012.701105

- Forbes, D., Thiessen, J., Blake, M., Forbes, C., & Forbes, S. (2013). Exercise programs for people with dementia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Caldas, A. & Garcia, C. (2008). Avaliação Breve do Estado Mental. In Mendonça, A. & Guerreiro, M. (Coords). *Escalas e testes na demência. Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demência* (2ªed.) (pp.33-39). Lisboa: Novartis
- Hoeffler, B., Rader, J. & Barrick, A. (2008). Understanding the Battle. In Barrick, A., Rader, J., Hoeffler, B., Sloane, P., & Biddle, S. (Eds.). *Bathing without a battle. Person-directed care of individuals with dementia* (2ªed.) (pp.3-10). York: Springer Company
- Hospital do Mar (s.d.). Unidade de demências e Alzheimer. Acedido em 10/08/2014. Disponível em: <http://www.hrmar.pt/pt/servicos-clinicos/unidades-de-internamento/unidade-de-demencias-e-alzheimer/>
- IPA (International Psychogeriatric Association) (2012a). *The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)*.Symmetry. Acedido em 14/04/2014. Disponível em: http://www.ipa-online.net/ipaonlinev4/main/publications/publications_other.html
- IPA (International Psychogeriatric Association) (2012b) *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Nurses Guide to BPSD*. Acedido em 14/04/2014. Disponível em: <http://www.bsa.ualberta.ca/sites/default/files/Nurses%20Guide%20PBSD%20IPA.pdf>
- Jakobsen, R. & Sorlie, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. *Nursing ethics*, 17 (3), 289-300
- Jordan, B., & Cummings, J. (1999). Mental status and neurologic examination in elderly. In Hazzard, W., Blass, J., Ettinger, W., Halter, J. & Ouslander, J. (Eds). *Principles of geriatric medicine and gerontology*. (4ª ed.) (pp.1209-1218). New York: McGraw-Hill.
- Karttunen, K., Karppi, P., Hiltunen, A., Vanhanen, M., Valimaki, T., Martikainen, J., Valtonen, H., Sivenius, J., Soininen, H., Hartikainen, S., Suhonen, J., & Pirttila, T.

- (2009). Neuropsychiatric symptoms and Quality of Life in patients with very mild and mild Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 473–482.
- Killick, J., & Allan, K. (2002). *Communication and the care of people with dementia*. Buckingham : Open University Press.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered. The person comes first*. Glasgow: Open University Press
- Koopmans, R., Molen, M., Raats, M., & Ettema, T. (2009). Neuropsychiatric symptoms and quality of life in patients in the final phase of dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 25–32.
- Kverno, K., Rabins, P., Blass, D., Hicks, K. & Black, B. (2008). Prevalence and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms in Advanced Dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 34 (12), 8-15.
- Lachs, M., Rosen, T., Teresi, J., Eimicke, J., Ramirez, M., Silver, S., & Pillemer, K. (2012). Verbal and Physical Aggression Directed at Nursing Home Staff by Residents. *Journal of General Internal Medicine*, 28 (5), 660–667.
- Leitão, O. & Nina, A. (2008). Inventário Neuropsiquiátrico. In Mendonça, A. & Guerreiro, M. (Coords). *Escalas e testes na demência. Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demência (2ªed.)* (pp.77-97). Lisboa: Novartis
- Mahoney E., Hurley A., Volicer L., Bell M., Gianotis P., Hartshorn, M., Lane P., Lesperance R., Macdonald S., Novakoff L., Rheume, Y., Timms R. & Warden V. (1999) Development and testing of the resistiveness to care scale. *Research in Nursing and Health*, 22, 27–38.
- Marquis, B. & Huston, C. (1999). *Administração e Liderança em Enfermagem. Teoria e aplicação (2ª ed.)*. Porto Alegre: Artmed.
- Mattson, M. (1999). Cellular and neurochemical aspects of the aging human brain. In Hazzard, W., Blass, J., Ettinger, W., Halter, J. & Ouslander, J. (Eds). *Principles of geriatric medicine and gerontology*. (4ª ed.) (pp.1192-1208). New York: McGraw-Hill.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 202-209.

- McCormack, B., & McVance, T. (2006). Development of a Framework for person-centred nursing. *Nursing theory and concept development or analysis*, 56(5), 472-479.
- Melo, G. (2005). Apoio ao doente no domicílio. In Castro-Caldas, A. & Mendonça, A. (Coords). *A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp.183-198) Lisboa: Lidel
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2007). *Dementia: A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care*. National Clinical Practice Guideline Number 42. National Collaborating Centre for Mental Health. The British Psychological Society and Gaskell. Acedido em 02/04/2014. Disponível em: <http://www.scie.org.uk/publications/misc/dementia/dementia-fullguideline.pdf>
- Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004). Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing*, 13, 3a, 45–53.
- Nunes, B., Silva, R., Cruz, V., Roriz, J., Pais, J., & Silva, M. (2010). Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC Neurology*, 10 (42).
- Nunes, L. (2008). Fundamentos éticos da deontologia profissional. *Ordem dos Enfermeiros*, 31, 33-45.
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, M., Rojo, J., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., Feldman, H., & Muñoz, R. (2010). Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 161–178
- Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem (OE) (2012, Agosto). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Divulgar
- Passalacqua, S. & Harwood, J. (2012). VIPS Communication Skills Training for Paraprofessional Dementia Caregivers: an Intervention to Increase Person-Centered Dementia Care. *Clinical Gerontologist*, 35, 425–445.

- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C & Fonseca, A. (coord.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (p.21-41). Lisboa: Climepsi editores.
- Pietro, M., & Ostuni, S. (2003). *Successful communication with persons with Alzheimer's disease: an in service manual* (2^aed.). United States of America: Butterworth Heinemann
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.^a Série, N.º 35 (18-02-2011) 8648-8643.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., de Leon, M.J., and Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139.
- Salthouse, T. (2004). What and When of Cognitive Aging. *Current Directions in Psychological Science*, 13 (4), 140-144.
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V. & Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Medica Portuguesa*, 28(2),182-188.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel
- Sidani, S., Streiner, D., & LeClerc, S. (2012). Evaluating the effectiveness of the abilities-focused approach to morning care of people with dementia. Evaluating the effectiveness of the abilities-focused approach to morning care of people with dementia. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 37–45.
- Sloane, P., Hoeffler, B., Mitchell, M., McKenzie, D., Barrick, A., Rader, J., Stewart, B., & Koch, G. (2004). Effect of a person-centred showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation and discomfort in nursing home residents with dementia: A randomised, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1795–1804.
- Smebye, K., Kirkevold, M. & Engedal, K. (2012). How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? A multi-case study. *BMC Health Services Research*, 12 (241).

- Stein-Parbury, J., Chenoweth, L., Jeon, Y. H., Brodaty, H., Haas, M., & Norman, R. (2012). Implementing Person-Centered Care in Residential Dementia Care. *Clinical Gerontologist*, 35(5), 404-424.
- Teri, L. & Logsdon, R. (2000). Assessment and Management of Behavioral Disturbances in Alzheimer Disease. *Comprehensive Therapy*. 26(3), 169-175.
- Touhy, T. (1997). The complexity of basic care. *Journal of Gerontological Nursing*, 23(5), 5-6.
- Vink, C., Birks, J., Bruinsma, S., & Scholten, M. (2009). Music therapy for people with dementia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Volicer, L., Bass, E. A., & Luther, S. L. (2007). Agitation and resistiveness to care are two separate behavioral syndromes of dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(8), 527–532.
- Volicer, L., Van der Steen, L., & Frijters, D. (2009). Modifiable Factors Related to Abusive Behaviors in Nursing Home Residents With Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(9), 617-622.
- Vries, K. (2013). Communication with older people with dementia. *Nursing older people*, 25 (4), 30-37.
- Weert, J., Dulmen, A., Spreewwenberg, P., Ribbe, M., & Bensing, J. (2005). Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(1), 24–33.
- Weert, J., Janssen, B., Dulmen, A., Spreewwenberg, P., Bensing, J., & Ribbe, M. (2006). Nursing assistants' behavior during morning care: Effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hours dementia care. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (6), 656–668.
- Wetzels, R., Zuidema, S., Jonghe, J., Verhey, F., & Koopmans, R. (2010). Determinants of Quality of Life in Nursing Home Residents with Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder*, 29, 189–197.
- Williams K.N., Herman R., Gajewski B., & Wilson K. (2009). Elderspeak communication: impact on dementia care. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 24, 11–20.

Wilson, R., Rochon, E., Mihailidis, A., & Leonard, C. (2012). Examining success of communication strategies used by formal caregivers assisting individuals with Alzheimer's disease during an activity of daily living. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 55, 2, 328-341.

World Health Organization (WHO) (2012). *Dementia. A Public Health Priority*. Acedido em 02/04/2014. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I – Estudo de Caso



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
5º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Vertente Pessoa Idosa
Unidade Curricular - Estágio

***A PESSOA IDOSA COM DEMÊNCIA FRONTO-
TEMPORAL EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE
LONGO TERMO
- Estudo de Caso -***

Elaborado por:

Cátia Sofia Martinho Guerreiro Rosa

Regente:

Professora Doutora Maria da Graça Melo e Silva

Lisboa
Abril de 2015

SIGLAS

APA- American Psychiatric Association

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence

NINDS - National Institute of Neurological Disorders and Stroke

DFT - Demência FrontoTemporal

APP – Afasia Progressiva Primária

NINDS - National Institute of Neurological Disorders and Stroke

INDÍCE

INTRODUÇÃO	4
1 – A PESSOA COM AFASIA PROGRESSIVA PRIMÁRIA	6
2 – DEMÊNCIA DE INÍCIO PRECOCE	11
4 – AVALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA	13
4.1- Exame Físico	23
4.2- Avaliação do estado funcional	24
4.3- Avaliação do estado mental e do estado afetivo	25
4.4- Avaliação do estado nutricional.....	28
4.5- Avaliação do risco de úlcera de pressão.....	29
4.6- Avaliação do risco de queda	29
5 – DIÁRIO DAS ROTINAS MATINAIS	30
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
7 – BIBLIOGRAFIA.....	39
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Guião de entrevista	

INTRODUÇÃO

As residências para idosos com demência que prestam cuidados de qualidade têm em conta as preferências pessoais das pessoas, prestam atenção pormenorizada à formação e desenvolvimento dos cuidadores. A história de vida das pessoas são valorizadas e servem como ponto de partida para a comunicação e desenvolvimento de relações (Department of Health, 2009).

Para cuidar do idoso, particularmente o idoso com alterações cognitivas, os enfermeiros necessitam “descobrir a pessoa a partir do que ela exprime” (Collière, 2002, p. 245) ou por outras palavras, conhecer a história de vida do idoso, perceber quais as suas crenças e desejos e respeitá-lo em todas as etapas do processo de cuidados, tentando realizar uma abordagem o mais individualizada possível (Love & Kelly, 2011).

Nos cuidados à pessoa com demência sabe-se que qualquer intervenção deverá um modelo de cuidados centrados na pessoa, onde: têm de estar asseguradas as competências dos profissionais para cuidar da pessoa; existe um ambiente de apoio à tomada de decisão e à inovação; se conhecessem as crenças, valores, medos da pessoa/família, se envolve a pessoa na tomada de decisão e se garante que todas as suas necessidades básicas estão satisfeitas (MacComark & McVance, 2006).

Para uma melhor abordagem à pessoa e família escolheu-se a realização de um estudo de caso que pretende descrever e analisar um caso de um doente com demência à luz da literatura existente e da evidência científica.

As questões específicas relacionadas com a tipologia da demência, neste caso a afasia progressiva primária, bem como a análise de investigação que tem como foco principal a demência de início precoce, apoia a compreensão e reflexão acerca da sua história de vida, dos seus comportamentos e necessidades atuais e das reações dos seus familiares.

Sendo a temática do estágio a higiene corporal na pessoa idosa com demência, foi dado enfoque aos cuidados matinais, em que se destacam os cuidados de higiene corporal (o banho, o vestir e o despir, o lavar os dentes, pentear e utilizar a casa de banho). Neste estudo de caso é apresentado um “diário das rotinas matinais” que resultou da observação, participação e aplicação de intervenções de enfermagem durante os cuidados a este doente. Por vezes pode fazer-se referência a outras

atividades, que não as da higiene corporal, visto ter sido realizado na interação direta com o doente e de ter sido importante a análise de outros comportamentos para uma melhor compreensão dos comportamentos.

Os itens apresentados nas tabelas do “diário das rotinas matinais” basearam-se no capítulo de *Selecting Person-Directed Solutions that Work* (Barrick, Rader & Mitchell, 2008) do livro *Bathing without a battle. Person-directed care of individuals with dementia*.

Assim este trabalho tem como objetivos:

Objetivo geral:

- Desenvolver um estudo de caso acerca de uma pessoa idosa com demência frontotemporal em contexto de cuidados de longo termo.

Objetivos específicos:

- Enquadrar os conceitos de demência frontotemporal e demência de início precoce;
- Apresentar o caso analisado;
- Apresentar a avaliação do idoso;
- Realizar um plano de cuidados de enfermagem adequado à situação exposta.

1 – A PESSOA COM AFASIA PROGRESSIVA PRIMÁRIA

O termo demência tem vindo a alterar-se ao longo do tempo, sendo hoje designado como uma síndrome de etiologia multifatorial, que se caracteriza pelo desenvolvimento de múltiplos défices cognitivos (APA, 2006). As perturbações entre as várias tipologias de demência partilham uma apresentação sintomática comum, diferenciando-se pela etiologia.

Atualmente, os quatro subtipos mais comuns de demência são a doença de Alzheimer, a demência vascular, a demência dos corpos de Lewy e a demência frontotemporal (DFT) (WHO, 2012).

A DFT é a forma mais comum de degeneração primária a seguir à doença de Alzheimer, afetando adultos de meia-idade, contribuindo para mais de 20% dos casos de demência pré-senil. É uma demência de início precoce, tendo maior prevalência entre os 45 e os 65 anos de idade, embora possa estar presente antes dos 30 anos de idade, bem como, nos idosos. A incidência é igual no género feminino ou masculino. Uma história familiar de demência encontra-se presente em cerca de metade das pessoas com diagnóstico de DFT. Após o diagnóstico da doença a esperança média de vida é de 8 anos, variando entre 2 e 20 anos (Snowden, Neary, & Mann, 2002).

Numa revisão da literatura Seltman & Matthews (2012) referem que desde o aparecimento dos primeiros sintomas o tempo médio de sobrevivência estima-se ente 6.6 e 11 anos. E desde o diagnóstico clínico, entre 3 e 4 anos. Esta diferença de anos dá-nos a entender que existe um atraso significativo desde o aparecimento dos primeiros sintomas até ao diagnóstico. O atraso médio entre os primeiros sintomas e o diagnóstico da DFT está estimado para 3,6 anos enquanto na doença de Alzheimer estima-se que seja de 2,7 anos.

A história do diagnóstico e classificação da DFT é extensa e complexa, e apesar das diversas tentativas para uniformização dos critérios clínicos e histológicos, que têm também, acompanhado o desenvolvimento dos conhecimentos nesta área, ainda não se obteve um consenso e permanece a indefinição classificativa deste subtipo de demência (Santana, 2005a).

Sabe-se hoje que existem elementos neuropatológicos essenciais para o diagnóstico, sendo eles: a atrofia lobar frontotemporal, a presença de neurónios balonizados e de corpos de Pick. Não existe um padrão histológico na maioria dos casos de DFT, mas na maioria das situações é possível identificar-se uma degenerescência neuronal seletiva com localização frontal e a presença de depósitos da proteína TAU (proteína importante na fisiopatologia da doença pela identificação de formas autossómica dominantes relacionadas com mutações no gene da proteína ao nível do cromossoma 17) (Santana, 2005b).

Para o diagnóstico da demência frontotemporal são propostos dois conjuntos de critérios pela NICE (2007):

- Os critérios Lund-Manchester, que reconhecem três síndromes principais, a demência frontotemporal, a afasia progressiva não fluente e a afasia semântica (Neary et al., 1998 citado em NICE, 2007);

- Os critérios do grupo americano NINDS (National Institute of Neurological Disorders and Stroke), grupo de trabalho sobre demência frontotemporal e doença de Pick's, que por sua vez reconhece dois tipos principais de apresentação da doença, a frontal (ligada à alteração de comportamento) e a temporal (ligada às alterações na linguagem) (McKhann et al., 2001 citado em NICE, 2007).

De uma forma resumida, na DFT de apresentação frontal existe um comportamento que pode ser tanto impulsivo (desinibido) ou apático e inclui um comportamento social inadequado, falta de tato social, falta de empatia, distratibilidade, ausência de autocritica, hiperatividade sexual, mudanças nas preferências alimentares, agitação ou, inversamente, emoções embotadas, negligência de higiene pessoal, comportamento repetitivo ou compulsivo, e diminuição da energia e motivação (NINDS, 2015).

Na DFT de apresentação temporal existe um foco na perturbação da linguagem, incluindo dificuldade em falar ou compreender a fala, muitas vezes em conjunto com sintomas do tipo comportamental. Nesta perturbação as habilidades espaciais e a memória permanecem intactos (NINDS, 2015).

Existe uma convergência clinica significativa entre as diversas variantes da DFT, no progresso da doença, deixando de existir apenas uma foco padrão de atrofia neuronal, passando a existir envolvimento difuso da área frontotemporal do cérebro (Borroni et al., 2010 citados em Seltman & Matthews, 2012). Os doentes cujos

sintomas iniciais envolviam principalmente défices comportamentais ou de linguagem, eventualmente, desenvolverão alterações cognitivas globais e perturbações ao nível do sistema motor.

À manifestação clínica de uma deterioração progressiva na linguagem (discurso), com início insidioso, que gera restrições nas atividades do seu dia-dia, em pessoas que mantêm preservadas durante vários meses outras dimensões cognitivas relevantes dá-se o nome de afasia progressiva primária (Mesulam, 2001).

Durante os últimos anos a caracterização do perfil da linguagem que dita a alteração, e os critérios clínicos e de neuroimagem que definem ou não o diagnóstico desta patologia tem sido motivo de grande debate na comunidade científica, encontrando-se artigos com diferentes classificações e terminologias. Contudo pode já encontrar-se algumas anuências.

Foi publicado em 2011 um consenso de critérios para o diagnóstico da afasia progressiva primária (Gorno-Tempini et al., 2011). Este consenso reconhece três variantes desta síndrome: agramática ou não fluente, lopoténica e semântica, que são mais evidentes nas fases iniciais da doença. Estes autores referem que os doentes devem ser diagnosticados em primeiro lugar com APP e depois baseado nas especificidades do discurso e da linguagem decidir-se qual o tipo de variante que integra a sua patologia. A classificação pode ser ainda especificada através do suporte à neuroimagem quando o padrão de atrofia neurológica é encontrado ou quando os dados patológicos ou genéticos estão disponíveis.

No mesmo artigo pode encontrar-se evidência de que doentes com diagnóstico de APP apresentam alterações neurológicas, químicas e genéticas que coincidem com patologias relacionadas com a degenerescência do lobo frontotemporal e também com a doença de Alzheimer, por este motivo e porque durante vários anos o APP ter sido considerada como uma apresentação clínica do espectro dos distúrbios frontotemporais, os autores mantiveram a terminologia da APP como uma variável da DFT.

Na APP os défices na produção da linguagem vão-se agravando progressivamente, e existe uma deterioração na capacidade de nomear de objetos (anomia), na sintaxe, ou na compreensão de palavras. Estas alterações são

perceptíveis durante uma simples conversa ou através de uma avaliação da fala ou da linguagem (Sapolsky et al., 2011).

Na fase inicial da APP, os doentes podem descrever um aumento no esforço para dialogarem, mas ainda assim apresentarem boas classificações quando submetidos a testes de avaliação da linguagem. No discurso podem não existir pausas para encontrar palavras, pois o doente é capaz de as substituir rapidamente por palavras mais simples do que aquela que ele não pôde recuperar. Os colegas e familiares podem não ser capazes de detetar o problema, associando muitas vezes as falhas às queixas de cansaço e *stress* do doente. A sintomatologia desta fase é muito "subjéctiva" e pode durar até um ano. Noutros casos, as manifestações iniciais de APP incluem pausas esporádicas no discurso para apuramento de palavras, erros de pronúncia das palavras, erros ortográficos, abrandamento na leitura, reversões pontuais da ordem das palavras, e interpretações erradas dos significados das palavras.

Os amigos e familiares podem por vezes detetar as falhas, porém, raramente as valorizam devido à sua natureza transitória. Na maioria dos casos, são os doentes que têm a maior consciência dos problemas de linguagem, muito antes de eles serem perceptíveis pela família ou mensurável pelo clínico (Rogalski & Mesulam, 2009).

À medida que a doença progride, as dificuldades tornam-se mais evidentes nos testes psicolinguísticos, como na avaliação da capacidade de nomeação, na fluência verbal e na descrição de imagens, porém, muitos dos doentes mantêm um funcionamento adequado em actividades complexas do dia-a-dia, e boas classificações quando submetidos a testes neuropsicológicos (Sapolsky et al., 2011).

Nesta fase da doença a perda neuronal e alterações neuropatológicas provocam danos em regiões do cérebro essenciais à linguagem, e o diagnóstico pode já ser suportado pela demonstração de alterações na estrutura do cérebro ou na sua função através da neuroimagem (Sapolsky et al., 2011).

Finalmente, os doentes entram na fase da "demência", onde outros domínios cognitivos, comportamentais e/ou motores são afectados, e a apresenta uma dificuldade crescente na realização das tarefas diárias, necessitando de ajuda de outras pessoas (Sapolsky et al., 2011).

É de notar que assim como as alterações cognitivas que perturbam o desenvolvimento nas actividades de vida diárias não fazem parte do envelhecimento

“normal”, a procura pelas palavras corretas, erros de pronúncia e sintaxe, também não fazem parte do envelhecimento normal. Como nos referem Rogalski & Mesulam (2009) a linguagem é muito resistente às mudanças relacionadas com a idade, pelo que a presença de uma doença nova relacionada com a linguagem é sempre anormal e deve ser designada como APP, se for atribuída a um processo neuro degenerativo.

Neste momento ainda não existe um tratamento farmacológico específico e aprovado para a APP, embora tenham vindo a ser testados alguns fármacos (Rogalski & Mesulam, 2009). O que existe neste momento são fármacos que ajudam na gestão dos sintomas cognitivos e comportamentais, como por exemplo, os antidepressivos, que ajudam a gerir o humor e o controlo de alguns comportamentos (Kortten & Rogalski, 2013).

Para Sapolsky et al. (2011) os tratamentos devem melhorar a função e/ou desacelerar a progressão da doença. Alguns destes tratamentos, como formas específicas de terapia da fala e da língua podem ser desenvolvidas especificamente para doentes com APP. E no tratamento farmacológico deve ser dada importância ao desenvolvimento de fármacos neuroprotetores, não somente direcionados para a APP, mas também para outras formas de demência frontotemporal.

2 – DEMÊNCIA DE INÍCIO PRECOCE

Como vimos no capítulo anterior, a tipologia da demência frontotemporal tem como uma das características principais ser uma demência de início precoce, afetando pessoas entre os 45 e os 65 anos. Para este estudo de caso é relevante fazer uma abordagem à demência de início precoce, pois apesar de o estudo de caso ser acerca de uma pessoa idosa, com mais de 65 anos de idade, os sintomas e o diagnóstico apareceram numa fase anterior da sua vida, o que teve implicações na etapa de vida em que o doente se encontra agora, condicionando o planeamento da sua vida e da vida dos seus familiares.

A demência é geralmente considerada uma doença da velhice, e como referido pela WHO (2012) quando é diagnosticada antes dos 65 anos de idade define-se como demência de início precoce, e é uma doença rara. Os estudos a nível mundial acerca da sua prevalência são escassos e subestimam a verdadeira prevalência da doença, pois baseiam-se fundamentalmente nos registos clínicos, assumindo que todas as pessoas que apresentam sintomas procuram ajuda de imediato e que são corretamente diagnosticadas.

Da análise de alguns estudos de prevalência, Bakker et al. (2010), referem que em 3 a 5% dos casos de demência o início da doença ocorre antes dos 65 anos de idade. Cerca de dois terços dos casos de demência precoce ocorrem após os 55 anos de idade e o género masculino é predominante (WHO, 2012).

O impacto na vida da pessoa e familiares com demência difere quando o diagnóstico é realizado numa pessoa jovem ou numa pessoa idosa. Na demência de início precoce o diagnóstico ocorre numa etapa da vida onde a pessoa desempenha um papel ativo na sociedade, pode inclusive ter filhos jovens, o que faz com que a perda de papéis e responsabilidades seja maior do que na pessoa idosa, dando origem a diferentes necessidades, exigindo uma abordagem específica no planeamento dos cuidados (Bakker et al., 2010).

Nos últimos anos têm existido estudos que pretenderam perceber quais as dimensões afetadas nas pessoas com demência de início precoce, bem como as suas necessidades e a dos seus familiares. A revisão sistemática da literatura de Vliet, Vugt, Bakker, Koopmans & Verhey (2010), refere que os cuidadores de doentes com

demência de início precoce experienciam uma variedade de problemas psicossociais que incluem problemas relacionais, conflitos familiares, problemas com o emprego, dificuldades financeiras e problemas relacionados com o diagnóstico.

Uma das atividades com impacto para a família é a perda da atividade laboral ou de outra atividade com propósito para a pessoa com demência levando a família a sentir um profundo sentimento de perda. Afeta a dignidade pessoal, os relacionamentos, a economia familiar, e recorrentemente, questões de segurança, pois o doente tem de ficar muitas vezes sozinho em casa, visto que o seu parceiro ainda trabalha e fica o dia todo fora de casa, levando muitas vezes à necessidade de internar a pessoa numa unidade de longa duração (Roach & Drummond, 2014).

De uma forma geral, os cuidadores informais são-no porque o seu familiar necessita de ajuda, por amor ou por dever moral, esta não é, geralmente, uma escolha consciente mas sim uma adaptação gradual às mudanças do familiar doente, influenciada fortemente pela relação anterior ao diagnóstico (Vugt & Verhey 2013).

Relativamente ao cônjuge existem questões que não podem ser ignoradas, e que medeiam o relacionamento entre o doente e o seu parceiro como o tempo prolongado até ao diagnóstico, a falta de ajuste entre as necessidades e os serviços, dedicação à prestação de cuidados versus a própria perspetiva futura do cuidador, a necessidade de resposta individualizada por parte dos serviços de saúde (Bakker, et al., 2010). Num estudo que focou as mulheres como cuidadoras informais revelou através de entrevistas que estas percecionam como prioritário o seu papel de cuidadoras e as suas responsabilidades, sendo as outras atividades e o cuidar delas própria colocado em segundo plano, o que para os investigadores se revelou como um dado importante referindo que existe a necessidade de desenvolver cuidados de saúde adequados, que integrem este compromisso e não ignorem o sentimento de dever moral de cuidar (Eriksson, Sandberg & Hellstrom, 2012).

Existe também uma preocupação crescente relativamente aos filhos destes doentes, espelhada nos vários estudos acerca desta temática. Os estudos tentam compreender as perspetivas das crianças, através do seu próprio relato, como no estudo de Svanberg, Stott & Spector (2010) ou o estudo de Nichols, et al. (2013) que procurou conhecer as necessidades e experiências concretamente dos cuidadores jovens de pessoas com demência fronto temporal de início precoce, para posteriormente criarem um *website* de suporte para estes cuidadores.

4 – AVALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA

Para determinar os cuidados de enfermagem necessários na pessoa idosa com demência a residir numa residência de longo termo é necessária uma avaliação multifatorial. Os instrumentos de avaliação da pessoa idosa escolhidos nesta situação tiveram em conta a pessoa e o contexto onde se encontra no presente.

Para a avaliação do doente foi realizada a colheita de dados através de várias fontes de informação (observação, exame físico, entrevista a uma familiar próxima (apêndice I) e consulta de processo clínico), considerando os seus aspetos biopsicossociais.

Os instrumentos escolhidos devem ser aplicados em várias fases do período em que o doente vive na residência de longa duração, de forma a existir uma ligação entre a avaliação inicial, a integração no dia-a-dia da residência e a progressão da doença realizando-se posteriormente uma relação entre estes, avaliando os resultados em saúde.

Nesta situação serão apresentados os resultados de alguns instrumentos aplicados neste caso.

❖ **Data de internamento na residência de longa duração: 10/11/2014**

❖ **Dados biográficos:**

Nome: José (Nome fictício)

Idade: 66 anos

Sexo: Masculino

Raça: Caucasiana

Nacionalidade: Portuguesa

Escolaridade: Estudou direito sem terminar o curso. Cumpru serviço militar obrigatório, nas colónias do ultramar.

Profissão: Quadro em multinacional

Estado civil: Casado

Filhos: 2 (1 género feminino (mais velho); 1 género masculino)

Religião: Agnóstico

Línguas: Português, Inglês, Espanhol e Francês

❖ Dados de saúde (dados recolhidos em entrevista à esposa):

Antecedentes familiares:

- Pai – Hipertensão arterial; História pouco concisa de alterações cognitivas (segundo a esposa do Sr. José, a mãe do Sr. José referiu algumas vezes que o marido se perdia, ou tinha comportamentos estranhos).

Antecedentes pessoais:

- Primoinfeção tuberculosa (na infância);
- Meniscectomia;
- Em 1995 teve um acidente de aviação que resultou em fratura do externo, várias lesões internas e esplenectomia, tendo ficado em coma induzido durante 48 horas após o acidente;
- Ácido úrico (sem crises de gota há 40 anos);
- Fumador dos 18 anos até cerca dos 30 anos, altura em que deixou de fumar e apenas o fazia socialmente;
- Hipertensão arterial;
- Hiperplasia benigna da próstata (diagnosticado após o diagnóstico de demência, por motivos que a esposa não soube especificar o doente teve um período que parou a medicação e teve um episódio de retenção urinária tendo de ser algaliado, no domicílio removeu a algália por si próprio, este episódio foi motivo de grande stress tanto para o doente como para a esposa);
- Demência frontotemporal - Afasia progressiva primária (primeiros sintomas em 1999).

Medicação atual:

- Candesartan 10mg, 1 comprimido ao pequeno-almoço;
- Finasterida 5mg, 1 comprimido ao jantar;
- Tansulosina 0,4mg, 1 comprimido ao pequeno-almoço;
- Cianocobalamina 1mg, 1 comprimido ao pequeno-almoço;
- Lorazepam 1mg, 1 comprimido ao jantar.

❖ Enquadramento familiar e sócio – económico (dados recolhidos em entrevista à esposa):

O Sr. José vivia, antes do internamento na residência de longa duração, em Lisboa com a esposa e a sogra. Situação económica/financeira estável. Os filhos vivem e trabalham no estrangeiro.

❖ História da progressão da demência e o que levou ao internamento na residência de longa duração (dados recolhidos em entrevista à esposa):

Ao longo da entrevista à esposa do Sr. José foram feitas questões, que mantinham uma linha cronológica, contudo, a esposa nem sempre conseguiu especificar as datas dos acontecimentos, existindo histórias/situações que precederam outras, mas que parecem ter tido maior importância na vida da esposa e do Sr. José, e por isso aparecem em primeiro lugar no discurso da esposa.

Os primeiros sintomas das alterações cognitivas iniciaram-se no primeiro semestre de 1999. Antes destes sintomas a esposa do Sr. José descreve-o como “um homem muito equilibrado”, referindo que era muito organizado e ativo. Em algumas notas presentes em relatórios médicos no processo do Sr. José, pode ler-se que gostava de ter controlo sobre as situações, particularmente no trabalho que desenvolvia.

Para a esposa o primeiro sinal da doença foi a mudança de personalidade súbita, referindo que o Sr. José apresentava comportamentos que ela considerava infantis e também de maior *stress* com as situações do dia-a-dia e do trabalho. Perante estas alterações a esposa referiu que o que sentiu nestes primeiros momentos foi “Este não é o homem com quem casei”, mas depressa surgiram outras alterações que lhe despertaram a atenção.

A 1ª palavra que o Sr. José deixou de dizer foi “frigorífico”, apontando para o objeto mas sem conseguir pronunciar a palavra. Ao ver televisão, fazia perguntas à esposa sobre acontecimentos históricos, que esta sabia que ele conhecia muito bem, parecendo não conseguir relacionar os acontecimentos históricos do passado com notícias atuais. A esposa começou a reparar, que nos almoços/jantares com a família e/ou amigos o Sr. José deixou de falar, também deixou de falar em público e ao escrever dava erros ortográficos graves.

Uma das características que também mudou no Sr. José foi o seu comportamento a nível da sexualidade. A esposa descreve-o como um homem “púdico” antes da doença, mostrando-se cada vez mais desinibido sexualmente à medida que a

patologia avançava. No discurso da esposa encontram-se histórias em que ela compara o antes e o depois, sendo que antes da doença o Sr. José nunca pareceu ter interesse noutra mulher, nunca elogiando ou falando de características físicas, e após os primeiros sinais este começou a olhar com interesse para outras mulheres, chegando mesmo a abordar uma amiga em comum.

Inicialmente, a esposa referiu sentir-se “perdida” e negou tudo o que estava a acontecer, posteriormente começou a tentar que o Sr. José consultasse um médico, algo que este recusava, não deixando a esposa tomar qualquer tipo de decisão relativamente a este assunto.

O Sr. José acabou por falar com uma amiga em comum, referindo que algo não estava bem e que necessitava de ajuda. Foi a partir daí que procuraram um médico, obtendo o diagnóstico de “afasia semântica”. O médico deu indicações para o Sr. José continuar a trabalhar, algo que ele fez mas com dificuldade, segundo a esposa recorria a agendas e notas para conseguir manter os seus compromissos.

Após estas primeiras etapas da demência o Sr. José, manteve uma progressão da afasia, e acabou por deixar de trabalhar, tendo sido ele próprio a tratar das burocracias da reforma, através do computador. A esposa começou a perceber que ele dormia mais, parecia mais cansado e menos ativo.

Iniciou um quadro de rotinas que ele próprio definiu e mantinha. Desde há 8 anos fazia duas sextas por dia, uma de manhã e outra antes do jantar. Acordava por volta das 11:45 tomando banho. Posteriormente comia papa e tomava os comprimidos, indo para o computador até às 14 horas, hora que definiu para ir dar um passeio que demorava cerca de uma hora e meia (desde há 5 anos). Até recentemente fazia estes passeios sozinho, e por vezes perdia-se, conseguindo na maioria das vezes regressar a casa, quando se perdia, observava/descobria locais novos e depois queria que a esposa os fosse visitar também.

Às 5 horas tomava o lanche, fazendo uma sesta depois. Jantava às 20 horas e ficava no computador até cerca da 1 hora, nesta altura vestia o pijama e dormia. Todas estas tarefas eram realizadas sem qualquer ajuda ou supervisão.

Até há 2 anos atrás o Sr. José pedia para ir a concertos musicais, e a esposa levava-o, contudo estes podiam tornar-se em situações embaraçosas, pois cada vez mais a forma do Sr. José mostrar impaciência era através de comportamentos ligados à desinibição sexual, como apalpar a esposa em público, encostar-se a ela fazendo

movimentos da cintura para trás e para a frente, ou beijá-la. Por este motivo, e também pelo desinteresse crescente do Sr. José, deixaram de ir a concertos musicais.

Até Agosto de 2014 o Sr. José mantinha-se independente, consultando a internet para consultar e gerir as contas bancárias, sem nenhum défice físico, era independente em todas as atividades de vida diárias, e a esposa apenas tinha a ajuda de uma empregada que tratava da alimentação e das tarefas domésticas. Para os passeios, nos últimos anos, o Sr. José era muitas vezes acompanhado pelo cunhado, que também lhe fazia a barba.

Apesar de a afasia ser cada vez mais evidente, o Sr. José conseguia comunicar as suas necessidades, através de gestos ou de palavras que a esposa reconhecia.

Em Agosto, segundo a esposa, houve um episódio em que o Sr. José parece ter ficado doente, não se sentindo bem, passou um dia na cama. E a partir desse dia o comportamento do Sr. José alterou-se, esperando que o fossem ajudar para as atividades de vida diárias, não tomando banho sozinho, não se alimentando sem que alguém lhe colocasse o prato com a comida. E se antes não saía do computador, agora levantava-se por vezes e sentava-se perto da esposa, sem dizer nada, levantando-se passado um pouco para regressar à sua secretária. No computador, jogava 3 ou 4 jogos estando incluídos o solitário e as copas.

A necessidade de optar por o Sr. José ir para uma residência de longa duração tornou-se maior aquando esta crescente dependência nos cuidados e pelo facto de a empregada que tinham não se conseguir adaptar às novas necessidades.

O Sr. José e a sua esposa mudaram de casa e de cidade muitas vezes ao longo da sua vida, pelo que a esposa pensou que este se iria adaptar bem a um novo espaço. Para ela este foi um momento de grande *stress*, referindo-se a esse momento dizendo “custou-me horrivelmente”, “ele saiu da minha vida”, “estou muito triste!”, porém ela própria optou mudar de casa e iniciar uma nova etapa. A frase com que iniciou a entrevista denunciou desde o início o seu estado de espírito mas que faz todo o sentido no final desta descrição em que ela diz que houve um tempo em que tinha pena dela própria por tudo o que passou, mas que neste momento tinha esse sentimento para com a situação do marido, pelo azar que este teve durante a sua vida.

❖ Hábitos da vida:

Auto cuidado: Comer e beber	Antes do diagnóstico	Depois do diagnóstico (Focando o período imediatamente antes de o doente ir para a residência)
	<p>Realizava 3 refeições por dia. Não comia entre refeições. Não apreciava doces “Não era guloso”. Preferia pratos de peixe.</p> <p>Ingeria um copo de vinho às refeições.</p>	<p>Independente a alimentar-se.</p> <p>A maior alteração foi que passou a gostar menos de peixe.</p> <p>Mantem 3 refeições por dia. Pequeno-almoço (papa) às 12horas, depois do qual comia sempre uma banana, o lanche às 16horas e o jantar às 19:30h.</p> <p>Toma a medicação com as refeições e os comprimidos são colocados num pequeno recipiente amarelo de onde o Sr. José os tira e toma com água. Se os comprimidos não estiverem neste recipiente o Sr. José parece não os reconhecer como comprimidos e não os ingere.</p>
Auto cuidado: Higiene	Antes do diagnóstico	Depois do diagnóstico
	<p>Tomava banho de manhã.</p> <p>Não gostava de lavar os dentes quando era novo.</p> <p>Utilizava desodorizante e perfume diariamente.</p>	<p>Tomava banho de manhã com supervisão da esposa. Por vezes aborrecia-se, e recusava tomar banho.</p> <p>Não gostava de lavar os dentes, recusando fazê-lo. A esposa levava-o a um higienista oral de 6 em 6 meses, garantindo a higiene oral.</p> <p>O cunhado ajudava a fazer a barba.</p> <p>Cortava as unhas sozinho.</p> <p>Utilizava desodorizante e perfume diariamente.</p>

Estudo de Caso

Auto cuidado: Vestuário	Antes do diagnóstico	Depois do diagnóstico
	Viajava muito e preparava as próprias malas.	Mantém o estilo que vestia anteriormente. Estilo mais clássico. O Sr. José não escolhia a roupa, e vestia-se de forma independente se a roupa estivesse por ordem próximo dele.
Auto cuidado: Atividade Física	Antes do diagnóstico	Depois do diagnóstico
	Andava de bicicleta esporadicamente. Nunca gostou muito de praticar atividades desportivas.	Sem dificuldades na mobilidade. Caminha 1 hora e 30 minutos, diariamente, acompanhado pelo cunhado.
Auto cuidado Ir ao sanitário Eliminação vesical	Antes do diagnóstico	Depois do diagnóstico
	Sem alterações. Urinava de pé.	Apresenta hiperplasia benigna da próstata, com história de retenção urinária. Após início da medicação sem alterações. Urina de pé para o lavatório das mãos.
Auto cuidado Ir ao sanitário Eliminação intestinal	Antes do diagnóstico	Depois do diagnóstico
	Sem alterações. Sempre à noite.	Com mudança do hábito. Passou a evacuar em outras horas do dia. Dificuldade em limpar-se sozinho. Maioritariamente evacua uma vez à noite.

Sono/ Repouso	Antes do diagnóstico	Depois do diagnóstico
	<p>Sempre foi muito ativo. Nunca precisou de despertador para acordar. Acordava sempre bem-disposto. Apenas quando se encontrava sob grande <i>stress</i> no trabalho é que apresentava um período de insónias.</p>	<p>Dormia muito. O padrão de sono alterou-se e o Sr. José fazia uma sesta diária, antes do jantar. Deitava-se à 1 hora e acordava às 12horas. Sem insónias. Toma um comprimido antes de dormir (Lorazepam), que segundo a esposa foi um conselho médico, para diminuir a ansiedade.</p> <p>Guiava-se pelo relógio de pulso para acordar e para se deitar.</p> <p>Dormia com uma almofada azul em forma de coração em cima da cara.</p>
Sexualidade	Antes do diagnóstico	Depois do diagnóstico
	<p>Descrito pela esposa como “púdico” relativamente à sua sexualidade, os dois casaram em 1972 tendo dois filhos. Andavam de mãos dadas em público e o Sr. José sempre foi carinhoso, porém nunca muito expansivo nas suas demonstrações afetuosas.</p>	<p>O doente apresentava comportamentos de desinibição sexual, beijando freneticamente quando a esposa chegava perto dele. Apalpa as mamas e apertava os mamilos quando não queria que esta interviesse nas suas atividades.</p> <p>Em público, particularmente quando estava ansioso ou cansado, balançava a cintura para trás e para a frente junto do corpo da esposa. Independentemente do género, se a pessoa chegasse junto do Sr. José para interagir, este beijava e dava abraços, fazendo movimentos com as sobrancelhas, para cima e para baixo, mostrando a língua, mandando beijos e referindo repetitivamente as frases “muita linda!” “muita bem!”. Agarrava as mãos da pessoa e tentava dar beijos ou pequenas dentadas.</p> <p>Pessoas com o cabelo loiro prendem a sua atenção com maior facilidade.</p>

Relação com os filhos	Antes do diagnóstico	Depois do diagnóstico
	<p>O Sr. José sempre foi ligado aos filhos. Acompanhou de perto a evolução dos filhos na escola, sendo exigente. A esposa recorda-se de ele olhar para o filho em criança ao longe e dizer “eu gosto tanto deste miúdo”, mostrando um grande afeto para com o filho.</p>	<p>O Sr. José mantém contacto com os filhos, mas com pouca frequência por estes se encontrarem longe. Ao olhar para as fotografias a esposa tem a percepção de que o marido não identifica/reconhece o filho.</p>
Auto cuidado: Atividades recreativas	Antes do diagnóstico	Depois do diagnóstico
	<p>Gostava de ouvir música. Géneros musicais: Jazz, Country, Brasileira. Gostava de ir a concertos.</p>	<p>A música deixou de ter interesse para o Sr. José. Este tem alterações auditivas, não percecionando os sons, não direciona o olhar quando se chama pelo nome, ou quando se bate palmas, entre outros sons.</p> <p>Fica no computador a jogar jogos de cartas como o “solitário” ou as “copas”. Liga e desliga o computador de forma independente.</p> <p>Gostava de dar passeios acompanhado pela esposa ou pelo cunhado.</p>

❖ Integração na residência de longa duração:

Para uma melhor integração na residência o Sr. José ficou num quarto individual, onde foi colocada uma secretária com o seu computador portátil e molduras com fotografias da família. O Sr. José parece não apreciar que os objetos sejam mudados de sítio, e sempre que alguém retira os objetos da mesa ele volta a colocá-los como estavam.

A esposa levou os objetos de uso pessoal que o Sr. José costuma utilizar e estes foram mantidos, desde a roupa aos produtos de higiene, a almofada que o Sr. José utiliza para dormir e o recipiente onde se colocam os comprimidos na hora das refeições. Nas primeiras semanas foram mantidas as rotinas do domicílio.

Nos primeiros dias o Sr. José levantava-se cerca das 12 horas, vestindo-se sozinho, sem tomar banho ou lavar a cara, saía do quarto e procurava alguém para o encaminhar para a sala das refeições. Foi realizado um plano para alterar alguns comportamentos relativos à higiene e às rotinas matinais que podemos encontrar no diário apresentado posteriormente neste trabalho.

Ao longo do dia foram sendo mantidas as atividades que o Sr. José costumava realizar em casa, o passeio na rua, o lanche, a sesta da tarde, o jantar e depois o deitar-se cerca da 1 hora.

No primeiro contacto com as auxiliares o Sr. José apresentou-se sempre sorridente. Inicialmente dizia poucas palavras e apenas se estimulado com o toque é que pronunciava frases como “muita bem!” “muita linda!” ou “está bem!”, afastando com as mãos quem estava a interagir com ele, especialmente se estivesse deitado e ainda não fosse hora de levantar ou se estivesse sentado na secretária a jogar no computador. Após realizar qualquer refeição levantava-se e entregava a loiça à pessoa que estava na cozinha, dizendo “obrigada!”, e puxando esta pessoa, fazia com que ela o encaminhasse para o seu quarto.

Quando estava a realizar alguma atividade onde se esteja a movimentar realiza um som contínuo, batendo com os dentes uns nos outros, algo que, quando está a desenvolver atividades como comer e beber, jogar computador ou a pentear o cabelo para de imediato.

Os comportamentos de desinibição sexual mantiveram-se e tentava muitas vezes apalpar quem chegasse perto dele, beliscando a cara, dando beijos ou pequenas dentadas no pescoço e nas mãos. O aperto de mão é sempre muito firme, porém quase sempre sem magoar. Muitas vezes se a pessoa que interage com ele

se aproxima muito este puxa-a e tenta sentá-la no colo. Também faz um convite para quem está junto dele se sentar no colo, batendo com as duas mãos nas coxas, piscando os olhos, e batendo com os dentes uns nos outros.

Na interação com os outros clientes mantém os mesmos comportamentos acima descritos, ignorando todas os clientes que não interajam diretamente com ele.

Após cerca de 3 semanas, foi alterado o quarto, mas manteve-se a secretária e o computador o que parece não ter afetado nenhum comportamento no Sr. José, que nesta altura já se desloca da sala de refeições para o quarto de forma independente.

Começou a partir desta altura a dizer mais palavras e até algumas frases, como por exemplo quando a enfermeira procurava o pijama que ele tinha despido durante a noite, e estava a abrir gavetas, ele puxa o braço da enfermeira, levanta a almofada e diz “vês? Está aqui!”, ou quando é obrigado a fazer algo que ele não quer como levantar-se da cadeira enquanto joga, ou quando é necessário dar um último retoque na barba ele diz “Caralha! Não gosto disto!”.

A esposa considera que o Sr. José se adaptou bem à residência de longa duração, ao espaço e às pessoas. Na sua opinião manter as rotinas foi benéfico para o marido.

4.1- Exame Físico

❖ **Sinais vitais:** Temperatura: 36,8°C; Frequência cardíaca: 84bpm (pulso rítmico); Frequência respiratória: 18 ciclos por minuto; Pressão arterial: 128/74mmHg; Dor: sem fácies de dor;

❖ **Exame físico:** O exame físico realizado ao Sr. José foi realizado em vários dias, sendo que o doente não colaborou nesta avaliação, impedindo que fossem realizados todos os itens de um exame físico. Aparentemente não apresenta alterações significativas na avaliação física, nem achados novos. A mencionar uma cicatriz horizontal no abdómen e hemorroidas, sem sintomatologia.

4.2- Avaliação do estado funcional

❖ **Índice de Barthel:** Instrumento desenvolvido para avaliar as atividades de vida diárias (ABVD) (Sequeira, 2010).

❖ Atividades

Alimentação

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda (Necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)

10 = Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável.)

_____ 5 _____

Vestir

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza num bom tempo)

10 = Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)

_____ 5 _____

Banho

0 = Dependente

5 = Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)

_____ 0 _____

Higiene corporal

0 = Dependente

5 = Independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)

_____ 5 _____

Uso da casa de banho

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)

10 = Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se, e arranja-se sozinho)

_____ 5 _____

Controlo intestinal

0 = Incontinente fecal

5 = Incontinente ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)

10 = Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres fá-lo sozinho)

_____ 10 _____

Controlo vesical

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Incontinente ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)

10 = Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)

_____ 10 _____

Subir escadas

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)

10 = Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)

_____ 10 _____

Transferência cadeira /cama

0 = Dependente

5 = Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)

10 = Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima ou supervisão)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)

_____ 15 _____

Deambulação

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)

10 = Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)

15 = Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andador, canadianas)

_____ 15 _____

Total (0 - 100) : 80 - Grau de dependência: Ligeiramente dependente

4.3- Avaliação do estado mental e do estado afetivo

Não foram aplicadas quaisquer escalas de avaliação do estado mental ou afetivo com questionário direto ao Sr. José por este demonstrar dificuldades marcadas no reconhecimento dos sons e das palavras e na expressão verbal, apresentando um discurso limitado, com poucas palavras e pobre ao nível do conteúdo.

Foram por isso avaliadas algumas categorias como:

❖ **Aparência e comportamento:** O Sr. José aparenta a idade que tem, utiliza roupa adequada à sua idade (escolhida pela esposa e diariamente pelas auxiliares na residência de longa duração). Geralmente encontra-se limpo, penteado e com uma postura correta.

Sentado na secretária jogando no computador mantém-se em silêncio e com aparente atenção no jogo que está a realizar (por curtos tempos de observação o doente demonstrou jogar com alguma lógica aos jogos escolhidos por ele (solitário e copas)).

Na sala de refeições tem um comportamento adequado, iniciando a refeição e terminando-a por completo, utiliza os utensílios apropriados. Come de forma metódica, uma colher de sopa, um gole de água/chá, um garfada de comida, um gole de água/chá. No final de cada refeição costuma lambear o prato, exceto a tigela da sopa. Mostra um comportamento impaciente se os pratos não chegam de seguida, olha para todas as pessoas na sala com um fâcias de questionamento e bate com os dentes

uns nos outros. Se passar algum tempo o Sr. José levanta-se da mesa e entrega os utensílios, sempre em silêncio, costuma voltar a sentar-se se for colocado na mesa um prato com comida e ele for convidado com gestos a voltar para a mesa.

Geralmente coopera com todos os profissionais de saúde, desde que a atividade proposta seja a que ele está à espera, se por exemplo, ele apresenta a roupa suja no meio do dia, existindo a necessidade de a trocar ou de tomar um duche, costuma mostrar resistência, e só após algum tempo e tentativas para lhe remover a roupa é que o Sr. José aceita colaborar, com renitência.

Por vezes, se na hora de ir andar na rua não houver ninguém para o acompanhar, o Sr. José senta-se no *hall* de entrada da residência aguardando com impaciência. Se nenhum profissional ou familiar estiver presente puxa outros clientes para o acompanhar, comprometendo a sua segurança. Se estiver a chover também necessita de sentir a chuva para compreender que não pode ir para a rua.

Apresenta alguns comportamentos de desinibição sexual que perturbam as relações sociais, e podem ser percecionados como agressividade, pois o doente fá-los com muita frequência e aplica força física. Por exemplo, para dar um beijo na face costuma abraçar o pescoço da pessoa e só depois dar o beijo. Se mostrar muita emoção, pode morder a face da outra pessoa. Se em proximidade com alguém, tenta apalpar o peito, as pernas, puxar as orelhas, e/ou morder as mãos, fá-lo tanto a pessoas do género feminino como masculino. Na maioria das vezes este comportamento não é agressivo, mas pode magoar ou provocar sentimentos de invasão do espaço pessoal.

Para avaliar mudanças de comportamentos do Sr. José durante a sua estadia na residência de longa duração foi aplicado o inventário neuropsiquiátrico.

Apresenta-se aqui o ponto da avaliação com alterações:

C. Agitação/Agressão

1 – O paciente fica zangado com quem tenta tratar dele, ou opõe resistência por ex. a tomar banho, ou a mudar de roupa – Frequentemente, gravidade ligeira, desgaste emocional: Mínimo

2 – O paciente é teimoso, e só faz as coisas como ele quer? – Frequentemente, gravidade ligeira, desgaste emocional: Mínimo

3 – O paciente não colabora e rejeita a ajuda de terceiros – Frequentemente, gravidade ligeira, desgaste emocional: Mínimo

4 – O paciente apresenta algum outro comportamento que faça com que seja difícil lidar com ele – Frequentemente, gravidade ligeira, desgaste emocional: Mínimo

8 – O paciente apresenta qualquer outro comportamento agressivo ou alterado – Ocasionalmente, gravidade ligeira, desgaste emocional: Mínimo

❖ **Nível de consciência e orientação:** O Sr. José mantém níveis de consciência dentro dos padrões normais, encontrando-se alerta durante o dia, com um padrão de sono de 8 a 9 horas, sem dificuldade em despertar. Mantém-se calmo. O Sr. José não responde às perguntas “Como se chama?” ou “Diga que horas são?”, mas orienta-se pelo relógio pessoal para realizar as atividades de vida diárias, questionando através de comunicação não-verbal quando o horário das atividades é alterado. Localiza o seu quarto e a sua casa de banho.

❖ **Discurso e capacidade para comunicar:** O discurso é limitado como referido anteriormente. A comunicação não-verbal é coerente e representativa dos comportamentos do doente.

As palavras/frases que refere são:

- Em situações em que se encontra aparentemente com humor eutímico, geralmente quando alguém se aproxima dele ou está junto dele, refere-as em diferentes tons para agradecer a presença da pessoa que está com ele, com um sorriso ou gargalhada, ou então num tom em que se percebe desagrado, mostrando simpatia mas ao mesmo tempo pedindo que a pessoa se afaste: “Muita linda!”, “Muita bem!”, “Está bem, querida!”

- Para agradecer: “Obrigada!”

- Em tom de reclamação por algo que lhe desagrade: “Agora?”; “Caralha!”, “Não gosto disto!”

- Para explicar: “Vês, está aqui!” (apontando para o local)

❖ **Humor e afeto:** Aparentemente humor eutímico a maioria do tempo. A expressão facial e a linguagem corporal correspondem ao humor apresentado. Apresenta por vezes comportamentos de desinibição sexual.

❖ **Memória:** Difícil de avaliar pela fala de compreensão da linguagem, principalmente a memória remota. Desde que entrou na residência o doente parece ter aprendido novas rotinas, tendo sido capaz de alterar as existentes, mostrando capacidade para

reter informação recente, relacionada com as rotinas diárias. Exemplos: em casa nunca lavava os dentes, na residência, após estar vestido aguarda que lhe seja dada a escova de dentes com a pasta já colocada (se não estiver o doente esfrega os dentes sem a pasta), e lava os dentes, posteriormente bochecha com água, despeja a água do copo e arruma a escova no copo (movimentos realizados pelas cuidadoras repetidamente e que o doente aparentemente imita).

Apresenta alguma deterioração da capacidade para reconhecer ou identificar objetos apesar de manter as funções sensoriais intactas (agnosias?), não reconhece os objetos da higiene corporal, a esponja tem de ser colocada na mão, assim como a escova de dentes. Penteia-se sempre sozinho mas se o pente não se encontrar no local do costume, o doente parece não o visualizar, embora esteja no seu ângulo de visão e o cuidador esteja a apontar, se o cuidador não estiver presente enquanto o Sr. José se veste, orientando a posição da roupa, este veste, por exemplo, as calças com o fecho de zip para trás.

Apresenta perturbação na capacidade de execução, para além das atividades da rotina o doente recusa fazer outras atividades que não estejam planeadas, cedendo facilmente ao pedido, mas ficando ansioso se essa atividade não lhe parecer útil ou interessante. Com iniciativa própria não planeia, inicia, sequencia, monitoriza ou produz qualquer comportamento complexo.

4.4- Avaliação do estado nutricional

❖ Avaliação do índice de massa corporal (IMC):

- Peso: 97,3kg (para pesar o Sr. José foi necessário que este se colocasse em cima da balança, por este não perceber a balança como tal, após o duche, colocou-se a balança na casa de banho e enquanto o Sr. José abotoava a camisa, era puxado para cima da balança e por este se encontrar a fazer movimentos finos, a balança avaliava o peso)

Altura: 1,90m (dado referido pela esposa)

IMC: $97,3 / (1,90 * 1,90) =$ aproximadamente 26,95 kg/m² – Sobrepeso

❖ **Mini Nutricional Assessment (MNA):** Este instrumento permite identificar clientes idosos desnutridos ou em risco de desnutrição. Foi realizada a triagem do risco de desnutrição e o Sr. José apresentava uma pontuação de 13, ou seja, estado nutricional normal.

4.5- Avaliação do risco de úlcera de pressão

❖ **Escala de Braden** (Orientação nº 017/2011 de 19/05/2011 Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q) da Direção Geral de Saúde, 2011):

Aplicada ao Sr. José

Pontuação: 21 - Baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão:

- Perceção sensorial: Ligeiramente limitada (3)
- Humidade: Pele raramente húmida (4)
- Atividade: Anda frequentemente (4)
- Mobilidade: Nenhuma limitação (4)
- Nutrição: Adequada (3)
- Fricção e forças de deslizamento: Nenhum problema (3)

4.6- Avaliação do risco de queda

❖ **Escala de Morse:** Utilizada escala de risco de quedas de Morse validada por Costa-Dias, Ferreira & Oliveira (2014).

Aplicado ao Sr. José:

Pontuação: 30 - Baixo risco.

- Historial de quedas: não (0)
- Diagnóstico secundário: sim (15)
- Ajuda para caminhar: nenhuma (0)
- Terapia intravenosa/cateter periférico com obturador/heparina: não (0)
- Postura no andar e na transferência: normal (0)
- Estado mental: Esquece-se das suas limitações (15)

5 – DIÁRIO DAS ROTINAS MATINAIS

11/11/2014

1º Dia – Observação (1º dia do Sr. José na residência)

Doente vestiu a roupa que encontrava em cima da mesa-de-cabeceira. Não colaborou na higiene corporal.

Sintoma Comportamental	Causa Possível	Objetivo	Solução	Efeti-vidade	Descrição do Comportamento	Plano
Recusa na higiene corporal	Não reconhecimento do local Horário não estabelecido como em casa	Que a pessoa reconheça o wc e chuveiro	Antecipar a saída do doente do leito. Mantendo o horário como no domicílio.	12/11-Boa.	Assim que se levantou procurou a roupa na mesa-de-cabeceira. Como não estava procurou ansiosamente o relógio no pulso (que se encontrava na secretária). Depois de encontrar o relógio e de olhar as horas, ficou menos ansioso e foi direcionado para a casa de banho (orientações gestuais). Despiu-se e arrumou a roupa. Tomou banho com orientações gestuais e ajuda mão-na-mão para direcionar a água.	Manter estratégia de guardar a roupa. Manter a rotina de se dirigir para a casa de banho após o acordar.

Estudo de Caso

Sintoma Comportamental	Causa Possível	Objetivo	Solução	Efeti-vidade	Descrição do Comportamento	Plano
Desloca-se para urinar fora da casa de banho (armário, mesa de cabeceira)	Não reconhecimento do local	Urinar no w.c.	Manter a porta da casa de banho, do quarto, aberta; Oferecer ida ao wc antes do tempo	12/11 Urinou no wc		Manter a porta da casa de banho aberta até estabelecimento da rotina. Tentar dirigir o doente para a casa de banho, sempre que possível, ou que este pareça procurar "algo".
Inversão na forma de vestir a roupa.	Dificuldade a planear o vestir	Que a pessoa coloque a roupa de forma autónoma	Apresentar uma peça de roupa de cada vez	Boa	Doente veste-se de forma independente desde que a roupa lhe seja dada na sequência correta	Progredir para colocar a roupa por ordem num local da casa de banho, na correta ordem de vestir e deixar que o doente se vista de forma independente
Recusa a lavar os dentes	Não reconhecimento da escova e pasta de dentes. Invasão do espaço pessoal	Que a pessoa aceite lavar os dentes	Lavar os dentes após as refeições	Média	Deixou lavar os dentes mas engoliu a pasta de dentes, em vez de a cuspir. Não tolerou esperar o término da lavagem de dentes correta, afastando as mãos do cuidador. Fácies de ansiedade.	Saber hábitos de higiene oral no domicílio.

12/11/2014 - Enfermeira

Colaborou nos cuidados. Plano de cuidados com efeito. Sorridente. Recusou lavar os dentes. A esposa referiu que o doente recusava a higiene oral no domicílio, e que consultava uma higienista oral de 6 em 6 meses. Proposto que a esposa adquirisse pasta dentífrica que o doente pudesse deglutir.

Sintoma Comportamental	Causa Possível	Objetivo	Solução	Efeti-vidade	Descrição do Comportamento	Plano
Dificuldade em localizar os objetos da higiene corporal (esponja do banho, pente, escova de dentes)	Agnosia	Que a pessoa seja capaz de utilizar os objetos de higiene pessoal	Manter os objetos arrumados , em locais de fácil visualizaçã o aquando os cuidados de higiene.		Doente parece procurar o gel de banho, após estar molhado, ou o pente, após se encontrar vestido (olha para o espelho, e faz um olhar de “está a faltar qualquer coisa”), procurando nos locais próximos o objeto, após lhe ser oferecido o pente este penteia o cabelo sem dificuldades.	Manter estratégia da localização dos objetos.

13/11/2014 - Enfermeira

Manteve comportamento. Realizou o banho de forma independente.

Dificuldade em se concentrar durante a higiene oral. Foram dadas orientações gestuais, tocando no doente e apontando para a escova de dentes, este não agarrou a escova, parecendo não perceber o que lhe era pedido. Foi substituído na tarefa.

Após estar vestido, procurou novamente o pente, primeiro foi-lhe apontado no banco ao lado do lavatório, o doente não visualizou. Foi-lhe oferecido, e este penteou-se.

Barbear: doente não reconhece os objetos, não realizando qualquer parte da tarefa de forma autónoma. Após o início da tarefa compreende a atividade e colabora, posicionando a face. No final, limpa a face com uma toalha removendo o gel de barbear ainda na pele.

Assim, que percebeu, que os cuidados de higiene terminaram, passou o braço por cima dos ombros da cuidadora e levou-a para a porta do quarto, esperando que esta o encaminhe para o refeitório. Aqui, sentou-se na cadeira que lhe foi apontada, comeu, e ficou por 5 ou 10 minutos, levantou-se, levou o prato e os talheres para a cozinha, agradeceu à cozinheira, vigorosamente, e levou-a consigo para a porta, esperando que esta o levasse para o quarto, onde se sentou para jogar no computador.

18/11/2014 - Enfermeira

Durante o fim-de-semana o Sr. José realizou higiene corporal parcial, sem duche. Não evacuou na sanita, mas em locais inapropriados.

Durante os cuidados de higiene manteve os mesmos comportamentos. Encontrava-se deitado sem o pijama, sendo que este se encontrava dobrado por debaixo da almofada, e o doente vestiu as cuecas no tronco. Molha o corpo, mas não ensaboa o corpo, esperando que a cuidadora o faça, depois remove o gel duche. Tentou regular a temperatura da água, mas sem efeito, tentou-se explicar a forma de rodar as torneiras com orientações gestuais, mas sem sucesso. A fâcias do doente é muito expressiva, quando a água está muito quente ou fria, verbalizando expressões de desconforto. Quando o doente percebe que a água está morna faz uma expressão de satisfação e agradecimento.

Utilizou-se pasta dentífrica possível de deglutir durante a higiene oral, Percecionou o que estava a acontecer, contudo manteve dificuldade na concentração, e tentou afastar a mão da cuidadora segundos após o início da higiene dentária. Encontrou o pente e penteou-se.

21/11/2014 - Enfermeira

O Sr. José tem como hábito levantar-se às 11:45. Hoje, saiu da cama por volta das 8:30h, ficando despido à porta do quarto “chamando” alguém para o ajudar na higiene. Foi mostrado o relógio, para que este tentasse perceber as horas, mas o doente recusou olhar para o objeto.

Manteve o comportamento habitual durante os cuidados de higiene.

Para o doente se levantar da cadeira onde se encontra a jogar computador foi necessário abrir a janela do quarto, e este levantou-se. As orientações verbais, gestuais, “puxar o doente”, não resultaram, sendo que o doente tenta tocar, puxar, ou apertar quem tentava tirá-lo da cadeira.

26/11/2014 - Enfermeira

Doente foi acordado no leito. Dirigiu-se para a casa de banho e despiu o pijama de forma autónoma. Sem alterações no comportamento. Não calça as peúgas, sempre que esta peça de roupa lhe é apresentada o doente levanta o pé, para a cuidadora o vestir.

28/11/2014 - Enfermeira

Doente após orientações gestuais e ajuda mão-na-mão pegou na escova de dentes e escovou os dentes. Posteriormente, limpou a escova de dentes com água corrente e enxaguou a boca.

02/12/2014 - Enfermeira

Doente manteve o comportamento durante os cuidados matinais. Não esfrega o corpo com a esponja, não utiliza o gel de duche ou o shampoo. Aguarda que a cuidadora o faça, sem sair do poliban. Antes do duche foi colocada a roupa em cima do tampo da sanita por ordem, em frente ao doente, e quando o doente acabou de secar o corpo foram dadas orientações gestuais do local onde

Estudo de Caso

se encontrava a roupa (A cuidadora ficou por detrás da porta a observar o comportamento do doente). O doente não mexeu na roupa, ou em qualquer outro objeto da casa de banho, fazendo estalidos com a boca, aguardou que a cuidadora regressasse.

No final da tarde o doente evacuou no bidé. Urina no lavatório das mãos (foi referido pela esposa que o doente já tinha este comportamento em casa).

Sintoma Comportamental	Causa Possível	Objetivo	Solução	Efetividade	Descrição do Comportamento	Plano
Dificuldade em localizar a roupa. Quando se levanta e encontra a roupa veste-a sem se dirigir ao wc.	Agnosia	Que a pessoa seja capaz de se vestir de forma autónoma	Colocar a roupa de forma ordenada sempre no mesmo local. Dar tempo ao doente para se vestir.		Doente não se veste forma autónoma. Aguarda que a cuidadora lhe dê a roupa após o banho.	Manter a roupa diariamente no mesmo local. Realizar tentativas de orientar gestualmente o doente.
Evacua no bidé	Agnosia	Que a pessoa seja capaz de utilizar a sanita de forma adequada.	Manter a porta da casa de banho aberta, e com uma luz acesa. Manter a sanita com o tampo aberto. Mudar a cor do tampo da sanita?		Doente evacua no bidé e segundo descrição das auxiliares, por vezes no quarto junto à cama.	Manter a porta da casa de banho. Tentar que o doente utiliza a sanita na presença das cuidadoras. Oferecer ida à casa de banho.

05/12/2014 - Enfermeira

O Sr. José após orientações gestuais e ajuda mão-na-mão nos últimos dois dias continuou sem se vestir de forma autónoma. Neste dia, a cuidadora teve de se ausentar fora do quarto e quando regressou o doente encontrava-se a vestir a camisa, pelo que a cuidadora abandonou a casa de banho mais uma vez vigiando o doente frequentemente, tendo este se vestido e calçado de forma autónoma.

Sintoma Comportamental	Causa Possível	Objetivo	Solução	Efetividade	Descrição do Comportamento	Plano
Dificuldade em localizar a roupa. Quando se levanta e encontra a roupa veste-a sem se dirigir ao wc.	Agnosia	Que a pessoa seja capaz de se vestir de forma autónoma	Colocar a roupa de forma ordenada sempre, no mesmo local. Dar tempo ao doente para se vestir.	Boa	Doente não se veste forma autónoma. Aguarda que a cuidadora lhe dê a roupa após o banho.	Manter a roupa diariamente, no mesmo local. Sair do campo visual do doente (ausentar-se da casa de banho).

10/12/2014 - Enfermeira

Segundo as auxiliares o doente tem utilizado corretamente a sanita durante o fim-de-semana.

Durante os cuidados de higiene manteve comportamento dos dias anteriores.

Desfez metade da barba de forma autónoma, quando colocada gilete no lavatório, e ao reparar no espelho que ainda tinha espuma de barbear na face, o doente terminou de fazer a barba e limpou a face de seguida.

12/12/2014 - Enfermeira

Durante os cuidados de higiene manteve comportamento dos dias anteriores, encontrando-se mais autónomo nas atividades das rotinas matinais.

Não existe ainda um padrão para a eliminação intestinal, o doente evacuou no bidé.

O tampo da sanita encontrava-se fechado. Foi reforçado junto das auxiliares a necessidade de tapar o bidé e deixar a sanita com o tampo aberto. Estas corresponderam a este pedido.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do estudo de caso contribuiu para o desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa idosa com demência, neste caso um doente com alguns anos de evolução da doença onde a dependência nas atividades de vida estava relacionada com os défices cognitivos e em que não existia qualquer incapacidade física para realizar as tarefas.

A realização deste estudo de caso permitiu um novo olhar sobre as implicações que a etiologia da demência assim como a sua evolução pode ter no idoso e na sua família.

Enquanto estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Vertente Pessoa Idosa o acompanhamento desde a entrada desta pessoa idosa numa unidade de longa duração, assistir à sua integração, ter oportunidade de criar uma relação de proximidade com alguns elementos da família, e acompanhar os cuidados prestados pelas auxiliares da unidade, bem como observar a sua interação com este doente traduziu-se em uma aprendizagem de enorme valor para o futuro.

Os conhecimentos teóricos mediaram a escolha das intervenções durante as rotinas matinais, mas como a relação continuava ao longo do dia, também houve oportunidade para desenvolver intervenções para outras tarefas do dia-a-dia, introduzindo intervenções mais específicas e individualizadas para o Sr. José.

7 – BIBLIOGRAFIA

- Alzheimer's Society (2008). Factsheet 440: Younger people with dementia. Acedido em 02/01/2015. Disponível em: <http://www.alzheimers.org.uk/factsheet/440>.
- APA (American Psychiatric Association) (2002). *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Barrick, A., Rader, J. & Mitchell, M. (2008). Selecting Person-Directed Solutions that Work. In Barrick, A., Rader, J., Hoeffer, B., Sloane, P., & Biddle, S. (Eds.). *Bathing without a battle. Person-directed care of individuals with dementia* (2ªed.) (pp.35-61). York: Springer Company
- Collière, F. (2002). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Collière, F. (2002). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014) Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, 7–17.
- Department of Health (2009). *Living Well with Dementia: A National Dementia Strategy*. The Stationery Office: London. Acedido em 05/08/2014. Disponível em: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/168221/dh_094052.pdf
- Eriksson, H., Sandberg, J. & Hellstrom, I. (2012). Experiences of long-term home care as an informal caregiver to a spouse: gendered meanings in everyday life for female carers. *International Journal of Older People Nursing*, 8, 159–165.
- Gorno-Tempini, M., Hillis, A., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez, M., Cappa, S., ...Grossman, M. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 76, 1006–1014 .
- Kortten, K. & Rogalski, E. (2013). Behavioural interventions for enhancing life participation in behavioural variant frontotemporal dementia and primary progressive afasia. *International Review of Psychiatry*, 25 (2), 237–245

- Love, K. & Kelly, A. (2011). Person-centered care: changing with the times. *Geriatric Nursing*, 32 (2), 125-129. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2011.01.005
- MacComark, B. & McVance, T. (2006). Development of a Framework for person-centred nursing. *Nursing theory and concept development or analysis*, 56(5), 472-479.
- Mesulam, M. (2001). Essentials of Primary Progressive Aphasia. *Annals of Neurology*, 49 (4), 425 - 432.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2007). *Dementia: A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care*. National Clinical Practice Guideline Number 42. National Collaborating Centre for Mental Health. The British Psychological Society and Gaskell. Acedido em 02/04/2014. Disponível em: <http://www.scie.org.uk/publications/misc/dementia/dementia-fullguideline.pdf>
- Nichols, K. R., Fam, D., Cook, C., Pearce, M., Elliot, G., Baago, S., Rockwood, K. & Chow, T. (2013). When dementia is in the house: needs assessment survey for young caregivers. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 40, 21-28.
- NINDS (National Institute of Neurological Disorders and Stroke) (2015). *NINDS Frontotemporal Dementia Information Page*. Acedido em 21/09/2015. Disponível em: <http://www.ninds.nih.gov/disorders/picks/picks.htm>
- Roach, P. & Drummond, N. (2014). It's nice to have something to do': early-onset dementia and maintaing purposeful activity. *Journal of Phychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 889-895.
- Rogalski, E. & Mesulam, M. (2009). Clinical Trajectories and Biological Features of Primary Progressive Aphasia (PPA). *Current Alzheimer Research*, 6(4), 331-336.
- Santana, I. (2005a). Demência Fronto-Temporal. In: Santana, I. & Cunha, L. (eds.) *Demência(s): Manual para Médicos (1ª ed.)* (pp.75-80) Coimbra: Faculdade de Medicina, Universidade Coimbra.
- Santana, I. (2005b). A doença de Alzheimer e outras demências - Diagnóstico diferencial. In Castro-Caldas, A. & Mendonça, A. (Coords). *A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp.183-198) Lisboa: Lidel.

- Sapolsky, D., Domoto-Reilly, K., Negreira, A., Brickhouse, M., McGinnis, S. & Dickerson, B. (2011). Monitoring progression of primary progressive aphasia: current approaches and future directions. *Neurodegenerative Disease Management*, 1 (1), 43-55.
- Seltman, R. & Matthews, B. (2012). Frontotemporal Lobar Degeneration. Epidemiology, Pathology, Diagnosis and Management. *CNS Drugs*, 26 (10), 841-870.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Snowden, J., Neary, D., & Mann, D. (2002). Frontotemporal dementia. *British Journal of Psychiatry*, 180, 140-143.
- Svanberg, E., Stott, J. & Spector, A. (2010). "Just helping": Children living with a parent with young onset dementia. *Aging & Mental Health*, 14(6), 740-751.
- Vliet, D., Vugt, M., Bakker, C., Koopmans, R. & Verhey, F. (2010). Impact of early onset dementia on caregivers: a review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 1091-1100.
- Vugt, M. E. & Verhey, F. R. J. (2013). The impact of early dementia diagnosis and intervention on informal caregivers. *Progress in Neurobiology*, 110, 54-62.
- World Health Organization (WHO) (2012). *Dementia. A Public Health Priority*. Acedido em 02/04/2014. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de entrevista

Guião de Entrevista (Página 1 de 2)

Explica-se o objetivo e âmbito da entrevista, garantindo confidencialidade e a hipótese de o familiar só responder ao que pretender.

Começa-se por algumas questões de âmbito demográfico, tendo em conta que já se possui alguns dados:

Dados demográficos e de saúde

Qual é a profissão do cliente?

Antecedentes pessoais (Medicação?):

Antecedentes familiares:

Preferências religiosas:

Tem filhos?

Locais onde viveu/trabalhou

Como era a casa onde o cliente vivia?

Com quem habitava?

Cuidadores?

Hábitos tabágicos?

Sobre a progressão da demência:

Quais foram os primeiros sinais?

O que sentiu após o diagnóstico?

Que cuidados/ajudas procuraram?

Guião de Entrevista (Página 2 de 2)

Atividades de vida	
Antes do diagnóstico	Após o diagnóstico (período imediatamente antes de o cliente ir para a instituição)
<p>Quais eram os hábitos do dia-a-dia do cliente antes do diagnóstico de demência?</p> <p>Quais as suas preferências alimentares? Quantas refeições costumava fazer? Qual o peso?</p> <p>Como gostava de tomar banho? A que horas? Como se costumava vestir? Utilizava creme, perfume, etc? Como eram os hábitos de higiene oral?</p> <p>O cliente realizava alguma atividade física?</p> <p>Tinha alguns hobbies?</p> <p>Gostava de ouvir musica? De que género?</p> <p>Como eram os hábitos relativamente à eliminação intestinal/vesical?</p> <p>Como eram os hábitos de sono/descanso?</p> <p>Como era a relação do cliente consigo? E com os filhos? E com outros familiares?</p>	<p>Como identificava sinais de dor, ou alterações do estado de saúde do cliente?</p>

Questões relacionadas com a atualidade:

O que o (familiar) fez procurar uma instituição para o cliente?

Qual a sua opinião acerca da forma como o seu familiar se integrou na instituição?

Como se sente neste momento?

APÊNDICE II – Diário das rotinas matinais

Diário do Doente Joaquim

❖ Dados biográficos:

Nome: Joaquim (Nome fictício)

Data de nascimento: 02-11-1936 (82 anos)

Sexo: Masculino

Raça: Caucasiana

Nacionalidade: Portuguesa

❖ **Diagnóstico:** Doença de Alzheimer (Estadio 5 – Demência moderada)

❖ Avaliação estado funcional:

Índice de Barthel: Instrumento desenvolvido para avaliar as atividade de vida diárias (ABVD).

Atividades

Alimentação

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda (Necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)

10 = Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável.)

____ 10 ____

Vestir

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza num bom tempo)

10 = Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)

____ 0 ____

Banho

0 = Dependente

5 = Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)

____ 0 ____

Higiene corporal

0 = Dependente

5 = Independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)

____ 0 ____

Uso da casa de banho

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)

10 = Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se, e arranja-se sozinho)

____ 0 ____

Controlo intestinal

0 = Incontinente fecal

5 = Incontinente ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)

10 = Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres fá-lo sozinho)

____ 5 ____

Controlo vesical

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Incontinente ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)

10 = Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)

____ 5 ____

Subir escadas

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)

10 = Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)

____ 5 ____

Transferência cadeira /cama

0 = Dependente

5 = Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)

10 = Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima ou supervisão)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)

____ 10 ____

Deambulação

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)

10 = Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50metros)

15 = Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)

____ 15 ____

Total (0 - 100) : 50 - Grau de dependência: Moderadamente dependente

❖ **Avaliação do estado nutricional:**

Índice de massa corporal (IMC):

Peso: 89 kg

Altura: 1,70 m

IMC: $89 / (1,70 * 1,70) = \text{aprox. } 30,9 \text{ kg/m}^2$

Mini Nutricional Assessment (MNA): 13 – estado nutricional normal

❖ **Avaliação do risco de úlcera de pressão – Escala de *Braden* – 23** -Baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão

- Percepção sensorial: Ligeiramente limitada (3)
- Humidade: Pele raramente húmida (4)
- Atividade: Anda frequentemente (4)
- Mobilidade: Nenhuma limitação: (4)
- Nutrição: Excelente (4)
- Fricção e forças de deslizamento: Nenhum problema: (4)

❖ **Avaliação do risco de queda – Escala de Morse – 65** – Alto risco de queda

- Historial de quedas: sim (25)
- Diagnóstico secundário: sim (15)
- Ajuda para caminhar: nenhuma/ ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas (0)
- Terapia intravenosa/cateter periférico com obturador/heparina: não (0)
- Postura no andar e na transferência: debilitado (10)
- Estado mental: Esquece-se das suas limitações (15)

❖ **Medicação atual**

- Mirtazapina 15mg – ao deitar
- Cianocobalamina 1mg – pequeno-almoço
- Furosemida 40mg – ½ comprimido ao pequeno-almoço
- Valproato de sódio 500mg – ½ comprimido ao pequeno-almoço
- Lorazepam 1mg (2^a,4^a,6^a) - pequeno-almoço

❖ **Sintomas psicológico-comportamentais da demência presentes:**

- Agressão física;
- Gritos;
- Inquietação;
- Agitação;
- Alucinações;
- Delírios.

❖ **Descrição dos comportamentos durante a refeição:**

Autónomo. Por vezes come com as mãos, ou mistura a comida com o chá, dizendo que gosta de “sopas”.

Não utiliza os utensílios de forma independente, comendo quase sempre apenas com a colher. Suja a roupa com comida pois apresenta deformações nas mãos que fazem com que não segure na colher ou garfo com firmeza.

Mantém-se concentrado todo o período em que decorrem as refeições.

Tenta retirar comida dos outros clientes ou da cozinha.

13/11/2014

1º Dia – Observação – Cuidados de higiene prestados pela auxiliar E

O Sr. Joaquim já se encontrava levantado às 8 horas (sai do leito de forma independente). Urinou à porta da casa de banho.

Após convite da auxiliar o Sr. Joaquim aceitou ir para a casa de banho, orientação mão-na-mão, pois encontrava-se distraído a agarrar roupa que encontrava pelo quarto (já tinha removido alguma do armário), e apesar de concordar (verbalmente) com a auxiliar, em deslocar-se até à casa de banho, não saiu do sítio onde se encontrava, junto à cama. “Vamos lá Sr. Joaquim”, disse a auxiliar enquanto agarrava na sua mão, direcionando-o para o w.c.

Apresentou alguma renitência em despir a roupa, falando alto, “para que é isto, para que é isto?” a auxiliar realizou uma higiene parcial, com esponja, e foi sempre dialogando com o Sr. Joaquim, pedindo que este colaborasse, e o Sr. Joaquim, por vezes sorria perante o discurso da auxiliar, outras vezes parecia mais agressivo, mas sem nunca ser agressivo fisicamente.

Concordou em que a auxiliar fizesse a barba, parecendo por vezes ansioso, dizendo, “vá, vá, vá”, como a pedir para que apressasse a atividade.

Parece não reconhecer os objetos à sua volta, apesar de se dizer para o Sr. Joaquim vestir a camisola este pareceu não a reconhecer como tal, e em vez de a vestir, colocando os braços nas mangas, removeu os braços.

18/11/2014

2º Dia – Cuidados de higiene prestados pela enfermeira e pela auxiliar

O Sr. Joaquim já se encontrava levantado às 8 horas. Urinou à porta da casa de banho (algo que parece acontecer regularmente durante o turno da noite, no entanto o Sr. Joaquim mantém o uso da fralda).

Parece ter uma boa relação com uma das auxiliares. Esta utiliza muitas vezes diminutivos como “paixão” (que é um dos nomes do Sr. Joaquim, mas aqui com um tom “carinhoso” (infantilização?)) ou então “paizinho”, nomes aos quais o Sr. Joaquim costuma responder com um sim acompanhado por um sorriso, e cumpre as ordens dadas pela auxiliar. Tinha o pijama com urina. Pelo que foi decidido que o Sr. Joaquim deveria tomar um duche. Foi conversado com o Sr. Joaquim acerca desta possibilidade, ele respondeu “para que é isso?”. Com orientações verbais e não-verbais dirigiu-se para a casa de banho. Sem renitência deixou que a auxiliar o despisse. Apesar de o Sr. Joaquim manter capacidades físicas para se despir com ajuda parcial não o fez, tendo de ser substituído nesta tarefa.

Quando o Sr. Joaquim se encontrava na casa de banho a auxiliar foi embora e o Sr. Joaquim recusava em entrar para o poliban, voltando o corpo, e retirando as mãos, quando a enfermeira tentava tocar-lhe, fazendo vocalizações pouco perceptíveis, mas de desagrado ao que estava a acontecer.

Quando a auxiliar regressou, falou com o Sr. Joaquim, dizendo-lhe que ele estava “sujo” e que necessitava de ir para o banho, este acedeu ao pedido da auxiliar, e com orientação mão-na-mão entrou no poliban. Gritou quando sentiu a água nos pés, ainda um pouco fria, mas quando estava temperada disse “já está, já está”.

A pressão de saída da água teve de ser moderada, pois o Sr. Joaquim não gostou de sentir a pressão da água, encontrava-se voltado para a parede, neste momento voltou o corpo para a enfermeira.

Ao sentir a água a subir pelas pernas o Sr. Joaquim gritou, referindo “o que estás a fazer?” “o que é isto?” “Pára, para!”, “Está quietinha!”, a enfermeira foi referindo vai ser bom, muito bom, após sentir o corpo todo molhado, começo a dizer, repetidamente “que bom!” “bom, bom, bom”, e ia passando as mãos pelo corpo. O restante banho decorreu sem intercorrências, o Sr. Joaquim foi substituído em toda a tarefa. Apesar de ter sido dado algum tempo para ele lavar o cabelo, ou secar o cabelo, este não realizou qualquer movimento indicando de que iria realizar estas tarefas.

Não apresentou resistência no vestir, lavar os dentes ou fazer a barba, porém, por duas vezes, fez movimentos para sair da casa de banho, mostrando-se impaciente, mas ao pedido para ficar o Sr. Joaquim acedeu e cumpriu.

Ao longo dos cuidados, o Sr. Joaquim cantarola a música “cheira bem, cheira a lisboa” (La la la, lalalalala...) quando não queria responder a questões colocadas, ou quando parecia estar a sentir-se confortável, sendo que o volume e rapidez com que canta muda consoante o estado de humor.

Auxiliar: A

Sintoma Comportamental	Causa Possível	Objetivo	Solução	Efetividade	Descrição do Comportamento	Plano
Gritos (recusa a higiene corporal)	Agnosia	Que a pessoa diminua as vezes que se sente desconfortável durante os cuidados de higiene, colaborando com esta atividade	Explicar à pessoa todos os procedimentos. Pedir permissão para vestir/despir, molhar, calçar... Aquecer o quarto. Manter comunicação num tom calmo e assertivo. Não forçar o doente.		O Sr. Joaquim parece não perceber as tarefas da higiene corporal, embora estas tarefas sejam realizadas simplificadas e divididas em fases de execução (1º entrar no polibã. 2º abrir a torneira, 3º regular a temperatura da água, 4º molhar o corpo dos pés para a cabeça, 5º desligar a água, 6º oferecer o gel duche (1º o corpo, 2º o cabelo), 7º abrir as torneiras, 8º remover o gel duche do corpo, 9º dar a toalha, 10º secar o corpo, 11º secar o cabelo...). Apresenta alguns SPCD, como gritar, defender-se do cuidador, fugir, e algumas alucinações (doente tenta tocar em objetos que não existem (“não estás a ver ali aquilo?”))	Manter as estratégias apontadas nas soluções. Sempre que possível o doente deverá ser higienizado pela auxiliar pela qual sente maior afinidade.

21/11/2014

3º Dia – Cuidados de higiene prestados pela enfermeira

Sr. Joaquim já levantado de manhã, às 8 horas. Bem-disposto. Colaborou nas higiene corporal (banho com esponja – Sr. Joaquim em frente ao lavatório), tendo recusado lavar os dentes, dizendo que não era necessário “aquilo”, afastou-se da casa de banho.

Demonstra preocupação quando algo no quarto ou na casa de banho não se encontra arrumado. Por exemplo, o lavatório da sua casa de banho não escoa a água, ficando muitas vezes entupido e com a água na superfície, o doente olha muitas vezes para esta situação dizendo “olha, para isto, olha para isto!” “Comigo não era assim”, por vezes não se compreende as palavras, mas o tom é de desagrado, e faz referência, aos tempos dele, onde tudo ficava arranjado (aparentemente por ele próprio conseguir resolver as situações de obras em casa). Toalhas ou papel no chão, os lençóis desarrumados, são elementos de preocupação e distração das tarefas, vestir/despir ou fazer a barba.

Durante o dia o Sr. Joaquim pede algumas vezes para ir à casa de banho, aparecendo com o fecho *éclair* das calças aberto, dizendo qual a necessidade (eliminação vesical ou intestinal) pela qual quer ir à casa de banho.

28/11/2014

4º Dia - Cuidados de higiene prestados pela enfermeira

Durante o período da noite o Sr. Joaquim teve vários episódios de dejeções com fezes líquidas. Encontrava-se sujo na cama, e houve uma necessidade, “mais ou menos” urgente de o higienizar, prevenindo alterações na pele, ou infeções, ou que o doente se sujasse mais, a ele próprio ou a outros.

Um duche pareceu uma das melhores formas de realizar esta higiene, mas o Sr. Joaquim, como demonstrou noutras situações ou dias, nem sempre concorda com o banho, apresentando algumas tentativas de fuga durante a higiene corporal, por vezes empurrando,

realizando tentativas de afastar a cuidadora, não mantém a concentração durante a tarefa, tentando agarrar objetos que se encontram à sua volta.

Neste dia a auxiliar com quem o Sr. Joaquim melhor colabora nos cuidados não se encontrava, então foi necessário encontrar estratégias para que este fosse até ao duche.

O Sr. Joaquim encontrava-se no leito, foi-lhe pedido que saísse no leito e calmamente explicado o que estava a acontecer, o doente não acedeu ao pedido, foi-lhe pedida autorização para abrir a cama, este agarrou-se ao lençol, chamando por ajuda e começou a gritar, nesta altura entendeu-se que o doente não iria sair da cama pelo que foram necessárias duas pessoas, a enfermeira e a auxiliar para que este pudesse sair da cama, com renitência e alguma agressividade o doente saiu da cama, por vezes tendo dar murros e outras vezes dizendo a gritar “mato todos” ou “mato-te, mato-te”.

Para a casa de banho, foi encaminhado com orientação mão-na-mão, foram tentadas conversas sobre temas que o doente costuma conversar, a sua terra natal, o tempo em que esteve na tropa/guerra, e cantarolando algumas musicas que o doente gosta. Em algumas situações parecia resultar, enquanto noutras o doente falava de outro tema, num tom alterado e agressivo, tentando afastar a enfermeira.

Com a ajuda da auxiliar foi providenciado um banho o mais rápido possível, assim como o vestir a roupa.

Foi pedido desculpa ao Sr. Joaquim por se ter insistido na realização de algo que o Sr. Joaquim não queria, e numa tentativa de melhorar o comportamento foram-lhe dadas bolachas que ele gosta, surtindo um efeito positivo.

Este foi um exemplo de um banho com comportamentos disruptivos, a experiência não foi agradável, e causou não só ansiedade no doente como nas cuidadoras.

2/12/2014

5º Dia - Cuidados de higiene prestados pela enfermeira

Foi realizada higiene parcial. As auxiliares referem várias vezes que o Sr. Joaquim só toma duche quando está bem-disposto e acede ao convite para o banho ou se estiver muito sujo. Na maioria dos dias, em que o doente não quer tomar banho é realizada uma higiene parcial, com esponja, às vezes na casa de banho, outras vezes no quarto/cama. É escolhida uma roupa confortável e o doente colabora no vestir. Calça os sapatos muitas vezes sozinho. Sem agitação ou agressividade o doente fica com a pele limpa e sem gerar um conflito entre as auxiliares e o doente.

12/11/2014

6º Dia - Cuidados de higiene prestados pela enfermeira

O Sr. Joaquim encontrava-se levantado, a “arrumar” o quarto quando a enfermeira chegou perto dele. Respondeu “Bom dia” quando lhe foi dito “Bom dia”. Perguntou-se “o que está a fazer, Sr. Joaquim?” este olhava para o chão, e apontou-me para o sapato que tinha calçado, proferindo sons impercetíveis, mas entendeu-se que procurava o outro sapato, que não se encontrava no quarto. Pediu-se à auxiliar para o procurar.

O doente seguiu a enfermeira até à casa de banho, depois de alguma insistência para este subir para o poliban, este agarrou nas barras laterais, mas ficou aí sem tentar sair ou entrar. Deu-se orientações verbais para o doente levantar uma perna e retirou-se as calças de um lado, colocou-se a perna dentro do poliban. O doente recusava-se a levantar a outra perna, ao tocar-lhe o doente fechou o punho e tentou bater, ficando agitado, deu-se um toque na perna do doente, referindo uma indicação verbal de forma repetitiva e o doente entrou finalmente no poliban. Pediu-se desculpa pelo que estava a acontecer, explicando, mais uma vez, que iria tomar banho, este anuiu.

Depois do banho o doente saiu do poliban, secou parte do corpo com a toalha, insistindo para sair da casa de banho. Esta insistência teve de ser respondida, o doente caminhou para o centro do quarto e foi aí substituído na atividade vestir. Enquanto a tarefa decorria o doente olhava para alguma roupa espalhada no chão dizendo “olha para isto, olha para isto!”, em desaprovação.

Ao olhar pelo quarto descobriu que os sapatos que anteriormente tinha andado à procura estavam já no quarto referiu, “olha, olha” com um tom de alívio, e apontando para os sapatos.

O Sr. Joaquim conversa e canta durante os cuidados de higiene. Ao realizar-se tentativas de acompanhar as suas conversas, canções ou gestos, mantendo uma comunicação verbal de abertura, facilita a colaboração do doente nas tarefas.

Diário da Doente Maria

❖ Dados biográficos:

Nome: Maria (Nome fictício)

Data de nascimento: 15-06-1933 (82 anos)

Sexo: Feminino

Raça: Caucasiana

Nacionalidade: Portuguesa

❖ **Diagnóstico:** Doença de Alzheimer (Estadio 5 – Demência moderada)

❖ Avaliação estado funcional:

Índice de Barthel: Instrumento desenvolvido para avaliar as atividade de vida diárias (ABVD).

Atividades

Alimentação

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda (Necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)

10 = Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável.)

___ 5 ___

Vestir

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza num bom tempo)

10 = Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)

___ 0 ___

Banho

0 = Dependente

5 = Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)

___ 0 ___

Higiene corporal

0 = Dependente

5 = Independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)

___ 0 ___

Uso da casa de banho

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)

10 = Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se, e arranja-se sozinho)

___ 0 ___

Controlo intestinal

0 = Incontinente fecal

5 = Incontinente ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)

10 = Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres fá-lo sozinho)

_____ 5 _____

Controlo vesical

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Incontinente ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)

10 = Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)

_____ 5 _____

Subir escadas

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)

10 = Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)

_____ 10 _____

Transferência cadeira /cama

0 = Dependente

5 = Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)

10 = Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima ou supervisão)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)

_____ 15 _____

Deambulação

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)

10 = Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)

15 = Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)

_____ 15 _____

Total (0 - 100) : 55 - Grau de dependência: Moderadamente dependente

❖ **Avaliação do estado nutricional:**

Índice de massa corporal (IMC):

Peso: 48,4 kg

Altura: 1,64 m

IMC: $48,4 / (1,64 * 1,64) = \text{aprox. } 18 \text{ kg/m}^2$

Mini Nutricional Assessment (MNA): 13 – estado nutricional normal

❖ **Avaliação do risco de úlcera de pressão – Escala de Braden – 21 -Baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão**

- Percepção sensorial: Ligeiramente limitada (3)
- Humidade: Pele raramente húmida (4)
- Atividade: Anda frequentemente (4)
- Mobilidade: Nenhuma limitação (4)
- Nutrição: Adequada (3)
- Fricção e forças de deslizamento: Nenhum problema (3)

❖ **Avaliação do risco de queda – Escala de Morse – 40 – Baixo risco de queda**

- Historial de quedas: sim (25)
- Diagnóstico secundário: não (0)
- Ajuda para caminhar: nenhuma (0)
- Terapia intravenosa/cateter periférico com obturador/heparina: não (0)
- Postura no andar e na transferência: normal (0)
- Estado mental: Esquece-se das suas limitações (15)

❖ **Medicação**

- Triticum 50mg – 2/3 ao jantar

❖ **Sintomas psicológico-comportamentais da demência presentes:**

- Deambulação;
- Agitação;
- Comportamento motor aberrante (a doente deambula pela casa sem qualquer finalidade, veste-se e despe-se, entrega-se a atividades repetidas, como mexer em botões e enrolar fios, esfregar a roupa);-

❖ **Descrição dos comportamentos durante a refeição:**

Por vezes apresenta dificuldade em iniciar a tarefa, outras vezes parece distraída com algo, sendo orientada para a tarefa com orientações verbais/gestuais, e quando estas não resultam colocar a colher ou o garfo na mão é suficiente para que a doente inicie a tarefa e a complete de forma organizada. Sem alterações motoras, pelo que não deixa cair os alimentos.

Por vezes perturba a refeição de outros doentes, retirando o garfo, a colher, mexendo no seu prato, mas quando é chamada a atenção pelos outros doentes ou pelas auxiliares, na maioria das situações, a doente para de o fazer.

Quando está satisfeita também costuma colocar a sua própria comida no copo com o chá, ou na mesa, não ficando incomodada se estes objetos forem retirados. Muito frequentemente costuma ficar sentada na mesa até a última doente acabar de comer (muitas vezes é a sua colega de quarto).

11/11/2014

1º Dia – Observação - Cuidados de higiene prestados pela auxiliar

Ainda a dormir quando se chegou ao quarto, com o boneco (nenuco), por cima do pescoço.

Não respondeu quando foi chamada pelo nome.

Foi para a casa de banho, após ajuda física para se levantar, deslocando-se pelo próprio pé até à casa de banho, com orientações verbais e gestuais.

Com a ajuda da auxiliar sentou-se na sanita e começou com verbalizações, a auxiliar ligou a água do chuveiro e a doente urinou.

Dependente em despir a roupa, tendo sido substituída na tarefa. Dificuldade em manter a atenção durante esta tarefa, pegando em objetos à sua volta e tentando vestir o pijama novamente.

Apresentou recusa em ir para o poliban, sendo levada por insistência física da auxiliar.

Realizou algumas verbalizações quando a água se abriu e fez uma expressão verbal de arrepio quando tocada pela cuidadora, realizando tentativas de a afastar.

Depois de ter sido molhada com água morna e a uma pressão média do chuveiro, foi verbalizando palavras, discurso desorientado, mas num tom calmo.

Saiu do poliban com ajuda física e após a auxiliar lhe colocar a toalha junto à pele a D. Maria começou a secar-se, a auxiliar abandonou a casa de banho por momentos, e a doente ao mesmo tempo que ia secando o corpo, falava e ia tocando em vários objetos da casa de banho, quando a auxiliar regressou terminou a tarefa de secar o corpo substituindo a doente.

A auxiliar substituiu a doente no vestir, tendo a D. Maria puxado as cuecas e as calças de forma independente, após elas estarem colocadas.

A auxiliar ofereceu a escova de dentes com pasta colocada, a doente não agarrou a escova de dentes, a auxiliar substituiu a doente e lavou-lhe os dentes e a boca, a doente verbalizou algumas palavras e começou a querer sair da casa de banho.

Quando lhe foi dada água à boca a doente bochechou e deitou a água fora. Secou-se-lhe o cabelo, a doente colaborou.

Comportamento da auxiliar:

Calma, ia referindo os cuidados à D. Maria, incentivando-a a realizar as tarefas, no entanto quando não tinha sucesso, substituía a doente.

Preocupação com os cuidados corporais.

Risco de segurança para a doente, quando abandonou a doente sozinha na casa de banho.

Sintoma Comportamental	Causa Possível	Objetivo	Solução	Efetividade	Descrição do Comportamento	Plano
Recusa em despir-se	Temperatura do quarto e da casa de banho Não percebe a tarefa	Que a pessoa colabore no despir o pijama	Aquecer o quarto antes do banho. Dar tempo para a doente perceber qual é a tarefa a desenvolver	19/11 Média	Doente “luta” com a cuidadora quando esta tenta retirar-lhe a roupa, sem agressividade, realiza verbalizações de desconforto, que vão subindo de tom quando a cuidadora força a situação.	
Recusa em entrar no poliban	Não reconhecimento do local. Situação de desconforto por se encontrar despida.	Que a doente entre no poliban de forma autónoma	O cuidador entra no poliban 1º (a doente imita os gestos), e convida a doente a segui-lo, com orientações verbais e gestuais.	19/11 Boa	A doente não entra no poliban, afastando a cuidadora.	“

19/11/2014 + 27/11/2014 + 05/12/2014 –

2º Dia; 3º Dia; 4º Dia – Cuidados de higiene prestados pela enfermeira

Doente manteve os comportamentos que apresentou na 1ª descrição. Tem de ser substituída em todas as tarefas da higiene corporal, e por vezes é necessário insistir para que a doente realize determinada tarefa, pois tenta fugir, ou afastar as mãos da cuidadora. Na maioria das vezes manter uma conversa calma com a doente ajuda a manter a calma. A doente é capaz de puxar as cuecas e as calças, de calçar os sapatos, pelo que estas tarefas devem ser incentivadas sempre que possível.

A doente não utiliza fralda e é incentivada a utilizar o sanitário várias vezes ao longo do dia, sendo a primeira atividade que realiza após se levantar.

06/01/2015 – 12/02/2015

A doente sofreu uma queda durante a sua ida a casa pelo Natal. Foi internada no hospital e foi submetida a um encavilhamento do fémur direito, por fratura. No regresso à residência aumentou o seu grau de dependência, tendo de ser substituída em todas as atividades de vida diária

Nas primeiras duas semanas a doente apresentou um quadro de apatia, com diminuição do apetite, pouco comunicativa, e também com falta de apetite. A expressão facial da doente era muitas vezes de dor, especialmente após o levante. Nas primeiras semanas foram mantidos períodos de repouso mais prolongados, levantando-se para almoçar, e descansando no leito depois do almoço, levantando-se para jantar.

Na deambulação a doente apresentava défices que comprometiam a sua segurança, como o desequilíbrio fácil e a dor.

Após esta fase inicial, com o apoio e esforço de toda a equipa, em insistir para que a doente treinasse a deambulação, e realizasse todas as atividades de vida diárias como anteriormente, desde a higiene na casa de banho, o sentar na sala de estar, e fazer as refeições

na sala de refeições, com medicação analgésica apropriada, viu-se uma melhoria progressiva, em que no final do meu estágio a doente já dava passeios na rua acompanhada e já sentia confiança para se levantar do cadeirão sem ajuda.

APÊNDICE III – Sistema ABC

UTILIZAÇÃO SISTEMA ABC

Situação 1

Antecedentes: Doente a dormir, a auxiliar traz uma colher com marmelada e um comprimido e acorda a doente colocando-lhe a colher na boca.

Behaviour: Agressividade, gritos, agressão, resistência aos cuidados.

Consequência: Doente higienizada parcialmente, causando um momento de grande stress para a doente e para as cuidadoras. Doente recusou tomar o pequeno almoço.

Intervenção: Educação da equipa das auxiliares. A doente apresenta comportamentos de agressividade quando acorda, recusa cuidados, não colaborando nos cuidados se iniciar comportamento agressivo de manhã. Falar calmamente, junto da doente, e acordá-la com um beijo de bom dia, costuma diminuir o comportamento disruptivo.

Situação 2

Antecedentes: Doente recusa levantar-se por vezes, apresentando comportamentos de agressividade se for “obrigado” a levantar-se. Neste caso, oferece resistência aos cuidados, grita, e refere não necessitar de nada. Pode apresentar delírios, referindo que o querem matar, e que mata todos, utiliza palavrões. Removida roupa da cama porque o doente não se queria levantar, dizendo que estava bem na cama, este ficou agressivo, recusando o toque ou responder a qualquer pergunta da cuidadora.

Behaviour: Agressividade, gritos, agressão, resistência aos cuidados.

Consequência: Doente não higienizado, vestida roupa com rapidez.

Intervenção: Deixar o doente se levantar a seu tempo. Se necessário oferecer o pequeno-almoço na cama.

Situação 3

Antecedentes: Doente parece não reconhecer utensílios da refeição. Recusa ser alimentada com colher ou garfo. Bebe o chá no copo sozinha. Testadas várias texturas, sabores e consistência de alimentos.

Behaviour: Agressividade, recusa a alimentar-se, cuspir a comida.

Consequência: Doente não se alimenta. Risco de desnutrição.

Intervenção: Permitir à doente alimentar-se sozinha, oferecendo-lhe os alimentos com consistência líquida um copo.

APÊNDICE IV – Apresentação sobre a anatomia do corpo humano




O CORPO HUMANO

3º Curso de Mestrado em Enfermagem
 Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa
 Estágio
 Cátia Sofia Rosa

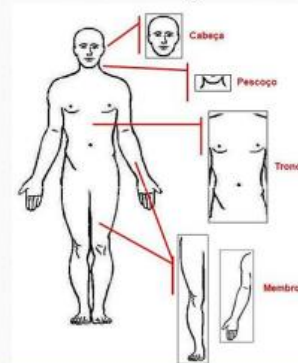
Qual a importância desta apresentação?

- Prestam cuidados aos clientes, em colaboração com outros profissionais;
- Quanto mais vastos e profundos forem os vossos conhecimentos, mais segura se torna a vossa atuação;
- O corpo é o objeto dos vossos cuidados, para cuidar dele precisam conhecê-lo...

O Corpo Humano

- Cada parte do corpo humano é formada por inúmeras células que apresentam formas e funções definidas;
- Estas agrupam-se, dividindo-se em 11 sistemas/aparelhos principais:
 - Tegumentar
 - Ósseo;
 - Muscular;
 - Nervoso;
 - Endócrino;
 - Cardiovascular;
 - Linfático;
 - Respiratório;
 - Digestivo;
 - Urinário;
 - Reprodutor

Posição Anatômica do Corpo



Corresponde ao corpo humano na vertical, olhando em frente e com as palmas das mãos voltadas para a frente.

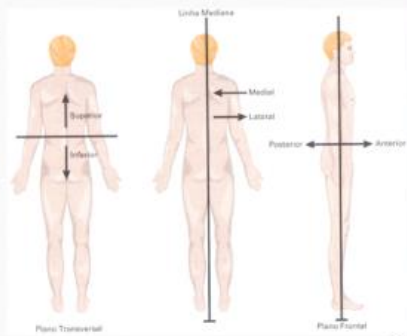
Outras Posições do Corpo

Linha Média - É uma linha vertical imaginária que divide o corpo em lado esquerdo e direito.

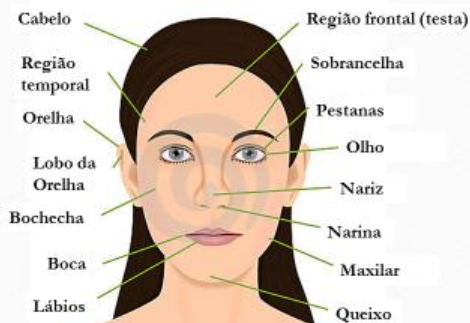
Direito e Esquerdo

Superior e Inferior - Superior significa acima de e inferior significa abaixo de.

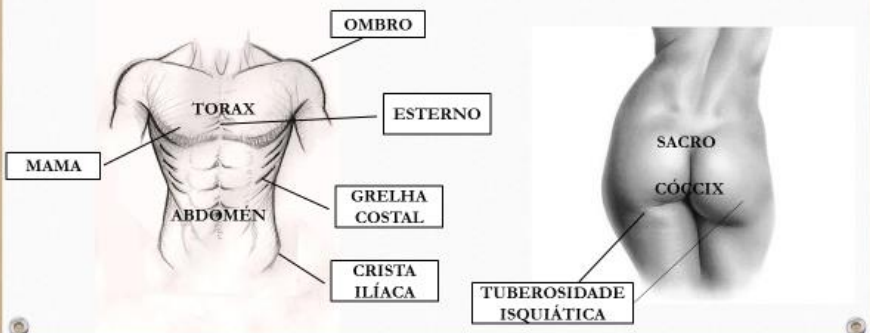
Anterior e Posterior - Anterior significa a parte da frente, posterior significa a parte de trás.



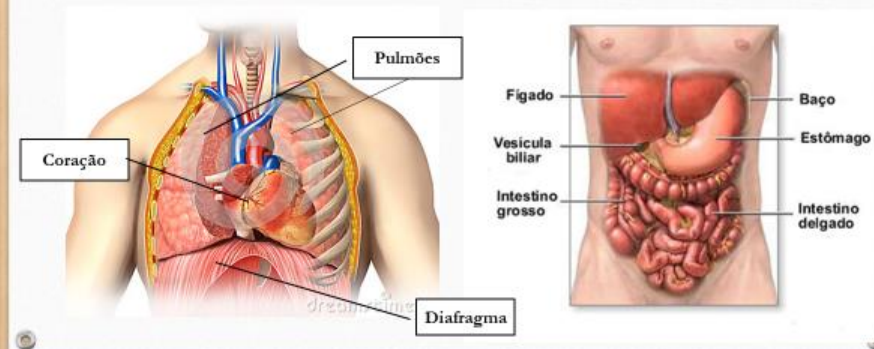
Cabeça e Pescoço



Tronco

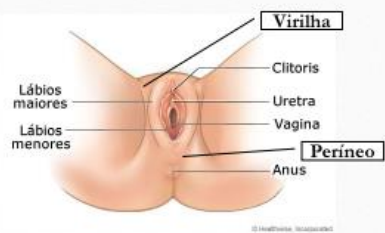


Tronco



Tronco ORGÃOS GENITAIS

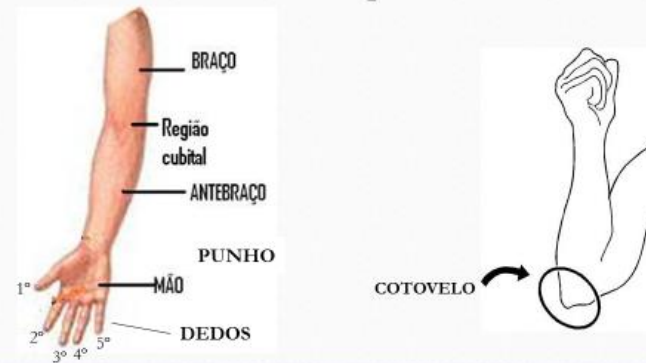
VAGINA



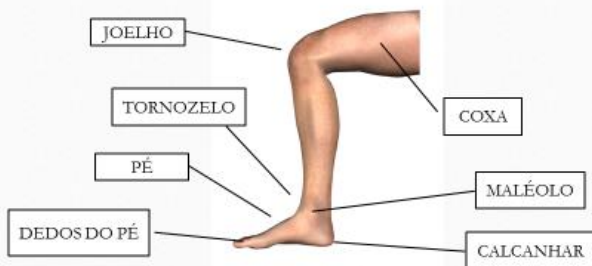
PÊNIS



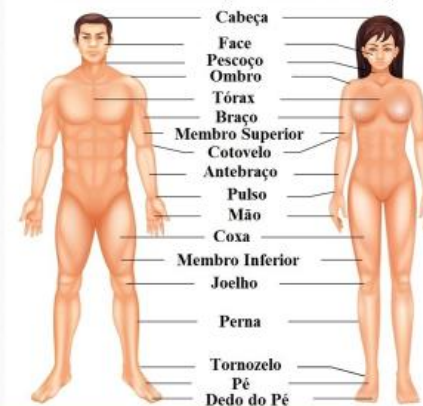
Membro Superior



Membro Inferior



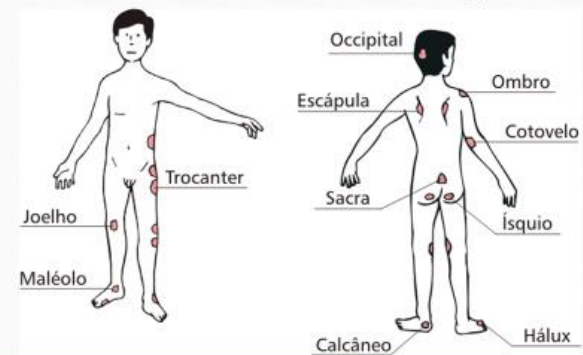
Anatomia Humana (Homem e mulher)



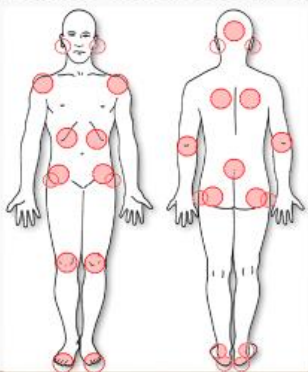
Úlceras de Pressão

- Uma úlcera de pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção (EPUAP & NPUAP, 2009);

Locais de risco de úlceras de pressão



Locais de risco de úlceras de pressão



Exemplos das localizações das úlceras de pressão



