



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

“Cuidar de Quem Cuida”

**Contributos das Intervenções Psicoterapêuticas
com o Cuidador Familiar da Pessoa com Demência**

Relatório de Estágio

Carlos Alberto Marques Balau

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

“Cuidar de Quem Cuida”

**Contributos das Intervenções Psicoterapêuticas
com o Cuidador Familiar da Pessoa com Demência**

Relatório de Estágio

Carlos Alberto Marques Balau

Orientadora: Professora Doutora Francisca Manso

2013



Agradeço à minha esposa Cristina e aos meus filhos, João e Mariana, o apoio e compreensão demonstrada ao longo desta etapa, aos meus colegas, Fernanda Neto e José Souta, a disponibilidade sincera.

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

ABVD`s - Atividades básicas de vida diária

AIVD`s - Atividades instrumentais de vida diária

AVD`s - Atividades de vida diárias

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

ESC - Escala sobrecarga do cuidador

F - Família

ICD - International Classification of Diseases

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

Nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

(%) - Percentagem

RESUMO

O aumento da esperança média de vida e conseqüente aumento de doenças a ela associadas, especialmente as demências, constituem, atualmente, uma preocupação, dado que acarretam défices, que afetam a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas com demência e, previsivelmente, a dos seus cuidadores. Deste modo, torna-se imperiosa uma intervenção especializada dos profissionais e dos serviços de saúde.

Este relatório explana as atividades desenvolvidas no projeto “**cuidar de quem cuida**”, **contributos das intervenções psicoterapêuticas com o cuidador familiar da pessoa com demência**”, no âmbito do curso mestrado em enfermagem, na área de especialização “Saúde mental e Psiquiátrica”, visando o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista nesta área.

Este projeto teve como finalidade desenvolver, com os cuidadores familiares intervenções para promover a manutenção e o restabelecimento do seu bem-estar no processo de cuidar da pessoa com demência. Nesse sentido, realizamos entrevistas de diagnóstico, a oito cuidadores, identificando as suas necessidades e completando a sua avaliação com a utilização de alguns instrumentos; a ESC, o Índice de Barthel e o Índice de Lawton. Após identificação dos diagnósticos, desenvolvemos intervenções psicoterapêuticas individuais e de grupo. Estas tinham como objetivo dar **suporte emocional** e fomentar o incremento de estratégias de *coping* eficazes; a **educação/informação** do cuidador; sobre a demência, os conhecimentos práticos acerca da satisfação das AVD`s e dos comportamentos da pessoa com demência; o incentivo à procura de auxílio nas **redes de suporte social**, como associações e IPSS. As intervenções planeadas e desenvolvidas visavam a resposta às necessidades identificadas.

A implementação deste projeto, através da avaliação, planeamento, desenvolvimento e avaliação de intervenções com o cuidador da pessoa com demência, contribuí para que os cuidadores conseguissem identificar as suas necessidades, enunciassem estratégias de resolução de problemas, adquirissem

conhecimentos acerca da demência, contribuindo assim, para a manutenção/restabelecimento do seu bem - estar e na satisfação das necessidades das pessoas a seu cargo.

Simultaneamente, com a supervisão clínica efetuada pelos orientadores, permitiu-nos a aquisição e o desenvolvimento de capacidades pessoais, técnicas e humanas, inerentes ao conteúdo funcional do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Palavras-chaves: Demência; Cuidador Familiar; Intervenções Psicoterapêuticas; Competências em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ABSTRACT

The increase in average life expectancy and the consequent increase in diseases related to it, especially dementia, are currently a concern, since it causes severe limitations, which affect the quality of life and well-being of people with dementia and therefore their caregivers' lives. Then, it becomes necessary a specialized intervention of professionals and health services.

This report sets out the developed activities for the project "**caring for the carers**" **contributions of psychotherapeutic interventions in family caregivers of people with dementia**", within the masters course in nursing, specialization in mental health and psychiatry, aiming to develop specific competencies of the specialized nurse in that area.

This project aimed to develop, together with family caregivers, interventions that promote the preservation / restoration of their well-being in the process of caring of people with dementia. Accordingly, we interviewed eight caregivers, we identified their needs and we completed their evaluation with the use of some instruments: the Zarit scale, the Barthel Index and the Lawton Index. After diagnostic's identification, we developed individual and group psychotherapeutic interventions. The developed interventions aimed the caregiver's **education / information** about what is dementia, practical knowledge about keeping up the daily life routines and the behavior of the person with dementia; the **emotional support** with the increase of effective coping strategies, encouraging the caregivers to look for help in **social support networks**, such as associations and private institutions of social solidarity. These interventions worked out as an answer to the identified needs.

The project development through interventions planning, developing and evaluating together with caregivers, allowed them to identify their needs, enunciate strategies in order to solve problems and to acquire knowledge about dementia, helping then to maintain / restore their well-being and satisfaction of the needs of their dependents.

Simultaneously, the clinical advisors supervision, allowed us to get / develop personal skills and techniques inherent in the functional content of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatry.

Keywords: Dementia, family caregiver; psychotherapeutic interventions; mental health and Psychiatry nursing skills.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1 - IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	14
2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
2.1 - Cuidar: A essência da Enfermagem	16
2.2 - A singularidade do processo demencial	17
2.3 - De familiar, a cuidador familiar da pessoa com demência	19
2.4 - A avaliação das necessidades do cuidador familiar da pessoa com demência no processo de cuidar	22
2.5 - Os cuidadores como pilares sociais e afetivos da pessoa com demência	24
2.6 - Intervenções psicoterapêuticas no processo de transição	25
2.7 - Os contributos do modelo conceitual de Betty Neuman na compreensão do processo de cuidar do cuidador familiar/pessoa com demência	27
3 - FINALIDADE E OBJETIVOS	30
4 - PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS (PROCESSO E PLANO DE TRABALHO)	31
4.1- Promoção de experiências de aprendizagem e o contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional	31
4.2 - Desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas dirigidas ao cuidador da pessoa com demência	33
5 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	37
6 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	47
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	
ANEXO I - Simpósio “ Envelhecimento: Reflexões e Práticas”	
ANEXO II - Escala de Sobrecarga do Cuidador	
ANEXO III - Índice de Barthel	
ANEXO IV- Índice de Lawton	

APÊNDICES

APÊNDICE I - Revisão da literatura

APÊNDICE II - Diário de bordo: Serviço de Psicogeriatría

APÊNDICE III - Diário de bordo: Associação de doentes e familiares com doença de alzheimer em lisboa

APÊNDICE IV - Consentimento Informado

APÊNDICE V - Guião da Entrevista

APÊNDICE VI - Intervenção psicoterapêutica com cuidadora familiar "F1"

APÊNDICE VII - Plano da sessão da intervenção em grupo

APÊNDICE VIII – Reflexões:

- " Entrevista - Interação entre dois intervenientes. E quando não se verifica esse pressuposto?"

- " Internamento...momento de crise/reajusto do equilíbrio"

LISTA DE GRÁFICOS QUADROS E TABELAS

Gráfico n.º 1 - Estimativa da taxa de prevalência da demência na Europa	18
Tabela n.º 1 - Caracterização dos cuidadores familiares no diz respeito: ao género, grupo etário; relação de parentesco e estado civil	37
Tabela n.º 2 - Caracterização dos cuidadores familiares no diz respeito: à coabitação; profissão/situação atual e tempo de cuidador; horas de cuidados diários e valor da escala de sobrecarga do cuidador	38
Tabela n.º 3 - Caracterização das pessoas cuidadas	39
Quadro n.º 1 - Análise do estímulo “ O que é para si ser cuidador/(a)?”	42
Quadro n.º 2 - Necessidades dos cuidadores – Análise de conteúdo	43

INTRODUÇÃO

O presente relatório é elaborado na sequência do desenvolvimento do projeto de estágio, inserido no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

O projeto surgiu do interesse pessoal associado à necessidade identificada em contexto de trabalho, potenciado pelos quatro anos de contacto direto com pessoas com demência e seus cuidadores, enquanto enfermeiro a desempenhar funções num serviço de psiquiatria da grande Lisboa, e com a finalidade de desenvolver e solidificar competências, de acordo com o perfil de competências específicas de especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

A sociedade atual caracteriza-se por um envelhecimento demográfico assinalado, fato esse que nos obriga a estar atentos ao aparecimento de patologias crónicas em que se destaca a demência.

A Assembleia da república com o projeto de resolução n.º 287/XI, recomendou ao governo a criação de um plano nacional para as demências, mas esta é uma área de grandes desafios e muito há ainda a fazer. Assim, cabe aos profissionais de saúde torná-las uma área de intervenção prioritária.

Phaneuf (2010,p.26) define demência como “um dano no funcionamento intelectual acompanhado de uma perda importante da memória, de mudanças de personalidade e da afetividade, mas também no pleno do reconhecimento das pessoas, de desorientação temporal e espacial, e de uma incapacidade de resolver problemas ou de manifestar os comportamentos apropriados às situações (...) a deterioração deve durar mais de seis meses e ser bastante marcada para perturbar as atividades diárias da pessoa.”

A extensão e a complexidade das doenças crónicas, progressivas e degenerativas repercutem-se de forma negativa sobre o cuidador.

O Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro de 2010 define cuidador como “a pessoa adulta, membro ou não da família, que cuida da pessoa com incapacidade psicossocial, com ou sem remuneração, no sentido de realizar e proporcionar as

atividades da vida diária com vista a minorar ou até mesmo suprir o deficit de autocuidado da pessoa que cuida”

Vários são os fatores responsáveis pela exaustão específica do cuidador, carecendo esta de uma atenção especializada dos profissionais e dos serviços de saúde.

Ao elaborar este relatório, pretendemos descrever e refletir sobre as competências desenvolvidas durante o estágio.

Assim, definimos como objetivo geral:

Transmitir de forma sucinta as ações delineadas e desenvolvidas durante o estágio.

Como objetivos específicos, pretendemos:

- a) Identificar o diagnóstico de situação relativamente à problemática do cuidador familiar da pessoa com demência;
- b) Apresentar os estudos e contributos dos diferentes referenciais que sustentam o enquadramento concetual.
- c) Relatar de forma crítica os objetivos, apresentando as diversas atividades realizadas;
- d) Apresentar os resultados das atividades desenvolvidas;
- e) Refletir sobre o desenvolvimento das competências adquiridas.

Este documento está dividido em cinco partes. A primeira parte está destinada à definição do problema, sendo feito o diagnóstico de situação e a justificação da pertinência do projeto. Na segunda, desenvolvemos o enquadramento teórico, onde esclarecemos os significados de conceitos inerentes à problemática em estudo, como: o cuidar: a essência da enfermagem, a singularidade de demência, o cuidador da pessoa com demência e as suas necessidades, as intervenções psicoterapêuticas com o cuidador e, por último o contributo do modelo de Betty Neuman na compreensão do processo de cuidar do cuidador da pessoa com demência. Na terceira parte, serão enumerados os objetivos traçados, assim como serão desde logo delineadas as atividades que visam a sua concretização. Na quarta parte, analisaremos as atividades desenvolvidas, ao longo do estágio correspondentes a cada um dos objetivos traçados e apresentaremos os resultados das atividades realizadas, das quais destaca-nos os ganhos: na área da informação

sobre a demência e comportamentos patológicos da pessoa cuidada; no apoio emocional, ao nível da identificação de necessidades e na capacidade de falar sobre as mesmas, através, da partilha de experiências; e na importância em conhecer a rede social de apoio existente. Na quinta e última parte serão apresentadas as aprendizagens adquiridas e mobilizadas neste estágio, cruzando as competências específicas, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro especialista, assim como o enquadramento nos estados preconizados por Benner.

1 - IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O fenómeno do envelhecimento demográfico, observado e descrito primeiro nos países desenvolvidos e, nas últimas décadas, também nos países em desenvolvimento, merece dos governos políticas sociais sustentáveis e uma intervenção especializada no âmbito da saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados. As investigações desenvolvidas sobre as necessidades dos cuidadores são mais frequentes desde a década de 50, a nível internacional, e em Portugal apenas nos últimos anos. Assim, têm surgido alguns trabalhos e projetos sobre esta temática.

Ao longo da minha vida profissional, com mais frequência nos últimos quatro anos em que exerço funções no serviço de psiquiatria, tenho constatado que, quando a pessoa com demência é internada ou se desloca à consulta externa, é frequente o cuidador exteriorizar sinais de cansaço físico e/ou emocional, dúvidas ou necessidades decorrentes do processo de cuidar. É nessa interação que identifico o cuidador familiar como um alvo prioritário no cuidar da demência.

Dados recentes do *Projeto European Collaboration on Dementia* (Eurocode) calculam que o número de cidadãos europeus com demência seja de 7,3 milhões. Para Portugal, estima-se que existam cerca de 153.000 pessoas com demência, 90.000 com doença de Alzheimer.

Face ao envelhecimento da população nos estados-membros da União Europeia, os especialistas preveem uma duplicação destes valores em 2040, na Europa Ocidental, podendo atingir o triplo na Europa de Leste.

A demência é um fenómeno emergente, nos contextos clínicos de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. O familiar, quando se torna cuidador, muitas vezes sem ter conhecimentos ou se encontrar preparado para assumir esse papel, cuida do seu ente querido, sem, por vezes ter consciência das repercussões que esse processo lhe causará. É, nessa fase, que o enfermeiro deverá permitir ao cuidador identificar as suas necessidades. Para Borgermans, Nolan e Philip (2001), o cuidador pode apresentar: necessidades materiais (recursos financeiros, ajudas

técnicas, utilização de serviços, etc.); emocionais (apoio emocional, grupos de apoio); informativas (como realizar os cuidados, adaptações ambientais e arquitetônicas, direitos, deveres).

O cuidador familiar é o pilar da pessoa com demência, com uma importância social fundamental que mantém as necessidades básicas da pessoa com demência, que o orienta, o apoia e vigia. Como consequência, esta difícil tarefa acaba por ter repercussões na qualidade de vida de quem cuida, provocando, ao longo do tempo, perda de estabilidade emocional e prejuízo na sua saúde (Phaneuf, 2010). Tendo o cuidador identificado as suas necessidades, torna assim possível a intervenção do enfermeiro de saúde mental, devendo ir ao encontro da satisfação das necessidades identificadas. Corroborando a perspectiva de Sequeira (2010), em relação ao seu estudo do ano de dois mil e sete, os cuidadores devem ser alvo de intervenção por parte dos profissionais de saúde, no sentido de potencializar as suas habilidades e diminuir os riscos de morbilidade.

2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, pretende-se apresentar os estudos e contributos dos diferentes referenciais que sustentam o enquadramento concetual. Esta pesquisa foi realizada através da consulta de livros e periódicos da especialidade. Foi também efetuada pesquisa através do sítio da Ordem dos Enfermeiros na base de dados EBSCO (*cinahl, medline, nursing & allied health collection: comprehensive e mediclatina*) em texto integral, publicados entre janeiro 2000 e Março 2012, com as palavras-chave: demência, sobrecarga e intervenções com cuidadores familiares.

2.1 - Cuidar: A essência da Enfermagem

O cuidar está presente no quotidiano da sociedade, independentemente do contexto em que é exercido e desenvolvido. Deste modo, são atribuídos vários sentidos à palavra cuidar e é importante situá-la no contexto da saúde de modo a revelar a sua diversidade de definições, semelhanças e/ou discrepâncias do conceito.

Desde o início da nossa existência, que temos a necessidade de sermos cuidados, sendo desta necessidade que nasce a necessidade de cuidarmos dos outros, ou seja, só se formos cuidados é que seremos capazes de cuidar. Todos nós cuidamos de nós próprios e dos outros e essa capacidade varia consoante a fase da vida e as capacidades humanas desenvolvidas. Collière (1999) entende o cuidar como a primeira arte da vida, a arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir.

Para Hesbeen (2000), cuidar consiste no encontro entre a pessoa que é cuidada e as pessoas que cuidam, trata-se, pois, de encontrar uma pessoa no seu caminho particular de vida e fazer o caminho com ela, indo por vezes até ao fim do caminho. De acordo com a teoria de Watson (2002), cuidar depende ainda do encontro e da caminhada em comum entre uma pessoa, profissional, que cuida e cuja intenção é a de ajuda, e uma outra pessoa, que recebe cuidados e necessita dessa mesma ajuda.

Ou seja, para que o cuidar se torne um projeto comum é estritamente necessária a envolvimento de dois sujeitos que ajam de acordo com um objetivo traçado, um plano definido, que vise acima de tudo dar resposta às necessidades da pessoa.

Nesta linha, e na perspectiva das necessidades da pessoa, Honoré (2004) refere que cuidar indica uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que ele realmente exista segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos, os seus projetos.

Compreende-se, assim, que a prestação de cuidados deverá ir ao encontro das necessidades da pessoa. O prestador de cuidados deverá ter a capacidade de se adaptar a cada situação e às alterações inerentes ao cuidar. Honoré (2004) demonstra essa mesma adaptação constante, na medida em que entende o cuidado como a capacidade, a faculdade de responder à necessidade de manutenção de uma vida que pode, a todo o momento, alterar-se e desaparecer. A prestação de cuidados define a natureza do cuidar e esse aspeto revela a essência e finalidade dos cuidados e de quem os presta.

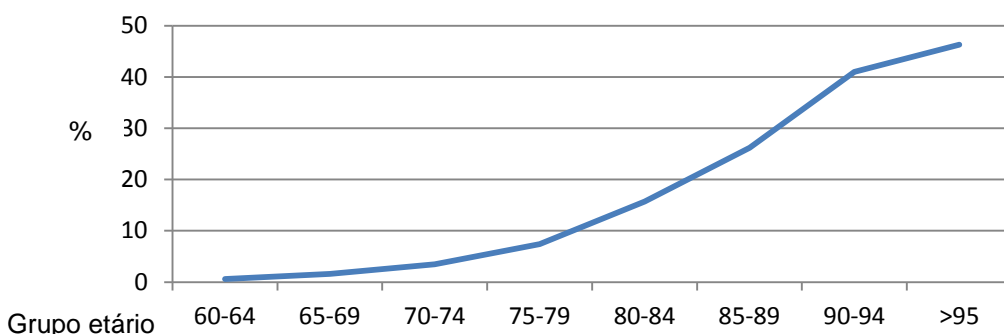
2.2- A singularidade do processo demencial

A demência é uma condição adquirida e permanente de défice global das faculdades mentais, abrangendo as capacidades cognitivas que integram a senso - percepção e a comunicação, as capacidades afetivas e volitivas, o comportamento e a personalidade (Barreto, 2005).

É, nomeadamente, uma patologia do envelhecimento, refletida no marcado aumento da sua prevalência nos grupos mais idosos. Se a demência é devida ao envelhecimento ou está relacionada com esse mesmo envelhecimento é uma questão ainda não totalmente clarificada, apesar do comprovado aumento de prevalência nos grupos de idade mais avançada (Nunes, 2005).

Segundo o Eurocode, a prevalência da demência na Europa é superior nos grupos de idade mais avançada, aumentando exponencialmente a partir dos 75 anos. (Gráfico 1)

Gráfico n.º 1- Estimativa da taxa de prevalência da demência na Europa¹



Para Castro-Caldas (2005, p.1), citando a Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde (ICD 10, WHO 1992), a demência é definida como “uma síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva no qual se registam alterações de múltiplas funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio. As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas e por vezes, precedidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação”.

Os doentes com demência, que vivem no seu domicílio em ambientes estáveis, apresentam menos dificuldade de orientação e menos períodos de confusão. Para Larcher (2005), cada vez mais se coloca o desafio do redimensionamento do agregado familiar e o papel pleno e plurigeracional que favoreça o maior número de pessoas idosas a permanecer no seu próprio domicílio. Impõe-se uma política de habitação que favoreça a coabitação entre as gerações, enorme desafio para a organização futura da vida em sociedade.

Há, portanto, que estudar uma forma de arquitetura que se conjugue com esta forma de família alargada e com dependências. Importa entre outras medidas adotar uma política fiscal em prol do contribuinte que tome o encargo de um parente próximo; estudar um conjunto de dispensas laborais a familiares, acompanhadas das subvenções adequadas; aumentar o apoio e a oferta dos serviços sociais, nomeadamente aumentando os centros de dia, bem como desenvolver as novas

¹ <http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia/Prevalence-of-dementia-in-Europe>

tecnologias de videovigilância. Estas podem ser algumas das soluções, segundo o autor considerando-se esta última como eficaz e económica.

2.3- De familiar, a cuidador familiar da pessoa com demência

É na família que se inicia o processo de aprendizagem de dimensões significativas da interação social. É, ainda, o espaço de vivência de relações afetivas profundas num conjunto de emoções e afetos positivos e negativos, que vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos a determinada família.

Deste modo, cuidar de um familiar apresenta-se como uma extensão dos papéis normais da família. Salienta-se, ainda, a vasta complexidade do contexto de prestação de cuidados pela família, pois possui múltiplas facetas, ao abranger quase todas as esferas da vida: envolve, pelo menos, dois indivíduos, na sua complexidade psicológica; constitui um relacionamento alicerçado em décadas de vida em comum (conjugal ou parental); enraizando-se nas tradições de cada sociedade, na sua cultura familiar, social e religiosa.

A disposição e capacidade da família para assumir a responsabilidade de cuidar de familiares, longo prazo, dependem de um conjunto de circunstâncias e motivações, sabendo que a prestação de cuidados não se reparte equitativamente por todos os membros, uma vez que existe um cuidador principal (Lage, 2005).

De acordo com Sequeira (2010), cuidar de um familiar surge, em muitas situações, de forma inesperada, para o qual habitualmente não se formação prévia, nem preparação adequada, desse modo a transição para o papel de cuidador é um processo que envolve muitas variáveis.

As transições advêm das mudanças de vida, da saúde, dos relacionamentos e do ambiente. A mudança torna as pessoas vulneráveis por não saberem como agir perante uma situação que nunca experienciaram antes e perante o desconhecimento em lidar com um novo acontecimento, sentindo-se inseguras e incapazes de fazer face à nova situação.

Existe um conjunto de fatores que pode atuar como facilitador ou obstáculo no processo de transição; nomeadamente as condições pessoais (significado atribuído aos acontecimentos que levam à transição, atitudes e crenças culturais; estatuto

socioeconómico; preparação e conhecimento), e as condições da comunidade (recursos comunitários e sociais).

A iniciação no papel de cuidador familiar decorrerá, invulgarmente, de um processo consciente e de livre escolha. Contudo, parece obedecer a certas regras que se refletem nos seguintes fatores, como refere Mendes (1998): parentesco, com prevalência dos cônjuges, seguindo-se algum filho; género, predominando o sexo feminino; proximidade física, com quem vive com a pessoa; proximidade afetiva, salientando-se a relação conjugal e a parental.

Quando as alternativas ao cuidado são escassas, o processo familiar que conduz à assunção do papel de cuidador familiar surge através de um processo sub-reptício ou na sequência de um acontecimento inesperado. O primeiro deve-se a uma progressiva perda de autonomia, onde o cuidador inicia o seu processo de prestação de cuidados mesmo sem se dar conta, e o segundo poderá decorrer de uma doença ou acidente, resultando na aquisição de incapacidades repentinas, viuvez ou abandono/morte do seu antigo cuidador (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Os cuidadores são, habitualmente, capazes de referir há quanto tempo cuidam do seu familiar, mas já não conseguem estabelecer facilmente o momento em que elas próprias pensam em si como cuidadoras, ou seja, a entrada subjetiva no papel de cuidador pode ter um tempo diferente do começo objetivo da prestação de cuidados (Lage, 2005).

Parker, et al. (2008) referem que o cuidador é o indivíduo com a responsabilidade de cuidar e a relação pode ser biológica, através da aquisição (casamento) ou por escolha (outra pessoa não relacionada nem biologicamente nem por casamento).

A tradição cultural portuguesa atribui às famílias, particularmente aos membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar. Os homens são muito menos elegíveis e destes, o que assume um destaque maior, é o cônjuge, segundo Sequeira (2010), fazendo referência a estudos de Baum e Page (1991); Silverstein e Litwak (1993).

De acordo com um estudo exploratório, realizado em Portugal pelo Instituto de Segurança Social (2005), verificou-se que o cuidador é normalmente um familiar,

do sexo feminino, com idade média de 60 anos, casado, em que o doente vive com a família direta, cônjuges e filhos. Na mesma linha, Neri e Carvalho (2002), referenciados por Sequeira (2010), mencionam que a mulher assume a responsabilidade pelo cuidar, mesmo em situações em que necessita, cumulativamente, de exercer a sua atividade profissional.

O papel do cuidador é algo complexo, pois depara-se com a necessidade de realizar inúmeras funções novas, sendo de realçar as seguintes:

- ✓ Providenciar uma vigilância de saúde adequada e efetuar a ligação entre a pessoa com demência e os serviços de saúde;
- ✓ Promover a autonomia e a independência;
- ✓ Promover um ambiente seguro no domicílio e no exterior;
- ✓ Adaptar o ambiente de modo a prevenir acidentes;
- ✓ Assegurar um ambiente confortável e um sono adequado;
- ✓ Promover a participação/envolvimento familiar;
- ✓ Promover a comunicação e a socialização;
- ✓ Promover a manutenção ou estimulação pelo interesse no desenvolvimento de um projeto, história de vida, religião;
- ✓ Estimular a manutenção de uma ocupação/atividade;
- ✓ Supervisionar/incentivar as atividades físicas;
- ✓ Supervisionar/incentivar as atividades de lazer e sociais;
- ✓ Supervisionar, ajudar ou substituir ao nível das atividades de vida diária (AIVD`s, ABVD`s); autocuidado; (higiene corporal, mobilidade, segurança, alimentação, eliminação etc.); utilizar o telefone; uso do dinheiro; fazer compras; cozinhar, etc.;
- ✓ Prestar outros cuidados de acordo com cada contexto específico e segundo as orientações dos profissionais de saúde que assistem a pessoa cuidada (Sequeira,2010).

À medida que a demência vai progredindo, o cuidador, além de se envolver em atividades instrumentais de vida diária, aumenta as suas responsabilidades nas atividades básicas de vida diárias.

2.4- A avaliação das necessidades do cuidador familiar da pessoa com demência no processo de cuidar

O conceito de necessidade em enfermagem é elementar, sendo a partir dele que se delinea um plano de intervenção. Chalifour (2008) define necessidade como “a manifestação no organismo da carência (sentida ou não) de uma condição interna necessária ao seu bom funcionamento, desencadeando processos psicológicos e fisiológicos (...). Com vista a estabelecer um contacto com o ambiente para aí recolher, de forma simbólica ou real, a energia, informação ou matéria suscetível de compensar a deficiência.”

As necessidades podem também ser consideradas situacionais, dado que elas não se apresentam de forma *standard* face a uma mesma situação. Cada indivíduo poderá perceber uma necessidade, ou senti-la de maneira diferente, em função dos valores e interações que ocorrem num determinado contexto.

A avaliação das necessidades do cuidador familiar passa, de acordo com Moreira (2001), pelo conhecimento das reações da pessoa cuidada, das suas expectativas, do seu grau de informação, do grau de comunicação entre os membros da família e entre esta e a pessoa cuidada, do grau de disponibilidade para cuidar, bem como das suas dificuldades reais, dos recursos materiais e afetivos disponíveis, do tipo de relação que o cuidador tem com a pessoa cuidada, das expectativas da família, dos padrões morais da família e das experiências anteriores face uma situação de crise.

As necessidades dependem de uma série de fatores, tais como o tipo e grau de dependência da pessoa cuidada, o estado de saúde do cuidador, a (in) existência de outras pessoas que prestem ajuda complementar, a utilização/acesso ou não de serviços de apoio, coabitação, poder económico, isolamento social, participação ou não no mercado de trabalho.

De modo mais abrangente, Quaresma (1996) aponta as seguintes necessidades do cuidador familiar:

- Necessidades económicas: verificadas pelo aumento das despesas ao nível da alimentação e saúde;
- Necessidades de proteção social: decorrentes da falta de compatibilidade entre o desempenho profissional e a prestação de cuidados. A legislação portuguesa

apresenta lacunas a este respeito. Este tipo de situação implica dificuldades económicas para o cuidador, pois este poderá ter de abdicar da sua atividade profissional;

- Necessidades da existência de apoios na comunidade: os cuidadores, por vezes, não têm acesso aos serviços por falta de informação;

- Necessidade de tempo livre para si próprio: os cuidadores sentem a necessidade de “ser temporariamente dispensados” das suas funções e responsabilidades, e terem de tempo para si próprio, dado que o isolamento é quase total;

- Necessidade de convívio, companhia e apoio psicossocial: os cuidadores têm necessidade de falar sobre a sua situação, os seus medos e dificuldades;

- Necessidade de informação: acerca da doença, de como ajudar a pessoa cuidada e quais os serviços disponíveis na comunidade;

- Necessidade de formação: no sentido de conhecerem práticas que lhes permitam ajudar, de forma mais adequada, as pessoas de quem cuidam. Os cuidadores poderão, assim, sentir-se mais seguros sobre a melhor maneira de cuidar.

É de extrema importância a avaliação das necessidades da pessoa com demência e do cuidador. Dificilmente se pode cuidar adequadamente do cuidador familiar sem a compreensão abrangente das suas necessidades.

O cuidador familiar tem sido, de há uns anos a esta parte, objeto de estudo, quer pela necessidade de ser cuidado devido às implicações que advêm do processo de cuidar, quer como parceiro nos cuidados. É importante ir ao encontro da satisfação das suas necessidades, no intuito de apoiá-lo, de modo a manter a pessoa com demência no seu meio familiar, como também pelas vantagens financeiras para o serviço nacional de saúde. No seu estudo, Riedijk, et al. (2006) concluíram que a pessoa com demência, cuidada por um ente querido em casa, tem maior longevidade e o sistema de saúde, gasta menos dinheiro na prestação de cuidados ao domicílio do que na institucionalização.

2.5- Os cuidadores como pilares sociais e afetivos da pessoa com demência

O cuidador familiar da pessoa com demência é a pedra chave do tratamento desta doença com uma importância social fundamental que mantém as necessidades básicas da pessoa doente, que o orienta, que o vigia. Como consequência, esta difícil tarefa acaba por ter repercussões na qualidade de vida de quem cuida, provocando, ao longo do tempo, perda de estabilidade emocional e prejuízo na sua saúde (Phaneuf, 2010).

No seu estudo, Vitaliano, Zhang e Scanlan (2003) concluíram que os cuidadores de pessoas com demência estão expostos durante muitos anos, entre três a quinze, a exigências físicas e emocionais elevadas, consideradas como stressores crónicos, que podem gerar um *distress* psicológico e constituir um fator de risco para comportamentos pouco saudáveis.

A sobrecarga dos cuidadores é um dos problemas mais importantes causados pela demência. A literatura tem dado relevância a este fenómeno, utilizando o termo inglês *burden* (sobrecarga) para descrever os aspetos negativos associados ao cuidado de uma pessoa com dependência. Estes aspetos dizem respeito à presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam significativamente a vida dos cuidadores nos âmbitos físico, financeiro e emocional (Garrido e Almeida, 1999).

Para avaliar a sobrecarga nos cuidadores, é essencial que se desenvolvam instrumentos que possam medi-la. Nesse sentido, o professor Manuel Gonçalves Pereira no ano de 2006 e posteriormente, Sequeira (2007, 2010) desenvolveram a escala de sobrecarga do cuidador, traduzida e adaptada à população portuguesa a partir da *Burden Interview Scale*.

Uma particularidade da pessoa com demência é a necessidade de supervisão constante, ocasionando situações de stress ao cuidador. O nível de dependência, nas AVD's, e a presença de distúrbios do comportamento são outros stressores experimentados pelo cuidador. Estes dois stressores podem levar a conflitos familiares, problemas económicos e a sentimentos de aprisionamento no papel de cuidador.

2.6 – Intervenções psicoterapêuticas no processo de transição

Na abordagem aos cuidadores familiares, parece-nos importante referenciar a teoria de Meleis, uma vez que esta foca a problemática da transição e permite compreender o que a família passa/sente, perante uma situação de demência num dos seus membros. Destaco que, para Meleis (2012), a transição denota uma mudança no estado de saúde, nos papéis dos relacionamentos, nas expectativas ou habilidades. A mesma autora refere que a transição requer que a pessoa incorpore um novo conhecimento, para alterar o comportamento e, portanto, mudar a definição de si no contexto social.

É necessário uma redefinição dos papéis quando a família se vê confrontada com a situação de demência de um dos seus elementos. Meleis (2012) salienta que somente o enfermeiro tem competências para articular as transições, as quais são bio-psico-sócio-culturais.

Os enfermeiros são frequentemente os primeiros prestadores de cuidados das pessoas e famílias que se encontram num processo de transição; assim, têm em consideração as mudanças e as exigências que as transições acarretam na vida de ambas. Para além disso, os enfermeiros são quem as preparam para a transição eminente e são quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença da pessoa, podendo atuar nos períodos antecipatórios, na preparação para a mudança de papéis, bem como na prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo.

O enfermeiro pode avaliar, planear e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica nos eventos de transição, com o objetivo de restabelecer a conexão e instabilidade geradas. É realmente importante ter estes aspetos em conta, uma vez que as famílias confrontadas com a temática da demência dificilmente conseguem, sem ajuda, ultrapassar eficazmente esta fase.

As famílias desempenham um papel chave nos cuidados aos doentes mentais. As responsabilidades estão a ser transferidas para as famílias e estas podem ter impacto positivo ou negativo em função da sua compreensão, conhecimento, aptidões e capacidade de prestar cuidados às pessoas afetadas por transtornos mentais. Uma importante estratégia é ajudar as famílias a compreender as doenças, estimular a adesão à medicação, reconhecer os primeiros sinais de

recorrência e assegurar a pronta resolução de crises. Isso resultará numa recuperação melhor e reduzirá a incapacidade social e pessoal (OMS, 2001).

Os enfermeiros que trabalhem em cuidados continuados e outros trabalhadores em saúde podem desempenhar uma importante função de apoio, assim como o podem fazer as redes de grupos de ajuda mútua para as famílias.

A abordagem à pessoa com demência e seu cuidador deve ser efetuada de forma progressiva, podendo incidir sobre o apoio emocional/social, para a obtenção de resultados positivos a vários níveis: aquisição de competências, de estratégias no processo de cuidar, melhorando a sua percepção da autoeficácia e, conseqüentemente, a redução de pensamentos disfuncionais. Nesse contexto, Sequeira, (2010, p.198) refere que os *"cuidadores (...) com conhecimentos sobre a doença, com capacidade de intervenção e com uma boa percepção de autoeficácia estão em melhores condições para contribuir para o bem-estar do idoso dependente e encontram-se menos vulneráveis ao aparecimento da sobrecarga"*.

Na revisão da literatura efetuada, as intervenções identificadas com ganhos para os cuidadores familiares são diversas, sendo de destacar as intervenções psico-educativas, o treino de papéis, a intervenção cognitivo-comportamental e as intervenções multi-componentes. (Apêndice I)

Nestes estudos, as intervenções de enfermagem incidiram sobretudo ao nível dos conhecimentos sobre a doença, dos sintomas decorrentes do processo de cuidar, da sua autoeficácia e revelaram resultados positivos, nomeadamente na mudança de efeitos psicológicos, como a ansiedade, vergonha e desespero, aumento da qualidade de vida dos familiares cuidadores, demonstrando uma menor probabilidade em institucionalizar a pessoa cuidada, menores níveis de depressão, de sobrecarga e redução dos pensamentos disfuncionais.

Todos os programas instituídos tiveram impacto positivo no familiar cuidador, tendo um autor sugerido que o programa psicoeducativo não é suficiente para modificar os aspetos mais sensíveis da vida do cuidador familiar, devendo ser complementado com outras intervenções psicossociais.

As intervenções psicoterapêuticas junto do cuidador familiar devem incidir em três pontos fulcrais, que assumem uma relação de interdependência:

- Educação/informação: frequentemente os cuidadores manifestam um *deficit* de informação e conhecimentos acerca da demência, bem como de conhecimentos práticos sobre higiene, alimentação e comportamentos, serviços disponíveis, subsídios e direitos. Para além disso, a educação para a saúde assume um papel fundamental na adoção de comportamentos e atitudes no cuidador que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença.

- Suporte emocional: inclui o aconselhamento, a gestão de stress, o incremento de estratégias de *coping* eficazes, potenciando o reconhecimento dos aspetos positivos do cuidar.

- Apoio Social: a utilização de redes existentes e a formação de grupos são uma estratégia eficaz de apoio para aqueles que a aplicam, como, por exemplo, grupos de autoajuda, que potenciam a troca de vivências e têm um efeito positivo na autoestima dos cuidadores, evitando-se, assim, muitas vezes, o isolamento que é frequente nos cuidadores, durante o processo de cuidar.

Um maior e mais rápido apoio ao cuidador permite uma diminuição da sobrecarga, da melhoria da qualidade de vida e do bem-estar do cuidador e da pessoa com demência, pois, como recorda Sequeira (2010, p.151), "parece óbvio que cuidar destes 'dadores de cuidados' constitui uma via de eleição para garantir a qualidade do seu desempenho, a preservação da saúde e do bem-estar da díade em interação (recetor/dador de cuidados)."

Impõe-se então uma abordagem salutogénica, isto é, uma abordagem que aposte na prevenção, no conhecer o que torna os cuidadores mais fortes, mais capazes, mais competentes, mais resistentes, com maior bem-estar, enfim mais saudáveis e felizes.

2.7- Os contributos do modelo concetual de Betty Neuman na compreensão do processo de cuidar do cuidador familiar/pessoa com demência

Ao encararmos o fenómeno de enfermagem, que é o cuidar de quem cuida da pessoa com demência, parece-nos que o modelo de sistemas de Betty Neuman nos ajuda a compreender todo o processo de intervenção.

Assim, observamos o cuidador como um sistema aberto nas suas várias dimensões, em constante e dinâmica interação com as forças ambientais ou com os

stressores, tendo em conta os fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, encontrando-se em constante mudança, movendo-se em direção a um estado dinâmico de estabilidade do sistema, cujo objetivo é encontrar um ponto de equilíbrio, isto é, o seu bem-estar.

Numa perspetiva de enfermagem, é indispensável a clarificação do que orienta a apreciação do cuidador pelo enfermeiro (processo de avaliação diagnóstica) e lhe permite planejar intervenções e a forma como o faz, analisando o possível grau de participação do cliente (processo de intervenção terapêutica), (Rosa e Bastos,2009).

Este modelo proporciona uma interação entre enfermeiro-cuidador, que decorre por três etapas:

Diagnóstico de enfermagem - identificação de problemas: através da colheita de dados, identificam-se os problemas e as alterações de saúde e, conseqüentemente, determinam-se as intervenções. Esta fase está intrinsecamente relacionada com a avaliação e classificação da interação dinâmica das cinco variáveis: fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais.

Metas de enfermagem - Existe uma negociação entre o enfermeiro e o cuidador, na determinação das estratégias de intervenção, com o objetivo de manter a estabilidade do sistema. As metas de enfermagem correspondem a objetivos traçados, quando possível, pela tríade enfermeiro-cuidador, familiar/pessoa com demência, de modo a conseguir a mudança prescrita e desejada e com o intuito de corrigir o desvio do bem-estar.

Resultados de enfermagem - para concretizar as mudanças serão necessárias intervenções de enfermagem, como refere Neuman, aos três níveis de intervenção:

Prevenção primária: verifica-se na fase de identificação dos stressores, logo, atua ao nível do risco, ou seja, previne-se uma possível invasão do exterior, fortalecendo a linha flexível de defesa. A intervenção de enfermagem deve, por isso, centrar-se em objetivos como informar, apoiar, motivar, integrar e educar.

Prevenção secundária: verifica-se quando a prevenção primária não obteve êxito e o cuidador já apresenta reação ao stressor, visando a proteção da estrutura básica, envolvendo já o tratamento, mas recrutando os recursos dos sistemas, quer

internos, quer externos para a sua estabilização e conservação da energia, fortalecendo as linhas internas de resistência. A intervenção de enfermagem deve, por isso, centrar-se em objetivos como; monitorizar, otimizar, mobilizar, facilitar, motivar, educar, envolver, promover, providenciar e apoiar, para que o cuidador apresente uma menor reação e, ao mesmo tempo aumente, os fatores de resistência.

Prevenção terciária: verifica-se na fase posterior ao tratamento ativo, focalizado na readaptação face à estabilidade do sistema, com um objetivo principal, aumentar a resistência aos stressores, no sentido de prevenir novos episódios de reações. Este processo é cíclico no sentido da prevenção primária. A intervenção de enfermagem deve, por isso, centrar-se em objetivos como estabilizar, monitorizar, atingir, manter, educar e reeducar, apoiar, coordenar, integrar providenciar, para que o cuidador enquanto sistema, possa vir futuramente a identificar os stressores e ele próprio criar defesas face aos agentes stressores para se manter em equilíbrio e com um nível ótimo de bem-estar. (Neuman citada por Freese,2004).

3 - FINALIDADE E OBJETIVOS

A finalidade deste estágio foi a aquisição e o desenvolvimento de competências como Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica, com base na problemática apresentada. Assim, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas com o cuidador familiar/ pessoa com demência.

Neste contexto, traçamos os seguintes objetivos:

- Promover experiências de aprendizagem que contribuam para o desenvolvimento pessoal e profissional;
- Desenvolver intervenções psicoterapêuticas dirigidas especialmente ao cuidador da pessoa com demência;

Para alcançar estes objetivos foram desenvolvidas diferentes atividades:

- Desenvolvimento de conhecimentos relativos às intervenções promotoras de saúde mental do cuidador da pessoa com demência;
- Identificação das necessidades do cuidador da pessoa com demência;
- Utilização de estratégias e de instrumentos de apoio ao desenvolvimento das intervenções;
- Identificação dos contributos das intervenções com os cuidadores da pessoa com demência;
- Análise das competências especializadas desenvolvidas.

4 - PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS (PROCESSO E PLANO DE TRABALHO)

O estágio foi desenvolvido com o desígnio de dar resposta aos objetivos traçados. Assim, foi concretizado tendo em conta dois propósitos:

4.1 - Promoção de experiências de aprendizagem e o contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Realizámos um estágio de observação, num serviço de psicogeriatría de um hospital do grande Porto, de 10 a 14 de outubro de 2011, e numa associação de doentes e familiares com doença de Alzheimer, em Lisboa, no dia 5 de novembro de 2011 e nos dias 3,5,10 e 11 de Janeiro de 2012, por serem instituições de reconhecido mérito a nível nacional, na abordagem a esta problemática.

As expectativas criadas pelo serviço de psicogeriatría do Porto eram elevadas, mas os cuidados prestados aos utentes e familiares que “encontrámos” no serviço superou-as largamente, sobressaindo a articulação entre os elementos da equipa multidisciplinar. O trabalho é realizado de uma forma planeada e esquematizada, seguindo o manual de boas práticas do serviço. Cada profissional sabe a sua área de intervenção, mas destacou-se o papel do enfermeiro.

Foi interessante constatar a abordagem multidimensional que a equipa submete o doente/cuidador na primeira avaliação. Avaliação essa transdisciplinar aos quatro profissionais, enfermeiro, psiquiatra, assistente social e psicóloga, em que cada um cumpre com o seu papel (história psicopatológica, avaliação mental/cognitiva, social e a sua autonomia funcional) e que só termina após uma visita domiciliária.

O serviço de psicogeriatría referido dispõe de cuidados de excelência para o doente internado ou em ambulatório, sessões de psicomotricidade, treino de competências, terapia pela música, terapia de orientação da realidade e de reminiscência, as quais pudemos acompanhar.

Os cuidadores dispõem de uma consulta de enfermagem realizada por uma Enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, perita na área. Nesta consulta, é-lhes disponibilizada informação sobre a doença e sobre todas as implicações familiares e sociais. Depois de avaliar as necessidades de cada cuidador, é planeado um conjunto de intervenções individuais ou em grupo (frequência do grupo de apoio mútuo, bem como visitas domiciliárias).

Foram experiências únicas de aprendizagem, que contribuíram para o nosso desenvolvimento profissional e pessoal. Experiências essas registadas em diário de bordo. (Apêndice II)

A “procura” de experiências e de referências de peritos, nos cuidados ao cuidador/pessoa com demência, levou-nos à associação de doentes e familiares com doença de Alzheimer, em Lisboa, a qual tem realizado um trabalho excelente nesta área e que se tornou um ícone para quem pretende adquirir/desenvolver competências nesta problemática. Na associação, encontrámos uma equipa multidisciplinar (enfermeira, assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, médica) que procura reunir e divulgar os conhecimentos mais recentes sobre a doença de Alzheimer. Foi importante conhecermos melhor os serviços que disponibilizam no cuidado ao cuidador/pessoa com demência:

- O grupo de suporte para familiares e amigos;
- Consulta de serviço social;
- Serviço de psicologia;
- Fisioterapia ao domicílio;
- Consultas de psiquiatria;
- Serviço de apoio domiciliário;
- Centro de dia;
- Apoio domiciliário.

A vivência e a partilha de experiências com os diversos peritos, permitiu-nos enriquecer o conhecimento acerca dos cuidados que se prestam em Portugal, dos serviços disponibilizados e, assim, divulgá-los no nosso dia-a-dia. Experiências essas, registadas em diário de bordo. (Apêndice III)

Outra atividade que, contribuiu para o nosso desenvolvimento, foi a participação no Simpósio “Envelhecimento: Reflexões e Práticas” (Anexo I), o qual

promoveu uma reflexão sobre a pessoa idosa na atualidade e, simultaneamente, uma partilha de conhecimentos sobre intervenções especializadas em pessoas idosas:

- Estimulação Psicomotora na Demência;
- Nutrição nos Idosos;
- Terapia de Orientação para a Realidade e Terapia de Reminiscência.

4.2 - Desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas dirigidas ao cuidador da pessoa com demência.

Este segundo propósito dividiu-se em dois contextos:

- Contexto comunitário, que decorreu numa Unidade de Intervenção Comunitária da margem sul, de 3 de outubro a 7 de Outubro de 2011 e de 17 de outubro a 16 de dezembro de 2011;
- Contexto hospitalar, de 2 de janeiro a 17 de fevereiro de 2012, num serviço de psiquiatria de um hospital da margem sul.

Apesar do estágio estar dividido em dois contextos, as atividades desenvolvidas estiveram sempre interligadas, pois estes dois locais pertencem à mesma unidade de saúde e foi, em alguns casos possível acompanhar os cuidadores/pessoas com demência no internamento e na comunidade.

No desenvolvimento das intervenções psicoterapêuticas com os cuidadores de pessoas com demência realizámos as seguintes etapas:

Etapa 1 – Divulgação do projeto na equipa multidisciplinar. Esta etapa foi desenvolvida através de entrevistas informais com os diversos profissionais, com o objetivo de perceber a sua sensibilidade em relação à problemática e, simultaneamente, a referenciação de alguns cuidadores.

Toda a equipa multidisciplinar teve conhecimento, em traços gerais, de como o projeto iria ser implementado. Após a divulgação do projeto, recebemos por parte da equipa, um grande interesse e envolvimento.

A referenciação dos cuidadores emergiu naturalmente da divulgação realizada. Destacamos como referenciadores: os enfermeiros da unidade de

intervenção comunitária, do serviço de psiquiatria, e também o médico da consulta de psicogeriatría.

Os cuidadores que mostraram disponibilidade foram convidados a assinar o consentimento informado (Apêndice IV).

Etapa 2 – Avaliação diagnóstica.

A preparação da entrevista surgiu logo a partir do momento em que consultámos a informação clínica disponibilizada pela equipa multidisciplinar.

Para realizar a avaliação diagnóstica e haver um eixo condutor, que fosse ao encontro dos nossos objetivos, desenvolvemos um guião para uma entrevista semiestruturada, que nos permitisse estabelecer com o cuidador:

- ✓ uma comunicação/relação terapêutica;
- ✓ a expressão das suas emoções e sentimentos;
- ✓ bem como a participação na identificação das suas necessidades. (Apêndice V)

A entrevista desenvolvida abrangeu seis dimensões:

- I. A caracterização do cuidador;
 - II. A caracterização da pessoa com demência;
 - III. Conhecimentos do cuidador acerca da demência;
 - IV. A relação do cuidador com a pessoa com demência;
 - V. As necessidades dos cuidadores, consequentes do processo de cuidar;
 - VI. O que é ser cuidador? Perceção do cuidador familiar. Durante a entrevista, utilizámos alguns instrumentos que nos ajudaram a avaliar melhor o cuidador e a pessoa com demência.
- a) A Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) – é um instrumento fiável, para avaliar a sobrecarga associada ao cuidar. É constituída por vinte e duas questões que permitem avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador familiar e que inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. (Anexo II)
- b) O índice de Barthel - é um instrumento que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene

pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Anexo III)

- c) O índice Lawton - é um instrumento que avalia o nível de independência da pessoa no que se refere à realização das atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que compreendem tarefas como usar o telefone, fazer as compras, preparação da alimentação, a lida da casa, a lavagem da roupa, o uso de transportes, a preparação da medicação e a gestão do dinheiro. (Anexo IV).

Etapa 3 – Implementação de intervenções psicoterapêuticas com os cuidadores familiares

Após a avaliação de cada cuidador, tendo por orientação a linguagem CIPE, identificámos os seguintes diagnósticos:

- ✦ **Sobrecarga do prestador de cuidados;**
- ✦ **Baixa autoestima;**
- ✦ **Bem-estar alterado;**
- ✦ **Baixa autoeficácia**

Depois da análise das entrevistas e identificação dos diagnósticos, reunimos com cada cuidador, com o intuito de planearmos as intervenções. Deste modo, desenvolvemos com o cuidador um conjunto de intervenções individuais e uma de grupo, com o intuito de dar resposta às suas necessidades.

As intervenções individuais com o cuidador realizaram-se na consulta de enfermagem. Nesta discutíamos e desenvolvíamos “estratégias” com o cuidador com o objetivo deste satisfazer as suas necessidades e, de um modo global, abordávamos temáticas como:

- Envelhecimento patológico – Descrição geral da demência;
- A gestão de cuidados diários (alimentação, vestuário, higiene pessoal);
- Abordagem da sintomatologia apresentada pela pessoa cuidada (alterações comportamentais, agitação, ansiedade, apatia, alterações bruscas de humor,

agnosia, atividade produtiva delirante e alucinatória, comportamento sexualmente inapropriado);

- Desenvolvimento de estratégias coping;
- Divulgação de recursos comunitários existentes na área de residência;
- Importância de cuidar de si enquanto cuidador.

Para melhor compreensão do planejamento das intervenções, apresentamos um plano de cuidados efetuado com um cuidador. (Apêndice VI).

Na intervenção em grupo, pretendemos fomentar a verbalização de experiências passadas por cada cuidador, de modo a facilitar a identificação das necessidades de cada cuidador e, simultaneamente, a partilha das estratégias utilizadas para fazer face às mesmas.

Na mesma sessão de grupo, foi apresentado um vídeo que explicitava o que era ser cuidador, realçando a importância de cuidar de si, enquanto cuidador da pessoa com demência. Esta sessão, tinha também como objetivo promover o desenvolvimento do bem-estar, através de exercícios de relaxamento, ou utilizando o controlo da respiração, quer ainda, na identificação de outras atividades que fomentassem o seu bem-estar. (Apêndice VII)

5 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Através da análise das intervenções com o cuidador da pessoa com demência apresentamos os resultados obtidos:

A) Caracterização dos cuidadores

Com o intuito de avaliarmos com o maior rigor possível, consideramos um conjunto de variáveis que pela sua natureza, são determinantes na caracterização do cuidador, as quais são apresentadas na tabela n.º1 e na tabela n.º2.

Tabela n.º1 - Caracterização dos cuidadores no diz respeito: ao género, grupo etário; relação de parentesco e estado civil.

	N	(%)
Género		
Masculino	1	12,5
Feminino	7	87,5
Grupo Etário		
[50-59 anos]	3	37,5
[60-69 anos]	1	12,5
[70-79 anos]	2	25
[80-89 anos]	2	25
Relação de Parentesco		
Cônjuge	4	50
Filho/Filha	3	37,5
Irmã/Irmão	1	12,5
Estado Civil		
Casado	6	75
Viúvo	1	12,5
Divorciado	1	12,5

Na tabela n.º 1, observa-se que 87,5% dos cuidadores são do género feminino e que apenas 12,5 são do sexo masculino.

No que diz respeito ao grupo etário, a maior percentagem de cuidadores insere-se no grupo dos 50-59 anos de idade, seguindo-se o grupo etário dos 70-79 e

80-89, ambos com 25%, e por fim, com 12,5%, o grupo etário dos 60 aos 69 anos de idade.

Quanto à distribuição dos cuidadores familiares, de acordo com a relação de parentesco, observa-se, na tabela n.º 1, que 50% dos cuidadores são cônjuges, seguindo-se os filhos/filhas com 37,5% e, por fim, irmã/irmão com 12,5%.

Relativamente ao estado civil, observa-se na tabela n.º 1 que 75 % dos cuidadores são casados, seguindo-se, com 12,5%, os estados de divorciado e de viúvo.

Tabela n.º 2 - Caracterização dos cuidadores no diz respeito: à coabitação; profissão/situação atual e tempo de cuidador; horas de cuidados diários e valor da escala de sobrecarga do cuidador.

Coabitação		
Sim	7	87,5
Não	1	12,5
Profissão/Situação atual		
Empregado	3	37,5
Desempregado	1	12,5
Reformado	4	50
Tempo de cuidador		
2-5 anos	3	37,5
6-9 anos	3	37,5
≥10 anos	1	12,5
Horas de cuidados diários		
Até 10 h	1	12,5
10 a 20h	3	37,5
> 20h	4	50
Valor da escala de sobrecarga do cuidador		
46 a 56	2	25
> 56	6	75

Quanto à coabitação, 87,5% dos cuidadores coabita com a pessoa cuidada e apenas 12,5% não reside com a pessoa com demência.

No que diz respeito à profissão/situação atual, pode observar-se, na tabela n.º 2, que 50% estão reformados, 37,5% estão empregados e 12,5% estão desempregados.

Na tabela n.º 2, relativamente à duração de tempo como prestadores de cuidados, temos 37,5% dos cuidadores que prestam cuidados no intervalo de tempo de 2-5 anos e de 6-9 anos, e 12,5% superior ou igual a 10 anos.

Em relação às horas diárias despendidas na prestação de cuidados à pessoa com demência, observa-se que 50% dos cuidadores despendem mais de 20 horas diariamente, que 37,5% despendem entre 10 a 20 horas diárias e apenas 12,5% refere despende menos de 10 horas diárias.

Por fim, na tabela n.º2, observa-se que 75% dos cuidadores apresentam um valor de sobrecarga intensa e 25% dos cuidadores apresentam uma sobrecarga ligeira.

B) Caracterização das pessoas com demência

No que diz respeito à pessoa cuidada, da qual tivemos em conta variáveis como o género, o grupo etário, estado civil, o tempo de evolução da doença, o grau dependência nas ABVD`s e das AIVD`s.

Tabela n.º 3 - Caraterização das pessoas cuidadas

	N	(%)
Género		
Masculino	5	75
Feminino	2	25
Grupo Etário		
[60-69 anos]	1	12,5
[70-79 anos]	3	37,5
[80-89 anos]	4	50
Estado Civil		
Casado	6	75
Viúvo	1	12,5
Divorciado	1	12,5
Evolução da doença		
Até 5 anos	1	12,5
5-9 anos	4	50
≥10 anos	3	37,5
Índice de Barthel		
0 - 20	1	12,5
21-60	3	37,5
61-90	4	50
Índice Lawton		
> 20	8	100

No que respeita ao género das pessoas cuidadas, observa-se, na tabela n.º 3, que 75% das pessoas com demência são do sexo masculino e 25% do género feminino.

Na tabela n.º 3, observa-se que 50% das pessoas com demência pertencem ao grupo etário dos 80-89 anos, que 37,5% ao dos 70-79 anos e, no grupo etário 60-69 anos temos 12,5%.

No item estado civil, observa-se que 75% das pessoas com demência são casadas e que 12,5% são viúvas ou divorciadas.

Quanto à evolução da doença, observa-se que 50% apresenta sintomas da doença entre o intervalo de tempo de 5 - 9 anos, que 37,5% superior ou igual a 10 anos e que 12,5% há mais de cinco anos.

Na avaliação das ABVD's, através do índice de Barthel, observa-se que 50% das pessoas cuidadas apresentam uma dependência moderada (61-90), 37,5% uma dependência grave (21-60) e as restantes 12,5% apresentam uma dependência total.

No que diz respeito às AIVD's, a avaliação, através da escala de Lawton, revela que 100% das pessoas cuidadas apresenta valores superiores a 20, o que significa que são severamente dependentes.

A amostra realça-se que a maioria dos cuidadores é do género feminino, que 50%, é cônjuge da pessoa cuidada e que coabita com a mesma. De acordo com um estudo exploratório, realizado em Portugal, verificou-se que o cuidador é normalmente um familiar (cônjuges ou filhos) do sexo feminino, que reside com a pessoa cuidada (Instituto Segurança Social, 2005).

Constatámos em diversos estudos que a mulher assume a responsabilidade pelo cuidar, mesmo em situações em que necessita, cumulativamente, de exercer a sua atividade profissional (Sequeira, 2010).

Quanto à idade do cuidador, diferentes estudos mostram que a idade média dos cuidadores é de sessenta anos, mas que esta é influenciada pela idade da pessoa cuidada (Figueiredo, 2007).

A variável coabitação constitui um fator de grande importância no papel de cuidador, pela proximidade física e afetiva que existe entre ambos, sendo de realçar

que as pessoas com demência necessitam de cuidados de uma forma continuada e ao longo de todo o dia, pelo que a não coabitação torna muito difícil, ou até mesmo impossível, o desempenho do papel como cuidador.

No que diz respeito ao estado civil do cuidador, cerca de 70% dos cuidadores são casados (Figueiredo, 2007).

Os cuidadores avaliados referem despende mais de vinte horas diárias no cuidar à pessoa com demência e a maioria é cuidadora há mais de 2 anos. Fazendo referência à conclusão do estudo de Vitaliano, Zhang e Scanlan (2003), cuidar de pessoas com demência, durante vários anos, expõe os cuidadores a exigências físicas e emocionais elevadas, tornando-os desse modo expostos a stressores crónicos. Estes Fatores preponderantes justificam, de uma forma sumária, os valores elevados de sobrecarga do cuidador encontrados na amostra.

Às variáveis do cuidador acrescentámos ainda algumas variáveis da pessoa com demência, a destacar a idade, o número de anos da evolução da doença e, por fim, a dependência moderada nas ABVD`s e severamente nas AIVD`s.

C) Perceção do cuidador familiar

Cuidar de uma pessoa com demência é uma tarefa difícil, que requer tempo e energia. É, assim, uma responsabilidade que pode ter um enorme desgaste emocional e físico, especialmente se adicionado à angústia de ver alguém muito querido a perder as suas capacidades.

Desta forma, solicitamos a cada um que verbalizasse, o que era para si é ser cuidador?

Quadro n.º1 – Análise do estímulo - O que é para si ser cuidador/(a)?

F1	<i>“uma pessoa com grande coração...tem que deixar tudo e todos para ajudar a outra pessoa...ser responsável...”</i>
F2	<i>“sentir quase mãe da minha mãe... proteger, substituir, quando é preciso”</i>
F3	<i>“fazer sacrifícios...”</i>
F4	<i>“ter muito trabalho... ter paciência... grande força...muita vontade”</i>
F5	<i>“é uma pessoa mimar...estimar...dar os bens essenciais... cuidar e amar o próximo”</i>
F6	<i>“é lidar com eles como eles são, fazer-lhes o que eles não podem fazer... é amar... com amor tudo se faz...”</i>
F7	<i>“dar o que se pode dar, fazer o que se pode fazer... ser útil às outras pessoas..”</i>
F8	<i>“tomar conta deles...fazer-lhes tudo...”</i>

Da análise das narrativas sobre a questão/estímulo: O que é para si ser cuidador, constatámos que a perceção do cuidador assentava numa grande carga emocional e um dever moral.

D) Necessidades do cuidador da pessoa com demência

Os cuidadores familiares, quando questionados acerca das suas necessidades, sentem alguma dificuldade em identificá-las, principalmente quando desconhecem as respostas formais existentes. Deste modo, somente mediante a identificação e clarificação das necessidades dos cuidadores familiares é que a equipa multidisciplinar estará capaz de conceber medidas que contribuam para a prestação de cuidados na manutenção/restabelecimento do seu bem-estar, ao longo de todo o processo de cuidar.

Face às respostas dos cuidadores, observámos que subsistem algumas necessidades que são comuns ao grupo.

Quadro nº 2 – Necessidades dos cuidadores – Análise de conteúdo

Área Temática	Categorias	Sub-categorias	
Perceção do cuidador sobre a experiência da pessoa com demência	Necessidades do Cuidador da pessoa com a demência	Necessidades Económicas	<p>F1 “a reforma dele é tão pequena, que tentei evitar (apoio domiciliário), tem um medicamento que custa 50 euros... e só dá para 28 dias... esse dinheiro é preciso para outras coisas... em fraldas gasta-se muito dinheiro...”</p> <p>F1 “a reforma é muito pequena, eles os dois ganham e estou convencida se não fosse a ajuda que tenho (irmãos), que trazem um frango, ou coisa assim, era um bocado complicado, gasta-se muito dinheiro na higiene, nas fraldas, nos medicamentos, gasto muita água, não tenho uma vida assim tão solta”</p> <p>F2 “não há apoios, tudo o que tínhamos não era suficiente, as consultas são caras..., a nível da psiquiatria era particular e da neurologia também “</p> <p>F5 “às vezes conto os cêntimos para ir à farmácia buscar os medicamentos... a reforma não é nada... pior é quando nós precisamos de alguma coisa que nos faz falta e não temos”</p> <p>F7 “é o que estamos a viver, também sou doente e gasto muito dinheiro na farmácia e por vezes sentimos dificuldades”</p>
		Necessidades de informação	<p>F2 “falta-nos informação... o que fazer, como lidar com a situação, perspetivas de futuro...”</p> <p>F2 “muitas dúvidas em relação ao que estava a fazer, se estava a fazer correto ou não...”</p> <p>F8 “ando desorientada... não estava à espera disto, sei lá o que é Alzheimer!”</p>
		Necessidades de suporte	<p>F2 “necessidade de algum tempo para nós podermos cuidar dos outros familiares (marido)”</p> <p>F2 “faz falta ter profissionais especializados que pudessem dar apoio..”</p> <p>F4 “não tenho ninguém, para estar aqui, foi um sacrifício ,deixei-a fechada em casa, como sempre faço”</p> <p>F8 “não sei como vou fazer... ele é tão pesado, necessito de ajuda... alguém que vá a casa”</p>
		Necessidades de apoio emocional	<p>F3 “Ele é muito agressivo... não sei o que fazer ... só choro”</p> <p>F6 “é o comportamento... falar com ele... porque ele é que é o chefe, ele é que sabe, ele é que é o maior e agora ser eu!”</p> <p>F7 “há dias difíceis, nesses dias sinto que sozinho me custa um bocado mais, não quero responder-lhe mal, ...tenho que me afastar”</p>

As necessidades identificadas neste grupo de cuidadores, de uma forma geral, vão ao encontro das evidenciadas na literatura.

Todos os cuidadores têm as suas necessidades, cada uma associada a determinada situação. Contudo, a mesma necessidade poderá ser percebida, ou sentida de maneira diferente, em função dos seus valores e das interações que se estabelecem num determinado contexto.

Assim, só conhecendo bem as necessidades de cada cuidador é que o enfermeiro poderá desenvolver, em parceria com o cuidador/ pessoa com demência, um conjunto de intervenções individualizadas.

E) Avaliação das intervenções realizadas com os cuidadores das pessoas com demência.

Ao longo do estágio acompanhamos oito cuidadores de pessoas com demência, na comunidade e no internamento.

Do ponto de vista subjetivo podemos dizer que as intervenções foram bastante gratificantes para os cuidadores envolvidos, quer pelas suas apreciações, quer pela satisfação que demonstraram durante as intervenções.

Os cuidadores encontraram um espaço, onde puderam partilhar as suas experiências de um modo livre e sem juízos de valor. Manifestaram muitas vezes a satisfação na partilha dos seus medos e receios, com alguém que os compreenda e principalmente com alguém que está a passar pela mesma situação.

Através das entrevistas de diagnóstico identificamos quatro focos de enfermagem (sobrecarga do prestador de cuidados; baixa autoestima; bem-estar alterado e baixa autoeficácia) e diversas necessidades em comum (necessidades económicas, de informação e de apoio emocional); Após o diagnóstico realizado, planeamos com os cuidadores intervenções individuais e uma de grupo.

Na identificação das necessidades, evidenciaram-se algumas comuns nos diversos cuidadores. Necessidade de informação, acerca da doença e da sua evolução foi verbalizada por todos os cuidadores. Foi evidente a falta de conhecimentos acerca da doença, desse modo, incidimos nas informações acerca do que a demência e nos possíveis comportamentos da pessoa cuidada, tendo em conta perspetivas de futuro.

Esta necessidade foi sendo satisfeita ao longo das intervenções e no final os cuidadores verbalizaram os seus ganhos.

F1 - *“permitiu-me saber mais acerca da doença de Alzheimer e assim saber com o que posso contar com a evolução da doença do meu pai”*

F3 - *“permitiu-me conhecer melhor os sintomas do meu marido”*

F4 - *“comecei a compreender melhor os seus comportamentos...”*

A necessidade económica também foi verbalizada pela maioria dos cuidadores, o que era presumível, face ao momento económico do país. As intervenções não tiveram o intuito de satisfazer a necessidade económica propriamente dita, mas sim, conceder-lhes a oportunidade na verbalização das suas necessidades e que, eles próprios partilhassem entre si, estratégias para mitigar essas necessidades, bem como, no encaminhamento para recursos existentes na comunidade.(ex:Instituições de solidariedade social). De uma forma unanime os cuidadores verbalizam ganhos:

F3 - *“permitiu-me conhecer instituições sociais com as quais posso contar...”*

F2 - *“sei que não me dão dinheiro, mas tomei conhecimentos de apoios que posso ter das instituições”*

Outra das necessidades enumeradas, foi a de apoio emocional, os cuidadores verbalizaram como é doloroso ser cuidador de uma pessoa com demência e todas as consequências pessoais, familiares e profissionais que acarretam ao longo de todo o processo de cuidar, destacando a ausência de soluções para minimizar esse sofrimento. Nesse sentido, proporcionamos um espaço no qual os cuidadores puderam verbalizar de uma forma aberta e sem restrições as suas emoções e sentimentos, com o intuito de se sentirem mais “aliviados” e com um sentimento de satisfação e compreensão por parte do grupo.

Não podemos dizer que a necessidade foi satisfeita, muito longe disso, mas podemos afirmar que contribuiu para que cada cuidador sentisse um pouco melhor.

F4 - *“Permitiu-me sair de casa, conviver com outras pessoas... partilhar as minhas emoções”*

F6 - *“agora consigo identificar as minhas necessidades, antes não tinha noção delas”*

F7 - *“fez-me sentir com mais valor... sou melhor cuidador”*

F4 - *“conhecer outros cuidadores que estão a passar pela mesma experiência, fez-me não me sentir tão só”*

F7 - *“deu-me a oportunidade de desabafar sobre os meus sentimentos, quero participar outras sessões”*

As intervenções com os cuidadores permitiram momentos de partilha, foram vivenciadas emoções intensas entre os cuidadores e nem sempre foi fácil lidar com todo este sofrimento expresso pelos cuidadores.

Neste aspeto, foi particularmente importante o apoio dos orientadores, permitindo a partilha e reflexão de todas estas vivências.

No final das intervenções, sentimos algumas limitações na execução de todo o processo, desde o espaço físico adequado à realização das intervenções, a maioria teve que ser realizadas no domicílio, mas a principal limitação, foi a curta duração do estágio, o tempo foi curto para ir de encontro à satisfação das necessidades identificadas. Por outro lado, ficou demonstrado que o projeto é uma mais-valia no cuidar de quem cuida de pessoas com demência.

6 - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

As competências são comportamentos específicos que as pessoas demonstram com uma certa perseverança e regularidade, face a um determinado contexto, em condições externas e internas igualmente específicas. Estas sustentam avaliações relativamente objetivas e consistentes sobre a performance profissional dos seus detentores. Na realidade, as competências, requeridas num determinado contexto, podem não ser exatamente as mesmas que são requeridas em contextos diferentes e para pessoas diferentes (Ceitil, 2007).

O percurso de aquisição de competências especializadas “realiza-se na prática clínica, orientada e supervisionada, suportada na aquisição de conhecimentos teóricos e na investigação suportada por uma estrutura de capacidades para a decisão clínica, a gestão e supervisão de cuidados, a liderança, o planeamento estratégico e o desenvolvimento de investigação no âmbito da especialidade” (OE, 2007, p.19).

No início deste projeto, considerávamo-nos como enfermeiros proficientes, segundo os níveis de Benner, mas a ambição é tornarmo-nos enfermeiros peritos.

A autora define o nível de perito como “aperceber-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas” (Benner, 2001, p.54). Ainda, segundo a mesma autora, o enfermeiro perito é o “que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis... age a partir de uma compreensão profunda da situação global” (Benner, 2001, p.58).

Este relatório reflete o percurso realizado ao longo do estágio, constituindo assim uma ferramenta para o nosso desenvolvimento profissional e pessoal, conduzido pela reflexão sobre nós enquanto pessoas, bem como sobre as experiência adquiridas nas diversas interações com o cuidador da pessoa com demência.(Apêndice VIII)

Nesse sentido, abordámos e refletimos acerca da aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EESMP.

A) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

No decurso das interações com os cuidadores, experienciámos sentimentos e emoções que, por vezes, podem influenciar a relação terapêutica, pois além de enfermeiros, somos pessoas e isso não se dissocia.

Ao contrário do passado, em que se acreditava que as emoções prejudicavam o correto funcionamento do raciocínio, atualmente, com o progresso das neurociências, desvendou-se que as emoções são muito importantes para o processo de tomada de decisão. É importante identificar as emoções e perceber como lidamos com as mesmas (positivas ou negativas) na tomada das decisões e, para alcançar esse conhecimento, é imprescindível conhecermo-nos.

Ao longo deste percurso de conhecimento e crescimento pessoal, não podemos deixar de destacar, talvez a principal competência do enfermeiro de saúde mental e psiquiátrica, a inteligência emocional. Partilhamos, por isso, da opinião de Ascenso (2007), quando este faz referência a Mayer e Salovey (1997), que a definiram como “a capacidade de perceber e expressar emoções, de compreender e usá-las e de geri-las de forma a gerar crescimento pessoal”, uma vez que a reflexão sobre as interações com o cuidador despertou, em nós, emoções diversas, que nos permitiram refletir um pouco mais sobre nós próprios e como lidamos face a essas emoções.

No estágio na unidade de intervenção comunitária, tivemos a oportunidade de trabalhar com o cuidador/pessoa com demência, no seu meio ambiente familiar/social, muito enriquecedor, mas exigente, face aos estímulos a que estávamos sujeitos (bairro onde está inserido, condições de habitabilidade, relações familiares e sociais), tendo-nos colocado num ambiente de cuidados diferente, que nos levou a reagir de uma forma espontânea e a tomar decisões em situações inesperadas.

A reflexão dessas vivências, com a ajuda dos orientadores, permitiu-nos um conhecimento mais abrangente do *setting* terapêutico e, simultaneamente, um desenvolvimento profissional e pessoal.

B) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, sócio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Através das entrevistas, identificámos os problemas e as necessidades do cuidador, estabelecendo diagnósticos de saúde mental, utilizando a linguagem CIPE.

Com base nos diagnósticos, implementámos intervenções psicoterapêuticas individuais e de grupo, centradas nas necessidades de cada cuidador, permitindo orientá-los, capacitá-los no seu processo de cuidar diário da pessoa com demência, assim como desenvolvemos estratégias de empoderamento que permitam ao cuidador a incrementação de capacidades de proteção, com o objetivo de suprimir ou reduzir os sintomas de sobrecarga e a verbalização de emoções.

Para o desenvolvimento das competências abordadas teve grande contributo a vivência de um leque de experiências com peritos no serviço de psicogeriatría, da associação de doentes e familiares com doença de Alzheimer e da revisão sistemática da literatura realizada, possibilitando identificar as intervenções com impacto positivo no bem-estar do cuidador e assim prestar cuidados baseados na evidência.

Durante todo o projeto, mas com maior relevo na fase de implementação das intervenções, destacamos o contributo da supervisão dos enfermeiros orientadores, permitindo-nos refletir sobre as intervenções realizadas, verbalizando os nossos receios, inseguranças e alegrias, contribuindo fortemente para o nosso desenvolvimento profissional e pessoal e conseqüente repercussão na melhoria da qualidade dos cuidados.

Realçamos que a consciência ética esteve presente em todos os nossos passos. Nunes (2002, p.8) refere que a profissão de Enfermagem “tem uma tripla orientação no que diz respeito ao que realiza em nome do ser humano (ética), em

nome da profissão (deontologia) e em nome da sociedade (moral). Então ao cuidar de uma pessoa, teremos necessidade de instrumentos e habilidades de géneros diferentes, como são os de ordem técnico-científica e os de ordem moral...”

Ao longo de todo o processo, tivemos de ter em conta vários princípios éticos: Princípio da Autonomia ou Liberdade – Este princípio conduz ao respeito pela legítima autonomia dos cuidadores, pelas suas escolhas e decisões, que se desejam autónomas e livres, informando-os convenientemente, assegurando a correta compreensão da informação cedida e livre decisão.

Princípio da Beneficência – Este princípio inclui o da não maleficência ou, pelo menos, a obrigação de promover positivamente o bem, evitar e remover o mal. Isto pressupõe uma análise cuidada dos custos, riscos e benefícios para o cuidador.

Princípio da Justiça – Reporta-se às exigências da justiça distributiva, ou seja, o direito inerente a cada cuidador, à justa distribuição dos meios e cuidados de enfermagem, sem qualquer tipo de discriminação. Todos os cuidadores/pessoas com demência foram tratados de igual modo, independentemente do seu nível cultural e social.

No decorrer do estágio, deparámo-nos com diversos constrangimentos, os quais constituíram entraves para a realização plena das atividades programadas. As limitações foram de diversa ordem: físicas, dos participantes e de planeamento.

Quanto às limitações físicas, reportamo-nos à escassez de salas para receber os cuidadores na unidade de intervenção comunitária, estando quase sempre dependentes de outros profissionais. Enumeramos também as limitações na realização de entrevistas no domicílio do cuidador, em que nem sempre encontrámos as condições mínimas necessárias para a realização das mesmas, obrigando-nos a suspendê-las e, assim, atrasar o desenvolvimento das etapas planeadas.

No que diz respeito aos participantes, cuidadores de pessoas com demência, realçamos que o diagnóstico de demência demora muito tempo a ser elaborado e é, muitas vezes, secundário a outros, como a depressão e por isso se tornou mais difícil a dimensão da amostra.

Por último, referimos as limitações de planeamento, pois tivemos de facto dificuldade no agendamento do estágio na associação de doentes e familiares com

doença de Alzheimer, que estava projetado para as primeiras semanas de estágio e só foi possível realizar na segunda metade do estágio, alterando assim toda programação dos campos de estágio.

No que diz respeito à continuidade do projeto, a equipa multidisciplinar considerou que este projeto irá contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao cuidador/pessoa com demência, numa vertente de formação e suporte aos cuidadores e o primeiro passo será a constituição de um grupo de trabalho que contará com enfermeiro, assistente social e psicólogo.

Simultaneamente, os cuidadores mostraram-se muito recetivos com a continuidade do projeto, verbalizando ser uma mais-valia no seu processo de cuidar.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto desenvolvido ao longo do estágio deu resposta aos diferentes objetivos a que estava proposto, desde logo, o desenvolvimento e aquisição de competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

Assim, o estágio realizado enquanto experiência prática, culminou no desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas com o cuidador de pessoa com demência, permitiu colocar em prática conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, bem como a experiência adquirida no serviço de psicogeriatría de um hospital do grande Porto e também na associação de doentes e familiares com doença de Alzheimer. O desenvolvimento das intervenções numa atitude clínico-reflexiva através da supervisão dos orientadores contribuíram de uma forma sustentada para o aprofundar de competências fundamentais para o nosso desenvolvimento profissional e pessoal.

A finalidade e os objetivos propostos foram atingidos, apesar dos constrangimentos vividos, foi possível desenvolver com os cuidadores intervenções que foram de encontro às suas necessidades.

Os cuidadores de pessoas com demência são sujeitos a vivências desgastantes ao longo de todo o processo de cuidar, com implicações na sua vida pessoal e profissional. Nesse sentido, para esta problemática identificada, foi possível proporcionarmos a estes cuidadores, momentos de aprendizagem acerca da demência, espaço para a expressão de sentimentos e emoções, através da partilha das vivências de cada um, bem como, de todo o apoio emocional disponibilizado.

Foi claramente percecionado por nós, ganhos a vários níveis, e consequentemente a melhoria da autoeficácia e assim, a diminuição do risco de morbilidade.

O maior constrangimento no desenvolvimento das intervenções, deveu-se à curta duração do estágio, que conduziu a uma redução do tempo disponível para

cada intervenção e naturalmente a uma abordagem superficial das temáticas discutidas.

As intervenções desenvolvidas foram fundamentadas no modelo teórico de Betty Neuman, no qual encara o cuidador como um sistema aberto em constante mudança, interagindo com forças ambientais ou com stressores, cujo sentido é encontrar um estado dinâmico de estabilidade do sistema e assim o equilíbrio, promovendo o seu bem-estar.

Ao desenvolver este projeto, consideramos sempre que, numa perspetiva futura, este projeto poderá alicerçar uma consciencialização da problemática do cuidar do cuidador da pessoa com demência e perspetivar um grupo de apoio e suporte no nosso local de trabalho.

Ao terminarmos este relatório, um pensamento se impõe: o acesso ao título de enfermeiro especialista de Saúde Mental e Psiquiatria, mais do que diferenciarmos – nos no seio da equipa multidisciplinar, aumenta a responsabilidade na nossa prática clínica, pois o conhecimento só tem razão de ser se for partilhado e colocado ao serviço dos outros. No caso concreto dos enfermeiros, ao serviço dos cuidadores da pessoa com demência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ Alzheimer Europe (2009). Prevalence of dementia in Europe. *Alzheimer-europe.org*. Acedido a 14 de Janeiro 2012. Disponível em: <http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia/Prevalence-of-dementia-in-Europe>.
- ❖ Andrade, A. (2009). Escuela de Cuidadores como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. (Spanish). *Revista Cubana De Salud Pública*, 35(2), 1-14. Acedido em 13 de Janeiro 2012. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=6228826&lang=pt-br&site=ehost-live>
- ❖ Ascenso, J. (2007). Competências emocionais. In M. Ceitil, *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. (p. 240- 288). Lisboa: Sílabo.
- ❖ Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e sua evolução. In A. Castro-Caldas, A. Mendonça, *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. (p27- 40). Lisboa: Lidel.
- ❖ Belle, S. H., Burgio, L., Burns, R., Coon, D., Czaja, S. J., Gallagher-Thompson, D., & Song, Z. (2006). Enhancing the Quality of Life of Dementia Caregivers from Different Ethnic or Racial Groups. *Annals Of Internal Medicine*, 145(10), 727- W216. Acedido em 13 de Janeiro 2012. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=23185453&lang=pt-br&site=ehost-live>
- ❖ Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática divina de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora.
- ❖ Borgermans, L., Nolan, M.& Philip, I. (2001). Europe. In I. Philip, *Family Care of Older People in Europe*. (p2-25). Amsterdam: IOS Press.
- ❖ Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- ❖ Castro-Caldas, A. e Mendonça, A. (2005). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lidel: Lisboa.

- ❖ Ceartil, M. (2007). *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. Lisboa: Sílabo
- ❖ Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- ❖ Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel.
- ❖ Decreto- Lei nº 8/2010 de 28 Janeiro (2010). *Diário da Republica. I Série,nº19*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- ❖ Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi.
- ❖ Fortinsky, R. H., Kulldorff, M., Kleppinger, A., & Kenyon-Pesce, L. (2009). Dementia care consultation for family caregivers: Collaborative model linking an Alzheimer's association chapter with primary care physicians. *Aging & Mental Health, 13*(2), 162-170. Acedido em 8 Março 2012. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=37293746&lang=pt-br&site=ehost-live>
- ❖ Freese, B. T. (2004). Betty Neuman, Modelo de Sistemas. In A. M. Tomey, M.R Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed). (p.335-375). Loures: Lusociência.
- ❖ Hepburn, K. W., Tornatore, J., Center, B., & Ostwald, S. W. (2001). Dementia Family Caregiver Training: Affecting Beliefs About Caregiving and Caregiver Outcomes. *Journal Of The American Geriatrics Society, 49*(4), 450-457. Acedido em 15 de Janeiro 2012. Disponível em :<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=6031023&lang=pt-br&site=ehost-live>
- ❖ Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- ❖ Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- ❖ Lage, I. (2005). *Cuidados familiares a idosos*. In C. Paúl e A. Fonseca (Eds.). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. (p. 202- 222). Lisboa: Climepsi Editores.

- ❖ Larcher, F. (2005). Sobre o direito e Protecção da família. In *Actas do Congresso Solidariedade Intergeracional*. Lisboa.
- ❖ Márquez-González, M. M., Losada, A. A., Izal, M. M., Pérez-Rojo, G. G., & Montorio, I. I. (2007). Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: Description and outcomes of an intervention programme. *Aging & Mental Health*, 11(6), 616-625. Acedido em 8 Março 2012. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=27794825&lang=pt-br&site=ehost-live>
- ❖ Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5ª edição. New York.
- ❖ Mendes, P. (1998) - *Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano*. Dissertação Mestrado. Apresentada na Universidade Católica de São Paulo. Acedido em 10 de Janeiro de 2012. Disponível em: http://www.sapientia.pucsp.br//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3650
- ❖ Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- ❖ Nunes, B. (2005). A demência em números. In A. Castro-Caldas, e A. Mendonça. - *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. (p11 - 26). Lisboa: Lidel.
- ❖ Ordem dos Enfermeiros (2007). *Um modelo de desenvolvimento profissional*. Suplemento da revista nº 26 Junho 2007. ISSN: 1646-2629.
- ❖ Parker, D; Mills, S.; Abbey, J. (2008) Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6(2), pp. 137-172. Acedido em 17 de Maio de 2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009980069&lang=pt-br&site=ehost-live>
- ❖ Phaneuf, M. (2010). *O envelhecimento perturbado a doença de alzheimer*. 2ª ed.. Loures: Lusodidacta.
- ❖ Quaresma, M. (1996). *Cuidados familiares às pessoas muito idosas*. Lisboa: Direcção geral da acção social/núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

- ❖ Resolução da Assembleia da Republica 134/265/XI (2010). *Diário da Republica I serie nº.234/XI/2*.Lisboa.
- ❖ Sequeira, C. (2007). *O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família*. Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas da Abel Salazar da Universidade do Porto.
- ❖ Sequeira, C. (2010).*Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- ❖ Instituto da Segurança Social, I.P. (2005). Situação Social dos doentes de alzheimer um estudo exploratório. Lisboa: Instituto da Segurança Social
- ❖ Sousa, L., Figueiredo, Daniela & Cerqueira, M. (2004).*Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- ❖ Vitaliano, P. P. , et al (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129 (6), 946-972. Acedido em 25 de Julho de 2011. Disponível em : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=14599289&lang=pt-br&site=ehost-live>
- ❖ Watson, J. (2002).*Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- ❖ World Health Organization (2001). *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding*. New Hop: World Health Organization.

ANEXOS

ANEXO I

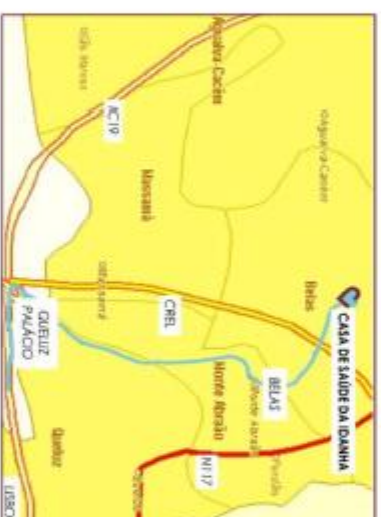
Simpósio “ Envelhecimento: Reflexões e Práticas”



Transportes:

Comboio (estação de Queluz Ocidental)
Autocarros (Lisboa Transportes - 103,
112, 130/131, 149, 175, 179, 215)

Localização:



organização

Equipa Interdisciplinar do Serviço de
Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva

Casa de Saúde da Idanha

Simposium “Envelhecimento: Reflexões e Práticas”

Rua Bento Menim nº8, Idanha
2605-119 Belas

Tel 214339401
Fax: 14339413
Email: csi@hscj.pt

**Simpósio “Envelhecimento:
Reflexões e Práticas”**

02. Novembro. 2011



Contactos:
Email: csi@hscj.pt
Telef: 214339400
Fax: 214339413

PROGRAMA

O Serviço de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva da Casa de Saúde da Idanha é um serviço especializado no tratamento e reabilitação de pessoas com demência.

A equipa interdisciplinar deste serviço irá realizar um fórum sobre temáticas relacionadas com a pessoa idosa.

Objectivos do Simpósium

- Promover a reflexão sobre a pessoa idosa na actualidade;
- Partilhar conhecimento sobre intervenções especializadas em pessoas idosas.

Destinatários

- Profissionais de saúde e estudantes.

Local

- Auditório da Casa de Saúde da Idanha

WORKSHOPS

W1 – Estimulação Psicomotora na Demência

W2 – Nutrição nos Idosos

W3—Terapia de Orientação para a Realidade e Terapia de Reminiscência

9.00h Entrega de documentação

9.30h Sessão de Abertura

(Dr. Paula Carneiro e Dr. Pedro Varandas)

10.00h Conferência: O Envelhecimento na

Actualidade (Maria Eugénia Duarte Silva—Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa)

11.00h Pausa - café

11.30h Mesa Redonda:

- Promoção da Saúde Mental na pessoa idosa (Glória Toletti—ESEL)

- Aprender a Não Esquecer

(Sandra Ginó—Grupo de Estudos da Demência)

- Estimulação Motora nos Idosos (A definir)

13.00h Pausa – Almoço

14.30h Workshops

Ficha de Inscrição

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____

Código Postal _____ Telefone: _____ Tlm _____

E-mail: _____ Profissão: _____

Inscrição gratuita a enviar até dia 31 de Outubro

Secretariado: Casa de Saúde da Idanha

Serviço de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva

Rua Bento Menin, nº 8

2605-113 Beelas

Tel: 931 883 511 / e-mail: u4_csi@i-scj.pt / Fax: 214 335 413

ANEXO II

Escala de Sobrecarga do Cuidador

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

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

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

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

18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro(a) acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado(a) por ter de cuidar do seu familiar?					

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

Nunca = (1);

Quase nunca = (2);

Às vezes = (3);

Muitas vezes = (4);

Quase sempre = (5).

Obtém-se um *score* global que varia entre 22 e 110, em que um maior *score* corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte:

Inferior a 46 = Sem sobrecarga;

Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;

Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

Este instrumento divide-se por quatro fatores. O primeiro fator, intitulado de “impacto da prestação de cuidados” (IPC), reúne os itens que se referem à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, dos quais se destacam: alteração no estado de saúde, elevado número de cuidados, alteração das relações sociais e familiares, escassez de tempo, desgaste físico e mental. Nesta categoria, encontram-se os itens relativos ao impacto dos cuidados diretos no contexto do cuidador.

O segundo fator, intitulado de “relação interpessoal” (RI), reúne itens associados à sobrecarga relacionados com a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada. Estes itens avaliam o impacto interpessoal que resulta da relação de prestação de cuidados, essencialmente associado às dificuldades com a interação.

O terceiro fator, intitulado de “expectativas com o cuidar” (EC), é constituído por quatro itens, relacionados com as expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados, centra-se essencialmente nos medos, receios e disponibilidades.

O quarto fator, intitulado de “perceção de autoeficácia” (PA), é constituído por dois itens, sobre a opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho.

ANEXO III

Índice de *Barthel*

ÍNDICE DE BARTHEL**ALIMENTAÇÃO**

10	Independente	Capaz de utilizar qualquer instrumento necessário; come num tempo razoável; capaz por si só de se servir e preparar o prato, de usar condimentos, barrar com manteiga, etc.
5	Com ajuda	Por exemplo para cortar, barrar com manteiga, etc.
0	Dependente	Necessita de ser alimentado.

BANHO

5	Independente.	Capaz de se lavar, usando o duche ou a banheira ou permanecendo de pé e passando a esponja em todo o corpo. Inclui entrar e sair da banheira sem a presença de nenhuma pessoa.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda.

VESTIR

10	Independente.	Capaz de escolher, vestir e despir a roupa. Ata os sapatos, abotoa os botões, etc. Põe o cinto ou os suspensórios se necessitar.
5	Com ajuda	Realiza pelo menos metade das tarefas num tempo razoável.
0	Dependente	Incapaz de se vestir sem ajuda.

BANHO

5	Independente	Realiza todas as tarefas pessoais (lavar as mãos e a cara, pentear-se, etc.). Inclui fazer a barba e lavar os dentes. Sem qualquer ajuda usa a tomada se a máquina é eléctrica.
0	Dependente	Necessita de alguma ajuda.

CONTROLO INTESTINAL

10	Continente.	Nenhum acidente. Se necessita de clister ou supositório arranja-se por si só.
5	Ocasional	Raramente (menos do que uma vez por semana) ou necessita de ajuda para o clister ou para os supositórios.
0	Incontinente	

CONTROLO VESICAL

10	Continente	Nenhum acidente. Seco dia e noite. Capaz de usar qualquer dispositivo (algália). Se necessário é capaz de mudar o saco.
5	Ocasional	Menos do que uma vez por semana. Necessita de ajuda com os instrumentos.
0	Incontinente.	

USO DA CASA DE BANHO		
10	Independente.	Entra e sai sozinho. Capaz de tirar e vestir a roupa, limpar-se, evitar sujar a roupa, descarregar e limpar a sanita. Capaz de se sentar e levantar sem ajuda. Pode utilizar barras de suporte
5	Com ajuda	Precisa de ajuda para manter o equilíbrio, despir ou vestir a roupa ou limpar-se.
0	Dependente	Incapaz de se desembaraçar sem ajuda.

DEAMBULAÇÃO		
15	Independente	Pode usar qualquer ajuda (prótese, canadiana, bengala, etc.), excepto o andarilho. A velocidade não é importante. Pode andar pelo menos 50 metros ou equivalente sem ajuda ou supervisão.
10	Com ajuda	Supervisão física ou verbal, incluindo instrumentos ou outras ajudas para permanecer de pé. Deambula 50 metros.
5	Independente em cadeira de rodas	Manobra a sua cadeira de rodas pelo menos 50 metros. Contorna esquinas sozinho.
0	Dependente	Requer grande ajuda.

ESCADAS		
10	Independente.	Capaz de subir ou descer um lanço de escadas sem ajuda ou supervisão, ainda que utilize corrimão ou instrumento de apoio.
5	Com ajuda	Supervisão física ou verbal.
0	Dependente	Necessita de elevador (ascensor) ou não pode usar escadas.

<20 - Totalmente dependente 20-35 - Severamente dependente 40-55 - Moderadamente dependente	>/=60 - Pontos ligeiramente dependente 100 - Pontos independente Cotação: (de 0 a 100) _____
---	--

ANEXO IV

Índice de *Lawton*

Índice de *Lawton* - *Brody*, versão apresentada por Sequeira (2007)

Itens		Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Cada item apresenta 3, 4 ou 5 níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5, em que a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. O Índice varia entre 8 e 30 pontos de acordo com os seguintes pontos de corte: **8 pontos – Independente; 9 a 20 pontos - Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda;> 20 pontos - Severamente dependente, necessita de muita ajuda** (Sequeira 2007).

APÊNDICES

APÊNDICE I

Revisão da literatura

AUTOR/ANO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
ANA MARGARITA ESPIN ANDRADE 2009 - <i>Revista Cubana De Salud Pública</i> , 35(2), 1-14.	16 Cuidadores	Um programa psico-educativo com dez sessões semanais.	O programa psico-educativo foi eficaz na mudança dos efeitos psicológicos dos cuidadores, mas não para reduzir todos os efeitos socioeconômicos causados pelo cuidar da pessoa com demência, indicando que este tipo de intervenção não é suficiente para modificar os aspetos mais tangíveis de vida do cuidador.
Steven H. Belle; et al 2006 - <i>Annals Of Internal Medicine</i> , 145(10), 727-W216.	212 Cuidadores de origem hispânica ou latina 219 brancos ou caucasianos 211 cuidadores negros ou afro-americanos	Intervenções multicomponente: 12 Sessões (9 no domicílio [1,5 horas cada] e 3 sessões por telefone [meia hora cada sessão]) e 5 por suporte telefónico estruturado.	Os sintomas de depressão foram menores entre os cuidadores pertencentes ao grupo de intervenção. A intervenção multicomponente estruturada, adaptada para perfis de risco individuais pode aumentar a qualidade de vida dos diversos cuidadores.
Fortinsky, R. H., Kuldorff, M., Kleppinger, A., & Kenyon-Pesce, L. (2009). <i>Aging & Mental Health</i> , 13(2), 162-170.	84 cuidadores familiares	A intervenção teve a duração de 12 meses. O plano de cuidados inclui cuidados básicos para todos os cuidadores (informações sobre o curso clínico da doença, as questões jurídicas e financeiras, grupos de apoio, sessões educacionais de demência oferecido pelas associações).	Os cuidadores cônjuges demonstraram uma menor probabilidade em internar o seu familiar, embora com uma diferença insignificativa. Os cuidadores do grupo de intervenção relataram maior satisfação com a intervenção, demonstrando melhoria ao nível da autoeficácia. O comentário positivo mais frequente, verbalizado pelo grupo de intervenção cuidadores, refere-se ao facto de se sentirem valorizados e o apoio e simpatia fornecidos pelos telefonemas mensais. Os comentários negativos mais frequentes é que desejavam uma experiência mais individualizada, que a informação fosse sobre

			assuntos mais práticos, como ajuda na tomada de decisão do dia a dia.
<i>Kenneth W. Hepburn, PhD, Jane Tornatore, PhD, Bruce Center, PhD, and Sharon W. Ostwald, PhD, RN (2001). Journal Of The American Geriatrics Society, 49(4), 450-457.</i>	117 Cuidadores	Um programa de treino de 2 horas semanais durante sete semanas, num total de 14 horas de treino. Foram realizados 16 programas. O <i>Workshop</i> foi composto por uma equipa multidisciplinar (enfermeiro, educador, terapeuta de família, terapeuta ocupacional). Enquanto os cuidadores e outros membros da família participaram na formação, as pessoas cuidadas permaneciam num grupo.	Os resultados sugerem que existem benefícios na partilha de informações, na articulação e no papel de <i>coaching</i> (treino) para os cuidadores familiares da pessoa com demência. É benéfico para os cuidadores reconhecer o seu papel recém-adquirido e assumir uma perspetiva adequada para o seu novo papel (incluindo o autocuidado). Os cuidadores perceberam que a sua intervenção no cuidar era diferente da habitual, passando a ver os seus papéis familiares numa perspetiva diferente, nomeadamente tendo em conta o seu próprio bem-estar, tornando-se mais críticos. Os cuidadores do grupo de intervenção narraram menos sintomas de depressão e sobrecarga.
<i>Márquez-González, M. M., Losada, A. A., Izal, M. M., Pérez-Rojo, G. G., & Montorio, I. I. (2007) Aging & Mental Health, 11(6), 616-625.</i>	74 Cuidadores	A intervenção cognitivo-comportamental consistiu em oito sessões semanais de duas horas cada.	A intervenção foi bem sucedida, tanto na redução dos pensamentos disfuncionais sobre o cuidado, como na diminuição da sintomatologia depressiva dos cuidadores e, além disso, influenciou positivamente a avaliação dos comportamentos problemáticos das pessoas cuidadas.

APÊNDICE II

Diário de bordo: Serviço de Psicogeriatría

Diário de bordo: Serviço de Psicogeriatría

10 Outubro 2011:

Cheguei ao serviço de Psicogeriatría cerca das 8h00, tendo sido recebido pela enfermeira chefe. No final da passagem de turno, fui apresentado à equipa de enfermagem (do internamento e da visitação domiciliária) e, posteriormente, à restante equipa multidisciplinar.

Tive oportunidade de conhecer a estrutura física do serviço e foi-me dado a conhecer um pouco da sua história, a sua missão e os seus recursos humanos.

O serviço de psicogeriatría tem como missão:

- Desenvolver e implementar estratégias de prestação de cuidados de saúde mental e melhoria da qualidade de vida de uma categoria social específica, numa área assistencial delimitada, área geo-demográfica atribuída ao Hospital Magalhães de Lemos, através de um serviço especializado, na perspetiva da integração plena do idoso, prevenindo a sua deterioração física, psíquica e social, tentando o máximo grau de autonomia para que ele possa integrar todos ou, pelo menos, os principais domínios da atividade humana: a individualidade, a família e a sociedade.

- Garantir melhores condições assistenciais às pessoas idosas portadoras de patologia mental, tendo como pressuposto o reconhecimento do carácter específico das suas necessidades, prestando o serviço, cuidados diferenciados e especializados, intra e extra-hospitalares e procurando o envolvimento e articulação mútuos da e com a rede de cuidados de saúde (centros de saúde e hospitais gerais da área) e as estruturas locais de apoio a esta população (IPSS, autarquias e outras instituições da comunidade).

- Implementar uma intervenção comunitária e institucional, viabilizando uma abordagem multidimensional do idoso aos vários níveis, e uma segunda linha de cuidados diferenciados para situações que lhe são enviadas por outros serviços de saúde, a par com atividades de estudo, investigação e formação.

- Deverá ainda assegurar o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de eficácia e eficiência, podendo simultaneamente assumir o desenvolvimento de investigação e formação.

No que diz respeito a recursos humanos, é constituído por:

4 médicos psiquiátricos; 19 enfermeiros; 2 psicólogas; 2 assistentes sociais; 1 terapeuta ocupacional; 10 assistentes operacionais; 2 assistentes técnicos. O serviço conta também com o serviço de consultoria e a colaboração muito próxima de médico neurologista; médico de medicina interna e nutricionista.

Com a enfermeira chefe, planeámos as atividades a realizar ao longo da semana, tendo começado pela visitação domiciliária.

Estas visitas são realizadas por dois técnicos, um dos quais é enfermeiro. A escolha dos utentes é efetuada de acordo com o plano previamente estabelecido, resultante da avaliação da equipa.

O serviço dispõe de viatura própria para a efetivação das visitas.

As visitas domiciliárias são coordenadas em cada equipa por um enfermeiro. Têm como objetivos dar seguimento ao plano delineado individualmente para cada utente, especificamente:

- Avaliar os riscos para o doente, presentes na habitação, e as relações familiares, como complemento às primeiras avaliações.
- Ensinar, aos cuidadores, técnicas e estratégias, para melhor lidar com o doente a cargo, e sugestões para eliminar riscos.
- Informar sobre a evolução da doença e sobre apoios sociais e outros.
- Seguir o doente e a evolução do seu estado, quando este já não se pode deslocar ao serviço de psicogeriatría ou sempre que se achar oportuno.

Apesar de realizar visitação domiciliária há vários anos, foi uma mais-valia, pois apercebi-me do bom trabalho realizado, o que só veio reforçar o quanto é importante os técnicos de saúde deslocarem-se à comunidade para “sentirem” as reais necessidades dos utentes/familiares, tendo em conta o meio que os rodeia.

Dia 11 de outubro:

Durante a manhã, participei nas consultas de primeiras avaliações. Primeiras avaliações são todas as primeiras consultas realizadas aos doentes referenciados pelo médico de família e são compostas por uma equipa multidisciplinar (médico psiquiatra, enfermeiro especialista, psicólogo e assistente social).

As consultas de primeiras avaliações têm como objetivos:

- Fazer a avaliação do estado global do utente, nas vertentes médicas, de enfermagem, psicologia e social;
- Contribuir para o esclarecimento do diagnóstico;
- Avaliar as atividades funcionais e instrumentais do utente;
- Elaborar um plano de intervenção multidisciplinar.

No que diz respeito ao papel do enfermeiro, este:

- Proporciona um ambiente favorável (confortável e confidencial);
- Colhe informação sobre o grau de dependência e atividades funcionais, de acordo com instrumento (*easy care*) e índice de Barthel;
- Identifica necessidades de cuidados de enfermagem no utente/cuidador;
- Participa na elaboração do plano de cuidados multidisciplinares;
- Planeia as intervenções de enfermagem (internamento completo ou parcial, visitas domiciliárias e consulta de enfermagem);
- Regista os resultados do plano de intervenção delineado.

Quero destacar esta atividade, pois acho que é de extrema importância a primeira receção do utente/cuidador pelos serviços. Pude constatar que o modelo utilizado neste serviço é um bom exemplo e é um modelo que eu quero seguir. O utente/família é avaliado simultaneamente e transversalmente pela equipa multidisciplinar, evitando-se, dessa forma, por exemplo, a repetição vezes sem conta da história clínica e que se torne um processo moroso.

Na parte da tarde, participei no grupo de ajuda mútua (GAM).

O GAM é um encontro voluntário de familiares cuidadores que partilham experiências ou problemas comuns relacionados com a patologia de demência, em programa de seguimento no serviço, quer em internamento quer em ambulatório.

O grupo reúne uma vez por semana, durante uma hora. É constituído por 3 técnicos, enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica, assistente social e psicólogo.

Tem como objetivos:

- Diminuir a ansiedade e o stress dos cuidadores;
- Promover o bem-estar físico e mental;
- Permitir a expressão de sentimentos dentro do contexto de apoio do grupo;
- Adquirir competências para lidar com o doente com demência.

Esta atividade, que considero ser uma das principais no apoio ao cuidador da pessoa com demência, possibilitou-me presenciar de viva voz os sentimentos, dificuldades, receios e satisfação de quem lida diariamente com a pessoa com demência, tratando-se de um grupo que permite criar um meio propício à partilha de experiências e, simultaneamente, um momento de aprendizagem mútua.

Dia 12 de outubro:

Neste dia, participei em mais consultas de primeiras avaliações.

Dia 13 de outubro:

Na parte da manhã, visitámos o serviço de reabilitação psicossocial. Apesar de não estar dirigido à pessoa com demência, foi importante conhecer um serviço de referência ao nível da reabilitação do doente mental, não só do hospital, mas também de toda a região norte.

O serviço acompanha um total de 160 doentes, 110 diários. 70 hospitalizados (dos quais 10 a 15 nos serviço de agudos, em situação de pré alta) e 80 a 90, no clube terapêutico, que frequentam o serviço 2 a 3 vezes por semana para atividades específicas.

Atividades desenvolvidas:

- Treino de competências

- Treino de AVD`s
- Expressão artística (pintura);
- Expressão física (piscina, futebol).

- Fóruns sócio-ocupacionais

- Grupos de psicoeducação

- Familiares/doentes psicóticos;
- Orientação e suporte para familiares de doentes psicóticos.

- Parceria com a UNIVA (Unidade de Inserção na Vida Activa):

- A UNIVA insere-se numa política de reforço dos mecanismos de apoio à (re)inserção profissional e/ou formativa, destinada aos utentes do Hospital, às entidades empregadoras que procurem candidatos a postos de trabalho e às entidades formadoras que pretendam divulgar os seus planos de formação.

No período da tarde, participámos nas consultas de Enfermagem para os cuidadores de pessoas com demência.

São objetivos da consulta de Enfermagem:

- Promover a autoestima dos cuidadores;
- Reforçar as capacidades e competências dos cuidadores;
- Apoiar os cuidadores no acesso a ajudas técnicas, privilegiando o cuidar no domicílio;
- Melhorar as capacidades práticas do cuidador;
- Ajudar o cuidador a promover um ambiente seguro no domicílio cuidador.

O enfermeiro avalia os conhecimentos do cuidador nos seguintes itens:

- Conhecimentos sobre a doença e a sua evolução;
- Conhecimentos sobre estratégias de *coping*;
- Capacidade do cuidador para lidar com o doente e o espaço físico;
- Conhecimento que o cuidador tem sobre as estratégias a usar nas avd's;
- Desgaste do cuidador e estratégias para lidar com ele.

O enfermeiro traça um plano de intervenção tendo em conta a avaliação das necessidades do cuidador e da pessoa com demência.

Faz um ensino sobre:

- O processo de envelhecimento normal e da doença;
- A adesão ao regime terapêutico;
- Regime alimentar;
- Higiene do sono;
- Estimulação cognitiva e funcional;
- Promoção da autonomia;
- Escolha de estratégias de *coping* não farmacológicas, para lidar com alterações de comportamento e do padrão do sono;
- Técnicas de ajuda nas avd's, segundo o grau de dependência;
- Identificação dos riscos para a integridade física do doente e promoção de um ambiente seguro;

- Estratégias de alívio do cuidador.

Simultaneamente, e se o cuidador o desejar, poderá trazer o doente e participar em atividades, como psicomotricidade, terapia para orientação da realidade, terapia pela música.

Dia 14 de outubro:

Este dia foi dedicado à participação nas reuniões das equipas de visitação domiciliária. A primeira reunião é entre os elementos de cada subequipa (existem duas), onde são debatidos os casos seguidos durante a semana e, na outra reunião (em que estão presentes as duas subequipas), são debatidos os casos de ambas as equipas e discute-se o plano de intervenção para novas admissões.

Na parte da tarde, realizámos um pequeno lanche com a equipa, durante o qual partilhámos experiências e discutimos planos futuros em prol do cuidador e doente com demência.

APÊNDICE III

Diário de bordo: Associação de doentes e familiares com doença de Alzheimer em Lisboa

Diário de bordo: Associação de doentes e familiares com doença de Alzheimer, em Lisboa

O estágio decorreu nos dias 5 de novembro de 2011, 3, 5, 10 e 11 de janeiro de 2012.

A distribuição dos dias teve em conta as atividades planeadas e a disponibilidade dos técnicos.

5 novembro 2011:

Neste dia, deu-se o primeiro contacto com a associação, embora superficial, pelo facto de ser sábado. Participámos na atividade destinada aos cuidadores - O grupo de suporte para familiares e amigos de pessoas com demência. Neste grupo, é dada a oportunidade de encontro de familiares e amigos de pessoas com demência que vivem problemas idênticos e que, em comum, os podem analisar, trocando impressões e experiências, dando e recebendo sugestões.

Foi um momento enriquecedor, quer a nível profissional quer como pessoa. Neste grupo, foi possível experienciar a vivência de cuidadores cujo testemunho foi elucidativo das dificuldades sentidas, tanto físicas como psicológicas.

O grupo demonstrou ser coeso, com espírito de entreajuda sempre presente e muito acolhedor a novos elementos, quer sejam cuidadores quer sejam profissionais, como foi o nosso caso.

3 janeiro 2012:

Após algumas dificuldades de agendamento do estágio, finalmente chegou o dia.

Cerca das 9h00, chegámos à sede da associação, fomos recebidos e passámos o dia com a diretora técnica. Tivemos a oportunidade de visitar as instalações e de conhecer os seus profissionais.

Ficámos a conhecer todos os serviços disponibilizados:

- Consulta de serviço social, com atendimento presencial e telefónico. São fornecidas informações sobre as respostas disponíveis na associação e na comunidade. Do banco de ajudas técnicas (empréstimo de camas articuladas, cadeiras de rodas e materiais anti-escaras) e outros programas de ajuda, como o plano de apoio na incontinência, que oferece aos associados apoio na obtenção de matérias para a incontinência.

- Serviço de psicologia, em que o leque de respostas é constituído por consultas de aconselhamento, avaliação e suporte individual estruturado. No que respeita a intervenções em grupo, insere-se o grupo de suporte para cuidadores (no qual estivemos presentes no dia 5 de novembro). O serviço de psicologia disponibiliza ainda consultas de terapia familiar.

- Fisioterapia ao domicílio;

- Consultas de psiquiatria;

- Serviço de apoio domiciliário, este serviço é assegurado a partir do centro de apoio diurno, o que se traduz em serviços de higiene e cuidados pessoais, companhia ao utente, fornecimento de refeições e terapia ocupacional e de enfermagem.

Neste dia, tivemos a oportunidade realizar o acolhimento a inúmeras pessoas, umas apenas para saber informações acerca da associação, outras para solicitar ajuda, quer para a pessoa cuidada, como ajudas técnicas, apoio domiciliário, quer para si, enquanto cuidador.

Como futuro enfermeiro especialista em saúde mental, com interesse na problemática da demência, vejo esta associação como um recurso indispensável no cuidar do cuidador/pessoa com demência e justifico assim o nosso interesse em conhecer melhor a associação.

5 e 10 janeiro 2012:

Estes dias ficaram destinados para participar nas atividades com a pessoa com demência.

O centro de dia tem capacidade para 15 utentes. A equipa é constituída por 1 terapeuta ocupacional, 1 animador cultural, 4 auxiliares, 1 motorista e, por fim, recentemente, 1 enfermeira. (Destaco o facto da associação só agora ter um colega a tempo inteiro no centro de dia.)

O dia começou cerca das nove horas da manhã, com o pequeno-almoço, durante o qual se promove a autonomia da pessoa, apesar das dificuldades.

Ao longo do dia, são desenvolvidas atividades como o atelier de culinária, grupo de movimento, terapia orientação da realidade, grupo de memória, grupo de reminiscência, outras atividades, como visualização de filmes, músicas e contos.

Estas atividades visam a autonomia da pessoa e a melhoria do seu bem-estar.

Estes dias proporcionaram-nos momentos enriquecedores, realçando a forma como a pessoa com demência é cuidada e respeitada. Acredito que são prestados cuidados de excelência e dados exemplos a seguir como orientação para a nossa vida profissional.

11 janeiro 2012:

Este dia foi dedicado ao apoio domiciliário. Participámos em visitas domiciliárias, de modo acompanhar o trabalho realizado pelos diversos profissionais (enfermeiro, fisioterapeuta e auxiliares) com objetivo de identificar quais as necessidades e dificuldades do cuidador e pessoa cuidada.

Ao longo do estágio na associação, deu para acompanhar minimamente a sua dinâmica e o trabalho realizado com o cuidador/pessoa com demência, de modo a perceber que será uma mais valia tê-la como parceira, no dia a dia, nos nossos cuidados.

APÊNDICE IV

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro(a) Senhor(a),

Venho, por este meio, solicitar a sua colaboração no meu projeto: Cuidar de quem cuida - contributos das intervenções psicoterapêuticas com o cuidador familiar da pessoa com demência, no âmbito do meu estágio, inserido no 2.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Este projeto tem como objetivos:

- Identificar as necessidades do cuidador familiar;
- Desenvolver intervenções psicoterapêuticas com os cuidadores familiares.

Assim, solicito a sua colaboração para a:

- Realização de uma entrevista;
- Autorização da gravação da mesma de modo a que recolha de dados seja o mais objetiva possível.

Garantias dadas:

O seu nome não será mencionado, durante o registo da entrevista; garantido o anonimato e, em circunstância alguma, serão divulgadas os dados pessoais do entrevistado ou será feita a sua identificação.

A sua participação neste projeto é fundamental para a concretização do mesmo. Desta forma, está a contribuir para uma melhor identificação das necessidades do cuidador familiar da pessoa com demência.

Em conformidade com o exposto e para os referidos efeitos, eu concordo em participar neste projeto e dou consentimento para que seja gravada a entrevista.

(Nome do participante)

Eu comprometo-me a cumprir as garantias supracitadas e subjacentes à participação neste projeto.

(Nome do autor)

APÊNDICE V

Guião da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR

Idade:

Sexo:

Qual o seu parentesco com a pessoa cuidada?

Estado civil:

Coabita com o seu familiar?

Situação laboral atual?

Profissão que exerce ou exerceu?

Há quanto tempo cuida do seu familiar?

Quantas horas por dia passa a cuidar do seu familiar?

Sabe qual a doença do seu familiar?

Se sim, que conhecimentos tem sobre a doença?

CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA CUIDADA

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Há quanto tempo apresenta manifestações da doença?

RELAÇÃO DO CUIDADOR COM A PESSOA CUIDADA

Antes da doença como era o seu relacionamento com o seu familiar?

Como se tornou cuidador/a?

Tem ajuda de alguém para cuidar do seu familiar?

Se sim, quem?

Conhece a rede de suporte social da sua área de residência?

Tem apoio domiciliário?

Quais as dificuldades/necessidades que sente ao cuidar do seu familiar?

O que é para si ser cuidador/(a)?

APÊNDICE VI

Intervenção psicoterapêutica com cuidadora
familiar “F1”

Intervenção psicoterapêutica com cuidadora familiar “F1”

1ª SESSÃO: Objetivo: Transmitir conhecimentos teóricos sobre o que é a demência

Data	Avaliação Diagnóstica	Intervenções de Enfermagem	Resultado / Avaliação
8/01/2012	<p style="text-align: center;">- Sobrecarga do cuidador familiar:</p> <p>Relacionada com a falta de conhecimentos da sobre a doença.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Permitir que a cuidadora exponha o que sabe acerca da demência e corrigir o que não esteja correto; ✓ Fazer uma breve referência à definição de demência; ✓ Descrever o que é a Doença de Alzheimer, abordando: sintomas, Terapêutica e perspectivas de futuro; ✓ Em forma de síntese solicitar à cuidadora que faça um pequeno resumo do que foi abordado; ✓ Esclarecer eventuais dúvidas; ✓ Entrega do folheto da Alzheimer Portugal: Guia do cuidador. Saiba como agir quando o enfermeiro é você; ✓ Agendamento da próxima sessão. 	<p>A cuidadora demonstrou possuir poucos conhecimentos acerca da doença, apenas enumera algumas manifestações (perda de memória, incapacidade do doente em se auto-cuidar), conhecimento adquirido pelas informações dadas pela filha.</p> <p>A cuidadora conseguiu realizar o resumo da informação disponibilizada, pedindo esclarecimentos adicionais sobre as perspectivas futuras.</p> <p>Face à proximidade da alta do doente marcam-se as sessões em dias alternados.</p>

Intervenção psicoterapêutica com cuidadora familiar “F1”

2ª Sessão: Objetivo- Potenciar as capacidades da cuidadora na prestação de cuidados

Data	Avaliação Diagnóstica	Intervenções de Enfermagem	Resultado / Avaliação
10/01/2012	<p>- Sobrecarga do cuidador familiar:</p> <p>Relacionada com o nível de dependência nos autocuidados do marido (Higiene e vestuário, Incontinência, Alimentação, Sono e repouso e Deambulação)</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Disponibilizar algum tempo para que a cuidadora coloque alguma questão ou esclareça alguma dúvida que surgiu da sessão anterior;✓ Permitir que a cuidadora identifique as suas maiores dificuldades na realização das tarefas;✓ Orienta-la sobre estratégias que facilitem a prestação de cuidados;✓ Informa-la sobre as ajudas técnicas existentes;✓ Informa-la acerca dos recursos comunitários existentes;✓ Agendamento da próxima sessão.	<p>A cuidadora conseguiu identificar facilmente as suas dificuldades.</p> <p>Demonstrou interesse na aquisição de novas habilidades na prestação das suas tarefas, nomeadamente na necessidade de promover a autonomia do doente.</p> <p>Valorizou a importância das ajudas técnicas na segurança do doente (cadeira de duche).</p> <p>A cuidadora já conhecia a maior parte dos recursos comunitários da sua área de residência.</p>

Intervenção psicoterapêutica com cuidadora familiar “F1”

- 3ª Sessão: Objetivos** - Promover a aquisição de estratégias para enfrentar situações problemáticas;
 - Fomentar a relação cuidadora/pessoa com demência.

Data	Avaliação Diagnóstica	Intervenções de Enfermagem	Resultado / Avaliação
12/01/2012	<p>- Sobrecarga do cuidador familiar:</p> <p>Relacionada com os comportamentos agressivos do marido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disponibilizar algum tempo para que a cuidadora coloque alguma questão ou esclareça alguma dúvida que surgiu da sessão anterior; ✓ Permitir que a cuidadora verbalize os seus sentimentos; ✓ Despontar estratégias internas para lidar com os comportamentos agressivos do marido; ✓ Orienta-la para se centrar nos aspectos positivos do cuidar; ✓ Agendamento da próxima sessão. 	<p>Até ao momento esta foi a sessão em que a cuidadora teve mais dificuldade.</p> <p>Demonstrou ser incapaz de perceber a “proveniência” da agressividade do seu marido. <i>“Ele nunca foi assim, agora que mais precisa é que me trata mal... não aguento mais...”</i></p> <p>Teve dificuldade em verbalizar espontaneamente os seus sentimentos, períodos de habilidade emocional.</p> <p>A cuidadora não consegue centrar-se nos aspectos positivos do cuidar, apenas verbaliza os negativos. Fala do marido com mágoa.</p>

Intervenção psicoterapêutica com cuidadora familiar “F1”

4ª Sessão: Objetivo - Consciencializar-se para a importância de cuidar de si

Data	Avaliação Diagnóstica	Intervenções de Enfermagem	Resultado / Avaliação
14/01/2012	<p>-Sobrecarga do cuidador familiar:</p> <p>Relacionada com a duração do cuidar e do elevado número de horas diárias de cuidados</p> <p>Diminuição da auto-estima:</p> <p>Relacionado com o desgaste físico e mental e da escassez de tempo para cuidar de si.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Disponibilizar algum tempo para que a cuidadora coloque alguma questão ou esclareça alguma dúvida que surgiu da sessão anterior; ✓ Ajuda-la a reconhecer quando necessita de ajuda; ✓ Identificar as capacidades e os recursos da família para participar na prestação de cuidados; ✓ Orienta-la para a importância da manutenção dos contactos sociais; ✓ Entrega do questionário para avaliação do projecto “Cuidar de quem cuida”; ✓ Encerramento das sessões e cedência do contacto telefónico . 	<p>A cuidadora sentiu necessidade de falar mais um pouco em relação ao assunto da sessão anterior, verbalizando ter sentido melhor após a sessão.</p> <p>Tem dificuldade em reconhecer quais são os momentos em que necessita de apoio. Refere que, ela é que tem obrigação de cuidar do marido, o que dificulta a solicitação de ajuda e simultaneamente evita sequer olhar para a filha como uma fonte de ajuda e de alívio, “<i>ela tem a vida dela...não posso contar com ela...</i>”</p> <p>Mostrou-se um sorriso quando falei em manter os contactos sociais (sair com a amiga e com a vizinha)</p> <p>A cuidadora agradeceu a manutenção de uma “ponte” com os profissionais de saúde.</p>

APÊNDICE VII

Plano da sessão da intervenção em grupo

PLANO DA SESSÃO

“Cuidar de quem cuida”- Estágio na Unidade de intervenção comunitária

Intervenção	Objetivos	Descrição da atividade	Recursos	Dinamizador	Tempo
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none">-Esclarecer a finalidade/ objetivos da sessão-“Quebrar o gelo” entre os participantes-Promover elos de ligação entre eles-Fazer “ponte” para a fase seguinte	<ul style="list-style-type: none">✓ Pedir para se sentarem confortavelmente✓ Pedir a cada participante que se apresente e nos diga, “como foi chegar até aqui?”✓ Projeção do vídeo “ Ser cuidador” 1ª parte.	<ul style="list-style-type: none">Cadeiras em círculoComputadorProjektor	Carlos Balau	15 m
Suporte Informativo/ Educativo	<ul style="list-style-type: none">-Informar sobre as implicações de ser cuidador-Identificar / sugerir estratégias de resolução de problemas-Realçar os pontos chaves da sessão	<ul style="list-style-type: none">✓ Pedir aos participantes que nos digam o que é ser cuidador e quais as dificuldades/necessidades que sentem nesse papel.✓ Projeção do vídeo “ Ser cuidador” 2.ª parte.✓ Pedir aos participantes que identifiquem estratégias que utilizam habitualmente para lidar com essas dificuldades✓ Fazer uma síntese do que foi abordado na sessão	<ul style="list-style-type: none">ComputadorProjektor	Carlos Balau	30 min.

<p>Exercício de relaxamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar o relaxamento centrar-se em si – mesmo através da respiração - Identificar / expressar o seu estado emocional 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ao som de música de fundo ✓ Pedir para se sentarem confortavelmente ✓ Dar as indicações do exercício de relaxamento ✓ Solicitar aos participantes para expressar como se sentem após o exercício 	<p>Computador CD Colunas</p>	<p>Carlos Balau</p>	<p>20 min</p>
<p>Término</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o auto – cuidado através do relaxamento e de atividades que lhes tragam satisfação 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ É solicitado aos participantes que façam este exercício de relaxamento em casa (fornece-se o exercício de relaxamento num folheto) ✓ É solicitado aos participantes que pensem numa atividade que lhes dê prazer, que deixaram de realizar ou realizam menos frequentemente e encontrem estratégias para retomar essa atividade. 		<p>Carlos Balau</p>	<p>2 min</p>

APÊNDICE VII

REFLEXÕES:

- “ Entrevista - interação entre dois intervenientes. E quando não se verifica esse pressuposto?”
- “ Internamento... momento de crise/reajusto do equilíbrio”

Entrevista - Interação entre dois intervenientes. E quando não se verifica esse pressuposto?”

Ao longo do estágio na unidade de Intervenção Comunitária do Seixal tive a oportunidade de cuidar de pessoas com demência e respetivos cuidadores. No que diz respeito aos cuidadores deparei - me com casos de cuidadores com muitas e outros com pouca necessidades.

Entrevistei diversas famílias, umas na unidade e outras no domicílio tendo sempre em conta vários critérios (a disponibilidade do cuidador, a disponibilidade de uma sala na unidade e um critério importante, avaliação do ambiente familiar em contexto domiciliário e as condições habitacionais).

Houve uma família que eu fiz questão de entrevistar no domicílio e para tal só tinha uma oportunidade, tinha que ser naquela hora e naquele dia, senão, não tinha mais oportunidade de a entrevistar.

Desloquei-me ao seu domicílio, a cuidadora recebeu-me com agrado e total disponibilidade, o que não tinha sido tão claro até ao momento. Preparei todo o material de gravação de som, dispus as cadeiras como pretendia e dei início à entrevista.

Após algum tempo de entrevista surge o inesperado, começo a ouvir um barulho ensurdecador vindo da divisão ao lado, perguntei-lhe o que era? Ao que a cuidadora respondeu, que eram os pedreiros a partir azulejos da casa de banho, hesitei..., mas continuei a entrevista.

No momento de hesitação, surgiram-me mil e umas dúvidas, continuo? Suspendo a entrevista? Se a suspender perco a hipótese de entrevistar esta cuidadora, pois tinha tido tanto trabalho para estar ali naquele momento. Acompanhei a situação desde a primeira fase, em que a unidade recebe o pedido de observação enviado pelo médico de família. No primeiro contacto telefónico com a cuidadora, deu para fazer uma pequena avaliação diagnóstica da utente e da cuidadora, quanto difícil foi esse primeiro contacto!

A informação disponibilizada pela cuidadora era substancialmente diferente daquela fornecida pelo clínico, só isso motivava a marcação de uma entrevista o mais breve possível e como nunca se disponibilizava para deslocar-se à unidade, o

ideal seria entrevista-la no domicílio. Mesmo assim, a entrevista demorou algumas semanas a ser agendada, até que consegui. Logo aí, “quebrei” um princípio, de acordo com (Chalifour, 2009) para estabelecer uma relação, o profissional deverá questionar-se: que motivos justificam a entrevista com o cliente? Geralmente, é o cliente que solicita ajuda, relativamente a uma dificuldade que esteja a viver. Neste caso não me questioneei, assumi que a cuidadora necessitava de ajuda!

Foi evidente que eu era o mais interessado nesta entrevista, a cuidadora não sentia necessidade de ajuda. E quando é assim a interação pode não passar do fracasso!

Essa hesitação estava a provocar-me danos, fiquei irritado, e o pior dos sentimentos, sentia-me frustrado, com dúvidas no sucesso da entrevista.

Simultaneamente não podia desperdiçar a oportunidade, não podia deitar fora horas de trabalho, a cuidadora tinha demonstrado ser uma pessoa com contacto indiferente, talvez face à fase de negação em que se encontrava. Mas a possibilidade de ajudar a cuidadora falou mais alto e prossegui com a entrevista.

Os ruídos de fundo eram ensurdecedores, a nossa atenção começava a estar focalizada não na entrevista, mas em encontrar estratégias para fazer-nos ouvir mutuamente, até que, surgiram as interrupções por parte dos pedreiros, e assim, disse basta! Dei por terminada a entrevista.

Senti que o meu trabalho estava a ser desvalorizado, a cuidadora não estava focalizada na entrevista, queria estar em dois lugares em simultâneo.

Custou-me sair daquela casa com o sentimento de frustração e pior, sem pontes para uma nova interação.

A vivência desta experiência menos boa fez – me crescer, pois, nem sempre posso pensar apenas na concretização dos meus anseios, e as expectativas para cada encontro têm que ser bem discriminadas, como refere Chalifour (2009,p.69) “ *as expectativas podem ter impacto no modo de estar ou fazer ao longo da entrevista*”, para tal, tenho que saber escutar o outro interveniente.

Outra “lição” que tirei desta entrevista foi a importância que deve ser dada à preparação do meio ambiente nas entrevistas, talvez uma das regras de ouro a ter em conta, de acordo com Chalifour (2009,p.71) “ *quando o profissional determina o local do encontro, deve familiarizar-se com esta área e assegurar de que esta*

favorece a escuta e uma certa intimidade. Com esta finalidade, procurará que as cadeiras sejam confortáveis, que a iluminação seja suficiente, que a temperatura seja agradável e que o ambiente não seja demasiado turbulento”

Após reflexão da situação vejo que deveria ter terminado a entrevista e questionar a cuidadora em relação à sua motivação... Se mantivesse a postura de indiferença, apenas deixava uma porta aberta para ser ela a tomar a iniciativa, caso tivesse consciência da sua necessidade, mas sempre mantendo vigilância da utente.

Através da aprendizagem deste processo reflexivo, coloco a mim mesmo uma questão, como irei fazer no futuro se me deparar com uma situação semelhante? Posso assumir que será diferente, uma vez que irei ter atenção aos sinais de apelo por parte dos cuidadores e não apenas partir do princípio que estes precisam de ajuda.

Estarei atento às “pistas” fornecidas pelos cuidadores, mas jamais irei impor a minha presença quando sentir desmotivação ou indiferença na minha ajuda

Apesar desta situação se transformar num momento menos bom possibilitou-me crescer quer a nível de desenvolvimento profissional como também pessoal, como refere (Barth, 1996) o conhecimento reflexivo é o processo intra-pessoal de observar o próprio saber, expressando compreensão e consciência do eu.

“ Internamento... momento de crise/reajusto do equilíbrio”

Este diário de aprendizagem diz respeito ao estágio em contexto hospitalar que está a decorrer desde o dia 3 de Janeiro até à data no serviço de psiquiatria do Hospital Garcia de Orta. Tendo como objetivo desenvolver a capacidade de reflexão através da descrição e análise de uma situação, considerada por nós pertinente.

No seguimento do estágio da comunidade e após acompanhamento em ambulatório de várias pessoas com demência e seus cuidadores, esta nova etapa aborda a outra face dos cuidados de enfermagem, a atuação no momento de crise, que poderá ser por descompensação da pessoa cuidada como para o reequilíbrio do cuidador.

Com o internamento não é só a pessoa cuidada que sofre a mudança das rotinas diárias, o cuidador também é afetado, não só por acompanhar uma descompensação da pessoa cuidada como também uma rutura dos seus hábitos de vida.

A estrutura deste diário tem por base o Ciclo Reflexivo de Gibbs.

Este diário de aprendizagem aborda um novo desafio, que nos deparamos durante o internamento, como cuidar do cuidador quando a pessoa cuidada está internada?

No dia 6 de Janeiro 2012, durante a hora da visita após a passagem de turno sou abordado no corredor por uma senhora, esta apresentava-se algo irritada e muito ansiosa com uma situação que tinha ocorrido e que me estava a tentar descrever mas não estava a conseguir devido à sua cólera. Tentei acalmá-la, e após algum tempo consegui. Quando a Sra. se acalmou, conseguiu transmitir a sua mensagem, queria falar-me dos cuidados que nós alegadamente não estávamos a prestar ao seu familiar! Questionei-a acerca do assunto, mas antes de tudo perguntei-lhe quem era? Pois eu tinha acabado de chegar ao serviço, não a conhecia e muito menos sabia a que se referia. Ela identificou-se, era a esposa de um utente que tinha entrado no dia anterior. Encaminhei-a para uma sala onde pudesse-mos estar com mais privacidade e pedi-lhe para me explicar a sua indignação. A sra referiu que sentia o seu marido pior, com um discurso confuso e

incoerente, mas o que mais a indignava era a sua desorientação espaço – temporal. Tentei fazer com que ela percebesse que esta desorientação espaço - temporal estava a ocorrer pelo facto do utente não estar habituado ao serviço e que esteve sujeito a uma mudança drástica, pois ele saíra de um lugar que lhe era familiar (casa) para noutro totalmente diferente e esse motivo era o suficiente para o deixar mais desorientado, mas ela parecia não estar a ouvir-me e respondeu-me de uma forma gélida, “*eu trato dele há mais de cinco anos, só eu é que sei como tratar dele. Eu não queria interna-lo, mas os meus filhos insistiram, diziam que eu andava exausta e estava a ficar como ele! Mas agora comprovo-o... só eu é que sei cuidar dele!*” Após ouvir estas palavras pude avaliar que a cuidadora necessitava de ajuda e aproveitei logo aí para identificar as suas necessidades (informação sobre a demência; dificuldade em reconhecer quando necessita de ajuda; apoio emocional – necessita de um momento para verbalizar os seus sentimentos) e na identificação das capacidades e dos recursos da família para participar na prestação de cuidados e receios em relação ao internamento. A sra. M.R. vivia sozinha há cerca de vinte anos, desde que os filhos saíram de casa, embora os filhos morassem relativamente perto apenas passavam por casa de quinze em quinze dias para um almoço em família. Mas há cerca de oito anos o marido começou a ter alterações de memória, mas estes sintomas eram referidos como próprios da idade e mesmo nesses almoços de família, essas alterações de memória eram tidas como dado adquirido. Só passados três anos, quando o utente teve um internamento por infeção respiratória é que lhe foi diagnosticada uma demência e os filhos se aperceberam da real situação do pai e apoiaram mais a sra. M.R. Mas com o passar do tempo e alguma estabilização do quadro “afastaram-se” um pouco mais, como refere a cuidadora, “*eles têm a sua vida, cada um tem a sua casa e o seu emprego, cabe a mim cuidar dele até ao fim da nossa vida...*” Apesar da dependência do seu marido e do fraco apoio familiar, nunca solicitou ajuda nos recursos da comunidade. Foram os filhos que recorreram aos serviços de saúde, quando se aperceberam da sua exaustão.

Nesse momento senti que tinha um enorme desafio pela frente, mas que seria uma tarefa árdua, pois a cuidadora ainda não tinha apercebido a dimensão da sua

exaustão e seria muito difícil ela centrar-se em si, pois focalizava-se apenas no cuidar do outro. Nesse sentido convidei-a a passar mais tempo no serviço com o objetivo de não haver uma rutura tão drástica no seu processo de cuidar e simultaneamente possibilitar-nos uma intervenção adequada na perceção da sua exaustão e na redução da mesma. Ao longo dessa intervenção tive momentos em que me senti frustrado pelo insucesso das mesmas. Em parceria com os meus colegas, nomeadamente com a minha orientadora interrogávamo-nos vezes sem conta, seria por nossa incapacidade ou por falta de colaboração da cuidadora, foi um processo moroso e desgastante por não estarmos a obter um sinal de mudança nos comportamentos da cuidadora. Moroso, porque foram cerca de 3 semanas de acompanhamento e sem resultados evidentes, desgastante, porque a cuidadora demonstrou-se muito renitente aos cuidados, pouco receptiva a novos conhecimentos e outras ideias e o mais difícil, a integração da restante família na partilha da prestação de cuidados. Mas agora sinto que não foi tempo perdido, mas sim, mais um contributo para o meu crescimento profissional e da restante equipa.

Repensamos toda a intervenção e decidimos começar do zero. Começamos por avaliar toda a situação e analisamos todas as variáveis que poderiam interferir na sua relação com a prestação de cuidados. Ao realizar esse raciocínio diferenciamos logo as duas dimensões da sobrecarga “burden”, a objetiva e a subjetiva. E a que devíamos dar maior relevo seria a subjetiva, ou seja, tínhamos que descortinar a perceção da cuidadora acerca da repercussão emocional da exigência ou os problemas associados à prestação de cuidados, pois, como refere Figueiredo (2007, pag.120) *“a sobrecarga objetiva não constitui um forte preditor do bem-estar do cuidador, a sobrecarga subjetiva constitui.”*

Existem diversas variáveis que dizem respeito à cuidadora e que talvez na primeira abordagem não tivemos tido em conta, a idade avançada (a cuidadora tinha sensivelmente a mesma idade da pessoa cuidada, 81anos), a escolaridade (a cuidadora era analfabeta), e outra, não menos importante, e que descoramos, dizendo respeito ao contexto da prestação de cuidados, a perceção da cuidadora sobre o suporte social (familiar, amigos e de instituições). Na nova intervenção incluímos os filhos logo desde o início, como parceiros nos cuidados e com a nosso

auxílio a própria família é que desenvolveu estratégias dentro da dinâmica familiar (aumentaram o número de visitas por semana, responsabilizaram-se por algumas tarefas, libertando a cuidadora e assim possibilitarem a ida às compras que ela tanto gostava, recorreram ao apoio domiciliário para a higiene).

Esta avaliação permitiu-me extrair o positivo e o menos positivo de toda a experiência. O menos positivo salientou-se na superficialidade como abordei a situação, não tendo em conta todas as variáveis que poderiam interferir na relação como a cuidadora percecionava todo o processo de cuidar, como refere Sequeira (2010, pag.250) *“no planeamento do processamento da informação, deve-se ter em consideração as diferentes variáveis do contexto do cuidador que concorrem para o sucesso relativamente à sua assimilação, como a idade, a escolaridade, etc.”* A positiva deparou-se com todo o envolvimento da equipa, desde a avaliação do que estava a correr menos bem e até ao planeamento de uma nova intervenção.

Ao analisar a situação interrogo – me, quanto é difícil, planear e executar uma intervenção com uma cuidadora que não sente (não se apercebe) que necessita de ajuda, não só para cuidar melhor mas também para se cuidar!

Ao examinar esta situação, desde o momento da abordagem da cuidadora até à reformulação da intervenção, conclui que apesar dos entraves da cuidadora em todo o processo, eu como profissional de saúde deverei possuir/adquirir competências de modo a planear cuidados adequados e ajustados à situação, logo, poderia ter intervindo de outra maneira, como? Conhecer melhor todo o meio que envolve a cuidadora, desde o envolvimento dos filhos e o apoio que eles podem fornecer, como os recursos de suporte existentes na comunidade, segundo Sequeira (2010,pag. 251) *“ os profissionais de saúde que pretendam trabalhar com cuidadores, é fundamental...que conheçam os sistemas de apoio, que disponham de habilidades e competências que permitam ao cuidador melhorar a sua qualidade de vida e a prestação de cuidado”* e como pessoa, devo abstrair-me de todas os preconceitos e colocar-me tanto ou mais possível no lugar do outro, de modo a perceber o que sente e pensa e só assim poderei proporcionar cuidados de excelência e simultaneamente desenvolver o meu autoconhecimento.

Ao refletir sobre esta situação permitiu-me identificar algumas fragilidades, interiorizando de novas aquisições, novo conhecimento, suscetível de alterar comportamentos e conseqüentemente melhorar o exercício das minhas competências. Como diz Hesbeen (2001), a experiencia, só por si, não gera conhecimento. Embora contribua para a aquisição de uma certa competência e de uma certa destreza dos gestos executados, para poder enriquecer os conhecimentos da pessoa, essa experiencia necessita ser refletida, discutida e conceptualizada.

É ai que entra o papel do orientador, promovendo em nós, a reflexão na ação através de um pensamento crítico, construtivo com o um único objetivo, capacitar-nos para tomadas de decisão mais eficiente e sustentada.