

METODOLOGIAS/ESTRATÉGIAS PSICOEDUCATIVAS DIRIGIDAS AO CUIDADOR FAMILIAR DA PESSOA DEMENTE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Daniela Filipa Pinho de Almeida

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro | dani.fili@ua.pt |

<https://orcid.org/0009-0001-5539-2393>

Eliana Miguéis dos Santos

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro | elianamigueissantos@gmail.com |

<https://orcid.org/0000-0003-1491-0606>

Joana Tojal Pinto

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro | joanatojalpinto1998@gmail.com |

<https://orcid.org/0000-0003-0230-2419>

Márcia Cristina Pereira Fernandes

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro | marciapfernandes@outlook.pt |

<https://orcid.org/0000-0001-9471-7405>

Maria Almeida Macedo Loureiro

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro | hloureiro@ua.pt | [https://orcid.org/0000-0003-](https://orcid.org/0000-0003-1826-5923)

1826-5923

Resumo

A demência reporta-se ao declínio progressivo, requerendo a intervenção de um Cuidador Familiar para satisfazer as Necessidades Humanas Fundamentais. O planeamento de uma intervenção educativa, que evidencie as metodologias e estratégias, com base teórica no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, é fundamental.

Este estudo deteve como objetivo conhecer as metodologias e as estratégias adotadas pelo Enfermeiro de família para capacitar o Cuidador Familiar a promover a saúde familiar na demência, através de uma revisão integrativa da literatura que utilizou a

metodologia PICO(D) para delimitar a questão de pesquisa. A colheita de dados realizou-se nas bases de dados B-on, Pubmed, Scielo, utilizando as palavras-chave segundo os descritores DeCS eMeSH. Foram aplicados critérios de exclusão e inclusão e os artigos avaliaram-se através da escala *Kmet*, resultando três estudos.

Todos os estudos realizaram um diagnóstico das necessidades formativas e usaram as metodologias ativa, expositiva, demonstrativa. As estratégias incluíram sessões de educação, treino de técnica, *follow up*, novas tecnologias e intervenção psicoeducativa, psicoterapêutica e psicossocial.

Constatou-se que as metodologias e as estratégias pedagógicas desenvolvidas promovem a capacitação do Cuidador Familiar. Contudo, é necessária mais investigação na área para determinação da sua eficácia.

Palavras-chave: enfermagem familiar; cuidadores; demência; estratégias

Introdução

A demência é umas das maiores causas de dependência mundial, estimando-se atualmente que surjam 10 milhões de novos casos por ano, prevendo-se um aumento de 75 milhões até 2030 (OMS, 2017). O termo demência designa o conjunto de sintomas característicos de algumas doenças que causam uma progressiva decadência ao nível cognitivo na linguagem, comunicação, funções executivas e sociais, levando ao comprometimento do funcionamento da pessoa, sendo prevalente em pessoas idosas (Associação Alzheimer Portugal, 2017; Delfino & Cachioni, 2016; OMS, 2017).

Sendo a perda de memória, a capacidade intelectual, raciocínio as competências sociais, entre outras alguns desses sintomas. Apesar de não fazer parte do processo de envelhecimento, manifesta-se maioritariamente na classe idosa, contribuindo ainda mais para o compromisso da satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais (NHF). Este é causado pelo dano irreparável de células neuronais, interferindo com a capacidade destas células comunicarem normalmente. Assim, dependendo do tipo de células afetadas, diferentes regiões cerebrais têm comprometimento da sua função, permitindo a caracterização de diferentes tipos de demência (Associação Alzheimer Portugal, 2017).

A demência pode ainda ser classificada de acordo com as características da doença, em três fases, consoante a sua progressão (Associação Alzheimer Portugal, 2017). Na primeira fase – Demência inicial – inicia-se de gradualmente e é maioritariamente impossível identificar o começo. A pessoa parece mais apática, com dificuldades cognitivas evidentes em situações novas ou informação recente e demora mais tempo na realização das AVD. Numa segunda fase - Demência Moderada - os problemas são mais visíveis e incapacitantes. A perda de memória é mais marcada, facilmente fica confuso no tempo e no espaço, adota comportamentos inadequados, negligencia a higiene ou a alimentação, tornando-o mais dependente. Na terceira fase - Demência avançada – existe incapacidade evidente da pessoa, esta necessita cuidado total, sendo uma situação progressiva e permanente, com maior incidência na fase. A perda de memória é praticamente completa, afetando a capacidade de compreensão e/ou comunicação, podendo originar comportamentos agressivos (Associação Alzheimer Portugal, 2017). Por se tratar de uma doença que tem como consequência a incapacidade/dependência, juntamente com as comorbilidades já características da classe idosa, aumenta a necessidade de existir um CF (Pereira & Soares, 2015). Este define-se como aquele que é responsável por assistir e cuidar de um familiar com doença ou com algum tipo de incapacidade/dependência, surgindo “(...) espontaneamente dentro da família ou comunidade como a pessoa mais indicada e/ou disponível no momento para exercer esta função” (Bifulco & Levites, 2018, p.169). Esta responsabilidade “impede o desenvolvimento normal das suas atividades diárias e das suas relações sociais, passando a sua vida a organizar-se em torno do cuidado ao familiar doente” (Sousa et al., 2017, p.46), levando ao desgaste físico, emocional, psicológico e socioeconómico, devido à sobrecarga existente que este passa ter (OMS, 2017; Pereira & Soares, 2015; Sousa et al., 2017).

Quando a demência se manifesta o CF necessita de conhecimento e treino para poder lidar com as exigências e adversidades consequentes desta doença, nomeadamente adquirir “competências comunicativas e organizacionais” (Sousa et al., 2017, p.46), para facilitar a convivência, e reduzir a sobrecarga causada pelo *stress* do elevado número de tarefas a realizar, relacionadas ou não com o familiar (Sousa et al., 2017). Dado que a população em Portugal é envelhecida (fator suscetível para o aparecimento da

demência), predispõe que exista capacitação dos cuidadores para satisfazer as NHF da pessoa com demência (Associação Alzheimer Portugal, 2017).

Efetivamente, para capacitar o CF é necessário realizar intervenções educativas, no entanto, para selecionar adequadamente estas intervenções educativas é fulcral ter por base um processo de planeamento em saúde. Este é fundamental para resolução de problemas existentes entre a equidade e eficiência em saúde (Tavares, 1990). Segundo Tavares (1990) as etapas do planeamento para uma intervenção educativa são o diagnóstico das necessidades educativas, definição das prioridades, determinação dos objetivos, seleção de estratégias, preparação da execução e por último a avaliação do alcance dos objetivos. Neste sentido, é

pertinente definir os tipos de metodologias – ativa (metodologia pedagógica de aprendizagem mais eficaz, onde formandos dinamizam toda a ação educativa, pertencendo aos formadores a preparação prévia e moderação da reunião, permitindo maior atividade e maior autonomia na aprendizagem (Gouveia et al., 2007)); expositiva (caracteriza-se pela discrepância de conhecimentos existente entre o formador e o formando, existindo a necessidade de uma transmissão de conhecimentos, informações e conteúdos por parte do formador (Gouveia et al., 2007)); demonstrativa (caracteriza-se por uma aprendizagem rápida e eficaz de uma tarefa ou técnica, sendo a transmissão de conhecimentos feita através da explicação, da demonstração e aplicação (Gouveia et al., 2007)) e interrogativa (metodologia na qual o formando já detém algum conhecimento para realizar um questionário, permitindo o formador apenas auxiliar na consolidação de conhecimento (Gouveia et al., 2007)). Cada uma destas permite apresentar a(s) estratégia(s) selecionada(s), com base no diagnóstico das necessidades educativas. A estratégia define-se como um conjunto de técnicas organizadas, para alcançar um determinado objetivo, diminuindo um ou mais problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

Uma vez que intervenção educativa, tem como objetivo a promoção da saúde (contribuir num processo de capacitação dos indivíduos reforçando as suas habilidades permitindo, desta forma, maior autonomia no controlo da sua saúde (OMS, 2007)), e sendo a prática de enfermagem baseada num referencial teórico, o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, é a base do planeamento em saúde. Este modelo visa identificar fatores e explorar o processo biopsicossocial, que podem influenciar a

decisão do utente na adoção de um comportamento saudável. Deste modo, o modelo engloba quatro conceitos fundamentais para a sua aplicação na prática - pessoa, ambiente, enfermagem e saúde (Pender, 2011).

Estes encontram-se subjacentes nas variáveis das três grandes componentes: características e experiências individuais, sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento e comportamento de promoção da saúde desejável, que integram o mesmo modelo (Pender, 2011).

A componente, características e experiências individuais, envolve o comportamento anterior e os fatores pessoais (biológicos - idade, índice de massa corporal, habilidades; psicológicos - autoestima, automotivação; socioculturais - educação, nível socioeconómico) que definem o comportamento da pessoa (Pender, 2011).

A componente, sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento, incorpora seis variáveis que podem ser modificadas, sendo estas: os benefícios de ação percebidos (perceção das consequências positivas de um comportamento promotor de saúde, que reforçam e motivam a manutenção desse comportamento); as barreiras de ação percebidos (perceções das dificuldades e dos sacrifícios pessoais, na realização de um comportamento promotor de saúde); a autoeficácia percebida (diagnóstico de enfermagem sobre a autoconsciência das capacidades da pessoa, para aderir ao comportamento promotor de saúde); os sentimentos em relação com a atividade (refere-se ao estado emocional/sentimentos que ocorrem antes, durante e após a atividade promotora de saúde, baseado em estímulos associados ao evento comportamental); as influências interpessoais (referem-se à perceção dos comportamentos da família, cônjuge e prestadores de cuidados, para aliciar a um determinado comportamento); e as influências situacionais (perceção de como o meio ambiente e o contexto de vida, podem influenciar o comportamento específico da saúde) (Pender, 2011).

Por último, a componente, resultado do comportamento, inclui três variáveis: demandas competitivas imediatas e preferências (comportamentos alternativos que podem interferir na consciência da pessoa, alterando o curso da ação); compromisso com um plano de ação (estratégias que permitem a pessoa realizar o comportamento de promoção de saúde esperado); para ser adotado um comportamento de promoção de saúde. Podendo-se compreender que as demandas competitivas imediatas e as

preferências, juntamente com o compromisso com o plano de ação, levam a um comportamento promotor de saúde (Pender, 2011).

Deste modo o enfermeiro tem um papel fulcral no reafirmar o papel do utente na gestão dos seus comportamentos e na tomada de decisão, pois ao interagir com o utente/família, num primeiro contacto avalia as suas características e experiências, conhecimentos e sentimentos específicos, assimcomo as demandas competitivas, para realizar um diagnóstico dos comportamentos promotores que devem ser assumidos. Posteriormente, construi-se um plano de ação, criando estratégias para que haja um compromisso, implementa-se o mesmo, e no fim avalia-se se a tomada de decisão resulta no comportamento desejável, mantendo o plano de ação (Oliveira, 2015).

Métodos

O presente estudo é uma RIL, em que os estudos “são analisados de forma sistémica em relação aos seus objetivos, materiais e métodos permitindo que o leitor analise o conhecimento atual sobre o problema” (Pompeo, Rossi, & Galvão, 2009, p. 435). Esta tem como intuito melhorar a prática clínica, uma vez que indigita “lacunas do conhecimento que precisam de ser preenchidas com a realização de novos estudos” ((Mendes et al., 2008, p. 759).

A questão de investigação “Quais as metodologias e as estratégias adotadas pelo Enfermeiro de família, na capacitação dos Cuidadores Familiares da pessoa com demência?” foi elaborada através da metodologia PICO(D) tendo como objetivo geral: Conhecer as metodologias e as estratégias adotadas pelo Enfermeiro de família para capacitar o Cuidador Familiar a promover a saúde familiar na demência.

A pesquisa realizou-se através da consulta das bases de dados científicas *B-On*, *PubMed* e *SciELO*, utilizando as palavras-chave segundo os descritores *DeCS* e *MeSH*. Posteriormente à pesquisa dos estudos nas diversas bases de dados, iniciou-se um processo de seleção destes, aplicando critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Sendo os critérios de inclusão: idioma (Português, Espanhol e Inglês); Estudos qualitativos e quantitativos; Estudos publicados entre 2014 e outubro de 2019 e Acesso integral e gratuito aos documentos. Os critérios de exclusão foram: “Literatura cinzenta”; Revisão Integrativa da Literatura e Estudos Repetidos. Por último, realizou-se a avaliação da sua

qualidade metodológica com recurso à escala de Kmet (Kmet, Lee, & Cook, 2004), da qual resultou uma amostra de 3 estudos para a análise final.

Resultados

A amostra é composta por três estudos dos quais um é entre Portugal e Espanha e os restantes do Brasil.

O estudo 1 (E1), “Características de um Programa de Capacitação para Familiares Cuidadores de Pessoas com Demência a Residir no Domicílio” foi realizado em 2016, em Espanha e Portugal, da autoria de Lia Sousa, Carlos Sequeira, Carmé Ferré-Grau, Pedro Neves e Mar Lleixà-Fortuño. Trata-se de um estudo qualitativo (*Focus Group* – “obter/explorar opiniões acerca de determinado assunto junto de peritos na área em estudo, através de reuniões em grupo, compostas por 6 a 12 elementos” (Sousa et al., 2016, p.34) onde participaram 18 Enfermeiros (11 Espanhóis e 7 Portugueses) com experiência profissional (mais de 5 anos) de assistência a CF’s da pessoa com demência. O *Focus Group* iniciou-se com a caracterização sociodemográfica dos enfermeiros, e posteriormente com a realização de um “*brainstorming*”, onde foram colocadas questões abertas sobre o tema para serem apreciadas. O objetivo do estudo centrou-se em identificar as características que definem um programa de capacitação dos CF’s da pessoa com demência, contudo não foi aplicado nem avaliado o seu impacto (Sousa et al., 2016).

O estudo 2 (E2) “Doença de Alzheimer na Pessoa Idosa/família: Dificuldades Vivenciadas e Estratégias de Cuidado” foi elaborado por Silomar Ilha, Dirce Stein Backes, Silvana Sidney Costa Santos, Daiane Porto Gautério Abreu, Bárbara Tarouco da Silva e Marlene Teda Pelzer, no ano de 2016, no Brasil, tratando-se de um estudo qualitativo. Este focou-se em identificar as dificuldades sentidas pelos CF’s de pessoas com Doença de Alzheimer, com o intuito de desenvolver soluções/estratégias para colmatar essas dificuldades. Neste participaram 6 CF’s de pessoas com Doença de Alzheimer (1 esposa e 5 filhos; 5 mulheres e 1 homem), obtendo-se informações a partir de encontros em grupo (Ilha et al., 2016).

O estudo 3 (E3) “Intervenções Realizadas com Grupos de Cuidadores de Idosos com Síndrome Demencial: Revisão Sistemática” foi elaborado por Edison Reis, Márcia Novelli e Ricardo Guerra, em 2018, no Brasil. Esta revisão sistemática de abordagem qualitativa,

possui uma amostra de 12 estudos, nos quais são descritos encontros, entre CF's da pessoa com demência e profissionais de saúde, de duas tipologias: reuniões de grupo e individuais (presenciais ou à distância). Este apresenta como objetivos analisar os estudos, identificar os modelos, características e resultados das intervenções não farmacológicas implementadas, com o intuito de verificar as estratégias aplicadas pelos profissionais de saúde a estes cuidadores (Reis et al., 2018).

Nos estudos 1 e 2, foi evidente a realização de um diagnóstico das necessidades formativas. Neste é realizada uma avaliação ao CF, à sua família e à pessoa com demência, no qual é possível analisar com mais precisão as dimensões avaliadas. Porém, apenas a avaliação ao CF tem dimensões comuns aos dois estudos, nomeadamente, as dimensões que avaliam as dificuldades, as potencialidades e a saúde mental e física do mesmo. Por outro lado, ambos focam outras dimensões das quais se destacam, o conhecimento do CF sobre demência (E2), grau de literacia do CF e o estágio da demência (E1). Por último, é de referir que apenas no estudo 1 se avaliou a dinâmica familiar e a condição socioeconómica da família (Ilha et al., 2016; Sousa et al., 2016).

Comumente aos estudos existiu uma intervenção educativa, sendo que em alguns esta foi dirigida apenas ao CF, noutros foi dirigida ao CF e à pessoa com demência. Esta dividiu-se por temas, dos quais alguns estão presentes em todos os estudos e outros apenas se aplicam a um estudo. No que diz respeito aos temas dirigidos ao CF, todos abordaram conceito da demência, técnicas de comunicação dirigidas à pessoa com demência, estratégias facilitadoras das AVD's, gestão de emoções, relações e de ambiente e a promoção da autonomia da pessoa com demência. Ainda se pode observar que os temas: estratégias de *coping* , resolução de problemas e informação sobre os recursos na comunidade são abordados em todos os estudos exceto no E2. Por outro lado, o E2 ainda aborda o tema respeito e valorização da pessoa com demência e o E1 não inclui o tema da segurança da pessoa com demência (Ilha et al., 2016; Reis et al., 2018; Sousa et al., 2016).

Paralelamente, nas metodologias educativas aplicadas nos diferentes estudos, pode-se afirmar que a metodologia interrogativa foi a única que não se utilizou e a metodologia ativa apenas foi utilizada pelo E2. As outras duas metodologias são utilizadas pelos restantes estudos (Ilha et al., 2016; Reis et al., 2018; Sousa et al., 2016).

Relativamente às estratégias é notório que surgem de diferentes naturezas, já que estas se dividem em estratégias de intervenção individual, de grupo, de cariz psicoeducativo, psicoterapêutico e/ou psicossocial. Estas três últimas, produzem impacto na vida dos CF's, existindo uma diminuição da angústia, do stresse, da sobrecarga física e emocional, e dos sintomas depressivos. Concomitantemente, a autoeficácia, os conhecimentos e habilidades, e a qualidade de vida dos mesmos aumenta, (com as estratégias mencionadas). O E2 não utiliza estratégias de intervenção individual, domiciliária, nem implementa sessões de educação e de treino de técnica.

Por último, nesta observação compreende-se que as intervenções de psicoeducação, psicoterapia, psicossocial e o uso de novas tecnologias são estratégias presentes exclusivamente no E3. Neste existe referencia à realização de um *follow*, no entanto, apenas o E1 o realizou, analisando a evolução destes CF's na prestação de cuidados, identificando quais os objetivos alcançados, dos inicialmente estabelecidos, e quais as dificuldades/barreiras à implementação das estratégias (Ilha et al., 2016; Reis et al., 2018; Sousa et al., 2016).

Discussão

Os três estudos incluídos na amostra desta RIL deram a conhecer as necessidades dos CF's da pessoa com demência e as metodologias e as estratégias conducentes à sua capacitação, segundo o planeamento em saúde de uma intervenção educativa (Ilha et al., 2016; Reis et al., 2018; Sousa et al., 2016; Tavares, 1990).

Na análise dos estudos 1 e 2 foi possível verificar que numa primeira abordagem houve uma avaliação inicial das dimensões definidas por eles, sendo esta essencial na implementação de um plano de intervenção personalizado/individualizado, com base num diagnóstico inicial das necessidades formativas (Simões & Simões, 2007). Ambos procuraram avaliar as dificuldades e potencialidades de cada CF, assim como avaliar a sua saúde mental e física (Ilha et al., 2016; Sousa et al., 2016). No entanto, só o E2 procurou avaliar qual o conhecimento prévio dos CF's sobre a demência, sendo este importante na realização do plano (Ilha et al., 2016; Tavares, 1990). Para a realização deste plano, é essencial esta avaliação por forma a adaptar e tornar eficaz a informação que será transmitida (Bernardino et al., 2009). Todas as intervenções estão fundamentadas com a base no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (Pender,

2011). Já o E1 procurou avaliara dinâmica familiar, as relações entre os elementos da família e o suporte socioeconómico (Sousa et al., 2016). Uma vez que os cuidados de enfermagem são centrados no utente e na família, faz todo o sentido realizar esta avaliação com base, por exemplo, no modelo de Calgary, pois este permite avaliara dinâmica familiar, segundo as dimensões estrutural, funcional e de desenvolvimento (Figueiredo & Martins, 2010). Este estudo, focou-se na avaliação estrutural e funcional, avaliando o vínculo afetivo dos membros da família e a interação entre os mesmos, ao nível das AVD's, da definição de papéis, da comunicação e da gestão de problemas (Silva et al., 2009). Este modelo apresenta ainda, benefícios ao nível do planeamento de cuidados essencial para a realização deste programa (Figueiredo& Martins, 2010). Este é um aspeto que não é verificado no E2, pelo facto da intervenção terapêutica ter consistido em sessões de grupo apenas de CF's.

No E3, não foi retratada a avaliação destas dimensões, pois o objetivo específico foi encontrar as estratégias através de análise de artigos e não identificar um diagnóstico das necessidades formativas.

Ainda se pôde verificar outras diferenças entre os estudos, relativamente à seleção da população alvo. No E1 como existiram sessões em grupo, implicou que todos os participantes tivessem as mesmas características. Por isso, foi importante definir critérios de seleção dos CF's, de forma a adaptar a metodologia de intervenção, conforme uma das etapas do planeamento em saúde - preparação da execução (Tavares, 1990). Do mesmo modo, também se avaliou o estadio da pessoa com demência, identificando e selecionando apenas as do estadios ligeiro e moderado, visto que nestes "(...) estádios as alterações psicológicas e comportamentais da demência são mais evidentes e geram mais sobrecarga (...)" nos CF's (Sousa et al., 2016, p.35). Face ao surgimento deste novo contexto, provocador de alterações substanciais no quotidiano e nas dinâmicas familiares, que implica um dispêndio significativo de tempo, dinheiro e energia, pelas transições saúde- doença e situacional, que estes estão a vivenciar, a abordagem realizada centrou-se apenas nos estadios, referidos anteriormente (Associação Alzheimer Portugal, 2017). Neste seguimento, torna-se possível associar a Teoria das Transições de Afaf Meleisao Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. Uma vez que o enfermeiro para compreender e auxiliar esta transição necessita de reconhecer as características pessoais do CF, pois estas podem facilitar ou dificultar o

processo de transição que envolve a mudança de comportamento e a aquisição de novas competências. Sendo que, será necessário reavaliar essa resposta ao processo de transição, percebendo se este é promotor de saúde (Bittencourt et al., 2018).

Por outro lado, ao refletir sobre este aspeto, considera-se pertinente implementar estratégias para cuidar da pessoa com demência em grau avançado, pois neste estadió o grau de dependência eleva-se face ao aumento da imobilidade inerente à evolução da doença, na qual, na fase terminal, poderá ficar confinada ao leito (Associação Alzheimer Portugal, 2017). Realça-se assim a importância da capacitação do CF para prestar cuidados no leito, devendo os ensinós serem direccionados para a relevância dos posicionamentos, do suporte nutricional, na prevenção de úlceras por pressão, da higiene no leito e na prevenção de quedas (Mendonça et al., 2008).

No E1, onde foi contemplado um programa de capacitação e desenvolvimento de competências dos CF's, os temas da intervenção educativa foram semelhantes aos restantes estudos, incluindo mesmo o E2, que apesar dos resultados terem sido com base nas respostas dos CF's, as estratégias por eles encontradas, abordaram em comum estes temas. (Ilha et al., 2016; Reis et al., 2018; Sousa et al., 2016). Verificou-se que os temas, estratégias de *coping* e resolução de problemas, não foram abordados no E2, pois tratam-se de conteúdos transversais à área de enfermagem, e como neste estudo os CF's foram os únicos que elaboraram estratégias, estes não têm essa aptidão científica, apesar de as poderem praticar de forma inconsciente (Costa et al., 2018). Informar sobre os recursos na comunidade auxilia o CF, promovendo a sua segurança na prestação de cuidados e, conseqüentemente, diminui a sua sobrecarga (Reis et al., 2018; Sousa et al., 2016). Este tema foi referido pelos estudos 1 e 3 visto que os intervenientes são profissionais de saúde (Reis et al., 2018; Sousa et al., 2016). Ainda refletindo sobre os temas de intervenção educativa, o E2 é singular a demonstrar atenção pelo respeito e valorização da pessoa com demência, uma vez que é o CF que lida diariamente com a pessoa com demência e que vivencia a sua realidade, percebendo o impacto que tem no estado de espírito e no comportamento da mesma. Este aspeto é imperativo porque, independentemente da condição da pessoa com demência, esta continua a deter sentimentos e emoções mesmo que não os demonstre (Associação Alzheimer Portugal, 2017; Ilha et al., 2016; Sequeira, 2016).

Por forma a aplicar estes temas para a formação dos CF's foram utilizadas três metodologias: ativa, expositiva e demonstrativa. Observou-se a metodologia ativa apenas no E2, dado que neste os CF's eram os protagonistas, sob a ação de um moderador que os guiou. Este método torna-se importante, pois possibilita ao CF expor as suas preocupações e experiências, permitindo, através da intervenção educativa, responder às suas necessidades (Gouveia et al., 2007). Já nos restantes estudos, como existia uma assimetria de conhecimento, entre os formadores e os formandos, utilizou-se uma metodologia expositiva e/ou demonstrativa. Na expositiva objetiva-se incrementar o conhecimento dos CF's e na demonstrativa é possível o treino de habilidades, adquirindo aptidões importantes (Gouveia et al., 2007).

Efetivamente, estas últimas metodologias foram aplicadas, principalmente nas estratégias “sessão de educação” e “treino de técnica”, respetivamente.

No que diz respeito às outras estratégias, uma das características que se encontrou em comum nos estudos, foi a intervenção em grupo. Com esta estratégia os CF's têm oportunidade de expressar, partilhar emoções e experiências, conseguindo identificar dificuldades em comum, adquirindo estratégias com base na informação dada pelo moderador ou coletivamente, podendo estas últimas serem mais reais e fundamentadas (Sousa et al., 2016). As sessões em grupo, ainda têm como vantagem o crescimento e desenvolvimento de competências pessoais para os CF's, nomeadamente, a nível emocional, social, de autoestima e de autoconfiança, bem como oferecer o sentido de utilidade, pelo sentido de pertença e de inclusão num grupo com vivências comuns (Ilha et al., 2016; Sousa et al., 2016). Apesar da intervenção em grupo apresentar vantagens, foi verificada a importância da intervenção individual. Esta permite uma intervenção mais focalizada nas necessidades específicas do CF e pode ser aplicada nas várias áreas da saúde (Sousa et al., 2016), algo evidente nos estudos 1 e 3 (Reis et al., 2018; Sousa et al., 2016). Outra estratégia comum aos estudos 1 e 3 foi a intervenção domiciliária, que permitiu não só avaliar as diferentes dimensões, referidas anteriormente, como permitiu realizar modificações no domicílio, aumentando a segurança da pessoa com demência (Reis et al., 2018; Sousa et al., 2016).

Para além do supracitado, de modo a capacitar o CF para as adversidades que podem surgir ao cuidar da pessoa com demência, o E3 apontou para a eficácia de estratégias psicoeducativas, psicoterapêuticas e psicossociais (Reis et al., 2018). Estas

apresentaram impacto na redução da angústia, na redução do stress, da sobrecarga física e emocional e dos sintomas depressivos dos CF's, o que aumentou a autoeficácia, os conhecimentos e habilidades destes, melhorando a sua qualidade de vida (Reis et al., 2018). Por outro lado, foi também verificado neste estudo que a aplicação de novas tecnologias (como estratégia), produziu um impacto bastante positivo e alargou a terapia cognitiva, comportamental e psicoeducativa a mais CF's (Reis et al., 2018). Como última estratégia identificada salienta-se o *Follow Up*, realizado no E1. Este teve esta particularidade, uma vez que se tratou de um programa, no qual foi garantido um acompanhamento e maior satisfação das necessidades emergentes, bem como constatou-se as estratégias fornecidas continuaram a ser eficazes (Sousa et al., 2016). Esta particularidade é descrita como a última etapa do planeamento em saúde, indicando a necessidade de readaptar a intervenção educativa realizada (Tavares, 1990). Uma problemática que se constatou na análise dos diferentes estudos, reportou-se para surgimento da questão - Onde ou com quem deixar a pessoa com demência durante as sessões? – visto ter sido algo desencadeador de preocupação junto dos CF's. Assim, para além da intervenção domiciliária que facilitou este ponto (Sousa et al., 2016), pensou-se em diversas soluções com centros de dia, rede de suporte familiar, instituições na comunidade, entre outras.

Ao nível financeiro, os custos associados ao número de internamentos, institucionalizações, idas aos serviços de urgência entre outros eventos de saúde adversos, tanto para as famílias como para o sistema de saúde, é elevado e apresenta potencial de crescimento. Com a implementação destas estratégias de apoio aos CF's da pessoa com demência, será possível uma redução nos custos (Gitlin et al., 2017). Em suma, perante os diferentes estudos, a intervenção educativa focalizada na área da Demência, nos CF's e na pessoa com demência, mostra-se eficaz na promoção da qualidade de vida de ambos, bem como apresenta uma redução efetiva dos custos em saúde, pela redução dos eventos de saúde adversos.

De um modo geral, “É comum observar na experiência clínica que, pessoas acompanhadas por um cuidador melhor preparado e com uma atitude mais positiva frente à doença, costumam exibir um clínico mais favorável” (Bifulco & Levites, 2018, p.168).

Conclusão

Os presentes estudos analisados demonstraram que existem diversas necessidades educativas nos CF's da pessoa com demência. Pelas necessidades educativas essencial a implementação de um planeamento em saúde mais individualizado, através da seleção de estratégias, bem como a aplicação das diferentes metodologias na preparação da execução do mesmo. Isto permitirá capacitar os CF's, tendo como objetivo primordial a intervenção educativa na promoção da saúde familiar.

Concluiu-se que as metodologias do tipo ativo, expositivo e demonstrativo se mostraram mais eficazes, uma vez que se adequam necessidades educativas específicas. As estratégias focaram-se em sessões de educação, no treino de técnica e na intervenção psicoeducativa, psicoterapêutica e psicossocial, podendo ser aplicadas tanto individualmente como em grupo. O uso de novas tecnologias como estratégia facilitadora na expansão a mais CF's ainda está pouco desenvolvida, mas apresenta potencial de crescimento. Já o *follow up* é uma estratégia fundamental na reavaliação e acompanhamento dos CF's.

Na verdade, foi possível compreender que o enfermeiro exerce um papel crucial neste processo, pois é o elemento com maior proximidade na prestação de cuidados às famílias da pessoa com demência, podendo auxiliar e capacitar mais facilmente os CF's. Compreendeu-se ainda, que a promoção de saúde familiar depende não só do enfermeiro, mas também da forma como este planeia a intervenção educativa.

Em suma, consideramos que este tema possui relevância para as Ciências da Saúde e Enfermagem, pela crescente incidência da doença na população idosa mundial e pela repercussão na vida do CF, sendo a promoção da saúde da pessoa com demência e sua família uma prioridade. Assim, entendemos que é necessário investir nesta área, através de investigação em grupos mais alargados, por forma a aumentar a evidência sobre a eficácia das metodologias e estratégias a implementar na intervenção educativa, podendo, no futuro, ser um potencial projeto integrante do Programa do Idoso.

Referências Bibliográficas

Associação Alzheimer Portugal. (2017). *Notícias Alzheimer Portugal*.
http://alzheimerportugal.org/pt/news_text-77-8-827-portugal-e-o-4-pais-da-ocde-com-mais-pessoas-com-demencia-por-cada-1000-habitante

- Bernardino, A., Machado, C., Alves, E., Rebouço, H., Pedro, R., & Gaspar, P. (2009). *O Enfermeiros Enquanto Agentes de Educação para a Saúde: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde*. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/113/1/OS>
- Bifulco, V. A., & Levites, M. (2018). A Importância do cuidador no acompanhamento de doentes crônicos portadores de Alzheimer. *Medicina Familiar*, 20(4), 167–171.
- Bittencourt, M. N., Marques, M. I. D., & Barroso, T. M. M. D. de A. (2018). Contributos das teorias da enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(18), 125–132. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn18/serIVn18a13.pdf>
- Costa, A. A. C., Amaral, A. C. do, Sequeira, C. A. da C., Henriques, B. M. dos R., Almeida, E. F. M. S., Águas, N. J. P. B. de, ... Cruz, V. L. L. C. e. (2018). Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica. In *Ordem dos Enfermeiros* (Vol. 12). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9938/ppadrão-documentação_enfermagem-saúde-mental-e-psiquiátrica_auscultação_vf.pdf
- Delfino, L. L., & Cachioni, M. (2016). Estratégias comunicativas de cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(18), 196-195 <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000122>
- Figueiredo, M. H. D. J. S., & Martins, M. M. F. da S. (2010). Avaliação familiar: do Modelo Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 552–559. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559>
- Gitlin, L. N., Cigliana, J., Cigliana, K., & Pappa, K. (2017). Supporting Family Caregivers of Persons With Dementia in the Community: Description of the ‘Memory Care Home Solutions’ Program and Its Impacts. *Innovation in Aging*, 1(1), 1–13. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx013>
- Gouveia, J., Oliveira, A., Machado, C., Rodrigues, C., & Miranda, C. (2007). *Métodos, Técnicas e Jogos Pedagógicos - Recurso Didático para Formadores* (1ª ed.). Braga: Expoente - Serviços de Economia e Gestão, S.A.
- Ilha, S., Backes, D. S., Santos, S. S. C., Gautério-Abreu, D. P., Silva, B. T. da, & Pelzer, M. T. (2016). Doença de alzheimer na pessoa idosa/família: Dificuldades vivenciadas e

- estratégias de cuidado. *Revista de Enfermagem*, 20(1), 138–146.
<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160019>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. (1993). *Metodologia do Planejamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ªed.). Escola Nacional de Saúde Pública.
- Kmet, L., Lee, R., & Cook, L. (2004). *Escala Kmet*. <https://doi.org/10.7939/R37M04F16>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. In *Texto & Contexto Enfermagem* (Vol. 17, Issue 4). <http://www.redalyc.org/html/714/71411240017/>
- Mendonça, F. de F., Garanhani, M. L., & Martins, V. L. (2008). Cuidador familiar de seqüelados de acidente vascular cerebral: significado e implicações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18(1), 143–158. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312008000100009>
- Oliveira, S. M. B. de. (2015). Aplicação da teoria modelo de promoção da saúde de nola pender na oncologia: cuidados de enfermagem à família da pessoa com câncer. Universidade Federal de Alagoas.
- OMS. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia*. <http://apps.who.int/bookorders>.
- Pender, N. J. (2011). *Heath Promotion Model Manual*. In *University of Michigan*. https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf
- Pereira, L. S. M., & Soares, S. M. (2015). Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. *Ciencia e Saude Coletiva*, 20(12), 3839–3851. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.15632014>
- Pompeo, D., Rossi, L., & Galvão, C. (2009). Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 434–438. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023838014>
- Reis, E. dos, Novelli, M. M. P. C., & Guerra, R. L. F. (2018). Intervenções realizadas com grupos de cuidadores de idosos com síndrome demencial: revisão sistemática. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(3), 646–657. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar0981>

- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ªed.) Lidel.
- Silva, L., Bouso, R. S., & Galera, S. A. F. (2009). Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(4), 530–534. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000400006>
- Simões, C. M. A. R., & Simões, J. F. F. L. (2007). Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Revista de Enfermagem Referência*, 11(4), 9–23. <http://www.index-f.com/referencia/2007pdf/9-2007-jun.pdf>
- Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Neves, P., & Lleixà-Fortuño, M. (2016). Características de um programa de capacitação para familiares cuidadores de pessoas com demência a residir no domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 3, 33–38. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Sousa, L., Sequeira, C., Grau, C. F., Martins, D., Neves, P., & Fortuño, M. L. (2017). Necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio: revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5, 45–50. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe5/nspe5a08.pdf?fbclid=IwAR2ulgiLE9Nx8oFlqRrDqcaSgVvm-JIT8KXtJolYe60Pxsqaaphq1i3mwU4>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde.

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.