



## **Pessoas com Demência: que respostas sociais em Portugal?**

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre sob orientação da Professora Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira

*Ana Raquel Oliveira Rocha*

Coimbra, 2016

*Dedico a conclusão desta etapa aos meus pais, às minhas irmãs e ao Vítor,  
(elos essenciais na minha vida),  
por todo o apoio e compreensão...*

## **AGRADECIMENTO**

A elaboração desta dissertação de mestrado não seria possível sem o apoio incondicional manifestado por algumas pessoas ao longo deste ano.

Referindo-me aos meus familiares e namorado, muito agradeço a disponibilidade que demonstraram em ouvir os meus desabafos e as minhas inquietações em determinados períodos de tempo, bem como a forma sábia como transmitiram certos ensinamentos para lidar com as dificuldades que foram surgindo.

Agradecimento especial à Sr. Professora Doutora Manuela Frederico pela preciosa orientação.

À minha amiga Andreia Gonçalves pelo apoio e crítica de leitura.

À Santa Casa da Misericórdia de Ovar pela cedência do logótipo da Unidade “Nós da Memória” da resposta social de Centro de Dia, utilizado como imagem de capa.



## **RESUMO**

A Demência é uma situação recorrente, mas não decorrente na Terceira Idade e por isso, não há a capacidade de resposta social para um acompanhamento específico desta patologia em particular. Da mesma forma que não se podem misturar doentes oncológicos, onde existe uma resposta adequada, ou na reabilitação física, onde cada vez mais existe um financiamento fisiátrico consistente, também a Demência que representa um número bastante expressivo e cada vez mais crescente, necessita de instituições vocacionadas para o efeito.

A Demência é uma condição neurodegenerativa, não necessariamente psiquiátrica e por isso, exige recursos, ambientes e abordagens distintas das levadas a cabo num cenário tipicamente psiquiátrico. Como referido anteriormente a Demência, também não é necessariamente decorrente do envelhecimento e por isso a resposta típica ao idoso não deve ser necessariamente aplicada a estes casos. As respostas sociais existentes estão tipificadas para dar resposta aos dois casos acima referidos, à resposta psiquiátrica e à resposta vocacionada para a pessoa idosa, sendo o terceiro e último, a Demência, uma especificidade neurológica que embora com características de ambos, constitui algo de singular, e como tal exige uma resposta específica.

Face a esta realidade foram definidos como objetivos perceber quais as respostas sociais existem em Portugal para Pessoas com Demência? E quais as respostas implementadas em outros países e a possibilidade de aplicabilidade dos mesmos na realidade portuguesa?

Existe em Portugal uma lacuna imensa e intransponível no que concerne à resposta para o cuidado e acompanhamento das pessoas, principalmente, idosas diagnosticadas com Demência. Em Portugal, existem inúmeras respostas sociais direcionadas para a população idosa, mas não do ponto de vista individualizado.

Portugal, contrariamente a vários países Europeus e Americanos, carece de respostas sociais diretamente vocacionada para esta condição neurodegenerativa, instituições onde se criem ambientes direcionados para a promoção do bem-estar físico, mental e qualidade de vida destas pessoas e cujo objetivo principal seja o protelar das limitações a esta inerentes.

**Palavras-chave:** Demência; Respostas sociais para Idosos; Prestadores de cuidados; Terapias e Intervenções.

## **ABSTRACT**

Dementia is recurrent but not elderly consequent decease and that is why there is no substantial social response, treatment and accompaniment to the specifications of such pathology. As one cannot mix cancer patients, in which there is an adequate response or physical rehabilitation, in which there is a strong financial input, the same should be the case of Dementia patients which already represent quite an expressive number and therefore requires suitable institutions. Dementia is a neurodegenerative condition not necessarily a psychiatric disorder and therefore it calls for different resources, environments and distinct approaches from those which are applied to those who are diagnosed as psychiatric patients. As it was mentioned earlier Dementia is not directly related to old age and that is the reason why the typical response to the elderly is not suitable in these cases. The customary response is highly directed to both cases mentioned above the psychiatric and the elderly. Dementia patients require a much more particular approach and therefore with more specific ways of dealing with the matter.

Bearing in mind this particular reality goals have been set as to understand what should be the social responses in Portugal towards people suffering from dementia. And relate this to the ones set in other countries and furthermore the possibility of being applied in the portuguese reality.

In Portugal it is observed an immense gap to what the accompaniment of the elderly with the Dementia diagnosis is concerned. There are quite a few responses to the care of the elderly, but not specifically to the Dementia suffering ones.

Unlike many European and American countries, Portugal is in need of specifically directioned social responses for such a neurodegenerative illness. Institutions, facilities, safe and coherent environments should be provided. Places where the mental and physical wellbeing of such patients should be the main purpose and where the correlated limitations should be delayed as far as possible in order to promote a wider and fuller life expectancy even in these diagnoses.

**Keywords:** Dementia; Nursing Home; Caregivers; Therapies and Intervention.

**SIGLAS**

**AVD** – Atividades de Vida Diária

**CANE** - *Camberwell Assessment of Need for the Elderly*

**CD** – Centro de Dia

**CNIS** – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade

**DA** – Doença de Alzheimer

**DCL** – Défice Cognitivo Ligeiro

**ERPI** – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

**FNE** – Federação Nacional dos Sindicatos da Educação e outros

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**IPSS** – Instituto Particular de Solidariedade Social

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**SAD** – Serviço de Apoio Domiciliário

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**UCC** – Unidade de Cuidados Continuados





## **ÍNDICE**

### **INTRODUÇÃO**

1. Envelhecimento e Demência.....	19
1.1. Envelhecimento Demográfico.....	19
1.2. Envelhecimento Biológico e Défice Cognitivo Ligeiro .....	20
1.3. Demência .....	22
1.3.1.Epidemiologia da Demência em Portugal.....	23
1.3.2.Critérios de Diagnóstico .....	27
1.3.3.Classificação Tipológica da Demência.....	29
1.4. Os Prestadores de Cuidados Informais .....	30
1.5. Apoios Sociais em Portugal .....	34
1.6. Planos Europeus e Nacional.....	38
2. Resposta social para a Pessoa com Demência.....	45
2.1. O lugar da Pessoa com Demência na Família.....	45
2.2. A Qualidade de Vida e Bem-Estar Social .....	46
2.4. Estratégias para a Qualidade Institucional.....	51
2.5. O Compromisso do Cuidado com a Demência .....	52
2.5.1.Comunicação e Comportamento .....	53
2.6. Práticas e Recomendações de Cuidado na Demência.....	54
2.6.1. Limitações Físicas .....	55
2.7. A Instituição vs Família .....	61
2.8. Adaptações Arquitetónicas para a Resposta Social .....	61
2.9. As Equipas Multidisciplinares .....	71
2.10.Estimativas da prevalência e dos encargos financeiros com a institucionalização especializada.....	74
3. Intervenção nas Demências .....	77
3.1.Avaliação Neuropsicológica .....	77
3.1.1.Reabilitação Neuropsicológica.....	80
3.2. Reabilitação, Estimulação e Treino Cognitivo: Semelhanças e Diferenças .....	82
3.2.2.Estimulação Cognitiva .....	84
3.2.3.Treino Cognitivo .....	85
3.2.4.Treino Cognitivo Computorizado .....	87
CONCLUSÃO .....	91
BIBLIOGRAFIA.....	99

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 – Dissemelhanças entre respostas existentes em Portugal e outros países Europeus e Americanos.....	94
Tabela 2 – Orientações para a criação e implementação de uma resposta social especializada.....	96
Tabela 3 – Dissemelhanças entre respostas existentes em Portugal e outros países Europeus e Americanos .....	107
Tabela 4 – Síntese dos estudos encontrados.....	109

## **INTRODUÇÃO**

O tema da minha dissertação de mestrado recai inexoravelmente sobre um assunto que me é extremamente caro e que considero um pouco renegado para um plano inferior, quando se refere à Demência. A Demência não é exclusiva da Terceira Idade, mas acentua-se de um modo mais intenso quando se alcança esta faixa etária.

Pela minha formação académica, Gerontologia, e através do cargo profissional que exerço, Direção Técnica, tenho oportunidade de contactar íntima e quotidianamente com um grupo de Pessoas Idosas, no qual estão imiscuídas algumas que sofrem de Demência. A síndrome demencial ou Demência é a expressão clínica de múltiplas entidades patológicas que se distinguem principalmente pela causa que as antecede (Santana, 2005). Logo este grupo necessita de cuidados específicos devidamente avaliados e diferenciados da restante população idosa.

A vertente de Gerontóloga associada à experiência profissional remete-me para a necessidade de encontrar uma alternativa viável e financeiramente sustentável que vá ao encontro da satisfação das necessidades de um grupo tão específico. Essa necessidade revela-se ainda mais importante e urgente, quando se verifica a percentagem de população idosa, e não exclusivamente, diagnosticada com Demência.

A incidência global de Demência tem vindo a aumentar drasticamente nas últimas décadas. Para 2005 estimava-se cerca de 7,5/1000 pessoas por ano, ou seja cerca de um novo caso a cada 7 segundos. Segundo a OMS, existem atualmente cerca de 36,5 milhões de pessoas com Demência. Projeções sugerem que este valor possa duplicar a cada 20 anos, para 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050.

Estes números alarmantes justificam por si só a necessidade perentória de estudos teóricos e práticos que suportem uma possibilidade de resolução do problema, quer para a pessoa que sofre de Demência, quer para a sua família, prestadores de cuidados informais, e facilita a curto, médio e longo prazo o trabalho efetuado nas instituições pelos prestadores de cuidados formais. Estes grupos devem estar inseridos num contexto diretamente elaborado cuja metodologia, objetivos e metas sejam diretamente traçados nesse sentido. Instituições autónomas ou núcleos institucionais que se foquem nos

cuidados profiláticos e paliativos, economicamente viáveis serão importantes coadjuvantes na resposta efetiva a uma questão tendencialmente urgente.

O controlo destes fatores de risco originará uma redução da mortalidade, pelo que é imponderável o seu verdadeiro impacto na prevalência da Demência (Santana et al., 2015). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2004 as Demências constituíram a 6ª principal causa de morte nos países mais desenvolvidos e a Demência de Alzheimer (DA) foi considerada a 5ª causa de morte mais frequente em 2006. Contudo, talvez mais relevante do que a mortalidade atribuída à Demência, seja a morbilidade que lhe está associada. Posto isto, estima-se que a Demência contribua com mais de 11,9% dos anos vividos com incapacidade, nas pessoas acima dos 60 anos.

Esta lacuna é solucionável através da criação e sustentação de núcleos ou instituições específicas para o efeito. Do ponto de vista humano, cada patologia física ou mental exige cuidados específicos e por isso os portadores dessas patologias terão de estar forçosamente inseridos em contextos cujas respostas irão de encontro às suas dificuldades, limitações e qualidade de vida. As pessoas com Demência não são a exceção e por isso deverão ser-lhes reservados cuidados individualizados para assim protelar os sintomas e a evolução de uma doença que para a qual não existe cura, no caso das Demências Irreversíveis. A qualidade de vida é uma vertente essencial independentemente da faixa etária.

Em Portugal, existem várias respostas sociais, entre elas, a resposta social de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), que se constitui uma resposta desenvolvida em alojamento coletivo, de utilização temporária e/ou permanente, para pessoas idosas em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia. Os objetivos da ERPI são: proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática dos idosos, contribuindo para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento e desenvolver os apoios necessários às famílias dos idosos de modo a fortalecer a relação inter-familiar, assim como promover a integração do Lar na comunidade.

O Centro de Dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção do

bem-estar físico e emocional dos idosos no seu meio sociofamiliar. Como objetivos, o Centro de Dia pretende a prestação de serviços que satisfaçam necessidades básicas, prestem apoio social, e fomentem as relações interpessoais a nível intrageracional e intergeracional, evitando, deste modo, o isolamento.

O Serviço de Apoio Domiciliário é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e família quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e ou as Atividades da Vida Diária (AVD).

Os Centros de Noite correspondem à resposta social desenvolvida num equipamento, de preferência, a partir de uma estrutura já existente e integrada com outras respostas sociais (exemplo: CD, ERPI ou outra), dirigida a idosos que desenvolvem as suas AVD no domicílio, de modo autónomo, mas que durante a noite, por motivo de isolamento, necessitam de suporte e acompanhamento.

Se estas instituições ou núcleos institucionais são ou não uma utopia, o que se verifica em Portugal, já não o são em realidades Norte-Americanas, Canadianas, Austríacas, Belgas, entre outras. O fator económico é seriamente ponderável, uma vez que a nossa realidade económica é bastante díspar relativamente às que foram referidas, contudo esses núcleos ou instituições remetem também para o apoio ao cuidado informal. Isto é, colocando um peso considerável no apoio familiar, tornando a necessidade de institucionalização do portador da doença o mais tardia possível, retirando deste modo o *input* do Estado, logo tornando-se exequível.

Sendo a Demência uma condição cada vez mais representativa, preocupante e evolutiva, que atinge a sociedade nos tempos modernos, torna-se urgente a discussão se esta é decorrente do envelhecimento ou não. Contudo é inegável o peso desta condição mental que enfraquece significativamente a qualidade de vida dos que dela sofrem e inexoravelmente dos familiares que com estas pessoas se relacionam. A Demência é uma condição reconhecida, diagnosticada, mas será que a sociedade Portuguesa, como em tantos outros países, tem para oferecer uma resposta capaz, sustentável e satisfatória no que concerne os cuidados necessários a esta condição.

Quer através do percurso académico, quer através da observação direta e quotidiana, como Gerontóloga e responsável por respostas sociais que supostamente serão capazes de responder às necessidades constantes da pessoa idosa e que sofre de uma condição mental generalizadamente designada por Demência, rápida e facilmente constata-se que as instituições existentes, direcionadas maioritariamente para a população idosa, não correspondem satisfatoriamente no que diz respeito à questão específica da Demência. As Pessoas Idosas categorizadas com esta limitação são integradas numa população geral e por isso, não têm ambientes, terapias e estímulos adequados às especificidades da sua limitação mental. Os espaços não estão devidamente adaptados, os profissionais de saúde e afins envolvidos, nomeadamente os prestadores de cuidados formais, embora zelosos do seu acompanhamento, não têm como corresponder às necessidades especiais que a situação lhes exige. O sentimento de frustração na incapacidade de prover um acompanhamento satisfatório e adequado não é sustentado pela resposta legislativa e institucional. A falta de recursos financeiros impede que se criem unidades especificamente adequadas, quer do ponto de vista arquitetónico, quer do ponto de vista terapêutico, adaptadas à realidade da Demência.

Face a essa incapacidade de resposta surgiu a necessidade de se ponderar uma realidade hipotética que possa suprir essas necessidades, definindo como principais objetivos perceber quais as respostas sociais existentes em Portugal para Pessoas com Demência e quais as respostas implementadas noutros países e os potenciais contributos da aplicação na realidade Portuguesa.

Atualmente não existem em Portugal estudos sobre a aplicação de respostas sociais especializadas para Pessoas com Demência. Conseguiu-se a nível internacional evidências da sua aplicação nesta área de cuidados.

A natureza aplicada da investigação que se propõe realizar resulta da análise das respostas sociais para pessoas com Demência, bem-sucedidas a nível internacional, perspetivando uma adaptação e adequação, das respostas sociais, tendo em conta a realidade portuguesa.

Tendo como ponto de partida a questão de investigação supracitada e, tendo em consideração os conhecimentos que se pretendia sintetizar, realizou-se uma revisão

integrativa de literatura, segundo os descritores: *dementia, nursing home, facilities, investigational therapies* e os caracteres booleanos *and* e *or* para conjugar os diferentes descritores.

A pesquisa bibliográfica foi realizada entre outubro de 2015 e março de 2016. Foram selecionados artigos, utilizando o inglês como idioma de preferência. Para tal, recorreu-se à pesquisa em bases de dados eletrónicas, nacionais e internacionais, nomeadamente, SCIELO, PUBMED e SCOPUS.

Deste modo, os trabalhos pesquisados foram classificados, tendo em conta o nível de evidência demonstrada.

O Tipo de Estudo é o de caso descritivo, já que foram analisados e classificados vários factos. O estudo de caso de carácter descritivo classifica-se como um método de investigação que se mostra adequado para responder a questões do domínio do “porquê” e do “como”, podendo ser aplicado, do mesmo modo, a questões do tipo “qual”, razão pela qual foi escolhido para o presente estudo. A finalidade da pesquisa descritiva é observar, registar e analisar os fenómenos ou sistemas técnicos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos. O processo descritivo visa à identificação, registo e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenómeno ou processo (Baranão, 2004).

De forma a organizar este conhecimento, a presente dissertação, foi realizada de acordo com os princípios metodológicos de uma revisão integrativa da literatura que, segundo as orientações de Cochrane Collaboration é quando se localizam todas as publicações sobre o tema em causa.

Neste sentido, foram delineadas as questões orientadoras e definidos os critérios de inclusão e exclusão de estudos primários que constituem a amostra deste estudo.

Foram definidas as seguintes questões de investigação:

- Que respostas sociais existem em Portugal para Pessoas com Demência?
- Quais as respostas implementadas em outros países e a possibilidade de aplicabilidade dos mesmos na realidade Portuguesa?

- Critérios de inclusão:
  1. Estudos de investigação com abordagem qualitativa, quantitativa, estudo de revisão e estudo descritivo transversal;
  2. Estudos que se incidam sobre Doenças Neurodegenerativas;
  3. Estudos realizados ao técnico profissional imiscuído num ambiente com pessoas com Demência;
  4. Artigos com texto integral disponível *online*;
  5. Artigos publicados desde 1982 até 2016;
  6. Estudos em língua portuguesa, espanhola e inglesa.
  
- Estratégia de pesquisa:

Para a inclusão de estudos relevantes teve-se em conta os conceitos identificados ao nível da intervenção e metodologia.

Das várias produções científicas obtidas inicialmente e considerando os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, obtiveram-se um conjunto de vinte e oito, oito estudos quantitativos, nove qualitativos, onze revisões literárias e um estudo descritivo transversal, que se apresentam em Apêndice.

De seguida, procedeu-se à descrição destes estudos que foram analisados criteriosamente de modo a perceber as principais necessidades das pessoas com Demência, de forma a perspetivar uma resposta social adaptada, especializada e que se constitua um potenciador de qualidade de vida dos portadores de Demência.

Assim no decorrer da dissertação serão abordados, primeiramente, a correlação existente entre Demência e Envelhecimento, a atual problemática associada às diferentes tipologias de Demência e os Apoios sociais existentes em Portugal. Após uma breve contextualização e com exemplos práticos associados a realidades estrangeiras deu-se início à caracterização de uma resposta social especializada. Caracterização essa que se baseou nas especificidades, necessidades, limitações e potencialidades de uma pessoa



com Demência. Por último, foram abordadas intervenções não farmacológicas e farmacológicas aplicáveis para Pessoas com Demência.



Tendo em conta os principais objetivos, previamente definidos, a revisão integrativa de literatura que se apresenta, encontra-se desenvolvida ao longo de três capítulos: Envelhecimento e Demência, Resposta Social para a Pessoa com Demência e Intervenção nas Demências.

## **1. Envelhecimento e Demência**

### **1.1. Envelhecimento Demográfico**

O fenómeno do envelhecimento tem sido, desde as origens da humanidade, um conceito mutável e inquietante, na medida em que a esperança média de vida, nunca antes atingiu idades tão avançadas como agora. Atualmente o envelhecimento da população, constitui-se como um tema com especial importância na estrutura sociodemográfica dos países industrializados (Kalache, Veras, & Ramos, 1987).

Nas últimas décadas tem-se observado um envelhecimento progressivo da população na maioria dos países desenvolvidos, incluindo Portugal. Isto deve-se ao aumento da esperança média de vida e à diminuição da taxa de natalidade e no nosso caso, em Portugal, acresce ainda o aumento da emigração (Pinto, 2014).

Em Portugal, a esperança de vida à nascença era de 80,0 anos para os nascidos em 2012, 76,9 anos nos homens e 82,8 anos nas mulheres. Em 1990, a esperança de vida à nascença era de 74,1 anos e em 1970 de 67,1 anos. Já os nascimentos passaram de cerca de 181 mil em 1970, quando a população era de 8,7 milhões de habitantes, para 116 mil em 1990 (10,0 milhões de habitantes) e 90 mil em 2012 (10,5 milhões de habitantes). Deste modo, o índice de envelhecimento (quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas até 14 anos) da população portuguesa passou de 34,0 em 1970 para 68,1 em 1990 e 131,1 em 2012 (INE,2016). Como é inato, a carga de patologia desenvolve com a progressão da idade, assim como as necessidades de cuidados de saúde (Pinto, 2014).

Atualmente a investigação do envelhecimento e da Demência estão a tomar grandes dimensões. Com o envelhecimento do mundo ocidental, a dimensão do segmento mais idoso da população está a aumentar mais rapidamente do que qualquer outro. Como consequência, as pessoas vivem mais tempo, surgindo com este fenómeno

preocupações sobre a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem (Petersen, 2004).

Em Portugal, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos quase triplicou nos últimos 45 anos, passando de 8% no total da população em 1960, para 22,6% em 2015 (INE, 2016).

Analisando o enquadramento médio das projeções demográficas mais recentes, estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 45 anos, representando, em 2050, 32% do total da população (INE, 2016). O ritmo de crescimento da população idosa e da população muito idosa (mais de 85 anos) é bastante superior ao da população total, quer no período retrospectivo, quer no período de projeção (INE, 2016).

A população portuguesa terá menos um milhão de pessoas em 2050 e estará ainda mais envelhecida, com 2,5 Pessoas Idosas com 65 ou mais anos para cada jovem com menos de 15 anos (Lima & Menezes, 2011).

Estes dados acarretam desafios e indigitam a necessidade de investigação crescente dirigida a esta população, como se passa a tratar.

## **1.2. Envelhecimento Biológico e Défice Cognitivo Ligeiro**

O processo de envelhecimento acarreta uma série de alterações cerebrais que levam a modificações nas capacidades cognitivas (Pais, 2008). Deste modo, é relevante estabelecer uma definição entre aquilo que se entende por Privações Cognitivas Biológicas, Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) e Demência.

Efetivamente, o desempenho nos testes que avaliam a cognição tende a apresentar uma correlação negativa com a idade, ou seja, na maioria dos casos a classificação diminui à medida que a idade aumenta (Pais, 2008). Implica salvaguardar, que o declínio que se observa não é uniforme em todos os indivíduos, assistindo-se a um aumento da variabilidade na pontuação dos testes, à medida que há um aumento da idade. O declínio das funções cognitivas, associadas ao envelhecimento biológico, como a memória episódica e a velocidade de processamento, são os primeiros a serem afetados (Backman, Jones, Berger, Laukka, & Small, 2004). O declínio gradual das capacidades cognitivas é intrínseco ao processo fisiológico do envelhecimento biológico e por isso,

surge enquanto resultado natural do envelhecimento biológico, não sendo impeditivo de um funcionamento normal (Moreira e Oliveira (2005).

A definição da Demência está intrinsecamente relacionada com o facto de se poder diferenciar as pessoas com Demência das que apresentam défices cognitivos associados ao envelhecimento biológico. Particularmente, a grande dificuldade é identificar pessoas com declínio cognitivo, numa fase precoce, que possam evoluir para Demência. Muitos dos doentes que são avaliados em razão de queixas cognitivas, não são nem cognitivamente normais, nem demenciados, isto é encontram-se num estado intermédio. Este estado transitório, que é caracterizado por alterações muito subtis das funções cognitivas, especialmente mnésicas, é designado por DCL (Marques-Teixeira, 2011).

O DCL é a fase de transição entre as alterações cognitivas próprias do envelhecimento e o estágio inicial de uma Demência. As Pessoas Idosas com DCL têm maior probabilidade de desenvolver quadros de Demência em curtos espaços de tempo, pelo que é importante intervir precocemente, nomeadamente através de programas de intervenção na cognição (Sousa & Sequeira, 2012). Ou seja, este equivale a uma provável fase de Défice Cognitivo antes do preenchimento completo dos critérios para a Demência (Portellano, 2005).

Relativamente aos critérios de diagnóstico, centram-se na presença de problemas de memória e de perturbações da memória que caracterizam o DCL como uma fase de alterações da memória, não relacionadas de um modo direto à idade, mas nos quais outros domínios cognitivos estão preservados e as AVD estão conservadas. Este pode ser estruturado, tendo em conta, as queixas de memória preferencialmente corroboradas por um informador, alteração objetiva da memória para a idade e nível de escolaridade, onde habitualmente estão conservadas as restantes funções cognitivas, onde as AVD se encontram intactas e há ausência de Demência (Petersen, 2004).

Partindo do pressuposto que o DCL está subjacente a um estado prodrómico da Demência, será importante centrarmo-nos nos défices que preenchem os critérios de Demência.

É fundamental refletir acerca da dificuldade em encontrar linhas de separação objetivas entre o défice cognitivo associado ao envelhecimento biológico e o DCL, sobretudo porque não existe um impacto significativo sobre o funcionamento, embora no caso das Demências já existam sinais e sintomas mais perceptíveis para a sua identificação.

### **1.3. Demência**

Demência é uma síndrome cerebral orgânica crónica (conjunto de sintomas e sinais), caracterizada por um defeito global das funções nervosas superiores, podendo ocorrer em qualquer idade, de causa conhecida ou desconhecida, e podendo ser reversível ou irreversível (Santana, 2005). É uma síndrome cerebral orgânica porque, em todos os casos, ou tem uma causa testável pelos meios de diagnóstico atualmente disponíveis na prática clínica corrente, ou tem um substrato histológico identificável (Garcia, 1984). A Demência pode ser causada por diferentes patologias que compartilham sintomas em comum, mas são etiologicamente diferentes.

O diagnóstico de Demência realiza-se, caso estejam presentes défices de memória e outros défices cognitivos superiores ao que se poderia esperar no processo normal de envelhecimento e se os sintomas causarem deficiências no funcionamento social ou/e ocupacional (DSM-V, 2013).

A Demência é considerada uma doença de Saúde Mental, posto isto, é conveniente explicar o artigo da Lei da Saúde Mental 36/98 de 24 de julho referente à proteção e promoção da Saúde Mental e que nos diz:

“1. A proteção da Saúde Mental efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive;

As medidas referidas no número anterior incluem ações de prevenção primária, secundária e terciária da doença mental, bem como as que contribuam para a promoção da Saúde Mental das populações”.

O Plano Nacional de Saúde Mental tem como objetivos fundamentais:

- “Assegurar o acesso equitativo a cuidados de Saúde Mental de qualidade a todas as pessoas com problemas de Saúde Mental no país, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
- Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de Saúde Mental;
- Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da Saúde Mental das populações;
- Promover a descentralização dos serviços de Saúde Mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e facilitar uma maior participação das comunidades, dos clientes e das suas famílias;
- Promover a integração dos cuidados de Saúde Mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização” (Dec-Lei nº 5/2008).

### **1.3.1. Epidemiologia da Demência em Portugal**

A Demência constitui a expressão clínica de várias entidades patológicas. A Doença de Alzheimer (DA) é a mais prevalente, sendo responsável por 50% a 70% dos casos diagnosticados (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues, & Carvalho, 2015). Tanto a incidência como a prevalência da Demência aumentam quase exponencialmente com a idade, duplicando aproximadamente a cada 5 anos. Apesar da maioria das pessoas com Demência fazerem parte da população idosa, é importante evidenciar que nem todas as Pessoas Idosas desenvolvem Demência e que esta não faz parte do processo de envelhecimento biológico. A Demência pode surgir em qualquer idade, mas é mais frequente a partir dos 65 anos. Em situações mais particulares, pode ocorrer em pessoas com idades compreendidas entre os 40 e os 60 anos (Santana et al., 2015).

A incidência global de Demência tem vindo a aumentar drasticamente nas últimas décadas. Para 2005 estimava-se cerca de 7,5/1000 pessoas por ano, ou seja cerca de um novo caso a cada 7 segundos.

Atualmente existem 160 000 Pessoas com Demência em Portugal. No entanto, estudos recentes sugerem uma estabilização ou mesmo redução na incidência de Demência nos países desenvolvidos, coligadas à melhoria do estilo de vida e à redução das doenças vasculares. O controlo destes fatores de risco originará uma redução da mortalidade, pelo que é imponderável o seu verdadeiro impacto na prevalência da Demência (Santana et al., 2015). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2004 as Demências constituíram a 6ª principal causa de morte nos países mais desenvolvidos e a DA foi considerada a 5ª causa de morte mais frequente em 2006. Contudo, talvez mais relevante do que a mortalidade atribuída à Demência, seja a morbilidade que lhe está associada. Posto isto, estima-se que a Demência contribua com mais de 11,9% dos anos vividos com incapacidade nas pessoas acima dos 60 anos, valor superior ao calculado para os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) (9,5%), para as doenças cardiovasculares (5,0%) ou para todas as formas de neoplasia (2,4%). Esta elevada morbilidade, associada à cronicidade das Demências, acarreta custos diretos e indiretos muito elevados, refletidos numa enorme sobrecarga para os sistemas nacionais de saúde, e também com um grande impacto na economia das famílias. Uma vez que a idade é o principal fator de risco para Demência, qualquer abordagem epidemiológica neste contexto, no nosso país, pressupõe um conhecimento das características demográficas nacionais.

Atualmente as tendências demográficas do nosso país caracterizam-se pelo aumento continuado da esperança média de vida ao nascer, a redução da mortalidade infantil, o aumento da emigração, a queda abrupta da fecundidade e o conseqüente envelhecimento da população. De um modo semelhante, outro fator que contribui para o agravamento do envelhecimento populacional é o aumento da esperança média de vida ao nascer. Como referido anteriormente, em Portugal, a esperança de vida à nascença era de 80,0 anos para os nascidos em 2012, 76,9 anos nos homens e 82,8 anos nas mulheres. Em 1990, a esperança de vida à nascença era de 74,1 anos e em 1970 de 67,1 anos. Já os nascimentos passaram de cerca de 181 mil em 1970, quando a população era de 8,7 milhões de habitantes, para 116 mil em 1990 (10,0 milhões de habitantes) e 90 mil em 2012 (10,5 milhões de habitantes). As projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE)



apontam para que a esperança média de vida à nascença venha a atingir em 2060, para Portugal, os valores de 84,21 anos para homens e 89,88 anos para mulheres. A proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nas últimas décadas, passando de 8% no total da população portuguesa em 1960, para 17% em 2005 e para 19% nos censos de 2011. Este é um reflexo das alterações vivenciadas da estrutura etária da população residente em Portugal, com um decréscimo da população mais jovem e conseqüente diminuição da base da pirâmide e um aumento da população idosa e respetivo alargamento do topo da pirâmide, configurando-se o cenário de agravamento do envelhecimento da população, uma preocupante realidade atual que apresenta uma tendência crónica. As estimativas de população residente em Portugal dos últimos anos confirmam o duplo envelhecimento demográfico: aumento do número de idosos bem como a diminuição do número de jovens e de pessoas em idade ativa. Em 2001, o índice de envelhecimento da população era de 102, o que significa que por cada 100 jovens correspondiam 102 idosos. Apenas dez anos depois, em 2011 o índice de envelhecimento da população passou para 128 e em 2013 verificou-se novo aumento para os 136. Estima-se que a população idosa em Portugal continuará a aumentar nas próximas décadas, atingindo entre 36% a 43% da população em 2060, com um respetivo índice de envelhecimento na ordem dos 287 a 464 idosos por cada 100 jovens (INE, 2016).

Existem poucos estudos publicados destinados à epidemiologia da Demência e não existem dados diretos da prevalência das diferentes formas de Demência. Em 1994, foi publicada uma projeção para a população portuguesa da prevalência de Demência e de doença de Alzheimer, baseada em dados dos estudos do grupo EURODEM e nos Censos da população portuguesa de 1991. Garcia e colaboradores extrapolaram, para o ano de 1991, um total de 92470 de indivíduos com Demência e 48706 casos de doença de Alzheimer em Portugal, acima dos 30 anos de idade (INE, 2016).

Entre 2003 e 2008 foi realizado o primeiro estudo de base populacional para determinação da prevalência de Demência e DCL em Portugal. O estudo abrangeu uma amostra da população com idades compreendidas entre os 55 e os 79 anos de duas comunidades do norte do país. Decorreu em duas fases: uma primeira fase de deteção dos casos através de entrevista e realização de escalas de classificação e de testes neuro-

psicológicos e uma segunda fase de validação clínica, através de entrevista e exame clínico por neurologista. Na primeira fase foram encontrados 88 indivíduos que cumpriam critérios para Demência. Na segunda fase, com uma adesão de apenas 56,2%, revelou uma prevalência global de Demência, na população entre os 55 e os 79 anos de idade, de 2,7%. A prevalência global de DCL foi de 12,3%. Para além dos dados epidemiológicos obtidos por estudos de base populacional ou por extrapolação a partir de meta-análises europeias, existem diversos indicadores indiretos da prevalência de uma doença ou de um determinado grupo nosológico. São exemplos as informações obtidas a partir dos registos dos médicos de família, dos internamentos hospitalares ou em situações de atendimento urgente, os diagnósticos registados em instituições residenciais, certificados de óbito e também o consumo de fármacos específicos para uma determinada patologia. No que se refere à Demência, a maioria destas fontes de informação é pouco fiável. Primeiramente porque a Demência é uma situação de diagnóstico complexo, que implica recursos pouco acessíveis a algumas populações e que ainda é pouco dominada por muitos profissionais de saúde. Por estas razões, encontra-se seguramente sub-diagnosticada a nível das estruturas primárias de saúde ou de institucionalização. Em segundo lugar, tratando-se de uma situação crónica de alta morbilidade, mas que raramente se constitui como causa direta de morte, estará muito provavelmente sub-identificada nos certificados de óbito. Com o progressivo envelhecimento demográfico, é expectável que o número de casos de Demência tenha aumentado nos últimos anos. Pretende-se, portanto, obter uma estimativa mais atualizada da prevalência de Demência em Portugal, mediante uma projeção, para a população portuguesa, dos valores de prevalência de Demência encontrados para a Europa ocidental pelo estudo de Ferri e colaboradores, utilizando os dados mais recentes do INE de acordo com as Estimativas de População Residente, à data de 16 de Junho de 2014. Estes resultados foram comparados com a estimativa de casos identificados no nosso país (diagnósticos efetivos), calculados a partir do consumo de medicamentos específicos para a Demência. Decorre desta avaliação a estimativa dos gastos inerentes para o Sistema Nacional de Saúde e para os clientes/família, os quais representarão uma das frações dos custos diretos imputáveis à Demência (Santana et al., 2015)

### **1.3.2. Critérios de Diagnóstico**

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR), as perturbações incluídas na secção “Demência” caracterizam-se pelo desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos, devido aos efeitos diretos de um estado físico geral, aos efeitos persistentes de uma substância ou a múltiplas etiologias, sendo que apesar de partilharem sintomatologia comum, a Demência classifica-se de acordo com a sua presumível etiologia.

Os critérios de diagnóstico para a Demência envolvem o desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos que implicam uma diminuição da memória e, pelo menos, uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia, ou perturbação na capacidade de execução. Este declínio das funções deverá ser suficientemente grave para causarem diminuição do funcionamento ocupacional e/ou funcional e representam um declínio em relação ao seu funcionamento prévio (APA, 2006).

Quando a capacidade para aprender coisas novas, ou para relembrar situações previamente apreendidas está presente o chamado défice da memória. Estas formas de diminuição da memória podem ocorrer simultaneamente, embora em fases iniciais seja mais difícil perceber a perda recentemente apreendida. Quando o indivíduo começa a perder objetos, como a carteira, esquece-se de desligar o forno ou perde-se em zonas não familiares, encontra-se numa das fases iniciais da doença. Numa fase mais avançada, a diminuição da memória é tão severa, que o indivíduo se esquece da sua profissão, das habilitações escolares ou dos familiares. Seguidamente apresenta-se uma breve descrição das perturbações cognitivas características da Demência: afasia, apraxia, agnosia e défices nas funções executivas.

A afasia caracteriza-se pela deterioração da função da linguagem que se manifesta pela dificuldade em nomear pessoas e objetos, o discurso pode ser vago ou vazio, com longas perífrases (explicar a função do objeto em vez de dizer o seu nome) e uso excessivo de referências indefinidas como “aquilo”, “coisa”. O entendimento da linguagem escrita falada e a repetição da linguagem podem também estar comprometidos. Os doentes podem permanecer em mudez ou apresentarem um padrão deteriorado de discurso caracterizado pela ecolália (ou seja repetição do discurso ouvido)

ou palilália (repetição seguida/constante de sons ou palavras) em estados mais avançados da Demência.

A apraxia é a incapacidade para efetuar tarefas que requerem padrões de evocação ou sequências de movimentos. É uma incapacidade pouco frequente cuja causa se deve, geralmente, à lesão dos lobos parietais ou frontais. Na apraxia, assemelha-se a um apagão de memória da sequência dos movimentos para completar atividades aprendidas ou tarefas complexas. Não existe nenhum defeito físico que justifique a incapacidade para executar essa determinada atividade. Por exemplo, abotoar um botão. Na realidade esta atividade consiste na realização de uma série de sequências, as pessoas com apraxia não são capazes de levar a cabo uma ação semelhante.

Algumas formas de apraxia afetam somente certas tarefas. Por exemplo, uma pessoa pode perder a capacidade para desenhar, escrever uma nota, abotoar uma camisa, atar os atacadores dos sapatos ou segurar o telefone. O tratamento é orientado para a perturbação subjacente que causou a disfunção cerebral.

A agnosia é uma perturbação pouco frequente que se caracteriza pelo facto de a pessoa poder ver e sentir os objetos, mas não os consegue associar à sua função. As pessoas afetadas não conseguem reconhecer rostos familiares, nem objetos quotidianos, como uma colher ou um lápis, embora os possam ver e descrever. A agnosia é causada por um defeito nos lobos parietais e temporais do cérebro, que armazenam a importância dos objetos conhecidos. Os défices nas funções executivas são manifestações comuns na Demência e estas envolvem a capacidade do pensamento abstrato e de planear, iniciar, sequenciar, monitorizar e parar um comportamento complexo. Estas funções podem estar especialmente relacionadas com perturbações do lobo frontal. Com estes défices o doente pode apresentar dificuldade em fazer cálculos, confunde as moedas e os preços (Manuais MSD, 2016).

A classificação tipológica apresentada por Santana (2005) e a APA (APA DSM-IV-TR, 2006) subdivide as Demências segundo algumas entidades patológicas. Deste modo, de seguida encontra-se uma breve descrição dos diferentes tipos e subtipos de Demência, sendo pela sua prevalência ou pelo impacto das manifestações clínicas.

### **1.3.3. Classificação Tipológica da Demência**

As características de diagnóstico que serão expostas partilham uma apresentação sintomática comum, mas diferenciam-se com base na etiologia.

Santana (2005), considera duas tipologias de entidades patológicas, as que se manifestam exclusivamente como síndromes demenciais, as denominadas Demências primárias (formas não reversíveis) e as doenças curáveis ou preveníveis que se manifestam nas fases iniciais da evolução.

Segundo este autor, a síndrome demencial ou Demência, é a expressão clínica de múltiplas entidades patológicas que se distinguem principalmente pela causa que as antecede. As Demências não reversíveis são as que não sustentam a possibilidade de tratamento curativo. Considerando-se ainda dois subgrupos, as Demências preveníveis, aquelas em que é possível a correção de fatores de risco, interferindo no processo patológico que conduz ao aparecimento da Demência como a vascular, a pós-traumática e associada à infeção pelo vírus VIH, e as Demências não preveníveis, primárias/degenerativas como a Doença de Alzheimer, as Demências frontotemporais, (como por exemplo a de Pick), a Demência de Corpos de Lewy, e as Demências extrapiramidais (como por exemplo a Parkinson e a de Huntington) (Santana, 2005).

Relativamente ao tipo de Demência frontotemporal verifica-se, uma afeção predominante do lobo frontal e da porção anterior do lobo temporal. Este tipo de Demência implica alterações na personalidade, alteração do comportamento pessoal e interpessoal, embotamento emocional, perda de *insight* e perturbação do comportamento (Santana, 2005).

Na Demência de Corpos de Lewy coexistem algumas das características comuns à DA, como é o caso do declínio cognitivo precoce, com padrão semelhante ao que se verifica na Alzheimer, e à de Parkinson, pelas características parkinsonianas. A maioria dos doentes apresenta associadamente sintomas/sinais particulares e, por isso, valorizados como critérios de diagnóstico de uma doença distinta: flutuação temporal dos sintomas cognitivos associada a um défice atencional marcado, episódios sincopais e quedas, alucinações visuais precoces e grande sensibilidade aos neurolépticos (Santana, 2005).

A Demência de Pick caracteriza-se pela entidade nosológica mais conhecida e caracteriza-se clinicamente por alterações da personalidade no início do curso, deterioração das competências sociais, embotamento emocional, desinibição comportamental e alterações proeminentes da linguagem. No que diz respeito aos tipos de Demência extrapiramidal, passa-se a referir os principais traços que caracterizam a Doença de Parkinson e a de Huntington.

Na Doença de Huntington verifica-se uma alteração da cognição, marcada pela presença de défices na memória de evocação e na capacidade de execução, do humor reconhecível pela presença de depressão, ansiedade e inquietação. Podem também estar afetadas características psicóticas e discurso desorganizado. Já na Doença de Parkinson verifica-se um padrão de tremor, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural, associados a uma lentificação motora e cognitiva, disfunção executiva e défice na memória de evocação. Já (Santana, 2005).

Após uma breve descrição das características de um dos diferentes tipos de Demência, percebe-se que existem diferenças e semelhanças que vão exigir uma avaliação cuidada e tratamento adequado. Do mesmo modo, urge a necessidade de uma avaliação extensa e multidisciplinar, uma vez que em muitos casos é difícil fazer o diagnóstico sobre o tipo de Demência, onde existe uma grande variabilidade de défices cognitivos e alterações comportamentais, quer entre os diferentes tipos de Demência como no mesmo tipo (APA,2006).

#### **1.4. Os Prestadores de Cuidados Informais**

Uma das maiores conquistas da Humanidade, no século XX, foi o aumento da longevidade, devido à melhoria dos cuidados de saúde e às condições de vida relacionadas com os avanços científicos e tecnológicos. Consequentemente assiste-se a um aumento significativo do número de pessoas em situação de dependência (Saraiva, 2011).

Em Portugal, perante a atual situação de inversão da pirâmide etária e o aumento da taxa de desemprego, é observável uma tendência crescente dos principais prestadores de cuidados informais das Pessoas Idosas, passando a esta responsabilidade para os seus familiares e/ou amigos próximos. Devido a esse facto, o acompanhamento aos

prestadores de cuidados informais é de extrema importância. Este acompanhamento/promoção tem o intuito de prevenir e/ou atenuar a evolução de processos patológicos, que se encontram relacionados com a funcionalidade e bem-estar das pessoas (quer cuidadores, quer pessoas cuidadas), tal como no âmbito dos gastos em saúde dos prestadores de cuidados informais.

Conceptualmente, o prestador de cuidados informais é habitualmente um familiar ou alguém extremamente próximo da pessoa idosa, cuja identidade está intrinsecamente ligada à história pessoal e familiar, com base em contextos sociais e culturais. Os amigos e vizinhos assumem a responsabilidade pelo cuidar em situações pontuais, devido à inexistência de familiares ou de alguém capaz de assumir o papel de cuidador (Oliveira, 2009). Em Portugal, este prestador de cuidados apresenta a característica de não receber qualquer remuneração pelo cuidado/trabalho prestado.

Relativamente ao apoio social, estudos têm demonstrado que as pessoas que pertencem ou percebem pertencer a uma rede social forte que lhes presta apoio, quando experienciam acontecimentos angustiantes sentem de forma menos intensa as situações de stresse (Serra, 1999 citado in Cuidados familiares ao idoso dependente por Daniela Figueiredo, Lisboa 2007).

É necessário analisar os diferentes impactos na vida do cuidador: pessoal, social e económico. O impacto da Demência é definido como um “estado psicológico que resulta da combinação de um trabalho físico, de tensão emocional, restrições sociais, assim como as exigências económicas que surgem ao cuidar de um doente”.

A nível pessoal, esta pessoa deixa de viver para si, para os seus gostos e necessidades, pois o doente convive diariamente com a família e exige, por vezes, uma dedicação a tempo integral, por parte desta. O desgaste e cansaço vão-se acumulando e vai-se perdendo a própria autoestima, surgindo um elevado nível de stresse. Entre os diversos sinais de stresse no prestador de cuidados salienta-se a negação, a raiva, a ansiedade, a depressão, a insónia e a falta de concentração (Gallardo Vargas, Barón Hernández, & Cruz Menor, 2012).

A nível social o prestador de cuidados informais, acaba por diminuir a sua rede social, pois por incapacidade temporal deixar de poder sair com o núcleo de amigos,

muitas vezes, perderá até a vontade de receber as pessoas na sua própria casa, porque se debate com um estigma face à doença, quase sempre por desconhecimento e falta de informação sobre a mesma (Gallardo Vargas, Barón Hernández, & Cruz Menor, 2012).

Por outro lado verifica-se, ainda, um forte impacto económico com o número de gastos crescentes desde a necessidade de uma vigilância permanente (algumas pessoas deixam de trabalhar, outras contratam pessoas para o fazerem) e de cuidados prestados por pessoas devidamente formadas (como Serviços de Apoio Domiciliário – prestadores de cuidados formais e técnicos especializados) e consultas de especialidade, ainda com ajudas técnicas que vão sendo necessárias com o avanço da doença, produtos de incontinência e gastos com medicação.

Tendo em conta o supracitado, o prestador de cuidados informais sofre um maior impacto na sua vida social quanto maior for a duração do tempo de cuidados e o avolumar de atividades de apoio, fatores que associados levam muitas vezes a institucionalização destes clientes. Devido a este facto, o efetuar e o promover do acompanhamento dos prestadores de cuidados informais é de extrema importância. Este acompanhamento/promoção tem o intuito de prevenir e/ou atenuar a evolução de processos patológicos, que se encontram relacionados com a funcionalidade e bem-estar das pessoas (quer cuidadores, quer pessoas cuidadas), tal como no âmbito dos gastos em saúde dos prestadores de cuidados informais (Gallardo Vargas, Barón Hernández, & Cruz Menor, 2012).

A atividade de tomar conta de indivíduos com Demência pode resultar numa sobrecarga na vida do cuidador. As perturbações comportamentais das pessoas com Demência podem contribuir para a depressão, ansiedade e deterioração das condições físicas dos seus cuidadores. Prestar o cuidado em casa, através de um apoio especializado é uma atividade essencial, visto que esta está intrinsecamente relacionada com as próprias capacidades e conhecimentos do cuidador. Esse apoio deverá ser dado no sentido de superar os medos, ansiedades, acerca de como cuidar sem comprometer a qualidade desse acompanhamento (Gallardo Vargas, Barón Hernández, & Cruz Menor, 2012).



Neste sentido é importante que se desenvolvam estratégias para melhorar e antecipar as necessidades quer dos indivíduos com Demência, quer dos seus cuidadores familiares. Obter dados neste contexto será fundamental para permitir uma maior compreensão dos problemas experienciados pela família e daí adequar medidas intervencionais para este segmento específico (Areosa, Henz, Lawisch, & Areosa, 2014).

No contexto do cuidado informal à Demência, apenas uma minoria tem um cuidado mais específico, ou recebeu treino nesse sentido, sendo que se esse apoio e treino formal acontecesse a qualidade do cuidado seria superior. Quando os cuidadores não têm qualquer conhecimento sobre as diversas possibilidades de manifestações do processo de Demência, a exaustão e os conflitos familiares ocorrem com mais frequência, o que pode reverter negativamente na qualidade do cuidado (Areosa, Henz, Lawisch, & Areosa, 2014).

A base de um cuidado com qualidade é indubitavelmente o conhecimento sobre a doença, as suas várias manifestações, os vários estádios em que esta se manifesta e por isso as soluções que melhor se adequem a cada um destes estádios. Este é um requisito basilar para satisfazer as necessidades de ambos os espectros da questão, por um lado o idoso com Demência e o seu cuidador familiar. Por outro lado as famílias necessitam de confiar nas equipas multidisciplinares profissionais. Se é esperado o apoio familiar, o estado deve ter uma maior participação na promoção, proteção e recuperação da saúde de qualquer idoso, visto que um número bastante expressivo de cuidadores também se encontra na mesma faixa etária. O sistema familiar funciona como um núcleo de referência, mas este deve ser suportado e/ou apoiado por um esquema formal (Gallardo Vargas, Barón Hernández, & Cruz Menor, 2012).

Para além da exaustão física, a sobrecarga emocional dos cuidadores é muitas vezes uma resposta às mudanças de personalidade e comportamentais observadas nos seus entes queridos. Existe uma carga emocional extremamente expressiva e pesada na tentativa de controlo (Gratao et al., 2010)

As redes de apoio, embora existentes, são ainda inexpressivas e de pouco acesso. A falta de acesso a meios compromete um cuidado de qualidade e o acesso a atividades

que não só promovem o bem-estar físico e emocional dos doentes, bem como protegem a progressão da doença (Gratao et al., 2010).

A exaustão física e mental são extremamente importantes, contudo o peso financeiro da doença é esmagador. A carga financeira colocada nas famílias que cuidam de um doente com Demência é subvalorizada pelo estado, desde medicação específica, cuidados de higiene, produtos de incontinência, ajudas técnicas especializadas e cuidados terapêuticos que deveriam ter uma comparticipação à semelhança de outras patologias crónicas (Gratao et al., 2010).

### **1.5. Apoios Sociais em Portugal**

A ação protetora dos sistemas de segurança social têm auxiliado como pilar de expansão do estado de bem-estar através da jurisdição de pensões de reforma, tomando como critério básico a idade e, mais tarde, com a criação de serviços destinados a responder às necessidades das Pessoas Idosas.

Em Portugal, até à década de 70, o apoio institucionalizado à pessoa idosa estava preferencialmente entregue à Igreja. Esta era uma missão das Congregações Religiosas, sobretudo as femininas. As políticas sociais dirigidas à terceira idade ganharam um maior incremento, contemplando todas as pessoas do meio rural e urbano em idade limite de reforma, ou consideradas incapacitadas para o trabalho a partir de 1974. O modelo de Segurança Social, que assegura a aplicação destas políticas sociais, começou a evidenciar na década de 80 uma crise no seu sistema de financiamento. Neste contexto, o Estado reagiu, criando espaços de atividade social privada e fortaleceu-se para a produção de bens e serviços. A Sociedade - Providência organizada, inicialmente em atividades do sector de Segurança Social, é reforçada pelo Dec-Lei nº119/83, de 25 de Fevereiro que alarga a conceção legal de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) aos “domínios da saúde, da educação, da habitação e outros em que as necessidades sociais dos indivíduos e das famílias encontram apoio”. No que se refere às Pessoas Idosas, isto modelou-se com a implementação de estruturas de apoio à terceira idade (Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas/Lares, Centros de Dia, Centros de Convívio e Serviços de Apoio Domiciliário) a cargo de IPSS (Dec-Lei nº 519 G2/79, de 29 de Dezembro).

Em 2000 a Carta Social da rede de serviços e equipamentos, do Ministério do Trabalho e da Solidariedade identifica como respostas sociais, com maior predomínio, três tipos de equipamentos: as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e Centros de Dia (CD) com a predominância de 30% cada e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) com 27% do total das respostas sociais. As restantes apresentam uma prevalência diminuta: Centros de Convívio com 9%, Acolhimento Familiar com 3% e Residências com apenas 1%.

Atualmente existe um grande número de Pessoas Idosas institucionalizadas, assim como, infintas listas de espera. Deste modo, urge a necessidade de repensar novas respostas sociais.

Existe um conjunto de iniciativas estatais com vista à concretização das políticas sociais para a terceira idade, tais como, o Plano Nacional de Ação para a Terceira Idade – PNAI (2001-2003); a criação da Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade – CNAPTI, o Programa Rede Social e o Programa de Apoio Integrado aos Idosos PAII.

O aumento das despesas sociais para financiar as pensões de velhice pode também originar um mal-estar social e conduzir, inclusivamente, a um conflito entre gerações de consequências gravosas para a sociedade. Tal situação apresenta-se particularmente nítida no caso em que a técnica predominante para o financiamento das pensões de reforma é a da repartição alargada, como acontece em Portugal.

Entre 1998 e 2008, o crescimento das respostas sociais para idosos subiu 51,1%, um crescimento notável. No entanto, não podemos falar do mesmo modo da qualidade dessas respostas sociais, pois os técnicos da DECO, em 2009, dos 28 Lares Residenciais visitados em Lisboa e Porto apenas 7 mereceram nota positiva, o que é uma percentagem arrasadora.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) assume um papel importante no cuidado às Pessoas Idosas necessitadas de apoio médico. Por outro lado as Universidades estão a acrescentar nos cursos superiores ministrados relacionados com a Gerontologia e em Saúde com disciplinas de Geriatria, o que, em conjunto, se pode considerar uma melhoria na qualidade da formação no que se refere aos cuidadores formais que têm de cuidar das Pessoas Idosas e em especial com os demenciados.

Se pensarmos na família enquanto prestadores de cuidados informais, concluiu-se que em gerações anteriores, eram os filhos que cuidavam dos pais. Estimativas com base nos resultados dos Censos 2011 revelam que a proporção de famílias clássicas unipessoais de pessoas com 65 ou mais anos de idade em 2011 é de 10,6% e que 1.374,122 famílias clássicas eram constituídas por pessoas com 65 ou mais anos com dificuldades.

De referir ainda que do total de famílias só de idosos, a grande maioria são constituídas por apenas um idoso (50,5%) e por dois idosos (48,1%).

As famílias atuais, sob alguns pontos de vista, têm pouco em comum com as que conhecemos no passado. Na sociedade atual as famílias não estão preparadas para lidarem com a patologia mental em casa.

A resposta social de ERPI, constitui uma resposta social desenvolvida em alojamento coletivo, de utilização temporária e/ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia.

Os objetivos da ERPI são: proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática dos idosos, contribuindo para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento e desenvolver os apoios necessários às famílias dos idosos de modo a fortalecer a relação inter-familiar, assim como promover a integração do Lar na comunidade.

As respostas sociais não possuem técnicos suficientes para darem resposta efetiva a Pessoas Idosas com Demência, sendo o principal problema destas instituições, a falta de infraestruturas físicas e humanas, para lidar com a questão.

O Centro de Dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamentos, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção do bem-estar físico e emocional dos idosos no seu meio sociofamiliar. Como objetivos, o Centro de Dia pretende a prestação de serviços que satisfaçam necessidades básicas, prestar apoio social, e fomentar as relações interpessoais a nível intrageracional e intergeracional, evitando assim o isolamento.

Nas primeiras fases da Demência as Pessoas Idosas possuem autonomia para desenvolver as suas atividades quotidianas. Há medida que anoitece, surgem as apreensões noturnas que se refletem na segurança e isolamento.

Os Centros de Noite, correspondendo à resposta social desenvolvida num equipamento, de preferência, a partir de uma estrutura já existente e integrada com outras respostas sociais (exemplo: CD, ERPI ou outra), dirigida a idosos que desenvolvem as suas AVD no domicílio de modo autónomo, mas que durante a noite, por motivo de isolamento, necessitam de suporte e acompanhamento. Esta resposta não é suficiente para pessoas com Demência, tendo em conta que, estes, muitas vezes, já necessitam de apoio nos cuidados de vida diária, tais como a higiene pessoal e a alimentação. Os clientes que frequentam esta resposta social, habitualmente são pessoas autónomas.

Os hospitais não se encontram especializados para este tipo de situações. O seu objetivo é a prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno. Não da manutenção dos doentes por tempo ilimitado. Quando a patologia apresentada é de solução irreversível os hospitais encaminham-nos para outras respostas sociais mais adequadas.

As Unidades de Cuidados Continuados (UCC) são uma resposta social por um período, máximo, de noventa dias. Concluído este período, o doente tem, obrigatoriamente, de ser encaminhado para outras respostas sociais.

O SAD é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e família quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as atividades da vida diária.

Os objetivos do SAD baseiam-se em contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; prevenir situações de dependência e promover a autonomia; prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos clientes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar; e colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde.

O SAD foi durante muito tempo uma resposta social, apenas implementado e subsidiado pelo Estado através das Misericórdias e das IPSS, sendo prestados serviços pontuais de cuidados de vida diária, na residência dos clientes. Esta resposta adquiriu outra dimensão com a intervenção no mercado de empresas privadas de SAD, que prestam serviços bastante variados, incluindo mesmo a companhia, o acompanhamento a serviços do exterior, como ida ao médico, ao cabeleireiro, para além de todos os cuidados de vida diária.

Embora os serviços prestados por respostas privadas, por vezes, sejam mais inovadores e de melhor qualidade, não são contemplados nas participações atribuídas pelo Estado, o que limita o acesso por grande parte da população idosa, com mais dificuldades económicas.

A resposta social de SAD tem sido, de facto, um dos pilares fundamentais no apoio ao idoso funcionalmente dependente, como defende Wackeret al. (1998) in Osório Agustín e Pinto, Fernando, afirmando que o seu futuro e melhoria na qualidade de vida, passa pelo alargamento do seu raio de ação a comunidades rurais, pela formação atribuída ao *staff*, pelo financiamento através de fundos públicos, pela garantia de qualidade dos serviços prestados e pela adaptação dos serviços às características e necessidades dos novos clientes.

### **1.6. Planos Europeus e Nacional**

O reconhecimento da Doença de Alzheimer e outras tipologias de Demência tem-se constituído como uma prioridade europeia, através do trabalho desenvolvido e bem sistematizado pela Alzheimer Europa.

A Alzheimer Europa é uma organização europeia que congrega atualmente 37 organizações-membro, em 32 países (Áustria, Bélgica, Bósnia e Herzegovina, Bulgária, Croácia, Chipre, República Checa, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Nova Jersey, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Países Baixos, Noruega, Polónia, Roménia, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Suécia, Suíça, Peru e Reino Unido, entre as quais se inclui a Alzheimer Portugal.

A sua missão baseia-se na mudança de perceções, práticas e políticas para garantir a igualdade de acesso de pessoas com Demência e um nível elevado de cuidados e opções de tratamento.

Relativamente ao Plano Nacional, segundo a Alzheimer Portugal “Em Setembro de 2008, a Doença de Alzheimer foi reconhecida pelo Conselho da União Europeia como uma prioridade, tendo os Estados membros sido convidados a assumir o compromisso conjunto de combater as doenças neurodegenerativas, em especial a Doença de Alzheimer.” O Plano de Ação para 2016 da Alzheimer Portugal apresenta como ações programáticas nacionais: promover a criação e a implementação de um Plano Nacional para as Demências; otimizar a relação com os meios de comunicação social; continuar a consolidação da estrutura da organização; reforçar o papel da Alzheimer Portugal junto da comunidade; participar ativamente no trabalho desenvolvido pela Plataforma Saúde em Diálogo; participar ativamente no projeto “Mais participação, melhor saúde”; dar continuidade às atividades com periodicidade definida; manter e reforçar o relacionamento entre Sede, Delegações e Núcleos e conhecimento e investigação. Apresenta do mesmo modo, ações programáticas internacionais: continuar a participação no movimento europeu sobre as Demências.

A Alzheimer Portugal é uma associação sem fins lucrativos, dotada do estatuto de Instituição Particular de Solidariedade Social nos termos do D.L. n.402/85 de 11.10, conforme inscrição n.7/91 do livro n.2 de registo das Instituições com Fins de Saúde. Existe desde 1988 e é a única organização, de âmbito nacional, especificamente constituída para promover a qualidade de vida das pessoas com Demência e dos seus familiares e cuidadores. Conta com cerca de sete mil associados em todo o país, o que constitui um número sobejamente reduzido.

Em 2003, a Alzheimer Portugal inaugurou o primeiro Centro de Dia e primeiro Serviço de Apoio Domiciliário (Prof. Doutor Carlos Garcia) concebidos e destinados unicamente à pessoa com Demência. Atualmente existem quatro instituições especificamente dirigidas a pessoas com Demência, o Lar e Centro de Dia “Casa Alecrim” no Estoril, Alapraia; O Centro de Dia “Memória de Mim” em Matosinhos e o Centro de Dia do Marquês em Pombal. Estas estruturas possuem características próprias para pessoas

com esta patologia. O conhecimento e a experiência adquiridos, bem como a formação que tem sido proporcionada aos técnicos da instituição, tem permitido prestar serviços de qualidade aos clientes e para transmitir boas práticas a cuidadores formais e informais, através dos custos de formação que a Alzheimer Portugal desenvolve (Alzheimer Europe, 2016).

A diferença que se ressalva nestas estruturas é no que concernem as equipas multidisciplinares que a compõe. Estas possuem técnicos de Psicologia, Serviço Social, Psiquiatria, Arte-Terapia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Enfermagem, Direção Técnica e Médico de Clínica Geral.

Em Portugal, a criação do Instituto do Envelhecimento poderá ter um papel importante na aplicação das medidas que levem a que as Pessoas Idosas, e em especial as com Demência, tenham acima de tudo mais anos de vida, além dos expectáveis e acima de tudo, com qualidade de vida.

Ao nível farmacológico, existem no mercado seis medicamentos com diferentes princípios ativos dirigidos a esta problemática, prescritos conforme a fase/ estágio em que a pessoa se encontra. As pessoas respondem à medicação de forma diferenciada: em alguns casos não se observa qualquer efeito, noutros os sintomas progridem mais lentamente e ainda em algumas situações observa-se uma melhoria parcial e relativamente duradoura.

Relativamente ao que pode ser realizado, a nível cognitivo para retardar a dependência dos idosos e estimular mente e corpo sãos, o psicólogo José Barros de Oliveira afirma que o maior estímulo é serem compreendidos e amados, no ambiente onde se inserem. Depois existem várias estratégias de lazer ou ocupação dos tempos livres, como estimulação física (exercício físico variado e ajustado), cultural (leitura, passeios, visitas a monumentos, etc.) e mesmo religioso/espiritual. Devendo ter sempre em atenção, todas as dimensões da pessoa: corpo, mente e espírito.

Referenciando algumas experiências europeias pode-se iniciar com a França. Neste país existe um Plano Nacional Alzheimer que compreende 44 medidas. O plano foi elaborado com base nos trabalhos da Comissão presidida pelo Professor Joel Ménard, que projetou um relatório, em Novembro de 2007, que perseverava para a necessidade



de organizar e de implementar medidas globais em torno e para benefício das pessoas com doença de Alzheimer e dos seus prestadores de cuidados. O plano prevê 1,6 biliões de euros de despesa pública para cinco anos (1.2 biliões de euros para o “médico-social”, 200 milhões de euros para a saúde e 200 milhões de euros para a investigação). As 44 medidas repartem-se em três eixos que se devem valorizar reciprocamente para melhor satisfazer as necessidades da pessoa com Demência.

Pela abrangência e sistematização deste plano importa referir essas 44 medidas, que se encontram agrupadas em 11 objetivos:

1. Assegurar um crescente apoio aos cuidadores;
2. Reforçar a coordenação entre todos os intervenientes;
3. Permitir às pessoas com doença de Alzheimer e aos seus familiares a possibilidade de escolha do apoio domiciliário;
4. Otimizar o percurso dos cuidadores;
5. Melhorar o acolhimento em estabelecimento, para uma melhor qualidade de vida das pessoas com doença de Alzheimer;
6. Valorizar as competências e desenvolver a formação dos profissionais;
7. Dispensar um esforço sem precedentes para a investigação;
8. Organizar um levantamento epidemiológico;
9. Informar e sensibilizar o grande público;
10. Promover uma reflexão e uma abordagem éticas;
11. Transformar a doença de Alzheimer numa prioridade europeia.

No caso do Reino Unido, este país não apresenta um plano nacional, contudo beneficia duma Estratégia Nacional para a Demência, lançada em Fevereiro de 2009, pelo Ministério da Saúde. A Associação de Alzheimer para o desenvolvimento desta estratégia trabalhou em parceria com o Governo. A estratégia estabelece 17 recomendações dirigidas ao Sistema Nacional de Saúde, às autoridades locais e entidades para melhorarem os serviços de prestação de cuidados às pessoas com Demência. As recomendações são focadas em três temas chave:

1. Desenvolvimento de campanhas de sensibilização e de perceção sobre a doença;

2. Diagnóstico precoce e apoio;
3. Viver bem com Demência.

O governo anunciou um investimento extra de 150 milhões de libras para apoiar os serviços locais a implementarem a Estratégia, a Sociedade Alzheimer acredita que a Estratégia trará bastantes benefícios para as pessoas com Demência e para os seus cuidadores, caso seja implementada. Para as pessoas com Demência oferece uma grande oportunidade para poderem controlar as suas vidas, assegurando que terão acesso a diagnósticos precoces, informação de qualidade e uma panóplia de serviços de apoio ao longo do percurso da doença. A implementação da Estratégia irá traduzir-se num melhor entendimento público e profissional da Demência e numa melhor qualidade dos cuidados prestados nos hospitais, residências e ao domicílio.

Ainda relativamente a estes países, é de referir a Lei da Capacidade Mental de 2005. Um documento legislativo fundamental que diferencia a vida das pessoas em situação de incapacidade. A Lei promove o direito das pessoas tomarem as suas próprias decisões e protege-as em situação de incapacidade, fornecendo-lhes um enquadramento flexível que coloca os indivíduos no centro do processo de tomada de decisões.

A Noruega elaborou um Plano Nacional para a Demência. Este apresenta a particularidade de ter sido um Subplano do Plano de Cuidados para 2015. Defende que todas as medidas para a Demência se devem integrar nesse plano, pois parte-se do princípio de que o que é bom para estas pessoas, tende a ser bom para a generalidade dos indivíduos.

Já na Alemanha, não existe um Plano Nacional para as Demências, mas existem importantes medidas de proteção para as pessoas em situação de incapacidade ou dependência, nomeadamente para as pessoas com doença de Alzheimer ou outras formas de Demência e/ou incapacidade mental. O sistema alemão caracteriza-se pela bifurcação entre o Seguro para Cuidados de Saúde (como cuidados médicos, diagnóstico e tratamento) e o Seguro para Cuidados de Longa Duração (tais como cuidados de longa duração, quer ao domicílio quer em instituição). Por vezes os dois sistemas entram em conflito, ambicionando cada um reduzir os respetivos custos. As prestações pagas ao abrigo deste seguro dependem da avaliação das suas necessidades e não em função de

qualquer patologia. Está prevista uma prestação adicional que pode ir até 2 400 euros por ano para pessoas com limitações severas no exercício das suas atividades de vida quotidiana, o que de facto acontece com as pessoas com Demência.

Contrariamente ao que acontece em Portugal está prevista a possibilidade dos familiares poderem ser eles próprios a cuidar ou optarem por cuidado e apoio de boa qualidade. Deste modo, é prestado um maior apoio aos familiares e voluntários que sejam cuidadores, com a introdução de um período, máximo de seis meses, para prestar cuidados.

Em Espanha também não existe um Plano Nacional para as Demências, mas este país consagra o enquadramento legal para as pessoas em situação de incapacidade. A Lei n.41/2002 de 14.11 regula a autonomia do doente e dos direitos e obrigações em matéria de informação e documentação clínica.



## **2. Resposta social para a Pessoa com Demência**

### **2.1. O lugar da Pessoa com Demência na Família**

O desafio de proporcionar um envelhecimento bem-sucedido aos familiares idosos numa determinada família, isto é aos cuidadores que regra geral são contemporâneos da pessoa com Demência, pode ser mais facilmente prosseguido se a autonomia da pessoa com Demência permitir uma determinada independência para a continuidade do desempenho dos papéis sociais dos restantes elementos da família. Assim, quando se fala em cuidar de uma pessoa idosa que se mantém autónoma na concretização das suas AVD, tendo com isto em mente a coabitação e interação entre vários escalões geracionais que permite trocas quase simétricas em todos os sentidos (Araújo, Paúl, & Martins, 2011).

Esta simetria deixa de existir quando é introduzido, neste cenário de trocas intergeracionais, o conceito de dependência associado a um processo demencial, vivenciado pelo elemento tendencialmente da família. A família deixa de estar em equilíbrio e conseqüentemente dá-se um desnivelamento das trocas, passando a fazer-se estritamente num único sentido: de filhos/netos/outros familiares para pais (entendidos aqui como idosos na quarta idade geracional); de idoso saudável para idoso com Demência (no caso de famílias sem filhos); de familiar para pessoa idosa com Demência (Araújo et al., 2011).

A família representa um papel fundamental na continuação das diferentes formas de solidariedade, mais especificamente na prestação de cuidados aos seus idosos, principalmente aos dependentes. No entanto, há que ter em conta que este núcleo familiar tem um equilíbrio próprio, por vezes difícil de manter e que se poderá tornar instável, quando confrontado com novas exigências: a mobilidade geográfica e social que dificulta os contactos e potencia o afastamento entre os elementos das redes de solidariedade primária; a precarização das condições de habitabilidade, que dificulta a coabitação de várias gerações no mesmo agregado doméstico; a valorização do estatuto social da mulher que implica menor disponibilidade para as atividades do cuidar (Areosa et al., 2014).

Perante este cenário a responsabilidade da prestação de cuidados recai, geralmente, sobre a família, e normalmente é o género feminino que assume esse papel e é raramente partilhado e quase nunca corresponde a uma situação de escolha assumida. Além disso, não é uma opção meramente emocional ou conveniente, sendo alvo de ponderação, tendo em conta a experiência de vida e a estrutura das relações familiares, porque diferentes pessoas estão estruturalmente melhor situadas do que outras para assumir o desempenho destas funções. Deste modo, verificam-se pessoas que, pela sua relação de parentesco com o dependente, estariam à partida afastadas desse papel, a desempenharem-no por estarem bem colocadas na esfera afetiva, na proximidade geográfica do dependente e por terem condições habitacionais, em conforto e em dimensão, que o permitam (Areosa et al., 2014)

O arrebatamento da prestação de cuidados a uma pessoa com Demência é uma responsabilidade que acarreta consequências bem diferentes do cuidar de um idoso autónomo. O cuidador assume responsabilidades que nem sempre foram antecipadas sobre um “recetor de cuidados” incapaz de assumir muitas obrigações próprias das relações interpessoais. Este cuidar é quase sempre inesperado, indesejado e tanto mais difícil quanto menores forem os recursos à disposição destas famílias (Cruz, Loureiro, Silva, & Fernandes, 2010).

## **2.2. A Qualidade de Vida e Bem-Estar Social**

A mais disseminada e conhecida definição de qualidade de vida é aquela que é vinculada pela Organização Mundial de Saúde, que descreve o conceito como a perceção individual sobre a posição na vida, no contexto cultural, no seu esquema de valores, relacionados com os seus objetivos, expectativas e preocupações. Esta definição inclui 6 domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relações sociais, características ambientais e crenças espirituais (Seidl & Zannon, 2004). (Pereira, Teixeira, & Santos, 2012) .

Na literatura, o tipo de resposta é relacionado com o grau de severidade da Demência, isto é, os instrumentos de avaliação são direcionados para os clientes que

sofrem de Demência leve ou moderada e no caso mais agudo a informação é fornecida maioritariamente pelos cuidadores (Inouye, Pedrazzani, Pavarini, & Toyoda, 2010).

Independentemente da versão de ambos os lados da questão, isto é, residente institucionalizado e cuidador, a avaliação da qualidade de vida é que esta é sempre limitada, mas que é indispensável o contacto entre estas duas fações mesmo que esse contacto não seja satisfatório para ambas as partes e é de vital importância que essa relação seja promovida (Inouye et al., 2010).

A qualidade de vida tem indicadores objetivos e subjetivos. Entre os indicadores objetivos podem ser incluídos os níveis de doença crónica, as relações interpessoais com a família e amigos e os recursos comunitários. Os indicadores subjetivos são baseados em avaliações pessoais, no que concerne a satisfação de vida, felicidade, adequação alimentar, recursos financeiros, recursos domiciliários, relações familiares e autorrealização. Na Demência envolvem-se funções cognitivas, atividades diárias, interação social e bem-estar psicológico. Os cuidadores enfrentam inúmeros desafios aquando o cuidado na Demência e esses cuidados podem variar em função da progressão da doença (Santos et al., 2014).

Aos cuidadores é atribuída a responsabilidade e o apoio físico e emocional de um doente com Demência. O foco principal é no cliente e não no cuidador. Este, o cuidador, embora não experienciando a doença na primeira pessoa, relaciona-se com esta, na terceira pessoa, isto é, vive de perto todas as limitações, ansiedades e regressões provenientes deste estado tão incapacitante. Independentemente do estágio da doença, os cuidadores quando sobrecarregados com essa responsabilidade, também acabam por sofrer danos colaterais, mas extremamente sérios na sua própria condição física e mental. Óbvio será que um cuidador quando enfrenta um estágio inicial da doença, ainda se encontra bastante revitalizado e por isso mais capaz, mas com a progressão da mesma o peso vai fazer-se sentir negativamente, chegando a manifestar-se, embora de um modo diferente na personalidade e na própria vitalidade do cuidador (Santos et al., 2014).

### **2.3. As Necessidades das Pessoas com Demência**

As necessidades de saúde não se restringem apenas às demandas biológicas, e não podem ser consideradas individuais e isoladas. As necessidades devem estar articuladas às necessidades sociais, que se constituem como heterogêneas. Embora sejam construídas e determinadas socialmente, podem ser apreendidas na dimensão individual, expressando uma relação dialética entre o indivíduo e a sociedade (Moraes, Bertolozzi, & Hino, 2011).

Dando ênfase à pirâmide das necessidades de Maslow (1943) é percebido que a base é constituída pelas necessidades fisiológicas (sono, sede, fome), seguida de necessidade intra e interpessoal (segurança, afeto, amor, estima e por último necessidade de autorrealização) (Bohrer, 1981).

As organizações ainda se centram nas necessidades físicas em detrimento de uma visão holística. Deve-se ter em conta o que faz falta às pessoas com Demência como um todo e de que modo é que os técnicos multidisciplinares e as instituições podem colmatar essas necessidades (Bohrer, 1981).

A satisfação das necessidades fundamentais contribui para abrandar a evolução de uma degeneração física e psicológica das pessoas com Demência.

Em Portugal, o interesse na compreensão de necessidades começa a ser progressivo, inclusivamente no âmbito do conhecimento e identificação das principais necessidades e da existência de serviços que possam colmatar essas necessidades. O Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano (CEDRU) elaborou um estudo de avaliação das necessidades de Pessoas Idosas portuguesas com mais de 55 anos, que residiam na comunidade. Após a aplicação de um inquérito, concluiu-se que a população idosa detém maiores necessidades ao nível das AVD, tais como, tarefas domésticas (limpeza da casa, tratamento da roupa), da saúde (cuidados médicos básicos, encargos elevados com medicação e cuidados médicos), dos cuidados pessoais (apoio em tarefas básicas de higiene), da habitação (obras de restauração na habitação), da mobilidade (meios de transporte adaptados às limitações físicas) e lazer (estabelecimento de relações sociais e maior diversidade das atividades de lazer) (CEDRU, 2008).



Como referido anteriormente, há um destaque, quase exclusivo, das necessidades físicas dos demenciados. No entanto, para um entendimento holístico, será necessário uma mudança geral na formação dos técnicos. É essencial um entendimento do indivíduo como um todo, requerendo conhecimento do seu estado físico, psicossocial e assuntos comportamentais, bem como o reconhecer como estes fatores interagem (Sieber, 2002).

Efetou-se um estudo, com idosos portadores de patologias mentais, de levantamento de necessidades psiquiátricas, físicas e serviços sociais utilizando a *Camberwell Assessment of Need for the Elderly* (CANE). Também pretendiam identificar os fatores que persuadissem a sua experiência e perceção de necessidades e adequação de serviços proporcionados. As necessidades identificadas foram ao nível da saúde física (visão e audição), nos contactos sociais e no estabelecimento de relações íntimas. Os autores salientaram, ainda, que a presença de depressão, isolamento e défices funcionais são mais frequentes nesta população, o que leva à maior identificação de necessidades pelas Pessoas Idosas do que pelos jovens adultos com doença mental (Cummings e Cassie, 2008).

Como referido anteriormente, é essencial compreender o doente como um todo. Sendo esta, também, uma responsabilidade das instituições e outras entidades competentes, no sentido de identificarem as necessidades desta população, em que o objetivo final será uma melhoria na qualidade de vida.

Numa fase inicial das Demências, o doente tem noção da deterioração das suas funções físicas e cognitivas e isto pode levar muitas vezes a um estado de depressão, sendo que a depressão será mais grave em pessoas mais vulneráveis. É importante salientar que a pessoa que se encontra a viver uma experiência de muito sofrimento, consciente do aumento gradual da sua dependência de outrem, podem apresentar distintos sintomas de ansiedade e criar conseqüentemente reações agressivas e/ou violentas (Garcez, Falchetti, Mina, & Budni, 2015).

É a ansiedade que está muitas vezes na base de comportamentos deambulantes, de agitação e de agressividade.

Os doentes tornam-se por vezes desconfiados, logo podem guardar as suas coisas, como por exemplo, a carteira, e depois já não se recordam onde a colocaram e têm tendência para achar que alguém a roubou (Garcez et al., 2015).

Esta agitação e as crises de ansiedade levam a formas intermináveis de deambulação, o que inúmeras vezes, acarreta diversos problemas, no sentido em que saem das instituições e andam pela rua, sem destino, onde, por vezes, se perdem, correndo assim riscos até de atropelamentos. No entanto, é importante, nestes casos, deixá-los deambular, desde que sob vigilância e sem exageros/ sem descurar o seu descanso (Garcez et al., 2015).

As pessoas que sofrem de Demência são sensíveis a contrariedades ou mudanças do seu clima, possuindo alguma intransigência à frustração, sendo, por isso, necessário evitar contrariá-la, tornando-se verbalmente abusivos (Garcez et al., 2015).

A agressividade pode facilmente transformar-se em violência, Margot Phaneuf (2010) afirma acerca dos comportamentos de violência “vão desde acusações e insultos às verdadeiras agressões e às tentativas de mutilação e suicídio”, e acrescenta “a pessoa agressiva é fácil de reconhecer, porque ela eleva a sua voz à menor frustração, utiliza pragas ou uma linguagem ordinária”.

O risco de suicídio é um perigo real para o qual devemos estar sensíveis e à alerta. A pessoa pode ter intenções suicidas, sem nunca o comunicar, mas também o pode fazer através de simples expressões como: não sirvo para nada, qualquer dia já não estou cá, entre outras e, neste último caso, se estivermos alertas devemos procurar vigiá-la, tranquilizá-la e procurar um acompanhamento adequado para esta situação.

A pessoa pode, ainda, manifestar comportamentos, tais como: morder, arranhar, beliscar, bater, puxar os cabelos, lançar objetos que podem ser meios de autoafirmação ou uma forma de se defenderem perante uma ameaça que apesar de não ser real, a ela assim lhe parece, ou relativamente ao facto de lançar objetos pode ser uma forma de chamar a atenção (Garcez et al., 2015).

A pessoa com Demência pode, também, ter comportamentos sexuais inadequados que podem ser opostos. O doente tanto pode perder o desejo sexual, como pode despir-se

em público e mesmo masturbar-se ou apalpar outras pessoas, pois tornam-se completamente desinibidos (Garcez et al., 2015).

#### **2.4. Estratégias para a Qualidade Institucional**

Deve existir uma seleção de áreas de cuidado, programas educacionais, para serem colocados em prática (baseadas na pesquisa e provas dadas com instituições que cuidam de pessoas com Demência), e para que isto se ponha em prática deve-se trabalhar com os prestadores (formais e informais) e ter como parceria o Governo.

Para prestar um Cuidado de qualidade devem ser disponibilizados estágios profissionais e programas educacionais para os prestadores formais.

Para dar mais empoderamento e fornecer aos cuidadores informação correta a Associação de cuidadores de Alzheimer deve ser mais enriquecida, desenvolvida e divulgada.

Para melhores práticas de cuidado, o imprescindível apoio interativo permitirá às pessoas com Demência e aos seus familiares reconhecerem um tratamento de qualidade e apostar nas instalações com qualidade e adequamento (Park, Zimmerman, Sloane, Gruber-Baldini, & Eckert, 2006).

Um estudo efetuado pela Universidade da Carolina do Norte com a Alzheimer EUA, explorou o *staff* especializado e as características das infraestruturas, quando associadas à qualidade de vida para pessoas que sofrem de Demência e que recebem ajuda de ambientes domiciliários formais e Lares de Apoio e Centros de Dia (Park, Zimmerman, Sloane, Gruber-Baldini, & Eckert, 2006).

Deve ter-se em consideração sempre um cuidado específico à pessoa, as capacidades e constantes necessidades (alteráveis) a cada um dos residentes. Sendo imperativo, por isso, realizar-se a avaliação compreensiva e planeamento de cuidados, bem como a comunicação e compreensão do comportamento, estratégias, apoiando-se em abordagens efetivas/ assertivas assumidas pelo *staff* e ambiente apropriado (Park, Zimmerman, Sloane, Gruber-Baldini, & Eckert, 2006).

## **2.5. O Compromisso do Cuidado com a Demência**

O cuidado otimizado ocorre dentro de um ambiente social que apoia o desenvolvimento de relações saudáveis entre o *staff*, os residentes e a família. Um bom cuidado à Demência, envolve a aferição das capacidades do residente e por isso um planeamento cuidado dessas estratégias, para corresponderem ao comportamento e às mudanças de comunicação, *staff* especializado e padrões (tipos de cuidados adaptados e apropriados). Deve haver uma abertura destas instituições à comunidade em geral. Cada pessoa com Demência é única e por isso tem uma constelação diferente e necessidades diferentes de apoio, que vão alterando com a progressão dos estádios da Demência. O *staff* pode e deve determinar como melhor cuidar de cada residente através do conhecimento mais detalhado possível da história de vida, das preferências e capacidades de cada residente. O cuidado assertivo à Demência envolve usar a informação sobre cada residente e desenvolver estratégias individualmente centradas, que são concebidas para assegurar um tratamento personalizado a cada circunstância individual.

Os objetivos para o cuidado efetivo centram-se no cuidado ao indivíduo, ajudar o *staff* e família a agir como co cuidadores, trabalhando com os residentes, para conseguir um funcionamento otimizador e uma melhor qualidade de vida.

Deve ser realizada uma abordagem efetiva, eficiente e flexível e adaptada o que permite uma melhor prevenção dos problemas, que possam ocorrer, (tratamento profilático). Essas recomendações são estratégias adaptáveis que vão de encontro às necessidades e por isso devem ser revistas periodicamente e aferidas do ponto de vista holístico (saúde cognitiva; saúde física; capacidade física; estado comportamental; capacidades sensoriais; capacidade de decisão; capacidades de comunicação; historia pessoal; preferências culturais e preferências e necessidades espirituais). Não podemos esquecer que esta aferição deve reconhecer que cada avaliação pode variar de acordo com todas estas questões, das capacidades, da história dos residentes para cuidado e assistência personalizada às competências de cada um.

Se essa aferição indica problemas que requerem a consulta entre vários tipos de profissionais de saúde e não só, deve ser um instrumento utilizado para mitigar problemas que existem e prevenir os que virão.

Quando há uma ajuda entre os vários profissionais, equipas multidisciplinares, centradas no tratamento específico ao indivíduo e que ajudam a desenvolver a performance desses indivíduos.

O conhecimento da história de vida, das necessidades e das preferências ajudam o *staff* a tomar decisões relativas ao cuidado físico, paliativo e decisões relacionadas com questões legais (testamento de bens, serviços fúnebres, testamento vital) para assegurar que os desejos, necessidades e preferências de cada indivíduo sejam satisfeitos.

O planeamento do cuidado efetivo inclui o residente, a família e todos aqueles que regularmente interagem com o doente. Durante todo o processo o cuidado efetivo fortalece as capacidades do doente e incorpora estratégias, tais como: programas de *fitness*, terapia física e ocupacional, tudo com o objetivo de manter as capacidades funcionais, o mais possível. Se todo o planeamento for feito, com essa cooperação entre profissionais de forma harmoniosa, torna-se mais eficaz, tendo em conta que a planificação tem de ser ajustável às necessidades momentâneas/periódicas do cliente. A flexibilidade é de extrema vitalidade (preferências e necessidades do doente) (RCNFoundation, 2013).

### **2.5.1. Comunicação e Comportamento**

Os doentes precisam de oportunidade e tempo para comunicarem, a linguagem direta é potencialmente acompanhada por gestos, imagens, palavras escritas, “*flashcards*” com imagens ou palavras, pistas verbais podem ajudar o *staff* a comunicarem com os residentes nas atividades de rotina.

O comportamento e o estado emocional (comportamento não verbal) das pessoas com Demência, por vezes, são formas de comunicação.

O *staff* pode necessitar de treino inicial e ou constante para identificar o que despoleta os sintomas comportamentais/emocionais do residente, tais como, depressão, agitação, apatia.

Esses acontecimento que despolete essas emoções podem se traduzir em: fome, sede, dor, falta de interação social, dificuldades visuais e auditivas, ou atividades desadequadas.

Quando o staff reconhece estes agentes despoletadores pode usar estratégias ambientais e comportamentais para alterar o seu impacto, estimulando a resposta. As ações positivas do *staff* são extremamente profícuas durante o processo.

Todos os acontecimentos, encontros ou trocas entre os residentes e pessoal é uma atividade em potencial, o jantar é propício à satisfação, e autossatisfação, o acesso ao espaço pessoal e as atividades de tempo livre, melhoram a qualidade de vida, as atividades formais como aulas, festas, discussões e informais tais como as conversas com os amigos, pequeno passeio, banho de relaxamento, são no seu conjunto bastante benéficas para o cliente.

Os objetivos do cuidado baseiam-se em oferecer muitas oportunidades ao longo do dia que remetam para um significado, escolhas e divertimento, a fim de encontrar atividades que vão de encontro ao cliente em vez de para o cliente (RCNFoundation, 2013).

## **2.6. Práticas e Recomendações de Cuidado na Demência**

As quedas, o deambulamento e a restrição física são características inexoráveis na pessoa com Demência, independentemente do contexto em que a esta se encontre. Estas recomendações de prática deverão ser centradas no indivíduo e após uma avaliação personalizada das capacidades e das constantes necessidades mutáveis dos indivíduos, devem incluir uma avaliação (física, cognitiva, espiritual e objetivos a atingir), e um plano rigoroso do comportamento do indivíduo e dos resultados que nele são centrados e daí advém um plano específico (após implementação de estratégias).

O crescimento da empatia entre a pessoa cuidada e o cuidador, quando há um especial respeito pelas especificidades relativas à pessoa cuidada e ao seu estágio de Demência, o sucesso será forçosamente cada vez melhor e mais consistente. Esse plano decorrente centra-se nesta fase essencialmente em questões que são significativas para a qualidade de vida do cliente, nomeadamente a deambulação, as quedas e possível restrição física (Alzheimer's Association, 2009).

### **2.6.1. Limitações Físicas**

#### Deambulação

Deambulação significa caminhar sem rumo definido e caracteriza-se como sinal comportamental de uma necessidade humana básica de contacto social ou a resposta a desconfortos/ irritações físicas e stresse psicológico.

A deambulação sugere que deve ser uma atividade travada, quando na realidade é precisamente o oposto, o movimento livre deve ser apoiado e encorajado, devido aos potenciais benefícios que esta exploração lhe permite. A deambulação promove benefícios na ordem do reconhecimento espacial, preservação da força física, prevenção de problemas de pele, músculo-esqueléticos, obstipação e humor. Pode também decorrer de necessidades físicas ou psicológicas, como comida, bebida, higiene ou exercício físico, a necessidade de segurança ou isolamento social ou decorrer de problemas de irritação ambiental (ruídos, confusão visual ou espaços que não lhes são familiares).

A deambulação pode promover problemas como: desidratação, perda de peso, fadiga, apatia, agitação e até morte. As mudanças nas rotinas, por exemplo quando existe alternância de prestadores de cuidados, podem decorrer de problemas médicos, como dor, urgência urinária, obstipação, infeções, efeitos medicamentosos, depressão, ansiedade, alucinações, isolamento, aborrecimento ou mesmo o desejo por estimulação física, a necessidade de ar fresco, de sentir luz do sol, contacto com a natureza, são alguns exemplos bastante pertinentes.

A procura da saída é um modo de deambulação, através da qual, tentam sair da área residencial, e isso pode recorrer do desejo de voltar a um local comum, familiar ou antigo local de trabalho, a busca por um ambiente familiar seguro, pode tentar reconectar-se com a sua realidade anterior ou a hábitos rotineiros, sair para o trabalho, sem intenção de escapar.

A desfamiliarização/ambientes não familiares aumenta o risco de deambulação, porque contribuem para uma maior confusão na pessoa com Demência. É importante estar atento, quando se evadem de locais médicos, em ambiente clínico, necessitando de uma supervisão mais apertada. No contexto de admissão formal a tentativa de fuga

ocorre normalmente dentro das primeiras 48 horas. Mesmo assim, a restrição física não previne a fuga e aumenta a probabilidade de ferimentos.

As recomendações são baseadas nos seguintes objetivos:

1. Encorajamento, apoio e manutenção da mobilidade do cliente e opção de escolha, permitir que deambule de um modo seguro e independente;
2. Avaliar as causas dessa deambulação;
3. Prevenir a deambulação não segura e ter trilhos de escape seguros;
4. Antes da admissão de qualquer cliente, deve ser recolhida informação junto dos familiares/amigos ou da instituição de transferência, acerca do historial do cliente, bem como as estratégias usadas para prevenir esses cenários;
5. Na avaliação do desejo de mobilidade de cada cliente, os riscos e situações que despoletam a deambulação é essencial conhecer:
  - . Se a deambulação é recente ou prática habitual;
  - . Se há padrões de deambulação;
  - . Se existem condições médicas que contribuem para a deambulação (obstipação, infeções trato urinário, dor, etc.);
  - . Função cognitiva, especialmente a impulsividade e consciência de segurança;
  - . Visão e audição;
  - . Estado de mobilidade funcional (equilíbrio);
  - . Padrões de sono;
  - . Historial do cliente (interesses, profissão, hábitos diários);
  - . Autonomia e rotinas de higiene pessoal;
  - . Condições emocionais e psicológicas, que podem estar relacionadas com a deambulação (depressão, ansiedade e necessidade de companhia);
  - . Considerações sociais e interação com os outros;
  - . Fraca iluminação, desnivelamento de piso;
  - . Tipo de calçado e roupa do residente;
  - . Instalação de videovigilância, sensores, alarmes (que não sejam demasiado intrusivos ou alarmantes, para não causar confusão, agitação, caso contrário poderão impedir a deambulação habitual);



- . Locais onde possam sentar-se;
- . Ambiente adequado para os deambulantes: o espaço rodeante deve ser adaptado ao funcionamento e às necessidades e incapacidades individuais;
- . O ambiente deve estar demarcado e deverá ser estudado, para que haja facilidade de comunicação, interação e as saídas estejam acessíveis (adequadas/seguras);
- . Quando eles insistem em sair, a abordagem do pessoal auxiliar e técnico não deve ser no sentido impositivo ou punitivo face à vontade do residente, senão este tendencialmente os vê como adversários e não se estabelece a relação de empatia e confiança;
- . É muito importante um plano devidamente elaborado onde conste uma foto atualizada do residente, hábitos de deambulação, moradas anteriores, para que no caso de necessidade de intervenção policial, seja mais prontificada e adequada. Isto adequa-se, quer ao ambiente formal ou domiciliário;
- . Notificar a administração, os familiares e a polícia para iniciar uma busca rápida e eficaz;
- . Deve haver uma base de dados nacional, para que no caso de desaparecimento, todas as forças de segurança estejam notificadas de um modo nacional (Alzheimer's Association, 2009).

### Quedas

As pessoas com Demência têm uma maior probabilidade de queda devido às limitações neurológicas. O ambiente também pode contribuir para as condições de maior risco e por isso, recomendam-se os seguintes objetivos:

1. Promover a segurança e a preservação da mobilidade, reduzindo assim o risco de quedas e consequentes ferimentos;
2. Minimizar os ferimentos através da redução de restrição física, promovendo a mobilidade salutar e controlar (Alzheimer's Association, 2009).

### Restrição Física

A restrição física inclui qualquer método ou mecanismo que restringe a liberdade de movimento ou acesso ao seu corpo por parte do cliente e que o impede de mover-se com facilidade.

A medicação psicotrópica é muitas vezes usada, mas de um modo inapropriada para limitar o cliente. Os mecanismos ou métodos de restrição física incluem:

- Grades de segurança nas camas, restrição dos membros superiores e inferiores e cinturas, luvas, cadeiras geriátricas, mesas ou tabuleiros presos nas camas, cadeiras e reclinadores dos quais os clientes não conseguem sair, sem assistência, isolamento involuntário, exceto quando este é medicamento necessário, para protegerem-se dos outros ou deles próprios (agressividade, agitação, medicação errada).

Dos principais sinais do uso da restrição física salienta-se a incapacidade cognitiva, o que leva muitas vezes ao uso de restrições pela necessidade de segurança, prevenção na agitação, insanidade mental e prevenção de quedas.

As restrições físicas são normalmente danosas para o cliente devido aos efeitos negativos e à interferência do normal funcionamento físico do cliente, o que inclui o impedimento da capacidade de caminhar, de se alimentar/hidratar, necessidades higiénicas, mudanças de posição e necessidades de socialização.

As consequências do uso de restrições físicas podem passar pela morte (caso mais grave), ferimentos, quedas, deterioração física, incontinência, má nutrição, desidratação, desmineralização óssea, atrofia muscular, úlceras de pressão, rasgões cutâneos, contraturas, perturbações do ritmo cardíaco e infeção. Nas consequências emocionais podem incluir-se o stresse e a agitação cada vez mais incontrolável.

As perturbações a nível comportamental podem surgir como resposta à restrição física.

As pessoas com ou sem Demência experienciam emoções que vão desde a frustração à ansiedade, passando pela raiva e pelo terror, quando restringidas e encaram essas restrições como barreiras a ultrapassar.

A restrição física pode ser usada através do falso pressuposto ou crença errada que esta previne a segurança, mas normalmente provocam o efeito contrário.

No seguimento desta preocupação devem-se:

1. Fortalecer a ideia de uma comunidade livre de restrições físicas (ERPI ou SAD);
2. Identificar problemas prévios ao uso da restrição e utilizar métodos profiláticos;
3. Fornecer ao *staff* técnico estratégias que possam ser usadas para prevenir, reduzir e eliminar o uso de restrições;

As casas de apoio ou as comunidades residenciais devem mover-se pela certeza que estas mudanças devem ser ponderadas e discutidas e são decorrentes da compilação de situações relevantes do contexto real (Alzheimer's Association, 2009).

### Vestuário

As pessoas com Demência têm frequentemente dificuldades em se auto-vestir, pois perdem a capacidade de discernir o que vestir primeiro, por exemplo, e porque, como referido anteriormente, perdem a capacidade de se abotoarem. Por vezes, a falta de organização origina a perda de interesse em se vestir bem, ou mesmo em mudar de roupa.

Existem porém algumas medidas que podem ser tomadas de modo a auxiliar a pessoa com Demência em manter a sua autonomia, enquanto possível e readquirir ou manter a sua autoestima:

- O prestador de cuidados deve dar assistência, porém dando oportunidade à pessoa para ser autónoma;
- É fundamental uma postura de encorajamento e tranquilidade, oferecendo bastante tempo para a concretização da tarefa;
- É essencial definir dois conjuntos de roupa, dando oportunidade à pessoa de escolher entre os dois, ao invés de abrir o armário, concedendo-lhe uma enorme variedade de escolha;
- Deve dispor-se, discretamente, roupas limpas, caso seja necessário (Alzheimer's Association, 2015).

### Cuidados na Alimentação

O consumo inapropriado e inadequado de sólidos e líquidos pode contribuir diretamente para o declínio da saúde e bem-estar do residente.

Já uma correta e preventiva monitorização do cuidado nutricional, especificada por Nutricionistas, deve ser assegurada. Adotando-se uma correta e adequada nutrição e hidratação de acordo com as preferências e circunstâncias vivenciais do residente. Deve ser promovido um ambiente agradável aquando a hora da refeição e atividades relacionadas com essas refeições, promovidas pelo *staff* que promovam a interação interpessoal (Park, Zimmerman, Sloane, Gruber-Baldini, & Eckert, 2006).

### Manutenção da Dor

A dor é subvalorizada e mal administrada entre as pessoas com Demência, devido a muitas vezes e em primeiro lugar à dificuldade de comunicação, o que pode levar a estratégias erradas. Essa pobre e errada interpretação da dor pode resultar em sintomas comportamentais e levar ao uso desnecessário de psicotrópicos. Os objetivos são minimizar o desconforto associado à dor e ajudar os doentes a usufruir de melhor qualidade de vida.

Deve ser tratada a dor como cinco sinais vitais, através de uma constante aferição e tratamento de um modo formal e sistemático como se tratássemos de problemas com HTA ou respiração.

1. Técnicas de manutenção da dor adaptadas as necessidades do indivíduo, as circunstâncias e aos riscos que daí podem advir;
2. Interação Social: Participação em atividades significativas é um dos critérios para o bom cuidado de indivíduos com Demência, as atividades ajudam os residentes a manterem as suas capacidades mentais e aumentam a sua qualidade de vida. Tendo como objetivos oferecer um espectro de oportunidades alargadas que contribuam para um significado pessoal, sentido de pertença à comunidade, opções e divertimento. E as interações relacionas, com ou não com, a finalidade de respeitar as diferenças/preferências do indivíduo, mesmo que prefira a solidão (Park, Zimmerman, Sloane, Gruber-Baldini, & Eckert, 2006).

## **2.7. A Instituição vs Família**

A família, pelos seus laços eminentemente naturais, está bastante mais próxima da pessoa do que está a instituição. Tal não distancia as exceções que, de facto, existem, e que certificam a gradual influência e relevância da instituição como uma substituta da família. A família é fundamental para o suporte e realização afetiva do indivíduo, como modelo de valores, universo de afetos e partilha e como esfera prioritária de investimento e de dedicação individuais, tendo uma preponderância absoluta sobre as restantes esferas de atividade do indivíduo (Pimentel, 2001).

A família é entendida como a rede alargada de indivíduos (e não apenas o agregado familiar simples) com um parentesco em comum (de sangue, aliança ou de afeto) e entre os quais existe uma interação de trocas mais ou menos intensas, sejam elas trocas de afeto ou de cuidados tipificados (Pimentel, 2001).

De facto, as solidariedades familiares continuam a existir, no entanto sofreram alterações no seu conteúdo e na sua regularidade, tanto ao nível afetivo, instrumental ou normativo (Gemito, 2004), isto é, são menos visíveis entre filhos e pais e bem mais frequentes entre pais e filhos, fazendo-se quase sempre neste sentido.

Deste modo, a instituição apresenta-se como parte integrante ao nível do apoio e suporte, antes exclusivamente protagonizado pelos elementos da família. Atualmente é liderado por estas redes de apoio formais – as instituições, devido à emergência de uma organização social, baseada na diferenciação funcional com um grau crescente de complexidade e individualização que concede novos contornos à condição natural das famílias, como prestadores de cuidados informais.

## **2.8. Adaptações Arquitetónicas para a Resposta Social**

A criação de ambientes de elevada qualidade que sustentem o envelhecimento positivo é uma meta para todas as sociedades. O *design* de ambientes para Pessoas com Demência é realizado para alcançar um objetivo subliminar: fornecer às pessoas com Demência as mesmas oportunidades de envelhecer com qualidade que as Pessoas não demenciadas apresentam. Nesse sentido, o *design* de ambientes para Pessoas com Demência não deve ser encarado como uma disciplina do *design* de estabelecimentos de

saúde, mas como uma área inserida na abordagem geral para criação de ambientes que permitam aos seus clientes a satisfação das suas necessidades humanas e do seu direito à dignidade, independência de acordo com as suas capacidades, cuidado em todas as suas ações, autorrealização e participação social.

#### Quarto e entrada para o quarto

Os quartos devem ser divisões que contenham quadros, molduras e mobiliário familiar que devem estar posicionados ao nível do olhar das pessoas (a cerca de 1,20 metro do chão) para tornar o ambiente familiar e estimular a memória. Todas as molduras devem ser fixas e de difícil remoção, não sendo aconselhável ter molduras pousadas. Não devem ser constituídas de material refletor e de preferência acrílica e de fácil higienização. Assim como as molduras, os espelhos devem ser de difícil remoção, por parte do cliente. No entanto estes devem ser removidos no caso de necessidade quando motivadores de confusão.

Os armários devem conter secções envidraçadas ou abertas, para que as pessoas consigam ver o conteúdo, não podendo refletir a imagem. Se for usado sensor de movimento, o posicionamento do armário deve ser tomado em consideração para evitar ativação quando não o é necessário.

Deve-se providenciar um candeeiro de estilo tradicional para um foco de luz adicional, na mesinha de cabeceira. O candeeiro central deve ser um candeeiro pendente, com uma luz discreta suplementar, incluindo luz de emergência. Todos os pontos de luz, no quarto, devem atingir um máximo de 200 volts.

É de todo pertinente permitir a existência de uma planta para que as pessoas possam cuidar, com benefícios terapêuticos, tendo em conta, que não podem ser venenosas, nem conterem espinhos.

As cores do chão, paredes, cortinas e teto devem fornecer um bom contraste visual para melhorar a orientação e devem ser evitadas carpetes com padrões e papéis de parede ofensivos.

Se necessário, é útil a colocação de etiquetas identificativas, com texto e/ou imagens para uma melhor identificação de objetos (nas gavetas, armários).

Os interruptores devem contrastar com a parede e devem estar montados a alturas adaptadas aos residentes mais velhos.

As portas devem abrir e fechar para dentro e para fora, pois facilita a abertura, quando necessário e de utilização fácil em caso de incêndio retirar as pessoas da divisão.

A utilização de colchas e almofadas deve ser usada, quando não causa confusão, nomeadamente no que se refere à cor e padrão, aos clientes e podem ser removidas, se necessário.

O quarto deve conter uma casa de banho e a sanita deve estar posicionada de modo a que os clientes, na posição de deitados ou sentados no leito, tenham visibilidade para a sanita.

O sistema de aquecimento tradicional é preferível por uma questão de familiaridade do residente, no entanto, o sistema de aquecimento de piso aquecido deve ser usado para que haja uma maior rentabilização do uso da superfície caminhável. Qualquer radiador deve ter uma superfície o menos ofensiva possível e deve estar a uma temperatura ambiente (Virtual Home Care INC,2016) & (Alzheimer's Association, 2016).

A entrada para o quarto deve conter candeeiros de teto e de parede para melhorar a luminosidade no corredor, iluminando o teto e promovendo a reflexão da luz através do espaço. Devem ser colocados com cuidado e em posição em que não haja pontos de luz e outros sem luz (criando um ambiente uniforme). Deve existir luminosidade, que não deve ser inferior a 150 volts, durante o dia e que não excedam os 50volts à noite. A calha do teto deve ter um aspeto doméstico.

A luz proveniente do teto e das paredes, distribuída ao longo de todo o corredor, deverá ser uniforme quer quanto à intensidade de luz que reflete (150 volts num ambiente diurno e não excedendo os 50volts num ambiente noturno), quer quanto ao *design* de candeeiro usado, que deverá ser o mais tradicional possível, para que o residente mais facilmente se possa identificar com, isto é, dando um aspeto domiciliário e não um aspeto institucional. Se se optasse por um *design* mais moderno e comercial a residência ficaria com um aspeto muito mais institucional.

Devem existir umas caixas de memórias posicionadas à porta do quarto (com fotos e objetos das suas vidas) o que promove indubitavelmente a estimulação da memória e

reconhecimento da casa. Se for possível, a implementação de pontos de luz, deve ser direcionada para fotos e objetos mais importantes.

As portas do quarto devem ser individualizadas com sinais que possam ser personalizados com nome do residente e com fotos pessoais, o que potencia a que encontrem o quarto certo. A porta deve ser personalizada com cores e tipos de ferragens e com o mesmo número da porta como as casas onde viveram. O puxador da porta deve estar a uma altura de 1metro e deve ser de fácil manuseamento, não escorregadio, devendo ter uma cor contrastante com a da porta. A fechadura deve estar posicionada acima do puxador para facilitar a sua utilização.

Os corrimãos de ambos os lados do corredor devem estar a pelo menos 1metro de altura, devem ser contrastantes com a cor da parede na parte posterior, no entanto a parte anterior deve estar revestida com a mesma cor da parede.

Devem ser colocados objetos pessoais, como bengaleiros, guarda-chuvas e/ou plantas para potenciar o reconhecimento, posicionados no exterior dos quartos.

Deve criar-se uma espécie de *hall*, ampliando o corredor no acesso aos quartos, criando espaço de manobra e interesse ao longo do mesmo. As portas quer no quarto, como no corredor não devem estar em posição opositora em relação umas às outras, para permitir o fácil acesso de todo o material necessário à higienização dos espaços, higiene do cliente, remoção das tecnologias de apoio, etc.

Os materiais de blindagem (metal) da parte inferior das portas devem ser de natureza não refletora e de cor semelhante à porta.

Na transição do corredor para o quarto, o piso deve ser da mesma cor ou cores pouco diferentes, para não causar a ideia de existência de desnivelamento.

Os objetos identificativos para o pessoal auxiliar/técnico devem ser colocados discretamente nas portas dos quartos.

As imagens das molduras devem ser adequadas à idade e potenciar/estimular memórias e a conversação. As molduras devem ser de acrílico e não refletoras. Devem estar colocados a cerca de 1,20metro do chão.



As carpetes, as portas, as paredes, os cortinados, as traves e o teto não devem ter padrões extremamente confusos e deverão ajudar a definir os espaços (Virtual Home Care INC,2016) & (Alzheimer's Association, 2016).

### Sala de Jantar

Quanto à iluminação os candeeiros de teto devem ser de estilo tradicional, fazendo uso de múltiplos focos de luz, oferecendo um nível de intensidade uniforme, no máximo de 300 volts, quando estão direcionados para a mesa. A iluminação colocada perto das janelas deverá ser munida de sensores diurnos para que seja desligada, quando desnecessária. As luzes de parede deverão estar uniformizadas pela divisão e refletindo para o teto, ajudando à tão necessária uniformização da luz.

Quanto aos cortinados, mais uma vez, devem ser evitados padrões e cores ostensivas e estes devem ser posicionados para que quando abertos deixem passar o máximo de luz direta possível. Todos os tecidos usados devem ser antifogo. O uso de precianas/telas deve ser também promovido para regular a intensidade de luz diurna quando não é necessária.

As janelas devem ser amplas com caixilharia o menos espessa possível para maximizar a luz direta e minimizar a luz artificial. A caixilharia referente às portas deverá ser de cor diferente para permitir uma mais fácil localização por parte dos residentes. Os puxadores das portas exteriores devem estar posicionados a cerca de 1metro de altura e de fácil acesso.

Os quadros, molduras devem estar posicionados ao nível do olhar das pessoas, a cerca de 1,20metro do chão, para fornecer um ambiente familiar e estimular a memória. Todas as molduras devem ser fixas e de difícil remoção. Não é aconselhável ter molduras pousadas e estas deverão ser de material não refletor, acrílico e de fácil higienização.

A casa de banho deve estar contígua à sala de jantar, de fácil e rápido acesso, devidamente assinalada com a placa posicionada na porta a 1,20metro de distância do chão e com ventilação específica para evitar a transmissão de odores sanitários para a sala de refeições.

O mobiliário deve ser de natureza tradicional e doméstica, à escala, de fácil uso e higienização e as gavetas devem ser munidas de etiquetas com pegadas confortáveis e de acesso aos residentes, para que estes possam participar nas tarefas domésticas diárias. As cadeiras devem ser confortáveis, com braços e que sejam facilmente removíveis e móveis. Devem ter uma cor contrastante com o chão, devem ser dispostas ao redor da mesa e em número necessário para que o pessoal assistente possa estar sentado à mesa com os residentes, quando necessário fôr. No que diz respeito às mesas, estas devem ser estáveis, com altura suficiente para comportar os braços das cadeiras, com esquinas arredondadas (para evitar ferimentos de colisão) e optar-se sempre por mesas de formato redondo. A existirem mesas quadradas, estas devem ser colocadas em conjunto para a realização de tarefas específicas. A disposição das mesas ao longo da sala de jantar deve ser feita de forma a promover a interação entre os residentes e o pessoal auxiliar. Deverão existir também biombos para no caso de necessidade tornar um espaço mais discreto e privado, se necessário fôr promover a intimidade e privacidade de um residente.

Todas as superfícies devem constituir um bom contraste entre si, mas evitar padrões ostensivos.

No que diz respeito ao chão, este deve ser confortável, com piso aquecido, mas sobretudo não deve constituir uma superfície de atrito para a mobilidade dos residentes, refere-se por isto às cadeiras de rodas, bengalas, andarilhos e deslizamento de cadeiras. Facilmente laváveis e com aspeto doméstico. Aquando a transição de espaços contíguos a cor do chão deve ser mantida e sem qualquer desnivelamento, isto é, a transição entre a sala de jantar e a copa (Virtual Home Care INC,2016) & (Alzheimer's Association, 2016).

### Casa de Banho

Quanto à iluminação os candeeiros de teto, estes devem ser de estilo tradicional, fazendo uso de múltiplos focos de luz, oferecendo o nível de intensidade uniforme, no máximo de 300 volts, quando estão direcionados para a mesa. A iluminação colocada perto das janelas deverá ser munida de sensores diurnos para que seja desligada quando desnecessária. As luzes de parede deverão estar espalhadas pela divisão e refletindo para

o teto, ajudando à tão necessária uniformização da luz. A luz pode ser controlada por sensores de movimento ou um interruptor manual, mesmo que seja opcional, de acordo com as características específicas do residente.

O uso de molduras propicia um ambiente bastante familiar e doméstico. Todos os espelhos devem ser de fácil remoção ou facilmente cobertos.

Devem existir barras laterais de apoio aos sanitários (sanita, na zona do lavatório e no duche) devem ser contrastáveis com a parede para ser de fácil manuseamento. O tampo e assento da sanita deverão ser de uma cor contrastante com as restantes louças sanitárias e de fácil higienização. O autoclismo deve ser assinalado com uma pega ou puxador vertical, de cor contrastante, mas nunca o sistema giratório, para facilitar o manuseamento por parte do residente. O apoio de papel higiénico devera ser bastante visível e normalmente colocado nas barras laterais à sanita. No que diz respeito à cabine de duche, os controlos de água deverão estar colocados ao nível dos residentes e do pessoal auxiliar para que sejam manuseados de um modo autossuficiente. Dentro do espaço para o duche deverá existir uma cadeira ou um banco fixo, de cor contrastante com a parede. A pavimentação da zona de duche deve ser uniforme e no que caso de existir tapete este deve ser aderente. Deve existir uma proteção para impedir o alagamento e possíveis quedas, deve colocar-se um *kit* de alarme a meia altura do duche, que reporta sonora e luminosamente no exterior do quarto.

Os sistemas de suporte de toalhas devem ter um aspeto bastante diferente das pegas ou dos suportes de apoio. As torneiras devem ter o aspeto mais tradicional possível e devidamente identificáveis para quente e frio. O lavatório não deve ser incluso no móvel para permitir o acesso a residentes em cadeira de rodas. Todos os produtos de higiene devem estar colocados em prateleiras abertas de forma, a que sejam facilmente visíveis e acessíveis, no entanto deve haver um armário fechado para manuseamento exclusivo de pessoal técnico e auxiliar.

Todo o piso deve ser antiderrapante, de cor suave, não muito contraste e deve respeitar a transição de um espaço para o outro (Virtual Home Care INC,2016) & (Alzheimer's Association, 2016).

### Hall de Entrada

A luz proveniente do teto e das paredes distribuída ao longo de todo o corredor deverá ser uniforme quer quanto à intensidade de luz que reflete (150 volts num ambiente diurno e não excedendo os 50 volts num ambiente noturno), quer quanto ao *design* de candeeiro usado, que deverá ser o mais tradicional possível para que o residente mais facilmente se possa identificar com, isto é, dando um aspeto domiciliário e não um aspeto institucional. Se se optasse por um *design* mais moderno e comercial a residência ficaria com um aspeto muito mais institucional.

As imagens das molduras devem ser adequadas à idade e potenciar/estimular memórias e a conversação. As molduras devem ser de acrílico e não refletoras. Devem estar colocadas a cerca de 1,20metro do chão. No entanto, deverá existir uma parede para a colocação de fotos dos residentes, para fomentar o sentido de familiaridade e pertença por parte dos residentes.

Junto à porta deverá estar uma placa de identificação do apartamento em questão e o número de quartos não deve exceder as dez camas individuais combinadas. A porta deverá ter painéis de vidro para permitir a visualização para o exterior e interior, no entanto estes painéis deverão ser obscuros ou sólidos, no caso de a intenção, ser a porta estar bloqueada.

A porta de saída/entrada deverá ser diferente das demais e deverá ter um interior e exterior também ele diferente, isto para imprimir a sensação de ambiente doméstico.

Os corrimãos ao longo do corredor devem estar a uma distância, de pelo menos 60 milímetros da parede e deveram ser contínuos o quanto possível. O material deve ser agradável ao toque e o interior deverá ser da mesma cor da parede, ao passo que o exterior deverá ser de uma cor diferenciada.

As portas de acesso interdito aos residentes/portas de serviço deverão ser da mesma cor da parede. O corrimão poderá atravessá-las e este pode funcionar como pega ou fechadura, tornando-as assim o mais impercetível possível.

Deverá existir no *hall* de entrada das residências um sofá ou poltrona confortável que poderá ser usado como zona de descanso e de apoio.

Todas as superfícies, portas, tecidos, corrimãos, deverão ser contrastantes com o demais, no entanto deverão evitar-se padrões ostensivos e ofensivos.

Adjacente à entrada, deverá haver um local de estacionamento embutido de cadeiras de rodas, mas que não interfira no uso expresso dos corredores e áreas comuns (Virtual Home Care INC,2016) & (Alzheimer's Association, 2016).

### Cozinha

O aspeto desta divisão no que diz respeito ao mobiliário deverá ser o mais doméstico possível. Quanto à iluminação os candeeiros de teto, devem ser de estilo tradicional, fazendo uso de múltiplos focos de luz, oferecendo o nível de intensidade uniforme, no máximo de 600 vols. Deverá existir luz direta para o lava-loiça, a luz deve estar oposta à janela. Deverão existir tubos de luz fluorescente embutidos nos armários para iluminar as respetivas prateleiras e balcão de uso.

O frigorífico deve ter uma porta de vidro que permita aos residentes ver o seu conteúdo. Tudo o que concerne o armazenamento de alimentos, estes devem estar dispostos em prateleiras com portas de vidro/acrílico de material não refletor e devidamente etiquetadas, quer as prateleiras quer os alimentos. Os utensílios culinários devem estar guardados em prateleiras abertas e de fácil acesso. Todas as portas e gavetas devem ter pegas de fácil manuseamento e que ofereçam um contraste com a própria superfície.

O fogão e o forno deverão ser simples, de pequenas dimensões para em tudo se assemelharem ao uso doméstico. É óbvio que o fogão deverá ter uma tampa que cubra os bicos de gás, após utilização, também poderá existir um micro-ondas (caso se adeque).

O pavimento deve ser antiderrapante, agradável ao tato e à vista, a transição de um espaço para o outro não deverá ser abrupta para não criar confusão. O estilo de mobiliário, a escolha de utensílios, de azulejos, iluminação, cores, deverá preservar o ambiente familiar, acolhedor e acessível. A área de preparação das refeições deverá ser aberta à sala de jantar e/ou ao salão de atividades, isto para permitir uma fácil e rápida acessibilidade do residente (Virtual Home Care INC,2016) & (Alzheimer's Association, 2016).

### Sala de estar/ Salão de convívio

Este espaço deverá ter o aspeto o mais doméstico possível. O ambiente deve ser acolhedor de cores suaves e bastante iluminado, a escolha de mobiliário deverá ser consentânea ao espaço e à função.

Quanto à iluminação, os candeeiros de teto devem ser de estilo tradicional, fazendo uso de múltiplos focos de luz, oferecendo um nível de intensidade uniforme, no máximo de 600 volts, quando estão direcionados para a mesa. A iluminação colocada perto das janelas deverá ser munida de sensores diurnos para que seja desligada quando desnecessária. As luzes de parede deverão estar dispersas pela divisão e refletidas para o teto, ajudando à tão necessária uniformização da luz.

Quanto aos cortinados, mais uma vez, devem ser evitados padrões e cores ostensivas e estes devem ser posicionados para que quando abertos deixem passar o máximo de luz direta possível. Todos os tecidos usados devem ser antifogo. O uso de precianas deve ser também promovido para regular a intensidade de luz diurna quando não é necessária.

As janelas devem ser amplas com caixilharia o menos espessa possível para maximizar a luz direta e minimizar a luz artificial. A caixilharia referente às portas deverá ser de cor diferente para permitir uma mais fácil localização por parte dos residentes. Os puxadores das portas exteriores devem estar posicionados a cerca de 1 metro de altura e de fácil acesso.

Quadros e molduras devem estar posicionados ao nível do olhar das pessoas (cerca de 1,20 metro do chão) para fornecer um ambiente familiar e estimular a memória. Todas as molduras devem ser fixas e de difícil remoção. Não é aconselhável ter molduras pousadas e devem ser de material não refletor, acrílico e de fácil higienização.

Todas as superfícies devem constituir um bom contraste entre si, mas evitar padrões ostensivos. No que diz respeito ao chão, este deve ser confortável, com piso aquecido, mas sobretudo não deve constituir uma superfície de atrito para a mobilidade dos residentes, refere-se por isto às cadeiras de rodas, bengalas, andarilhos e deslizamento de cadeiras. Facilmente laváveis e com aspeto doméstico. Aquando a

transição de espaços contíguos a cor do chão deve ser mantida e sem qualquer nível de desnivelamento, isto é, a transição entre a sala de jantar e a varanda e/ou pátio.

O espaço deve estar munido de uma gama diferente de cadeiras no que diz respeito à altura e à profundidade e de sofás, isto para melhor acomodar as necessidades específicas de cada residente. Tendo em conta que todas as cadeiras e sofás deverão ter apoio de braços e em número abrangente. Deverá existir uma lareira ou sistema de aquecimento adequado e funcional que tenha a função de foco tradicional do espaço. É bastante profícua a existência de uma televisão e também de um aquário, visto que ambos podem funcionar como elementos de distração ou desencadeadores de conversas informais entre os residentes. No entanto, o acesso deverá ser restrito, por também poder ser um foco de distração, confusão ou alienação. Deverão ser também trabalhadas atividades de entretenimento alternativas, como rádio, leitura, jogos de tabuleiro, cartas, puzzle e respetivo mobiliário de apoio.

Se possível deverá existir uma sala em tudo idêntica a esta, mas com um ambiente mais reservado e restrito para possibilitar a interação com as visitas em ambiente mais privado (Virtual Home Care INC,2016) & (Alzheimer's Association, 2016).

## **2.9. As Equipas Multidisciplinares**

Atualmente encontram-se diferentes técnicos nas Instituições com respostas sociais para Pessoas Idosas, tais como: Gerontólogos, Assistentes Sociais, Psicólogos, Educadores Sociais, Animadores Culturais, Nutricionistas, Enfermeiros, Médicos e Terapeutas Ocupacionais. Alguns destes trabalham em equipa para proporcionar todos os cuidados necessários aos diferentes clientes das instituições, respeitando as especificidades de cada um.

Inicialmente definem-se estas profissões segundo o Contrato Coletivo de Trabalho entre a CNIS – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e a FNE – Federação Nacional dos Sindicatos da Educação e outros.

Este afirma que o Gerontólogo conhece os processos biológicos do envelhecimento, detetando atempadamente desvios de carácter patológico, gere, administra e organiza serviços de prestação do bem-estar das pessoas da comunidade em

envelhecimento, implementa programas de prevenção e promoção dos processos de desenvolvimento na pessoa idosa, avalia problemas de envelhecimento, qualidade de vida e bem-estar na população idosa, participa de um modo ativo na avaliação multidimensional da pessoa idosa, supervisionando o cumprimento e a vigilância das prescrições clínicas e/ou terapêuticas com o intuito de promover o suporte e a segurança para o bem-estar dos indivíduos, intervém na comunidade, junto das Pessoas Idosas e prestadores de cuidados (formais e informais), acompanha e/ou encaminha as Pessoas Idosas em situações agudas e de reabilitação, participa em trabalhos de investigação clínica e de saúde pública com vista ao estabelecimento de padrões de qualidade de vida das populações em envelhecimento, intervém ao nível da prevenção e promoção da saúde, intervém nas áreas da investigação científica, de gestão e de ensino, seja em instituições, seja em projetos interinstitucionais, procura explicar o modo como com o aumento da idade, as diferenças interindividuais de base também aumentam, analisando os percursos diferenciados e os mecanismos adaptativos que conduzem a tal heterogeneidade, procura identificar processos universais associados à senescência e às suas consequências e providencia o melhoramento das condições de vida das pessoas em contextos institucionais e comunitários, contribuindo de modo direto e indireto, para o desenho e planificação de políticas e serviços adaptados às circunstâncias individuais e geracionais das pessoas que envelhecem.

Assistente Social –“Estuda e define normas gerais, esquemas e regras de atuação do serviço social das instituições, procede à análise de problemas de serviço social diretamente relacionados com os serviços das instituições, assegura e promove a colaboração com os serviços sociais de outras instituições ou entidades, estuda com os indivíduos as soluções possíveis dos seus problemas (descoberta do equipamento social de que podem dispor), ajuda os clientes a resolver adequadamente os seus problemas de adaptação e readaptação social, fomentando uma decisão responsável”.

Afirma que o Nutricionista /Dietista – “Elabora regimes alimentares para indivíduos sãos e doentes, recolhe elementos (condições físicas, tipo de trabalho, idade) respeitantes ao indivíduo a quem as dietas se destinam, calcula as percentagens de proteínas, hidratos de carbono e gorduras necessárias ao indivíduo, consulta tabelas



sobre valor calórico dos alimentos, procede a inquéritos alimentares, à inspeção de alimentos e verifica as suas características organolépticas. Por vezes, fornece indicações quanto à conservação e confeção de alimentos.”

O Educador Social –“Presta ajuda técnica com carácter educativo e social a níveis, em ordem ao aperfeiçoamento das suas condições de vida, realiza e apoia atividades de nível, de carácter recreativo, para crianças, adolescentes, jovens e idosos.”

Relativamente ao Animador Cultural afirma que este –“Organiza, coordena e ou desenvolve atividades de animação e desenvolvimento sociocultural junto dos clientes, no âmbito dos objetivos da instituição, acompanha e procura desenvolver o espírito de pertença, cooperação e solidariedade das pessoas, bem como proporciona o desenvolvimento das suas capacidades de expressão e realização, utilizando para tal métodos pedagógicos e de animação.”

Já o Psicólogo –“Estuda o comportamento e os mecanismos mentais do homem e procede à investigações sobre problemas psicológicos em domínios tais como o fisiológico, o social, o pedagógico e o patológico, utilizando técnicas específicas”

Enquanto o Enfermeiro –“Presta cuidados de enfermagem aos doentes, em várias circunstâncias, administra os medicamentos prescritos pelo médico, de acordo com normas de serviço e técnicas reconhecidas na profissão, colabora com os médicos e outros técnicos de saúde no exercício da sua profissão.

O Terapeuta Ocupacional é o trabalhador que participa na avaliação, tratamento e habilitação de indivíduos com disfunção física, mental, de desenvolvimento, social ou outras, utilizando técnicas terapêuticas integradas em atividades selecionadas, consoante o objetivo pretendido e enquadradas na relação terapêutica/cliente, procede à prevenção da incapacidade, através de estratégias adequadas com vista a proporcionar ao indivíduo o máximo de desempenho e autonomia nas suas funções pessoais, sociais e profissionais, e, se necessário, elabora o estudo e desenvolvimento das respetivas ajudas técnicas, de forma a contribuir para uma melhoria da qualidade de vida.

E para terminar, o Médico –“Efetua exames médicos, requisita exames auxiliares de diagnóstico e faz diagnósticos, envia criteriosamente o doente para médicos especialistas, se necessário, para exames ou tratamentos específicos, institui terapêutica

medicamentosa e outras adequações às diferentes doenças, afeções e lesões do organismo.”

A importância das equipas multidisciplinares é o trabalho em cooperação. São estes técnicos e muitos outros que reúnem os seus saberes em prol da população com quem trabalham, neste caso, o que pode ser feito para melhorar significativamente a qualidade de vida dos doentes com Demência.

#### **2.10. Estimativas da prevalência e dos encargos financeiros com a institucionalização especializada**

Tendo em conta um estudo realizado pela Universidade de Nova Iorque entre 2010 e 2015, o Modelo de Poupança revela que ainda não existem terapias conhecidas que substancialmente poderão alterar o curso da evolução da Demência e conseqüentemente os custos desse tratamento. No entanto, é facilmente verificável que se aos cuidadores fôr dado maior apoio, mais conhecimento a nível técnico e funcional, a institucionalização e a conseqüente mortalidade do cliente com Demência será bastante retardada. Isto é, se ao cuidador fôr dada formação específica no sentido de estimular o doente com Demência, menos clientes terão necessidade de ser institucionalizados e por si só os custos associados a essa institucionalização serão inevitavelmente menores. Salvo as devidas disparidades económicas e com base numa projeção financeira, as poupanças associadas a este estímulo, nos programas domiciliários, serão na ordem de 1.24 biliões de dólares, com impacto direto no sistema nacional de saúde (Foldes & Long, 2014).

O custo direto com a Demência é semelhante aos custos relacionados com as doenças coronárias, mas substancialmente superiores aos custos despendidos pelo Estado Norte-Americano para o cuidado oncológico, sendo que uma fatia extremamente importante destes custos está relacionada com a institucionalização e os corelacionados técnicos e terapeutas.

Em 2011 foi aprovado pelo Congresso Federal Norte Americano a Lei Nacional do Alzheimer, que previa a criação de um plano nacional estratégico, através do qual o orçamento destinado ao estudo, educação, acesso e apoio aos cuidadores fosse na ordem dos 122 milhões de dólares. O objetivo desta lei era desenvolver uma modelo útil que

permitisse aos vários estados uma intervenção significativa junto da realidade da Demência e com custos cada vez menores.

Livrando assim o Estado do imenso peso da Demência, ou seja, se essa fatia financeira fosse empregue em cuidados preventivos, no que concerne a doença, os gastos com os cuidados continuados e paliativos seriam indubitavelmente muito menores. Já que a cura é uma questão quase utópica, os cuidados preventivos passariam por apoio e suporte aos cuidadores que muitas vezes são renegados no seu papel fundamental para o tratamento, bem-estar e qualidade de vida dos doentes que sofrem de Demência (Foldes & Long, 2014).

O objetivo primordial para além do financeiro é certificar-se que as pessoas que sofrem de Demência e os seus cuidadores usufruam de um máximo de cuidado e apoio no sentido de melhoramento da qualidade de vida de ambas as partes e conseqüentemente, reduzindo o papel do estado e a sua disponibilidade financeira.

Vários tipos de intervenções podem ser agrupados sob o conceito de cuidados continuados. Estes definem-se por cuidados centrados no cliente, baseados numa avaliação interdisciplinar que vá ao encontro das preferências e necessidades individuais do cliente e por isso especificamente centradas. A pesquisa nesse sentido tem demonstrado que essas práticas amenizam os sintomas psicológicos e comportamentais nas pessoas com doença e como tal reduzem drasticamente o stresse no cuidador. Os resultados observados em comunidades que fazem uso deste tipo de modelo, sugerem substanciais benefícios para ambas as partes, incluindo uma melhor qualidade de vida, sintomas psicológicos e comportamentais e acima de tudo sem aumento significativo de intervenção medicamentosa. Este cenário revela poupanças financeiras quer para o Estado, mas principalmente para o cliente, cujas famílias muitas vezes não têm encaixe financeiro para o suportar. Embora consciente que esta realidade é irreal, ela pode representar uma enorme e fortíssima probabilidade de poupança aos cofres do Estado e aos próprios cidadãos se este acompanhamento, apoio e educação fôr o mais atempadamente possível, retardando assim a progressão e conseqüente agravamento da Demência para estádios superiores e mais impeditivos da qualidade de vida. O custo

associado a esse cuidado familiar que não é contabilizado, e se assim o fosse, traduzir-se-ia em milhões de euros não despendidos pelo erário público (Foldes & Long, 2014).

### **3. Intervenção nas Demências**

O tratamento das Demências deve ser personalizado e adaptado a cada situação, no qual se incluem estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Devendo ser elaborado um plano específico para cada pessoa/família.

Para cada pessoa com Demência deve ser elaborado um plano de cuidados, específico, reformulado regularmente, de acordo com a evolução da situação. Nesta abordagem, deve ser incluído o familiar/prestador de cuidados informais, uma vez que, na maioria das situações, o prestador de cuidados vai tendo necessidade de auxiliar o doente a ultrapassar as dificuldades. Neste sentido o prestador de cuidados deve ser alvo de cuidados, uma vez que pode necessitar de apoio social, financeiro, psicológico, emocional, informativo e formativo. Deste modo, as ações dirigidas ao prestador de cuidados informais visam a preservação da sua saúde e bem-estar, contribuindo para evitar a degradação da sua qualidade de vida e melhorar as capacidades ao nível do papel do prestador de cuidados. Em cada caso, deve ter-se em consideração o tratamento das perturbações associadas, tais como a ansiedade, a agitação, a depressão, as perturbações do sono, entre outras, uma vez que se constituem como as principais causas de internamento e provocam um elevado desgaste no prestador de cuidados (Sequeira, 2010).

Independentemente das técnicas utilizadas, as intervenções não farmacológicas assentam, em grande parte, na reabilitação, entendendo esta como a participação ativa da pessoa com incapacidade e de outros, no sentido de reduzir o impacto da patologia e as dificuldades no quotidiano. Deste modo, o principal objetivo das técnicas de reabilitação ou de estimulação passam por auxiliar alguém no seu desempenho, de modo a minimizar as necessidades de outrem (Sequeira, 2010).

#### **3.1. Avaliação Neuropsicológica**

A neuropsicologia é uma área de interface entre a psicologia e a neurologia. Atua no diagnóstico, acompanhamento, tratamento e pesquisa da cognição, das emoções, da personalidade e do comportamento, reforçando a relação entre aspetos e o funcionamento cerebral (Reis-Yamauti, Neme, Lima, & Belancieri, 2014).

A neuropsicologia é uma área relativamente recente, os avanços na área de reabilitação neuropsicológica começaram a ocorrer após a Primeira e a Segunda Guerras Mundiais, período no qual os cientistas iniciaram a aplicação de esforços para compreender como os diferentes tipos de lesões influenciavam o comportamento humano e como se poderia remediá-los (Pontes & Hübner, 2008).

A avaliação neuropsicológica insere-se no contexto dos exames complementares de diagnóstico, fornecendo informação adicional para o diagnóstico de Demência e do tipo de Demência (Guerreiro, 2005). É importante salientar a necessidade de uma avaliação multidisciplinar, que inclua as dimensões psicológicas, físicas, funcionais e sócio familiares do cliente. Desta forma, a avaliação neuropsicológica, não se limita apenas à aplicação de testes e de escalas, mas assume um caráter neuro-psicossocial, onde se inclui a análise de dados recolhidos na história clínica detalhada (anamnese, início e evolução da doença, tipo de défices cognitivos, alterações do comportamento, história médica, medicação atual, história familiar, contexto social, funcional e sociofamiliar, exame do estado mental e exame físico)(Borges, Trentini, Bandeira, & Dell'Aglio, 2008).

Petersen (2004), evidência a importância da anamnese na avaliação psicogeriatrica, tendo em conta que a história recolhida junto do doente ou da terceira pessoa deve centrar-se na recordação de acontecimentos recentes, permitindo avaliar a natureza do problema, uma vez que as recordações remotas estão relativamente preservadas, a anamnese deve dar ênfase à recordação de eventos atuais ou notícias significativas recentes. É de extrema importância ter em consideração o contexto do doente, colocando questões de acordo com a sua acessibilidade e interesses, não inviabilizando a informação relevante para a avaliação do quadro clínico (Petersen, 2004).

A dificuldade de memória do doente pode colocar os familiares e amigos pouco à vontade, sendo que é indispensável entrevistar a pessoa que acompanha o doente à consulta de um modo isolado (Petersen, 2004). Estes podem informar com precisão sobre os primeiros sintomas, o modo de instalação e as características da evolução do doente (Guerreiro, 2005).

O exame neuropsicológico é efetuado assim que a anamnese do doente e da pessoa que o acompanha esteja concluída. Este exame dirigido apenas ao doente deve incluir a avaliação do estado mental, através da aplicação de testes de *screening* ou despistagem, tais como o *Mini-Mental State Examination* (Folstein et al., 1975) e o *Clock Drawing Test* (teste do desenho do relógio) (Shulman, 1996). Estes são imprescindíveis instrumentos para uma avaliação rápida do desempenho cognitivo global e despiste do DCL e das fases iniciais da Demência (Marques-Teixeira, 2011). É de referir que o *Mini-Mental State Examination* (Folstein et al., 1975), é o teste mais comumente empregue como meio de diagnóstico, uma vez que está adaptado para a população portuguesa. Finalizada a aplicação dos testes de despistagem e confirmado um possível défice cognitivo, é necessária uma avaliação mais detalhada.

A avaliação cognitiva formal e extensa permite uma melhor e mais aprofundada avaliação das perdas cognitivas, o que se revela com extrema importância no diagnóstico diferencial das principais formas de Demência e proporciona uma melhor orientação do doente de acordo com as suas potencialidades e dificuldades (Marques-Teixeira, 2011).

Os vários instrumentos de diagnóstico estão traduzidos e adaptados ao contexto avaliativo das alterações psicológicas e comportamentais da Demência, adequadas à nossa realidade cultural.

No estudo neuropsicológico da Demência são utilizadas escalas de sintomas psicológicos, como o Inventário Neuropsiquiátrico (NPI) (Cummings et al., 2001), sendo a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (Yesavage et al., 1983) uma escala bastante utilizada, uma vez que a depressão é frequente em quadros demenciais e podem ser tratados. Além de que, é importante para o próprio diagnóstico diferencial do declínio cognitivo. No entanto, é a partir da imposição das escalas de seriação, como a Escala de Deterioração Global (GDS) (Reisberg, Ferris, Leon, & Crook, 1982), que se irá delinear um protocolo de intervenção, atendendo às necessidades de um determinado perfil clínico, uma vez que estas possibilitam avaliar os diferentes níveis de severidade da doença, nomeadamente a progressão da Demência nos diferentes estádios previsíveis da patologia, auxiliando o técnico a identificar o padrão de um doente típico com Demência (Marques-Teixeira, 2011). A avaliação das funções cognitivas é crucial para determinar a presença de défices

cognitivos ligeiros e a sua posterior evolução para estados de Demência (Subirana e colaboradores (2009). A avaliação das funções executivas e do seu tempo de processamento são bastantes úteis na discriminação de estados iniciais de declínio, enquanto que a apreciação do funcionamento da linguagem permite a diferenciação entre a imposição de défices cognitivos ligeiros e a Demência.

Segundo Gracey & Morris (2007) a avaliação neuropsicológica da Demência degenerativa rodeia-se de cuidados específicos, uma vez que o público em avaliação corresponde a uma população idosa e o objeto de estudo é uma perturbação de instalação insidiosa e de evolução progressiva, com evoluções e ritmos de declínio profundamente variáveis.

Em suma, os resultados da avaliação neuropsicológica representam um ponto de partida para o tratamento e reabilitação neuropsicológica. Face à avaliação limita-se o perfil das capacidades preservadas, bem como os défices em todos os seus âmbitos (Cela & Herreras, 2005). Com a avaliação em término sugere-se uma abordagem prática às pessoas com Demência.

### **3.1.1. Reabilitação Neuropsicológica**

A reabilitação neuropsicológica nas doenças degenerativas é uma área influente que tem vindo a merecer atenção desde a década de 60 e cujos primeiros trabalhos se basearam no contexto dos danos cerebrais (Moniz-Cook, 2006). A reabilitação teve um início provável na Alemanha, durante a Primeira Guerra Mundial, tendo surgido com o objetivo de auxiliar a recuperação de soldados sobreviventes de lesões cerebrais. Durante a Segunda Guerra Mundial, na União Soviética, Luria teve papel importante na reabilitação neuropsicológica, pois foi o responsável pela organização de um hospital para soldados com lesões cerebrais (Pontes & Hübner, 2008).

Este tipo de reabilitação é utilizado em diferentes patologias. Ao referenciar a reabilitação neuropsicológica, faz-se referência ao processo pelo qual as pessoas que sofreram danos cerebrais conseguem readquirir as suas competências, e no caso de não ser possível, conseguem, pelo menos, uma otimização da capacidade física, mental,



social e vocacional funcional. Este cenário pode ser alterado, através de mecanismos de compensação ou substituição (Krabbendam & Aleman, 2003).

A reabilitação objetiva melhora a qualidade de vida dos doentes e familiares, otimizando o aproveitamento das funções total ou parcialmente preservadas por meio do ensino de "estratégias compensatórias, aquisição de novas habilidades e a adaptação às perdas permanentes". O processo de reabilitação proporciona uma conscientização do doente a respeito de suas capacidades remanescentes, o que leva a uma mudança na auto-observação e, possivelmente, uma aceitação de sua nova realidade (Pontes & Hübner, 2008).

Por sua vez, a substituição, parte do princípio que, após intervenção, existe substituição das competências que haviam sido afetadas, pelo que o domínio cognitivo afetado era alvo de intervenção. Ou seja, depende da elaboração de um método que ao produzir respostas novas, substitui o déficit produzido pela lesão cerebral.

Deste modo, intervenção clínica na Demência é conceptualmente diferente da reabilitação neuropsicológica no que concernem as funções cognitivas alteradas por lesão cerebral de outra etiologia. No caso da intervenção nas funções cognitivas alteradas por lesão cerebral de outra etiologia procura-se essencialmente a recuperação das funções lesionadas, o que não é o caso, nas Demências que são na maioria irreversíveis (Pulido, 2006).

Podemos afirmar que na Demência estão implícitos processos de compensação e substituição.

Entre os objetivos básicos de um programa de reabilitação neuropsicológica, destaca-se um modelo que auxilie o doente e a sua família a reagir face à doença, proporcionando estratégias de treino para recuperar e compensar os défices cognitivos, melhorando a atividade do doente em situações sociais (Cela & Herreras, 2005).

De um modo geral, o principal objetivo da reabilitação é a otimização do funcionamento físico, motivacional e social depois da doença neurodegenerativa (Cela & Herreras, 2005).

É importante referir que a literatura evidencia que na terceira idade persiste um nível de plasticidade neural. E por esta, entende-se a capacidade que o cérebro tem de

reorganizar os seus circuitos neurais após uma lesão, de forma a experimentar diferentes formas de executar uma atividade (Cela & Herrera, 2005). Logo, prevê-se que exista uma reserva cognitiva, quadro semelhante em estados demenciais, onde o treino e a estimulação das competências preservadas instigam à plasticidade do sistema nervoso (Lima, 2006).

Partindo destas abordagens, as primeiras tentativas de reabilitação neuropsicológica resultaram em efeitos positivos no campo dos danos cerebrais. No entanto, as sequelas de um dano cerebral não permanecem sem alterações. As técnicas de compensação de funções, as terapias ou estratégias de adaptação devem ser alteradas e ajustadas, na mesma medida ao longo do tempo também para os doentes de Demência.

Um dos métodos mais frequentemente utilizados são a estimulação das modalidades específicas da memória que se encontram preservadas com o intuito de compensar as modalidades com défice, isto é, há um reforço das modalidades que não sofreram alterações em prol das modalidades afetadas.

Na literatura salientam-se alguns défices cognitivos que beneficiam mais deste tipo de intervenção, assim, as áreas cognitivas mais favorecidas são a atenção, a memória e o funcionamento executivo (Cela & Herreras, 2005).

A eficácia da reabilitação neuropsicológica tem apresentado dados atuais e promissores.

A fim de catalogar a amplitude conceptual, as diferentes técnicas serão subdivididas em três grupos.

### **3.2. Reabilitação, Estimulação e Treino Cognitivo: Semelhanças e Diferenças**

A reabilitação neuropsicológica, a estimulação e o treino cognitivo surgem enquanto práticas terapêuticas inerentes à intervenção dirigida aos défices no funcionamento cognitivo na Demência.

Segundo a meta-análise realizada por Clare & Woods (2004), a literatura ainda é imprecisa quanto aos termos reabilitação, treino e estimulação. Estes autores referem a necessidade de definir e descrever estas três diferentes abordagens de forma a esclarecer

os conceitos e pressupostos subjacentes. Neste sentido, as diferentes técnicas utilizadas serão tipificadas em três grupos: a reabilitação neuropsicológica, a estimulação cognitiva e o treino cognitivo (Lima, 2006). Em termos globais, todas estas abordagens podem assumir uma abordagem individual ou agrupadas, quer na modalidade “papel e lápis” quer em formato informático. No entanto, o treino e a reabilitação cognitiva diferem no foco de intervenção. Ou seja, estas são as principais abordagens em pessoas com Demência, num estado inicial. Enquanto a estimulação cognitiva observa a sua abordagem em pessoas com Demência numa fase leve a moderada da doença.

As técnicas de intervenção no campo da Demência devem considerar os aspetos motivacionais, sociais, físicos e psicológicos, dirigidos por uma equipa multidisciplinar (Boccardi & Frisoni (2006).

### **3.2.1. Reabilitação Cognitiva**

Segundo Lima (2006), a reabilitação neuropsicológica parece ser a mais inclusiva, já que abarca nas suas diferentes técnicas, várias componentes: a reabilitação cognitiva, a psicoterapia, e os programas dirigidos à família.

A reabilitação é uma abordagem biopsicossocial, uma vez que reconhece que a Demência envolve mudanças a nível biológico, psicológico e social (Clare & Woods, 2004). Esta pode ser uma abordagem individual, que permite ajudar tanto as pessoas com declínio cognitivo, como os seus familiares, através dos grupos psicoeducativos e de autoajuda. Os défices cognitivos e as respostas emocionais são abordados de um modo integrado e holístico, remetendo para a experiência e contexto social do doente (Lima, 2006).

Nos objetivos inerentes ao processo de reabilitação de pessoas com Demência, reitera-se a manutenção de áreas ainda preservadas (cognitivas ou não cognitivas), com vista a atingir ou a manter um satisfatório nível de funcionamento físico, psicológico e social, facilitando a participação em atividades sociais (Lima, 2006). Segundo Cipriani e colaboradores (2006), esta abordagem é a mais individualizada, possibilitando aos doentes e suas famílias a aceitação e possível redução dos défices cognitivos inerentes à lesão e/ou patologia.

É importante referir que a faixa etária não é determinante para a participação nos programas de reabilitação, embora a seriedade da problemática das Demências constitui um fator a ponderar, face há comum má resposta a um programa de reabilitação (Guerreiro, 2005).

### **3.2.2. Estimulação Cognitiva**

A estimulação cognitiva, à semelhança de outras técnicas de reabilitação neuropsicológica tem como objetivo primordial a melhoria geral do funcionamento cognitivo e social (Clare & Woods, 2004). Neste tipo de reabilitação e em oposição à reabilitação cognitiva e ao treino cognitivo, existe a estimulação em pessoas com Demência, numa fase mais avançada e não apenas numa fase inicial.

A estimulação cognitiva tem evidenciado efeitos positivos, essencialmente em doentes com Demência leve e, em alguns casos, moderada (Sequeira, 2010). Os potenciais benefícios deste tipo de abordagem para pessoas com quadros demenciais têm sido demonstrados através do impacto da estimulação cognitiva geral e de abordagens da orientação da realidade, ou seja, a estimulação focada em domínios específicos (Spector, Davies, Woods & Woods, 2005).

A coerência nas intervenções de estimulação que se impõe a ambos os métodos é distinta. As diferenças subjacentes à prática destes dois métodos resultam do grau de evolução da Demência e com base nestas, difere a escolha da melhor abordagem, que pode ser a estimulação cognitiva global e a estimulação cognitiva específica. Em doentes numa fase inicial, prevalece o argumento de que os maiores benefícios associados à intervenção nesta fase advêm da estimulação das funções cognitivas de uma forma não isolada, requerendo uma integração sofisticada com outras funções como a atenção, a linguagem e as funções executivas. Por outro lado, a estimulação focada em áreas cognitivas específicas dirige-se a sujeitos em fases de deterioração cognitiva mais avançadas, com a intenção de elevar a função ao seu potencial, maximizando os benefícios (Clare & Woods, 2004).

A estimulação cognitiva global implica a estimulação geral de uma variada amplitude de domínios cognitivos, e a estimulação de domínios específicos pressupõem a

estimulação apenas de um domínio, como por exemplo a memória (Clare & Woods, 2004).

Este tipo de abordagem pode assumir dois formatos distintos (individual ou em grupo) e ser aplicada em diferentes contextos (institucional, comunidade, entre outros) (Niu et al., 2010).

No que concerne à eficácia de programas com esta metodologia, dúvidas ainda persistem, no entanto através do estudo realizado por Niu e colaboradores (2010), em que se avaliou a eficácia de um programa de estimulação cognitiva numa amostra de 32 doentes (grupo de controlo (n= 16)) com DA (Demência de Alzheimer) numa fase leve a moderada da doença. Após dez semanas de intervenção, o programa demonstrou ter impacto positivo na cognição, no comportamento, nos sintomas neuropsiquiátricos e na qualidade de vida. Segundo McCabe (2008) a estimulação cognitiva em conjunto com tratamentos farmacológicos pode melhorar a função cognitiva em estados precoces a moderados da doença e ainda reforça a preservação das capacidades que não estão alteradas, influenciando de um modo bastante positivo a qualidade de vida.

### **3.2.3. Treino Cognitivo**

O treino cognitivo implica a prática repetida de exercícios cognitivos específicos, de competências básicas (por exemplo a atenção) que são essenciais para o bom desempenho de funções cognitivas mais complexas (Gonzaga & Nunes, 2008). Este treino incide em funções cognitivas particulares, tais como a memória, a atenção, a linguagem, e as funções executivas (Lima, 2006). O treino cognitivo diverge da estimulação também pela formalidade imposta à prática de uma função específica (como por exemplo, o controlo do ambiente na redução dos estímulos externos), podendo assumir as designações de treino de memória, treino da atenção. Neste sentido, o objetivo é fortalecer e automatizar essas competências alvo.

Esta prática conduzida por um conjunto de tarefas e a sua realização, segue uma classificação de dificuldade crescente e, em cada nível de treino, as competências têm de ser repetidamente executadas (Clare & Woods, 2004) ou seja, no processo de aprendizagem, inicialmente devem começar por tarefas mais simples e após serem

eficazmente executadas, ultrapassar para tarefas de dificuldade superior (Gonzaga & Nunes, 2008).

A estimulação cognitiva pode ser apresentada em diferentes formatos. Pode ser individualizada ou em grupo, podendo mesmo ser extensiva à família com o apoio de um terapeuta. Estas tarefas podem ser operacionalizadas em “papel e lápis”, informaticamente ou então através de assemelhações com as AVD’s defendendo que deve existir uma preocupação para que o treino se realize em ambientes simultaneamente estruturados e controlados, mas que é fulcral estar impregnado de elementos relacionados com o contexto real e quotidiano do individuo (Gonzaga & Nunes, 2008).

A prática regular de tarefas envolvidas no treino cognitivo têm demonstrado eficácia em alguns estudos, verificando-se uma melhoria ou pelo menos a manutenção do funcionamento de um domínio específico, e que os efeitos desta prática podem ser generalizados a outros contextos que não o alvo de treino (Lima, 2006). Por outro lado, alguns estudos revelaram que as intervenções baseadas neste método, não só necessitam de resultados que comprovem a sua eficiência, como podem originar sentimentos de frustração ou depressão para os cuidadores e para as pessoas com Demência (Zarit, Zarit & Reeve, 1982 cit in Clare & Woods, 2004). Este fator é esclarecido pelas metas desafiadoras impostas a este tipo de prática, nomeadamente a diminuição da disfunção subjacente à doença e à sua progressão.

Contudo, compreende-se que nos diferentes tipos de reabilitação neuropsicológica existe em geral uma falta de conexão entre as funções treinadas e as funções avaliadas pelos instrumentos após intervenção, diferenças na duração e no procedimento dos tratamentos e ainda na diversidade dos grupos estudados (Clare & Woods, 2004).

Já foram referidas diferentes modalidades que os diferentes tipos de reabilitação neuropsicológica podem assumir. Seguidamente enfatiza-se o uso de intervenções em suporte informático, enaltecendo as suas especificidades, assim como a sua eficácia nos diferentes estudos realizados.

#### **3.2.4. Treino Cognitivo Computorizado**

O desenvolvimento da tecnologia tem facilitando a adoção de medidas rápidas e eficientes, não apenas de diagnósticos, mas de tratamento. A utilização da informática facilita a utilização dessa tecnologia na aplicação de testes cognitivos.

Na década de 1970 iniciaram os testes cognitivos computadorizados e adquiriram popularidade à medida que o uso de computadores cresceu. Na década de 1980, tiveram início diversos estudos sobre as vantagens e as desvantagens de se avaliar a cognição por meio desses testes. Atualmente, os estudos visam ao desenvolvimento de baterias cognitivas eficientes para avaliar as funções cognitivas e comprovar a eficácia dos testes existentes.

De modo a ser utilizado na prática clínica ou em estudos, um instrumento de avaliação cognitiva deve ser capaz de avaliar as qualidades desejadas, ou seja, ser a sua eficácia deve estar validada. Existem várias vantagens na utilização de testes computadorizados, entre eles: a capacidade de se avaliarem múltiplas funções cognitivas, a consistência e a sensibilidade global, a padronização das avaliações, a gravação com precisão da velocidade da resposta, o custo mais acessível, a possibilidade de emissão de relatórios automáticos e a menor necessidade de treino profissional para aplicação dos testes, sendo, inclusivamente, algumas alguns testes autoaplicáveis. Embora, na aplicação dessa forma de avaliação, não seja possível analisar o comportamento do avaliado, assim como as suas reações e as verbalizações, o que difere da avaliação neuropsicológica utilizada tradicionalmente. Existem, do mesmo modo, limitações inerentes aos testes cognitivos computadorizados, principalmente quando estes são utilizados na população idosa, e aquando inexistência de dados psicométricos, como confiabilidade e validade dos dados, em comparação com as medidas tradicionais, “papel e lápis”.

Em meta-análise sobre os efeitos do paciente em testes neuro-psicológicos, existem poucos estudos na literatura que comparam o desempenho de indivíduos idosos. A quase totalidade dos estudos usam como instrumento os testes tradicionais, trazendo pouca informação sobre o uso de testes computadorizados (Oliveira, Trezza, Busse, & Jacob Filho, 2014).

### **3.3. Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação**

O tratamento farmacológico baseia-se na etiologia da Demência e o conjunto de perturbações associadas. Ainda não existe um tratamento farmacológico que possibilite a remissão da Demência, pelo que apenas permite diminuir a velocidade de progressão e a estabilização das perturbações cognitivas e psicocomportamentais. O tratamento farmacológico deve ter como critérios o estado de saúde do doente, os aspetos farmacodinâmicos e farmacocinéticos, a polimedicação, os efeitos secundários e os ganhos/prejuízos para o doente/família.

Nas situações reversíveis, o tratamento específico deve corrigir a causa da Demência (carências vitamínicas, hipertensão, tóxicos, entre outros).

O tratamento farmacológico incide, essencialmente, ao nível da terapêutica colinérgica e ao nível dos antagonistas dos recetores do glutamato de subtipo N-metil-D-aspartato. Existem no mercado seis medicamentos com diferentes princípios ativos dirigidos a esta problemática, prescritos, de acordo com a fase/estádio em que a pessoa se encontra. As pessoas respondem à medicação um modo diferenciado: em alguns casos não se observa qualquer efeito, noutras os sintomas progridem mais lentamente e ainda em algumas situações observa-se uma melhoria parcial e relativamente duradoura (Sequeira, 2010).

Dados mais recentes do IMSH (2013) revelam que em Portugal, seriam tratadas com fármacos especificamente dirigidos para a vertente cognitiva da Demência 76 250 pessoas. A extrapolação destes números para os diagnósticos de Demência é aceitável por várias razões. De acordo com a literatura, esta é uma metodologia aplicável a doenças neurodegenerativas, embora o estudo sugira uma tendência para uma subestimação do número de diagnósticos.

Esta é uma conclusão bastante relevante na avaliação da qualidade da assistência prestada no nosso país às pessoas com Demência, uma vez que a eficácia destas terapêuticas, no controlo dos sintomas e na melhoria da qualidade de vida dos doentes e dos seus prestadores de cuidados foi repetidamente comprovada em ensaios clínicos robustos, aleatorizados e em dupla ocultação.



Acresce que organismos idóneos, como a Academia Americana de Neurologia e a Federação Europeia das Sociedades de Neurologia são claras na indicação da utilização destes fármacos pelos benefícios comprovados nas várias vertentes sintomáticas da patologia. Ainda assim e de acordo com as estimativas apresentadas, a evolução é positiva, uma vez que o número de pacientes que recebe tratamento farmacológico para a Demência quase duplicou em 5 anos. Paralelamente verificou-se um decréscimo do custo total associado ao consumo de fármacos específicos para a Demência, dos cerca de 60 milhões registados em 2010 para cerca de 37 milhões contabilizados em 2013. Esta redução de custos prende-se provavelmente com a introdução progressiva de genéricos na prescrição nacional.

Tendo em conta, informações do INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED) verifica-se que no ano de 2011, 22.19% dos encargos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) destinaram-se a fármacos dirigidos ao Sistema Nervoso Central e que este, constituiu o segundo grupo fármaco-terapêutico com maiores encargos, só ultrapassado pelos aplicados ao aparelho cardiovascular (29.85% dos encargos). Três dos fármacos usados na terapêutica da Demência (Rivastigmina, Donepezilo e Memantina) estavam entre as 100 substâncias ativas com maiores encargos para o SNS, cada um deles com mais de 100 mil embalagens vendidas em 2011 (Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V. & Carvalho, A. (2015)).



## **CONCLUSÃO**

A realidade para as pessoas com Demência em Portugal é bastante indeterminada, isto é, espera-se que naturalmente um idoso na etapa final de vida reaja ou exiba sintomas naturais de senilidade. Quando estes se tornam mais gravosos e face ao espectro de testes de avaliação de sintomas mentais, a tendência clínica natural está voltada para o Diagnóstico de Demência. A Demência pode ser causada por diferentes patologias que compartilham sintomas, mas são etiologicamente diferentes.

O diagnóstico de Demência realiza-se caso estejam presentes défices de memória e outros défices cognitivos superiores ao que se poderia esperar no processo normal de envelhecimento e se os sintomas causarem deficiências no funcionamento social e/ou ocupacional (DSM-V, 2013).

Nesse sentido, a realidade específica desta patologia terá de ser encarada de forma individualizada, porque cada pessoa apresenta um padrão ou estágio de evolução diferente no diagnóstico de Demência. O tratamento clínico e o acompanhamento multidisciplinar dos vários estádios desta patologia exigem apoios formais e informais diferenciados e por isso, não pode uma pessoa com este diagnóstico estar inserida num contexto de respostas dirigidas a Pessoas Idosas padronizado, ou seja, em Centros de Dia ou Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, que constituem as respostas mais comuns, mais procuradas e oferecidas atualmente, quer do ponto de vista privado ou estatal.

As organizações devem centrar-se numa visão holística em detrimento das necessidades físicas, devendo focar-se nas limitações e necessidades da Pessoa com Demência e compreender de que modo as equipas multidisciplinares podem colmatar essas necessidades (Bohrer, 1981). As necessidades da Pessoa com Demência são um dos fatores mais importantes, tendo em conta que, a satisfação das necessidades fundamentais contribuem para abrandar a evolução de uma degeneração física e psicológica das pessoas com Demência.

Como referido anteriormente, há um destaque, quase exclusivo, das necessidades físicas dos demenciados. No entanto, para um entendimento holístico, será necessário uma mudança geral na formação dos técnicos. É essencial um entendimento do indivíduo

como um todo, requerendo conhecimento do seu estado físico, psicossocial e assuntos comportamentais, bem como o reconhecer como estes fatores interagem (Sieber, 2002).

Caso tudo o que já foi referido anteriormente seja valorizado, a prestação de cuidados das Pessoas com Demência torna-se uma tarefa mais facilitada e mais gratificante, devido às melhorias significativas ao nível dos sinais e sintomas vivenciados pelos clientes. É necessário uma correta e preventiva monitorização quanto aos cuidados prestados.

A Demência acarreta características bastante específicas, sendo necessário cuidados e recomendações individualizados. Estas recomendações de prática deverão ser centradas no indivíduo e após uma avaliação personalizada das capacidades e das constantes necessidades mutáveis dos indivíduos, devendo incluir uma avaliação (física, cognitiva, espiritual e objetivos a atingir), e um plano rigoroso do comportamento do indivíduo e dos resultados que nele são centrados e daí advém um plano específico (após implementação de estratégias).

Deve ser realizada uma abordagem efetiva, eficiente, flexível e adaptada, o que permite uma melhor prevenção dos problemas, que possam ocorrer, tratamento profilático. Essas recomendações são estratégias adaptáveis que vão de encontro às necessidades e por isso devem ser revistas periodicamente e aferidas do ponto de vista holístico. O planeamento do cuidado efetivo inclui o residente, a família e todos aqueles que regularmente interagem com o doente. Durante todo o processo o cuidado efetivo fortalece as capacidades do doente e incorpora várias estratégias. As preferências e necessidades do cliente são de extrema importância.

Como patologia Neurodegenerativa acarreta não só limitações cognitivas mas também físicas, o que justifica a pertinência de existência de um espaço, com a maior semelhança possível com a vida normal, mas que não apresente riscos para os clientes. Deste modo, os clientes evitam a desumanização que os cuidados médicos de longo prazo causam de um modo involuntário.

A criação de ambientes de elevada qualidade que sustentem o envelhecimento positivo é uma meta para todas as sociedades. O *design* de ambientes para Pessoas com Demência é realizado para alcançar um objetivo subliminar: fornecer às pessoas com

Demência as mesmas oportunidades de envelhecer com qualidade que as Pessoas não demenciadas apresentam. Nesse sentido, o *design* de ambientes para pessoas com Demência não deve ser encarado como uma disciplina do *design* de estabelecimentos de saúde, mas como uma área inserida na abordagem geral para criação de ambientes que permitam aos seus clientes a satisfação das suas necessidades humanas e o seu direito à dignidade, independência de acordo com as suas capacidades, cuidado em todas as suas aceções, autorrealização e participação social.

Em Portugal a grande dissemelhança, entre as respostas sociais existentes e as dirigidas às Pessoas com Demência, é a existência de equipas multidisciplinares, tais como: Gerontólogos, Assistentes Sociais, Psicólogos, Educadores Sociais, Animadores Culturais, Nutricionistas, Enfermeiros, Médicos e Terapeutas Ocupacionais, que trabalham em equipa para proporcionar todos os cuidados necessários aos diferentes clientes das instituições, respeitando as especificidades de cada um. A importância das equipas multidisciplinares é o trabalho em cooperação. São estes técnicos e muitos outros que reúnem os seus saberes em prol da população com quem trabalham, neste caso, o que pode ser feito para melhorar significativamente a qualidade de vida dos doentes com Demência.

O tratamento das Demências deve ser personalizado e adaptado a cada situação, no qual se incluem estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Devendo ser elaborado um plano específico para cada pessoa/família.

Com base nas realidades já avaliadas, a existência de contextos específicos para esta patologia revela-se mais premente. Quando inseridos em realidades especialmente direcionadas para a Demência verifica-se uma resposta mais atempada e mais vocacionada e conseqüentemente uma melhoria significativa na qualidade de vida destes clientes.

Se houver um reforço nos cuidados profiláticos relativos a este tipo de sintomas o peso formal e financeiro nos cuidados paliativos será indubitavelmente menos pesado o que reverte em poupança emocional, temporal e claro monetário.

- Dissemelhanças entre respostas existentes em Portugal e outros países Europeus e Americanos

Portugal	Outros países
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carece de um Plano Nacional para a Demência;</li> <li>- Implementação em curso de um Plano Nacional para a Demência;</li> <li>- Carência de pessoal e infraestruturas especializadas;</li> <li>- Alzheimer Portugal- IPSS;</li> <li>- Quatro instituições especificamente dirigidas a pessoas com Demência tuteladas pela Associação Alzheimer Portugal;</li> <li>- Equipas multidisciplinares;</li> <li>- Instituto do Envelhecimento.</li> </ul>	<p><b>USA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Staff</i> especializado;</li> <li>- Infraestruturas direcionadas;</li> <li>- Tratamento individualizado e otimizado;</li> <li>- Cooperação entre cuidadores formais, informais e clientes;</li> <li>- Equipas multidisciplinares.</li> </ul> <p><b>França</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plano Nacional Alzheimer que compreende 44 medidas.</li> </ul> <p><b>Noruega</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plano Nacional para a Demência que corresponde a um subplano Nacional de Saúde.</li> </ul> <p><b>Alemanha</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não existe um Plano Nacional para a Demência;</li> <li>- Medidas de proteção para a pessoa com Demência para cuidados de longa duração institucional e/ domiciliária;</li> <li>- Subsídio anual até 2400 € para a pessoa com Demência;</li> <li>- Isenção de horário remunerado para prestação de cuidados até seis meses.</li> </ul>

	<p><b>Espanha</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Não existe um Plano Nacional para a Demência;</li><li>- Legislação específica – Decreto de Lei nº 41 de 2002 – regula a autonomia, direitos e obrigações do doente.</li></ul> <p><b>Reino Unido</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Não existe um Plano Nacional para a Demência, mas uma estratégia Nacional para a Demência avalizada e parcialmente financiada pela coroa que visa o tratamento e acompanhamento individualizado e otimizado;</li><li>- Lei da Capacidade Mental.</li></ul> <p><b>Holanda</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- País que reúne mais e melhores ofertas para o tratamento e acompanhamento individualizado e otimizado das pessoas com Demência e seus cuidadores formais e informais institucionalizados ou em ambiente domiciliário.</li></ul>
--	--

Tabela 1 - Dissemelhanças entre respostas existentes em Portugal e outros países Europeus e Americanos

- Fatores que contribuem para a implementação de uma resposta social especializada

- Conhecimento da realidade atual;
- Planeamento estratégico da mudança;
- Criação de uma equipa multidisciplinar;
- Conhecimento dos objetivos e missão da resposta social;
- Envolvimento e participação de todas as partes integrantes (prestadores de cuidados formais, informais e clientes);
- Formação e incentivos;
- Monitorização, controlo e avaliação;
- Criação de um ambiente que permita aos clientes a satisfação das necessidades humanas e o direito à dignidade, independência, autorrealização e participação social.

- Limitações na implementação de uma resposta social especializada

- Estruturas centralizadas e burocráticas;
- Gestão ineficiente (da qualidade, dos recursos, entre outros);
- Baixa cultura e clima organizacional;
- Falta de visão e compromisso com a Pessoa com Demência;
- Falta de competência dos órgãos de gestão organizacional;
- Perceção negativa da sociedade;
- Falta de estimulação da inovação e da criatividade;
- Resistência à mudança;
- Diminuição dos recursos humanos.

- Orientações para a criação e implementação de uma resposta social especializada

<b>Analisar a situação atual</b>	. Identificar os problemas e potencialidades; . Realizar diagnóstico institucional;
<b>Avaliar a opinião dos</b>	. Realizar estudo clima organizacional;



<b>profissionais</b>	. Motivar as partes envolvidas a participar na mudança;
<b>Realizar um plano estratégico</b>	. Criar um plano estratégico institucional responsável para atuar em áreas prioritárias; . Definir critérios e métodos de trabalho;
<b>Criação equipa multidisciplinar</b>	. Melhorar comunicação interdisciplinar;
<b>Analisar limitações</b>	. Identificar possíveis limitações; . Existência de reuniões periódicas entre equipa multidisciplinar; . Criar estratégias para ultrapassar as limitações;
<b>Identificar aspetos positivos</b>	. Identificar as melhorias; . Comunicar/divulgar essas melhorias; - Promover uma gestão eficiente;
<b>Reconhecimento dos aspetos a melhorar/ Prospecção</b>	. Identificar os aspetos a melhorar e definir estratégias; . Incentivar a inovação e a criatividade; . Promover formações; . Realizar avaliações e monitorizações periódicas.

- Tabela 2 - Orientações para a criação e implementação de uma resposta social especializada

Apesar das limitações existentes na concretização da presente revisão sistemática da literatura, nomeadamente a não existência de um Plano Nacional para as Demências, assim como a não existência de estudos sobre a aplicação de respostas sociais especializadas para Pessoas com Demência em Portugal, os objetivos inicialmente propostos, foram cumpridos, tendo sido identificado as respostas sociais existentes em Portugal, dirigidas a Pessoas com Demência e as respostas implementadas noutros países da Europa e da América, bem como os possíveis contributos da aplicação na realidade Portuguesa.



## BIBLIOGRAFIA

- Alzheimer's Association Campaign for Quality Residential Care. *Dementia Care Practice Recommendations for Assisted Living Residences and Nursing Homes*, (2009). Disponível em URL: [https://www.alz.org/national/documents/brochure\\_DCPRphases1n2.pdf](https://www.alz.org/national/documents/brochure_DCPRphases1n2.pdf)
- Alzheimer's Association. *Manual do Cuidador*, (2015). Disponível em URL: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-10-55-210-manual-do-cuidador>
- Alzheimer's Association. *Caregiver Center*, (2016). Disponível em URL: <https://www.alz.org/care/alzheimers-dementia-in-home-health.asp>
- Alzheimer Europe (2016). URL disponível em: <http://www.alzheimer-europe.org/>
- American Psychiatric Association (2006). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-IV* (4ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 869-875.
- Areosa, S. V. C., Henz, L. F., Lawisch, D., & Areosa, R. C. (2014). Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15, 482-494.
- Barañano, Ana M. (2004) *Métodos e técnicas de Investigação em Gestão: Manual de Apoio à Realização de Trabalhos de Investigação*, 1ª ed., Lisboa: Edições Sílabo.
- Backman, L., Jones, S., Berger, A. K., Laukka, E. J., & Small, B. J. (2004). *Multiple cognitive deficits during the transition to Alzheimer's disease. J Intern Med*, 256(3), 195-204. doi: 10.1111/j.1365-2796.2004.01386.x
- Bohrer, R. S. (1981). Motivação: abordagem crítica da teoria de Maslow pela propaganda. *Revista de Administração de Empresas*, 21, 43-47.
- Borges, J. L., Trentini, C. M., Bandeira, D. R., & Dell'Aglio, D. D. (2008). *Avaliação neuropsicológica dos transtornos psicológicos na infância: um estudo de revisão. Psico-USF*, 13, 125-133.

- Clare, W. & Woods, R. (2004). *Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early stage Alzheimer's disease: A review*. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14 (4), 385-401.
- CEDRU – Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano / BCG – Boston Consulting Group (2008). *Estudo de Avaliação das Necessidades dos Séniores em Portugal*. Lisboa: Fundação Aga Khan Portugal
- Cela, J. & Herreras, E. (2005). *Rehabilitación Neuropsicológica*. *Papeles del Psicólogo*, 90, 1-8.
- Cummings, S.M. & Cassie, K.M. (2008). *Perceptions of biopsychosocial services needs among older adults with severe mental illness: Met and unmet needs*. *Health and Social Work*, 33(2), 133-143
- Cruz, D. C. M., Loureiro, H. A. d. M., Silva, M. A. N. C. G. M. M. d., & Fernandes, M. M. (2010). *As vivências do cuidador informal do idoso dependente*. *Revista de Enfermagem Referência, serIII*, 127-136.
- Decreto-lei n.º 519 GS/79 de 29 de dezembro de 1979 (DR Iª Série, N.º 299/1979). Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa
- Decreto-lei n.º 119/83 de 25 de fevereiro de 1983 (DR Iª Série, N.º 46/1983). Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa
- Decreto-lei n.º 5/2008 de 22 de Novembro de 2007 (DR II.ª Série, N.º 29/2008). Ministério da Saúde. Lisboa.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Climepsi Editores. Lisboa
- Foldes, S.S. & Long, K.H. (2014). *The Minnesota Economic Model of Dementia: Demonstrating Healthcare Cost Savings with the New York University Caregiver Support Intervention*.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975) *Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. *J Psychiatr Res*, 12(3), 189-98.

- Gallardo Vargas, R., Barón Hernández, D., & Cruz Menor, E. (2012). *El cuidado informal en enfermos de Alzheimer: evaluación a partir de un modelo teórico*. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 16, 188-199.
- Garcez, M. L., Falchetti, A. C. B., Mina, F., & Budni, J. (2015). Alzheimer's Disease associated with Psychiatric Comorbidities. *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, 87, 1461-1473.
- Garcia, C. (1984). *A Doença de Alzheimer, Problemas do Diagnóstico Clínico*. Lisboa
- Gracey, J. & Morris, R. (2007). *Neuropsychological assessment in dementia*. *Psychiatry*, 6 (12), 498- 502.
- Gonzaga, L., & Nunes, B. (2008). *Memória Funcionamento Perturbações e Treino*. Lisboa: Lidel.
- Gratao, A. C. M., Vale, F. d. A. C. d., Roriz-Cruz, M., Haas, V. J., Lange, C., Talmelli, L. F. d. S., & Rodrigues, R. A. P. (2010). The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44, 873-880.
- GEMITO, Maria Laurência (2004), *O Quotidiano familiar do idoso numa freguesia rural do Alentejo*, Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora.
- Guerreiro, M. (2005). *Terapia não Farmacológica da Demência*. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal* (pp.121-148). Lisboa: Lidel.
- Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: <http://www.ine.com/>.
- Inouye, K., Pedrazzani, E. S., Pavarini, S. C. I., & Toyoda, C. Y. (2010). *Quality of life of elderly with alzheimer s disease: a comparative study between the patient s and the caregiver s report*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 26-32.
- Kalache, A., Veras, R. P., & Ramos, L. R. (1987). *O envelhecimento da população mundial: um desafio novo*. *Revista de Saúde Pública*, 21, 200-210.
- Krabbendam, L. E Aleman, A. (2003). *Cognitive Rehabilitation in Schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies*. *Psychopharmacology*, 169, 376-382
- Lima, J. (2006). *Envelhecimento, Demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso?* *Revista de Ciências Humanas*, 40, 469-489.

- Lima, T. A. d. S., & Menezes, T. M. d. O. (2011). *Investigando a produção do conhecimento sobre a pessoa idosa longeva*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64, 751-758.
- Manual MSD. Edição de Saúde para a Família. URL disponível em: <http://www.manuaismsd.pt/?id=101&cn=927&ss>
- Marques-Teixeira, J. (2011). *Demência e outros Défices Cognitivos Nos Cuidados de Saúde Primários*. (1) Linda-a-Velha: VVKA
- McCabe, L. (2008). *A holistic approach to caring for people with Alzheimer`s disease*. *Nursing Standard*, 22 (42), 50-56.
- Moniz-Cook. (2006). *Cognitive stimulation and dementia*. *Aging & Mental Health*, 10 (3), 207-210.
- Moraes, P. A. d., Bertolozzi, M. R., & Hino, P. (2011). *Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 19-25.
- Moreira, P. & Oliveira, C. (2005). *Fisiopatologia da Doença de Alzheimer e de Outras Demências*. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal* (pp. 41-60). Lisboa: Lidel.
- Niu, Y., Tan, J., Guan, J., Zhang, Z. & Wang, L. (2010). *Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer`s disease: a randomized controlled trial*. *Clínical Rehabilitation*, 24, 1102-1111. doi: 10.1177/0269215510376004
- Oliveira, R. S. d., Trezza, B. M., Busse, A. L., & Jacob Filho, W. (2014). *Learning effect of computerized cognitive tests in older adults*. *Einstein (São Paulo)*, 12, 149-153.
- Phaneuf, Margot (2010) *O envelhecimento perturbado. A Doença de Alzheimer. Lusodidacta*.
- Pais, J. (2008). *Memória Funcionamento Perturbações e Treino*. Lisboa: Lidel.
- Park, N. S., Zimmerman, S., Sloane, P. D., Gruber-Baldini, A. L., & Eckert, J. K. (2006). *An Empirical Typology of Residential Care/Assisted Living Based on a Four- State Study*. *The Gerontologist*, 46(2), 238-248. doi: 10.1093/geront/46.2.238
- Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. d. (2012). *Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação*. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26, 241-250.

- Petersen, R. C. (2004). *Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. J Intern Med*, 256(3), 183-194. doi: 10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x
- Petersen, R. (2004). *Défice Cognitivo Ligeiro: O Envelhecimento e a doença de Alzheimer*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família – Contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, D. (2014). *Impacto do envelhecimento da população na dimensão da lista de utentes dos médicos de família. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30, 338-339.
- Pontes, L. M. M., & Hübner, M. M. C. (2008). *A reabilitação neuropsicológica sob a ótica da psicologia comportamental. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 35, 6-12.
- Potellano, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Pulido, J. (2006). *Rehabilitación de las Demencias. Arch Neurocién*, 11 (1), 80-86.
- Lima, J. (2006). *Envelhecimento, Demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso? Revista de Ciências Humanas*, 40, 469-489.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Demências*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- RCNFoundation (2013). *Dementia. Commitment to the care of people with dementia in hospital settings*. Disponível em URL: [https://www2.rcn.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/480269/004235.pdf](https://www2.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0011/480269/004235.pdf)
- Reis-Yamauti, V. L. d., Neme, C. M. B., Lima, M. F. C. F. d., & Belancieri, M. d. F. (2014). *Testes de avaliação neuropsicológica utilizados em pacientes vítimas de Acidente Vascular Cerebral. Avaliação Psicológica*, 13, 277-285.
- Reisberg, B., Ferris, S., Leon, M. & Crook, T. (1982). *The Global Deterioration Scale (GDS) for assessment of primary degenerative dementia. American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, A. (2015). [The Epidemiology of Dementia and Alzheimer Disease in Portugal: Estimations of Prevalence and Treatment-Costs]. *Acta Med Port*, 28(2), 182-188.

- Santana, I. (2005). *A Doença de Alzheimer e Outras Demências - Diagnóstico Diferencial*. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal* (pp.61- 82). Lisboa: Lidel.
- Santos, R. L., Sousa, M. F. B. d., Simões-Neto, J. P., Nogueira, M. L., Belfort, T. T., Torres, B., . . . Dourado, M. C. N. (2014). *Caregivers quality of life in mild and moderate dementia*. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 72, 931-937.
- Saraiva, D. (2011). *O olhar dos e pelos prestadores de cuidados: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao prestador de cuidados*. Dissertação de Mestrado, Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra. Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. d. C. (2004). *Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 580-588.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Sieber, K.O (2002). *Training residential staff, intervention execution and maintenance*. In Hill, R.D., Thorn, B.L, Bowling, J., Morrison, A. *Geriatric Residential Care*. LEA , London.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davis, S., Butterworth, M. & Orrel, M., (2005). *Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia*. *British Journal of Psychiatry*, 183, 248-254.
- Sousa, L., & Sequeira, C. (2012). *Conceção de um Programa de Intervenção na Memória para Idosos com Défice Cognitivo Ligeiro*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7-15.
- Subirana, J., Bruna, O., Puyuelo, M. & Virgili, C. (2009). *Lenguaje y funciones ejecutivas en la valoración inicial del deterioro cognitivo leve y la demencia tipo Alzheimer*. *Revista de Logopedia Fonitaria y Audiología*, 29 (1), 13-20.
- VAZ, Jorge J. L. (1998) "Questões epistemológicas fundamentais na investigação em gestão: O método hipotético dedutivo". *Estudos de Gestão*. Vol. IV, nº 2. 129-132.



Virtual Home Care INC. *Providing customized healthcare in the Comfort of your home* (2016). Disponível em URL: <http://www.virtualhomecareinc.com/>



APÊNDICES

- Quadro síntese Dissemelhanças entre respostas existentes em Portugal e outros países Europeus e Americanos

Portugal	USA	França	Noruega	Alemanha	Espanha	Reino Unido	Holanda
- Plano Nacional para a Demência; - Instituições tuteladas pela Alzheimer Portugal; - Equipas multidisciplinares; - Instituto do envelhecimento.	- Staff especializado; - Infraestruturais direcionadas; - Tratamento individualizado e otimizado; - Cooperação entre prestadores de cuidados formais, informais e clientes.	- Plano Nacional Alzheimer.	-Plano Nacional para a Demência;	- Não existe Plano Nacional para a Demência; - Medidas de proteção para a pessoa com Demência; - Subsídio anual até 2400€; - Isenção de horário.	- Não existe Plano Nacional para a Demência; - Decreto-lei n.41/2002.	- Estratégia Nacional para a Demência; - Lei da capacidade mental.	- Melhores ofertas para o tratamento; -Institucionalização ou ambiente domiciliário; -Acompanhamento individualizado.

Tabela 3 - Dissemelhanças entre respostas existentes em Portugal e outros países Europeus e Americanos



▪ Síntese dos estudos encontrados

<b>Título</b>	<b>Autor e Ano</b>	<b>Orientação Metodológica</b>	<b>Participantes</b>	<b>Objetivos</b>
<i>Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado</i>	Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2011).	Quantitativo	108 Famílias de uma região norte de Portugal, com um idoso dependente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrever o grau de dependência de idosos em contexto familiar;</li> <li>- Identificar características sociodemográficas dos idosos dependentes em contexto familiar;</li> <li>- Descrever a principal causa que originou a dependência dos idosos que se encontram no domicílio.</li> </ul>
<i>Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos</i>	Areosa, S. V. C., Henz, L. F., Lawisch, D., & Areosa, R. C. (2014)	Qualitativo	Prestadores de cuidados de idosos assistidos por Estratégia de Saúde da Família	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar as principais queixas implicadas no cuidado com o idoso e como estas podem estar interferindo na rotina diária dos prestadores de cuidados.</li> </ul>

<p><i>Multiple cognitive deficits during the transition to Alzheimer's disease</i></p>	<p>Backman, L., Jones, S., Berger, A. K., Laukka, E. J., &amp; Small, B. J. (2004).</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>Dois grupos: pessoas com mais de 75 anos e pessoas com menos de 75 anos</p>	<p>- Caracterizar a performance cognitiva durante a transição para a Doença de Alzheimer</p>
<p><i>Avaliação neuropsicológica dos transtornos psicológicos na infância: um estudo de revisão</i></p>	<p>Borges, J. L., Trentini, C. M., Bandeira, D. R., &amp; Dell'Aglio, D. D. (2008).</p>	<p>Estudo de revisão</p>	<p>-</p>	<p>- A avaliação neuropsicológica dos déficits cognitivos associados aos transtornos psicológicos na infância e adolescência</p>
<p><i>Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early stage Alzheimer's disease: A review.</i></p>	<p>Clare, W. &amp; Woods, R. (2004)</p>	<p>Estudo de revisão</p>	<p>-</p>	<p>O objetivo principal foi avaliar a eficácia e o impacto da formação cognitiva e intervenções de reabilitação cognitiva destinados a melhorar a memória a funcionária para as pessoas nas fases iniciais da doença de Alzheimer ou demência vascular.</p>

				Os dois tipos de intervenção foram considerados separadamente.
<i>Estudo de Avaliação das Necessidades dos Séniores em Portugal.</i>	CEDRU – Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano / BCG – Boston Consulting group (2008).	Qualitativo	- Idosos acima dos 55 anos	- Promover o conhecimento das tendências e necessidades da população acima dos 55 anos.
<i>Perceptions of biopsychosocial services needs among older adults with severe mental illness: Met and unmet needs</i>	Cummings, S.M. & Cassie, K.M. (2008)	Qualitativo	75 pessoas idosas com Doença Mental Grave recrutadas de um Centro Comunitário de Saúde Mental	- Identificar as necessidades de serviços psiquiátricos, físicos e sociais vividas pelos idosos com doença mental grave (SMI) e examinar os factores que influenciam a sua experiência de necessidade e serviço adequação

				disposição.
<i>As vivências do cuidador informal do idoso dependente. Revista de Enfermagem</i>	Cruz, D. C. M., Loureiro, H. A. d. M., Silva, M. A. N. C. G. M. M. d., & Fernandes, M. M. (2010).	Estudo de revisão	-	- Descrever as vivências sentidas pelo cuidador informal
<i>El cuidado informal en enfermos de Alzheimer: evaluación a partir de un modelo teórico</i>	Gallardo Vargas, R., Barón Hernández, D., & Cruz Menor, E. (2012).	Estudo descritivo transversal	15 prestadores de cuidados informais	- Caracterizar os cuidados informais de pessoas com demência na doença de Alzheimer, a partir das dimensões comuns de modelos de stresse e sobrecarga adaptada para situações de cuidados que foram realizados
<i>Alzheimer's Disease associated with Psychiatric</i>	Garcez, M. L., Falchetti, A. C.	Estudo de revisão	-	Esclarecer a relação causal entre depressão, esquizofrenia e



<i>Comorbidities.</i>	B., Mina, F., & Budni, J.(20 15).			transporto bipolar com DA.
<i>Neuropsychologic al assessment in dementia.</i>	Gracey, J. & Morris, R. (2007).	Estudo de revisão	-	Detetar com precisão o aparecimento de alterações cognitivas que sinalizam o início de uma síndrome demencial progressiva e diferenciar os transtornos com etiologias e locais de patologia distintas.
<i>The demands of Family caregivers of elderly individuals with dementia.</i>	Gratao, A. C. M., Vale, F. d. A. C. d., Roriz-Cruz M., Haas, V. J., Lange, C., melli, L. F. d. S., & Rodrigues, A. P. (2010)	Observacional Transversal/ Quantitativo	104 Pessoas idas e 90 cuidadores de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo	- Identificar características dos cuidadores de idosos com demência, tipos de demandas de cuidados e relacionar as demandas para a fase de demência
<i>Quality of life of elderly with</i>	Inouye, K., Pedrazzani,	Quantitativo	53 Idosos diagnosticad	- Comparar os relatos de pacientes

<p><i>alzheimer s disease: a comparative study between the patient s and the caregiver's report.</i></p>	<p>E. S., Pavarini, S. C. I., &amp; Toyoda, C. Y. (2010)</p>		<p>os com Doença de Alzheimer atendidas pelo Programa do Medicament o Excecional de uma cidade no interior de São Paulo</p>	<p>e cuidadores sobre como eles percecionem a qualidade de vida em geral e em cada uma das suas dimensões em idosos com Doença de Alzheimer</p>
<p><i>O envelhecimento da população mundial: um desafio novo.</i></p>	<p>Kalache, A., eras, R. P., &amp; Ramos, L. R. (1987).</p>	<p>Estudo de revisão</p>	<p>-</p>	<p>- Redefinir o conceito de envelhecimento, refletindo a mudanças sociais em curso nos países subdesenvolvidos</p>
<p><i>Cognitive Rehabilitation in Schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies.</i></p>	<p>Krabbenda m, L. E Aleman, A. (2003)</p>	<p>Quantitativo</p>	<p>Meta-análise foi realizada em 12 estudos controlados de reabilitação na esquizofrenia , tendo em conta os</p>	<p>Para avaliar quantitativamente os estudos controlados sobre reabilitação cognitiva na esquizofrenia para o efeito do treinamento sobre o desempenho em outros do que os</p>

			efeitos do tipo de abordagem de reabilitação (aprendizagem em ensaio ou estratégia) e duração do treinamento.	praticados no procedimento de formação de tarefas
<i>Investigando a produção do conhecimento sobre a pessoa idosa longeva.</i>	Lima, T. A. d. S., & Menezes, T. M. d. O. (2011).	Quantitativo	Casos clínicos ou relatos de experiências	- Investigar a produção do conhecimento sobre a pessoa idosa longeva
<i>A holistic approach to caring for people with Alzheimer's disease.</i>	McCabe, L. (2008)	Estudo de revisão	-	- Discussão sobre aspetos biomédicos, psicológicos e sociais da doença, e da etiologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento explorado
<i>Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de</i>	Moraes, P. A. d., Bertolozzi, M. R., & Hino, P. (2011)	Qualitativo	15 entrevistados	- Conhecer o conceito de necessidades de saúde, segundo a percepção de usuários de um

<i>saúde.</i>				serviço de saúde no interior paulista
<i>Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial.</i>	Niu, Y., Tan, J., Guan, J., Zhang, Z. & Wang, L. (2010).	Quantitativo	32 pacientes foram distribuídos aleatoriamente para um grupo de estimulação cognitiva terapia (n = 16) ou um grupo de controlo (n = 16) durante 10 semanas.	Determinar a eficácia da terapia de estimulação cognitiva (CST) no tratamento de sintomas neuropsiquiátricos em pacientes com doença de Alzheimer.
<i>Learning effect of computerized cognitive tests in older adults.</i>	Oliveira, R. S. d., Trezza, B. M., Busse, A. L., & Jacob Filho, W. (2014)	Quantitativo	20 idosos, 10 mulheres e 10 homens, com idade média de 77,5	Para avaliar o efeito de aprendizagem dos testes cognitivos computadorizado em idosos
<i>An Empirical Typology of Residential Care/Assisted</i>	Park, N. S., Zimmerman, S., Sloane, P. D.,	Estudo de revisão	-	Descreve diversas instituições que prestam cuidados domiciliários não-

<i>Living Based on a Four- State Study.</i>	Gruber-Baldini, A. L., & Eckert, J. K. (2006)			enfermagem para um grupo heterogéneo de moradores, principalmente idosos
<i>Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação.</i>	Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. d. (2012)	Estudo de revisão	-	- Apresentar as principais abordagens e conceitualizações sobre consenso teórico
<i>A reabilitação neuropsicológica sob a ótica da psicologia comportamental.</i>	Pontes, L. M. M., & Hübner, M. M. C. (2008)	Estudo de revisão	-	- Discursar sobre a interação entre as áreas de reabilitação neuropsicológica e análise do comportamento
<i>Testes de avaliação neuropsicológica utilizados em pacientes vítimas de Acidente Vascular Cerebral.</i>	Reis Yamauti, V. L. d., Neme, C. M. B., Lima, M. F. C F. d., & Belancieri, M. d. F. (2014)	Estudo de revisão	-	- Investigar os instrumentos utilizados em avaliações neuropsicológicas de pessoas que sofreram Acidente Vascular Cerebral
<i>The Global Deterioration</i>	Reisberg, B., Ferris, S.,	Qualitativo	-	Pretende avaliar o nível dos estádios

<i>Scale (GDS) for assessment of primary degenerative dementia.</i>	Leon, M. & Crook, T. (1982)			no declínio cognitivo em relação à Doença de Alzheimer
<i>The Epidemiology of Dementia and Alzheimer Disease in Portugal: Estimations of Prevalence and Treatment Costs]. Acta</i>	Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, A. (2015)	Quantitativo	População residente em Portugal em 2013	- Propor uma estimativa atualizada da prevalência de demência/ Doença de Alzheimer em Portugal, e inferir, a partir da prescrição específica para demência, o número de diagnósticos efetivos e os encargos financeiros com esses medicamentos
<i>Training residential staff, intervention execution and maintenance.</i>	Sieber, K.O (2002)	Qualitativo	-	- Procurar melhorar a qualidade de vida dos pacientes em ambiente institucional; - Identificar estratégias efetivas no contexto residencial.
<i>Efficacy of an evidence-based</i>	Spector, A., Thorgrimse	Qualitativo	201 Pessoas com	- Testar a terapia de estimulação

<p><i>cognitive stimulation therapy programme for people with dementia.</i></p>	<p>n, L., Woods, B., Royan, L., Davis, S., Butterworth, M. &amp; Orrell, M., (2005)</p>		<p>Demência</p>	<p>cognitiva (CST) para as pessoas idosas com demência beneficiaria cognição e qualidade de vida.</p>
<p><i>Conceção de um Programa de Intervenção na Memória para Idosos com Défice Cognitivo Ligeiro.</i></p>	<p>Sousa, L., &amp; Sequeira, C. (2012)</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>Grupo de idosos e grupo com os familiares</p>	<p>- Sistematizar o conteúdo mínimo que deve integrar um programa de intervenção na memória para idosos com DCL amnésico</p>

Tabela 4 - Síntese dos Estudos encontrados