



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**GESTÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM PESSOAS COM  
DEMÊNCIA EM CONTEXTO INSTITUCIONAL**

**Cátia Filipa da Silva Veigas**

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do  
Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de  
Saúde

Orientada por

**Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão**

**Professora Doutora Alcina Maria Almeida Rodrigues Nunes**

Bragança, dezembro de 2020.





Instituto Politécnico  
de Viana do Castelo

**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**GESTÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM PESSOAS COM  
DEMÊNCIA EM CONTEXTO INSTITUCIONAL**

**Cátia Filipa da Silva Veigas**

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do  
Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de  
Saúde

Orientada por

**Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão**

**Professora Doutora Alcina Maria Almeida Rodrigues Nunes**

Bragança, dezembro de 2020.

## Resumo

O envelhecimento crescente da população portuguesa, fruto das atuais tendências demográficas, implicará, muito provavelmente, um número crescente de casos de demência, o que a torna numa prioridade social e de saúde pública. O objetivo geral deste estudo é mapear a literatura científica existente sobre o tema em análise.

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, alicerçada na metodologia PRISMA. Foram identificados 20 estudos com recurso a bases de dados da área da saúde, dentro da temática em análise: na base de dados Scielo, foram encontrados 9 estudos; na PubMed, foram encontrados 3 estudos; na Science Direct, 1 estudo; foi encontrado também um estudo no Repositório da Universidade de Évora, 1 na B-on e 2 estudos no motor de busca Google Académico. Foram excluídos três estudos por não obedecerem aos critérios de inclusão estabelecidos à priori. Os restantes 17 artigos foram integralmente lidos.

Foram apresentadas estratégias de intervenção para as pessoas portadoras de demências, cujo objetivo principal é ajudar as mesmas a melhorar o desempenho das AVDs, de modo a não necessitarem de assistência de outra pessoa ou, pelo menos, minimizar a necessidade de assistência externa. Foi igualmente apresentada uma estratégia de intervenção psicoeducativa para prestadores de cuidados diretos, de modo a preparar os mesmos para um cuidado mais humanizado, dignificado e benéfico para o binómio cuidador-recetor. É feita uma estimativa de custos das estratégias de intervenção para a organização de forma a que no processo de gestão da instituição este aspeto possa ser tido em conta. Concluiu-se, com a realização deste trabalho de revisão sistemática de literatura, que os cuidados diferenciados e a abordagem centrada na pessoa com demência são essenciais para aumentar o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos.

**Palavras-chave:** Idosos; demências; cuidados de saúde diferenciados; estratégias de intervenção; custos.

## Abstract

As a result of the current demographic trends, the increasing ageing of the Portuguese population will most likely imply a growing number of dementia cases, making it a social and public health priority. The general objective of this study is to map the existing scientific literature on the subject under analysis.

An Integrative Literature Review was carried out, combined with the PRISMA methodology. Twenty studies using health databases were identified, within the subject under analysis: in the Scielo database, 9 studies were found; in PubMed, 3 studies were found; in Science Direct, 1 study; a study was also found in the Repository of the University of Évora, 1 study in B-on and 2 studies in the Google Scholar search engine. After the first stage of study selection, three studies were excluded because they did not meet the pre-established inclusion criteria. The remaining 17 articles were read in full.

Intervention strategies were presented for people with dementia, whose main objective is to help them improve the performance of daily living activities (DLAs). They don't need assistance from another person or at least minimize the need for external assistance. A psychoeducational intervention strategy was also presented for direct caregivers, to better prepare these professionals for more humanized, dignified and beneficial care for the caregiver-receiver binomial. An estimate of the costs of intervention strategies for the organization is made so that this aspect can be taken into account in the management process of the institution. With this integrative literature review, it has been concluded that differentiated care and the approach centred on people with dementia are essential to increase the well-being and quality of life of individuals.

**Keywords:** Elderly; dementias; differentiated health care; intervention strategies; costs.

## Dedicatória

*À minha tia, que fez papel de mãe e pai e me permitiu chegar onde estou hoje, caminhando comigo sempre lado a lado, dando-me todo o apoio e incentivo. Obrigada pela grande mulher que és e pela grande mulher, que graças a ti, me estou a tornar...*

## Agradecimentos

Findo este trabalho de investigação, com o qual tanto aprendi e cresci, gostaria aqui de exprimir os meus sinceros e profundos agradecimentos a quem, direta ou indiretamente esteve ao meu lado e me apoiou durante todo este processo.

- À Professora Doutora Ana Maria Galvão e professora Doutora Alcina Maria Nunes, por toda a orientação profissional que sempre me deram. Os seus vastos conhecimentos foram essenciais para a realização deste trabalho.

- À professora Doutora Emília Magalhães, por toda a disponibilidade que sempre mostrou para me auxiliar no que necessitasse.

- À minha querida tia Maria de Fátima Veigas, por ter sido a pessoa mais presente ao longo deste processo e por sempre me dar as suas melhores palavras de apoio e os seus melhores sorrisos.

- À minha querida amiga Crishna Lima, por ser a minha companheira das “batalhas académicas” e porque juntas sempre conseguimos vencê-las.

- À minha amiga de longa data, Vera Manteiga, por toda a amizade e apoio que sempre me deu, e que, nesta etapa assim continuou.

- Ao meu muito especial amigo Roberto Pires, por toda a força e apoio que sempre me deu e por nunca me deixar desistir de lutar por este meu objetivo.

- Ao meu grande amigo Humberto Ferreiro, por todo o apoio e ajuda com as formatações do trabalho.

- À minha amiga querida Daniela Paiva, por todos os momentos de alegria e descontração que me proporcionou ao longo desta caminhada.

- À Mestre Carla Afonso, pela tradução dos artigos científicos em Inglês e por todas as palavras de incentivo.

- A todos, que de alguma forma, deram o seu contributo sob os mais diversos gestos e que fizeram com que isto se tornasse possível.

A maior gratidão!

## Lista de Acrónimos e Siglas

AAD- Ajudantes de Ação Direta

AAVD – Atividades Avançadas de Vida Diária

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA – *American Psychiatric Association*.

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVDs – Atividades de Vida Diária

CCL – Comprometimento Cognitivo Leve

CCV – Comprometimento Cognitivo Vascular

CERAD - *Consortium Establish of Alzheimer Disease*

DA – Demência de Alzheimer

DCL – Demência com Corpos de Lewy

DCV- Doença Cerebrovascular

DFT – Demência FrontoTemporal

DLFT – Degeneração Lobar Frontotemporal

DOI – *Digital Object Identifier*

DV – Demência Vascular

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

ERPI's – Estruturas residenciais para pessoas idosas

EUROSTAT – Gabinete de Estatísticas da União Europeia

FNS – Funções Nervosas Superiores

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

MIF – Medida de Independência Funcional

NITEAD - *Nighttime Insomnia Treatment and Education for Alzheimer's Disease*

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.

PBE – Pesquisa baseada em evidências.

PE – Abordagens PsicoEducativas

PICO – *Population, Intervention, Comparing, Outcome*.

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

QV- Qualidade de Vida

RAVLT - *Rey Auditory Verbal Learning Test*

RC- Reserva Cognitiva.

RM- Ressonância Magnética

RS- Revisão Sistemática

SNC – Sistema Nervoso Central

TAC – Tomografia Axial Computadorizada

TC – Terapia Comportamental

TIC- Tecnologias de Informação e Comunicação

TOR – Terapia de Orientação na Realidade

TR- Terapia de Reminiscência

TS – Transtornos do Sono

TV – Terapia de Validação

UE - União Europeia.

WASI - *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence*

WHO – *World Health Organization*

# Índice Geral

Índice de Figuras .....	xxiii
Índice de Tabelas .....	xxv
Introdução.....	1
1. Construto Teórico.....	5
1.1 Processo de envelhecimento .....	5
1.2 Teorias Biológicas do Envelhecimento .....	12
1.3 Demência .....	14
1.4 Tipos de demência .....	18
1.4.1 Doença de Alzheimer (DA).....	19
1.4.2 Demência Vascular (DV).....	22
1.4.3 Demência com corpos de Lewy (DCL) .....	24
1.4.4 Demência Frontotemporal (DFT) .....	25
1.5 Gerontologia e gestão dos cuidados nas demências .....	27
2. Metodologia de Investigação.....	31
2.1 Caracterização do Estudo.....	31
2.2 Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura .....	32
2.2.1 Questão de Investigação.....	32
2.2.2 Objetivos da Revisão Integrativa .....	34
2.2.3 Critérios de Inclusão e Exclusão .....	34
2.2.4 Estratégia de Pesquisa .....	34
2.2.5 Procedimento de Seleção dos estudos.....	39
2.2.6 Procedimento de Extração dos dados .....	40
3. Resultados e Discussão.....	41

4. Estratégias de Intervenção para Auxiliares de Ação direta (ADD) e para idosos institucionalizados .....	50
4.1 Destinatários.....	53
4.2 Estrutura das sessões .....	53
4.3 Componentes .....	53
4.4 Condução das sessões .....	54
4.5 Sala e materiais.....	54
4.6 Conteúdo das Intervenções .....	54
4.7 Estratégias de Intervenção para idosos institucionalizados .....	56
4.7.1 Avaliação Neuropsicológica .....	57
4.7.2 Testes de rastreio e baterias de Avaliação .....	59
4.7.3 Estratégias de intervenção com cuidados diferenciados para idosos institucionalizados portadores de demência.....	61
4.8 Terapias para idosos com demência e cuidadores familiares .....	72
Conclusões, Limitações e Futuras Linhas de Investigação .....	75
Referências Bibliográficas .....	79
Anexos.....	87
Anexo A <i>Checklist</i> PRISMA da Revisão Integrativa de Literatura.....	87

## Índice de Figuras

Figura 1: Pirâmides populacionais da UE: projeções para 2080. ....	6
Figura 2: Fluxograma PRISMA do processo de pesquisa e seleção dos estudos.....	39

## Índice de Tabelas

Tabela 1: Aplicação da estratégia PICO.....	33
Tabela 2: Artigos selecionados nas bases de dados (2007 - 2019) .....	37/38
Tabela 3: Intervenções para prestadores de cuidados diretos.....	55
Tabela 4: Sinais e sintomas que podem indicar a necessidade de avaliação na demência.....	56
Tabela 5: Terapia de Reminiscência (TR).....	63
Tabela 6: Musicoterapia.....	64
Tabela 7: Terapia de Orientação na Realidade (TOR).....	65
Tabela 8: Terapia de Validação (TV).....	66
Tabela 9: Método de Montessori.....	67
Tabela 10: <i>Sznoezelen</i> .....	68
Tabela 11: Terapia de Remotivação.....	69
Tabela 12: Programa CogWeb®.....	70
Tabela 13: Arteterapia.....	71

## Introdução

A escolha do tema advém do facto de o envelhecimento demográfico atualmente ser de máxima importância a nível mundial e, resultante desse envelhecimento, o surgimento de diversas doenças crónicas. De acordo com Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues e Carvalho (2015) o nosso País atravessa um período de tendências demográficas que resultam num progressivo envelhecimento da população portuguesa. Estas tendências demográficas recentes caracterizam-se pelo aumento continuado da esperança média de vida à nascença, o aumento da emigração, a redução da mortalidade infantil e a queda abrupta da fecundidade. Segundo os mesmos autores, de entre todos os fatores elencados anteriormente, a esperança média de vida à nascença é dos que mais contribui para o agravamento do envelhecimento populacional. Farias e Santos (2012) referem que é nos países desenvolvidos que se encontra o maior número de idosos, uma vez que nestes as condições socioeconómicas são mais favoráveis. Nunes e Menezes (2014) afirmam que, ocorre deste modo, uma inversão do formato da pirâmide etária, com uma redução na sua base pela diminuição da natalidade e o topo bastante mais alargado.

Dados apresentados pelo Gabinete de Estatísticas da União Europeia (EUROSTAT), indicam que a percentagem de idosos aumentará significativamente ao longo das próximas décadas, à medida que uma maior proporção da geração *baby boomers* está a atingir a idade da reforma. Esta situação levará a um aumento dos encargos sobre a população ativa, que em consequência da população

envelhecida, terão de suportar as despesas sociais exigidas para um conjunto de serviços. Em 1 de janeiro de 2017, a população da UE foi estimada em 511,5 milhões de pessoas. Os jovens (0 a 14 anos) constituíam 15,6 % da população da UE, enquanto as pessoas consideradas em idade ativa (15 a 64 anos) representavam 64,9 % da população. Os idosos (65 anos ou mais) representavam uma percentagem de 19,4 % (um aumento de 0,2 % relativamente ao ano anterior e de 2,4 % em comparação com 10 anos antes). Nos Estados-Membros da UE, a percentagem mais elevada de jovens na população total em 2017 foi observada na Irlanda (21,1 %), enquanto a mais baixa registou-se na Alemanha (13,4 %). Relativamente à percentagem de pessoas com 65 anos ou mais, na população total, a Itália (22,3 %), a Grécia (21,5 %) e a Alemanha (21,2 %) registaram as percentagens mais altas, enquanto a Irlanda teve a percentagem mais baixa (13,5 %). Prevê-se, futuramente, que a população da UE aumente até atingir um pico de 528,6 milhões em 2050 e que diminua posteriormente, de forma gradual, para 518,8 milhões até 2080 (EUROSTAT, 2020).

Segundo os dados apresentados pelo Despacho nº 5988/2018 de 19 de junho de 2018, o envelhecimento da população portuguesa implicará, muito provavelmente, um número crescente de casos de demência atualmente estimado em mais de 150.000. De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), num relatório publicado sobre a demência, Portugal aparece como o quarto país com mais casos. Portugal está no final da tabela entre 45 países, com uma taxa de prevalência de demência de 19,9 casos por 100 mil habitantes. Prevê-se que em 2037 Portugal suba para o terceiro lugar. Dados apresentados no mesmo relatório, indicam que a percentagem de prevalência de demência em pessoas entre os 60 e 64 anos é relativamente reduzida, fixando-se em 1%. Mas esta percentagem salta para os 40% quando a população analisada tem uma idade superior a 90. O aumento da população com mais de oitenta anos de idade, leva a OCDE a estimar que o número de pessoas vítimas da doença chegue aos 41 milhões em 2050 (OCDE, 2018).

Santana et al. (2015) referem que a demência representa uma expressão clínica de diversas entidades patológicas, sendo a doença de Alzheimer a mais prevalente, responsável por até 70% dos casos diagnosticados. Os autores sublinham que, quer a incidência, quer a prevalência das demências aumenta com a idade. Atendendo a estes números, facilmente se deduz que a demência se constitui como uma condição cada vez mais representativa, preocupante e evolutiva, que atinge a sociedade nos tempos modernos.

Mediante o exposto, é de fulcral importância prestar cuidados adequados, isto é, cuidados diferenciados e centrados na pessoa com demência, de forma a preservar a sua funcionalidade durante o maior período de tempo possível e fomentar a sua qualidade de vida. É igualmente importante dar suporte e apoio aos cuidadores formais, através de programas psicoeducativos, com o intuito de lhes serem transmitidos os conhecimentos e as ferramentas necessárias para prestarem um cuidado de maior qualidade aos idosos com demência. Os cuidados diferenciados, em oposição aos cuidados convencionais, têm por base a abordagem centrada na pessoa com demência, que assenta no valor do indivíduo enquanto ser humano, centra-se na independência, no bem-estar e

no *empowerment* da Pessoa com Demência. A abordagem centrada na pessoa com demência assenta em quatro princípios fundamentais: ver a pessoa com demência enquanto cidadão com plenos direitos; prestar cuidados individualizados e adequados às necessidades da pessoa; planejar os cuidados pelo ponto de vista da pessoa e permitir que a pessoa permaneça um ser social. Posto isto, o objetivo geral deste estudo é perceber se existem cuidados de saúde adequados para as pessoas com demência e quais são esses cuidados, mapeando a literatura científica existente sobre o tema em análise.

De acordo com Santa et al. (2015) a demência é uma condição que acarreta uma elevada mortalidade e morbilidade, esta última associada à cronicidade intrínseca das demências. Em consequência disto, a condição de demência, segundo os mesmos autores, acarreta custos diretos e intangíveis muito elevados que se refletem numa enorme sobrecarga para os sistemas nacionais de saúde e também para a economia das famílias. Este trabalho de investigação revela-se de fundamental importância para a gestão em saúde na medida em que poderá permitir consciencializar a população portuguesa para esta realidade, ajudar na construção de maior literacia nesta área e, com isto, ser uma mais valia para não serem desperdiçados recursos (monetários e não monetários) importantes para tratar mais e melhor os doentes com demência. Dada a importância desta investigação, a mesma tem como ponto de partida a seguinte questão: como é feita a gestão dos cuidados diferenciados aos doentes portadores de demência?

O objetivo geral desta investigação assenta em perceber se existem cuidados de saúde adequados, diferenciados e centrados nas pessoas com demências e quais são esses cuidados, apresentado, no mesmo sentido de análise e através de uma Revisão Integrativa da Literatura, algumas estratégias de intervenção voltadas para o cuidado de indivíduos com demência e um programa Psicoeducativo para ajudantes de ação direta. Foram delineados alguns objetivos específicos, que a seguir se apresentam:

- Analisar estratégias de intervenção sobre cuidados de saúde para pessoas portadoras de demências;
- Apresentar estratégias sobre cuidados diferenciados aos doentes portadores de demência com base em evidência científica na área da saúde;
- Justificar a importância que estes cuidados diferenciados representam para a família, cuidadores formais e para o próprio doente.

Em relação à estrutura da presente investigação e da forma como se apresenta, a mesma encontra-se organizada em quatro partes distintas, respetivamente: a primeira parte do trabalho compreende o construto teórico, cuja finalidade é dar suporte teórico e científico ao objetivo delineado para este estudo. O construto teórico contempla quatro pontos chave que apresentam a fundamentação teórica, cuja função é fornecer informação indispensável para a correta compreensão do tema em análise. No primeiro ponto, apresenta-se o processo de envelhecimento, apontando alguns conceitos sob a perspetiva de diversos autores e alguns dados epidemiológicos. No segundo ponto, é feita também alusão às teóricas biológicas do envelhecimento, sendo as principais as de natureza genético-desenvolvimentista e as de natureza estocástica. O terceiro ponto é respeitante à

Gerontologia e à gestão dos cuidados nas demências. Por último, apresenta-se o grande foco deste trabalho, que é a demência, apontando alguns conceitos de demência igualmente sob a ótica de vários autores, suas características, sintomas e tipologias mais frequentes. A segunda parte desta investigação compreende a metodologia e tem como objetivo elucidar e dar a conhecer os procedimentos usados nesta pesquisa de Revisão Integrativa da Literatura, sendo eles, por ordem: formular uma questão de investigação, produzir um protocolo de investigação, definir os critérios de inclusão e exclusão de artigos científicos, desenvolver uma estratégia de pesquisa e pesquisar a literatura, selecionar os estudos, extração dos dados e apresentação dos resultados. A terceira parte recai sobre a discussão e análise dos resultados. A mesma tem como objetivo informar sobre os dados obtidos relativamente à questão empírica formulada no início do trabalho. A terceira parte deu origem à quarta e última parte do presente trabalho, onde são apresentadas as estratégias de intervenção para as pessoas portadoras de demências.

# **1. Construto Teórico**

## **1.1 Processo de envelhecimento**

Segundo Fonseca (2006) haverá poucas realidades tão universais como o envelhecimento. Ferreira, Maciel, Silva, Sá e Moreira (2010) enfatizam que envelhecer é um privilégio para quem alcança esta etapa do curso de vida. De acordo com Paúl (2001) foi sobretudo a partir da década de 80 que o estudo do envelhecimento começou a ganhar o seu estatuto científico. Foi também nesta altura que apareceram os primeiros manuais com sistematização de conhecimentos acerca do idoso e do envelhecimento, entendido como um processo.

A comparação das pirâmides etárias para 2017 e 2080 revela que a população da UE deverá continuar a envelhecer. Até 2080, a pirâmide terá mais a forma de um bloco, estreitando consideravelmente no meio (em torno dos 45-54 anos de idade). Outro aspeto relevante do envelhecimento demográfico é o envelhecimento progressivo da própria população idosa, à medida que a importância relativa das pessoas muito idosas cresce a um ritmo mais rápido do que qualquer outro segmento etário da população da UE (EUROSTAT, 2020).

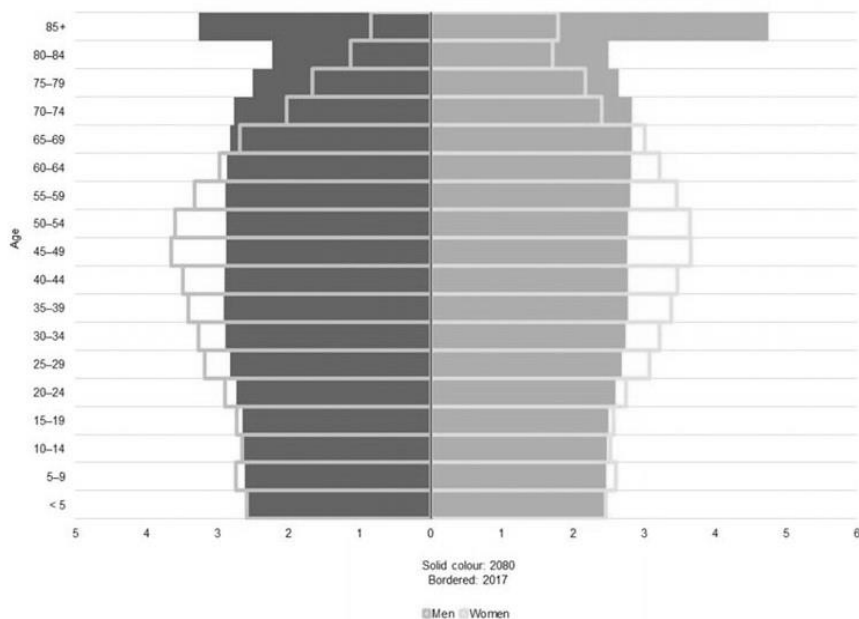


Figura 1: Pirâmides populacionais da UE: projeções para 2080.

Fonte: EUROSTAT (2020, p.8).

Segundo Carrilho e Patrício (2010), ao longo da primeira década do século XXI, a situação demográfica em Portugal caracterizou-se por um crescimento baixo da população, pela queda continuada da natalidade e da fecundidade e por um aumento notório da esperança de vida e longevidade. Na mesma perspetiva de análise, Nunes e Menezes (2014) mencionam que o envelhecimento acontece na maior parte dos países desenvolvidos, incluindo Portugal. Segundo os autores, esta situação surge como consequência de vários fatores de progresso, tais como: o contínuo desenvolvimento da medicina, a melhoria das condições de vida da população, o saneamento básico, o avanço da situação socioeconómica, uma alimentação mais adequada e até horários profissionais mais favoráveis. Nunes e Menezes (2014) salientam ainda que o envelhecimento no nosso país é uma realidade, que se faz sentir de uma forma mais clara sobretudo nas zonas rurais. Segundo Paúl (1997) a redução da natalidade, com o correspondente declínio da fecundidade, tem feito com que a percentagem de população jovem diminua e, conseqüentemente, o aumento da percentagem de população idosa. Deste modo, ocorre uma inversão do formato da pirâmide das idades, com uma base que vai reduzindo (pela diminuição da natalidade), fazendo contraste com o topo cada vez mais alargado. De acordo com Fernandes (1997) cit por Nunes e Menezes (2014) é possível então constatar dois tipos de envelhecimento: o da base e o do topo. O primeiro ocorre pela diminuição do número de jovens, enquanto que o segundo ocorre pelo aumento do número de idosos. Nunes e Menezes (2014) apontam, com base em estudos feitos nesta área, que em cada década há um crescimento acentuado do número de pessoas mais velhas e da percentagem destas sobre o total da população. Lopes e Gonçalves (2012) dizem-nos que será difícil de rejeitar a ideia de que o envelhecimento demográfico em Portugal, como no resto do mundo,

representa um conjunto de desafios não previstos em vários domínios de organização social, desde o mercado de trabalho até à esfera das relações familiares, passando pelo espaço público e político.

Fries e Pereira (2011) salientam que o envelhecimento orgânico humano pode ser caracterizado como senescência ou senilidade, ou seja, envelhecimento normal ou envelhecimento patológico, respetivamente. Segundo Brink (2001) e Papaléo Netto (2002) cit por Fries e Pereira (2011), a senescência é caracterizada como um processo fisiológico com transformações que ocorrem normalmente com o passar dos anos enquanto que a senilidade significa a presença de doenças crónicas ou outras alterações que podem acometer a saúde do idoso. De acordo com Teixeira e Guariento (2010) o termo senescência descreve um período de mudanças induzidas pela passagem do tempo que provocam efeitos deletérios e irreversíveis no organismo.

Carvalho Filho e Papaléo Netto (2006) e ainda Uchôa (2003) cit por Ferreira et al. (2010) apontam que a literatura científica apresenta distintos conceitos para o envelhecimento, que têm considerado diferentes aspetos do desenvolvimento humano tais como o biológico, psicológico, social e cultural. No entanto, segundo a ordem de ideias dos mesmos autores, ainda não é possível formular uma definição de envelhecimento que envolva toda a problemática e todos os caminhos que levam um indivíduo a envelhecer e como o processo de envelhecimento é entendido e vivenciado pelos próprios idosos e sociedade em geral. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2015) citada por Guimarães, Malena, Limborço-Filho e Martins (2018) o envelhecimento é um fenómeno constituído por mudanças complexas, mas que não são lineares, nem consistentes e, portanto, são fracamente associadas com a idade cronológica. Esta definição deve-se aos mecanismos aleatórios do envelhecimento, reforçando que as alterações são gravemente influenciadas pelo ambiente e comportamentos do sujeito. Ávila, Guerra e Meneses (2007) cit por Ferreira et al. (2010) descrevem o envelhecimento como um fenómeno do processo da vida, tal como a infância, a adolescência e a maturidade, marcado por mudanças biopsicossociais específicas, decorrentes da passagem do tempo, que varia de indivíduo para indivíduo. Os autores indicam ainda que este processo pode ser determinado geneticamente ou receber influências do estilo de vida de cada indivíduo, do meio ambiente e da situação nutricional de cada um. Ao encontro do conceito destes autores vai também o conceito da Direção Geral da Saúde (2004), referindo-se ao envelhecimento humano como um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida. Ávila e colaboradores (2007) citados por Ferreira et al. (2010) referem, de uma forma geral, que o envelhecimento pode ser entendido como os efeitos causados pela idade, no organismo dos indivíduos, ao longo da sua vivência, desde o nascimento.

Segundo Simas, Granzoti e Porsch (2019) o envelhecimento é um processo biológico heterogêneo, progressivo, deletério e irreversível no qual ocorrem modificações que reduzem a capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, permitindo o surgimento das doenças crónicas, como a obesidade, que gera, por sua vez, complicações secundárias como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e osteoartrites, com impacto sobre a saúde e a qualidade de vida do idoso, aumentando a vulnerabilidade e risco de morte.

Silva (2017) entende o envelhecimento como sendo um processo que tem especificidades próprias, do qual resulta a velhice. Numa perspectiva de curso de vida, dita *lifespan*, a autora refere-se ao envelhecimento como sendo um processo que acompanha o desenvolvimento, que vai a par com este. Durante o nosso ciclo de vida desenvolvemo-nos e, ao mesmo tempo, envelhecemos. Na ótica de Silva (2017) o envelhecimento não se limita apenas ao que ocorre na chamada velhice. É um processo que acompanha o indivíduo em toda a sua evolução, desde que nasce até que morre. A autora sublinha que é necessário atender ao percurso de vida e a uma multiplicidade de variáveis biológicas, psicológicas, sociais e contextuais para que se possa compreender um adulto mais envelhecido. Silva (2017) cita Fernández-Ballesteros (2009) que afirma que “Quem viu um velho, viu um só velho”, o que significa que o grupo dos adultos envelhecidos é o grupo etário mais heterogêneo de todos porque cada um destes indivíduos acumulou diferentes experiências que os afastam e diferenciam necessariamente dos outros.

Lana e Schneider (2014) definem o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, em que há modificações de diversas ordens: morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Estas alterações levam a uma perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, assim como maior prevalência de processos patológicos. Segundo os mesmos autores, ocorre também a perda do papel social, rendimento e produtividade, posição social, independência e estrutura anatômica. Em consequência de tudo isto, o envelhecimento leva a uma maior vulnerabilidade a fatores internos e externos, que predispõem ao risco de morbimortalidade.

Segundo Mercadante (1997) cit por Ávila, Guerra e Meneses (2007), nos dias de hoje as qualidades atribuídas aos velhos que definem o seu perfil identitário são estigmatizadoras e produto ideológico da sociedade. Os próprios velhos conhecem e partilham desta ideologia que os define em geral, mas não em particular. Beauvoir (1990) cit por Ávila et al. (2007) diz-nos que a velhice enquanto destino biológico é uma realidade inquestionável, embora o destino psicossocial da pessoa idosa seja uma realidade socialmente construída, segundo o contexto sócio-político-cultural no qual ela se insere. Groisman (2002) cit por Ávila et al. (2007) defende que o envelhecimento não parece ser definido pela idade da pessoa, mas sim pelos efeitos que a idade causa no organismo. No seguimento da sua perspectiva, refere que nem a idade nem o envelhecimento são observáveis, mas sim estimados por uma consideração conjunta de todas as suas consequências desde o nascimento. Complementando esta abordagem, Messy (1999) cit por Ávila et al. (2007) ressalta que, quer a velhice, quer o momento em que esta ocorre, não são rígidos; é algo que varia de pessoa para pessoa, de acordo com o momento da vida e os seus acontecimentos. Ávila et al. (2007) trazem ainda uma outra contribuição importante, mencionando que a velhice pode ser entendida, por um lado, com uma representação social; por outro, como uma construção individual e vivencial. Os autores defendem ainda que a velhice é uma trajetória marcada por infinitas experiências que são norteadas por valores, metas, crenças e formas próprias que o idoso utiliza para interpretar o mundo. Messy (1999) cit por Ávila et al. (2007) comenta que podemos ser velhos, ver-nos como velhos, sem nunca nos sentirmos velhos.

Neri (2006) apresenta-nos, no seu aporte teórico, o paradigma *lifespan* desenvolvido por Paul B. Baltes (1939-2006), apresentando o envelhecimento como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças orquestradas por influências genético-biológicas e sócio-culturais, de natureza normativa e não-normativa, marcado por ganhos e perdas concorrentes e por interatividade indivíduo-cultura e entre os níveis e tempos das influências. Neri (2006) refere que o desenvolvimento e envelhecimento bem-sucedidos baseiam-se em seleção de metas, otimização dos meios para atingir essas metas e procura de compensações quando os meios que existem ao dispor estiverem ausentes ou serem até inexistentes. De acordo com Baltes e Smith (2004) cit por Neri (2006), o paradigma *lifespan* é de índole pluralista, uma vez que considera múltiplos níveis, temporalidades e dimensões do desenvolvimento, é transacional, dinâmico e contextualista. O paradigma *lifespan* compreende uma sequência de mudanças previsíveis, de natureza genético-biológica, que ocorrem ao longo das idades, e, por isso, são chamadas de mudanças graduadas pela idade; este paradigma compreende também uma sequência de mudanças psicossociais previsíveis, determinadas pelos processos de socialização aos quais as pessoas de cada coorte podem ser submetidas. São as influências graduadas pela história. O modelo *lifespan*, apresenta, por último, uma sequência não previsível de alterações, por influências biológicas e sociais, denominadas influências não normativas. (Baltes, Cornelius, & Nesselroade, 1979; Baltes, Reese, & Lipsitt, 1980; Lerner, 1983) citados por (Neri, 2006). Neri (2006) apresenta-nos exemplos das primeiras, tais como: a maturação neurológica dos cinco primeiros anos, a puberdade e o climatério. As segundas, segundo Neri (2006) são ilustradas pelo ingresso na escola, o casamento e a reforma. Por último, as influências não normativas, de acordo com Neri (2006) têm como exemplos a perda do emprego, a viuvez na idade adulta, acidentes, doenças e morte de um filho. Posteriormente, foram elaboradas abstrações mais refinadas sobre a atuação conjunta dos determinantes genético-biológicos e socioculturais do desenvolvimento, que referem: 1) a arquitetura da ontogenia e a interação dinâmica entre fatores biológicos e culturais mudam ao longo da vida; 2) há diferente alocação de recursos ao longo da vida, com ênfase no crescimento (na infância) e na manutenção e regulação das perdas na velhice; 3) ocorre atuação sistémica de mecanismos de seleção, otimização e compensação na promoção do desenvolvimento e envelhecimento bem sucedidos ou adaptativos. (Baltes, 1987; Baltes, 1997, Baltes & Smith, 2003, Baltes & Smith, 2004, Li & Freund, 2005) citados por (Neri, 2006).

Scoralick-Lempke e Barbosa (2012) dizem-nos que a perspectiva *lifespan* é um marco teórico essencial no estudo do envelhecimento, uma vez que colaborou para mudar a concepção de que o idoso é um ser passivo e doente, ressaltando a possibilidade de desenvolvimento durante todo o curso da vida. Segundo os investigadores, este paradigma também destacou a heterogeneidade na velhice, enfatizando a importância de atividades para a manutenção do envelhecimento saudável. A aquisição de novas aprendizagens tem sido considerada uma tarefa importante nesse sentido, uma vez que pode otimizar as capacidades cognitivas e favorecer a rede de suporte social do idoso. A perspectiva *lifespan* é uma abordagem de orientação dialética que tem colaborado expressivamente para as mudanças de paradigma acerca da velhice (Baltes, 1987; P.B. Baltes & M.M. Baltes, 1990) citados por Scoralick-Lempke e Barbosa (2012). De acordo com Baltes (1987)

cit por Scoralick-Lempke e Barbosa (2012), a perspectiva *lifespan*, a partir de uma gama de pressupostos sobre o desenvolvimento humano, concebe o envelhecimento como um processo multideterminado e heterogêneo, que pode ser categorizado em três tipos: normal, referindo-se às alterações típicas e inevitáveis ao envelhecimento; patológico, em que se encontram os casos de doenças, disfuncionalidade e descontinuidade do desenvolvimento; e ótimo ou saudável, caracterizado por um ideal sociocultural de excelente qualidade de vida, funcionalidade física e mental, baixo risco de doenças e incapacidade, bem como engajamento ativo com a vida. Baltes et al. (1980) e Baltes (1987), cit por Scoralick-Lempke e Barbosa (2012), apontam o desenvolvimento psicológico como um processo que se estende por toda a vida. Nenhuma condição especial de maturidade é assumida como princípio geral, assim como nenhum período no curso da vida detém supremacia na regulação da natureza do desenvolvimento. Portanto, em todas as fases, o ser humano pode desenvolver habilidades que o auxiliem na sua capacidade adaptativa. Segundo Neri (1995) cit por Scoralick-Lempke e Barbosa (2012) a aquisição, a manutenção, o aperfeiçoamento e a cessação dos comportamentos sociais e cognitivos são processos que podem originar-se em qualquer etapa, uma vez que nem todas as mudanças do desenvolvimento estão ligadas à idade. De acordo com a perspectiva *lifespan*, o desenvolvimento e a manutenção de padrões efetivos de envelhecimento (Baltes et al., 1980; Baltes, 1987) cit por Scoralick-Lempke e Barbosa (2012) defendem que não somente dependem de determinantes de natureza genético-biológica, mas também são influenciados por fatores socioculturais. Scoralick-Lempke e Barbosa (2012) referem que para que o desenvolvimento se estenda até idades mais avançadas, é necessária a disponibilidade de recursos culturais. Na ótica dos investigadores, a oferta de programas que forneçam atividades e estímulos para os idosos parece ser, portanto, importante nessa fase da vida, com o intuito de que eles possam desfrutar de um envelhecimento equilibrado entre os declínios, decorrentes do próprio processo, e os benefícios, que podem ser proporcionados através dessas estratégias.

Macedo e da Silva (2017) expõem que a partir da perspectiva *lifespan* foi percebido que o desenvolvimento humano passa por mudanças que são regidas por influências de cunho biológico e social, categorizadas por influências normativas ou não-normativas. Os autores afirmam que os eventos não-normativos vão exigir do sujeito uma capacidade de adaptação e enfrentamento às situações adversas ocorridas ao longo da trajetória de vida. Assim, é necessário e importante abarcar o tema da resiliência e plasticidade como influenciadoras do processo do envelhecimento e da sua qualidade de vida. Lerner, Dowling e Roth (2003) cit por Neri (2006) enfatizam que o paradigma *lifespan* é a corrente dominante da psicologia do envelhecimento e é adotado por um número crescente de investigadores da psicologia da infância e da adolescência.

Ribeiro (2012) alega que o envelhecimento ativo constitui, nos dias de hoje, um conceito científico complexo, um propósito para a maioria dos indivíduos e um indiscutível objetivo político. Farias e Santos (2012) expõem que o envelhecimento ativo é uma ideologia que se aplica tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. A World Health Organization (2002) define o envelhecimento ativo como um processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança visando

melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Na opinião de Ballesteros (2011) citada por Ribeiro (2012) o conceito de envelhecimento ativo constitui-se como um modelo de intervenção central nas sociedades ocidentais que enfrentam um acentuado envelhecimento demográfico. Este conceito inclui, na sua origem, premissas clássicas no âmbito da Gerontologia, preconizando a participação contínua dos mais velhos na sociedade, dando especial relevância e ênfase aos conhecimentos e competências destes enquanto recurso vital para a sociedade. A autora sublinha que este conceito, na sua globalidade, se assume como um novo paradigma que tem por objetivo alterar perspetivas e estereótipos negativos associados ao envelhecimento e aos idosos. Almeida (2007) dá-nos o seu contributo teórico em relação ao conceito de envelhecimento ativo, referindo que a abrangência do mesmo assim definido e, em particular, a explícita referência às suas múltiplas vertentes e determinantes, constitui uma das suas grandes virtualidades. Infelizmente, na ótica da mesma autora, tal abrangência parece tender a perder-se facilmente nas apropriações mais usuais deste termo, que o remetem na sua maioria para questões como o exercício físico ou o prolongamento das atividades produtivas. Almeida (2007) refere que a ideia de atividade nesta conceptualização tem conotações que vão muito além da atividade física ou o prolongamento das atividades produtivas: a participação social, económica, espiritual, cultural e cívica. Outros investigadores, partilham da mesma opinião, como por exemplo Boudiny e Mortelmans (2011), Marhánková (2011) e Ranzijn (2010) citados por Ribeiro (2012), dizendo que o conceito de envelhecimento ativo se afigura nebuloso e inespecífico. Holstein e Minkler (2007) cit por Ribeiro (2012) fazem alusão às possíveis repercussões negativas deste conceito, de índole opressiva, ao preconizar ideias de funcionamento que poderão não ser atingíveis por toda a população idosa.

Neste sentido, Silva (2017) apresenta-nos o conceito de envelhecimento consciente:

Envelhecimento consciente, resultante da tomada de conhecimento e na consciência da diminuição das próprias competências, sejam elas cognitivas, físicas ou outras, constituindo impedimentos à funcionalidade autónoma, ao exercício da função executiva — associada ao comportamento independente com um objetivo, com a função de servir o próprio, implicando planeamento, inibição do não relevante e flexibilidade (p.8).

Baltes e Carstensen (1996) cit por Almeida (2007) preconizam que envelhecer implica dificuldades e necessidades específicas a que é preciso atender, mas também reservas e potencialidades que importa explorar e maximizar. Na opinião dos mesmos investigadores, qualquer visão que negue quer as perdas inevitáveis que o envelhecimento acarreta, quer as possibilidades de ganhos e satisfação que comporta, é potencialmente prejudicial, por não fazer justiça ao carácter multifacetado e heterogéneo da realidade. Na opinião de Farias e Santos (2012), para se envelhecer de uma forma positiva, as oportunidades de saúde, participação e segurança devem ser contínuas ao longo da vida, a fim de se garantir que o envelhecimento seja permeado pela independência e autonomia. Na ótica das mesmas autoras, as políticas e os programas de saúde devem ser baseados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas mais velhas.

Na visão de Silva (2017) os velhos do presente são certamente diferentes dos velhos do passado. Os velhos do futuro irão ser igualmente diferentes, porque cada geração traz necessariamente para a velhice a sua própria história, bagagem de vida e os seus valores que influenciarão e serão influenciados pela cultura social da época em que viveram.

## 1.2 Teorias Biológicas do Envelhecimento

De acordo com Farinatti (2002) a entrada na velhice depende de uma panóplia de aspetos que vão além da mera cronologia. Segundo o mesmo autor, cada indivíduo reage de forma única ao avanço da idade. Na ótica de Fries e Pereira (2011) o processo de envelhecimento é um fenómeno bastante complexo que envolve uma variedade de fatores. Em consequência do exposto, são elaboradas várias hipóteses e teorias com o intuito de explicar o desencadeamento e origem deste processo. De acordo com as mesmas autoras, esta variedade de teorias provém dos vários pontos de discussão que surgem no momento de estabelecer os fatores envolvidos no processo de envelhecimento, assim como do próprio entendimento desse fenómeno complexo. Farinatti (2002) refere que as teorias biológicas do envelhecimento abordam o mesmo sob a ótica da degeneração da função e estrutura das células e sistemas orgânicos. O autor acopla estas teorias em dois grupos: as de natureza genético-desenvolvimentista e as de natureza estocástica. As primeiras, encaram o envelhecimento como um continuum controlado geneticamente e, talvez, programado. Algumas correntes científicas associam essa provável programação a um desequilíbrio neuro endócrino, ocasionando uma diminuição da funcionalidade dos sistemas orgânicos. As teorias estocásticas, ainda sob a ótica de Farinatti (2002) especulam que o envelhecimento dependeria do acúmulo de agressões provenientes do meio ambiente que alcançam um nível de incompatibilidade com a manutenção das funções orgânicas e da vida.

Alguns exemplos são as correntes que defendem a existência de mutações genéticas somáticas progressivas ou erros da cadeia de síntese proteica em virtude da influência de radiação ou substâncias específicas (p.130).

Ao encontro da classificação de Farinatti (2002) vai a classificação de Teixeira e Guariento (2010), agrupando igualmente as teorias biológicas do envelhecimento em teorias programadas e teorias estocásticas. Weinert e Timiras (2003) cit por Teixeira e Guariento (2010) mencionam que o princípio onde se baseiam as teorias programadas é a existência de “relógios biológicos” responsáveis pela regulação do crescimento, da maturidade, senescência e morte. Ainda segundo a perspectiva de análise dos autores anteriormente mencionados, o princípio das teorias estocásticas é a identificação de problemas e disfunções que induzem a danos moleculares e celulares, aleatórios e progressivos.

De acordo com Mota, Figueiredo e Duarte (2004), a maior ou menor velocidade de envelhecimento do organismo resulta da interação entre o genoma e os fatores estocásticos. Os autores apontam que se a capacidade de adaptação do organismo for reduzida ou se a ação dos fatores estocásticos

for excessiva, o resultado poderá ser um desequilíbrio excessivo, que aumentará a suscetibilidade para o acúmulo de lesões e défices celulares, resultando no fenómeno de envelhecimento celular, tecidual e orgânico. Estes investigadores dividem também as teorias do envelhecimento em teorias genéticas e estocásticas. Dentro do grupo das teorias genéticas, Mota et al. (2004) incluem: a teoria da velocidade de vida, teoria do envelhecimento celular, teoria dos telómeros, teoria da mutagénese intrínseca, teoria neuroendócrina e teoria imunológica. Para estes estudiosos, as teorias estocásticas sugerem que a perda de funcionalidade que acompanha o processo de envelhecimento é causada pela acumulação aleatória de lesões em moléculas vitais, em conjunto com a ação ambiental, provocando um declínio fisiológico progressivo. Neste grupo de teorias, os autores destacam: a teoria das mutações somáticas, a teoria do erro-catástrofe, e teoria da reparação do DNA, a teoria da quebra de ligações, a teoria da glicosilação avançada e a teoria do stress oxidativo.

Teixeira e Guariento (2010) citam Weinert e Timiras (2003) que acoplam as teorias genéticas e estocásticas em três grupos distintos: teorias evolutivas, moleculares-celulares e sistêmicas. Dentro do primeiro grupo, os autores incluem a teoria do acúmulo de mutações, pleiotropia antagonista e a teoria do soma descartável; no segundo grupo, incluem a teoria do erro-catastrófico, mutações somáticas, senescência celular/telómeros, radicais livres/DNA, glicosilação (AGEs)/ligações cruzadas e teoria da morte celular. Por último, no terceiro grupo de teorias, os investigadores incluem a teoria neuroendócrina, neuroendócrina-imunológica e ritmo/velocidade da vida.

Teixeira, Feio e Figueira (2014) referem que existem teorias de diversas áreas, nomeadamente, da Filosofia, da Sociologia, Psicologia, Biologia e Física que tentam explicar os mecanismos do envelhecimento. Estes investigadores fazem também a divisão das teorias biológicas em programadas e estocásticas.

De entre as teorias mais aceites e estudadas, encontra-se a Teoria dos Radicais Livres. Segundo Fries e Pereira (2011) foi introduzida pela primeira vez em 1956, pelo médico norte-americano Denham Harman. Teixeira e Guariento (2010) salientam que esta teoria postula que o envelhecimento ocorre em consequência dos efeitos deletérios nos organelos celulares, causados pelas espécies reativas de oxigénio. No seguimento desta ordem de ideias Fries e Pereira (2011), acrescentam que esta teoria, propõe que o envelhecimento normal seja resultado de danos intracelulares aleatórios provocados pelos radicais livres. Segundo as autoras, os radicais livres são moléculas instáveis e reativas, que atacariam as diferentes biomoléculas do organismo à procura de estabilidade. De acordo com Simas et al. (2019), quando um radical livre não encontra nenhum outro radical livre para se ligar na tentativa de obter estabilidade, eles captam elétrons de outras moléculas saudáveis. Ainda sob a ótica dos mesmos investigadores, a molécula que perdeu o elétron transforma-se então em outro radical livre, iniciando-se uma reação em cadeia, que danificará muitas células, podendo ter carácter ilimitado, se não houver a intervenção dos antioxidantes. Este processo é chamado de oxidação e provoca morte celular. Teixeira e Guariento (2010) sublinham que existem sistemas antioxidantes enzimáticos e não enzimáticos que procuram preservar a integridade celular e neutralizar os danos provocados pelas espécies reativas. No entanto, segundo as mesmas autoras, existe uma possibilidade que erros na síntese de enzimas

contribuam para aumentar a produção de espécies reativas de oxigênio, levando a célula ao desequilíbrio entre oxidantes e antioxidantes, situação chamada de *stress* oxidativo. Teixeira et al. (2014) mencionam que, em 1972, Denham Harman alargou a teoria do envelhecimento dos radicais livres propondo então a designação de teoria do envelhecimento do *stress* oxidativo. Fries e Pereira (2011) mencionam que a teoria dos radicais livres é a que tem merecido mais atenção por parte dos investigadores.

Segundo a contribuição teórica de Teixeira et al. (2014), de entre todas as teorias propostas para explicar e compreender o processo de envelhecimento biológico, a teoria do envelhecimento pelo *stress* oxidativo tem sido também uma das mais aceites e estudadas. De acordo com os autores, esta teoria pode denominar-se também como teoria do “paradoxo do oxigênio”, devido à contradição de o oxigênio ser essencial na vida aeróbica, mas ser também uma ameaça direta para todos os organismos. Na ótica dos mesmos estudiosos, as demências são doenças neurodegenerativas cujo aparecimento tem como principal fator de risco o envelhecimento. De acordo com estes investigadores, apesar de ainda não serem conhecidos os mecanismos exatos de lesão neuronal que conduzem às demências, dados recentes sugerem o envolvimento do *stress* oxidativo neste processo.

Teixeira et al. (2014) avançam que:

Estudos realizados em doentes com demência de Alzheimer têm demonstrado de modo consistente a presença de níveis aumentados de *stress* oxidativo nas regiões cerebrais afetadas pela doença, apresentando os neurónios dessas áreas um aumento de lesões oxidativas, redução do metabolismo energético e alterações da homeostasia celular do cálcio. Porém, a presença de níveis aumentados de *stress* oxidativo nesses doentes não implica necessariamente uma relação de causalidade com a neurodegeneração, uma vez que a maioria dos estudos é realizada em doentes com demência de Alzheimer já estabelecida, não sendo claro, por isso, se o *stress* oxidativo contribui para a lesão oxidativa ou se é apenas uma consequência associada à neurodegeneração (p.51-52).

Os autores, sublinham que ainda não é claro o papel do *stress* oxidativo na demência de Alzheimer, embora vários estudos sugere o seu envolvimento pelo menos na propagação da lesão celular, conduzindo assim à neuro degeneração. Simas et al. (2019) referem igualmente que as demências têm sido relacionadas à ação das espécies reativas de oxigênio. No entanto, segundo a ótica dos mesmos autores, além de o *stress* oxidativo ser gerado continuamente no nosso organismo, fruto de eventos estocásticos, este pode ser atenuado ou agravado mediante os comportamentos da vida diária.

### 1.3 Demência

Berger e Mailloux-Poirier (1995) citados por Antunes (2015) referem que envelhecer não é sinónimo de adoecer. Macedo e da Silva (2017) reforçam esta ideia salientando que envelhecer não é

necessariamente sinónimo de doença e inatividade. Pérez (2000) citado por Antunes (2015) sublinha que embora o envelhecimento normal não seja uma doença, ocasiona modificações progressivas e irreversíveis. Essas modificações conduzem a um aumento na suscetibilidade de contrair doenças, pois os idosos têm os seus mecanismos de defesa mais débeis, tornando-se pessoas mais vulneráveis. De acordo com Santos, Bessa e Xavier (2020) com o aumento da esperança média de vida, as doenças crónicas revelam-se um importante desafio de saúde pública, pois causam uma morbilidade muito elevada. Segundo estes investigadores, estas doenças podem provocar sérios graus de incapacidade que afetam os hábitos de vida, o bem-estar dos indivíduos e a economia do País. Ao encontro do contributo teórico de Santos et al. (2020) vai o de Tamai (2002) referindo um aumento da prevalência de doenças crónico-degenerativas em consequência do crescente envelhecimento populacional, como a doença de Alzheimer (DA) e outras demências irreversíveis, que se tornarão cada vez mais relevantes no âmbito da saúde pública. Atalaia-Silva, Ribeiro e Lourenço (2008) destacam que a síndrome demencial afeta prioritariamente os processos cognitivos e acarreta também a perda da capacidade funcional do idoso, resultando no comprometimento da qualidade de vida do paciente e da sua família. Zanini (2010) expõe que a senescência revela mudanças neuropsicológicas, como déficits cognitivos, alterações na memória, na velocidade de raciocínio, no sono, manifestação de episódios de confusão, além de distúrbios psicológicos e alterações nas atividades da vida diária, que podem relacionar-se com sintomas demenciais e depressivos. A autora afirma que é frequente a manifestação de depressão e demência nesta faixa etária.

Rovira e Mestre (2004) dizem-nos que o conceito de demência foi evoluindo ao longo da história da humanidade e da medicina. Na perspetiva destes investigadores, embora hoje não haja uma definição que expresse o seu universo sintomático e que englobe, na sua totalidade, a alteração da função cognitiva, a demência já era conhecida na antiguidade, onde já eram descritos transtornos intelectuais, os mais notórios, e transtornos de personalidade e comportamento, que acometem, em primeiro lugar, a capacidade de autogoverno e autonomia da pessoa e o autocuidado, posteriormente. De acordo com Caramelli e Barbosa (2002) demência pode ser definida como uma síndrome caracterizada por declínio de memória associado a déficit de pelo menos uma outra função cognitiva (linguagem, gnóscias, praxias ou funções executivas) com intensidade suficiente para interferir no desempenho social ou profissional do indivíduo. Ribeira, Ramos e Sá (2004) referem que a demência constitui um problema médico e social em crescimento, ocorrendo em todas as idades, mas aumentando nos mais idosos. Rovira e Mestre (2004) referem-se à demência como uma situação clínica na qual deixamos de ser quem éramos para nos tornarmos irreconhecíveis a nós mesmos e aqueles que se encontram à nossa volta. Rovira e Mestre (2004) destacam que a demência é um longo e doloroso processo de deterioração intelectual que se inicia com o esquecimento das coisas do quotidiano para acabar com a perda do eu. De acordo com Nunes (2005) a demência pode ser definida como o declínio de funções cognitivas, entre elas a memória, capacidade de raciocínio e de julgamento, na ausência de delírio ou perturbação de consciência, e persistente por um período não inferior a seis meses. Abreu, Forlenza e Barros (2005) abordam a demência como uma síndrome caracterizada pelo declínio progressivo e global das funções

cognitivas, na ausência de um comprometimento agudo do estado de consciência, e que seja suficientemente importante para interferir nas atividades sociais e ocupacionais do indivíduo. Brandt e Rich (1995) citados por Veras, Caldas, Dantas, Sancho, Sicsú, Motta e Cardinale (2007) apontam que demência é um termo geral dado a uma síndrome caracterizada por déficit cognitivo em múltiplas esferas não associado a prejuízo da consciência. Todas as demências têm em comum um grave prejuízo na habilidade de aprender novas informações. Allegri (2001) e Gorzoni e Pires (2006) citados por Araújo e Nicoli (2010) apontam que as síndromes demenciais podem ser classificadas em duas categorias, sendo elas as demências degenerativas e as demências não degenerativas. As primeiras, têm origem predominantemente cortical, como a doença de Alzheimer (DA); e subcortical, como a doença de Huntington. As segundas, são decorrentes de acidentes vasculares, processos infecciosos, traumatismos, deficiências nutricionais, tumores, entre outras patologias. Os mesmos autores acrescentam ainda que esta divisão entre demência cortical e subcortical é baseada na localização da lesão da enfermidade. Machado et al. (2006) e Caramelli e Barbosa (2002) citados por Araújo e Nicoli (2010) definem a demência como sendo uma síndrome caracterizada pelo declínio progressivo e global da memória, associado ao déficit de uma ou mais funções cognitivas, como linguagem, agnosia, apraxias, funções executivas, entre outras. Na ótica das mesmas autoras, estes déficits surgem com uma intensidade tal a ponto de interferirem no desempenho social e ocupacional diários de um indivíduo. Araújo e Nicoli (2010) apontam como principais alterações cerebrais nas demências: placas senis e emaranhados neurofibrilares, com comprometimento da neurotransmissão colinérgica e atrofia cerebral extensa. Araújo e Nicoli (2010) expõem que as demências, na sua maioria, são patologias de início insidioso e deterioração progressiva, podendo ser divididas em estádios conforme o acometimento. Barbosa, Cruz, Marques e Sousa (2011) apontam que os idosos com demência perdem progressivamente as suas capacidades cognitivas e motoras. Parmera e Nitrini (2015) definem a demência como uma condição na qual ocorre decréscimo cognitivo comparado a um nível prévio do indivíduo, com comprometimento das suas funções sociais e funcionais.

Santana et al. (2015) sublinham que a demência constitui a expressão clínica de várias entidades patológicas. Nunes (2005) elucida que a demência de Alzheimer representa 60% a 70% dos casos de demência. No entanto, segundo a mesma autora, existem múltiplas outras causas de síndrome demencial, capazes de provocar uma deterioração cognitiva e emocional de gravidade elevada, interferindo nas atividades de vida diária e na qualidade de vida. Ao encontro da contribuição teórica de Nunes (2005) vai a de Santana et al. (2015) expondo igualmente que a doença de Alzheimer é a mais prevalente, responsável por 50% a 70% dos casos. Nunes (2005) menciona que a demência é, sobretudo, uma patologia do envelhecimento, pois a sua prevalência é mais acentuada nos grupos mais idosos. No entanto, e consoante refere a autora, esta questão ainda não está totalmente clarificada, apesar do comprovado aumento de prevalência de demência nos grupos de idade mais avançada. Esta contribuição teórica vai novamente de encontro à de Santana et al. (2015), salientando que quer a incidência quer a prevalência da demência aumentam quase exponencialmente com a idade, duplicando aproximadamente a cada cinco anos. Atalaia-Silva et al. (2008) fazem alusão ao estudo Europeu EURODEM, que encontrou taxas de 2,5% de demência

na faixa etária de 65 anos e 85,6% na faixa acima dos 90 anos, o que vem comprovar os achados teóricos de Nunes (2005) e Santa et al. (2015). Conforme dados mais atualizados da *Alzheimer's Association*, citada por Guimarães et al. (2018) cerca de 60% a 80% dos casos de demência são do tipo Alzheimer. Nascimento e Figueiredo (2019) expõem que a demência é uma doença diretamente associada ao processo de envelhecimento, que se caracteriza por prejuízos cognitivos. Estes prejuízos cognitivos, segundo as autoras, afetam inicialmente a memória, a noção espaço-temporal, o raciocínio e a capacidade de julgamento. Em estádios mais avançados, Nascimento e Figueiredo (2019) referem que ocorre um comprometimento severo das capacidades cognitivas, aproximando-se da dependência total. De acordo com os resultados de um estudo transversal realizado por Santos et al. (2020) as perdas cognitivas decorrentes das demências são mais prevalentes na população feminina, em indivíduos com baixa escolaridade, indivíduos que não praticam atividade física e indivíduos de baixa condição económica, com idade avançada e em situação de fragilidade. Os mesmos investigadores fazem ainda alusão a outros fatores de risco associados às demências, tais como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão e baixos níveis de vitamina D, sendo este último um fator modificável.

A *Alzheimer Europe*, no seu relatório de 2018 publicado sobre a demência, revela que a Europa tem quase 10 milhões de pessoas com demência. O Relatório da *Alzheimer Europe* refere cerca de 194 mil casos de demência em Portugal em 2018, mais de dois terços atingindo mulheres. Neste ponto, o nosso país não escapa à tendência da Europa, com a doença a afetar desproporcionalmente as mulheres. Segundo este relatório, o número de casos vai aumentar, atingindo os 230 mil já daqui a cinco anos, em 2025. Em 2050, Portugal deverá ultrapassar a tendência de duplicação dos outros países da Europa. Dados publicados no relatório preveem a existência de 347 mil casos afetando a população Portuguesa. Isto significa que haverá um crescimento exponencial da prevalência das demências, sobretudo acima dos 80 anos – e sempre com maior impacto entre o género feminino (*Alzheimer Europe*, 2018).

O relatório de 2019 da *Alzheimer Europe* sobre a temática das demências, divulga que apesar da redução acentuada na prevalência da demência, o número de pessoas com demência na Europa deverá duplicar por volta de 2050. As mulheres continuam a ser desproporcionalmente afetadas pela demência: 6.650.228 mulheres para 3.130.449 homens com demência na Europa. O número de pessoas com demência na Europa irá quase duplicar por volta de 2050, sofrendo um aumento para 14.298.671 na União Europeia e 18.846.286 na Europa. Em Portugal, o número de pessoas com demência irá mais do que duplicar: de 193 516 em 2018 para 346 905 em 2050. No mesmo sentido, em termos de percentagem da população no seu todo, as pessoas com demência representarão 3,82% em 2050, enquanto que em 2018 representavam 1,88%. Um fator determinante desta mudança será um aumento significativo do número de pessoas com mais de 70 anos e, em particular, a faixa das pessoas com mais de 85 anos a qual mais do que duplicará entre 2018 e 2050 (*Alzheimer Europe*, 2019).

Segundo Santana et al. (2015) existe uma elevada morbilidade associada à cronicidade das demências. Esta elevada morbilidade acarreta custos diretos e indiretos muito elevados, que se

refletem numa enorme sobrecarga para os sistemas nacionais de saúde e também com um grande impacto na economia das famílias. De acordo com um estudo de caso levado a cabo por Veras et al. (2007), observou-se um grande impacto dos gastos com os demenciados. Constatou-se que as famílias incluídas neste estudo gastam à volta de 66% dos seus recursos com o cuidado do idoso demente. No estágio inicial, esse gasto gira em torno dos 75%, e, nos estádios mais avançados, 62%. Em casos de outras doenças crónicas associadas, os gastos chegam a cerca de 80% dos rendimentos das famílias. Segundo Veras et al. (2007) uma hipótese pode ser levantada para o facto de a proporção dos recursos consumidos com o idoso em estágio avançado ser ligeiramente menor que no estágio inicial: nas famílias que possuem rendimentos menores, com a progressão da doença, ocorreria um “desinvestimento” no tratamento e a prioridade passaria a ser o gasto mínimo necessário para a manutenção do cuidado. Isto pode ser reflexo de um esgotamento dos recursos com uma doença de curso crónico, sem perspectiva de solução. Na ótica dos mesmos investigadores, em grupos sociais com mais recursos, possivelmente há uma continuidade nos investimentos em tratamento e maior gasto com o cuidado. Veras et al. (2007) adiantam que os custos económicos da doença se devem a dois fatores: de um lado, à crescente necessidade de cuidados e à continuidade de atenção; por outro lado, ao cuidador que, com frequência, precisa de deixar o seu trabalho para cuidar do doente, o que implica a perda do seu rendimento, com os gastos cada vez mais a aumentar. Consoante Santos et al. (2020), o custo social dos cuidados da DA aumenta drasticamente com o aumento da severidade da doença, sendo a institucionalização o principal motivo. De acordo com os mesmos autores, as demências possuem origem multifatorial e são consideradas um problema de saúde pública com grande impacto nos gastos de saúde. Nascimento e Figueiredo (2019) salientam que a demência aparece como uma doença que vai além dos aspetos biológicos, pois afeta o doente e aqueles que lhe estão próximos, principalmente os familiares cuidadores.

## 1.4 Tipos de demência

Segundo Talmelli, Vale, Gratão, Kusumota e Rodrigues (2013) o crescimento do número de idosos observado em todo o mundo reflete-se no aumento de doenças crónicas e degenerativas responsáveis por danos às habilidades físicas, diminuição da qualidade de vida e sofrimento emocional do idoso e dos seus cuidadores. De acordo com Neto, Tamelini e Forlenza (2005) as síndromes demenciais são caracterizadas pela presença de déficite progressivo na função cognitiva, com maior ênfase na perda de memória e interferência nas atividades sociais e ocupacionais. Zanini (2010) refere que as quatro causas mais frequentes de demência são: a doença de Alzheimer (DA), a demência vascular (DV), demência com corpos de Lewy (DCL) e a demência frontotemporal (DFT). Conforme Guimarães et al. (2018) tais condições patológicas podem muitas vezes coexistir. De acordo com Parmera e Nitrini (2015) podem-se dividir as demências em categorias diversas: degenerativas e não degenerativas, corticais e subcorticais, com início precoce (ou pré-senil – antes dos 65 anos de idade) e tardio (a partir dos 65 anos), reversíveis ou irreversíveis, e rapidamente ou lentamente progressivas. De acordo com os mesmos autores, na sua maior parte, as demências têm início insidioso e evolução lenta. Na ótica de Ritchie et al. (2017) cit por Guimarães et al. (2018)

a patologia subjacente à demência é frequentemente degenerativa. Consoante o contributo teórico de Gil (2014) cit por Guimarães (2018) além de neurodegeneração, há uma gama de etiologias relacionadas à demência, como: medicamentos, alcoolismo, neoplasias, desnutrição, hipotireoidismo, hipocalcemia, traumatismos cranianos, infeções (HIV), inflamações, hemorragia cerebral, entre outros. De acordo com Ritchie et al. (2017) cit por Guimarães et al. (2018) a demência é uma síndrome progressiva de comprometimento cognitivo geral que resulta em declínio funcional. Guimarães et al. (2018) sublinham que as demências são classificadas no grupo de Transtornos Neurocognitivos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. Conforme Porto e Nitrini (2014) cit por Dias e de Melo (2020) queixas subjetivas de declínio cognitivo podem indicar a presença de CCL (comprometimento cognitivo leve), que se caracteriza como uma síndrome possível em várias patologias neurológicas e uma transição entre a cognição normal e as demências. Segundo os mesmos investigadores, idosos diagnosticados com CCL apresentam déficit leve em uma ou mais funções cognitivas, mantendo a sua capacidade funcional relativamente preservada. Caixeta e Teixeira (2014) cit por Dias e de Melo (2020) dizem-nos que o CCL é descrito na literatura como quadros de declínio cognitivo diferentes do esperado no envelhecimento normal, mas que também não preenchem critérios para serem classificados como demência. Petersen et al. (2014) cit por Dias e de Melo (2020) referem que o CCL distingue-se do envelhecimento normal, pois em testes de memória os idosos acometidos apresentam desempenho pior que o esperado para a idade, mas também se diferencia dos quadros demenciais uma vez que no CCL as AVDs geralmente não se encontram comprometidas. Studart Neto e Nitrini (2016) cit por Dias e de Melo (2020) apresentam-nos também o conceito de declínio cognitivo subjetivo, caracterizado por uma condição na qual o indivíduo se queixa de autopercepção de deterioração no desempenho cognitivo, mesmo não havendo comprovação objetiva através dos testes neuropsicológicos formais. Bredesen (2017) salienta que o déficit cognitivo subjetivo mantém-se muitas vezes durante cerca de uma década antes de progredir para um déficit cognitivo ligeiro. Araújo e Nicoli (2010) salientam a importantíssima ideia de que é fundamental priorizar cada paciente, a fim de promover o bem-estar, não somente individual, mas também para familiares e cuidadores. Stern (2013) e Cecchini (2017) cit por Dias e de Melo (2020) referem que as experiências ao longo da vida, tais como o grau de escolaridade, atividade profissional, hábitos saudáveis de alimentação e atividade física contribuem relativamente para melhores desempenhos das funções cognitivas na velhice. Na ótica dos mesmos investigadores, estes fatores colaboram para a formação de uma Reserva Cognitiva (RC) que possibilita ao cérebro adulto minimizar as manifestações clínicas de um processo neurodegenerativo.

#### **1.4.1 Doença de Alzheimer (DA)**

De acordo com Almeida (1997) as características básicas da DA foram descritas, no início do século XX, por Alois Alzheimer, que relatou o caso de uma senhora de 51 anos de idade que foi trazida à atenção médica devido a um quadro de delírio de ciúmes em relação a seu marido. Segundo Almeida (1997) nos meses que se seguiram, a sua memória deteriorou rapidamente e ela passou a apresentar parafasias, apraxia e desorientação espacial. A paciente faleceu quatro anos e meio após o início dos sintomas. Almeida (1997) revelou que o exame anatomopatológico mostrou um

cérebro claramente atrofiado e, microscopicamente, a presença de fusos neurofibrilares, placas senis e perda neuronal. Ribeiro et al. (2004) apontam que o início da DA é insidioso e a progressão lenta. Os distúrbios da linguagem podem ser um sinal precoce, progredindo até a afasia ou parafasia e défices de compreensão. A memória recente e a habilidade para adquirir nova informação são precocemente afetadas. Segundo as autoras, outros distúrbios comuns da função cortical incluem a apraxia, agnosia e alexia. Delírios e alucinações ocorrem em mais de 50% dos doentes.

Abreu, Forlenza e Barros (2005) fazem referência aos estádios da doença: inicialmente, o paciente demonstra dificuldade em pensar com clareza, com tendência a cometer lapsos e confundir-se facilmente, além de apresentar declínio no seu rendimento funcional em tarefas complexas. Na ótica dos investigadores, observa-se também tendência ao esquecimento de fatos recentes e dificuldade para registar novas informações. Larks (1993) cit por Abreu et al. (2005), aponta que à medida que a doença progride, o paciente passa a ter dificuldades para desempenhar as tarefas mais simples, como utilizar utensílios domésticos, ou ainda para vestir-se, cuidar da própria higiene e alimentar-se. Na fase mais avançada, segundo mencionam Abreu et al. (2005), o indivíduo acaba por perder a sua capacidade funcional de modo independente, o que o leva à dependência de um cuidador. Ainda segundo o aporte teórico dos mesmos estudiosos, o quadro agrava-se quando o paciente desenvolve e manifesta sintomas psicóticos ou alterações do comportamento, muitas vezes disruptivas, o que implica um enorme desgaste para o paciente e para o seu cuidador. Engelhardt et al. (2001) cit por Abreu et al. (2005), expõe que o óbito geralmente acontece após 10 a 15 anos de evolução da doença, devido a comorbidades clínicas associadas ou infeções, em indivíduos que foram ficando cada vez mais fragilizados devido à sua condição crónica. Laks (1997) cit por Abreu et al. (2005) refere que se observa uma perda gradual da autonomia do indivíduo em cada uma destas etapas sucessivas, acompanhadas de um aumento de necessidade de cuidados e supervisão de terceiros para os indivíduos em estado demencial.

De acordo com Burla et al. (2013) cit por Dias e de Melo (2020) a DA é a causa mais frequente de demência entre idosos, responsável por mais de 60% dos casos na faixa etária igual ou superior a 65 anos. Segundo estes estudiosos, a doença caracteriza-se por um processo degenerativo que acomete inicialmente a formação hipocampal, com posterior comprometimento de áreas corticais associativas e relativa preservação dos córtex (córtices) primários. Essa distribuição do processo patológico faz com que o quadro clínico da DA seja caracterizado por alterações cognitivas e comportamentais, com preservação do funcionamento motor e sensorial até às fases mais avançadas da doença. Consoante o contributo teórico de Zanini (2010) o primeiro sintoma da DA é, por norma, o declínio da memória, sobretudo para factos recentes (memória episódica), e desorientação espacial, aspetos cognitivos em grande parte dependentes da formação hipocampal. Consoante esta investigadora, esses sintomas instalam-se de forma insidiosa, com piora lentamente progressiva, embora períodos de relativa estabilidade clínica possam acontecer. Alterações de linguagem (principalmente anomia), distúrbios de planeamento (funções executivas) e de habilidades visuoespaciais surgem com a evolução do quadro. Ainda segundo Zanini (2010), na faixa pré-senil (antes dos 65 anos), os distúrbios de linguagem podem ser a manifestação predominante do processo demencial, enquanto sintomatologia psicótica (como ideias delirantes,

sobretudo de caráter de perseguição e alucinações) são geralmente mais frequentes nos pacientes mais idosos.

Em consonância com o aporte teórico apresentado por Engelhardt et al. (2001) cit por Araújo e Nicoli (2010), a DA é a causa de maior prevalência no grupo etário pré-senil e senil, e o seu aumento gradual é observado com o envelhecimento da população. De acordo com Luzardo, Gorini e Silva (2006) cit por Araújo e Nicoli (2010), a DA é representada por respostas cognitivas desadaptadas, devido a seu comprometimento cerebral extenso. Segundo Dourado (2006) e Forlenza (2005) cit por Araújo e Nicoli (2010), o comprometimento cognitivo é responsável pela perda da autonomia e capacidade de tomada de decisão, além de afetar o funcionamento social e ocupacional do indivíduo acometido pela doença. Conforme Allegri (2001) cit por Araújo e Nicoli (2010), a DA tem um curso clínico com um início insidioso e de deterioração progressiva, sendo o prejuízo de memória o evento clínico de maior impacto inicialmente. Galluci et al. (2005) cit por Araújo e Nicoli (2010) aponta que a DA pode ser dividida em três estádios: inicial, com duração de dois a três anos, com sintomas vagos e difusos, em que há perda de memória episódica e grande dificuldade de aprendizagem de novos eventos. Almeida (1997) cit por Araújo e Nicoli (2010) salienta que nos estádios intermediários, com duração de dois a dez anos, ocorrerá progressivamente uma afasia fluente (alteração ou perda da capacidade de falar ou de compreender a linguagem falada e/ou escrita), agnosia (dificuldade na nomeação de objetos e na forma de expressar ideias e palavras), e apraxia (incapacidade de executar movimentos voluntários coordenados, embora as funções musculares e sensoriais estejam conservadas). Almeida (1997) cit por Araújo e Nicoli (2010) frisa ainda que sintomas extrapiramidais podem ocorrer como: alterações na postura, aumento no tônus muscular, comprometimento da marcha e desequilíbrio. Consoante a contribuição literária de Mansur et al. (2005) cit por Araújo e Nicoli (2010) nos estádios terminais, de oito a doze anos, todas as funções cerebrais estão amplamente afetadas, verificando-se alterações marcantes no ciclo sono-vigília, alterações comportamentais, irritabilidade, agressividade, sintomas psicóticos, incapacidade para deambular, falar e realizar cuidados pessoais, ou seja, com progressiva deterioração da memória e da execução das atividades de vida diária (AVD), o que insere a DA entre os quadros progressivos irreversíveis. Podem aparecer sinais e sintomas neurológicos grosseiros, como hemiparesia espástica, rigidez importante e a deterioração corporal que é surpreendentemente rápida, apesar do apetite preservado. Forlenza (2005) cit por Araújo e Nicoli (2010) diz-nos que as principais alterações cerebrais características da DA são: placas senis ou neuríticas e os emaranhados neurofibrilares.

Parmera e Nitrini (2015) apontam que a DA é a forma mais frequente de demência nos idosos e a sua prevalência aumenta de forma expressiva com a idade. O envelhecimento é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da DA, embora outros fatores como histórico familiar e genética também influenciem. Os mesmos investigadores fazem alusão aos aspetos patológicos na DA: há atrofia cortical macroscópica, sobretudo em áreas do córtex associativo neocortical e regiões temporais mesiais (hipocampais). De acordo com Parmera e Nitrini (2015), na microscopia, observam-se emaranhados neurofibrilares intracelulares com proteína TAU e deposição de peptídeo B-amilóide em placas neuríticas extracelulares. Os autores salientam ainda que o exame

neuropatológico constitui o padrão-ouro para o diagnóstico de DA, observando-se a distribuição e a quantidade das lesões descritas. Parmera e Nitrini (2015) dizem-nos que, inicialmente, a principal característica do quadro clínico é o comprometimento de memória episódica, como, por exemplo, dificuldade de recordação de fatos recentes, repetição de perguntas e perda de objetos pessoais. Os investigadores evidenciam que, às vezes, apenas começa como comprometimento cognitivo leve amnésico, quando ainda não há comprometimento funcional e, portanto, síndrome demencial. Ocorre, posteriormente, envolvimento de áreas corticais associativas frontais, temporais e parietais. Existem outras formas clínicas de início da DA, inclusive formas não-amnésicas, sobretudo em casos de DA pré-senil. Parmera e Nitrini (2015) revelam que além das dificuldades para realizar atividades funcionais da vida diária, os sintomas comportamentais são bastante prevalentes, sobretudo apatia, depressão e agitação psicomotora. Os investigadores adiantam que com o avançar da doença há prejuízo para realizar atividades básicas da vida diária, o paciente torna-se incapaz de realizar a sua própria higiene pessoal, de alimentar-se ou vestir-se. É possível durante a evolução do quadro clínico encontrar-se parkinsonismo, mioclonias, e até mesmo crises epiléticas. Em termos genéticos, Bredesen (2017) fala-nos nas pessoas que são portadoras de uma variante genética (alelo) chamada ApoE4 (ApoE é o diminutivo de apolipoproteína E); uma apolipoproteína é uma proteína que transporta lípidos, ou seja, gordura. Segundo o neurologista e neurocientista Bredesen (2017) a ApoE4 é o fator de risco genético mais forte conhecido de DA. De acordo com este investigador, possuir uma ApoE4 (que foi herdada de um progenitor) aumenta o risco de ter DA para 30%, enquanto que possuir duas cópias (herdar cópias dos dois progenitores) aumenta o risco para mais de 50%.

De acordo com a contribuição teórica de Guimarães et al. (2018) a DA caracteriza-se por uma patologia neurodegenerativa incurável, de estabelecimento gradual, curso progressivo e insidioso que inevitavelmente resultará em danos aos processos cognitivos e, portanto, na incapacitação do sujeito em estádios avançados. Segundo os autores, os principais biomarcadores para a DA são as placas senis, formadas principalmente pelo acúmulo da proteína beta-amiloide e as proteínas tau hiperfosforilizadas. Gil (2014) cit por Guimarães et al. (2018) diz que na DA existem mais três tipos de proteína tau, que são anormais. Estas proteínas são hiperfosforilizadas e responsáveis pela formação dos emaranhados neurofibrilares intracelulares que bloqueiam o fluxo axonal.

Sant'Ana, Garcia Filho, Mendonça e Kamada (2018) salientam que a DA é a patologia neurodegenerativa mais frequente associada à idade, cujas manifestações cognitivas e neuropsiquiátricas resultam em deficiência progressiva e incapacitação.

### **1.4.2 Demência Vascolar (DV)**

Segundo Caramelli e Barbosa (2002), a DV é a segunda causa mais frequente de demência nos países ocidentais. Engelhardt, Tocque, André, Moreira, Okamoto e de Sá Cavalcanti (2011) referem que a DV é mais prevalente em homens e representa de 15% a 20% dos casos de demências em idosos. De acordo com o aporte teórico de Ribeiro et al. (2004) a ocorrência de múltiplos acidentes vasculares cerebrais pode condicionar uma deterioração das capacidades cognitivas e produzir uma verdadeira demência, muitas vezes designada como demência multienfartes. Ribeiro et al. (2004)

apontam que a demência vascular é clinicamente reconhecida em doentes com história de AVC, sinais neurológicos focais ou enfarte nos exames imagiológicos. Segundo estes investigadores, os défices cognitivos associados dependem do local da lesão. Os acidentes dos grandes vasos causam défices corticais (afasia) e défices focais (hemianopsia e hemiparesia). Os múltiplos enfartes dos pequenos vasos têm uma apresentação clínica subcortical com esquecimento e défices da função de execução. Caramelli e Barbosa (2002) apontam alguns dos fatores de risco para a DV: processos de aterosclerose e doenças relacionadas; idade; hipertensão arterial; diabetes; dislipidemia; tabagismo; doenças cérebro e cardiovasculares, entre outros.

Para Zanini (2010) o termo demência vascular (DV) tem conotações amplas, referindo-se aos quadros demenciais causados pela presença de doença cerebrovascular (DCV). Engelhardt et al. (2001) citados por Araújo e Nicoli (2010) referem que estas doenças podem ser aceites como fatores desencadeadores para a evolução das demências. Segundo Zanini (2010), o termo DV é mais comumente utilizado quando associado aos efeitos de grandes lesões tromboembólicas (demência por múltiplos enfartes), mas inclui também os estados lacunares e as lesões únicas em locais estratégicos (tálamo, giro angular esquerdo, núcleo caudado), demência associada a lesões extensas da substância branca (doença de *Binswanger*), angiopatia amilóide e demência por acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos.

Araújo e Nicoli (2010) salientam que tipicamente a demência vascular (DV) apresenta um início mais agudo que a DA, com curso de deterioração em degraus, com períodos abruptos seguidos de períodos de estabilidade. Galucci et al. (2005) cit por Araújo e Nicoli (2010) referem a importância de saber que os pacientes que apresentam DV possuem lesões do tipo subcortical, ou seja, degenerativas, nos quais os sintomas primários são os déficits nas funções executivas ou focais múltiplas. Carvalho (2000) cit por Araújo e Nicoli (2010) menciona que durante o curso da doença existe a preservação da personalidade até aos estádios mais avançados.

Parmera e Nitrini (2015) apontam que a fisiopatologia no comprometimento cognitivo vascular (CCV), termo bastante utilizado atualmente, envolve alterações em vasos cerebrais pequenos, acometendo a substância branca cerebral, chamada de leucoaraiose, assim como enfartes pequenos estratégicos ou extensos, e lesões subcorticais extensas, com comprometimento de redes neurais. Segundo os mesmos autores, os principais fatores de risco para doença vascular cerebral são hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia e tabagismo. De acordo com Parmera e Nitrini (2015) estudos epidemiológicos têm demonstrado que estes também são fatores de risco para DA, e estudos neuropatológicos mais atuais demonstram que a associação de alterações vasculares cerebrais e doença de Alzheimer é muito frequente. No entanto, na ótica destes estudiosos, ainda é incerto se os fatores de risco para doença vascular aumentam o risco de DA ou agravam e antecipam as manifestações clínicas da DA devido à presença concomitante de lesões vasculares. Parmera e Nitrini (2015) apontam que a DV pode progredir mais devagar que a DA, no entanto a taxa de mortalidade por DV é mais alta, embora com o advento de melhores terapêuticas para o acidente vascular cerebral (AVC) e para os fatores de risco o panorama possa vir a alterar-se.

### 1.4.3 Demência com corpos de Lewy (DCL)

Caramelli e Barbosa (2002) avançam que a demência com corpos de Lewy (DCL) corresponde à terceira causa mais frequente de demência em estudos de autópsias realizados em vários centros de pesquisa. Conforme Bertelli, Bianchi e Cruz (2009) cit por Dias e de Melo (2020) a DCL corresponde entre 15% a 20% dos diagnósticos de demências em idosos. Segundo os autores, a DCL caracteriza-se clinicamente por um quadro de demência em que ocorrem: flutuação dos déficits cognitivos em questão de minutos ou horas, alucinações visuais bem detalhadas, vívidas e recorrentes e sintomas parkinsonianos, geralmente do tipo rígido acinéticos, de distribuição simétrica. De acordo com os investigadores, duas das manifestações acima descritas são necessárias para o diagnóstico de DCL provável. No que respeita ao declínio cognitivo na DCL, os autores mencionam que este é progressivo e interfere na capacidade funcional do indivíduo (funções executivas, capacidade de resolução de problemas e atividades de vida diária). A atenção, as funções executivas e as habilidades visuoespaciais são os domínios cognitivos mais comprometidos nas fases iniciais, com relativa preservação da memória. Caramelli e Barbosa (2002) referem que a relativa preservação da memória na DCL seja o critério de maior relevância para o diagnóstico diferencial com a DA. De acordo ainda com o contributo literário de Caramelli e Barbosa (2002) os pacientes com DCL costumam apresentar episódios frequentes de quedas ou síncope. A resposta dos sintomas parkinsonianos (rigidez e acinesia) à levodopa é usualmente pobre na DCL, diferentemente do que ocorre na doença de Parkinson idiopática. Segundo mencionam estes autores, outro aspeto importante é a hipersensibilidade ao uso de neurolépticos, que agravam os sintomas de parkinsonismo, muitas vezes sem melhoria dos sintomas psicóticos. Zanini (2010) aponta que a maior predominância de DCL ocorre no sexo masculino, tendo manifestações comportamentais importantes, como por exemplo, alucinações (auditivas e visuais), delírio de identidade e distúrbios de memória.

Carvalho (2000) cit por Araújo e Nicoli (2010) refere também que a DCL está associada à terceira causa mais frequente de demência, caracterizada por quadros em que ocorrem flutuações dos déficits cognitivos em questão de minutos ou horas, alucinações visuais bem detalhadas ou claras, vívidas e recorrentes, com sintomas parkinsonianos leves, sintomas esses que não respondem bem à medicação anti parkinsoniana, já que os pacientes normalmente não apresentam tremor, mas apresentam rigidez e distúrbio na marcha. Araújo e Nicoli (2010) salientam que nas fases iniciais a memória encontra-se relativamente preservada. No entanto, com a progressão da doença acabará comprometida. Machado (2006) e Galluci et al. (2005) cit por Araújo e Nicoli (2010) sublinham que os eventos patológicos que acontecem neste tipo de demência são os corpúsculos de Lewy, descrevendo-os como inclusões intracitoplasmáticas eosinofílicas hialinas, encontradas no córtex cerebral, no tronco encefálico, espaços neocorticais. Podem ocorrer outros eventos patológicos relacionados à Doença de Alzheimer, como as placas senis e uma menor extensão de emaranhados neurofibrilares.

Parmera e Nitrini (2015) referem que as características principais são um quadro demencial progressivo com parkinsonismo em geral simétrico e com pouco tremor, alucinações visuais

recorrentes e flutuação cognitiva. A resposta do parkinsonismo à levodopa é pequena. Parnera e Nitrini (2015) abordam os critérios diagnósticos da DCL, nos quais existe uma regra arbitrária na qual a demência deve anteceder ou suceder no máximo em um ano os sintomas parkinsonianos, para distinguir da demência na Doença de Parkinson. De acordo com os mesmos investigadores, a flutuação cognitiva é o sintoma mais prevalente na DCL, podendo ocorrer em até 90% dos pacientes. Desta forma, há sonolência variável ao longo do dia e diferentes respostas cognitivas da atenção e do nível de consciência. Parnera e Nitrini (2015) mencionam que as alucinações visuais já podem surgir desde as fases iniciais da doença, o que ajuda a diferir da DA, na qual aparecem de forma mais tardia. De acordo com Bertelli, Bianchi e Cruz (2009) cit por Dias e de Melo (2020), durante a elaboração do diagnóstico é de extrema importância recolher dados sobre a história passada do paciente, uma vez que as alucinações presentes nos estádios iniciais da DCL podem levar o profissional ao equívoco de interpretar o quadro como uma psicose e conseqüentemente a prescrição de antipsicóticos ou neurolépticos, cujos efeitos colaterais, no caso da DCL, são extremamente nocivos.

#### **1.4.4 Demência Frontotemporal (DFT)**

Galucci Neto, Tamelini e Forlenza (2005) citados por Dias e de Melo (2020) referem que se estima que a DFT responda por 10% a 15% dos casos de demência degenerativa. Caramelli e Barbosa (2002) referem que as demências frontotemporais (DFT) apresentam um quadro clínico característico, com alterações precoces de personalidade e de comportamento, além de alterações de linguagem (redução da fluência verbal, estereotípias e ecolalia), de início insidioso e caráter progressivo. A memória e as habilidades visuoespaciais encontram-se relativamente preservadas. De acordo com os mesmos investigadores, as alterações de comportamento podem apresentar-se como isolamento social, apatia, perda de crítica, desinibição, impulsividade, irritabilidade, inflexibilidade mental, sinais de hiperoralidade e descuido da higiene pessoal. Caramelli e Barbosa (2002) apontam ainda que sintomas depressivos, preocupações somáticas bizarras e estereotípias motoras também podem ocorrer. Segundo o aporte teórico de Caramelli e Barbosa (2002), desse grupo de demências fazem parte a doença de *Pick*, a degeneração dos lobos frontais e a demência associada à doença do neurónio motor, esclerose lateral amiotrófica (ELA). Os autores avançam ainda que pode também ser incluída neste grupo a demência semântica, também denominada como variante temporal das DFT's. Caramelli e Barbosa (2002) explicitam que esse grupo de condições ocorre mais frequentemente na faixa pré-senil (antes dos 65 anos), com presença de história familiar em parentes de primeiro grau em cerca de 30% dos casos.

A demência frontotemporal, segundo Ribeira et al. (2004) consiste num grupo clínico e patológico heterogéneo de distúrbios, que têm em comum a degenerescência do lobo frontal e temporal e de que é exemplo a doença de *Pick*. De acordo com os autores, alterações comportamentais, como desinibição, impulsividade, comportamentos sociais inapropriados, apatia, isolamento, são sintomas precoces e frequentes. Estas alterações permitem fazer o diagnóstico diferencial com a doença de Alzheimer. Ribeira et al. (2004) expõem que os distúrbios da linguagem podem aparecer

precocemente, enquanto que a função visuoespacial permanece intacta até fases avançadas da doença.

Araújo e Nicoli (2010) elucidam que a DFT é caracterizada por uma síndrome neuropsicológica marcada pela disfunção dos lobos frontais e temporais, associada geralmente à atrofia destas estruturas e com uma parcial preservação das regiões cerebral posterior. Galluci et al. (2005) cit por Araújo e Nicoli (2010) refere que a DFT tem início insidioso e caráter progressivo, com um discreto comprometimento da memória episódica, mas com importantes alterações comportamentais, de personalidade e alterações na linguagem. Ainda sob a perspectiva de Galluci et al. (2005) cit por Araújo e Nicoli (2010) as alterações comportamentais podem ser: isolamento social, apatia, perda de crítica, desinibição, impulsividade, irritabilidade, inflexibilidade mental, sinais de hiperoralidade, descuido da higiene corporal, sintomas depressivos, estereotipias motoras, exploração incontida de objetos no ambiente, distraibilidade. De acordo com Araújo e Nicoli (2010) o início dos sintomas ocorre antes dos 65 anos, havendo a presença de paralisia bulbar, acinesia, fraqueza muscular e fasciculações, que dão suporte ao diagnóstico diferencial da DFT. Quando a alteração comportamental é predominante, denomina-se variante comportamental da DFT. Se, por sua vez, ocorrer principalmente alteração das habilidades linguísticas, têm-se as afasias progressivas primárias (demência semântica e afasia progressiva não-fluente).

Parmera e Nitrini (2015) referem que a Degeneração Lobar FrontoTemporal (DLFT) corresponde a um grupo heterogêneo de diagnósticos neuropatológicos e também de diferentes síndromes clínicas. Na perspectiva dos autores, a DLFT trata-se da segunda causa de demência degenerativa mais frequente na população com menos de 65 anos (a primeira é a DA). Parmera e Nitrini (2015) avançam a seguinte informação em relação a esta tipologia de demência:

Na DLFT há macroscopicamente atrofia assimétrica dos lobos frontais e temporais, e, atualmente, são reconhecidos três tipos de proteínas anômalas – DLFT-TAU, DLFT- TDP (proteína TDP-43) e DLFT-FUS (*fused in sarcoma*). Com relação aos aspetos genéticos, aproximadamente 40% dos pacientes possuem história familiar positiva, e cerca de 10% a 20% apresentam padrão de herança autossômica dominante (p.183).

Parmera e Nitrini (2015) avançam que na variante comportamental há sintomas decorrentes de lesão em áreas de lobo pré-frontal, como redução de empatia, afeto inapropriado, irritabilidade e perda de autocrítica, alterações da preferência alimentar, hipersexualidade e comportamento de utilização estão ligadas por sua vez a acometimento orbitofrontal. Os investigadores referem ainda que pacientes com o lobo temporal direito acometido apresentam comportamento antissocial, hiper religiosidade e comportamento compulsivo. Sinais e sintomas de parkinsonismo, segundo Parmera e Nitrini (2015) estão associados a cerca de 20% dos casos. De acordo com o aporte teórico destes estudiosos, a demência semântica:

É uma síndrome clínica com distúrbio da linguagem fluente, ocorre perda progressiva do conhecimento de palavras e compreensão delas, com parafasias semânticas. Patologicamente, há atrofia temporal anterior assimétrica e a maior parte é composta por TDP43 (p.183).

Parmera e Nitrini (2015) elucidam que a afasia progressiva não-fluente:

É caracterizada por agramatismo, apraxia de fala e parafasias fonêmicas. Percebe-se redução da produção de palavras e dificuldade de articulação (p.183).

## **1.5 Gerontologia e gestão dos cuidados nas demências**

Paúl e Ribeiro (2012) dizem-nos que num contexto em que se antevia a mudança demográfica das sociedades, foi-se construindo ao longo do século XX uma ciência nova: a Gerontologia. Almeida, Lima- Silva, Suzuki, Martins, Ordonez e da Silva (2012) referem que a Gerontologia foi proposta por Metchnicoff em 1903, palavra que deriva do grego “gero” que significa envelhecimento e “logia” que significa estudo. Segundo Neri (2008) cit por Almeida et al. (2012), a Gerontologia trata-se de um campo multi e interdisciplinar que tem como objetivos de estudo a descrição e a explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento e dos seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais. Ainda de acordo com Neri (2008) cit por Almeida et al. (2012), a Gerontologia é a área de estudo que investiga as experiências de velhice e envelhecimento em diferentes contextos socioculturais e históricos, abarcando aspetos do envelhecimento normal e patológico. Paúl e Ribeiro (2012) abordam a Gerontologia como o campo do saber especificamente comprometido com a velhice e com o envelhecimento, tendo como objeto de estudo integrado a pessoa idosa, as suas circunstâncias e representações. Duarte e Lebrão (2005) cit por Almeida et al. (2012) destacam que, em virtude do envelhecimento populacional, uma nova função surgiu com o propósito de se aperfeiçoar o atendimento centrado na pessoa idosa, a gestão do cuidado gerontológico. De acordo com os investigadores, em decorrência das doenças crónico-degenerativas, da redução da capacidade funcional, da fragilidade, hospitalização, institucionalização, vulnerabilidade e risco social, o gestor do cuidado deve atuar como ponte entre essas problemáticas e os recursos disponíveis no alcance por melhores resultados em termos da atenção à pessoa idosa. Segundo Almeida et al. (2012) embora simples e executável, a gestão do cuidado gerontológico exige a atuação na prevenção e na identificação precoce de riscos para fragilização, perda da autonomia e da independência. Segundo os investigadores, nesse contexto, as práticas e intervenções devem orientar-se por uma visão ampla do indivíduo, valorizando os aspetos biopsicossociais do envelhecimento.

Segundo Antunes (2019), a gestão da doença baseia-se no desenvolvimento de estratégias para lidar com a mesma, ter um maior conhecimento sobre a doença e do motivo pelo qual a pessoa se comporta de uma determinada maneira. De acordo com a autora, cuidar de pessoas com demência é uma tarefa que requer uma atenção especial, aconselhando que a gestão dos comportamentos é fundamental, assim como assegurar uma boa comunicação e envolver a pessoa com demência nas rotinas diárias. Antunes (2019) salienta que o tipo de cuidados vai variando consoante a fase da doença e as alterações já instaladas. O cuidador deve auxiliar apenas o necessário, estimulando ao máximo a participação da pessoa, fomentando o máximo possível a sua independência. Antunes

(2019) avança ainda que mesmo em fases mais avançadas da patologia, é fundamental continuar a estimular a pessoa de forma a que se mantenha o mais ativa possível e em contato com aquilo que a rodeia. Os cuidados que devem ser prestados, de acordo com Antunes (2019) passam pela hidratação e integridade cutânea (pele), observando a pele no momento do banho, para despistar a existência de zonas de pressão; manter a pele íntegra e seca; realizar mudanças posturais a fim de garantir conforto à pessoa e impedir o aparecimento de úlceras de pressão, escaras ou úlceras de decúbito; substituir a fralda com frequência sobretudo em casos de incontinência urinária ou fecal; optar sempre por vestir a pessoa com roupa confortável e prática e fazer uma alimentação e hidratação adequadas ao estado do doente. A higiene oral é fundamental, para manter o indivíduo mais confortável, para prevenir infeções, cáries e aftas. Uma correta higiene oral ajuda a eliminar os restos de alimentos e microrganismos, estimula a circulação do sangue e evita o mau hálito. Em relação ao ambiente em que se encontra inserida a pessoa com demência, este deve ser adaptado às capacidades da pessoa, de forma a facilitar a sua independência e funcionalidade. É importante a remoção de obstáculos potencialmente causadores de quedas, como tapetes e outros objetos e utilizar iluminação de presença noturna. Em relação à medicação, o cuidador deve supervisionar a toma da mesma, pois é extremamente importante cumprir o guia terapêutico prescrito pelo médico, seguindo o horário e a dosagem prescrita. No que respeita à higiene e vestuário, o cuidador deve incentivar e auxiliar o doente mediante o seu grau de dependência, sem nunca substituir as capacidades que a pessoa ainda possui; garantir a segurança e a privacidade da pessoa; preparar previamente o ambiente, o material e roupa a usar; antes de efetuar qualquer procedimento, o cuidador deve informar calmamente a pessoa acerca do mesmo, o que vai permitir uma maior colaboração na atividade por parte do doente. O cuidador deve também supervisionar os cuidados de higiene com o cabelo, unhas e barba ou efetuá-los no caso de o doente já não os conseguir fazer. Ocupação e atividades de lazer são extremamente fundamentais. O cuidador deve incentivar o doente a participar em atividades que sejam fonte de satisfação e prazer para o mesmo. Estas atividades e tarefas devem ser adequadas de acordo com a capacidade real de execução que o doente ainda possui, evitando assim sentimentos de frustração e ansiedade. Também é importante proporcionar momentos de relaxamento e lazer assim como promover o contato social e familiar. A parte da eliminação é também muito importante, devendo o cuidador observar os hábitos de eliminação do doente. Numa fase inicial da doença, é importante sinalizar a casa de banho, para que a pessoa a consiga identificar com mais facilidade. No caso de o doente apresentar alterações na mobilidade, colocar uma arrastadeira/urinol/cadeira sanitária para que possa ter mais facilidade em realizar as suas necessidades de eliminação. Deve ser também considerado o recurso a impermeáveis de incontinência (fraldas, pensos), efetuando frequentemente a sua mudança. Em relação ao sono e repouso, devem ser evitados períodos de sono diurnos, incentivando o doente à participação em atividades ocupacionais e de lazer. Aumentar a atividade física durante o dia também é ótimo, pois permite um melhor repouso noturno. O cuidador deve evitar fornecer bebidas estimulantes ao fim do dia e à noite ao doente. No que toca à mobilidade, o cuidador deve incentivar o doente a movimentar-se. Durante a noite, se necessário, elevar as grades de proteção lateral do leito, para evitar quedas. Em relação à alimentação e nutrição, o cuidador deve alimentar o doente

de acordo com as indicações médicas e necessidades nutricionais, proporcionando um ambiente calmo durante as refeições. É importante verificar a temperatura da comida para evitar queimaduras. Oferecer um prato de cada vez ao doente e recorrer, se necessário, a equipamentos/produtos de apoio adaptados, quando as capacidades motoras se encontrarem afetadas.

## **2. Metodologia de Investigação**

Neste ponto da presente dissertação, será exposto o modo como esta investigação foi planeada e desenvolvida. Inicia-se por uma caracterização do estudo, apresentado posteriormente o protocolo de revisão integrativa da literatura que serviu de orientação e base para a concretização deste trabalho. Seguidamente ao protocolo, será apresentada a questão de investigação, formulada através do uso da estratégia PICO (P-População; I-Intervenção; C-Comparação; O-*Outcome/Resultado*). Serão também expostos os objetivos desta investigação e os critérios definidos para a inclusão e exclusão dos artigos científicos pesquisados em diferentes bases de dados. Far-se-á também referência à estratégia de pesquisa utilizada e ao procedimento de seleção dos estudos, assim como ao procedimento de extração dos dados.

### **2.1 Caracterização do Estudo**

O presente estudo segue a metodologia de Revisão Integrativa da Literatura. Esta revisão integrativa da literatura segue as diretrizes PRISMA. Mendes, Silveira e Galvão (2008) expõem que

a revisão integrativa da literatura inclui a análise de pesquisas relevantes que suportam a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam de ser preenchidas com a realização de novos estudos. De acordo com os autores anteriormente mencionados, este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área de estudo particular. De acordo com Souza, Silva e Carvalho (2010) a revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Segundo Souza et al. (2010) esta metodologia combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. Ainda na ótica dos mesmos autores, a revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa utilizados na PBE que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Segundo Galvão et al. (2004) citados por Sousa, Marques-Vieira, Severino e Antunes (2017), a revisão integrativa da literatura é fundamentada em conhecimento científico, com resultados de qualidade e com custo efetividade. De acordo com Whitemore e Knafl (2005) citados por Sousa et al. (2017) este método requer a formulação de um problema, a pesquisa de literatura, a avaliação crítica de um conjunto de dados, a análise de dados e a apresentação dos resultados. Deste modo, na perspectiva de análise de Galvão et al. (2004) citados por Sousa et al. (2017), a revisão integrativa permite reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema delimitado ou questão, de forma sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema em investigação.

## **2.2 Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura**

Bento (2014) expõe que o protocolo de revisão visa explicar em detalhe as opções metodológicas do investigador, bem como a sequência e procedimentos a implementar na realização do estudo. De acordo com Donato e Donato (2019) depois da questão de investigação formulada, deve ser desenvolvido um protocolo de investigação que especifica a questão a ser investigada e os métodos que serão usados para efetuar a revisão com os objetivos claramente indicados. Segundo as investigadoras, os termos de pesquisa, bases de dados e outros recursos a consultar devem estar também contidos no protocolo de revisão para minimizar o viés antes de iniciar a pesquisa da literatura. Na ótica das autoras, devem também ser determinados critérios rigorosos de inclusão e exclusão, indicar como se efetuará a seleção dos estudos e os modelos de extração de dados. As autoras ressaltam que o protocolo é um componente essencial no processo de revisão integrativa e ajuda a garantir a consistência, transparência e a integridade.

### **2.2.1 Questão de Investigação**

O primeiro passo para realizar uma Revisão Integrativa da Literatura é formular uma questão de investigação. Segundo Donato e Donato (2019) existem várias formas de o fazer. A forma mais

comum é dividir a questão de acordo com o modelo definido pelo acrónimo PICO: P- População (grupo de doentes com uma condição); I- Intervenção (pode ser terapêutica, diagnóstica, preventiva, prognóstica); C- Comparação (com o que vai comparar a intervenção: um controlo, um tratamento usual, outra medicação, um procedimento cirúrgico distinto ou nenhuma); O- “*Outcome*”, em português desfecho (que desfecho pretende). Na ótica de Donato e Donato (2019) uma questão de investigação bem formulada e um protocolo bem fundamentado aumentam a eficiência da revisão. Santos, Pimenta e Nobre (2007) expõem que a estratégia PICO pode ser utilizada para construir questões de pesquisa de natureza diversas. Na visão de Santos et al. (2007) uma pergunta de pesquisa adequada e bem construída, possibilita a busca pela melhor evidência científica existente, maximiza a recuperação de evidências nas bases de dados, foca o propósito da pesquisa e evita a realização de pesquisas desnecessárias. Galvão e Ricarte (2019) narram que a existência de uma questão bem delimitada é essencial para que as restantes etapas da revisão integrativa sejam elaboradas. Num estudo realizado por Schardt, Adams, Owens, Keitz e Fontelo (2007) com o intuito de medir a relevância dos resultados da pesquisa utilizando três interfaces diferentes para o sistema de pesquisa Pubmed, os autores concluíram que as pesquisas efetuadas num ecrã com formato PICO recuperaram uma maior percentagem de citações relevantes do que as pesquisas realizadas na interface de pesquisa padrão do Pubmed. A questão de investigação deste estudo é a seguinte: como é feita a gestão dos cuidados diferenciados aos doentes portadores de demência? Na tabela 1 é apresentada a aplicação da estratégia PICO.

Tabela 1: Aplicação da estratégia PICO

Abreviatura	Descrição	Componentes da pergunta
P	População	Pessoas idosas (>65 anos) com demências
I	Intervenção	Cuidados diferenciados e individualizados/Terapias não farmacológicas
C	Comparação	Comparação com os cuidados convencionais
O	“ <i>Outcome</i> ” - Desfecho	Benefícios/Impacto na saúde e bem-estar dos idosos com demências

Fonte: Elaboração própria

### 2.2.2 Objetivos da Revisão Integrativa

Como foi referido anteriormente, o objetivo principal desta revisão integrativa é analisar os estudos realizados no âmbito dos cuidados de saúde diferenciados para indivíduos portadores de demências. O objetivo geral deste estudo é perceber se existem cuidados de saúde adequados para as pessoas com demência e quais são esses cuidados, tentando incluir toda a literatura relevante na área. Fruto desta pesquisa, com base em evidências científicas na área da saúde, serão abordadas estratégias diversas de intervenção voltadas para o cuidado de indivíduos com demência e também será apresentado um programa de intervenção psicoeducativa para prestadores de cuidados de saúde diretos. Os objetivos específicos são: analisar estratégias de intervenção sobre cuidados de saúde para pessoas portadoras de demências, apresentar estratégias sobre cuidados diferenciados aos doentes portadores de demência com base em evidência científica na área da saúde e justificar a importância que estes cuidados diferenciados representam para a família, cuidadores formais e para o próprio doente.

### 2.2.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão e seleção estabelecidos para esta Revisão Integrativa da Literatura foram os seguintes: tratar-se de trabalhos escritos em Português, Inglês e Espanhol; tratar-se de trabalhos que tenham utilizado intervenções para a melhoria da qualidade de vida de indivíduos portadores de demência; artigos que abordem demência e cuidados adequados dirigidos à mesma; estudos com acesso ao texto completo disponibilizados gratuitamente e artigos publicados entre os anos 2007 a 2019. Como critérios de exclusão definiram-se: trabalhos escritos em outras línguas que não o Português, o Inglês e o Espanhol e artigos não disponíveis gratuitamente.

### 2.2.4 Estratégia de Pesquisa

A construção e definição da estratégia de pesquisa foi uma das etapas mais importantes desta revisão, dado que condicionou todos os resultados obtidos. Na presente Revisão Integrativa da Literatura utilizou-se a estratégia de pesquisa avançada, uma vez que, segundo Galvão e Ricarte (2019) esta estratégia é reproduzível. Esta Revisão Integrativa da Literatura foi elaborada com recurso às bases de dados Scielo, PubMed, Science Direct e B-on. Também foram encontrados materiais no Repositório da Universidade de Évora e no motor de busca Google Académico. Tendo em conta a questão de investigação e os objetivos do estudo, foram selecionados os seguintes descritores: idoso, *elderly*, *anciano*; cuidados diferenciados; *special care*, *atención diferenciada*; demência, *dementia*, *enfermedad*. Após esta definição, formularam-se equações booleanas nas diferentes línguas com o termo de ligação AND; exemplo: (cuidados diferenciados) AND (idoso) AND (demência); (*atención diferenciada*) AND (*anciano*) AND (*enfermedad*); (*special care*) AND (*elderly*) AND (*Dementia*). Foram incluídos nesta revisão artigos científicos publicados em Português, Inglês e Espanhol, visando o horizonte temporal de 2007 a 2019, todas as categorias e cujo texto integral estivesse disponível. O grande horizonte temporal de pesquisa considerado para esta investigação prende-se com o facto de tentar incluir toda a literatura científica relevante para o

tema em análise. No total, foram encontradas 20 referências através de pesquisa eletrónica, rastreadas através da leitura do título e resumo, para verificação dos critérios de inclusão e decisão sobre a inclusão dos artigos nesta revisão. Posteriormente, com base nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para este estudo de revisão integrativa, foram selecionados 17 estudos que obedeciam aos mesmos. Foram excluídos os restantes 3, por não obedecerem aos critérios de inclusão estabelecidos. Esta pesquisa foi complementada com a procura de referências bibliográficas que constavam nos artigos em análise.

Tabela 2: Artigos selecionados nas bases de dados (2007-2019)

Base de dados	País	Periódico (vol, nº, pag., ano)	Título do Artigo	Autores	Modalidade de Estudo
PubMed	Estados Unidos	Alzheimers care today, 8(4), 309-318 - 2007	Evidence-Based Interventions to Improve Quality of Life for Individuals with Dementia.	Logsdon, R. G; McCurry, S. M & Teri, L.	Teórico
Scielo	Portugal	Análise Psicológica, 26(1), 101-110 - 2008	Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: vantagens e limitações.	Gonçalves, D. C; Albuquerque, P. B & Martín, I.	Teórico
Google Académico	Brasil	Revista Portal de Divulgação, 1, 1-3 - 2010	Demências: novos desafios.	Araujo, E. N. P. D	Teórico
B-on	Brasil	Revista de Pesquisa Online Cuidado é fundamental, 2, 710-713 - 2010	Promovendo a qualidade de vida dos idosos através da Arteterapia.	Aguiar, A. P & Macri, R	Artigo original/Pesquisa
Scielo	Portugal	Revista de Enfermagem Referência, (5), 103-111 – 2011	Programa de Terapia de Remotivação em idosos institucionalizados: Estudo piloto.	Araújo, L; Gomez, V; Teixeira, C & Ribeiro, Ó	Estudo Piloto
Scielo	Espanha	Pensamiento psicológico, 10(1), 107-127 – 2012	Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en demencias: hacia la ciber-rehabilitación neuropsicológica.	Aroyo-Anlló, E, M; Díaz-Marta, J, P & Sánchez, J, C	Estudo de Revisão
Scielo	Portugal	Revista Gaúcha de Enfermagem, 33(2), 197-204 - 2012	Método de Montessori aplicado à demência: revisão da literatura.	Brandão, D, F, S & Martín, J, I	Revisão Sistemática da Literatura
Science Direct	Estados Unidos Portugal	Procedia-Social and Behavioral Sciences, 131, 406-410 - 2014	Psycho-Educational Approaches In Long-Term Care Homes: Direct Care Workers And Managers' Perspectives.	Barbosa, A; Nolan, M; Sousa, L & Figueiredo, D	Estudo qualitativo, de corte transversal
Scielo	Portugal	Psicologia, saúde & doenças, 15(3), 597-611 – 2014	Impacto de intervenções de reminiscência em idosos com demência: revisão da literatura.	Lopes, T; Afonso, R & Ribeiro, Ó	Revisão Integrada de Literatura
PubMed	Estados Unidos Portugal	Health communication, 31(4), 453-459 – 2016	Effects of a psycho-educational intervention on direct care workers' communicative behaviors with residents with dementia.	Barbosa, A; Marques, A; Sousa, L & Nolan, M	Estudo Experimental

Fonte: Elaboração própria

Tabela 2: Artigos selecionados nas bases de dados (2007-2019) (continuação)

Scielo	Brasil	Einstein, 13(3), 430-434 – 2015	Tratamento ambulatorial dos transtornos do sono em pacientes com doença de Alzheimer.	Scoralick, F, M; Camargos, E, F; Freitas, M, P, D & Nóbrega, O, T	Revisão de Literatura
Scielo	Brasil	Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 65(4), 334-339 - 2016	Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática.	Carvalho, P, D, P; Magalhães, C, M, C & Pedroso, J, D, S	Revisão Sistemática de Literatura
PubMed	Estados Unidos Portugal	Dementia, 16(2), 192-203 - 2017	Person-centeredness in direct care workers caring for residents with dementia: effects of a psycho-educational intervention.	Barbosa, A; Nolan, M; Sousa, L & Figueiredo, D	Estudo experimental
Scielo	Brasil	Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 66(1), 52-61 - 2017	Efficacy of music therapy in the neuropsychiatric symptoms of dementia: systematic review.	Aleixo, M. A. R., Santos, R. L., & Dourado, M. C. D. N	Revisão Sistemática de Literatura
Scielo	Portugal	Revista de Enfermagem Referência, (19), 147-158 - 2018	Eficácia da reminiscência na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos na comunidade: revisão sistemática.	Gil, I. M. D. A., Costa, P. J. D. S., Cardoso, D. F. B., Parola, V. S. D. O., Campos, E, M, B., Almeida, M. D. L. F. D., & Apóstolo, J. L. A	Revisão Sistemática de Literatura
Repositório da Universidade de Évora	Portugal	Revista Investigação em Enfermagem, (26), 45-59 - 2019	Benefícios da musicoterapia no idoso com demência: revisão integrativa da literatura.	Lopes, C. D. D.J, André, R., Sousa, L. M. M. D, Oliveira, I., & Silveira, T	Revisão Integrativa de Literatura
Google Académico	Brasil	Revista Kairós-Gerontologia, 22(2), 175-196 - 2019	Uma proposta da abordagem Snoezelen em estimulação multisensorial no contexto da Gerontologia—um ensaio reflexivo.	Degani, M., & Chariglione, I. P. F. S	Ensaio Reflexivo

Fonte: Elaboração própria

## 2.2.5 Procedimento de Seleção dos estudos

Após a identificação da questão de investigação, dos critérios de inclusão e exclusão, e da estratégia de pesquisa, foi definido o procedimento de seleção dos estudos com o objetivo de filtrar os estudos relevantes e irrelevantes. O processo de seleção dos estudos foi feito em duas etapas: em primeiro lugar, foram analisados os títulos e os resumos dos artigos científicos. Posteriormente, os mesmos foram todos lidos na íntegra, tendo sempre em mente os critérios de inclusão e exclusão definidos a priori no protocolo, com o objetivo de determinar os estudos pertinentes para a abordagem da temática. Nesta etapa, foram considerados aspectos como a coerência dos estudos, qualidade metodológica e resultados alcançados pelos mesmos. Foram selecionados 17 artigos científicos relevantes e excluídos 3 irrelevantes.

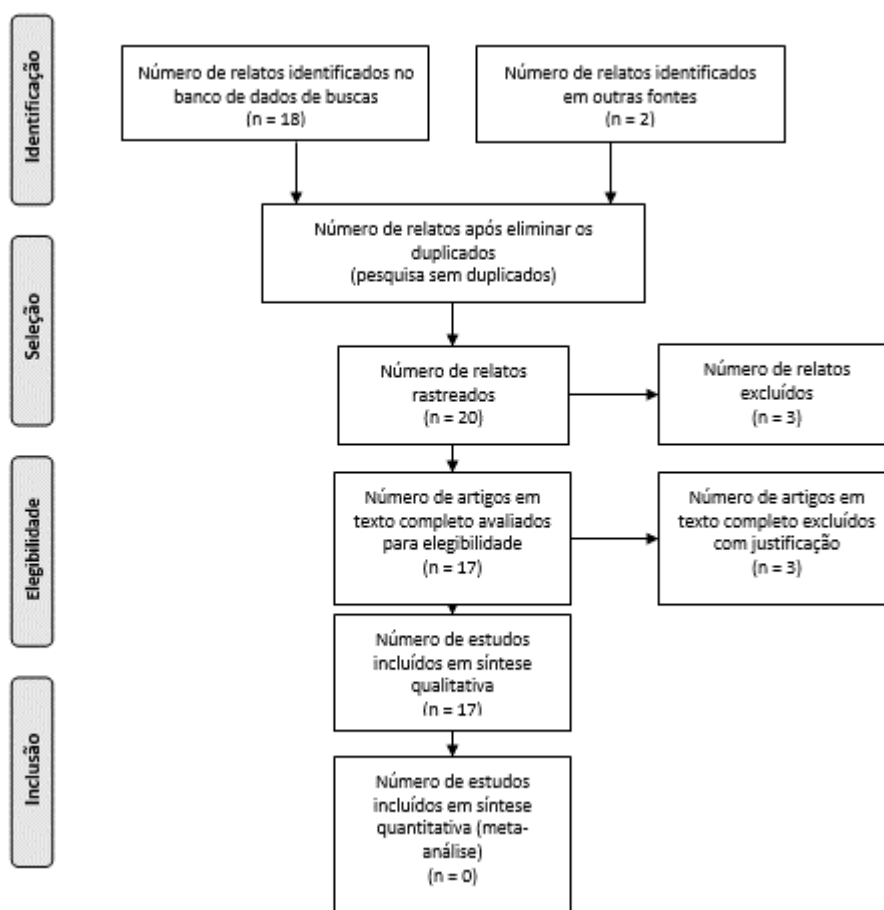


Figura 2: Fluxograma PRISMA: processo de pesquisa e seleção dos estudos

Fonte: Elaboração própria

### **2.2.6 Procedimento de Extração dos dados**

Os dados foram extraídos pela investigadora, incidindo em detalhes específicos relativos às intervenções, população, desenho dos estudos e resultados relevantes para o objetivo da revisão.

### **3. Resultados e Discussão**

Decorrente dos estudos apresentados, podemos confirmar os múltiplos benefícios de diversas estratégias de intervenção a vários níveis em pacientes portadores de demências. O objetivo deste ponto é discutir os principais resultados obtidos e relacioná-los com a componente teórica/conceptual apresentada na primeira parte do trabalho. Estas estratégias serão tanto mais eficazes quanto mais precocemente forem iniciadas. O principal objetivo das estratégias ditas de reabilitação ou de estimulação cognitiva para pessoas idosas é ajudá-las a melhorar o desempenho das AVDs, de modo a não necessitarem de assistência de outra pessoa ou, pelo menos, minimizar a necessidade de assistência externa. Estas intervenções devem passar sempre por uma abordagem psicossocial, pois nenhuma pessoa pode ser reduzida à cognição e o doente não pode ser visto apenas na perspetiva dos défices cognitivos. Como foi evidenciado através desta Revisão Integrativa de Literatura, qualquer intervenção, farmacológica ou não farmacológica, tem de ter em conta o sujeito biológico, o sujeito cognitivo, o sujeito emocional, o sujeito inserido no seu contexto

familiar e social, o homem como um todo. O tipo de intervenção terá de ser diferente de pessoa para pessoa, diferindo de acordo com as especificidades e necessidades do próprio sujeito e da sua estrutura sociofamiliar, tendo sempre presente que os doentes com doenças degenerativas demenciais perdem capacidades cognitivas de forma gradual e com um ritmo diferente de doente para doente. O objetivo fundamental da intervenção nas demências é o de tentar maximizar as funções intatas e aumentar os recursos das funções que, embora diminuídas, não estejam totalmente perdidas, de modo a que o doente prolongue por mais tempo a sua independência funcional.

Araujo (2010) no seu aporte teórico sobre a demência salienta que a mesma é a primeira causa de doença entre os idosos e que se justifica a criação de programas de tratamento preventivo, medicamentoso e de reabilitação cognitiva acompanhados de orientação emocional familiar nas instituições que cuidem de casos de demência. Segundo a autora, estas intervenções procuram a manutenção e estimulação das funções cognitivas dos idosos, com o objetivo de tentar reduzir e se, possível superar, as dificuldades cognitivas e emocionais.

No estudo de Logsdon, McCury e Teri (2007) indivíduos com deficiência cognitiva, os membros da sua família e prestadores de cuidados identificaram todos a qualidade de vida (QV) como um objetivo central no tratamento da demência. O objetivo do estudo destes investigadores recaiu em examinar intervenções psicossociais que visem resultados que melhorem a qualidade e vida dos idosos com demência, assim como dos seus cuidadores, pois estes nunca podem ser colocados de parte. Para as pessoas com demência que relataram a sua própria qualidade de vida, os fatores que a influenciam incluem o humor, o envolvimento em atividades prazerosas e a capacidade de realizar atividades de vida diária (AVDs). Os cuidadores identificaram como fatores que influenciam a qualidade de vida da pessoa cuidada igualmente o humor, o envolvimento em atividades agradáveis, funcionamento físico e funcionamento cognitivo. A sobreposição é óbvia: humor positivo e envolvimento em atividades agradáveis são características essenciais de uma boa QV para indivíduos com demência. Os componentes adicionais incluem o funcionamento ao nível das AVDs preservado, mobilidade física e saúde e manutenção da capacidade cognitiva. Para aumentar então a qualidade de vida do binómio cuidador-recetor, os autores propõem as intervenções de terapia comportamental, a redução progressiva das intervenções no limiar do esforço, sendo uma técnica que ensina aos cuidadores estratégias de resolução de problemas para identificar e desenvolver atividades que sejam apropriadas para o nível atual de funcionamento do indivíduo e para implementar modificações ambientais que apoiem a função nas AVDs. Os mesmos investigadores também propõem intervenções para manter a força física e a mobilidade, intervenções para manter o funcionamento cognitivo, grupos de apoio em fase inicial que se concentram em fornecer informações médicas sobre a demência, discutir estratégias para lidar com mudanças de humor, incentivar discussões entre os participantes do grupo sobre as suas experiências pessoais. Logsdon et al. (2007) falam no NITEAD (*nighttime insomnia treatment and education for alzheimer's disease*), como uma intervenção para os distúrbios do sono, que são muito frequentes em indivíduos com demência. Scoralick, Camargos, Freitas e Nóbrega (2014) referem-se igualmente a esta terapia, onde os cuidadores são treinados para aplicar a higiene do sono e o exercício físico diário por 30

minutos. Scoralick et al. (2015) abordam a aplicação da higiene do sono, treinando os cuidadores para o efeito em combinação com terapia com luz brilhante. Os autores salientam que a terapia com luz intensa, quando realizada, deve ser aplicada por uma hora a 2.500 lux por hora, duas horas antes de dormir. Scoralick et al. (2015) referem o estudo de McCurry et al. (2005), que consistiu num ensaio clínico randomizado e controlado para investigar o impacto de intervenções não farmacológicas do NITEAD em conjunto com a exposição à luz intensa. Os resultados demonstraram que os pacientes que receberam a terapia acordaram menos vezes à noite e permaneceram acordados por menor período de tempo.

Carvalho, Magalhães e Pedroso (2016) no seu estudo de revisão sistemática sobre quais os tratamentos não farmacológicos que ajudam a melhorar a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer mais descritos na literatura no período temporal de 2006 a 2016, concluíram que os tratamentos não farmacológicos mais descritos, no referido período, que visam melhorar a QV de idosos com doença de Alzheimer, foi a reabilitação, tanto cognitiva, quanto multidisciplinar.

Várias terapias são descritas na literatura científica como importantes ferramentas de trabalho com idosos saudáveis e idosos demenciados. Gonçalves, Albuquerque e Martín (2008) abordam a Terapia de Reminiscência (TR), salientando que a reminiscência, enquanto processo normativo, é inerente a todos os seres humanos, consistindo na recordação de uma experiência ou facto, à qual o sujeito associa de modo habitual dor ou prazer. Gonçalves et al. (2008) referem que embora a reminiscência não seja exclusiva de uma etapa específica de vida, torna-se progressivamente mais presente consoante o sujeito envelhece. Segundo os autores, recordar situações vividas, de modo individual ou interacional, permite analisar o passado, a compreensão das mudanças, a adaptação a transições, a aquisição de conhecimentos, a comunicação com os outros e a promoção da autoimagem. Haight et al. (2003) cit por Gonçalves et al. (2008) refere que a reminiscência não é uma estratégia exclusiva de intervenção com idosos, no entanto, a eficácia desta é potenciada junto desta faixa etária, uma vez que consiste na análise do percurso de vida. Bohlmeijer, Valenkamp, Westerhof, Smit e Cuijpers (2005) citados por Gonçalves et al. (2008) referem que a reminiscência permite realizar um balanço de vida e, eventualmente, resolver conflitos localizados no passado. Num artigo de revisão sobre intervenções não farmacológicas na demência, Douglas, James e Ballard (2004) cit por Gonçalves et al. (2008) mostram que os principais benefícios da TR em população com sintomatologia do tipo demencial são a promoção do bem-estar, da interação social e da motivação, considerando, no entanto, que os estudos existentes sobre a eficácia desta estratégia são insuficientes. De acordo com Gonçalves et al. (2008) a TR é uma ferramenta útil para trabalhar com idosos, institucionalizados ou a viver em comunidade, uma vez que promove competências para lidar com o quotidiano.

Lopes, Afonso e Ribeiro (2014) dizem-nos que a reminiscência, como estratégia de intervenção, consiste, num processo psicológico de recuperação de experiências pessoais, vividas no passado que são utilizadas para fins terapêuticos. Lopes et al. (2014), no seu estudo de revisão integrativa sobre os principais efeitos da TR em pessoas com demência concluíram, através das investigações por eles revistas, que a TR comporta melhorias no funcionamento cognitivo, no comportamento, no

humor, diminuição da sintomatologia depressiva, melhoria do bem-estar e da qualidade de vida. A comunicação dos pacientes com demência parece também evidenciar algumas melhorias com intervenções baseadas na reminiscência. Os autores destacam também uma tênue melhoria ao nível da capacidade funcional (atividades de vida diária).

Gil, Costa, Cardoso, Parola, Campos, Almeida e Apóstolo (2018) no seu estudo de revisão sistemática sobre a eficácia da reminiscência na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos na comunidade concluem que a TR em grupo se constitui como uma intervenção terapêutica útil na melhoria da função cognitiva. Esta terapia não envolve materiais ou equipamentos específicos, implicando apenas a presença de um técnico que (individualmente ou em grupo) aplica a técnica aos idosos com demência. Se a instituição não tiver este técnico especializado, o custo será o do pagamento do tempo dispendido pelo técnico. Se a instituição já possuir, em permanência um técnico especializado, esta poderá ser uma das atividades regulares do mesmo.

Aguiar e Macri (2010) no seu estudo refletem e pesquisam sobre a importância da Arteterapia para a qualidade de vida do idosos. Este estudo teve a sua origem através de um projeto de intervenção de arteterapia com idosos numa instituição de saúde. Os objetivos deste projeto passavam por: facilitar o resgate de talentos ocultos, da autoestima e autoconfiança da pessoa idosa, favorecer a procura da harmonia e do equilíbrio, o reencontro com o bom humor, estimular a criatividade e exercitar a concentração e a memória. As atividades de arteterapia foram coordenadas por uma enfermeira e foram desenvolvidas através de reuniões em grupo. Foram realizadas atividades como pintura, desenho, recorte-colagem, dramatização, escrita criativa, modelagem e tecelagem. A arteterapia como abordagem terapêutica contribui para a expressão da subjetividade do idoso e é desenvolvida procurando estimular a criatividade, a consciência corporal, além de exercitar a concentração e a memória. A arteterapia estimula o indivíduo a externalizar, através da arte, conteúdos simbólicos armazenados e níveis profundos da psique. As atividades desenvolvidas promoveram a redução dos sintomas depressivos, contribuindo para o autoconhecimento e o resgate da autoestima e autoconfiança dos idosos. A estética em si das produções expressivas foi o aspeto menos importante, sendo o objetivo principal o resgate de símbolos do inconsciente do indivíduo, através da expressão do processo criativo de cada um. A arteterapia estimula também a autonomia do idoso. Esta terapia engloba os custos com materiais de desenho, pintura, recorte-colagem, trabalhos manuais e todas as técnicas de aplicação da mesma que só são possíveis de aplicar com o apoio de materiais. Existem técnicas que não possuem qualquer tipo de custo, tais como a dramatização, leitura e exploração de contos tradicionais, mitos, provérbios entre outras. Engloba também o custo do técnico, caso a instituição não o tenha em permanência.

Lopes, André, Sousa, Oliveira e Silveira (2019) levaram a cabo uma revisão integrativa de literatura com o intuito de identificar quais os benefícios da musicoterapia na pessoa idosa com demência. Aleixo, Santos e Dourado (2017) definem a Musicoterapia como uma terapia que utiliza recursos musicais como ritmos, instrumentos e melodias para estimular as funções cognitivas e proporcionar uma melhoria do bem-estar social e emocional. De acordo com Lopes et al. (2019) a música contribui na sua totalidade para a individualização e para o aperfeiçoamento dos cuidados. Os autores

concluíram, mediante os estudos incluídos e analisados no seu próprio estudo, que a musicoterapia pode ter efeitos benéficos no alívio ou redução dos principais sintomas associados à demência, nomeadamente, ao nível da agitação, ansiedade e depressão. Com base na evidência científica, os autores recomendam a utilização de música familiar, uma vez que esta demonstra ter resultados muito mais positivos. Outra importante conclusão do estudo de Lopes et al. (2019) é que os textos cantados e acompanhados por música facilitam a aprendizagem verbal e a retenção da informação na pessoa com doença de Alzheimer (DA), em comparação com os outros textos. Verificamos assim que a musicoterapia demonstra benefícios na memória a curto prazo ou memória de trabalho e é uma importante ferramenta mnemónica. É também de extrema importância adequar a música ao estado emocional da pessoa, ao efeito pretendido da ação e dando ênfase às preferências musicais da pessoa. De uma forma geral, os resultados obtidos na revisão integrativa de literatura de Lopes et al. (2019) sugerem que a musicoterapia pode ter efeitos benéficos no alívio ou redução dos principais sintomas associados à demência, nomeadamente, ao nível da agitação, ansiedade e depressão, assim como na redução da medicação psicotrópica, na melhoria das funções cognitivas, no aumento da força muscular, na redução do risco de quedas, no bem-estar e na melhoria da qualidade de vida. Para além de todos estes importantes benefícios, a aplicação desta técnica é de custos reduzidos, não havendo necessidade de um grande número de recursos materiais, humanos e financeiros, o que facilita a utilização e aplicabilidade nas instituições de saúde, com poucos riscos para o profissional e para a pessoa envolvida.

Araújo, Gomez, Teixeira e Ribeiro (2011) desenvolveram um estudo piloto, o qual procurou analisar os benefícios de um Programa de Terapia de Remotivação para idosos institucionalizados, aos níveis da sintomatologia depressiva, ânimo e participação. De acordo com Araújo et al. (2011) a Terapia de Remotivação constitui uma técnica terapêutica criada com o objetivo de ajudar as pessoas a aumentar a sua autoestima, socialização, sentimento de pertença e atenção, motivando-as a pensar acerca da sua realidade pessoal e envolvente. Esta terapia, segundo Araújo et al. (2011) constitui uma modalidade de intervenção centrada nas capacidades e potencialidades dos indivíduos. Os resultados obtidos no estudo de Araújo et al. (2011) sugerem que os programas de remotivação, nomeadamente o programa implementado pelos autores, contribuiu para a diminuição da sintomatologia depressiva após a intervenção e para o aumento do ânimo no *follow-up*. Esta terapia não envolve materiais ou equipamentos específicos, implicando apenas a presença de um técnico que (individualmente ou em grupo) aplica a técnica aos idosos com demência. Se a instituição não tiver este técnico especializado, o custo será o do pagamento do tempo dispendido pelo técnico. Se a instituição já possuir, em permanência um técnico especializado, esta poderá ser uma das atividades realizadas com regularidade.

Guerreiro (2005) no seu aporte teórico aborda a terapia de Orientação na Realidade (TOR), que visa uma aprendizagem da informação sobre orientação de modo a melhorar o sentido de controlo e de autoestima. Segundo a autora, a TOR é uma intervenção psicossocial em doentes com alterações de memória e com desorientação pessoal, espacial e temporal. De acordo com Arroyo-Anlló, Díaz-Marta e Sánchez (2012) o objetivo da TOR é a reorientação espaço temporal e fortalecer as bases da identidade pessoal do paciente, através da apresentação repetitiva de informações de

orientação. Resultados de estudos controlados relatados por Guerreiro (2005) demonstraram que os doentes submetidos à TOR apresentavam melhoria significativa na orientação verbal, na atenção, no interesse pelo ambiente, no nível de interação social e no funcionamento intelectual. Outros resultados, igualmente citados por Guerreiro (2005) indicam que a estimulação cognitiva utilizada na TOR implicaria melhoria na capacidade de aprendizagem de novas informações. Esta terapia não envolve materiais ou equipamentos específicos, implicando apenas a presença de um técnico que, individualmente, durante variados momentos do dia, ou em grupo, aplica a técnica aos idosos com demência. Se a instituição não tiver este técnico especializado, o custo será o do pagamento do tempo dispendido pelo técnico. Se a instituição já possuir, em permanência um técnico especializado, esta poderá ser uma das atividades a implementar com regularidade na mesma.

Brandão e Martín (2012) apresentam-nos o seu estudo de Revisão Sistemática de Literatura cujo objetivo foi analisar a eficácia do método de Montessori. Segundo Brandão e Martín (2012), o método de Montessori foi criado por Maria Montessori (1870-1953) para ajudar crianças com dificuldades e considera a aprendizagem como um processo natural, que se desenvolve através da interação com o ambiente. De acordo com estes autores, as atividades Montessori envolvem a decomposição das tarefas, a provisão de materiais para manipular e o uso de deixas externas, adequando as tarefas às capacidades do indivíduo, diminuindo desse modo a probabilidade de erro e frustração. De acordo com Brandão e Martín (2012) uma das capacidades mais requisitadas neste método é a memória processual, pois esta ainda se encontra relativamente preservada nos idosos com demência, comparativamente com outras capacidades cognitivas, o que defende a aplicação desta prática na população com Doença de Alzheimer. Os investigadores concluíram com o seu estudo que este método acarreta melhorias ao nível da participação, no envolvimento construtivo, diminuição dos afetos negativos e do envolvimento passivo. No caso específico das pessoas com demência, a literatura científica explicita que as sessões devem ser realizadas individualmente. Esta terapia envolve custos com os materiais, que terão de ser selecionados tendo em consideração o respeito pelos princípios de Montessori e a presença de um técnico. Se na instituição existirem materiais que possam ser adaptados a esta terapia, esses custos serão reduzidos. Se a instituição não tiver este técnico especializado, outro custo será o do pagamento do tempo dispendido pelo técnico. Se a instituição já possuir, em permanência um técnico especializado, esta poderá ser umas das atividades a adotar para realizar frequentemente com doentes com demência.

Degani e Chariglione apresentam-nos as suas reflexões acerca da terapia de estimulação multissensorial *Snoezelen*. De acordo com Degani e Chariglione (2019) o envelhecimento acarreta uma série de mudanças no organismo, sendo um processo no qual ocorrem alterações em todos os tipos de células, havendo um forte impacto no sistema sensorial. O conceito *Snoezelen*, segundo Degani e Chariglione (2019) surgiu na Holanda no final dos anos 60 e início dos anos 70 do séc. XX. Criado por Jan Hulsegge, musicoterapeuta, e Ad Verheul, terapeuta ocupacional, partiu da necessidade de proporcionar experiências sensoriais a pacientes que apresentassem múltiplas deficiências com alto grau de severidade, incluindo os quadros psiquiátricos e de deficiência intelectual grave. De acordo com as autoras, o *Snoezelen* surgiu com o intuito de proporcionar

estímulos sensoriais a indivíduos que apresentassem comprometimentos físicos e mentais, em ambiente seguro, por meio de situações prazerosas e através de uma abordagem não diretiva. O conceito veio a partir da realidade de pessoas institucionalizadas que estariam mais sujeitas a contextos de privação sensorial. Degani e Chariglione (2019) salientam que este tipo de intervenção é especialmente indicado em quadros demenciais e em diversos outros contextos do campo da Gerontologia. Taco (2016) cit por Degani e Chariglione (2019), ao investigar os benefícios do *Snoezelen* em idosos com comprometimento cognitivo leve (CCL), refere melhoria e a manutenção das funções cognitivas, aumento dos níveis de relaxamento, melhoria nas relações afetivas e maior independência em relação às AVDs. Nacimba (2018) cit por Degani e Chariglione (2019) conclui que o *Snoezelen* pode reduzir os níveis de ansiedade através do relaxamento e da estimulação em pacientes com demência. Sánchez e Abreu (2018) cit por Degani e Chariglione (2019) relatam que a intervenção em estimulação multissensorial, de acordo com a abordagem *Snoezelen*, resultou em melhoria na qualidade de vida dos pacientes idosos, especialmente em estádios mais avançados de demência, nos quais outras intervenções terapêuticas não foram possíveis de serem realizadas, e ressaltam que, mesmo nos estádios mais severos, é crucial manter-se a estimulação, observando-se que o *Snoezelen*, em geral, proporciona tranquilidade e prazer aos idosos. A terapia de estimulação multissensorial *Snoezelen*, não envolve custos, caso a instituição tenha uma sala de *Snoezelen*, devidamente equipada. Quando as instituições não têm, podem improvisar um espaço semelhante às salas de *Snoezelen*, com materiais adequados e isso acarreta custos. Para além disto, a instituição que não possua uma sala de *Snoezelen* pode também ter a iniciativa de se articular com uma outra instituição que possua, e mediante uma frequência semanal ou quinzenal, levar lá os seus utentes para realizarem a estimulação, o que acarreta custos de deslocação e outros.

Guerreiro (2005) apresenta-nos a Terapia de Validação (TV), referindo que esta técnica foi desenvolvida por Naomi Feil entre 1963 e 1980, como uma terapia para estimular a comunicação entre idosos com defeito cognitivo, embora não fosse expresso, inicialmente, a inclusão de casos com demência. No entanto, segundo a autora, tem sido usada nos casos com diagnóstico de DA ou outras demências relacionadas. De acordo com a investigadora, o técnico terá de ouvir atentamente o doente (escuta empática) e compreender a noção e o significado individual da realidade do doente. Segundo Siberski (2005) cit pot Araújo et al. (2011) a TV preconiza a recetividade, a neutralidade e a imparcialidade do terapeuta, o qual deve validar sempre as opiniões que forem surgindo durante a sessão por parte do(s) participante(s).

De acordo com Arroyo-Anlló et al. (2012), as TIC (Tecnologias de Informação e Comunicação) estão a ser aplicadas a serviços de diagnóstico de demência e intervenções psico-cognitivas. Segundo os investigadores, este avanço nas TIC, no campo da intervenção cognitiva, iniciou-se essencialmente no século XXI, devido ao desenvolvimento da telemática, que funde a telecomunicação e a informática. Tárraga et al. (2006) cit por Arroyo-Anlló et al. (2012) menciona que as TIC permitiram o desenvolvimento de uma variedade de softwares e programas informáticos, dedicados à reabilitação através de um computador. Arroyo-Anlló et al. (2012) dizem-nos que entre as vantagens que estes programas acarretam, podemos destacar a acessibilidade aos programas de reabilitação

aos usuários que por diversos motivos (problemas de mobilidade, isolamento geográfico, entre outras) não podem dirigir-se aos centros de reabilitação. Existem diversos programas e plataformas de reabilitação cognitiva, tais como: o *Posit Science*, *Lumosity*, *Dakim Brain Fitness*, *Cogstate*, *BrainHQ*, *CogWeb®*, entre outros.

O *CogWeb®* é uma ferramenta que permite a implementação de programas personalizados de treino cognitivo, disponibilizando aos profissionais e aos doentes um vasto conjunto de exercícios de computador dirigidos a diferentes domínios cognitivos (atenção, memória, linguagem, cálculo e funcionamento executivo). Atualmente é composto por mais de 100 exercícios que evoluem automaticamente por níveis, tornando-se mais difíceis ou mais fáceis consoante o desempenho do doente. No âmbito desta metodologia de intervenção, as necessidades de cada utente são aferidas por uma avaliação neuropsicológica que permite identificar as funções deficitárias que devem ser alvo de estimulação, sendo depois implementado um programa de estimulação cognitiva personalizado, com sessões individuais realizadas no computador. As sessões são compostas por exercícios no formato de jogos, com evolução por níveis de dificuldade, o que permite a evolução do desempenho de cada utente ao seu ritmo, de acordo com as suas necessidades e potencialidades. Este programa tem sido aplicado a utentes com Doença mental grave, Deficiência intelectual, Perturbações Neurocognitivas e no contexto da Psicogeriatría, com resultados muito positivos ao nível da preservação e melhoria do funcionamento cognitivo. O programa *CogWeb®* é uma plataforma online de reabilitação cognitiva. A instituição que pretenda adquirir este programa tem de o pagar. No entanto, o programa é muito completo e eficaz, tendo como ponto de partida uma rigorosa avaliação neuropsicológica, sendo depois implementado um programa de estimulação cognitiva personalizado, de acordo com as necessidades de estimulação de cada indivíduo. É um programa que terá de ser pago, mas em termos de custo-benefício é muito compensatório e eficaz na intervenção com indivíduos com demência.

As terapias abordadas e propostas neste estudo têm, na sua globalidade, custos reduzidos. Isso é positivo do ponto de vista da gestão, pois são terapias que, desde que sejam bem aplicadas e por profissionais com conhecimento, são ótimas no apoio aos indivíduos com demência, salientando a importância de gerir e selecionar os cuidados que se revelem benéficos para o indivíduo, reduzindo ao máximo o custo dos mesmos.

No que concerne à intervenção juntos dos Ajudantes de Ação Direta (AAD), foi apresentada uma estratégia de intervenção psicoeducativa (PE) com o objetivo de transmitir conhecimentos sobre a demência aos prestadores de cuidados diretos, fomentar competências de cuidados com base na abordagem centrada na pessoa com demência e fornecer ferramentas essenciais para a gestão do stress. Barbosa et al. (2014) salientam a importância das abordagens PE, realçando que estas respondem quer às necessidades educativas, quer às necessidades emocionais e que podem ser eficazes no apoio aos prestadores de cuidados. Se os prestadores de cuidados diretos se sentirem realizados com o seu trabalho, se tiverem conhecimentos e competências para realizar o mesmo da forma mais adequada, os seus níveis de stress e exaustão serão drasticamente reduzidos, o que contribui também para um melhor cuidado, tendo assim repercussões positivas no bem-estar e na

qualidade de vida das pessoas cuidadas. Segundo a revisão de literatura efetuada, as sessões devem ser conduzidas por profissionais de saúde com conhecimentos vastos na área das demências e, preferencialmente, com experiência em dinamização de grupos psicoeducativos. A presença de uma equipa multidisciplinar é fulcral pois a mesma permite responder de uma forma mais vasta e abrangente a todas as necessidades reportadas pelos participantes.

## **4. Estratégias de Intervenção para Auxiliares de Ação direta (ADD) e para idosos institucionalizados**

De acordo com Schulz et al. (2004) cit por Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques e Sousa (2011) os idosos com demência perdem progressivamente as suas capacidades cognitivas e motoras, ocasionando, em estados mais avançados da doença, um elevado sentimento de sobrecarga no seio familiar, o que conduz à necessidade de institucionalização das pessoas idosas. Segundo Rolland et al. (2007) cit por Barbosa et al. (2011) cuidar de idosos com demência está associado a elevados níveis de stress e sobrecarga física. Davison, McCabe, Visser, Hudgson, e George (2007) e ainda Kuske et al. (2009) cit por Barbosa et al. (2011) apontam também que cuidar de idosos com demência surge associado a insatisfação laboral por parte dos cuidadores formais, devido à grande dependência de cuidados e frequentes distúrbios comportamentais como agitação, deambulação, discurso repetitivo, agressão verbal e física, entre outros aspetos que acompanham as demências. Kuske et al. (2007) cit Barbosa et al. (2011) expõem que em Portugal, assim como noutros países da Europa, os cuidados dirigidos aos idosos com demência são prestados em lares de idosos

convencionais, por indivíduos com baixa escolaridade e pouca ou nenhuma formação especializada. Barbosa et al. (2011) dizem-nos que o conhecimento acerca das necessidades de saúde e de reabilitação das pessoas com demência no nosso país é insuficiente. Os autores afirmam que a reabilitação destes indivíduos contempla a estimulação cognitiva, a estimulação multissensorial e a intervenção motora. Ainda sob a ótica de Barbosa et al. (2011), a formação dos cuidadores relativamente a aspetos da reabilitação que podem ser aplicados na prestação dos cuidados, como a própria intervenção juntos dos idosos com demência são escassas.

Figueiredo, Marques e Barbosa (2016) avançam que a demência constitui uma das principais causas de institucionalização das pessoas idosas, estimando-se que esteja presente em cerca de dois terços dos utentes das estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI'S). Ao encontro do aporte teórico de Barbosa et al. (2011) vai o de Figueiredo et al. (2016), salientando igualmente que a maior parte do cuidado prestado nestas instituições é assumido por ajudantes de ação direta (AAD) que tendem a apresentar elevados níveis de stress, exaustão emocional e insatisfação profissional. Figueiredo et al. (2016) ressaltam que tal advém não só da escassa formação para lidar com os comportamentos desafiantes que acompanham a demência (agitação, deambulação ou agressão verbal e física), como de fatores relacionados com o próprio ambiente de trabalho (sobrecarga de trabalho). Neste sentido, de forma a ultrapassar esta problemática, Figueiredo et al. (2016) elucidam que têm sido desenvolvidas na última década intervenções educativas com o objetivo de fomentar competências nos AAD para cuidar de forma adequada dos indivíduos com demências.

Barbosa, Nolan, Sousa e Figueiredo (2014) dizem-nos igualmente que a maioria dos colaboradores de cuidados diretos nas instalações de cuidados de longa duração não têm qualificações formais ou formação sobre demência e estão expostos a elevados níveis de stress e burnout em resultado de sintomas e comportamentos relacionados com a demência. Segundo Barbosa et al. (2014) as abordagens psicoeducativas (PE) podem ser eficazes no apoio aos colaboradores de cuidados diretos, no entanto, estão subdesenvolvidas no contexto dos cuidados formais. De acordo com Barbosa et al. (2014) os prestadores de cuidados diretos efetuam a maioria dos cuidados práticos diários a pessoas com demência nas instalações de cuidados a longo prazo, pelo que são mais suscetíveis de influenciar a sua qualidade de vida e de cuidados. Na ótica destes investigadores, os prestadores de cuidados diretos têm um trabalho emocionalmente desafiante inquestionável. Na visão de Barbosa et al. (2014) o comportamento persistente e os sintomas psicológicos da demência, como a agitação, juntamente com a falta de treino para lidar com eles, surgem como fontes significativas de stress e esgotamento dos prestadores de cuidados diretos. Além disso, segundo Barbosa et al. (2014) a falta de trabalho de equipa, apoio e recompensa por parte dos diretores dos lares de idosos contribuem para a tensão global dos prestadores de cuidados diretos. Os mesmos investigadores reportam que apesar das evidências disponíveis sugerirem que, o bem-estar mental do pessoal pode afetar o processo de cuidar de pessoas com demência, a prestação de apoio emocional a estes trabalhadores continua a ser escassa. Barbosa et al. (2014) salientam a importância das abordagens PE, realçando que estas respondem quer às necessidades educativas, quer às necessidades emocionais e que podem ser eficazes no apoio aos prestadores

de cuidados. As intervenções PE têm sido amplamente utilizadas com cuidadores familiares de pessoas com demência. Segundo Barbosa et al. (2014), estas intervenções ainda estão subdesenvolvidas no contexto dos cuidados formais.

Kitwood (1997) cit por Barbosa, Nolan, Sousa e Figueiredo (2017) salienta que na última década tem havido uma onda de interesse em cuidados centrados na pessoa como forma de melhorar os cuidados prestados às pessoas com demência em instalações de cuidados a idosos. De acordo com Barbosa et al. (2017), a centralidade dos cuidados na pessoa tem as suas raízes na psicologia humanista (Rogers, 1961), mais tarde contextualizada para os cuidados nas demências por Kitwood (1997) como uma resposta à “psicologia social maligna”, isto é, relações de cuidados que desvalorizam, desumanizam e despersonalizam a pessoa com demência. Na ótica de Brooker (2007), Kitwood (1997) e ainda McCormack (2004) cit por Barbosa et al. (2017) a abordagem centrada na pessoa com demência é uma prática que se esforça por manter a personalidade, apesar da capacidade cognitiva em declínio e que reconhece que a experiência de vida de um indivíduo, personalidade única e rede de relações deve ser valorizada e tomada em consideração. Barbosa, Marques, Sousa, Nolan e Figueiredo (2016) reforçam igualmente que o trabalho de Kitwood apelou a uma compreensão mais ampla da demência e a uma nova cultura de cuidados com a demência, defendendo que os sintomas e comportamentos relacionados com a demência são afetados não só pela neuropatologia, mas também pela forma como a pessoa é tratada pelos outros.

Grosch, Medvene, e Wolcott (2008), White, Newton-Curtis e Lyons (2008) citados por Barbosa et al. (2017) dizem-nos que a implementação da abordagem centrada na pessoa em instalações de cuidados com idosos pode ser operacionalizada a dois níveis organizacionais principais: institucional, através, por exemplo, de políticas flexíveis que permitam aos residentes participar plenamente no seu ambiente, respeitar o direito dos residentes à privacidade e dignidade ou valorizar e fomentar os interesses individuais; interpessoal, através de comportamentos de relacionamento e competências dos trabalhadores mais centrados na pessoa do que na tarefa (por exemplo demonstrar interesse, orientando o residente para a tarefa, oferecendo escolhas ou dando um feedback positivo).

Atendendo à Revisão de Literatura realizada, a estratégia de intervenção que será apresentada no presente trabalho é uma abordagem de intervenção psicoeducativa (PE) com o objetivo de transmitir conhecimentos sobre a demência aos prestadores de cuidados diretos, fomentar competências de cuidados com base na abordagem centrada na pessoa com demência e fornecer ferramentas essenciais para a gestão do stress. Esta intervenção reveste-se de duas componentes principais: a componente educativa, que visa munir os prestadores de cuidados diretos de conhecimentos e competências sobre os cuidados na demência centrados na pessoa. A segunda componente, ou componente de apoio, em oposição às intervenções tradicionais que apenas comportam a componente educativa, visa transmitir aos prestadores de cuidados diretos estratégias para lidar com o stress relacionado com o trabalho, com o objetivo de prevenir a exaustão emocional, a rotatividade e o burnout.

## 4.1 Destinatários

Esta estratégia de intervenção baseada na Abordagem Centrada na pessoa com Demência, comportando a intervenção educativa e de apoio, destina-se a ajudantes de ação direta que exercem o seu trabalho em estruturas residenciais para pessoas idosas com demência, ligeira, modera e severa.

## 4.2 Estrutura das sessões

De acordo com a literatura científica revista, para permitir uma melhor consolidação dos conhecimentos e partilha de experiências, sugere-se que as sessões sejam constituídas por 8 sessões de 90 minutos, de frequência semanal. Este programa será constituído por 8 sessões de intervenção educativa e de apoio, recaindo as mesmas sobre as vertentes essenciais do cuidado à pessoa com demência. As sessões terão uma duração de 60 minutos, de forma a não se tornarem demasiado cansativas, com um intervalo de 10 minutos após os primeiros 30 minutos de cada sessão. As sessões serão realizadas semanalmente, devendo os dias da semana serem acordados mediante disponibilidade dos técnicos que conduzirão a sessão, assim como dos prestadores de cuidados diretos, a quem se destinam as sessões. No final de cada sessão, haverá a possibilidade de colocação de questões e esclarecimento de dúvidas.

## 4.3 Componentes

Como já foi referido anteriormente, esta estratégia de intervenção contempla a componente educativa e a componente de apoio ou suportiva. A primeira visa dotar os prestadores de cuidados diretos de conhecimentos e competências sobre os cuidados de demência centrados na pessoa, fornecer informações básicas sobre demências tais como: causas, sintomas, evolução, princípios e estratégias para integrar os cuidados centrados na pessoa nas rotinas diárias (estimulação multissensorial, por exemplo, proporcionar uma massagem suave enquanto se lava o cabelo da pessoa), principalmente nos momentos onde ocorre maior interação cuidador-recetor, como é o caso do período da manhã, com os cuidados de higiene, banho, hidratação, vestuário, higiene oral, cuidados do cabelo, unhas, entre outros. A componente de apoio tem como intuito fornecer aos prestadores de cuidados estratégias de *coping* para lidar com o stress relacionado com o trabalho, prevenir a exaustão, promover o autocuidado (assertividade, resolução de problemas e gestão do tempo, entre outros) e prevenir o burnout. No final de cada componente de apoio, serão realizados exercícios de respiração e relaxamento (respiração abdominal e exercícios de alongamento e fortalecimento). É feita uma proposta aos participantes, em todas as sessões, de realizarem uma tarefa em casa ligada ao tema exposto na sessão. A discussão das ideias apresentadas pelos participantes será realizada no início da sessão seguinte.

## 4.4 Condução das sessões

Segundo a revisão de literatura efetuada, as sessões devem ser conduzidas por profissionais de saúde com conhecimentos vastos na área das demências e, preferencialmente, com experiência em dinamização de grupos psicoeducativos. A presença de uma equipa multidisciplinar é fulcral pois a mesma permite responder de uma forma mais vasta e abrangente a todas as necessidades reportadas pelos participantes.

## 4.5 Sala e materiais

Este tipo de intervenção deve ocorrer num ambiente calmo e adequado, que estimule a participação e a interação de todos os participantes por igual, para que a partilha e a troca de experiências e opiniões se faça de forma produtiva. Uma sala ampla, de fácil acesso a todos os intervenientes, cómoda, tranquila, com luminosidade adequada e silêncio, deve ser a eleita. Logo na primeira sessão, deve ser facultada uma capa a todos os participantes para que nela possam arquivar os folhetos informativos que serão facultados também ao longo das sessões e para que possam tirar os seus apontamentos, com recurso a folhas em branco que estarão na capa. Se for do acordo de todos, as sessões poderão ser filmadas, para mais tarde serem analisados e discutidos determinados aspetos relevantes que não tenham sido devidamente tratados durante as sessões.

## 4.6 Conteúdo das Intervenções

Esta estratégia de intervenção integra duas componentes. A componente educativa visa dotar os prestadores de cuidados diretos de conhecimentos e competências sobre os cuidados de demência centrados na pessoa, fornecer informações básicas sobre demências tais como: causas, sintomas, evolução, princípios e estratégias para integrar os cuidados centrados na pessoa nas rotinas diárias (estimulação multissensorial, por exemplo, proporcionar uma massagem suave enquanto se lava o cabelo da pessoa), principalmente nos momentos onde ocorre maior interação cuidador-recetor, como é o caso do período da manhã, com os cuidados de higiene, banho, hidratação, vestuário, higiene oral, cuidados do cabelo, unhas, entre outros. A componente de apoio tem como intuito fornecer aos prestadores de cuidados estratégias de *coping* para lidar com o stress relacionado com o trabalho, prevenir a exaustão, promover o autocuidado (assertividade, resolução de problemas e gestão do tempo, entre outros) e prevenir o burnout. De acordo com Figueiredo, Marques e Barbosa (2006) os cuidados às pessoas com demência são contínuos e quem está mais próximo são os ajudantes de ação direta. Aprender a viver e a gerir a demência é um desafio.

#### 4. Estratégias de Intervenção para Auxiliares de Ação direta (ADD) e para idosos institucionalizados

Tabela 3: Intervenções para prestadores de cuidados diretos.

Sessão	Componente	Tarefas
1	Educativa	Abordar o conceito e princípios da Abordagem Centrada na pessoa com demência. Informação básica sobre as demências: causas, sintomas, evolução e princípios e estratégias para integrar os cuidados centrados na pessoa nas rotinas diárias.
	Apoio/Suportiva	A componente de apoio desta sessão visa facilitar a discussão sobre o impacto emocional da prestação de cuidados na vida dos ajudantes de ação direta. Exercícios de relaxamento e respiração abdominal.
2	Educativa	Estratégias de comunicação na demência (exemplos: usar validação, dar tempo para responder, dar escolhas simples). Diferenças comunicacionais que ocorrem com a progressão da demência: estratégias para comunicar e estabelecer uma relação de confiança com a pessoa com demência.
	Apoio/Suportiva	A componente de apoio desta sessão visa identificar as diferentes formas de lidar com os conflitos e sugerir outras abordagens para resolver situações problemáticas entre duas ou mais pessoas. Exercícios de fortalecimento e alongamento.
3	Educativa	Informações sobre comportamentos desafiantes e como lidar com eles.
	Apoio/Suportiva	A componente de apoio desta sessão visa permitir uma reflexão sobre o trabalho em equipa para a satisfação pessoal e grupal e produtividade, o que resulta também numa melhoria dos cuidados. Relaxamento cognitivo (exemplo: exercício de imaginação guiada).
4	Educativa	Estratégias para melhorar o ambiente físico e social da pessoa com demência (exemplos: diminuir o ruído de fundo, informações sobre prevenção de quedas).
	Apoio/Suportiva	A componente de apoio visa auxiliar os ajudantes de ação direta a lidar adequadamente com as emoções. Exercícios de alongamento e fortalecimento.
5	Educativa	Informações sobre a estimulação do movimento/motora: estratégias para aumentar o envolvimento dos residentes nos cuidados diários. Destacar algumas técnicas que promovam a sua participação e movimento.
	Suportiva/Apoio	A componente suportiva desta sessão visa identificar hábitos inadequados de utilização do tempo e promover competências de gestão de tempo.
6	Educativa	Esclarecimento do significado, importância e benefícios da estimulação multissensorial do olfato junto das pessoas com demência (exemplo: usar gel de banho de diferentes fragrâncias).
	Suportiva/Apoio	A componente suportiva desta sessão visa ajudar os ajudantes de ação direta a encontrar soluções práticas para as dificuldades que vivenciam no trabalho com pessoas com demência. Exercícios de alongamento e fortalecimento.
7	Educativa	Esclarecimento do significado, importância e benefícios da estimulação multissensorial do tato e da visão (exemplo: pedir ao idoso para indicar, de entre um conjunto de objetos, onde está determinado objeto; fazer uma massagem no couro cabeludo do idoso durante o banho e pedir a sua colaboração, dentro das suas capacidades, para o próprio dar continuidade à massagem e assim estimular o tato).
	Suportiva/Apoio	A componente suportiva desta sessão inclui a prática de um treino de relaxamento mais alargado, que pode ser previamente preparados pelos técnicos que conduzem as sessões ou pelo fisioterapeuta da instituição.
8	Educativa	Esclarecimento do significado, importância e benefícios da estimulação multissensorial da audição e paladar (exemplo: ouvir a canção favorita de cada idoso para estimular a audição; solicitar aos participantes para pensarem em formas de estimular o paladar nas pessoas com demência durante as refeições e fora delas).
		A última sessão marca o encerramento do programa. Deve realizar-se um balanço sobre a forma como decorreram todas as sessões, focando os pontos positivos e negativos. Deve-se falar também acerca da importância que as sessões tiveram para os participantes e o que aprenderam com elas. No final da sessão, felicitar o grupo pelo interesse, tempo despendido e dedicação e realiza-se um lanche de convívio. Poder-se-á tirar uma fotografia de grupo no final do lanche ou no decorrer do mesmo.

Fonte: Adaptado de Barbosa et al (2016, p.455).

## 4.7 Estratégias de Intervenção para idosos institucionalizados

Segundo Santos (2006) cit por Azambuja (2007), do ponto de vista da saúde, destacam-se alterações significativas no quadro de morbimortalidade, ou seja, redução da incidência e morte por doenças infetocontagiosas e aumento da incidência e morte por doenças crónico-degenerativas típicas de idades mais avançadas. De acordo com Charchat-Fichman et al. (2005) cit por Azambuja (2007) umas das principais consequências do aumento da população idosa é o aumento da prevalência das demências, especialmente da Doença de Alzheimer.

Conforme a APA (2014) cit por Nóbrega (2014) entre as diferentes formas de demência, a Demência de Alzheimer é a mais frequente, sendo uma doença crónico-degenerativa que atinge o sistema nervoso central e manifesta-se predominantemente, numa fase inicial, na perda de memória para factos recentes, progredindo até atingir outras funções cognitivas como a linguagem e as funções executivas, comprometendo as atividades sociais e funcionais do indivíduo. Hollveg e Hamdan (2008) afirmam igualmente que o envelhecimento da população é um fenómeno mundial com consequências diretas sobre questões de saúde pública, relacionadas principalmente ao aumento da prevalência das demências.

Mediante o exposto, torna-se necessário intervir. Torna-se necessário proporcionar cuidados de qualidade aos idosos portadores de síndromes demenciais, devidamente adaptados a cada caso em particular. Ribeiro et al. (2004) mencionam que o tratamento da doença de Alzheimer e outras demências, pode aumentar o período em que os doentes mantêm uma função cognitiva e física razoável, por isso o diagnóstico precoce torna-se essencial. Este processo inicia-se realizando uma avaliação neuropsicológica. De acordo com Caramelli e Barbosa (2002) o diagnóstico sindrómico de demência depende de avaliação objetiva do funcionamento cognitivo e do desempenho em atividades de vida diária. Segundo os mesmos autores, a avaliação cognitiva pode ter início com testes de rastreio, como o MEEM (Mini Exame do Estado Mental) e deve ser complementada por testes que avaliam diferentes componentes do funcionamento cognitivo.

Tabela 4: Sinais e sintomas que podem indicar a necessidade de avaliação na demência.

---

**Alterações cognitivas:** alterações da memória; dificuldade em entender a comunicação escrita e falada; dificuldade em encontrar as palavras corretas; não reconhecimento de acontecimentos comuns; desorientação.

---

**Sintomas psiquiátricos:** Isolamento ou apatia; depressão; desconfiança; ansiedade; insónia; timidez; paranoia; crenças anormais; alucinações.

---

**Alterações da personalidade:** afetos inapropriados; embotamento ou desinteresse; isolamento social; frustrações; discursos explosivos; sexualidade exagerada.

---

**Problemas comportamentais:** Delírio; agitação; insónia com inquietação noturna.

---

**Alterações funcionais:** Dificuldade em conduzir; perder-se com facilidade; descuido pessoal e nas lides domésticas; dificuldade em manusear o dinheiro; erros no trabalho; dificuldade nas compras.

---

Fonte: Ribeiro, Ramos e Sá (2004, p.570).

### **4.7.1 Avaliação Neuropsicológica**

A avaliação neuropsicológica (AN) detalhada é recomendada, segundo Caramelli e Barbosa (2002) especialmente nos estádios iniciais de demência em que os testes breves podem ser normais ou apresentar resultado limítrofe. Além disso, na ótica dos mesmos investigadores, a AN fornece dados relativos ao perfil das alterações cognitivas, que se revelam de grande importância para o diagnóstico diferencial de algumas formas de demência. De acordo com Azambuja (2007) a realização da avaliação cognitiva pode ser um instrumento útil na avaliação global do paciente idoso, permitindo aos profissionais de saúde obterem informações que auxiliem tanto o diagnóstico etiológico do quadro em questão, como no planejamento e execução das medidas terapêuticas e de reabilitação a serem realizadas em cada caso.

Hototlan et al. (2006) citados por Hollveg e Hamdan (2008) refere que as avaliações neuropsicológicas são úteis não apenas para quantificar o grau de um possível declínio, mas também para identificar ou detetar estádios iniciais de demência ou de transtornos depressivos. A identificação e o diagnóstico precoces auxiliam não apenas no tratamento, mas também na evolução e prognóstico do caso, contribuindo para uma maior qualidade de vida, para o indivíduo e a sua família. Hototlan et al. (2006) citados por Hollveg e Hamdan (2008) salientam que em alguns casos, o diagnóstico precoce pode reverter o processo e, em outros, amenizar as suas consequências. Na perspectiva de Rozenthal (2006) cit por Hollveg e Hamdan (2008), a AN pode ser considerada um exame funcional do cérebro, que tem por objetivo evidenciar e detalhar as consequências de lesões ou disfunções sobre o comportamento e a cognição do indivíduo. Hollveg e Hamdan (2008) expõem que o recurso à AN se mostra eficiente tanto no estabelecimento como na confirmação do diagnóstico. Rozenthal (2006) cit por Hollveg e Hamdan (2008) explicita que durante a avaliação, ao se observar o desempenho e a conduta do indivíduo frente ao testes, é possível identificar pontos fortes e fracos do paciente, limitações ou mesmo deficiências, como auditivas ou visuais, salientando que estes achados são de extrema importância, uma vez que contribuem para o delineamento de estimulações e reabilitação futura. Segundo Green (2000) cit por Hollveg e Hamdan (2008) a AN é um importante auxílio na diferenciação primária entre demência, comprometimento cognitivo leve, distúrbios psiquiátricos, como o caso da depressão e outras síndromes neuropsicológicas focais, tais como amnésia, apraxia, agnosia, entre outros. Rozenthal (2006) cit por Hollveg e Hamdan (2008) acrescenta ainda que este procedimento é útil no rastreio de indivíduos com maior probabilidade de apresentar demência.

Na perspectiva de análise de Gil e Busse (2009) a AN auxilia no diagnóstico diferencial das queixas mnésicas/cognitivas, uma vez que examina o funcionamento neurológico visando evidenciar e detalhar as repercussões das lesões e disfunções cerebrais, sobre o comportamento e sobre a cognição. Gil e Busse (2009) dizem-nos ainda que a AN também reflete as alterações passíveis de serem reconhecidas no processo de envelhecimento normal. Zanini (2010) expõe que a AN é o exame das funções cognitivas do indivíduo, como orientação, memória, linguagem, atenção, raciocínio, através de procedimentos e testes padronizados. A autora explica que este procedimento pode ser utilizado na identificação de declínio cognitivo no idoso, avaliação dos prejuízos de áreas

cerebrais com alterações neurológicas, como por exemplo, traumatismo crânio-encefálico, epilepsia, AVC, entre outros. A autora refere que é igualmente útil na diferenciação de síndrome psicológica e neurológica, como a depressão e a demência. Para além disto, Zanini (2010) elucida também que a AN considera exames como tomografia axial computadorizada (TAC), ressonância magnética (RM), eletroencefalograma e consultas neurológicas, psicológicas e psiquiátricas.

Nóbrega (2014) também nos brinda com o seu conceito de AN, mencionando que esta é composta por testes, em geral psicométricos, que induzem o examinado a executar tarefas que requerem o uso de funções cognitivas específicas. O autor refere que a AN é útil para mensurar o desempenho cognitivo global, pontuar as funções que podem estar em déficit e preservadas e identificar, quando houver, um perfil coerente com determinadas desordens neurológicas. Fraga (2018) afirma que a AN tem um papel muito importante diante de uma população cada vez mais envelhecida, fornecendo subsídios para o diagnóstico precoce e promovendo medidas de intervenção que podem retardar a deterioração cognitiva.

Segundo Fraga (2018) a AN pode ser definida como um exame detalhado e objetivo das funções cognitivas, que tem como objetivo identificar as possíveis consequências de doenças, lesões, disfunções que possam estar relacionadas com o comportamento e o desempenho cognitivo dos indivíduos. Na ótica da autora, este procedimento nos idosos é um processo de carácter minucioso quando há a necessidade de investigar situações diagnósticas, sendo necessário que o profissional compreenda os limites entre o envelhecimento normal, o comprometimento cognitivo leve e as manifestações iniciais das demências, tendo em conta que estas apresentam variabilidade individual. A investigadora salienta ainda que a AN de idosos tem como objetivo a mensuração do desempenho cognitivo, dando subsídios para o diagnóstico diferencial, a estimativa da capacidade funcional e o planeamento de possíveis estratégias terapêuticas.

Fraga (2018) refere também que a AN consiste num método de investigar as funções cognitivas e o comportamento, sendo que esta investigação acontece através de entrevistas e aplicação de técnicas. Segundo esta estudiosa, o processo de avaliação inicia-se a partir de uma entrevista clínica onde são investigados aspetos como escolaridade, trabalho, antecedentes familiares e histórico de doenças. Estes parâmetros, tal como elucida Fraga (2018) são utilizados para compreender o impacto cognitivo das doenças neurológicas.

Os aspetos avaliados durante a AN com o público idoso, de acordo com Fraga (2018) serão a memória, a atenção, o humor, a linguagem, as funções executivas e o desempenho funcional. De acordo com o contributo teórico de Souza e Teixeira (2013) e Yassuda et al. (2010) cit por Dias e de Melo (2020) a AN é uma etapa essencial na investigação diagnóstica de um paciente com uma hipótese de um quadro demencial. Segundo os investigadores anteriormente citados, a literatura sustenta que este procedimento é capaz de fornecer uma caracterização precisa dos déficits cognitivos e comportamentais, através da confrontação dos dados obtidos na anamnese sobre funcionamento prévio e atual do idoso e dos scores obtidos através de testagem das funções cognitivas. Dias e de Melo (2020) expõem que o diagnóstico definitivo de algumas demências só é possível no post-mortem através do exame histopatológico do tecido cerebral. No entanto, estes

investigadores dão-nos também o seu contributo teórico acerca da AN. De acordo com Galucci Neto, Tamelini e Forlenza (2005), Farfel (2009) e Caixeta et al. (2014) cit por Dias e de Melo (2020) é recomendado para o processo de investigação uma avaliação clínica cuidadosa que inclua uma anamnese detalhada, exames laboratoriais e de neuroimagem e o levantamento do desempenho das funções cognitivas por meio da AN. Parmera e Nitrini (2015) cit por Dias e de Melo (2020) apontam que:

A avaliação neuropsicológica deve iniciar-se com a elaboração da anamnese, que constitui etapa primordial na investigação dos declínios cognitivos. Ela deve ser feita por meio de entrevista com o paciente e depois com um informante que possa relatar a história prévia do idoso. Dessa forma, pode comparar-se o funcionamento cognitivo atual com o anterior ao aparecimento de sintomas, como também o momento em que se percebeu as alterações e um possível histórico de comorbidades que por vezes podem resultar em déficits cognitivos potencialmente reversíveis (p.74).

Dias e de Melo (2020) salientam que a melhoria e a uniformização dos procedimentos de avaliação neuropsicológica corroboram positivamente para deteção precoce das demências, auxiliando no planeamento e implementação das intervenções necessárias para redução dos impactos na qualidade de vida do idoso.

#### **4.7.2 Testes de rastreio e baterias de Avaliação**

A avaliação cognitiva, segundo Caramelli e Barbosa (2002) pode ser iniciada com testes de rastreio, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e deve ser complementada por testes que avaliam diferentes componentes do funcionamento cognitivo.

De acordo com Ribeira et al. (2004) o MEEM é o teste de rastreio cognitivo mais usado, sendo rápido e fácil de administrar, que avalia múltiplos domínios como: orientação, atenção, retenção, linguagem e habilidade para seguir ordens. Ao encontro da ótica destes investigadores vai também a de Azambuja (2007) dizendo que O MEEM (Folstein, 1975) é o teste de rastreio e triagem mais utilizado no mundo, sendo simples, de aplicação rápida e autoexplicativa. A autora diz-nos que o MEEM determina a extensão da avaliação cognitiva subsequente à sua aplicação em sujeitos com demência moderada e severa. A mesma investigadora fala também da sua estrutura, mencionando que o mesmo é composto por diversas questões, agrupadas em sete categorias, cada uma delas com o objetivo de avaliar uma determinada função cognitiva como orientação espaço-temporal, retenção ou registo de dados, atenção e cálculo, memória, linguagem e capacidade construtiva visual. Segundo Azambuja (2007) o score do MEEM pode variar de um mínimo de 0 a 30 pontos. Gil e Busse (2009) referem igualmente que o MEEM é um teste de fácil e rápida aplicação, com boa adaptabilidade para rastreio de distúrbios cognitivos, avaliação da gravidade e da intensidade do declínio cognitivo nos casos clínicos, permitindo o seguimento evolutivo do paciente. No entanto, estes investigadores apontam alguns aspetos menos positivos em relação a este instrumento, referindo que o mesmo apresenta limitações no que diz respeito à avaliação de pacientes mais graves ou com alterações que os impeçam de desempenhar os testes, como é o caso de pacientes

com afasia. Os investigadores mencionam que devido ao facto de o MEEM ser um teste cujos resultados se expressam em termos quantitativos, fatores como quadro de depressão poderiam prejudicar o rendimento do paciente. Gil e Busse (2009) fazem também alusão à demência frontotemporal, explicitando que neste tipo de patologia os sintomas comportamentais podem preceder as alterações intelectuais, logo o MEEM pode estar normal no início do quadro. Zanini (2010) diz-nos também que o MEEM inclui itens variados que, rapidamente, possibilitam examinar a orientação temporal e espacial, memória, atenção e cálculo, linguagem, praxias e habilidades construtivas, ajudando na identificação de pacientes que devem ser submetidos a uma avaliação mais detalhada.

Ribeira et al. (2004) fazem também referência ao teste do relógio, como sendo outro teste rápido usado para deteção de défices cognitivos em que se pede ao doente para desenhar um relógio indicando uma determinada hora (por exemplo, 11h15). Segundo estes autores, esta tarefa requer memória preservada, habilidade visuoespacial e função executiva. Azambuja (2007) refere que o teste do relógio também faz parte da triagem cognitiva pela sua simplicidade, avaliando melhor a função visuoespacial e a função executiva, mas sofre influência de todas as funções cognitivas. A autora diz-nos que outra grande vantagem deste teste é a menor influência do grau de alfabetização na realização do mesmo, aumentando a sua fidedignidade em pacientes com baixo nível de escolaridade. Azambuja (2007) salienta que pacientes com scores normais no MEEM podem ter severas limitações funcionais demonstradas neste teste. De acordo com Montiel, Cecato, Bartholomeu e Martinelli (2014) citados por Fraga (2018) o teste do relógio também é um teste utilizado para uma triagem cognitiva inicial, avaliando a função visuo-espacial e a função executiva e de rápida aplicação. O avaliador solicita ao paciente que desenhe o mostrador de relógio com os ponteiros indicando um determinado horário.

Para Fraga (2018) o humor é um aspeto importante de ser avaliado nos idosos. Segundo a investigadora, a depressão pode ocasionar sintomas que podem ser confundidos com quadros demenciais. Na ótica da autora, o inventário Beck de depressão pode ser uma ferramenta útil para identificar as facetas da depressão, tal como a Escala Geriátrica de Depressão. Segundo Fonseca e Rizzoto (2008) citados por Dias e de Melo (2020) a avaliação da capacidade funcional do idoso também constitui uma etapa muito importante da avaliação neuropsicológica. De acordo com os autores anteriormente citados, a capacidade funcional refere-se ao desempenho nas atividades de vida diária (AVDs), que são subdivididas em três categorias: atividades avançadas de vida diária (AAVD), que são tarefas que possuem uma alta complexidade, como por exemplo conduzir um carro; atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que são determinadas pela capacidade do indivíduo em manter uma vida independente; e as atividades básicas de vida diária (ABVD), que são as tarefas do dia a dia que envolvem o autocuidado, em todos os seus níveis. Marra et al. (2007) cit por Dias e de Melo (2020) refere que diferentes instrumentos podem ser utilizados para avaliar as AVDs e destaca o Índice de Katz para mensuração das ABVDs, o Índice de Lawton e Brody e o Índice de Pfeffer para avaliar as AIVDs. Ribeiro et al. (2004) cit por Dias e de Melo (2020) refere a Medida de Independência Funcional (MIF), que pode ser um instrumento útil para a avaliação dos três níveis de funcionalidade.

Azambuja (2007) diz-nos que as baterias neuropsicológicas constituem sequências de testes que avaliam o comportamento e a cognição podendo ser padronizadas (compostas pelos mesmos testes) ou flexíveis (compostas por testes agrupados de acordo com a necessidade). A autora afirma que as baterias neuropsicológicas são importantes para o estabelecimento do perfil cognitivo antes, durante e depois de tratamentos, assim como colaboram para o diagnóstico diferencial em condições que envolvam prejuízo cognitivo. De acordo com Hogan (2006) cit por Hollveg e Hamdan (2008), as baterias flexíveis foram sendo adotadas para melhor se adequar o instrumento ao motivo da avaliação. Segundo Dias e de Melo (2020) uma vez que o declínio das funções cognitivas se mostre mais aparente, evidenciando um quadro demencial, deve então iniciar-se a avaliação através das baterias neuropsicológicas, que possibilitem uma análise abrangente em funções como linguagem, atenção, memória, aprendizagem, funções executivas e habilidades visuoespaciais. De acordo com Bertolucci et al. (2001) cit por Dias e de Melo (2020) a literatura aborda uma diversidade de testes e baterias para mensuração do desempenho nesta funções, como a bateria CERAD (*Consortium Establish of Alzheimer Disease*), que avalia memória, linguagem, praxia e funções executivas. Malloy-Diniz et al. (2007) cit por Dias e de Melo (2020) falam-nos do Teste de Aprendizagem Verbal de Rey (*Rey Auditory Verbal Learning Test, RAVLT*), utilizado para avaliação da aprendizagem, memória de trabalho, memória episódica e funções executivas; Trentini, Yates e Heck (2014) cit por Dias e de Melo (2020) fazem referência à Escala de Inteligência Abreviada (*Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence, WASI*), que avalia conhecimento verbal, processamento de informações visuais, raciocínio e inteligência; Fonseca, Sales e Parente (2009) cit por Dias e de Melo (2020) abordam o *Neupsilin*, composto por subtestes que avaliam a orientação temporal e espacial, atenção concentrada, percepção, linguagem, memória e funções executivas.

De acordo com Azambuja (2007) os testes neuropsicológicos permitem a identificação precoce dos distúrbios cognitivos, a sua quantificação e o seguimento da evolução natural da doença ou da sua resposta às medidas terapêuticas. Segundo a autora, os resultados devem ser analisados tendo em conta o grau de escolaridade do paciente, estados pré-mórbidos e o uso de medicações ou outras substâncias que atuam no Sistema Nervoso Central (SNC). Como todos os outros métodos de diagnóstico, Azambuja (2007) salienta que a sua interpretação deve sempre ser somada aos dados obtidos pela anamnese e pelos exames neurológico, laboratorial e de neuroimagem.

#### **4.7.3 Estratégias de intervenção com cuidados diferenciados para idosos institucionalizados portadores de demência**

De acordo com Guerreiro (2005), qualquer estratégia de intervenção cognitiva deverá ser estruturada com base nos resultados de uma avaliação neuropsicológica exaustiva. Segundo a autora, esta avaliação permitirá um conhecimento dos défices das funções nervosas superiores (FNS) ou dos processos que as compõem e da gravidade desses défices, permitindo ainda conhecer as FNS e os sistemas que se encontram intatos, para que possam ser utilizados. A institucionalização a longo prazo, na ótica de Gonçalves, Albuquerque e Martín (2008) pode representar um fator de risco para a subestimulação cognitiva e conseqüente subaproveitamento

das competências disponíveis. Araujo (2010) diz-nos que a demência é a primeira causa de morte em idosos e que se justifica a existência de tratamentos preventivos, medicamentosos e de reabilitação cognitiva, acompanhados de orientação emocional familiar nas instituições que cuidem de casos de demência. De acordo com Carvalho, Magalhães e Pedroso (2016), atualmente o tratamento farmacológico padrão tem sido a prescrição de medicamentos inibidores da acetilcolinesterase que atuam diminuindo o processo de envelhecimento celular, retardando, desta forma, a progressão da doença. Na visão dos mesmos investigadores, além do tratamento farmacológico, é recomendado também que o idoso receba tratamentos não farmacológicos, uma vez que todos os tipos de demência são difíceis de tratar apenas com recurso a medicação.

Voltando a citar Guerreiro (2005), a necessidade de melhorar a qualidade de vida dos idosos em geral, bem como dos doentes com demência e das suas famílias, tem contribuído para o desenvolvimento de estratégias de intervenção para idosos que sofram de alguma forma de incapacidade e de programas de reabilitação específicos para doentes com demência. Tendo em conta que as demências degenerativas, particularmente a DA, vão progressivamente impedindo a realização das AVDs, interferindo na vida social e nas atividades profissionais e de lazer, segundo Guerreiro (2005) qualquer intervenção deverá ser iniciada o mais precocemente possível. De acordo com a autora, o objetivo principal dos programas ditos de reabilitação ou de estimulação cognitiva para pessoas idosas é ajudá-las a melhorar o desempenho das AVDs, de modo a não necessitarem de assistência de outra pessoa ou, pelo menos, minimizar a necessidade de assistência externa. A autora considera que a intervenção deve passar sempre por uma abordagem psicossocial, pois nenhuma pessoa pode ser reduzida à cognição e o doente não pode ser visto apenas na perspetiva dos défices cognitivos.

Na ótica de análise de Guerreiro (2005), qualquer intervenção, farmacológica ou não farmacológica, tem de ter em conta o sujeito biológico, o sujeito cognitivo, o sujeito emocional, o sujeito inserido no seu contexto familiar e social, o homem como um todo. De acordo com a investigadora, o tipo de intervenção terá de ser diferente de pessoa para pessoa, diferindo de acordo com as especificidades e necessidades do próprio sujeito e da sua estrutura sociofamiliar, tendo sempre presente que os doentes com doenças degenerativas demenciais perdem capacidades cognitivas de forma gradual e com um ritmo diferente de doente para doente. Guerreiro (2005) salienta que o objetivo fundamental de intervenção nas demências é o de tentar maximizar as funções intatas e aumentar os recursos das funções que, embora diminuídas, não estejam totalmente perdidas, de modo a que o doente prolongue por mais tempo a sua independência funcional.

Tabela 5: Terapia de Reminiscência (TR)

Terapia de Reminiscência (TR).		
Conceito:	Benefícios:	Formas de aplicação:
<p>Segundo Guerreiro (2005) a técnica da reminiscência é descrita pela primeira vez por Butler como um processo mental que, ocorrendo naturalmente, permite aos idosos falar sobre as suas experiências passadas e conflitos. Tendo em conta a autora, a TR como técnica terapêutica foi desenvolvida por Woods e foi usada em sujeitos com demência, sendo a estimulação da memória realizada através da memória remota, geralmente mantida até tarde na maioria dos doentes. Na ótica de Guerreiro (2005) os acontecimentos passados são recordados e são desenvolvidos assuntos à volta da informação que o próprio sujeito recorda.</p> <p>Gonçalves et al (2008) referem que a reminiscência é um processo normativo inerente a todos os seres humanos, que consiste na recordação de uma experiência ou fato. Segundo os autores, ainda que a reminiscência não seja exclusiva de uma etapa específica da vida, torna-se progressivamente mais presente à medida que os indivíduos envelhecem. De acordo com Gonçalves et al (2008) a reminiscência não é uma estratégia exclusiva de intervenção com idosos, mas a eficácia da mesma é potenciada junto desta faixa etária, uma vez que consiste na análise do percurso de vida, realizando um balanço de vida e, eventualmente, resolvendo conflitos localizados no passado.</p> <p>Cappeliez, Guindon e Robitaille (2008) cit por Lopes, Afonso e Ribeiro (2014) definem a reminiscência como um processo mental que implica a recuperação de memórias autobiográficas significativas. Lopes et al (2014) dizem-nos que, a reminiscência, como estratégia de intervenção, consiste num processo psicológico de recuperação de experiências pessoais, vividas no passado que são utilizadas para fins terapêuticos.</p> <p>Numa revisão, desenvolvida por Cotelli, Manenti e Zanetti (2012) citada por Lopes et al (2014) os autores concluíram que a TR melhora o humor e algumas habilidades cognitivas na população com demência. Na visão de Gil, Costa, Cardoso, Parola, Campos, Almeida e Apóstolo (2018) a TR consiste na recuperação de memórias emocionalmente significativas com recurso a estímulos multissensoriais (imagens, músicas, aromas e texturas). Segundo Gil et al (2018) ao encorajar propositadamente as pessoas idosas a relembrar o passado, numa atitude empática e de aceitação, elas são estimuladas a reavaliar as suas vidas, fortalecendo a identidade e, deste modo, melhorando a estabilidade psicológica e a qualidade de vida. Segundo os mesmos investigadores, a TR é uma intervenção de fácil planeamento, implementação e avaliação que permite uma relação de proximidade entre o profissional e a pessoa idosa, resultando num conhecimento mais profundo do idoso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Auxilia na reconstrução do autoconceito</li> <li>* Fomenta a adaptação a transições de vida</li> <li>* Promove a autoaceitação</li> <li>* Fomenta a integridade do ego</li> <li>* Aumenta o bem-estar e a satisfação de vida</li> <li>* Previne o surgimento de sintomatologia depressiva</li> <li>* Estimula o funcionamento cognitivo</li> <li>* Promove a autoestima e a autoperceção de saúde</li> <li>* Atenua o isolamento social</li> <li>* Auxilia o processo de luto</li> <li>* Alivia a solidão</li> <li>* Fomenta o bem-estar e a qualidade de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Reminiscência simples: estimula as funções sociais da reminiscência (comunicação, ensino, informação) através da recuperação de acontecimentos autobiográficos positivos de forma não estruturada.* Construir um livro de memórias, pois este apoia-se na memória de longo prazo, enfatizando aquilo que a pessoa consegue recordar.</li> <li>* Revisão de vida: implica uma descrição mais abrangente e avaliativa dos principais acontecimentos autobiográficos do ciclo de vida, no sentido de os mesmos serem integrados numa história de vida coerente;</li> <li>* Terapia de revisão de vida: reporta a sua aplicação a pessoas com problemas de saúde mental, tais como a depressão, com o intuito de reduzir os efeitos potencialmente negativos da reminiscência (reavivamento da amargura, tédio) aliviando a sintomatologia depressiva;</li> <li>* Através dos sentidos: cheiros, sabores, sons, movimentos, imagens;</li> <li>* Atividades em família, através de fotografias e objetos que promovam a interação e conversação;</li> <li>* Criar uma caixa de memórias, que pode ser constituída por diversos objetos, tais como: fotografias antigas, fotografias de família, objetos favoritos, postais, cartas, receitas, desenhos dos netos.</li> </ul>
<p>Custos associados à terapia: terapia não envolve materiais ou equipamentos específicos, implicando apenas a presença de um técnico que (individualmente ou em grupo) aplica a técnica aos idosos com demência durante cerca de 30 a 45 minutos. Se a instituição não tiver este técnico especializado, o custo será o do pagamento do tempo dispendido pelo técnico. Se a instituição já possuir, em permanência um técnico especializado, esta poderá ser uma das atividades regulares do mesmo.</p>		

Fonte: Elaboração própria

Tabela 6: Musicoterapia

0	Musicoterapia	
Conceito:	Benefícios:	Formas de aplicação:
<p>Aleixo, Santos e Dourado (2017) definem a Musicoterapia como uma terapia que utiliza recursos musicais como ritmos, instrumentos e melodias para estimular as funções cognitivas e proporcionar uma melhoria do bem-estar social e emocional. De acordo com Lopes, André, Sousa, Oliveira e Silveira (2019), a musicoterapia define-se como uma prática com múltiplos benefícios, com propriedades de cura e terapêuticas reconhecidas em toda a história. Segundo estes investigadores, a musicoterapia pode dividir-se em duas técnicas diferentes: a musicoterapia ativa e a musicoterapia recetiva ou passiva, consoante o grau de participação da pessoa submetida à intervenção. Lopes et al (2019) dizem-nos que a musicoterapia ativa é aquela que envolve a participação da pessoa nas sessões. Os autores salientam também a importância da adequação da música ao estado emocional da pessoa, ao efeito pretendido da ação e dando ênfase às preferências musicais da pessoa.</p> <p>Lopes et al (2019) referem que a sua aplicação é de custos reduzidos, não havendo grande necessidade de um grande número de recursos materiais, humanos e financeiros, o que facilita a utilização e aplicabilidade nas instituições de saúde, com poucos riscos para o profissional e para a pessoa envolvida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Diminui problemas comportamentais e cognitivos;</li> <li>* Melhora o funcionamento social e emocional;</li> <li>* Alivia ou reduz a agitação;</li> <li>* Alivia a ansiedade e depressão;</li> <li>* Reduz a necessidade de utilização de medicação psicotrópica;</li> <li>* Estimula a capacidade de manter a atenção;</li> <li>* Dinamiza a interação social entre doentes e cuidadores;</li> <li>* Aumenta a produção de respostas afetivas;</li> <li>* Aumenta a força muscular;</li> <li>* Reduz do risco de quedas;</li> <li>* Ajuda a melhorar a memória autobiográfica;</li> <li>* Ajuda a melhorar o humor;</li> <li>* Permite a expressão de sentimentos reprimidos;</li> <li>* Promove o relaxamento;</li> <li>* Melhora as funções cognitivas;</li> <li>* Fomenta o bem-estar e a qualidade de vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Auscultação de música familiar;</li> <li>* Utilizar textos cantados e acompanhados por música.</li> </ul>
<p>Custos associados à terapia: a aplicação desta técnica é de custos reduzidos, não havendo necessidade de um grande número de recursos materiais, humanos e financeiros o que facilita a utilização e aplicabilidade nas instituições de saúde, com poucos riscos para o profissional e para a pessoa envolvida.</p>		

Fonte: Elaboração própria

Tabela 7: Terapia de Orientação na Realidade (TOR)

Terapia de Orientação na Realidade (TOR)		
Conceito:	Benefícios:	Formas de aplicação:
<p>De acordo com Guerreiro (2005) esta terapia foi criada por Folsom, que visa uma aprendizagem da informação sobre orientação de modo a melhorar o sentido de controlo e de autoestima. Segundo a autora, a TOR é uma intervenção psicossocial em doentes com alterações de memória e com desorientação pessoal, espacial e temporal. Segundo Arroyo-Anlló, Díaz-Marta e Sánchez (2010) o objetivo da TOR é a reorientação espaço temporal e fortalecer as bases da identidade pessoal do paciente, através da apresentação repetitiva de informações de orientação e do uso de vários recursos extras. De acordo com Pou (2004) cit por Araújo, Gomez, Teixeira e Ribeiro (2011) a TOR procura que a pessoa tome consciência da sua condição no tempo, no espaço e em relação a si mesma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Melhora o sentido de controlo e autoestima;</li> <li>* Melhora as capacidades cognitivas;</li> <li>* Retarda o declínio cognitivo;</li> <li>* Melhora a orientação verbal;</li> <li>* Melhora a atenção;</li> <li>* Fomenta o interesse pelo ambiente em que a pessoa se insere;</li> <li>* Melhora a interação social;</li> <li>* Melhora a capacidade de aprender novas informações;</li> <li>* Fomenta o bem-estar e a qualidade de vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Aplicação informal e sem necessidade de pessoal especializado: TOR 24 horas. A apresentação das informações de orientação ao paciente faz-se de maneira contínua ao longo do dia, em cada interação interpessoal.</li> <li>* Aplicação formal, por pessoal especializado, em sessões diárias de 30 a 40 minutos, com grupos de doentes, onde são tratados temas como a data, o espaço, a localização, o clima, o nome das refeições, o nome dos participantes, informação pessoal e de acontecimentos históricos passados.</li> </ul>

**Custos associados à terapia:** terapia não envolve materiais ou equipamentos específicos, implicando apenas a presença de um técnico que (individualmente ou em grupo) aplica a técnica aos idosos com demência durante cerca de 30 a 45 minutos. Se a instituição não tiver este técnico especializado, o custo será o do pagamento do tempo dispendido pelo técnico. Se a instituição já possuir, em permanência um técnico especializado, esta poderá ser uma das atividades regulares do mesmo.

Fonte: Elaboração própria

Tabela 8: Terapia de Validação (TV)

Conceito:	Terapia de Validação (TV)	
	Benefícios:	Formas de aplicação:
<p>Guerreiro (2005) diz-nos que esta técnica foi desenvolvida por Naomi Feil entre 1963 e 1980, como uma terapia para estimular a comunicação entre idosos com defeito cognitivo, embora não fosse expresso, inicialmente, a inclusão de casos com demência. No entanto, segundo a autora, tem sido usada nos casos com diagnóstico de DA ou outras demências relacionadas. De acordo com a investigadora, o técnico terá de ouvir atentamente o doente (escuta empática) e compreender a noção e o significado individual da realidade do doente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Auxilia a recuperar a autoestima;</li> <li>* Reduz a necessidade de apoios físicos e farmacológicos;</li> <li>* Minimiza o grau de alheamento em relação ao exterior;</li> </ul>	
<p>De acordo com Guerreiro (2005) a TV baseia-se num conjunto de pressupostos, a seguir apresentados: todas as pessoas são únicas e devem ser tratadas com especificidade e individualidade; todas as pessoas têm valor independentemente do seu grau de desorientação; existe capacidade de raciocínio por detrás da desorientação dos indivíduos, mesmo nos muito idosos; o comportamento dos indivíduos idosos não é apenas o resultado de alterações anatómicas no cérebro, mas reflete também uma combinação de alterações físicas, sociais e psicológicas que ocorreram ao longo da vida; as pessoas muito idosas não podem ser forçadas a alterar o seu comportamento e os comportamentos só podem ser mudados se a pessoa os quiser mudar; as pessoas muito idosas devem ser aceites sem julgamentos; determinadas tarefas estão associadas a fases de vida, pelo que a incapacidade de as realizar numa altura pode levar ao aparecimento de problemas psicológicos; quando a memória recente falha, os idosos procuram restabelecê-la pela evocação de memórias antigas. Na ótica de Guerreiro (2005) os sentimentos dolorosos diminuem quando são expressos, compreendidos e validados por um ouvinte em quem confiam e a empatia constrói confiança, reduz a ansiedade e restitui a dignidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Promove a comunicação e interação com os outros;</li> <li>* Reduz a tensão emocional e a ansiedade;</li> <li>* Estimula o potencial adormecido;</li> <li>* Apoia na resolução para terminar assuntos iniciados;</li> <li>* Facilita a autonomia por maiores períodos de tempo;</li> <li>* Fomenta o bem-estar e a qualidade de vida.</li> </ul>	<p>* Através da comunicação assertiva, seja verbal ou não verbal e da escuta empática e ativa.</p>
<p>Segundo Siberski (2005) cit pot Araújo et al (2011) a TV preconiza a recetividade, a neutralidade e a imparcialidade do terapeuta, o qual deve validar sempre as opiniões que forem surgindo durante a sessão por parte do(s) participante(s).</p>		
<p><b>Custos associados à terapia:</b> terapia não envolve materiais ou equipamentos específicos, implicando apenas a presença de um técnico que, individualmente, de forma a aumentar a eficácia da terapia, fará uso apenas da comunicação assertiva, escuta ativa e empática para dialogar com o idoso, com o intuito de compreender e validar os seus sentimentos. Se a instituição não tiver este técnico especializado, o custo será o do pagamento do tempo dispendido pelo técnico. Se a instituição já possuir, em permanência um técnico especializado, esta poderá ser uma das atividades regulares do mesmo.</p>		

Fonte: Elaboração própria

Tabela 9: Método de Montessori.

Conceito:	Método de Montessori	
	Benefícios:	Formas de aplicação:
<p>Segundo Brandão e Martín (2012), o método de Montessori foi criado por Maria Montessori (1870-1953) para ajudar crianças com dificuldades e considera a aprendizagem como um processo natural, que se desenvolve através da interação com o ambiente. Segundo estes autores, as atividades Montessori envolvem a decomposição das tarefas, a provisão de materiais para manipular e o uso de deixas externas, adequando as tarefas às capacidades do indivíduo, diminuindo desse modo a probabilidade de erro e frustração. De acordo com Brandão e Martín (2012) uma das capacidades mais requisitadas neste método é a memória processual, pois esta ainda se encontra relativamente preservada nos idosos com demência, comparativamente com outras capacidades cognitivas, o que defende a aplicação desta prática na população com Doença de Alzheimer.</p> <p>Mediante o aporte teórico de Brandão e Martín (2012) as atividades baseadas neste método seguem um conjunto de princípios de reabilitação que permitem que esta prática seja aplicada a pessoas com demência. Estes autores acrescentam ainda que este método apresenta também a vantagem da fácil e rápida adequação da dificuldade das atividades às capacidades remanescentes dos indivíduos com demência e o fato de considerar um claro carácter terapêutico de estimulação cognitiva e de programação individualizada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Aumento dos níveis de prazer;</li> <li>* Atenua sinais de agitação e agressividade;</li> <li>* Melhoria dos estados afetivos;</li> <li>* Diminuição de afetos negativos;</li> <li>* Potencia o contato com os técnicos e outros indivíduos;</li> <li>* Fomenta o bem-estar e a qualidade de vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* A operacionalização do método de Montessori engloba um conjunto de atividades que exploram cinco áreas distintas, sendo elas: as atividades de vida diária, as experiências sensoriais, a matemática e raciocínio, a linguagem e as ciências.</li> <li>* Utilizar materiais da vida real e esteticamente agradáveis, desenvolver atividades do simples para o complexo, progredir do concreto para o abstrato, permitir o progresso da aprendizagem e sequência (observação, reconhecimento, recordação/demonstração), utilizar o menos possível a vocalização quando são apresentadas as atividades e fazer pausas nas atividades, praticando uma tarefa de cada vez.</li> </ul>
<p><b>Custos associados à terapia:</b> terapia envolve materiais, que terão de ser selecionados tendo em consideração o respeito pelos princípios de Montessori e a presença de um técnico. No caso específico das pessoas com demência, a literatura científica explicita que as sessões devem ser realizadas individualmente. Se a instituição não tiver este técnico especializado, outro custo será o do pagamento do tempo dispendido pelo técnico. Se a instituição já possuir, em permanência um técnico especializado, esta poderá ser uma das atividades regulares do mesmo.</p>		

Fonte: Elaboração própria

#### 4. Estratégias de Intervenção para Auxiliares de Ação direta (ADD) e para idosos institucionalizados

Tabela 10: Snoezelen

Conceito:	Snoezelen Benefícios:	Formas de aplicação:
<p>De acordo com Degani e Chariglione (2019) o envelhecimento acarreta uma série de mudanças no organismo, sendo um processo no qual ocorrem alterações em todos os tipos de células, havendo um forte impacto no sistema sensorial. O conceito Snoezelen, segundo Degani e Chariglione (2019) surgiu na Holanda no final dos anos 60 e início dos anos 70 do séc. XX. Criado por Jan Hulsegge, musicoterapeuta, e Ad Verheul, terapeuta ocupacional, partiu da necessidade de proporcionar experiências sensoriais a pacientes que apresentassem múltiplas deficiências com alto grau de severidade, incluindo os quadros psiquiátricos e de deficiência intelectual grave.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Aumenta a atenção e a concentração;</li> <li>* Beneficia a memória;</li> <li>* Mobiliza a criatividade;</li> <li>* Promove o relaxamento;</li> <li>* Eleva a autoestima;</li> <li>* Promove a interação social;</li> <li>* Diminui a agressividade e os comportamentos mal-adaptados;</li> <li>* Melhora o humor;</li> <li>* Reduz os sintomas depressivos;</li> <li>* Melhoria no estado cognitivo;</li> <li>* Aumenta a disposição para a interação com outras pessoas;</li> <li>* Desperta sentimentos de conforto, segurança e relaxamento;</li> <li>* Reduz o medo e a tristeza;</li> <li>* Reduz a angústia;</li> <li>* Melhora a coordenação e o desenvolvimento motor;</li> <li>* Melhora a comunicação;</li> <li>* Fomenta uma maior independência em relação às AVDs;</li> <li>* Fomenta o bem-estar e a qualidade de vida.</li> </ul>	<p>* Espaço Snoezelen: espaço particular multissensorial planejado para proporcionar experiências sensoriais de forma controlada. Este espaço deve permitir a possibilidade de ajustes em relação à iluminação e temperatura, assim como dispor de diversos elementos para a estimulação dos sentidos, tais como: luzes, cheiros, sabores, texturas, cores, entre outros. Exemplos de elementos táteis: fibras óticas, tubo de bolhas, objetos de diferentes texturas e temperaturas, colchão de água com temperatura adequada, que proporciona estimulação tátil e vibratória. Exemplos de elementos visuais: bola de espelhos giratória, tudo de bolhas iluminado por luzes coloridas que obedecem ao controle de mudança de cor, fibras óticas e projetores de imagens. Como elementos auditivos, destaca-se a voz do terapeuta, tendo esta de ser suave. A música que for utilizada durante a sessão deve permanecer em volume baixo. Pode-se também trabalhar o olfato em conjunto com o paladar, através dos alimentos que serão degustados.</p> <p>* Quando empregada em instituições, deve expandir-se para além do atendimento terapêutico realizado nas salas de estimulação, atingindo as atividades de vida diária, com a finalidade de ampliar e modelar os estímulos recebidos ao longo do dia. Ações neste sentido têm em vista, por exemplo, explorar os cheiros relacionados aos cuidados de higiene (sabonete, shampoo, etc.), assim como o dos alimentos durante as refeições, a utilização de música, enquanto realizam algumas atividades, sempre buscando aproveitar ao máximo as situações do cotidiano que possam ativar os sentidos e promover sensações prazerosas.</p>
<p>De acordo com as autoras, o Snoezelen surgiu com o intuito de proporcionar estímulos sensoriais a indivíduos que apresentassem comprometimentos físicos e mentais, em ambiente seguro, por meio de situações prazerosas e através de uma abordagem não diretiva. O conceito veio a partir da realidade de pessoas institucionalizadas que estariam mais sujeitas a contextos de privação sensorial. Degani e Chariglione (2019) salientam que este tipo de intervenção é especialmente indicado em quadros demenciais e em diversos outros contextos do campo da Gerontologia. Taco (2016), Venâncio (2016), Sánchez e Abreu (2018) e Nacimba (2018) cit por Degani e Chariglione (2019) referem que o Snoezelen fundamenta-se na ideia de que o mundo em que vivemos, a todo o momento nos fornece diversos tipos de sensações produzidas pela luz, som, cheiros, gostos, tato, entre outros. O foco da abordagem Snoezelen será potencializar a entrada (input) de todos os estímulos sensoriais em ambiente controlado e de forma não diretiva.</p>		
<p>Degani e Chariglione (2019) apontam que o termo Snoezelen foi criado a partir do neologismo entre duas palavras holandesas: "snoezel", que significa cheirar ou sentir e "doezelen" que quer dizer repousar ou relaxar, combinando, então, duas vertentes: uma ativa, que é a própria estimulação sensorial; e outra passiva, o relaxamento. O espaço Snoezelen, de acordo com as investigadoras, comporta uma gama abrangente de elementos, de forma que a seleção dos mesmos seja feita de acordo com o sistema sensorial a ser estimulado, em função do perfil dos sujeitos que são atendidos e em conformidade com o local onde a sessão é realizada.</p>		<p>* Fora do espaço particular Snoezelen: ambientes externos e ao ar livre, desde que proporcionem ao sujeito uma estimulação sensorial que despolette sensações agradáveis, num ambiente seguro, controlado e de forma não diretiva, ou seja, permitindo ao paciente escolher o estímulo com o qual gostará de interagir.</p>
<p><b>Custos associados à terapia:</b> a terapia de estimulação multissensorial Snoezelen, não envolve custos, caso a instituição tenha uma sala de Snoezelen, devidamente equipada. Quando as instituições não têm, podem improvisar um espaço semelhante às salas de Snoezelen, com materiais adequados e isso acarreta custos. Para além disto, a instituição que não possua uma sala de Snoezelen pode também ter a iniciativa de se articular com uma outra instituição que possua, e mediante uma frequência semanal ou quinzenal, levar lá os seus utentes para realizarem a estimulação, o que acarreta custos com transporte, combustível, seguros ou consumíveis.</p>		

Fonte: Elaboração própria

Tabela 11: Terapia de Remotivação.

Conceito:	Terapia de Remotivação Benefícios:	Formas de aplicação:
<p>De acordo com Meixsell (2005) cit por Araújo, Gomez, Teixeira e Ribeiro (2011) a Terapia de Remotivação foi originalmente desenvolvida com doentes psiquiátricos, residentes numa instituição de saúde mental. Tendo a sua origem nos EUA, na década de 40 do século passado, assistiu posteriormente a um rápido crescimento, atingindo um pico de desenvolvimento empírico e investigacional nos anos 70.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Promove a socialização;</li> <li>* Promove a autoestima;</li> <li>* Fomenta a autovalorização do sujeito;</li> </ul>	<p>* O desenvolvimento desta terapia é particularmente otimizado quando utilizado em sessões de grupo, uma vez que a interação positiva entre os diversos participantes pode aumentar, entre outros fatores, a motivação e o sentimento de pertença.</p>
<p>Segundo Araújo et al (2011), a Terapia da Remotivação constitui uma técnica terapêutica criada com o objetivo de ajudar as pessoas a aumentar a sua autoestima, socialização, sentimento de pertença e atenção, motivando-as a pensar acerca da sua realidade pessoal e envolvente. Quando um idoso vive numa instituição, é importante perceber o que a velhice significa e pode implicar para ele. Segundo Lobo e Pereira (2007) cit por Araújo et al (2011) a par da perda de capacidade funcional e o aumento da dependência, que caracteriza as pessoas idosas institucionalizadas no nosso País, a pessoa sente-se, frequentemente, inadaptada e vivencia sentimentos de solidão, não obstante o fato de viver rodeada de outras pessoas. A TR, de acordo com Araújo et al (2011), visando facilitar a comunicação interpessoal e a valorização da opinião do idoso, pode contribuir para a sua adaptação na instituição. Na ótica dos investigadores anteriormente citados, a remotivação procura mostrar ao idoso que ele é aceite como um ser individual e único, com vários papéis e traços que o distinguem de todos os outros. Cria, desta forma, uma ponte entre o que o idoso parece aos outros e o que pensa de si mesmo, encorajando-o a sentir-se numa realidade completa e a procurar identificar as suas experiências na interação com os que o rodeiam.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Eleva o ânimo;</li> <li>* Reduz a sintomatologia depressiva;</li> <li>* Fomenta a motivação dos sujeitos para pensar acerca da realidade em relação a si próprios;</li> <li>* Estimula as capacidades funcionais, através da valorização das aptidões remanescentes dos indivíduos;</li> <li>* Fomenta o bem-estar e a qualidade de vida.</li> </ul>	<p>* Um programa de Remotivação pode ser aplicado em grupo, da seguinte forma: em primeiro lugar, faz-se a apresentação entre os remotivadores e os indivíduos selecionados para participação no programa. Nesta etapa, pretende-se essencialmente conhecer os interesses e características do grupo; numa segunda etapa, proceder-se-á ao planeamento e organização das sessões, escolhendo os temas das mesmas tendo em conta as informações recolhidas na fase anterior (informação sociodemográfica, datas festivas mais próximas da área geográfica em que se insere a instituição, gostos e interesses expressos pelos utentes), de modo a que as temáticas selecionadas se adequassem aos participantes. Os dias das sessões devem ser escolhidos tendo em consideração o funcionamento da instituição e as atividades nela desenvolvidas; por fim, implementa-se o programa, com um determinado número de sessões por semana.</p>
<p>Araújo et al (2011) salientam que a TR constitui uma modalidade de intervenção centrada nas capacidades e potencialidades dos indivíduos, procurando analisar e desenvolver aspetos funcionais, sociais e emocionais, assim como promover a autonomia através do incremento das capacidades comunicacionais e do interesse no meio envolvente. Os autores reforçam que uma das suas potencialidades é o facto de integrar características de várias modalidades de intervenção como a Terapia de Orientação na Realidade, Terapia de Reminiscência e Terapia de Validação, já abordadas também neste plano de intervenção.</p>		
<p><b>Custos associados à terapia:</b> terapia não envolve materiais ou equipamentos específicos, implicando apenas a presença de um técnico que (individualmente ou em grupo) aplica a técnica aos idosos com demência. Se a instituição não tiver este técnico especializado, o custo será o do pagamento do tempo dispendido pelo técnico. Se a instituição já possuir, em permanência um técnico especializado, esta poderá ser uma das atividades regulares do mesmo.</p>		

Fonte: Elaboração própria

Tabela 12: Programa CogWeb®.

Conceito:	Programa CogWeb® Benefícios:	Formas de aplicação:
<p>De acordo com Arroyo-Anlló et al (2012), as TIC (Tecnologias de Informação e Comunicação) estão a ser aplicadas a serviços de diagnóstico de demência e intervenções psico-cognitivas. Segundo os investigadores, este avanço nas TIC, no campo da intervenção cognitiva, iniciou-se essencialmente no século XXI, devido ao desenvolvimento da telemática, que funde a telecomunicação e a informática. Tárrega et al (2006) cit por Arroyo-Anlló et al (2012) menciona que as TIC permitiram o desenvolvimento de uma variedade de softwares e programas informáticos, dedicados à reabilitação através de um computador. Arroyo-Anlló et al (2012) dizem-nos que entre as vantagens que estes programas, podemos destacar a acessibilidade aos programas de reabilitação aos usuários que por diversos motivos (problemas de mobilidade, isolamento geográfico, entre outras) não podem dirigir-se aos centros de reabilitação.</p> <p>Existem diversos programas e plataformas de reabilitação cognitiva, tais como: o Posit Science, Lumosity, Dakim Brain Fitness, Cogstate, BrainHQ, Cogweb, entre outros.</p>	<p>* Menores custos económicos;</p> <p>* Melhor seguimento da evolução cognitiva do paciente, podendo-se analisar os dados das reabilitações de maneira mais rápida e precisa;</p> <p>* Possibilita o envio de relatórios ao médico, que pode reajustar o treino à distância;</p> <p>* Fomenta o bem-estar e a qualidade de vida.</p>	<p>* Após uma avaliação e quantificação dos défices cognitivos do paciente, é feita a prescrição destes exercícios validados cientificamente, que o paciente fará em casa, com recurso a um computador e internet.</p>
<p>O cogweb® é uma ferramenta que permite a implementação de programas personalizados de treino cognitivo, disponibilizando aos profissionais e aos doentes um vasto conjunto de exercícios de computador dirigidos a diferentes domínios cognitivos (atenção, memória, linguagem, cálculo e funcionamento executivo). Atualmente é composto por mais de 100 exercícios que evoluem automaticamente por níveis, tornando-se mais difíceis ou mais fáceis consoante o desempenho do doente. No âmbito desta metodologia de intervenção, as necessidades de cada utente são aferidas por uma avaliação neuropsicológica que permite identificar as funções deficitárias que devem ser alvo de estimulação, sendo depois implementado um programa de estimulação cognitiva personalizado, com sessões individuais realizadas no computador. As sessões são compostas por exercícios no formato de jogos, com evolução por níveis de dificuldade, o que permite a evolução do desempenho de cada utente ao seu ritmo, de acordo com as suas necessidades e potencialidades. Este programa tem sido aplicado a utentes com Doença mental grave, Deficiência intelectual, Perturbações Neurocognitivas e no contexto da Psicogeriatria, com resultados muito positivos ao nível da preservação e melhoria do funcionamento cognitivo.</p>		

**Custos associados à terapia:** o programa cogweb® é uma plataforma online de reabilitação cognitiva. A instituição que pretenda adquirir este programa tem de o pagar. No entanto, o programa é muito completo e eficaz, tendo como ponto de partida uma rigorosa avaliação neuropsicológica, sendo depois implementado um programa de estimulação cognitiva personalizado, de acordo com as necessidades de estimulação de cada indivíduo. É um programa que terá de ser pago, mas em termos de custo-benefício é muito compensatório e eficaz na intervenção com indivíduos com demência.

Fonte: Elaboração própria

Tabela 13: Arteterapia

Conceito:	Arteterapia Benefícios:	Formas de aplicação:
<p>A arteterapia, segundo Philippini (1998, 2003) cit por Aguiar e Macri (2010) é entendida como abordagem e prática voltada para a saúde e bem-estar da pessoa e grupos da população. De acordo com Philippini (2000) como abordagem terapêutica contribui para a expressão da subjetividade do idoso e é desenvolvida procurando estimular a criatividade, a consciência corporal, além de exercitar a concentração e a memória. Philippini (2000) cit por Aguiar e Macri (2010) diz-nos ainda que a arteterapia como prática terapêutica estimula o indivíduo, em todas as fases da vida, a externalizar, através da arte, conteúdos simbólicos armazenados em níveis profundos da psique. Na ótica de Aguiar e Macri (2010) a estética em si das produções expressivas é o aspeto menos importante, salientando que o objetivo principal é o resgate de símbolos do inconsciente do indivíduo, através da expressão do processo criativo de cada um.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Contribui para a redução da vulnerabilidade individual;</li> <li>* Reduz a frequência ou intensidade dos sintomas depressivos;</li> <li>* Contribui para o autoconhecimento;</li> <li>* Fomenta a autoestima e autoconfiança;</li> <li>* Estimula a autonomia;</li> <li>* Fomenta o bem-estar e a qualidade de vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Pode iniciar-se a terapia recorrendo a técnicas de relaxamento e exercícios de respiração, com o intuito de desbloquear as tensões e facilitar o processo criativo, permitindo um acesso mais fácil ao inconsciente.</li> <li>* Pintura, desenho, recorte-colagem, escrita criativa, contos, mitos, consciência corporal, dramatização, modelagem, tecelagem, trabalhos manuais.</li> </ul>
<p><b>Custos associados à terapia:</b> A arteterapia engloba os custos com materiais de desenho, pintura, recorte-colagem, trabalhos manuais e todas as técnicas de aplicação da mesma que só são possíveis de aplicar com o apoio de materiais. Existem técnicas que não tem qualquer tipo de custo, tais como a dramatização, leitura e exploração de contos tradicionais, mitos, provérbios entre outras. Engloba também o custo do técnico, caso a instituição não o tenha em permanência.</p>		

Fonte: Elaboração própria

## 4.8 Terapias para idosos com demência e cuidadores familiares

Para além das situações de institucionalização, muitos dos idosos encontram-se nos seus domicílios, a serem cuidados pelos seus familiares. É importante cuidar de quem cuida. É importante neste trabalho relatar algumas terapias que possam melhorar a qualidade de vida do binómio cuidador-recetor.

- **TERAPIA COMPORTAMENTAL:** De acordo com Logsdon, McCurry e Teri (2007) as intervenções de Terapia Comportamental (TC) concentram-se em ensinar aos cuidadores, habilidades especializadas para identificar e aumentar eventos agradáveis para a pessoa com demência, para desenvolver estratégias para aumentar o envolvimento em atividades significativas e para prevenir ou reduzir comportamentos depressivos no recetor de cuidados. Segundo ensaios clínicos aleatórios relatados por Logsdon et al. (2007) a TC resulta em melhorias significativas nos sintomas de depressão e melhorias na atitude do cuidador face aos distúrbios comportamentais do idoso.
- **LIMIAR DE TENSÃO PROGRESSIVAMENTE REDUZIDO:** O limiar de tensão progressivamente reduzido, segundo Logsdon et al. (2007) é baseado na premissa de que, conforme a demência progride, a capacidade do indivíduo afetado de se adaptar a tensões ambientais e interpessoais, diminui. Esta abordagem ensina aos cuidadores familiares estratégias de resolução de problemas para identificar e desenvolver atividades que sejam apropriadas para o nível atual de funcionamento do indivíduo e para implementar modificações ambientais que apoiem nas AVDs. Em ensaios clínicos aleatórios citados por Logsdon et al. (2007) esta prática reduz a angústia do cuidador sobre problemas de comportamento e também se verifica uma frequência de problemas de comportamento significativamente menor. Na ótica de Logsdon et al. (2007) as intervenções comportamentais e de educação do cuidador podem melhorar a qualidade de vida (QV) de indivíduos com demência, aumentando os eventos agradáveis, diminuindo a depressão e os distúrbios comportamentais e diminuindo o sofrimento do cuidador.
- **INTERVENÇÕES PARA MANTER O FUNCIONAMENTO DAS AVDs:** As intervenções que se concentram na manutenção do funcionamento das AVDs, de acordo com Logsdon et al. (2007), proporcionaram aos cuidadores familiares, conhecimentos sobre o impacto da demência nas aptidões e comportamentos funcionais, bem como recomendações individualizadas para modificações no seu ambiente físico específico e interações pessoais.
- **INTERVENÇÕES PARA MANTER A FORÇA FÍSICA E A MOBILIDADE:** A aplicação de exercício físico individualizado e supervisionado pelo cuidador, de acordo com Logsdon et

al. (2007) tem potencial para melhorar ou manter o funcionamento físico e o humor em indivíduos com demência. Os autores fazem referência a um ensaio clínico aleatório e controlado, referente a uma condição de tratamento de gestão de exercícios e comportamento. Durante um período de 12 semanas, os prestadores de cuidados de saúde em tratamento ativo ensinaram os prestadores de cuidados de saúde a orientar a pessoa cuidada num programa individualizado de atividades de resistência (essencialmente a andar), treino de força, equilíbrio e exercícios de flexibilidade. Ao longo de 24 meses de acompanhamento, os participantes tiveram menos dias de atividade restrita, melhor funcionamento físico e menos sintomas depressivos. A mobilidade foi também melhorada. Para os indivíduos com demência que entraram neste estudo com níveis mais altos de depressão, melhorias significativas na depressão foram mantidas em 24 meses e foram menos propensos a institucionalização devido a distúrbios comportamentais.

- **INTERVENÇÕES PARA MANTER O FUNCIONAMENTO COGNITIVO:** Na ótica de Logsdon et al. (2007) o objetivo da estimulação cognitiva é melhorar a memória, a atenção e a função cognitiva geral em indivíduos com demência ligeira a moderada. Estudos relatados por Logsdon et al. (2007) indicam que a estimulação cognitiva melhora o humor e a memória. Estes programas resultam também em melhorias significativas da função cognitiva em comparação com a condição de controlo padrão. As intervenções de estimulação cognitiva beneficiam a qualidade de vida dos idosos demenciados e, conseqüentemente, beneficiam também a qualidade de vida e satisfação dos seus cuidadores familiares.
- **GRUPOS DE APOIO EM FASE INICIAL:** De acordo com Logsdon et al. (2007) os avanços nos procedimentos de diagnóstico e nas opções de tratamento proporcionaram tanto os meios como os fundamentos para o diagnóstico de indivíduos nas fases iniciais da DA e outras demências. Na visão dos autores, embora o diagnóstico precoce tenha muitos benefícios potenciais, pode também ter conseqüências psicológicas e sociais negativas para o indivíduo diagnosticado, criando também a obrigação de os profissionais de saúde ajudarem os indivíduos e as suas famílias a lidar com o impacto do diagnóstico na QV. Segundo Logsdon et al. (2007) algumas organizações começaram a fornecer grupos de apoio na fase inicial (GAFIs) para dar resposta a todas essas necessidades citadas anteriormente. De acordo com o aporte teórico de Logsdon et al. (2007) os GAFIs geralmente concentram-se em fornecer informações médicas sobre a demência, discutir estratégias para lidar com as mudanças de humor e atividades e incentivar discussões entre os participantes do grupo e os seus familiares sobre as suas experiências pessoais com perda de memória e problemas associados.
- **NITEAD (*NIGHTTIME INSOMNIA TREATMENT AND EDUCATION FOR ALZHEIMER'S DISEASE*):** Segundo Scoralick, Camargos, Freitas e Nóbrega (2015) os transtornos do sono (TS) nos pacientes com DA e outras demências estão entre os distúrbios comportamentais

que mais interferem na qualidade de vida do paciente e do seu cuidador. De acordo com Scoralick et al. (2015) os TS acarretam maior risco de institucionalização e causam repercussões negativas na funcionalidade, cognição e comportamentos dos pacientes portadores de demências. Logsdon et al. (2007) dizem-nos que o NITEAD é uma intervenção comportamental na qual os prestadores de cuidados de saúde são ajudados a desenvolver um programa individualizado para melhorar o sono para o recetor de cuidados de saúde, incluindo a caminhada diária e as sessões em frente a uma caixa de luz. Scoralick et al. (2015) relatam que em 2003 foram publicados os primeiros resultados deste projeto, tratando-se de um estudo randomizado e controlado, que avaliou a adesão ao tratamento não farmacológico quando o cuidador era treinado para aplicar a higiene do sono e o exercício físico diário por 30 minutos. Após 2 meses, foi observada melhoria na eficiência do sono, redução dos despertares noturnos e da sonolência diurna. De acordo com os mesmos investigadores, sugere-se então a aplicação da higiene do sono, treinando os cuidadores para o efeito em combinação com terapia com luz brilhante. Scoralick et al. (2015) salientam que a terapia com luz intensa, quando realizada, deve ser aplicada por uma hora a 2.500 lux por hora, duas horas antes de dormir.

## **Conclusões, Limitações e Futuras Linhas de Investigação**

O crescente aumento de casos de demências em idosos, fruto das atuais tendências demográficas, constitui nas sociedades ocidentais contemporâneas, uma prioridade social e de saúde pública. Os tratamentos farmacológicos que até então se têm aplicado, por si só não são eficazes no tratamento dos diversos tipos de demência. Revela-se de extrema importância aliar os tratamentos farmacológicos aos tratamentos não farmacológicos, de modo a contemplar todas as necessidades que as pessoas com demência possuem. Qualquer intervenção, seja ela farmacológica ou não farmacológica, tem de ter em conta o sujeito em todos os seus aspetos, o sujeito biológico, o sujeito cognitivo, o sujeito emocional, o sujeito inserido no seu contexto familiar e social, o homem como um todo.

A necessidade de melhorar a qualidade de vida dos idosos em geral, bem como dos doentes com demência e das suas famílias, tem contribuído para o desenvolvimento de estratégias de intervenção para idosos que sofram de alguma forma de incapacidade e de programas de reabilitação específicos para doentes com demência. Tendo em conta que as demências degenerativas, particularmente a DA, vão progressivamente impedindo a realização das AVDs, interferindo na vida social e nas atividades profissionais e de lazer, qualquer intervenção deverá ser iniciada o mais precocemente possível. A evidência científica analisada evidencia que as terapias não farmacológicas empregadas junto de doentes com demências são benéficas para a amenização de sintomas caraterísticos dos quadros demenciais, ajudam a manter a funcionalidade dos doentes por maiores períodos de tempo e proporcionam bem-estar e qualidade de vida

As estratégias de intervenção psicoeducativas dirigidas aos prestadores de cuidados diretos são igualmente de extrema importância, pois pretendem transmitir conhecimentos e competências a estes profissionais, de forma a melhorar a performance destes na sua tarefa de cuidado e, conseqüentemente, o incremento da qualidade de vida da pessoa cuidada. As sessões devem ser conduzidas por profissionais de saúde com conhecimentos vastos na área das demências e, preferencialmente, com experiência em dinamização de grupos psicoeducativos. Embora as abordagens psicoeducativas (PE) sejam eficazes no apoio aos colaboradores de cuidados diretos, ainda se encontram subdesenvolvidas no contexto dos cuidados formais.

Depois de toda a pesquisa efetuada, os objetivos do presente estudo, de forma geral, foram alcançados. É de extrema importância implementar estratégias de cuidados diferenciados junto de idosos portadores de demência e estratégias de intervenção psicoeducativa junto dos cuidadores formais, reduzindo desta forma custos com terapias convencionais que não demonstram ter tantos efeitos benéficos. Estas estratégias de intervenção, quer para os idosos, quer para os cuidadores, se bem aplicadas e por profissionais com o conhecimento para tal, são ótimas formas de gestão de cuidados, pois, como a literatura científica evidencia, são intervenções que acarretam inúmeros benefícios e, na sua maioria, de custos reduzidos.

Estes dados poderão também ajudar os profissionais de saúde a melhorarem a sua prestação de cuidados a indivíduos com demência, trabalhando com base na prática baseada em evidências. Este trabalho de investigação revela-se de fundamental importância para a gestão em saúde na medida em que poderá permitir consciencializar a população portuguesa para esta realidade cada vez mais presente no nosso País, assim como em outros Países, ajudar na construção de maior literacia nesta área e, com isto, ser uma mais valia para não serem desperdiçados recursos (monetários e não monetários) importantes para tratar mais e melhor os doentes com demência. A implementação deste tipo de estratégias de intervenção é, portanto, de relevância indiscutível, uma vez que são intervenções de baixo custo e de tão grandes benefícios para o binómio cuidador-recetor.

Este trabalho apresenta algumas limitações. Uma delas consiste no facto de a metodologia do trabalho, que inicialmente se definiu como quantitativa com recurso a questionário, ter de ser alterada por impossibilidade de aplicação, devido à pandemia que atualmente combatemos. Outra

limitação importante que menciono é o desconhecimento, no que concerne a alguns artigos científicos selecionados, do acompanhamento dos pacientes após a aplicação das terapias para avaliar a persistência dos potenciais efeitos benéficos a longo prazo. O facto de apenas terem sido incluídos na pesquisa estudos com texto integral em Português, Inglês e Espanhol, pode ter contribuído para que outros estudos potencialmente relevantes tenham sido excluídos.

Futuras investigações devem ser realizadas na área das demências, pois é uma problemática em constante crescimento e todo o conhecimento científico e sólido que se possa produzir, será uma mais valia para o tratamento destes indivíduos. Sugere-se a realização de um estudo piloto com programas de intervenção e efetuar a respetiva avaliação económica.

## Referências Bibliográficas

- Abreu, I. D. D., Forlenza, O. V., & Barros, H. L. D. (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev. Psiq. Clin*, 32(3), 131-136. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000300005>
- Aguiar, A. P., & Macri, R. (2010). Promovendo a qualidade de vida dos idosos através da arteterapia. *Revista de Pesquisa Online Cuidado é fundamental*, 2, 710-713.
- Aleixo, M. A. R., Santos, R. L., & Dourado, M. C. D. N. (2017). Efficacy of music therapy in the neuropsychiatric symptoms of dementia: systematic review. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 66(1), 52-61. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000150>
- Almeida, E. B. D, Lima-Silva, T. B., Suzuki, M. Y., Martins, D., Ordonez, T. N., & da Silva, H. S. (2012). Gerontologia: práticas, conhecimentos e o nascimento de um novo campo profissional. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6), 489-501.
- Almeida, M. (2007). Envelhecimento: ativo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise. *Fórum Sociológico*, 17, 17-24. <https://doi.org/10.4000/sociologico.1599>
- Almeida, O. P. (1997). Biologia molecular da doença de Alzheimer: uma luz no fim do túnel?. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 43(1), 77-81. <https://doi.org/10.1590/S0104-42301997000100017>
- Alzheimer Europe. (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe*. Brussels: Alzheimer Europe.
- Alzheimer Europe. (2018). *Dementia in Europe Yearbook 2018: Comparison of national dementia strategies in Europe*. Luxembourg: Alzheimer Europe.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (5ª edição). Lisboa: Climpesi Editores.
- Antunes, C. (2019). *Manual do cuidador. Guia de cuidados na demência: doença de Alzheimer*. Coimbra: Unidade Psiquiátrica de Coimbra.
- Antunes, M.C. (2015). Educar para um envelhecimento bem sucedido: reflexões e propostas de ação. *Teor. Educ*, 27(2), 185-201. <http://dx.doi.org/10.14201/teoredu2015272185201>
- Araújo, C. L. D. O., & Nicoli, J. S. (2010). Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. *Revista Kairós Gerontologia*, 13(1), 231-244. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2010v13i1p%25p>
- Araujo, D. E. N. P. (2010). Demências: novos desafios. *Revista Portal de Divulgação*, 1, 1-3.
- Araújo, L., Gomez, V., Teixeira, C., & Ribeiro, Ó. (2011). Programa de Terapia de Remotivação em idosos institucionalizados: Estudo piloto. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 103-111. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1159>

- 
- Arroyo-Anlló, E. M., Díaz-Marta, J. P., & Sánchez, J. C. (2012). Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en demencias: hacia la ciber-rehabilitación neuropsicológica. *Pensamiento psicológico*, 10(1), 107-127.
- Atalaia-Silva, K. C.; Ribeiro, P. C.C.; & Lourenço, R. A. (2008). Epidemiologia das demências. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 7(1), 46-51.
- Àvila, A. H., Guerra, M. & Meneses, M. P. R. (2007). Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da auto-imagem na velhice. *Pensamento Psicológico*, 3(8), 7-18.
- Azambuja, L. S. (2007). Avaliação neuropsicológica do idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4(2), 40-45. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.140>
- Barbosa, A., Marques, A., Sousa, L., Nolan, M., & Figueiredo, D. (2016). Effects of a psycho-educational intervention on direct care workers' communicative behaviors with residents with dementia. *Health communication*, 31(4), 453-459. <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.965382>
- Barbosa, A., Nolan, M., Sousa, L., & Figueiredo, D. (2017). Person-centredness in direct care workers caring for residents with dementia: Effects of a psycho-educational intervention. *Dementia*, 16(2), 192-203. <https://doi.org/10.1177/1471301215585667>
- Barbosa, A., Nolan, M., Sousa, L., & Figueiredo, D. (2014). Psycho-educational approaches in long-term care homes: Direct care workers and managers' perspectives. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 131, 406-410. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.138>
- Barbosa, A. L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 119-129.
- Brandão, D. F. S., & Martín, J. I. (2012). Método de Montessori aplicado à demência: revisão da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 197-204. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200027>
- Bredesen, D. E. (2017). Interromper a demência. In Dale E. Bredesen, *O fim do Alzheimer: o primeiro programa que previne e reverte o declínio da mente*. Alfragide: Lua de papel, pp. 13-28.
- Bredesen, D. E. (2017). Paciente Zero. In Dale E. Bredesen, *O fim do Alzheimer: o primeiro programa que previne e reverte o declínio da mente*. Alfragide: Lua de papel, pp. 29-38.
- Caramelli, P., & Barbosa, M. T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Rev Bras Psiquiatr*, 24, 7-10.
- Carrilho, M. & Patrício, L. (2010) A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 145, 118-138.
- Carvalho, P. D. P., Magalhães, C. M. C., & Pedroso, J. D. S. (2016). Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão

- sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(4), 334-339. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000142>
- Degani, M., & Chariglione, I. P. F. S. (2019). Uma proposta da abordagem Snoezelen em estimulação multissensorial no contexto da Gerontologia—um ensaio reflexivo. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(2), 175-196. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i2p175-196>
- Despacho n.º 5988/2018 de 19 de junho (2018). Diário da República nº 116/2018 – 2 série A. Lisboa: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.
- Dias, B. M., & de Melo, D. M. (2020). Avaliação neuropsicológica e demências em idosos: uma revisão da literatura. *Cadernos de Psicologia*, 2(3), 64-84.
- Direção Geral da Saúde (2004). Circular Normativa nº 13- Programa Nacional para a Saúde das Pessoas idosas. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 227-235. <https://doi.org/10.20344/amp.11923>
- Eurostat (2020). Statistics explained: Population structure and ageing/pt. Acedido a 13 de Janeiro em [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing/pt](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing/pt)
- Engelhardt, E., Tocque, C., André, C., Moreira, D. M., Okamoto, I. H., & de Sá Cavalcanti, J. L. (2011). Demência vascular. Criterios diagnósticos e exames complementares. *Dementia & Neuropsychologia*, 5(1), 49-77.
- Farias, R. G., Santos, S. M. A. (2012). Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre os idosos muito idosos. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(1), 167-176. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000100019>
- Farinatti, P. D. T. V. (2002). Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 8(4), 129-138. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922002000400001>
- Ferreira, O., Maciel, S., Silva, A., Sá, R., & Moreira, M. (2010). Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico-USF*, 15(3), 357-364. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000300009>
- Figueiredo, D., Marques, A., & Barbosa, A. L. (2016). *Demência. E agora? Um guia para cuidar com sentido(s) em instituições*. Loures: Lusodidacta.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento, uma abordagem psicológica*. (2ª edição). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fraga, V. F. (2018). Avaliação neuropsicológica em idosos. Trabalho de conclusão de curso de especialização, programa de pós-graduação em avaliação psicológica, *Psicologia. pt—O Portal dos Psicólogos*.

- 
- Fries, A. T., & Pereira, D. C. (2011). Teorias do envelhecimento humano. *Revista Contexto & Saúde*, 10(20), 507-514. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.507-514>
- Galvão, M. C. B., & Ricarte, I. L. M. (2019). *Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação. Logeion: Filosofia da informação*, 6(1), 57-73. <https://doi.org/10.21728/logeion.2019v6n1.p57-73>
- Gil, G., & Busse, A. L. (2009). Avaliação neuropsicológica e o diagnóstico de demência, comprometimento cognitivo leve e queixa de memória relacionada à idade. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 54(2), 44-50.
- Gil, I. M. D. A., Costa, P. J. D. S., Cardoso, D. F. B., Parola, V. S. D. O., Campos, E. M. B., Almeida, M. D. L. F. D., & Apóstolo, J. L. A. (2018). Eficácia da reminiscência na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos: revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, (19), 147-158. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV18032>
- Gonçalves, D. C., Albuquerque, P. B., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 26(1), 101-110.
- Guerreiro, M. (2005). Terapêutica não farmacológica da demência. In Alexandre Castro-Caldas e Alexandre de Mendonça (Coord.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: LIDEL, pp. 121-148.
- Guimarães, C. H. S., de Almeida Malena, L. M., Limborço-Filho, M., & Marins, F. R. (2018). Demência e a doença de Alzheimer no processo de envelhecimento: fisiopatologia e abordagem terapêutica. *Revista Saúde em Foco*, 10, 942-955.
- Hollveg, P., & Hamdan, A. C. (2008). Avaliação neuropsicológica em idosos. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 5(2), 110-123. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.101>
- Lana, L. D., & Schneider, R. H. (2014). Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 673-680. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.12162>
- Logsdon, R. G., McCurry, S. M., & Teri, L. (2007). *Evidence-based interventions to improve quality of life for individuals with dementia. Alzheimers care today*, 8(4), 309-318.
- Lopes, A. & Gonçalves, C. (2012). Envelhecimento ativo e dinâmicas sociais contemporâneas. In Constança Paúl e Óscar Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia. Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: LIDEL, pp. 203-229.
- Lopes, C. D. D.J, André, R., Sousa, L. M. M. D, Oliveira, I., & Silveira, T. (2019). Benefícios da musicoterapia no idoso com demência: revisão integrativa da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, (26), 45-59.
- Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, Ó. (2014). Impacto de intervenções de reminiscência em idosos com demência: revisão da literatura. *Psicologia, saúde & doenças*, 15(3), 597-611. <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150304>

- Macedo, P.F.A., & da Silva, K. C. A. (2017). Influência da trajetória de vida no processo de envelhecimento. *Revista Logos e Existência*, 6(2), 147-154. <https://doi.org/10.22478/ufpb.2316-9923.2017v6n2.32726>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enfermagem*, 17(4), 758-764.
- Mota, M. P., Figueiredo, P. A., & Duarte, J. A. (2004). Teorias biológicas do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4(1), 81-110.
- Nascimento, H. G. D., & Figueiredo, A. E. B. (2019). Demência, familiares cuidadores e serviços de saúde: o cuidado de si e do outro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1381-1392. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01212019>
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), pp. 17-34.
- Neto, G. J., Tamelini, M. G., & Forlenza, O. V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 119-130. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000300004>
- Nóbrega, O, D, T. (2014). Instrumentos para avaliação neuropsicológica do paciente idoso. *Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde*, 1(2), 29-30.
- Nunes, B. (2005). A demência em números. In Alexandre Castro-Caldas e Alexandre de Mendonça (Coord.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: LIDEL, pp. 11-26.
- Nunes, L., & Menezes, O. (2014). *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos*. Lisboa: Editorial Caminho.
- OECD (2018). *Care Needed: Improving the lives of people with dementia*. Paris: OECD Health Policies Studies. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/9789264085107-en>
- Paúl, C. (2001). A construção de um modelo de envelhecimento humano: O grande desafio da saúde e das ciências sociais do século XXI. Aula de agregação (Manuscrito não publicado)
- Paúl, C & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: LIDEL
- Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina
- Parmera, J. B., & Nitrini, R. (2015). Demências: da investigação ao diagnóstico. *Rev Med (São Paulo)*, 94(3), 179-184. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v94i3p179-184>
- Prisma (2020). *Prisma website*. Disponível em <http://www.prisma-statement.org/>
- Ribeira, S., Ramos, C., & Sá, L. (2004). Avaliação inicial da demência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20(5), 569-77. <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v20i5.10076>

- 
- Ribeiro, O. (2012). O envelhecimento "ativo" e os constrangimentos da sua definição. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Envelhecimento demográfico, 33-52.
- Rovira, M, C, I. & Mestre, L, T. (2004). La enfermedad de Alzheimer y otras demencias y su tratamiento integral. In Rócio Fernández-Ballesteros (Dir), *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide, pp. 547-579.
- Santana, L., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, Á. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Médica Portuguesa*, 28(2), 182-188.
- Sant'Ana, N. J., Garcia Filho, P. H., Mendonça, R. R., & Kamada, M. (2018). Terapia anti-amiloide: uma nova estratégia para tratamento da doença de Alzheimer. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 16(2), 127-131.
- Santos, C. D. S. D., Bessa, T. A. D., & Xavier, A. J. (2020). Fatores associados à demência em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), 603-611. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.02042018>
- Santos, C. M. D. C., Pimenta, C. A. D. M., & Nobre, M. R. C. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511.
- Schardt, C., Adams, M. B., Owens, T., Keitz, S., & Fontelo, P. (2007). Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC medical informatics and decision making*, 7(16), 1-6. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-7-16>
- Scoralick, F. M., Camargos, E. F., Freitas, M. P. D., & Nóbrega, O. T. (2015). Tratamento ambulatorial dos transtornos do sono em pacientes com doença de Alzheimer. *Einstein*, 13(3), 430-434. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015RW3021>
- Scoralick-Lempke, N. N., & Barbosa, A. J. G. (2012). Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29, 647-655. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000500001>
- Silva, M.E.D. (2017). *O conceito de envelhecimento*. Lisboa: Academia das Ciências de Lisboa.
- Simas, L. A. W., Granzoti, R. O., & Porsch, L. (2019). Estresse oxidativo e o seu impacto no envelhecimento: uma revisão bibliográfica. *Brazilian Journal of Natural Sciences*, 2(2), 80-85. Acedido em 3 de fevereiro de 2020 em <http://bjns.com.br/index.php/BJNS/article/view/53> <https://doi.org/10.31415/bjns.v2i2.53>
- Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Antunes, A. V. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21(2), 17-26.

- Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-106.
- Talmelli, L. F. D. S., Vale, F. D. A. C. D., Gratão, A. C. M., Kusumota, L., & Rodrigues, R. A. P. (2013). Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(3), 219-225. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000300003>
- Tamai, S. (2002). Tratamento dos transtornos do comportamento de pacientes com demência. *Rev Bras Psiquiatr*, 24, 15-21.
- Teixeira, I. N. D., & Guariento, M. E. (2010). Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2845-2857.
- Teixeira, J., Feio, M., & Figueira, M. L. (2014). O papel do stress oxidativo no envelhecimento e na demência. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 12(1), 43-57.
- Veras, R. P., Caldas, C. P., Dantas, S. B., Sancho, L. G., Sicsú, B., Motta, L. B. D., & Cardinale, C. (2007). Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. *Rev. Psiq. Clín*, 34(1), 5-12. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000100001>
- WHO (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization.
- Zanini, R. S. (2010). Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Revista Neurociências*, 18(2), 220-226. <https://doi.org/10.34024/rnc.2010.v18.8482>

## **Anexos**

Anexo A: Checklist PRISMA da Revisão Integrativa da Literatura

Seção/Tópico	N.	Item do <i>checklist</i>	Relatado na página número
<b>TÍTULO</b>			
Título	1	Gestão de cuidados de saúde em pessoas com demência em contexto institucional.	
<b>ABSTRACT</b>			
Resumo estruturado	2	<p>O envelhecimento crescente da população portuguesa, fruto das atuais tendências demográficas, implicará, muito provavelmente, um número crescente de casos de demência, o que a torna numa prioridade social e de saúde pública. O objetivo geral deste estudo é mapear a literatura científica existente sobre o tema em análise.</p> <p>Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, alicerçada na metodologia PRISMA. Foram identificados 20 estudos com recurso a bases de dados da área da saúde, dentro da temática em análise: na base de dados Scielo, foram encontrados 9 estudos; na PubMed, foram encontrados 3 estudos; na Science Direct, 1 estudo; foi encontrado também um estudo no Repositório da Universidade de Évora, 1 na B-on e 2 estudos no motor de busca Google Académico. Foram excluídos três estudos por não obedecerem aos critérios de inclusão estabelecidos à priori. Os restantes 17 artigos foram integralmente lidos.</p> <p>Foram apresentadas estratégias de intervenção para as pessoas portadoras de demências, cujo objetivo principal é ajudar as mesmas a melhorar o desempenho das AVDs, de modo a</p>	

		não necessitem de assistência de outra pessoa ou, pelo menos, minimizar a necessidade de assistência externa. Foi igualmente apresentada uma estratégia de intervenção psicoeducativa para prestadores de cuidados diretos, de modo a preparar os mesmos para um cuidado mais humanizado, dignificado e benéfico para o binómio cuidador-recetor. É feita uma estimativa de custos das estratégias de intervenção para a organização de forma a que no processo de gestão da instituição este aspeto possa ser tido em conta.	
<b>INTRODUÇÃO</b>			
Racional	3	De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), num relatório publicado sobre a demência, Portugal aparece como o quarto país com mais casos. Portugal está no final da tabela entre 45 países, com uma taxa de prevalência de demência de 19,9 casos por 100 mil habitantes. Prevê-se que em 2037 Portugal suba para o terceiro lugar. Dados apresentados no mesmo relatório, indicam que a percentagem de prevalência de demência em pessoas entre os 60 e 64 anos é relativamente reduzida, fixando-se em 1%. Mas esta percentagem salta para os 40% quando a população analisada tem uma idade superior a 90. O aumento da população com mais de oitenta anos de idade, leva a OCDE a estimar que o número de pessoas vítimas da doença chegue aos 41 milhões em 2050 (OCDE, 2018). Mediante o exposto, é de fulcral importância prestar cuidados adequados, isto é, cuidados diferenciados e centrados na pessoa com demência, de forma a preservar a sua funcionalidade durante o maior período de tempo possível e fomentar a sua qualidade de vida. É igualmente importante dar suporte e apoio aos cuidadores formais, através de estratégias de intervenção de cariz psicoeducativas, com o intuito de lhes serem transmitidos os conhecimentos e as ferramentas necessárias para prestarem um cuidado de maior qualidade aos idosos com demência.	2

Objetivos	4	Perceber se existem cuidados de saúde adequados, diferenciados e centrados (Intervenção) nas pessoas com demências (População) e quais são esses cuidados, apresentado, no mesmo sentido de análise e através de uma Revisão Integrativa de Literatura, estratégias de intervenção voltadas para o cuidado de indivíduos com demência e uma estratégia de intervenção Psicoeducativa para ajudantes de ação direta. ( <i>Outcomes/Resultados</i> ).	3
<b>MÉTODOS</b>			
Protocolo e Registo	5	Não aplicável (N/A)	
Crítérios de elegibilidade	6	Os critérios de inclusão e seleção estabelecidos para esta Revisão Integrativa da Literatura foram os seguintes: tratar-se de trabalhos escritos em Português, Inglês e Espanhol; tratar-se de trabalhos que tenham utilizado intervenções para a melhoria da qualidade de vida de indivíduos portadores de demência; artigos que abordem demência e cuidados adequados dirigidos à mesma; estudos com acesso ao texto completo disponibilizados gratuitamente e artigos publicados entre os anos 2007 a 2019.	34
Fontes de informação	7	Esta Revisão Integrativa da Literatura foi elaborada com recurso às bases de dados Scielo, PubMed, Science Direct e B-on. Também foram encontrados materiais no Repositório da Universidade de Évora e no motor de busca Google Académico.	34
Busca	8	Tendo em conta a questão de investigação e os objetivos do estudo, foram selecionados os seguintes descritores: idoso, elderly, <i>anciano</i> ; cuidados diferenciados; <i>special care</i> , <i>atención diferenciada</i> ; demência, <i>dementia</i> , <i>enfermedad</i> . Após esta definição, formularam-se equações booleanas nas diferentes línguas com o termo de ligação AND; exemplo: (cuidados diferenciados) AND (idoso) AND (demência); ( <i>atención diferenciada</i> ) AND ( <i>anciano</i> ) AND ( <i>enfermedad</i> ); ( <i>special care</i> ) AND (elderly) AND ( <i>Dementia</i> ).	34

Seleção dos estudos	9	O processo de seleção dos estudos foi feito em duas etapas: em primeiro lugar, foram analisados os títulos e os resumos dos artigos científicos. Posteriormente, os mesmos foram todos lidos na íntegra, tendo sempre em mente os critérios de inclusão e exclusão definidos a priori no protocolo, com o objetivo de determinar os estudos pertinentes para a abordagem da temática.	39
Processo de coleta de dados	10	Os dados foram extraídos pela investigadora, incidindo em detalhes específicos relativos às intervenções, população, desenho dos estudos e resultados relevantes para o objetivo da revisão.	40
Lista dos dados	11	N/A	
Risco de viés em cada estudo	12	N/A	
Medidas de sumarização	13	N/A	
Síntese dos Resultados	14	N/A	
Risco de viés entre estudos	15	N/A	
Análises adicionais	16	N/A	
<b>RESULTADOS</b>			
Seleção de estudos	17	Para a seleção dos estudos, foram considerados aspetos como a coerência dos estudos, qualidade metodológica e resultados alcançados pelos mesmos. Após a leitura do texto	39

		integral, de 20 estudos apurados, foram selecionados 17 artigos científicos relevantes e excluídos 3 irrelevantes. De forma a tornar mais explícita esta informação foi elaborado um fluxograma de seleção dos artigos de acordo com as recomendações PRISMA.	
Caraterísticas dos estudos	18	De forma a sintetizar a informação relevante de cada artigo selecionado, foram elaboradas duas tabelas que descrevem as principais caraterísticas de cada estudo. Os principais resultados dos mesmos encontram-se descritos no ponto dos resultados e discussão, onde é feita uma análise pormenorizada de todos os estudos incluídos no presente trabalho.	37-38-41
Risco de viés entre os estudos	19	N/A	
Resultados de estudos individuais	20	N/A	
Síntese dos resultados	21	N/A	
Risco de viés entre estudos	22	N/A	
Análises adicionais	23	N/A	
<b>DISCUSSÃO</b>			
Sumário da evidência	24	A necessidade de melhorar a qualidade de vida dos idosos em geral, bem como dos doentes com demência e das suas famílias, tem contribuído para o desenvolvimento de estratégias de intervenção para idosos que sofram de alguma forma de incapacidade e de programas de reabilitação específicos para doentes com demência. Tendo em conta que as demências degenerativas, particularmente a DA, vão progressivamente impedindo a realização das	75-76

		<p>AVDs, interferindo na vida social e nas atividades profissionais e de lazer, qualquer intervenção deverá ser iniciada o mais precocemente possível. A evidência científica analisada evidencia que as terapias não farmacológicas empregadas junto de doentes com demências são benéficas para a amenização de sintomas característicos dos quadros demenciais, ajudam a manter a funcionalidade dos doentes por maiores períodos de tempo e proporcionam bem-estar e qualidade de vida. Estes programas devem ter como base de atuação a abordagem centrada na pessoa com demência, que assenta no valor do indivíduo enquanto ser humano, centra-se na independência, no bem-estar e no <i>empowerment</i> da Pessoa com Demência. A Abordagem Centrada na Pessoa com Demência assenta em quatro Princípios fundamentais: ver a pessoa com Demência enquanto cidadão com plenos direitos; prestar cuidados individualizados e adequados às necessidades da pessoa; planejar os cuidados pelo ponto de vista da pessoa e permitir que a pessoa permaneça um ser social.</p> <p>As estratégias de intervenção psicoeducativa dirigidas aos prestadores de cuidados diretos são igualmente de extrema importância, pois pretendem transmitir conhecimentos e competências a estes profissionais, de forma a melhorar a performance destes na sua tarefa de cuidado e, conseqüentemente, o incremento da qualidade de vida da pessoa cuidada. As sessões devem ser conduzidas por profissionais de saúde com conhecimentos vastos na área das demências e, preferencialmente, com experiência em dinamização de grupos psicoeducativos. Embora as abordagens psicoeducativas (PE) sejam eficazes no apoio aos colaboradores de cuidados diretos ainda se encontram subdesenvolvidas no contexto dos cuidados formais.</p>	
Limitações	25	Este trabalho apresenta algumas limitações. Uma delas consiste no facto de a metodologia do trabalho, que inicialmente se definiu como quantitativa com recurso a questionário, ter de ser alterada por impossibilidade de aplicação, devido à pandemia que atualmente	76-77

		combatemos. Outra limitação importante que menciono é o desconhecimento, no que concerne a alguns artigos científicos selecionados, do acompanhamento dos pacientes após a aplicação das terapias para avaliar a persistência dos potenciais efeitos benéficos a longo prazo. O facto de apenas terem sido incluídos na pesquisa estudos com texto integral em Português, Inglês e Espanhol, pode ter contribuído para que outros estudos potencialmente relevantes tenham sido excluídos.	
Conclusões	26	<p>Depois de toda a pesquisa efetuada, os objetivos do presente estudo, de forma geral, foram alcançados. É de extrema importância implementar estratégias de cuidados diferenciados junto de idosos portadores de demência e estratégias de intervenção psicoeducativa junto dos cuidadores formais, reduzindo desta forma custos com terapias convencionais que não demonstram ter tantos efeitos benéficos. Estas estratégias de intervenção, quer para os idosos, quer para os cuidadores, se bem aplicadas e por profissionais com o conhecimento para tal, são ótimas estratégias de gestão de cuidados, pois, como a literatura científica evidencia, são intervenções que acarretam inúmeros benefícios e, na sua maioria, de custos reduzidos.</p> <p>Futuras investigações devem ser realizadas na área das demências, pois é uma problemática em constante crescimento e todo o conhecimento científico e sólido que se possa produzir, será uma mais valia para o tratamento destes indivíduos. Sugere-se a realização de um estudo piloto com programas de intervenção e efetuar a respetiva avaliação económica.</p>	76-77
<b>FINACIAMENTO</b>			
Financiamento	27	N/A	