

As tecnologias digitais na educação e formação de cuidadores formais de Alzheimer

Digital technologies in the education and training of formal Alzheimer caregivers

Eduarda Silva¹, Bruno F. Gonçalves², Cátia Vaz³

¹Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

¹eduardasilva3c@hotmail.com, ²bruno.goncalves@ipb.pt, ORCID 0000-0002-7541-3673, ³catia.vaz@ipb.pt, ORCID: 0000-0001-5771-7510

Resumo

Embora a demência alzheimer seja irreversível, há estudos que sugerem que apostar na estimulação cognitiva na fase inicial é uma mais-valia para retardar o declínio cognitivo. Para tal, é necessário investir na formação de cuidadores formais para a utilização das tecnologias digitais neste processo. Assim, nesta pesquisa efectua-se o levantamento do estado da arte sobre as temáticas relacionadas e, de seguida, realiza-se uma investigação para suportar o projeto que se ambiciona desenvolver - "Digital Alzheimer" que se enquadra na formação do Mestrado em TIC do Instituto Politécnico de Bragança (Portugal). O projeto consiste no planeamento e desenvolvimento de um documentário, bem como o desenvolvimento de uma página web que disponibilizará as informações relacionadas com a temática, mas também o documentário produzido. Espera-se que o documentário e a página web contribuam para a literacia na área e, especialmente, para a sensibilização para a formação e capacitação digital destes profissionais.

Palavras-Chave: *cuidadores formais; demência de alzheimer; documentário idosos; tecnologias digitais.*

Abstract

Although Alzheimer's dementia is irreversible, there are studies that suggest that betting on cognitive stimulation in the early stage is an asset to delay cognitive decline. To this end, it is necessary to invest in the training of formal caregivers to use digital technologies in this process. Thus, in this research, a survey of the state of the art on the related themes is carried out and, then, an investigation is carried out to support the project that it aims to develop - "Digital Alzheimer's" that fits in the training of the Master's in ICT of the Polytechnic Institute of Bragança (Portugal). The project consists of the planning and development of a documentary, as well as the development of a web page that will provide information related to the theme, as well as the produced documentary. It is hoped that the documentary and the website will contribute to literacy in the area and, especially, to raise awareness of the training and digital training of these professionals.

Keywords: *formal caregivers; alzheimer dementia; documentary; elderly; digital technologies.*

1 Contextualização geral

Atualmente é amplamente aceite pela sociedade civil que as tecnologias digitais têm um papel determinante nas demais atividades económicas, uma vez que permitem simplificar os processos internos das organizações, melhorar o acesso

à informação e aproximar os indivíduos. Uma das áreas em que as tecnologias parecem ser um contributo cada vez mais indispensável é a saúde, designadamente, a saúde mental, uma vez que podem ser bastante úteis para retardar determinados tipos de doenças mentais, como é o caso da demência de alzheimer.

Assim, nesta pesquisa, desenvolve-se um projeto que, essencialmente, pretende identificar as competências digitais que os cuidadores formais de pacientes com a doença de alzheimer devem possuir para o exercício da sua atividade. Através deste projeto, pretende-se ainda sensibilizar o governo e respetiva tutela, os cuidadores formais que atuam na área, bem como a sociedade civil em geral para a urgência da formação na área das tecnologias digitais destes profissionais. A formação é orientada para as tecnologias que são úteis e eficazes para ajudar a retardar a Demência de Alzheimer (DA), não obstante que sejam apresentadas outras ferramentas que, em outros contextos, já tenham tido algum sucesso no apoio a este género de pacientes.

2 Visão alargada da Demência de Alzheimer

De acordo com Doña *et al.*, (2009), os conhecimentos sobre a demência remontam à antiguidade onde a palavra foi utilizada inicialmente pelos romanos. De origem latina, *dementia* (de + mentia), significa ausência de mente.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) define demência como:

“Uma diminuição progressiva da memória e da capacidade de ideação, suficientemente marcada para limitar as actividades da vida quotidiana, que tenha surgido há pelo menos seis meses e associada a uma perturbação de, pelo menos, uma das seguintes funções: linguagem, cálculo, avaliação, alteração do pensamento abstracto, praxia, gnosia ou modificação da personalidade” (cit. in Touchon & Portet, 2002, p. 15).

A DA foi descoberta em 1906 pelo neuropatologista e psiquiatra alemão, Alois Alzheimer, através da avaliação do tecido cerebral de uma paciente de cinquenta e cinco anos acometida de demência progressiva, após a sua morte, sendo através deste autor que herdou o nome “*Alzheimer*” (Harding, 1991).

Caldas & Mendonça (2005), referem que a DA converteu-se de uma doença neurodegenerativa rara para uma doença frequente e temida por todos na atualidade. Dubois, (2021) – citação literal Prof. Bruno Dubois afirma que a DA, se designa por: “um conjunto de distúrbios relacionados com lesões cerebrais, frequentemente de origem degenerativa. Na medicina, a síndrome demencial define-se pela presença de distúrbios cognitivos, psíquicos e comportamentais de tal modo graves que infelizmente acabam por afetar a autonomia do individuo nas

realizações das suas actividades quotidianas. O doente torna-se dependente de terceiros (para se vestir, preparar refeições, deslocar-se, preencher a declaração de impostos, etc.), sendo exatamente esta perda de autonomia que define o termo demência do ponto de vista médico. Contudo, o seu significado médico não tem nada que ver com o seu significado comum, que geralmente associa a pessoa demente a alguém que “está fora de si” ou que “enlouqueceu”. Trata-se de um termo infeliz, bastante estigmatizante para os doentes e para as suas famílias, mas a sua aceitação e utilização a nível internacional, bem como a nossa incapacidade para encontrar um termo mais aceitável, obriga-nos a utilizá-lo.” (2021, p.39).

Segundo Dubois (2021), “a doença de Alzheimer é uma doença do cérebro, que se traduz, macroscopicamente, por uma atrofia do córtex cerebral resultante da morte de neurónios”. (2021, p.43)

Esta patologia atinge ambos os sexos, sendo a sua etiologia desconhecida, contudo especula-se que advenha de um processo de autodestruição, desencadeado pelo sistema imunitário, sendo a hereditariedade um fator possível. É muito rara em pessoas com menos de 60 anos e torna-se mais frequente ao envelhecer. Afeta somente 1 a 3% das pessoas entre os 60 e os 64 anos de idade e até 30% das que têm mais de 85 anos.

Estes dados são alarmantes, considerando-se necessárias intervenções para a prevenção, de preferência primária, tendo em consideração as fases pelas quais passará este mal.

De acordo com Barreto (2005), a DA é acompanhada por três fases, a fase *inicial*, a fase *intermédia* (mais avançada) e a fase final, sendo que cada uma destas, comporta sinais e sintomas distintos. Assim, na fase *inicial* são comuns sinais como a falha de memória, desorientação, alterações da linguagem, dificuldade na resolução de problemas, alterações de personalidade, vida social caótica, desleixe/despreocupação pessoal e perturbações do humor. Nesta etapa, a pessoa parece confusa e esquecida, pode ter de procurar por palavras ou deixa os pensamentos sem terminar, frequentemente esquece-se dos acontecimentos e das conversas recentes, mas recorda claramente coisas do passado longínquo. Segundo Duarte & Diogo (2005), o indivíduo nesta fase esquece datas importantes como aniversários, esquece-se de pagar as contas, perde objetos, tem descuido com a aparência pessoal e as atividades do trabalho são executadas mais lentamente. Comportamentos de irritabilidade, agitação, teimosia e hostilidade podem ocorrer com frequência. O distúrbio de linguagem apresentado no início da doença é denominado de anomia que é a dificuldade em dar nomes

aos objetos, substituindo o termo desejado por “isto”, ou “aquilo” ou “aquela coisa”. Esta fase corresponde a um estágio de deterioração considerada ligeira (Santana, 2005). Tendo em média a duração de dois a quatro anos (Duarte & Diogo, 2005). Na fase *intermédia* há um agravamento dos sintomas iniciais. Nesta etapa mais avançada, a pessoa com demência precisa cada vez mais de ajuda, pode ter dificuldade em reconhecer familiares e amigos, perder-se em lugares conhecidos, como a própria casa, e esquece-se de fazer coisas essenciais como vestir-se e tomar banho. Torna-se incapaz de aprender e reter novas informações, apresentando dificuldade em raciocinar logicamente, dificuldades na leitura, nos números e na escrita. São comuns comportamentos de agitação, imprevisibilidade, hostilidade, implicância, desconfiança, agressividade física e comportamentos sociais inapropriados (Duarte & Diogo, 2005).

Desta fase fazem parte sinais como a apraxia, agnosia e a afasia e corresponde a um estágio de deterioração considerada moderada (Santana, 2005), com duração de três a cinco anos, em média (Duarte & Diogo, 2005).

Na fase *final*, segundo Santana (2005), com o avanço do processo demencial o doente entra em total mutismo e raramente dá sinal de reconhecer as pessoas e a si próprio, perde completamente a memória, o juízo e o raciocínio. A alimentação é difícil podendo ter de se recorrer a uma sonda e a incontinência se não surgiu já em estádios anteriores instala-se nesta fase. O indivíduo pode acabar confinado à cadeira de rodas ou acamado. Há o aparecimento de atrofia, paralisia e contracturas. As complicações médicas aparecem ou acentuam-se. Por fim, deixa de reagir aos estímulos e a vida torna-se praticamente vegetativa. Geralmente necessitará ajuda em todos os aspetos da vida. Esta fase pertence a um estágio de deterioração grave. A duração é em média de um a três anos (Duarte & Diogo, 2005).

De acordo com a Alzheimer Portugal (s/d) (<http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-33-34-sinais-de-alerta-para-um-diagnostico-precoce>), as pessoas com DA tornam-se confusas e, por vezes, agressivas, passando a apresentar alterações da personalidade, com distúrbios de conduta e acabam por não reconhecer os próprios familiares e até a si mesmas quando colocadas frente a um espelho.

Uma intervenção precoce será a chave para que se possa ter uma melhor qualidade de vida e um maior controlo sobre a doença. Neste seguimento, a Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes Alzheimer (APFADA) elaborou uma lista com dez sinais de alerta ou sintomas comuns da doença:

1. Perda de memória
2. Dificuldade em executar as tarefas domésticas

3. Problemas de linguagem
4. Perda da noção do tempo e desorientação
5. Discernimento fraco ou diminuído
6. Problemas relacionados com o pensamento abstrato
7. Trocar o lugar das coisas
8. Alterações de humor ou comportamento
9. Alterações na personalidade
10. Perda de iniciativa

Na mesma linha de análise Sutton (2011, p. 83) refere serem sete os sinais de alerta a ter em consideração perante a DA:

“1. Fazer a mesma pergunta várias vezes; 2. Repetir a mesma história, palavra por palavra, uma e outra vez; 3. Esquecer como se cozinha, ou fazerem reparos, como se jogam determinados jogos, tarefas que anteriormente eram feitas com facilidade e regularidade; 4. Perder a capacidade de conseguir pagar as contas; 5 Ficar perdido num ambiente familiar, ou extraviar objetos de uso doméstico; 6. Deixar de tomar banho, ou usar as mesmas roupas vários dias, insistindo que tomaram banho e que as roupas ainda estão limpas; 7. Baseando-se em outra pessoa, como um cônjuge, para tomar decisões ou responder perguntas”.

Segundo a Alzheimer Portugal (s/d) (<http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-32-18-o-que-e-a-demencia>), dos resultados do Projeto *European Collaboration on Dementia* (Eurocode), a Alzheimer Europe calcula o número de cidadãos europeus com demência em 7,3 milhões. Para Portugal, este número é estimado em mais de 90.000. Face ao envelhecimento da população, nos estados-membros da União Europeia, os especialistas preveem uma duplicação destes valores em 2040 na Europa Ocidental, podendo atingir o triplo na Europa de Leste. Todos os anos, 1,4 milhões de cidadãos europeus desenvolvem demência, o que significa que a cada 24 segundos, um novo caso é diagnosticado. Em Portugal prevê-se que existam cerca de 153.000 pessoas com demência, 90.000 com doença de Alzheimer

(<http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAZprt/defaultCategoryViewOne.asp?categoryID=898>). Neste sentido, considera-se que estes dados são alarmantes e que os sinais de alerta, referidos anteriormente, devem ser conhecidos e reconhecidos precocemente e cuidadosamente examinados, para se poderem criar instrumentos de estimulação cognitiva.

A estimulação cognitiva tem sido uma área que levou diversos investigadores a estudos aprofundados, por se considerar que pode vir a retardar ou prevenir o declínio da DA (Mate-Kole, *et al.*, 2007; Spector, *et al.*, 2010 e Woods, *et al.*, 2010, *cit in* Caçoête, 2013).

Uma das estratégias propostas pela OMS, visa exatamente promover a estimulação física e cognitiva associada a um estilo de vida saudável (WHO, 2005) e a cognição. Neste contexto, é uma complexa coleção de funções mentais que incluem atenção, percepção, compreensão, aprendizagem, memória, resolução de problemas e raciocínio, entre outras, que permitem que o homem compreenda e se relacione com o mundo (Neto & Roque, 2014).

Peña (2010, *cit in* Caçoête, 2013) acrescenta ainda que esta pode ser entendida como a execução das atividades programadas que foram concebidas para a manutenção e melhoria de processos cognitivos básicos como: a memória, a atenção, a linguagem, o raciocínio, a percepção, a praxis, o cálculo, a escrita, entre outros. Podendo ser aplicada a qualquer indivíduo, e tendo como objetivos:

“1) desenvolver as capacidades mentais; 2) melhorar e otimizar o seu funcionamento; 3) reabilitar os processos psicológicos; 4) evitar o ambiente isolado; 5) potenciar as relações sociais; 6) aumentar a independência e autonomia pessoal; 7) reduzir o stress; 8) diminuir a ansiedade e a depressão; 9) gerar sentimentos de controlo sobre o ambiente; 10) reduzir a impotência; 11) aumentar a capacidade funcional e de desempenho das tarefas diárias; 12) melhorar o sentimento emocional, saúde psicológica e geral; 13) melhorar a qualidade de vida dos pacientes; 14) melhorar a qualidade de vida dos cuidadores, proporcionando informações, conselhos e a atualização de todo o processo que envolve o indivíduo” (Peña 2010, p. 19).

Em 2000, Zimerman interpretou o conceito de estimulação cognitiva como uma contribuição para a manutenção das funções cognitivas ainda presentes nos idosos. No entanto, é nas pessoas com DA e, de acordo com Phaneuf (2010), que se torna crucial a intervenção a nível cognitivo devendo ter-se em consideração três procedimentos fundamentais, designadamente: duração; flexibilidade na intervenção; envolvimento do cuidador. Este autor defende ainda, que as atividades de estimulação cognitiva, em pessoas com DA devem respeitar regras como:

- O respeito pela dignidade humana e reflexão;
- Os grupos de intervenção devem ser homogêneos;
- Numa mesma atividade devem ser estimuladas diferentes capacidades (memória a curto prazo, memória episódica e processual);
- Deve reforçar-se a confiança e a autoestima;
- Deve ter-se escuta ativa para com o outro;
- Deve respeitar-se as suas capacidades e alternar os tipos de exercícios.

Niu, *et al.*, (2010), referem que esta estimulação cognitiva poderá ser realizada de duas formas distintas: individualmente ou em grupo, e aplicada em diferentes

contextos como, por exemplo, no domicílio, em centros de dia ou a nível institucional (Lares de terceira idade). De acordo com McCabe (2008), a estimulação cognitiva realizada de forma contínua e associada a tratamento com medicamentos poderá auxiliar na melhoria dos défices cognitivos e funcionais precoces e moderados dos doentes com DA e ainda preservar as capacidades que ainda se encontram inalteradas, influenciando ao mesmo tempo, de forma positiva a qualidade de vida.

3 Enquadramento metodológico

3.1 Objetivos e proposições de investigação

A presente pesquisa é suportada pela metodologia de investigação-ação que se enquadra nos paradigmas quantitativo e qualitativo e que permitirá concretizar os seguintes objetivos:

- **O1:** Proceder à revisão do estado da arte sobre as temáticas escolhidas;
- **O2:** Realizar uma investigação com recurso ao inquérito por questionário, como instrumento de recolha de dados. O inquérito é disponibilizado online a todos os cuidadores formais de utentes com demência de alzheimer em Portugal.
- **O3:** Analisar e interpretar os dados obtidos para compreender o contributo das tecnologias digitais como prioridade na formação dos cuidadores formais de utentes com demência de alzheimer em Portugal;
- **O4:** Planear e desenvolver um documentário que permita sensibilizar a comunidade para a importância da formação no âmbito das tecnologias digitais dos cuidadores de pacientes com DA;
- **O5:** Desenvolver uma página web que disponibilizará as informações relacionadas com a temática, mas também o documentário produzido.

Para a concretização do estudo formulou-se um conjunto de proposições de investigação que visam, essencialmente, orientar a pesquisa, designadamente:

- **P1:** Os cuidadores formais utilizam as tecnologias digitais para o exercício das suas competências profissionais;
- **P2:** As tecnologias digitais constituem-se como um instrumento importante para a estimulação cognitiva de doentes com demência de alzheimer;
- **P3:** Os cuidadores formais necessitam de formação no âmbito da utilização das tecnologias digitais para o exercício da sua atividade.

3.2 Caracterização do projeto “Digital Alzheimer”

O projeto, denominado “Digital Alzheimer”, incide no planeamento e desenvolvimento de um documentário. O projeto contempla ainda o desenvolvimento de uma página web que disponibilizará as informações relacionadas com a temática, mas também o documentário produzido.

Para o desenvolvimento da primeira componente do projeto – documentário - são utilizados como equipamentos um tripé, uma câmara cãnon 7D e uma lente 50 mm-85 mm. Relativamente ao software, é utilizado o Canva para o planeamento do documentário, designadamente, para a criação do storyboard. Para o desenvolvimento do projeto: Audacity (captação de som); Adobe Photoshop (edição de imagem); VideoPad (edição de vídeo).

Conforme se pode verificar no diagrama (Figura 1), o documentário compreende três fases, cada uma com várias etapas. O projeto encontra-se neste momento em fase de planeamento, onde se vai criar o storyboard e os respetivos guiões para uma entrevista estruturada aos especialistas na área da DA que terão lugar em setembro do corrente ano. Recorda-se que o objetivo das entrevistas é identificar e caracterizar as competências digitais que os cuidadores formais devem possuir para o exercício da sua atividade.

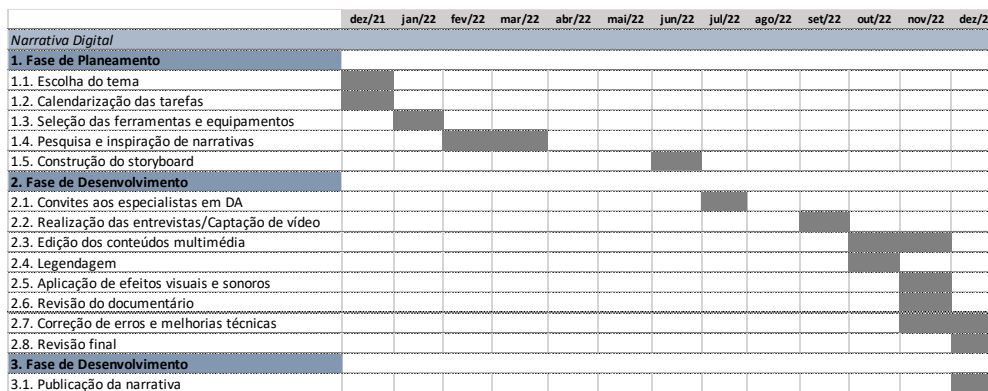


Figura 1: Diagrama de Gantt do planeamento e desenvolvimento do documentário

Para o desenvolvimento da segunda componente do projeto – website – adotou-se o WordPress que é uma ferramenta baseada em PHP e é muito intuitiva para o utilizador desenvolver conteúdos web.

A figura 2 demonstra que foi realizada a calendarização das atividades, bem como a seleção das ferramentas adotadas para a concretização do website. Posteriormente, segue-se a ambientação à ferramenta, bem como a pesquisa de sites relacionados com a DA.

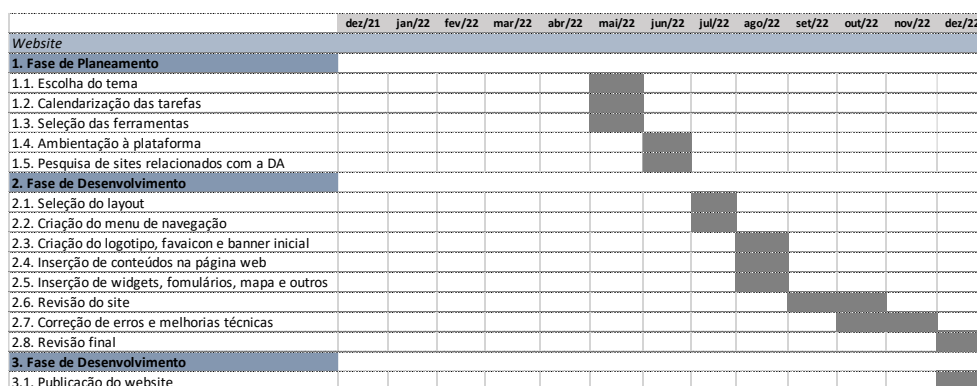


Figura 2: Diagrama de Gantt (Website)

3.3. Instrumentos de recolha de dados

O inquérito por questionário foi desenvolvido pelos autores da pesquisa e constitui-se por quatro secções, designadamente: a secção 1 consiste em cinco questões referentes aos dados pessoais; a secção 2 contempla 21 questões sobre o trabalho dos cuidadores formais, com utentes com DA; a secção 3 consiste em cinco questões sobre as tecnologias digitais no alzheimer; e, por último, a secção 4 permite ao inquirido fazer observações (comentários e/ou sugestões). Importa referir que, na formulação das questões, procurou-se ter o máximo de cuidado no sentido de elas serem claras e pertinentes, com vocabulário adequado aos participantes.

Para a sua aplicação foram seguidos princípios éticos e deontológicos de confidencialidade. Através da informação disponibilizada no início de cada questionário todos os participantes tiveram conhecimento do objetivo da pesquisa a que se destinavam, o carácter anónimo das respostas, a importância da colaboração e a necessidade da sinceridade e confidencialidade nas mesmas sendo ao mesmo tempo alertados para o facto de os dados recolhidos serem utilizados apenas para os fins a que se destinavam.

Para a aplicação dos questionários foi necessário recorrer ao procedimento de conveniência, através da divulgação nas redes sociais e envio de ofícios para Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), Unidade de Cuidados Continuados, Hospitais, Clínicas Especializadas e para Centros de Dia.

O método por conveniência tem a vantagem de ser rápido, barato e fácil (Hill & Hill, 2009). Nove participantes serviram como elementos para o pré-teste do questionário administrado com a finalidade de detetar qualquer erro possível ou dificuldade, tendo-se posteriormente procedido a alguns ajustes.

A aplicação do questionário foi realizada em duas fases, no mês de janeiro de 2022 foram aplicados os questionários de pré-teste. Posteriormente, entre

fevereiro e abril de 2022, foram aplicados todos os questionários destinados à investigação e os dados obtidos foram analisados através do programa SPSS, versão 24.0 e, posteriormente, descritos e discutidos.

Importa referir que o documentário contempla um conjunto de entrevistas que serão realizadas a um conjunto de especialistas na área que, de um modo geral, serão convidados a identificar e caracterizar as competências digitais que os cuidadores formais devem possuir para o exercício da sua atividade. Com suporte nos resultados das entrevistas, pretende-se alertar e sensibilizar os demais atores no respetivo processo para a urgência da formação na área destes profissionais. Foram utilizadas as entrevistas individuais semiestruturadas, isto porque não pressupõem uma especificação de questões a formular nem da respetiva sequência de formulação (Angulo & Vázquez, 2003). Neste sentido, nestas entrevistas serão elaborados guiões que são utilizados como orientação para o investigador. O guião da entrevista será definido oportunamente, com suporte nos resultados obtidos no inquérito por questionário e com suporte na literatura na área.

4 Resultados preliminares

4.1 Dados sociodemográficos

Nesta investigação participaram 41 cuidadores formais, dos quais 82,9% pertencem ao sexo feminino e os restantes (17,1%) ao sexo masculino. Relativamente à faixa etária verifica-se que 19,5% pertencem à faixa etária dos 18 aos 24 anos; 29,3% integram a faixa etária dos 25 aos 34 anos; 24,4% pertencem à faixa etária dos 35 aos 44 anos; e, finalmente, 26,8% integram a faixa etária dos 46 aos 59 anos, não se verificando neste estudo idade superior. Relativamente à atividade profissional verifica-se que 26,8% são educadores sociais; 23,4% auxiliares de ação direta; 19,5% gerontólogos; e, os restantes englobam-se em outras profissões (psicólogo, sociólogo, animador sociocultural, assistente social, bombeiro profissional, administrativos, serviços gerais, estudantes, professores e diretores técnicos). No que se refere ao local de trabalho, 17,1% trabalham em centros de dia; 24,4% em serviços de apoio domiciliário; 24,4% em estruturas residenciais; e, os restantes exercem a sua atividade em outros locais (hospital, clínica especializada, unidades de cuidados continuados, bombeiros, administração, universidades e politécnicos, centro de educação especial, santa casa da misericórdia, entre outros). Relativamente à região onde exercem a sua profissão, 85,4% são da região norte; 7,3% residem

nas ilhas; os restantes pertencem à região sul e centro do país.

4.2 Trabalho dos cuidadores formais com utentes com DA

Relativamente à segunda secção do questionário, 75,6% dos inquiridos afirmam que já tiveram a **oportunidade de trabalhar com doentes com DA**, sendo que apenas 7,3% assumem que apenas trabalharam algumas vezes. Os restantes (17,1%) afirmam que nunca trabalharam com doentes com esta condição.

A maior parte dos inquiridos (85,3%) assegura que consegue **identificar sinais da DA nos utentes** e apresentam alguns exemplos, designadamente: desorientação, perda de memória, deambulação, dificuldade em executar tarefas habituais, perda progressiva de capacidades, esquecimento, confusão espaço-temporal, problemas na linguagem, perda de memória de curto prazo, repetição, discurso incoerente, comportamento perturbador ou inapropriado, dificuldade em compreender a função de objetos, dificuldade em conhecer pessoas, desconfiança, recordações passadas em detrimento do presente, maior força física, perda de autonomia e dificuldade em manter uma conversa com outras pessoas. Já os restantes (11,8%) consideram que apenas às vezes se apercebem destes sinais. Apenas 2,9% afirmam que não conseguem perceber os sinais.

Neste seguimento, 87,5% dos inquiridos assumem que nunca tiveram **formação específica na área da DA**. Embora não fossem identificados os motivos, os restantes inquiridos (12,5%) asseguram que nunca tiveram formação nesta matéria. Ainda sobre a questão formativa, 62,5% dos inquiridos afirmam nunca terem tido **formação específica sobre estimulação cognitiva**, sendo que apenas 37,5% asseguram que tiveram esta oportunidade. Importa ainda referir que, 50,0% dos inquiridos, asseguram que as **instituições onde trabalham não promovem workshops relacionados com a DA e com estimulação cognitiva** e 37,5% não têm conhecimento deste género de oferta formativa. Apenas 12,5% garante ter a oportunidade formativa nestas temáticas. No entanto, 97,2% dos inquiridos consideram que seria vantajoso apostar mais na educação e formação sobre a DA e a estimulação cognitiva.

No que se refere ao trabalho com utentes com DA, os inquiridos identificaram um conjunto de **recursos para promoverem a estimulação cognitiva**, incidindo especialmente nos seguintes: papel, computador, tablet, telemóvel, rádio e objetos lúdicos. Para além destes recursos, os inquiridos consideraram vantajoso a utilização dos seguintes instrumentos: jogos digitais, jogos de papel, audiovisuais, músicas, desenhos, palavras, histórias e imagens.

Os inquiridos reconhecem ter algumas **dificuldades no trabalho com doentes**

com DA, que seguidamente se passam a enunciar: alterações comportamentais dos utentes, pouco investimento de colaboradores na área, falta de formação, pouca cooperação e motivação por parte do utente, dificuldade em captar a atenção dos utentes para as atividades de estimulação cognitiva, dificuldade de lidar com a frustração que eles muitas vezes sentem, sentimento de negação por parte dos utentes, comunicação difícil, relações difíceis com a família do utente, gestão das emoções, dificuldades de concentração dos utentes, criar rotinas e gerir as atividades, não haver programas digitais adequados para estes utentes, pouca formação sobre a doença, bipolaridade, falta de perceção do que eles realmente sentem, lidar com a agressividade, falta de material e equipamento e estabelecimento de diálogo.

Finalmente, importa referir que, a maior parte dos inquiridos (51,5%), assume **fazer registos durante as sessões de estimulação cognitiva** (registo visual, escrito e fotográfico), sendo que 12,1% assume só fazer às vezes e os restantes (36,4%) reconhece nunca ter tido a oportunidade de elaborar os respetivos registos.

4.3 As tecnologias digitais no alzheimer

No que se refere à **utilização das tecnologias**, 68,3% dos inquiridos considerou que uso das tecnologias digitais pode contribuir para a prevenção da DA. No entanto, 22,0% não apresentam certeza relativamente a esta matéria, sendo que os restantes preferem não responder ou consideram que as tecnologias não são importantes para a prevenção da DA.

Relativamente ao **tipo de contributo que as tecnologias podem oferecer para a prevenção da DA**, os inquiridos consideram que existem vários, designadamente: estimulação cognitiva (provérbios, músicas, fotografias/imagens...) interatividade, descontração, maior abertura dos utentes por ser algo diferente do habitual e algo novo que gostam de explorar, maior atenção, facilidade de utilização, novas aprendizagens, atrasar a evolução da doença, melhorar autoestima do utente, diversão, criação do diário para ajudar o paciente a recordar-se dos momentos, criação de recursos e jogos de memória.

No que respeita ao **trabalho com as tecnologias digitais com utentes com DA**, 68,6% dos inquiridos respondem que só às vezes é que utilizam as respetivas tecnologias e os restantes asseguram que nunca trabalharam.

Relativamente à **formação promovida pelas entidades patronais orientada para a utilização das tecnologias digitais** em contexto de DA, 67,6% dos inquiridos afirmam nunca ter tido formação na área e, apenas 10,8%, tiveram essa

oportunidade. Os restantes não têm conhecimento deste género de formações. Importa referir que, a maior parte dos inquiridos (88,0%) que nunca teve formação, considera que seria vantajoso apostar mais na educação e formação sobre as tecnologias digitais no alzheimer.

5 Considerações finais

Sobre a revisão bibliográfica, considera-se que os temas escolhidos foram devidamente e suficientemente explorados, neste sentido, sobre a DA conclui-se, que é do conjunto de demências a mais frequente e cada vez mais temida por todos na atualidade. Sendo uma doença incurável, não existem soluções para as dificuldades que provoca nas relações interpessoais, contudo, existem estratégias para as enfrentar.

De um modo geral, tendo por base as respostas dadas pelos inquiridos, conclui-se que, a maioria parte dos cuidadores formais, têm a oportunidade de trabalhar com doentes com DA e, por conseguinte, conseguem identificar vários sinais da DA. No entanto, destacam a ausência de formação específica na área da DA e na estimulação cognitiva, pelo que, assumem a importância de existirem ações promovidas pelas instituições para adquirirem mais competências e conhecimentos que lhes permitam lidar com as problemáticas inerentes à sua atividade profissional. Importa ainda referir que os inquiridos identificam vários recursos para promoverem a estimulação cognitiva, no entanto, reconhecem ter várias dificuldades no trabalho com doentes com DA.

Verificou-se ainda que os registos, são considerados pelos inquiridos como procedimentos fundamentais e importantes para quem acompanha doentes com DA, principalmente no final das sessões de estimulação cognitiva, sendo os comportamentos, os sucessos e os sentimentos variáveis importantes a serem registadas para uma posterior análise e interpretação.

Relativamente às tecnologias digitais no alzheimer, a maior parte dos inquiridos considerou que o uso das tecnologias digitais pode contribuir para a prevenção da DA ao nível da estimulação cognitiva, interatividade, descontração, maior atenção, novas aprendizagens, atrasar a evolução da doença, diversão, entre outros. Destaca-se ainda que, a maior parte dos inquiridos, considerou ser vantajoso que as entidades patronais apostassem mais na educação e formação sobre as tecnologias digitais no alzheimer.

Finalmente, relativamente ao projeto, importa referir que o desenvolvimento dos dois produtos – documentário e website – são absolutamente centrais para a

pesquisa, não só pela mensagem que ajudam a transmitir à sociedade em geral, mas também pelas competências digitais que se adquirem com a oportunidade de trabalhar com diferentes tipos de ferramentas. Estas competências são centrais também como contributo indispensável à atividade profissional enquanto cuidador formal de DA. Trabalhar com texto, som, imagem, vídeo e web permite-nos trabalhar a informação e, conseqüentemente, torná-la mais acessível e mais compreensível para os públicos mais debilitados ou desfavorecidos como é o caso dos doentes com DA.

6 Referências

- Castro-Caldas, A., & Mendonça, A. D. (2005). A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal.
- Caçoête, C. S. G. (2013). *Implementação e avaliação de um programa de estimulação cognitiva com jogos em realidade virtual na dependência de substâncias* (Master's thesis).
- Doña, P. J. R., Artigas, P. A., Guerra, M. L. S., & Monfort, C. A. (2009). Factores de riesgo vascular y enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 44(2), 98-105.
- Duarte, Y. A. D. O., & Diogo, M. J. D. E. (2005). Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. In *Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico* (pp. 630-630).
- Dubois, B. (2021). Alzheimer: A verdade sobre a doença do século. Lisboa
- Gomes, C., & Gomes, C. (2003). Doença de Alzheimer da Neblina ao Eclipse Total. *Revista NURSING*, Ano, 16, 214.
- McCabe, L. (2008). A holistic approach to caring for people with Alzheimer's disease. *Nursing Standard*, 22(42).
- Moreira, P., & Oliveira, C. (2005). Fisiopatologia da doença de Alzheimer e de outras demências. A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa: Lidel.
- Neto, H. C. S., & Roque, L. (2014). Experiência dos Jogos Digitais aplicados ao Envelhecimento Ativo. *Proceedings of XIII Simpósio Brasileiro de Jogos e Entretenimento Digital*, 12-14.
- Niu, Y. X., Tan, J. P., Guan, J. Q., Zhang, Z. Q., & Wang, L. N. (2010). Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in

- Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 24(12), 1102-1111.
- Nunes, B. (2005). A demência em números. A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal, 11-26.
- Pera, L. F. (2012). *Avaliação das dificuldades e sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes* (Doctoral dissertation, Instituto Politecnico de Braganca (Portugal)).
- Phaneuf, M. (2010). O envelhecimento perturbado: A doença de Alzheimer. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Philipp, M. (2000). Qualitative Content Analysis. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. Freie Universitat: Berlin.
- Santana, I. (2005). A doença de Alzheimer e outras demências: diagnóstico diferencial. *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*, 61-82
- Vázquez, R., & Angulo, F. (2003). Introducción a los estudios de casos. Los primeros contactos con la investigación etnográfica. Málaga: Aljibe.
- WHO. (2005). Mental Health Atlas 2005. WHO, Geneva, Switzerland.