



MANUAL DE
BOAS PRÁTICAS
DEMÊNCIA



UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUESAS



MANUAL DE
BOAS PRÁTICAS
DEMÊNCIA

Autores:

Manuel Caldas de Almeida
Helena Sofia Barrios
Carla Pereira
Ana Catarina Santos

Vera Pinto
Sandra Costa
Andreia Conde
Helena Pedrosa

Apoio técnico: Catarina Cerqueira



UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUESAS



ÍNDICE

1	Enquadramento Geral – Projeto VIDAS	4
2	Compreender as demências	6
	2.1 O que é a demência?	7
	2.2 Tipos de demência	7
	2.3 Principais sintomas das demências	8
	2.3.1 Perda de memória	9
	2.3.2 Diminuição da capacidade de realizar tarefas e de comunicar	10
	2.3.3 Desorientação no tempo e no espaço	11
	2.3.4 Alterações da personalidade e humor	11
	2.3.5 Alterações do comportamento	11
	2.3.6 Alterações físicas	11
	2.4 Diagnóstico de demência	12
	2.4.1 Como distinguir o envelhecimento normal das fases iniciais de demência?	12
	2.4.2 Como se diagnostica a demência?	12
	2.5 Evolução e prognóstico	13
	2.5.1 Fase Ligeira	14
	2.5.2 Fase Moderada	14
	2.5.3 Fase Avançada	15
3	Intervenção	18
	3.1 Objetivos do cuidar de uma pessoa com demência	19
	3.1.1 Necessidade de cuidados na demência	20
	3.2 Intervenção não farmacológica	20
	3.2.1 Cuidados diretos e competências relacionais	20
	3.2.2 Gestão de comportamentos difíceis	27
	3.2.3 Neuroestimulação: intervenção cognitiva, comportamental e funcional	30
	3.3 Intervenção farmacológica	35
	3.3.1 Tratamento dirigido à doença	35
	3.3.2 Tratamento e controlo de sintomas	36
	3.3.3 Abordagem de factores de risco e co-morbilidades.	37
	3.4 Apoiar os cuidadores familiares	38
4	Arquitetura e Ambiente	40
	4.1 Levantamento preliminar das condições físicas das instituições do projeto VIDAS	42
	4.1.1 Checklist Ambiente	42
5	Conclusões	48



1.

ENQUADRAMENTO
GERAL

**PROJETO
VIDAS**

O presente Manual de Boas Práticas surge como culminar do Projeto VIDAS – Valorização e Inovação em Demências.

O Projeto VIDAS desenvolvido pela União das Misericórdias Portuguesas, entre janeiro de 2014 e março de 2015, contou com diversos parceiros na sua execução – Direção Geral de Saúde (DGS), Alzheimer Portugal, Hospital Residencial do Mar, Hospital Magalhães de Lemos, Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS).

O aumento da prevalência de demências coloca novos desafios aos indivíduos, às famílias e à sociedade. As pessoas com demência têm necessidades específicas que devem ser reconhecidas, e às quais deve ser dada resposta, quer estejam em casa, com as suas famílias, quer recebam apoio formal em Centro de dia ou apoio domiciliário, ou vivam em instituições.

A magnitude desta questão implica o desenvolvimento de um plano de intervenção estruturado, com uma estratégia global, mas com programas de intervenção adaptados às diferentes realidades.

Assim, o Projeto VIDAS teve como principais objetivos:

- Identificar e caracterizar, na vertente de **Investigação**, a população com demência que já se encontra a receber cuidados em ERPI, através de estudos efetuados com instrumentos internacionalmente reconhecidos e validados;
- Realizar ações de **Formação Profissional** para o desenvolvimento de competências nas vertentes cognitivas e de terapia clínica, farmacológica e não farmacológica, de neuroestimulação, de competência relacional e de gestão; com conteúdos específicos para os vários grupos profissionais;
- Fornecer competências específicas às ERPI, na vertente da **Arquitetura/Decoração**, de modo a melhorar não só o ambiente em que vivem as pessoas com demência, como também os cuidados que lhes são prestados, num modelo eficiente e de baixo custo;
- Estabelecer padrões de boas práticas profissionais tendentes a adequar o nível de cuidados a estas necessidades específicas.

Este Manual de Boas Práticas pretende assim ser um instrumento de trabalho que possa apoiar as famílias e os cuidadores formais de pessoas com demência, contribuindo para a melhoria dos cuidados e da qualidade de vida das pessoas com demência.



2

COMPREENDER
AS
DEMÊNCIAS

2.1 O que é a demência?

As demências são um conjunto heterogêneo de doenças, com sinais e sintomas semelhantes, mas etiologias (causas) distintas. Em todos os casos no entanto existe doença cerebral adquirida (não presente desde o nascimento), progressiva que provoca défice cognitivo em múltiplos domínios, perda de autonomia e funcionalidade. As pessoas com demência têm dificuldade em recordar coisas, pensar com clareza, comunicar ou tomar conta de si próprias.

A deterioração cognitiva que caracteriza a síndrome demencial pode afetar a memória, linguagem, a orientação temporal e espacial, o raciocínio, a própria realização de tarefas motoras, sem que a memória seja necessariamente a função mais afetada nas fases iniciais da demência provoca um défice cognitivo global. Isto conduz ao comprometimento de várias competências importantes para a vida quotidiana e para a interação social, tornando o doente menos autónomo e progressivamente mais dependente de terceiros.

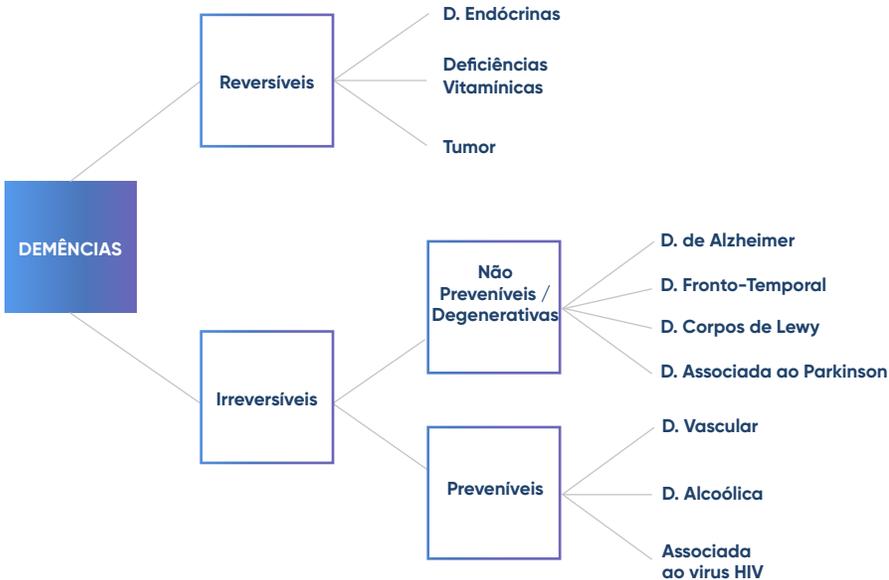
Todos os tipos de demência resultam do mau funcionamento e da lenta e progressiva morte de células cerebrais (neurónios). É no contexto destas lesões orgânicas que devem ser interpretadas as manifestações da doença, nomeadamente, as alterações de memória e do comportamento, a perda de autonomia, as mudanças súbitas de humor e até mesmo as alterações de personalidade. Portanto, nem a evolução da doença, nem os seus sintomas estão dependentes da vontade do doente.

2.2 Tipos de demência

Na Europa, estima-se que 6.1 milhões de pessoas sofrem deste tipo de doenças. Todos os anos, 1.4 milhões de cidadãos europeus desenvolvem demências, ou seja, a cada 24 segundos é diagnosticado um novo caso (Alzheimer Europe, 2008). O número estimado de pessoas com demência em Portugal é de 153 mil, 90 mil dos quais com doença de Alzheimer (Alzheimer Portugal, 2009).

A prevalência de demência aumenta com a idade, sendo cerca de 90% dos casos diagnosticados acima dos 65 anos. No entanto, existem casos em pessoas mais jovens. O envelhecimento por si só não a provoca, e a demência não é uma doença exclusiva dos idosos (Alzheimer Europe, 2008).

Existem diferentes etiologias (causas) de demência. As demências degenerativas, que representam mais de 80% dos tipos de demência, causam uma deterioração cognitiva progressiva, irreversível, sem existir qualquer forma de cura. Por sua vez, as formas reversíveis, ou seja, etiologias que se manifestam por deterioração cognitiva, quando tratadas, permitem a recuperação das mesmas, por exemplo hipotireoidismo, défice de vitamina B12, entre outras (Santana & Duro, 2014).



O tipo mais frequente de demência é a **Doença de Alzheimer** (50 a 70% de todos os casos de demência). Existem depois a **demência vascular** (20 a 30 % dos casos), **demência frontotemporal**, de **corpos de Lewy** e, mais raramente, **demências secundárias a doenças virais, défices nutricionais** e outras (Alzheimer Europe, 2008).

Todos os tipos de demência têm características comuns. No entanto, há elementos que as distinguem: por exemplo, a demência frontotemporal apresenta habitualmente alterações de comportamento, a demência de corpos de Lewy associa-se a alterações motoras características e a demência vascular a maior dificuldade de iniciativa.

Não se conhece a causa da maioria das demências, nomeadamente da doença de Alzheimer. Sabe-se que não é uma doença contagiosa e que a sua transmissão hereditária é rara.

2.3 Principais sintomas das demências

Cada zona do cérebro está relacionada com diferentes funções, como a memória, as emoções, os movimentos ou a sensibilidade. Quando uma doença como a demência afeta o cérebro, ocorre degenerescência de células cerebrais em várias zonas. Os sintomas que surgem estão relacionados com as zonas do cérebro mais afetadas.

Os sintomas iniciais de demência manifestam-se sob diferentes formas. Por exemplo, na Doença de Alzheimer é frequente a diminuição da memória recente, e a dificuldade em realizar tarefas complexas (por exemplo, a pessoa pode perder-se enquanto conduz, trocar o lugar das coisas, perder-se no meio de uma conversa ou enganar-se na gestão do dinheiro). Com o agravamento da doença surgem dificuldades em realizar atividades básicas como vestir, fazer a sua higiene ou ir à casa de banho. Os sintomas vão-se agravando progressivamente, até que o doente acaba por ficar totalmente dependente de terceiros.

Após anos de evolução da situação demencial, verifica-se uma deterioração global da saúde física e mental, que conduz à morte.

Analisamos seguidamente os principais sintomas:

2.3.1 Perda de memória

A memória é um processo cognitivo complexo, através do qual o indivíduo adquire, codifica e armazena informação.

As alterações de memória estão presentes no envelhecimento normal e a sua evolução progressiva para um funcionamento patológico, como na doença de Alzheimer, tem sido alvo de diversos estudos.

A perda de memória tem impacto na vida diária de variadas formas, conduzindo a problemas de comunicação, de segurança, de comportamento e à incapacidade de aprender nova informação.

A memória não forma um sistema unitário, corresponde a várias funções e sistemas distintos que podem ser afetados de forma seletiva nas lesões do sistema nervoso. Existem diferentes tipos de memória, variando em relação ao tempo de realização (capacidade de recordar eventos futuros, como a ida a uma consulta daqui a três dias, ou eventos passados, como por exemplo, as férias de Verão de 2012), natureza do estímulo (se a informação é de origem auditiva ou visual) ou duração do intervalo de retenção (memória a curto prazo, se a retenção é por curtos períodos de tempo ou memória a longo prazo se o período é longo).

A memória para acontecimentos recentes é aquela que é habitualmente afetada em primeiro lugar (por exemplo, o doente pode não se recordar do que lhe foi dito há poucos minutos ou do que comeu ao pequeno almoço, e, no entanto, lembra-se com exatidão de eventos ocorridos há vários anos).

A memória a longo prazo, apesar de ser afetada mais tardiamente, pode assumir diferentes expressões. Esta inclui a evocação intencional de experiências, factos ou eventos previamente armazenados (como a história pessoal, familiar ou social, conhecimento geral de símbolos e conceitos), bem como o acesso a informação de forma inconsciente e automatizada (como a memória para andar de bicicleta,

andar, tocar um instrumento ou usar os talheres). Desta forma, uma pessoa pode não se recordar do casamento da filha, mas continuar a conseguir tocar violino.

Estes vários tipos de memória são afetados de forma diferente ao longo da evolução da doença, pois estão localizados em diferentes zonas do cérebro (uma pessoa pode ter muita dificuldade em manter uma conversa, mas ainda conseguir cantar uma canção aprendida há muito tempo).

A perda de memória nas pessoas com demência é muitas vezes confundida com teimosia, resistência ou oposição às orientações e conselhos, e provoca normalmente um grande mal-estar nos cuidadores. É importante ter presente que a pessoa com demência repete frequentemente a mesma pergunta, porque não se lembra do que lhe foi dito há poucos minutos, e por vezes cria histórias fictícias de forma a preencher os lapsos de memória e tentar dar coerência ao discurso, o que não deve ser interpretado como “mentira” voluntária.

2.3.2 Diminuição da capacidade de realizar tarefas e de comunicar

Dependendo da fase de evolução da doença em que a pessoa se encontra, a incapacidade de realização de tarefas pode estar comprometida por fatores variados. Inicialmente poderá ser por dificuldades no complexo processo de auto-monitorização e auto-regulação, que denominamos de funcionamento executivo, onde a pessoa não consegue tomar decisões, adaptar-se a situações novas, resolver problemas, adaptar o comportamento às exigências e mudanças do meio ambiente, iniciar, planear e inibir comportamentos. Com a evolução da doença outras funções cognitivas mais “básicas” condicionam o funcionamento.

Os défices de atenção interferem com o curso do pensamento e da ação, condicionando a concretização de tarefas (se o telefone tocar enquanto se despe para o banho, pode sair do WC despido e não regressar à atividade, deambulando assim pela casa). Com a progressão da doença, a base destas dificuldades, centra-se na perda da capacidade de reconhecer pessoas ou objetos e perceber para que servem (não identifica a pessoa que está ao telefone, ou durante o banho, não sabe para que serve a esponja de banho ou chuveiro). Nestas situações falamos em agnosia. Paralelamente, poderão surgir **apraxias**, ou seja, dificuldade em realizar movimentos voluntários intencionais, apesar da força muscular, sensibilidade e coordenação estarem intactas (por exemplo: incapacidade para apertar botões, abrir uma torneira ou comer).

Outra dificuldade frequente e altamente incapacitante, centra-se na linguagem. As dificuldades em nomear (pessoas e/ou objetos), bem como em encontrar as palavras no discurso espontâneo, interferem com a comunicação. Poderá existir uma alteração da capacidade de expressão e compreensão da linguagem falada e escrita, por lesão da zona cerebral que controla a linguagem (afasia). Pode ma-

nifestar-se inicialmente através de respostas automáticas, por repetição de frases ou palavras ditas por outros ou pelo próprio. Com o agravamento da doença, a pessoa deixa de conseguir comunicar através da linguagem. O julgamento e a crítica vão diminuindo ao ponto da pessoa não ter consciência dos défices.

2.3.3 Desorientação no tempo e no espaço

Com a progressão da demência, as pessoas deixam de ser capazes de se orientar no tempo e no espaço. Podem esquecer-se do dia e do ano ou não se lembrar da própria idade. A desorientação no espaço pode fazer com que a pessoa se perca na rua onde vive há anos, e não saiba regressar a casa. Em fases mais avançadas, o doente deixa de se lembrar da localização das divisões dentro de casa (pode não conseguir ir à casa de banho por não se lembrar onde se situa).

2.3.4 Alterações da personalidade e humor

As pessoas com demência podem comportar-se de forma totalmente diferente do que era o seu hábito. Uma pessoa que sempre foi simpática e educada pode tornar-se agressiva e brusca, existindo causas neurofisiológicas que justificam esta mudança, como a atrofia da zona cerebral que controla o comportamento e as emoções. Mudanças súbitas de humor são frequentes.

2.3.5 Alterações do comportamento

É frequente que as pessoas com demência apresentem alterações de comportamento, desde a agressividade à apatia, que por vezes são difíceis de interpretar. As alterações de comportamento são uma área que coloca desafios importantes ao cuidador, no capítulo 6.5. serão referidos vários tipos de comportamentos e estratégias de abordagem específicas.

2.3.6 Alterações físicas

A demência implica alterações fisiológicas que se refletem na estrutura física da pessoa. Podem ocorrer alterações de peso mesmo que se mantenha uma ingestão alimentar normal. A vulnerabilidade às infeções aumenta, particularmente nos estádios mais avançados. Quando a pessoa fica acamada, há risco mais elevado de úlceras de pressão, tornar-se agressiva e brusca, existindo causas neurofisiológicas que justificam esta mudança, como a atrofia da zona cerebral que controla o comportamento e as emoções. Mudanças súbitas de humor são frequentes.

2.4 Diagnóstico de demência

2.4.1 Como distinguir o envelhecimento normal das fases iniciais de demência?

Pode ser difícil perceber a diferença entre as alterações características do envelhecimento e os primeiros sinais de demência. No entanto, a perda de memória que perturba a vida quotidiana, a diminuição da capacidade de cuidar de si próprio e as mudanças no padrão de comportamento e relacionamento com os outros devem levantar a suspeita de demência.

A associação Alzheimer Portugal refere 10 sinais de alerta para a presença de demência:

- Perda de memória;
- Dificuldade em planear ou resolver os problemas;
- Dificuldade em executar tarefas familiares;
- Perda de noção do tempo e desorientação;
- Dificuldade em perceber imagens visuais e relações espaciais;
- Problemas de linguagem;
- Trocar o lugar das coisas;
- Discernimento fraco ou diminuído;
- Afastamento do trabalho e da vida social;
- Alterações do humor, da personalidade e comportamento.

2.4.2 Como se diagnostica a demência?

Na presença de sinais de alarme, a pessoa deve procurar o seu médico assistente. Quando o doente não tem capacidade de identificá-los, a família deve procurar o médico no sentido de expor o problema e em conjunto, encontrar alternativas/estratégias para a adesão à consulta.

Inicialmente é necessário excluir diagnósticos de demência secundária, isto é, situações em que a demência resulta de outra condição clínica (por exemplo hipertireoidismo) e que tratando a causa primária resolve a questão da demência.

A confirmação do diagnóstico de demência requer a realização de uma avaliação clínica aprofundada que engloba uma cuidadosa avaliação cognitiva, funcional, comportamental. Na presença de uma história clínica com sintomas e sinais compatíveis e de uma avaliação neuropsicológica positiva, será neces-

sário, sob orientação de um médico com competência específica na área da demência, a realização de exames complementares de diagnóstico específicos (biomarcadores e imagiologia), que serão solicitados consoante o tipo de demência em causa. Estes poderão ser exames imagiológicos cerebrais, exames analíticos ou outros.

A interpretação da globalidade da informação obtida permite ao médico que orientou a investigação confirmar o diagnóstico, esclarecer o tipo específico de demência presente e as suas implicações prognósticas.

Este diagnóstico precoce logo que se detetam sintomas é fundamental porque é nestas fases que a medicação existente é mais eficaz.

É de particular relevância, durante a investigação, distinguir a demência de outras situações que apresentam características comuns:

- A depressão pode provocar alguns sintomas semelhantes, incluindo a apatia/perda de iniciativa, alterações de humor e de memória e perda de funcionalidade. Em muitos casos, a demência e a depressão estão associadas, o que coloca desafios de diagnósticos acrescidos.
- O síndrome confusional também é frequente, sobretudo nos idosos, quando na presença de doenças agudas como infeções ou após cirurgias. Nestes casos, por vezes, surgem alterações cognitivas e de consciência agudas e transitórias, com desorientação, alterações de comportamento e discurso incoerente. Distingue-se da demência pois surge de forma súbita, e cessa após resolvida a causa subjacente.

2.5 Evolução e prognóstico

Todas as demências são doenças progressivas, normalmente com evolução longa. A progressão tende a obedecer a um padrão, pelo que se identificam habitualmente três fases na evolução da demência. No entanto, é importante ter presente que as fases se sobrepõem e que não são uniformes em todas as pessoas. Além disso, o curso da doença não é linear. Podem ocorrer flutuações associadas a doenças agudas (como infeções respiratórias), que provocam agravamento brusco, reversível após a resolução do problema.

2.5.1 Fase Ligeira

Existem sintomas ligeiros e muitas vezes negligenciados:

- Ligeiros défices de memória recente;
- Desorientação no tempo e no espaço;
- Perda de iniciativa;
- Dificuldade em encontrar as palavras, discurso menos fluente;
- Dificuldade em manter as rotinas;
- Problemas com decisões e gestão do dinheiro;
- Ações e discurso repetitivo;
- Alterações do humor / personalidade;
- Dificuldade na aquisição de novas competências;
- Diminuição de capacidade de adaptação à mudança: os primeiros sintomas podem surgir em situações de alteração da rotina (por exemplo, férias, viagens, hospitalização);
- É frequente a associação com depressão (50%), que pode ter manifestações atípicas: indiferença, dificuldade nas relações afetivas, desmotivação, etc.

Exemplos: não lembrar se as contas já foram pagas, perder objetos, necessidade de ver constantemente o calendário para se situar no tempo;

Prioridades: O apoio na consciencialização e adaptação ao diagnóstico e o esclarecimento das suas implicações, quer ao doente quer à família, permitirão a tomada de decisões informadas em relação ao futuro. A instituição precoce de medidas farmacológicas e não farmacológicas é igualmente fundamental. Nesta fase, é particularmente importante a estimulação cognitiva e de funcionalidade, de forma a manter a autonomia e preservar, durante o maior período de tempo possível, a capacidade cognitiva.

2.5.2 Fase Moderada

Verifica-se agravamento dos sintomas, com perda de funcionalidade e autonomia para as atividades do dia-a-dia:

- Agravamento da perda de memória, confusão e diminuição da capacidade de atenção;

- Dificuldade em reconhecer amigos íntimos ou família;
- Deambulação sem sentido aparente, perde-se facilmente;
- Inquietude, especialmente ao final da tarde/início da noite;
- Dificuldade no pensamento lógico ou em organizar o raciocínio;
- Pode ver ou ouvir coisas que não existem (alucinações);
- Pode ter convicções de factos que não ocorreram (delírios);
- Agravamento dos problemas de linguagem.

Exemplos: alteração do padrão de sono: adormece com facilidade durante o dia, e durante a noite, por vezes, acorda e levanta-se; dificuldade em sentar-se numa cadeira, pôr a mesa, dificuldade em ler sinais, escrever o nome, fazer contas; revela comportamentos de suspeição delirante (pode acusar a esposa de esconder coisas ou de infidelidade), tem dificuldade no controlo dos impulsos (pode despir-se em situações ou locais inapropriados, ter alterações do apetite e ingestão alimentar, como comer demais ou de menos).

Prioridades: Nesta fase, é essencial manter um investimento de reabilitação adaptada à situação, para preservação de capacidades remanescentes. É necessário o ajuste da terapêutica farmacológica, com preocupação acrescida no controlo de sintomas. A família e cuidadores necessitam de apoio na adaptação progressiva aos novos desafios.

2.5.3 Fase Avançada

O doente apresenta dependência total, as alterações cognitivas acompanham-se de decadência física significativa:

- Incapacidade para reconhecer os familiares/cuidadores ou a si próprio no espelho;
- Perda de capacidade de comunicação oral;
- Tendência para levar todos os objetos à boca, compulsão pelo toque;
- Incontinência urinária e fecal;
- Dependência total dos cuidadores;
- Diminuição da capacidade de deglutição/mastigação;
- Perda da capacidade de deambulação.

Exemplos: olha para o espelho e fala com a sua imagem, discurso incompreensível, totalmente dependente (no banho, na alimentação, na higiene e no vestir).

Prioridades: Nesta fase, os cuidados de conforto e controlo sintomático são preponderantes. Os familiares e cuidadores devem estar informados da evolução da doença e preparados para lidar com a dependência total.

Na fase avançada, podemos identificar uma **fase terminal**:

- Acamado e sem comunicação verbal;
- Perda de peso apesar de dieta adequada, eventualmente acaba por ficar edemaciado.

Exemplos: dorme mais, fica comatoso, eventualmente morre.

Prioridades: É importante perceber que a progressão natural da demência conduz à morte. Este é assim um desfecho expectável e inevitável. A correta informação dos cuidadores e familiares permite instituir e manter um plano adequado de conforto e controlo de sintomas, evitando o recurso a medidas invasivas e dolorosas, que provoquem um fim de vida em sofrimento.



3.

INTERVENÇÃO

Na ausência de intervenções de intuito curativo, o objetivo de intervenção na pessoa com demência centra-se na maximização da qualidade de vida. Este objectivo pode ser atingido de minimizando o declínio cognitivo, maximizando a capacidade funcional, controlando comportamentos disruptivos para o próprio e para terceiros, proporcionando um ambiente seguro e apoiando a família e cuidadores.

Desta forma a pessoa com demência e seus cuidadores devem ter acesso a uma avaliação global, e um plano de intervenção que inclua medidas farmacológicas, não farmacológicas, ambientais e de apoio ao cuidador sempre que possível em simultâneo.

3.1 Objetivos do cuidar de uma pessoa com demência

Cuidar de uma pessoa com demência é um desafio que exige enorme capacidade de dádiva, adaptação e criatividade, mas pode ser uma atividade extremamente recompensadora.

É importante que o cuidador reconheça as suas próprias limitações emocionais e físicas. O auto cuidado, os períodos de descanso e relaxamento podem permitir uma prestação de cuidados mais satisfatória e eficaz.

Os objetivos do cuidar vão-se modificando e adaptando ao curso da doença. Nas fases mais precoces, é sobretudo necessária a estimulação do auto cuidado, a promoção de autonomia e das capacidades cognitivas. À medida que a doença evolui, o cuidador tem, progressivamente e de forma sensível e adequada, que assumir maior responsabilidade nos cuidados. Nas fases avançadas, é necessário privilegiar o conforto, adotando estratégias de vigilância e alívio de sintomas motivadores de sofrimento e desconforto.

O cuidador do doente com demência necessita de dominar técnicas e estratégias complexas de comunicação, de gestão de problemas e comportamentos difíceis. Trata-se, assim, de uma atividade de elevada diferenciação e sujeita a um grande risco de sobrecarga.

Cuidar de pessoas com demência pode ser uma atividade que proporcione prazer e realização pessoal. Para tal, é necessário valorizar o papel do cuidador e permitir estratégias de auto cuidado, como períodos regulares de descanso e tempo para atividades pessoais do cuidador sem a presença do doente.

3.1.1 Necessidade de cuidados na demência

Durante a evolução da demência, vai-se verificando perda progressiva de autonomia. Nas fases iniciais da doença, é possível ao doente assegurar a totalidade do seu auto cuidado e bastar-se a si próprio. No entanto, à medida que a doença evolui, pode passar a necessitar de apoio esporádico de um cuidador familiar, que apoie nas atividades instrumentais de vida diária, como fazer compras ou preparar as refeições.

A partir de determinado momento, passa a ser necessária a presença de um cuidador permanente no domicílio, quer devido à diminuição da autonomia, quer por motivos de segurança (por exemplo, risco de se perder ou de cair).

Em momentos de agravamento sintomático, na presença de problemas de saúde graves ou por exaustão do cuidador principal, pode ser necessária a institucionalização temporária.

A transição entre estes vários níveis de necessidades de cuidados vai ocorrendo durante a progressão da doença, de acordo com o nível de autonomia manifestado pelo doente. É importante ter presente, no entanto, que podem ocorrer ganhos de autonomia durante a evolução da doença. Uma pessoa com demência pode ser internada temporariamente num hospital por uma infeção respiratória, ou passar algum tempo num lar para repouso do seu cuidador familiar, e posteriormente retomar ao seu domicílio com o cuidador habitual.

3.2 Intervenção não farmacológica

A intervenção não-farmacológica tem demonstrado eficácia nas alterações associadas ao envelhecimento e doenças degenerativas como a doença de Alzheimer. Em combinação com as intervenções farmacológicas, pretende atrasar o aparecimento de manifestação da doença e otimizar o controlo de sintomas.

3.2.1 Cuidados Diretos e Competências relacionais

A forma de lidar com uma pessoa com demência depende dos seus sintomas e da fase da doença em que se encontre. Existem, no entanto, princípios gerais que devem ser tidos em conta:

- Estabelecer rotinas diárias claras e simples, de forma a proporcionar estrutura, significado e realização pessoal ao doente, acompanhando a evolução natural da doença e respeitando os seus ritmos;
- Manter um ambiente familiar e com referências conhecidas. Os doentes com demência têm dificuldade em se adaptar a novas situações;

- Atividade física, nutrição adequada, boa saúde física e socialização são importantes para pessoas com demência;
- Permitir e estimular o auto cuidado de forma adequada às capacidades;
- Evitar o perigo, por exemplo, removendo objetos perigosos (como fósforos e facas) e deixando as portas e janelas fechadas, se necessário;
- Sempre que surgem comportamentos inesperados ou perda de capacidades, contactar o médico assistente. Algumas alterações podem ser reversíveis e estar relacionadas com dor não controlada, obstipação, infeções ou com efeitos secundários de medicamentos;
- Cuidar do cuidador. Cuidar de uma pessoa com demência provoca uma grande sobrecarga física e emocional. O cuidador deve permitir-se momentos de descanso e relaxamento, de forma a estar apto a ajudar o doente da melhor forma possível.

Manter a Dignidade e Autoestima

Os doentes com demência tendem a ser tratados de forma relativamente uniformizada. Devido às dificuldades de comunicação impostas pela doença, muitas vezes entende-se que o doente deixou de ser sensível à manifestação de respeito e dignidade. Na realidade, porém, o doente mantém-se sensível à forma como é tratado, até estádios muito avançados da doença. Na sua relação com a pessoa com demência, o cuidador deve manter consciência da pessoa que existe para além da doença, proporcionando uma vivência plena da sua identidade, dentro das limitações impostas pelo estado de doença. É assim importante:

- Reconhecer e respeitar a história de vida;
- Valorizar e maximizar as competências que ainda existem;
- Estimular a autonomia;
- Ouvir a pessoa na tomada de decisões que a afetam, sempre que possível;
- Relacionar-se com a pessoa de forma respeitosa, evitando o paternalismo e a infantilização;
- Adaptar a abordagem à evolução da doença.

Em todas as fases da doença, deve-se ter presente a vontade manifestada previamente pelo doente e ponderar os tratamentos e intervenções a instituir, de forma a evitar sofrimento desnecessário.

Comunicar eficazmente

A comunicação com pessoas com défice cognitivo é um desafio complexo. Como já foi referido, existem múltiplos entraves à comunicação por parte da pessoa com demência: alterações do raciocínio, dificuldades de expressão e compreensão de linguagem, alterações da atenção, alterações de comportamento, entre outros. É possível ainda que a pessoa sofra défices visuais ou de audição, particularmente frequentes na população idosa, a mais afetada pelos processos demenciais. Cabe assim ao interlocutor do doente utilizar estratégias adequadas que facilitem a comunicação.

Melhorar a capacidade de comunicação pode tornar o cuidar menos difícil e, provavelmente, melhorará a qualidade do relacionamento com a pessoa doente.

Princípios gerais que favorecem a comunicação com uma pessoa com demência:

- **Estabelecer um ambiente que favoreça a comunicação:** a atitude e linguagem corporal comunicam os sentimentos de forma mais forte que as suas palavras. É por isso importante estabelecer um ambiente favorável, falando com a pessoa de forma respeitosa, usando expressões faciais, tom de voz e contacto físico que transmitam a mensagem e mostrem sentimentos de afeição.
- **Obter a atenção da pessoa:** limitar as distrações e ruído (desligando a televisão ou o rádio, fechando a porta ou deslocando-se para um local mais tranquilo). Dirigir-se ao doente pelo nome dele, identificando-se referindo o seu nome e relação/parentesco (- Bom dia Sr. João Silva, sou a assistente Ana).
- **Manter o contacto visual:** Posicionar-se em frente do doente, ligeiramente de lado, respeitando uma distância adequada. Se a pessoa estiver sentada, abaixe-se ao seu nível, dobrando os joelhos (debruçar-se sobre o doente será sentido como uma atitude ameaçadora).
- **Transmitir a mensagem de forma clara:** Usar palavras simples e frases curtas, falar devagar, pausadamente, de forma clara e tranquila. Se houver dificuldades de audição, não falar mais alto; em vez disso, usar um tom mais grave, mais facilmente audível. Utilizar os nomes de pessoas e lugares em vez de pronomes e abreviaturas.
- **Colocar questões simples:** Colocar uma questão de cada vez. Preferir questões fechadas, com poucas escolhas e com ajudas visuais sempre que possível. ("Prefere a camisa azul ou a branca?", em vez de "o que é que quer vestir?"; melhor ainda: mostrar as camisas ao mesmo tempo que faz a pergunta).

- **Estar atento à comunicação não-verbal:** Aguarde a resposta sem pressas. Se o doente mostrar dificuldade, pode sugerir palavras. Procure pistas não-verbais e valorize a linguagem corporal. Há que tentar sempre perceber o significado e os sentimentos por trás das palavras.

Promover a autonomia

A demência compromete a autonomia. Inicialmente são as atividades instrumentais de vida diária que são afetadas (como fazer compras, fazer a lida da casa, lidar com os aspetos financeiros). Mais tarde, começam a surgir dificuldades também nas atividades básicas de vida diária (higiene pessoal, comer e beber, vestir, controlo dos esfíncteres, capacidade de se mobilizar/ deambulação). A estimulação para a autonomia está assim associada à estimulação cognitiva e permite retardar a progressão da demência.

As dificuldades nas atividades de vida diária situam-se a vários níveis:

- Iniciar a tarefa;
- Manter a atenção;
- Localizar os objetos;
- Utilizar corretamente os utensílios;
- Manter a segurança;
- Terminar a tarefa.

Atividades de vida diária

- Escolher o momento e o local adequado, de preferência respeitando uma rotina;
- Preparar para a atividade;
- Dividir a tarefa e orientar passo a passo;
- Orientar na execução;
- Linguagem verbal;
- Linguagem não-verbal;
- Ajuda física – mão na mão;
- Encorajar a participação;
- Facilitar as escolhas reduzindo as opções;
- Se encontrar resistência não forçar.

Alimentação

Múltiplos fatores contribuem para que a pessoa com demência tenda a diminuir a sua ingestão alimentar com a progressão da doença:

- Diminuição do apetite;
- Apatia e diminuição da iniciativa;
- Não reconhecer a necessidade de se alimentar e de beber;
- Problemas dentários;
- Alteração do paladar;
- Agitação que provoca a interrupção da refeição.

Estratégias para melhoria da ingestão alimentar:

- Adequar a dieta ao gosto e hábitos do doente;
- Variar os alimentos e sabores (utilizar adoçantes, especiarias, alimentos frios);
- Ter em atenção a consistência (usar espessante, pudins, gelatinas);
- Usar preferencialmente alimentos que possam ser manipulados com a mão;
- Usar material adaptado às necessidades do doente (pratos, talheres);
- Fazer várias pequenas refeições, em vez de poucas refeições abundantes;
- Adicionar leite em pó à sopa ou às sobremesas, como reforço nutricional;
- Adicionar pequenas quantidades de sumo de fruta à água, para reforçar a ingestão de água;
- Ponderar suplementos nutricionais específicos;
- Tentar manter um ambiente agradável;
- Se possível, não comer no quarto;
- Utilizar o toque, dialogar ou cantar.

Vestir

Vestir-se é uma atividade que se torna difícil com a progressão do processo demencial. De forma a facilitar o vestir, é recomendável:

- Facilitar a escolha do vestuário reduzindo as opções (inicialmente, retirar roupa pouco usada do armário; em fases mais avançadas, apresentar duas peças de roupa que possam ser escolhidas em alternativa);

- Escolher roupa confortável e prática que seja fácil de vestir (por exemplo, com fechos e velcros em vez de botões);
- Estimular o uso de acessórios e adereços (permite a estimulação cognitiva e proporciona reminiscências).

Higiene

A pessoa com demência frequentemente deixa de perceber o que é uma higiene adequada (como lavar os dentes, tomar banho ou mudar a roupa).

A participação de terceiros na higiene pessoal pode ser sentida como humilhante ou ameaçadora, pois as atividades de higiene são de natureza eminentemente privada.

Para facilitar os cuidados de higiene, há que seguir os seguintes passos e recomendações:

- Preparar a pessoa para cada passo (descrever o que vai fazer, escolher o momento e o local adequado);
- Promover a privacidade;
- Preparar as condições ideais para o banho/duche (temperatura do ambiente e da água, colocar todos os utensílios necessários em local facilmente acessível);
- Verificar as condições de segurança na casa de banho e nunca deixar a pessoa sozinha;
- Evitar ruídos e conversas cruzadas;
- Despir apenas no local do duche;
- Descrever o que está a fazer;
- Encorajar a participação do doente;
- Diminuir a força do duche, colocando uma mão para a água correr docemente;
- Lavar a cara e cabeça em último;
- Utilizar a música;
- Ponderar realizar a higiene com toalha molhada, sem água corrente, se encontrar elevada resistência;
- Se lavar o cabelo for uma atividade que provoca muita resistência, ponderar separar o duche da lavagem do cabelo.

Controlo dos esfíncteres

A perda de controlo da bexiga ou intestinal é frequente com a progressão da demência. Muitas vezes, os acidentes resultam de fatores ambientais: por exemplo, a pessoa pode não se lembrar onde fica a casa de banho ou não consegue chegar lá a tempo. Se ocorre um acidente, a sua compreensão ajudará a pessoa a manter a dignidade e minimizar o embaraço.

- Estabelecer uma rotina de utilização do WC. Recordar a pessoa ou levá-la ao WC de 2 em 2 horas;
- Usar roupa apropriada, fácil de vestir e despir (por exemplo, com elástico ou velcro na cintura) e facilmente lavável;
- Usar sinais com ilustrações para indicar a porta do WC;
- Reforçar a ingestão de líquidos, de forma a evitar a desidratação. Contudo, evitar bebidas com efeito diurético, como o café, chá, cola ou cerveja. Diminuir a ingestão de água antes de deitar;
- Deixar uma arrastadeira no quarto durante a noite;
- Ponderar a utilização de fralda. O início do uso da fralda deve ser abordado com cuidado e discutido com o doente, de forma a não provocar vergonha ou revolta;
- Usar resguardos de cama.

Deambulação

As pessoas com demência tendem a andar, aparentemente sem motivo e sem finalidade ou objetivo, por várias razões: aborrecimento, efeitos acessórios de medicação, procurar algo ou alguém, preencher uma necessidade física (sede, fome, necessidade de ir ao WC, ou de fazer exercício).

- Reservar tempo durante o dia para exercício regular de forma a minimizar a inquietude;
- Instituir medidas de segurança para que possa deambular sem risco de queda ou risco de sair de casa e se perder (por exemplo, retirar tapetes de casa, de forma a não tropeçar; colocar proteções em escadas e fechaduras nas portas);
- Criar barreiras visuais para evitar que a pessoa se afaste de determinadas zonas (cortina, tapete preto no chão, sinal de stop ou proibido podem ser interpretados como barreiras);

- Supervisionar a deambulação;
- A pessoa com demência deve trazer sempre consigo identificação com nome e pessoa a contactar, de forma a poder ser ajudada se se perder.

3.2.2 Gestão de comportamentos difíceis

Ao lidar com os comportamentos de uma pessoa com demência, é necessário ter presentes alguns princípios básicos:

- **O comportamento tem uma causa:** É fundamental tentar identificar o fator desencadeante e eliminá-lo;
- **O comportamento tem um objetivo:** as pessoas com demência tipicamente não nos conseguem transmitir o que querem ou precisam. É muito provável que a pessoa esteja a cumprir uma necessidade de se sentir útil ou ocupada. Tente perceber o que estará a pessoa a tentar conseguir com o comportamento e, quando possível, tente ir ao encontro dessa necessidade;
- **O comportamento resulta da doença:** a pessoa tem uma doença cerebral que faz com que ela se comporte de forma diferente do habitual. Se possível, tente "acomodar" o comportamento, ou mudar o seu próprio comportamento ou o ambiente. A confrontação não é uma solução eficaz. Quando outras estratégias não resultam, pode-se recorrer à distração;
- **Contactar o médico:** as alterações bruscas de comportamento podem ter razões médicas; talvez a pessoa esteja com dor, tenha um efeito acessório de um medicamento ou uma infeção de algum tipo. Em alguns casos, pode haver medicação que permita controlar o problema;
- **O que funcionou ontem pode não funcionar amanhã:** é necessário manter a atenção, flexibilidade e criatividade, para encontrar novas soluções para os problemas;
- **Procurar suporte de outras pessoas ou organizações.**

Agitação e perturbação do sono

A agitação pode manifestar-se por irritabilidade, insónia, agressão verbal e física. Frequentemente, este tipo de problemas de comportamento agrava-se com a progressão da demência. A agitação pode ser desencadeada por fatores ambientais, medo e fadiga ou pela sensação de perda de controlo.

Tipicamente, as pessoas com demência sofrem um agravamento da agitação ao final da tarde e início da noite, fenómeno conhecido como sundowning.

Estratégias:

- Evitar a confrontação;
- Identificar e controlar fatores que podem desencadear agitação;
- Promover o exercício físico, sobretudo durante a manhã;
- Maximizar a exposição à luz do dia;
- Planear o dia para que as atividades mais exigentes e cansativas ocorram durante a manhã, e durante a tarde decorram atividades estruturadas mas tranquilizantes (por exemplo, um pequeno passeio, ouvir música, ver um filme ou jogar a um jogo familiar);
- Manter tranquilidade e silêncio no quarto, durante a noite, com luz de presença;
- Promover o relaxamento físico recorrendo a massagem corporal;
- Assegurar que a medicação se encontra adequada à fase que a pessoa com demência atravessa.

Alucinações e delírios

Alucinações (percecionar eventos que não existem, por exemplo ver pessoas que não estão presentes) e delírios (convicções erradas, por exemplo, de que alguém está a tentar matar outro) podem ocorrer com a evolução da demência. Nestes casos, afirme de forma calma e clara a sua perceção da situação.

Estratégias:

- Evite o confronto ou tentar convencer a pessoa de que está errada;
- Distraia com outra conversa ou atividade;
- Evite conversas e remova objetos que possam estar na origem da perturbação, por exemplo, retirando objetos que provocam sombras;
- Se a pessoa suspeitar que lhe falta dinheiro, considere permitir-lhe ter pequenas quantidades de dinheiro numa carteira de mão;
- Quando a pessoa afirma que perdeu ou lhe roubaram algo, ajude a procurar o objeto perdido e depois distraia com outra atividade;

- Tente perceber os “esconderijos habituais”, onde a pessoa tende a guardar os objetos;
- Explique aos outros familiares ou cuidadores a situação e os procedimentos mais adequados;
- Tente perceber qual a preocupação da pessoa que estará na origem do comportamento desajustado (“estou a perceber que está com medo, eu não deixarei que lha aconteça nada de mal”).

A pessoa pode tornar-se desconfiada e ciumenta o que é normalmente muito perturbador para os familiares. Lembre-se que o que a pessoa acredita mesmo que a situação é real. É melhor não argumentar ou discutir e, sobretudo, nunca encare a acusação delirante como uma acusação pessoal.

Resistência aos cuidados

Há muitas pessoas que não gostam de ser tocadas, lavadas ou vestidas e que, portanto, resistem aos cuidados que lhes são prestados. Tente tranquilizar, preparar a pessoa para o procedimento que vai ser realizado, explicando cada passo previamente, e premeie a colaboração com um reforço positivo.

Desinibição

Podem ocorrer comportamentos de desinibição relacionados ou não com uma componente sexual. É importante ter presente que os comportamentos são resultantes da doença, identificar os fatores ambientais que desencadeiam a desinibição e procurar evitar as situações que levam o doente a exteriorizá-los. Sempre que se deteta um comportamento deste tipo, pode ser útil reorientar a atenção. É útil também, neste como em todos os comportamentos difíceis, ter estabelecido previamente um plano de atuação para quando o comportamento ocorrer (por exemplo, o que fazer se ocorrer fora de casa ou em frente a crianças).

Apatia

A apatia pode ser um problema de difícil resolução na pessoa com demência. É importante incentivar e apoiar a participação em atividades que sejam do seu agrado (cozinhar, tratar de um jardim, fazer a barba), elogiando e reforçando positivamente. Se a resistência é muito grande, é mais adequado não forçar no momento, mas retomar mais tarde a sugestão.

3.2.3 Neuroestimulação: intervenção cognitiva, comportamental e funcional

A Neuroestimulação, como uma área de intervenção cognitiva, comportamental e funcional, representa uma das possibilidades de intervenção não-farmacológica. Pode ser realizada em contexto institucional (com a vantagem de poder contar com uma equipa multidisciplinar com competência específica na área das alterações cognitivas) ou em contexto domiciliário (com uma abordagem mais direcionada para a estimulação cognitiva do doente, adaptação do domicílio e apoio à família).

A estimulação cognitiva pretende que os doentes com alterações cognitivas atinjam um nível otimizado de funcionamento e bem-estar, pela recuperação, redução e/ou controlo dos défices cognitivos, comportamentais e funcionais resultantes da doença neurológica.

A definição do programa de estimulação cognitiva, em termos de escolha das técnicas e estratégias, deverá partir sempre do cliente e não de um programa fechado adaptado igualmente a todos as pessoas, independentemente do seu ponto de partida.

Em qualquer fase da demência, particularmente nos estádios iniciais, é importante manter a estimulação cognitiva, seja esta numa vertente de envolvimento nas atividades do dia-à-dia, manutenção das atividades de lazer e intervenção cognitiva estruturada. Esta última, deve ser realizada por profissionais qualificados, incidindo sobre o funcionamento cognitivo, humor, comportamento e competências psicossociais, de forma a potenciar a autonomia, as relações interpessoais, promover a qualidade de vida e reduzir a institucionalização.

São diversas as variáveis que interferem com o funcionamento cognitivo:

- Estadio da doença;
- Estado clínico geral do paciente;
- Presença de alterações neuropsiquiátricas;
- Tratamento farmacológico;
- Funcionamento cognitivo e personalidade prévios;
- Nível Sociocultural;
- Família e relações familiares;
- Institucionalização;
- Reserva cognitiva.

A reserva cognitiva, relacionada com a capacidade de maximizar o desempenho pela ativação progressiva de diferentes redes neuronais e/ou estratégias cognitivas alternativas, é protetora em relação à manifestação da doença. É influenciada positivamente por diversos fatores, como elevados níveis de escolaridade, ocupações diversificadas e presença de atividades de lazer/estimulação mental. Podemos assim dizer que pessoas com uma elevada reserva cognitiva, conseguem compensar, numa fase inicial, dificuldades resultantes do processo demencial, atrasando assim o impacto funcional dos primeiros sintomas.

Existem alguns princípios que devem ser considerados em qualquer intervenção cognitiva, nomeadamente, o seu início precoce, torná-la diversa e dinâmica, integrá-la num contexto de interdisciplinaridade, entre outros. Todavia, existem pressupostos centrais da intervenção cognitiva que devem ser respeitados, essencialmente no trabalho da pessoa com demência: a aprendizagem sem erros, recuperação espaçada e encadeamento.

A principal preocupação na comunicação da pessoa com demência é que esta seja eficaz. Por isso cabe à outra pessoa adaptar-se, simplificando e repetindo a informação correta n vezes, com frases curtas e simples. Deve-se evitar a adivinhação, pois esta potencia e reforça o erro, por isso não devemos colocar questões à pessoa com demência que sabemos de antemão que a resposta vai ser aleatória. Estes representam os pressupostos da aprendizagem sem erros.

A recuperação espaçada, representa um treino de memorização distribuído, ou seja, a informação que a pessoa deve reter deve ser evocada por períodos de tempo progressivamente mais longos dependendo do sucesso da resposta. Por exemplo, a pessoa recorda-se onde colocou a carteira, na próxima vez, vamos criar um intervalo de tempo maior (5 min) para questionar onde a colocou. Estas questões devem ser sempre que possível, circunstanciadas (exemplo, "podes mostrar-me o teu cartão de cidadão?"), de forma a criar um ambiente facilitador à evocação da memória.

Por fim, o encadeamento, representa um treino à execução de sequências de comportamentos, através da memória de procedimentos, ou seja, uma tarefa deve representar uma sequência de comportamentos, ligados entre si. Para tal é facilitador a implementação de rotinas. Por exemplo, depois do banho, a roupa estará colocada sobre a cama na sequência certa para o vestir, de forma a ligar a atividade do banho ao vestir,

Estes princípios descritos representam a base de intervenção cognitiva, que como podemos verificar não são exclusivamente aplicados em contexto de sessão de terapia, mas estendem-se aos vários momentos do dia.

Dentro das possibilidades não farmacológicas, incluídas na Neuroestimulação temos como principais estratégias: terapia da Validação, terapia de Reminiscência, a terapia de Orientação para a Realidade, estimulação multissensorial (aromaterapia, musicoterapia), Snoezelen, interação com animais treinados, entre outras.

Terapia da Validação:

É preciso ter sempre presente os seguintes pressupostos:

1. Todos as pessoas são únicas e devem ser tratados como indivíduos;
2. Todas as pessoas têm valor, mesmo quando muito desorientadas;
3. Existe capacidade de raciocínio por trás da desorientação dos indivíduos;
4. O comportamento nos indivíduos idosos não é apenas o resultado de alterações anatómicas, mas também o produto das alterações físicas, sociais e psicológicas que ocorreram ao longo da vida;
5. As pessoas idosas não podem ser forçadas a alterar o seu comportamento;
6. As pessoas idosas devem ser aceites sem julgamentos;
7. Determinadas tarefas estão associadas a fases de vida, pelo que a incapacidade de as realizar numa altura pode levar ao aparecimento de problemas psicológicos;
8. Quando a memória recente falha, os idosos procuram restabelecê-la pela evocação de memórias antigas. Quando a vista falha, utilizam a visão mental. Quando o ouvido falha, escutam os sons do passado;
9. Os sentimentos dolorosos diminuem quando são expressos, compreendidos e validados por um ouvinte confiável;
10. A empatia constrói confiança, reduz a ansiedade e restitui a dignidade.

A Terapia da validação consiste em:

- Centrar-se no indivíduo;
- Uso de palavras não ameaçadoras (por ex. quem, quando, onde mas não porquê);
- Manter contacto visual genuíno;
- Manter um tom de voz claro, baixo e afetuoso;
- Identificar e utilizar o sentido mais desenvolvido (preferido) do doente;
- Utilizar música como desencadeante de recordações agradáveis.

Benefícios:

- Recuperação da autoestima;
- Redução da necessidade de restritivos físicos e farmacológicos;

- Minimização do grau de alheamento em relação ao exterior;
- Promoção da comunicação e interação com os outros;
- Redução do stress e ansiedade;
- Ajuda na resolução de assuntos inacabados;
- Facilitar a autonomia o mais longe que se poder.

Terapia da Reminiscência

Técnica terapêutica que pode ser definida como “recordar os acontecimentos de vida de uma pessoa, o que é feito individualmente ou em grupo, em silêncio ou oralmente”.

Geralmente é realizado em grupos terapêuticos, onde os participantes são encorajados a falar acerca dos acontecimentos passados, ajudados por fotografias, música, vídeos, etc podendo e devendo, usarem-se os seus princípios em contextos mais informais, como por exemplo, no quarto.

Podem ser efetuadas sessões com familiares / cuidadores para aprendizagem das técnicas de reminiscência.

Terapia da Orientação para a Realidade (TOR)

Inicialmente desenvolvida para a reabilitação de veteranos de guerra, o programa TOR consiste numa intervenção psicossocial para reabilitação de pessoas com perda de memória, episódios confusionais e desorientação espacial, temporal e pessoal.

A sua popularidade reside no facto de ser uma técnica simples, não dispendiosa e não requerer pessoal especializado.

Objetivo: reorientação do doente pela estimulação contínua. Pode ser feita de 2 formas:

- **TOR informal** – a equipa que cuida do doente orienta-o diariamente (tempo, espaço, pessoal);
- **TOR formal (ou em classes)** – grupo terapêutico diário, com sessões de 30-40 min (data, clima, espaço, nome das refeições seguintes). No trabalho de grupo é importante considerar a constituição dos grupos e definir objetivos.

Outras Intervenções

Aromoterapia: É, das terapias “alternativas”, a mais divulgada nos serviços de saúde britânicos e a mais aplicada a pacientes com demência, sobretudo quando as capacidades de comunicação estão gravemente comprometidas. Utiliza óleos essenciais que são referidos como tendo um efeito calmante que promove o relaxamento e o sono, o alívio da dor e a diminuição dos sintomas depressivos. Os óleos são utilizados na água do banho, nas massagens ou evaporados (queimadores).

Musicoterapia: Técnica em que se utiliza a música ou elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) como meio de promover e facilitar a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização, ou outros objetivos terapêuticos (World Federation of Music Therapy). Nos pacientes com demência, os objetivos incluem estimular a interação social, diminuir a agitação e lidar com problemas emocionais. A música é utilizada de forma ativa (tocar um instrumento) ou receptiva (dançar, mover, cantar).

Snoezelen: Técnica de estimulação multissensorial, introduzida nos anos 70, para sujeitos com défices de aprendizagem.

Objetivos:

- a) Promover comportamentos positivos;
- b) Reduzir os comportamentos desadaptados;
- c) Promover o humor e afeto positivos;
- d) Facilitar a intenção e a comunicação;
- e) Promover a comunicação com o cuidador e diminuir o seu stress.

Utiliza uma variedade de materiais capazes de estimular os sentidos da visão, audição, tato, olfato e paladar, tais como efeitos de luz, diferentes superfícies palpáveis, música meditativa, cheiro de óleos relaxantes. Em doentes com demência, opta-se por um ambiente menos exigente a nível cognitivo.

3.3 Intervenção farmacológica

Até ao momento, não existem tratamentos que previnam eficazmente ou que permitam a cura da grande maioria das demências, incluindo a doença de Alzheimer. No entanto, há medicamentos que ajudam a combater o declínio cognitivo e permitem controlar alguns sintomas da doença.

O tratamento dirigido à doença, exige um diagnóstico preciso do tipo de demência e deve ser orientado por neurologista ou psiquiatra. Todas decisões relativas à terapêutica farmacológica devem de ser individualizadas e têm ser discutidas em conjunto.

A abordagem farmacológica da demência inclui:

- a) Tratamento dirigido à doença;
- b) Tratamento e controlo de sintomas;
- c) Abordagem de factores de risco e co-morbilidades.

3.3.1 Tratamento dirigido à doença

O tratamento dirigido à doença pretende minimizar o declínio cognitivo e funcional, e poderá melhorar os sintomas não cognitivos (por exemplo agitação ou agressividade).

Existem dois grupos de fármacos: inibidores da acetilcolinesterase (donepezilo, galantamina, rivastigmina) e um modulador dos antagonistas do receptor N-metil-D-Aspartato para o glutamato, a memantina. Ambos os grupos atuam a nível cerebral, alterando a transmissão de sinais entre as células cerebrais. Demonstram benefício nos sintomas cognitivos e não cognitivos em alguns tipos de demência, podendo contribuir para o atraso temporário na progressão de alguns dos sintomas.

Esta abordagem deve ser ponderada precocemente no curso da doença. A avaliação dos benefícios esperados e potenciais problemas de segurança deve ser mantida ao longo do curso da doença. Neste contexto a suspensão de terapêutica dirigida à doença poderá ser considerada em qualquer momento, mas sobretudo em fases avançadas de doença.

Não existe, presentemente, evidência que suporte a utilização de outros medicamentos, como anti-inflamatórios, nootrópicos, vasodilatadores, selegilina, terapêutica hormonal, estatinas, vitaminas, extractos cerebrais ou de plantas, na prevenção ou tratamento do declínio cognitivo ou demência. Estes medicamentos não devem ser prescritos com esta indicação (Direcção Geral de Saúde, 2011).

3.3.2 Tratamento e controlo de sintomas

Existem também medicamentos que, não tratando a demência, ajudam a controlar os sintomas a ela associados (a agitação e outros sintomas comportamentais ou o humor depressivo). A abordagem destes sintomas é predominantemente não farmacológica. No entanto, a medicação poderá ser necessária como adjuvante. Como princípio geral, devem ser evitados fármacos com atividade anticolinérgica significativa e benzodiazepinas, que contribuem para o agravamento cognitivo. Como princípio geral, este tipo de abordagem deve ser usado pelo menor período de tempo possível, e tendo em conta a evolução da doença, e os factores desencadeantes do sintoma identificado.

As medidas farmacológicas para controlo sintomático devem ser utilizadas apenas:

- Se existir grave disrupção / stress para o doente associado ao sintoma;
- Se existir risco para o doente / outros;
- Se esgotaram os recursos possíveis não farmacológicos;
- Se for excluída causa orgânica para a descompensação;
- Após ponderar relação risco / benefício;
- Após discutir com o cuidador / doente os riscos / benefícios (sempre que adequado).

Terapêutica farmacológica adequada depende de:

- Diagnóstico preciso da causa do sintoma;
- Perfil comportamental do doente;
- Perturbações do humor prévias;
- Alterações motoras (incluindo a marcha);
- Perturbações do ciclo sono-vigília;
- Co-morbilidades.

Tendo em conta os princípios enunciados, os grupos farmacológicos disponíveis para abordagem sintomática são (Direcção Geral de Saúde, 2011):

Antipsicóticos

Os antipsicóticos, podem excepcionalmente ser utilizados para controlar a agitação, agressividade, delírios e alucinações. Os antipsicóticos podem ter como efeitos secundários sedação excessiva, vertigens, instabilidade e sintomas que se assemelham aos da doença de Parkinson (tremor, lentidão e rigidez dos membros). As pessoas mais idosas são mais propensas a apresentar estes efeitos secundários. Os antipsicóticos típicos podem ser particularmente perigosos para as pessoas com Demência com Corpos de Lewy. Os antipsicóticos mais recentes tais como a quetiapina, risperidona e olanzapina, têm menos efeitos secundários mas podem estar associados a um aumento significativo do risco de acidente vascular cerebral. Qualquer que seja o medicamento utilizado é importante existir um equilíbrio entre os benefícios e os possíveis efeitos secundários, bem como manter a pessoa regularmente e cuidadosamente vigiada.

Fármacos para o tratamento da depressão

Os sintomas depressivos são extremamente comuns nas pessoas com Demência. De um modo geral, a depressão pode ser tratada eficazmente com anti-depressivos, mas deve ser assegurado que o tratamento é realizado com o menor número de efeitos secundários possível.

Fármacos para o tratamento da ansiedade e perturbações do sono

Os estados de ansiedade, podem ser acompanhados de grande angústia e mal estar quer para o doente quer para os seus cuidadores. A terapêutica farmacológica da ansiedade pode ser realizada recorrendo a vários grupos farmacológicos: alguns grupos de antidepressivos, benzodiazepinas, pregabalina, entre outros. A escolha do fármaco deve ser cuidadosa, orientada pelo médico assistente, e sujeita a reavaliação regular.

3.3.3 Abordagem de factores de risco e co-morbilidades

Em todos os casos de demência, mas sobretudo na demência vascular, recomenda-se o tratamento das condições médicas subjacentes, como hipertensão arterial, diabetes e doença cardíaca, de acordo com as normas aceites para essas condições, na expectativa que assim se possa reduzir o risco de novas lesões cerebrais e consequente deterioração cognitiva.

3.4 Apoiar os cuidadores familiares

Hoje em dia diversos estudos apontam as diferenças entre os cuidadores de pessoas com demência relativamente a outros cuidadores de adultos debilitados, mas que não sofrem desta doença.

Quando comparados com cuidadores de pacientes com outras doenças, aqueles que cuidam de uma pessoa com demência têm duas vezes mais possibilidades de ter de prestar um nível mais alto de cuidados em casa, sendo também mais provável que vivam com essa pessoa.

Muitos destes cuidadores estão em alerta 24 horas por dia porque os pacientes precisam de vigilância permanente. O que está frequentemente associado a problemas relacionados com o sono nos cuidadores.

A vigilância dos cuidadores é um termo que descreve as múltiplas tarefas executadas pelos cuidadores familiares de doentes com demência. Dentro destas tarefas encontra-se a de supervisionar, controlar e vigiar com o objetivo de prevenir que as pessoas com demência causem danos a si próprios ou a outros.

Quando comparados com outros cuidadores, os cuidadores de pessoas com demência cuidam durante períodos mais longos (3-15 anos) sendo expostos a solicitações mais pesadas do ponto de vista físico e psicológico.

Há evidência de que prestar cuidados a uma pessoa com demência é mais stressante que cuidar de um outro adulto debilitado, porque o stress longo e crónico e a vigilância permanente associados aos cuidados da pessoa com demência afetam severamente o bem-estar psicológico e físico dos cuidadores.

A sobrecarga nos cuidadores com demência parece ser mais severa, e a depressão é duas vezes mais comum, do que nos cuidadores de adultos debilitados sem demência.

Ao apoiar os cuidadores familiares de pessoas com demência é de ter em conta todos os pontos acima referidos, entendendo que estes cuidadores têm maior risco de virem a desenvolver eles próprios doenças e sobrecarga.



4

**ARQUITETURA
E
AMBIENTE**

As pessoas com demência necessitam de um ambiente adaptado e seguro. A introdução de alterações no ambiente deve no entanto ser realizada de forma gradual, pois como já foi referido, é vantajoso para o doente manter um ambiente familiar, sem mudanças bruscas.

Os efeitos do ambiente físico são sempre mediados pelas pessoas que lá intervm, pelas características do espaço e pelas atividades que aí ocorrem. Quando nos referimos a ambientes onde vivem pessoas com demência, estes devem ser concebidos para proporcionar a essas pessoas condições de envelhecimento com qualidade de vida sobreponível à de pessoas sem demência.

Os cuidadores formais e informais preocupam-se que o ambiente seja confortável e seguro, os arquitetos preocupam-se que os edifícios satisfaçam as necessidades dos utentes, os gestores têm que se preocupar com o ambiente físico, para além de se focarem nos custos com a saúde e a segurança dos utentes. Todas estas interações são dinâmicas: as pessoas, as necessidades, o ambiente, o nível de capacidade, entre outros. Assim sendo, os efeitos de cada decisão são sentidos num contexto em constante mutação, que além de todos estes fatores, se encontram condicionados por questões da cultura, valores, autoestima e significado na vida dos utentes.

Segundo o documento de discussão de Design de Ambientes e Demência em Madrid, 2011, existem sete pontos críticos de processos associados ao design de ambientes: Tamanho, Espaço privado, quartos, Ambiente familiar e doméstico, Espaço exterior, Relação entre os espaços, Condições ambientais / controlo da estimulação e, Localização em áreas rurais e/ou urbanas

Cada um destes pontos deve responder às necessidades da pessoa com e sem demência.

As alterações na memória de curto prazo e percepção espacial, dificuldades em iniciar, planear e concluir atividades e alterações de comportamento (como agitação, agressividade ou apatia) são, como já vimos, das principais manifestações desta doença. Um ambiente físico concebido para minimizar o impacto destas manifestações, aumenta o bem-estar e qualidade de vida de quem nela habita e/ou de quem cuida.

As pessoas com poder de decisão nestas unidades, devem refletir na forma como as necessidades dos seus residentes variam no continuum e na forma como devem desenvolver políticas de intervenção que acompanhem estas variações.

4.1 Levantamento preliminar das condições físicas das instituições do projeto VIDAS

No sentido de cumprir um dos objetivos a que o projeto VIDAS “melhorar não só a ambiência em que vivem as pessoas com demência, como também os cuidados que lhes são prestados, num modelo eficiente e de baixo custo”, primariamente procedeu-se a uma caracterização física/ambiental das instituições. Para tal, construiu-se uma checklist de visita o mais adaptada possível, com base numa revisão bibliográfica da literatura e adaptação de material já existente. Antes das visitas solicitou-se às instituições material relativo ao ambiente físico que consideravam relevante para uma análise abrangente, nomeadamente projetos, alçados, fotografias, ou outros.

Após análise das informações disponibilizadas, e tendo em conta informações complementares como ano de construção, área prevista alocada para pessoas com demência, número de utentes e qualificação de espaços existentes, preencheu-se a referida Checklist que desenvolveremos de seguida.

4.1.1 Checklist Ambiente

A construção da Checklist baseou-se na Dementia Design Checklist, elaborada pelos National Services Scotland e no documento de discussão de Madrid (2011). Esta contemplou a avaliação de áreas comumente identificadas nos dois documentos e que se adequavam à realidade portuguesa. Assim, os itens incluídos são:

Caracterização geral

- Sinalética;
- Decoração;
- Mobiliário;
- Segurança;
- Iluminação;
- Zona exterior.

Caracterização específica

- Salas de estar e de Jantar;
- Salas de atividades;
- Quartos;

- Casas de banho;
- Áreas de trabalho técnico.

Importância do ambiente

- Resolver problemas do quotidiano;
- Conseguir fazer e ser;
- Harmonia com o ambiente;
- Transmitir serenidade;
- Veicular sensação de autonomia;
- Valorizar o “eu”;
- Socialização/Introspeção.

Caraterísticas da arquitetura

- Ser doméstica na escala e no detalhe;
- Proporcionar desenvolvimento de relações e bem-estar, individual e coletivo;
- Ter algumas zonas de estar;
- Ter alguns pontos focais para ajudar os utentes a orientarem-se;
- Incluir espaços para desenvolvimento de atividades terapêuticas;
- Excluir situações que provoquem demasiado ruído;
- Escolher mobiliário, decoração e equipamento familiar aos utentes;
- Acesso a cadeiras de rodas em todas as áreas utilizadas pelos utentes;
- Utilizar corretamente a iluminação natural e artificial (direta e indireta) de modo a evitar mudanças bruscas, brilho excessivo ou zonas demasiado sombrias;
- Utilizar diferentes esquemas de cores para diferentes zonas;
- Garantir que a vista exterior dos quartos e zonas usadas pelos utentes é atraente;
- Garantir que o edifício é ergonómico e energeticamente eficiente;
- Preservar e privilegiar a independência, autonomia, privacidade, dignidade e confiança dos utentes;
- Liberdade de acesso a todas as zonas de baixo risco incluindo os jardins;
- Segurança física e controle de acessos;

- Ter uma entrada separada para o pessoal;
- Reduzir ao mínimo as distâncias de rotina para o pessoal.

Quartos

- Permitir personalização na porta ou na parede com fotos, desenhos ou quadros;
- Promover a utilização de elementos decorativos personalizados;
- Dimensões mínimas, respeitando a legislação;
- Duas posições possíveis para a cama com o alarme de emergência e o interruptor de luzes convenientemente localizados.

Instalações Sanitárias

- Portas com abertura de 180° ou portas de correr para facilitar uma emergência;
- Espaço que facilite a transferência da cadeira de rodas especialmente se forem necessárias duas pessoas;
- Prateleiras de fácil acesso para colocar os objetos de toilete, mas com possibilidade de acesso condicionado;
- Apoios de parede à altura de uma pessoa sentada;
- WC visível da cama;
- Equipamento sanitário familiar e prático como as torneiras com manípulo em cruz;
- Rolo de papel higiénico colocado a curta distância da sanita;
- Assento de sanita em cor contrastante e sem tampa;
- Acabamento mate no chão e paredes;
- Possibilidade de ocultação do espelho;
- Temperatura máxima da água controlada.

Sala de jantar, estar ou combinada

- Área por utente 6m²;
- Localizada em zona central com boa iluminação adaptada às diferentes atividades;
- Portas de abertura larga para permitir a circulação de cadeiras de rodas;

- Fácil acesso ao exterior se estiver no piso 0;
- Mobiliário familiar, seguro e higiénico, sem sacrificar o conforto.

Corredores

- Devem proporcionar deambulacão em segurança e fornecer pistas de orientacão;
- Largura mínima de acordo com a legislacão;
- Beneficiar de iluminacão natural, com iluminacão artificial apropriada e boa ventilacão;
- Extintores e irradiadores devem estar protegidos para evitar acidentes;
- Corrimões em ambos os lados;
- As portas de servico devem confundir-se com as paredes;
- O corredor não deve terminar numa porta fechada, podendo usar-se uma zona de estar no fim do corredor como espaço de continuidade;
- Corredores em ciclo contínuo, encorajam uma adeambulacão segura e podem incluir áreas ao ar livre (piso térreo ou terraço).

Mobiliário e decoracão

- Sofás e cadeiras à altura adequada;
- Cadeiras com braços estendidos além dos assentos, não reclinadas que facilitem o olhar a focar-se no outro;
- Mesas redondas ou quadradas adequadas à função para 4 ou 6 pessoas;
- Criar um ambiente personalizado, com a escolha de mobiliário, decoracão e equipamento adaptado às condições específicas cognitivas, afetivas e funcionais, dos utentes;
- Móveis ergonómicos (sofás e cadeiras que permitam ângulo recto dos joelhos no limite do assento e pés confortavelmente assentes no chão), sólidos e estáveis, que promovam segurança;
- Dispor a mobília de forma simples e ordenada, para que a pessoa se desloque com facilidade, promovendo a mobilidade ;
- Cuidado na utilizacão da cor ;
- Clara distincão entre pavimento e paredes (paredes claras, pavimento mais escuro);

- Pavimentos apropriados, macios, evitar padrões e sombras que causem confusão e inibam a mobilidade;
- Evitar tapetes ou carpetes (prevenir quedas);
- Sinalética adequada às necessidades de cada utente (nomes, fotografias, objetos);
- Materiais com nível de isolamento acústico elevado;
- Textura – uso de formas, cores, tecidos diferentes.

Organização de espaços

- Espaços de lazer;
- Espaços de socialização e interação;
- Até fases avançadas a deambulação é uma necessidade;
- Espaços onde os cuidados são prestados;
- Zonas de trabalho e estimulação;
- Zonas de privacidade;
- Ambiente adaptado respeitando a cultura e os hábitos dos utentes.

Tecnologia

- Rede estruturada sem fios;
- Controle de acessos (controlo de entradas e saídas);
- Temperatura ambiente controlada;
- Detecção e controlo de atitude para prevenir quedas;
- Localização por GPS em casos especiais;
- No momento da construção deverá ser prevista a instalação de caminhos de cabos para futuras necessidades de instalação de tecnologias de informação.

Segurança

- Portas de entrada e saída disfarçadas e com sistema de abertura codificado;
- Evitar fechaduras em portas interiores ou colocar sistema que permita a abertura pelo exterior em caso de emergência;
- Alerta de saída do edifício;

- Controlo entradas e saídas nos quartos;
- Instalar fechos de segurança em portas exteriores e janelas;
- Luzes de presença onde necessário;
- Retirar ou mudar fios elétricos espalhados pelo chão;
- Tomadas protegidas.

Jardins e espaços exteriores

- O objetivo é fornecer zonas seguras, interessantes e acessíveis – trabalho ou lazer;
- De livre acesso, com possibilidade de condicionamento, promovendo o bem estar e a sensação de liberdade, com segurança;
- O circuito exterior deve ser uma continuação do interior;
- Estes devem poder ver-se do edifício;
- Não deve haver obstáculos nos caminhos;
- Deve pensar-se zonas de descanso e de abrigo mas devem evitar-se muros baixos;
- Devem existir objetos familiares espalhados pelo jardim – bancos, mesas, estufas, gaiolas.



5

CONCLUSÕES

A demência é uma doença crónica. Infelizmente, para a grande maioria dos tipos de demência não há tratamento curativo. Mas é possível aprender a lidar com os desafios que se vão colocando ao longo da evolução da doença.

O doente pode usufruir de uma vida significativa, apesar da doença.

No início, os sintomas podem ser ligeiros e passar despercebidos, quer pelo próprio, quer pelos familiares e amigos. Contudo, à medida que a doença progride, os sintomas tornam-se mais evidentes, começando a interferir com o trabalho e atividades sociais. Dificuldades práticas com atividades básicas como vestir, fazer a sua higiene, ou ir à casa de banho, vão surgindo progressivamente e agravando-se, até que o doente acaba por ficar totalmente dependente de terceiros.

Cuidar da pessoa com demência assume-se como um desafio permanente para o prestador de cuidados. A avaliação adequada das necessidades da pessoa, bem como o conhecimento da sua história de vida e os seus hábitos, são fatores preponderantes numa prestação de cuidados de sucesso.

As alterações de comportamento são dos aspetos que colocam maiores dificuldades aos cuidadores. Mantendo presentes alguns princípios básicos e usando a criatividade, flexibilidade, paciência e compaixão, é possível lidar de forma adequada com a maioria dos problemas de comportamento.

Durante o percurso de doença, a pessoa com demência sofre inúmeras perdas: de autonomia, de funcionalidade, de autoimagem, até de individualidade. Cabe aos cuidadores e aos que lhe são próximos proporcionar as condições para que o doente possa manter a sua dignidade durante toda a doença, até aos estádios terminais.

Aliando as medidas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, tendo a família como principal elo da cadeia, é possível proporcionar um aumento na qualidade de vida da pessoa com demência.

Alzheimer's Australia (2004). **Dementia Care and the built environment**

Alzheimer Europe (2008). **A new vision for dementia**. Dementia in Europe, 1: 6-7.

Alzheimer Portugal (2009). **Plano Nacional de Intervenção Alzheimer: Trabalho preparatório para a Conferência "Doença de Alzheimer: que políticas?"**. Outubro.

Brangman, S. (2007). **Doença de Alzheimer: enfoque no prestador de cuidados**. Patient Care – edição portuguesa, Maio: 24-33.

Bottino, C.M., Sequeira, C., et al. (2006) **Demências e Transtornos Cognitivos em Idosos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Castro-Caldas, A., Mendonça, A. (2005). **A Doença de Alzheimer e outras demências em Portugal**. Lisboa: Lidel.

Chertkow, H., Massoud, F., Nasreddine, Z. et al. (2008). **Diagnosis and treatment of dementia: Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia**. CMAJ, 178: 1273-1285.

Clare, J.L. & Woods, B. (2001). **A role for cognitive rehabilitation in dementia care**. Neuropsychological Rehabilitation, 11, (3-4), 193-196.

Design de ambientes de demência: Documento de discussão: Madrid 2011. Manifesto. **Wisdem – compreender a demência e melhorar a qualidade de vida**.

Direcção Geral de Saúde. (2011). **Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas**. Lisboa: DGS.

Geldmacher, D.S., O'Toole, E.E. (2006). **Quando um familiar tem uma doença de Alzheimer – como ajudar os prestadores de cuidados a lidarem com o problema**. Patient Care – edição portuguesa, Junho: 60-73.

Hall, S., Petkovam, H., Tsouros, A.D., Constantini, M., Higginson, I. (2011). **Palliative care for older people: better practices**. Denmark: WHO.

Herrmann, N., Gauthier, S. (2008). **Diagnosis and treatment of dementia: Management of severe Alzheimer disease**. CMAJ, 179:1279-87.

Hogan, D., Bailey, P., Black, S. (2008). **Diagnosis and treatment of dementia: Approach to management of mild to moderate dementia**. CMAJ, 179: 787-793.

Imaginarío, C. (2004) – **O idoso dependente em contexto familiar**. Coimbra: Formasau

Bibliografia

- Love, A. R. et al (2009). **Prevenção da agressividade nas pessoas com demência**. *Geriatrics – edição portuguesa*, 5: 39-44.
- Lasprilla, J.C.A. (2006). **Rehabilitación neuropsicológica**. México: Editorial El Manual Moderno;
- Nunes, B. (2014). **Alzheimer em 50 questões essenciais**. Lisboa: Lidel,
- National Services Scotland [NHS]. (2007). **Dementia Design Checklist**.
- Prince, M. & Jackson, J. (2009). **Relatório sobre a Doença de Alzheimer no mundo de 2009: resumo executivo**. *Alzheimer's Disease International*.
- Papastrovou, E. et al. (2007). **Caring for a relative with dementia: family caregiver burden**. *Journal of Advanced Nursing*, 58: 446-457.
- Patterson, C., Feightner, J.W., Garcia, A., Hsiung, G.Y., MacKnight, C., Sadovnick, D. (2008). **Diagnosis and treatment of dementia: Risk assessment and primary prevention of Alzheimer disease**. *CMAJ*, 178: 548-556.
- Phaneuf, M. (2000). **O envelhecimento perturbado – A Doença de Alzheimer**. Lisboa: Lusodidacta.
- Santana I, Cunha L. (2005). **Demência(s) manual para médicos**. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Santana, I., Duro, D. (2014). **Envelhecimento cerebral e demência**. In Verissimo, M.T. (Coord.). *Geriatría fundamental: saber e praticar*. Lisboa: Lidel-Edições técnicas, Lda.
- Sequeira C. (2010). **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. Lisboa: Lidel.
- Snowden, J. (2010). **The neuropsychological presentation of Alzheimer's disease and other neurodegenerative disorders**. In Gurd, J.M., *Clinical Neuropsychology*, Kischka, U, Marshall, J.C. *Clinical Neuropsychology*. New York: Oxford University Press, 2 nd.
- Sousa, L. (2006). **Ciclo (final) de vida familiar**. In: Sousa, L., Figueiredo, D., Cerqueira, M. **Envelhecer em família, os cuidados familiares na velhice**. (2ª ed.). Porto: Ambar
- Stern, Y. (2012). **Cognitive reserve and ageing and Alzheimer's disease**. *Lancet Neurology*, 1006-12;
- Wilson, BA, Gracey F., Evans, JJ, Bateman, A. (2009). **Neuropsychological Rehabilitation: Theory, Models, Therapy and Outcome**. Cambridge: Cambridge University Press.



UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUESAS

UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS PORTUGUESAS
Rua de Entrecampos, 9
1000-151 Lisboa
Tel.: 218 110 540

www.ump.pt

