



universidade de aveiro **Escola Superior de Saúde**
Março de 2017

Adriana Várzeas

| N° 80697

Beatriz Saraiva

| N° 80877

Laura Cunha

| N° 80806

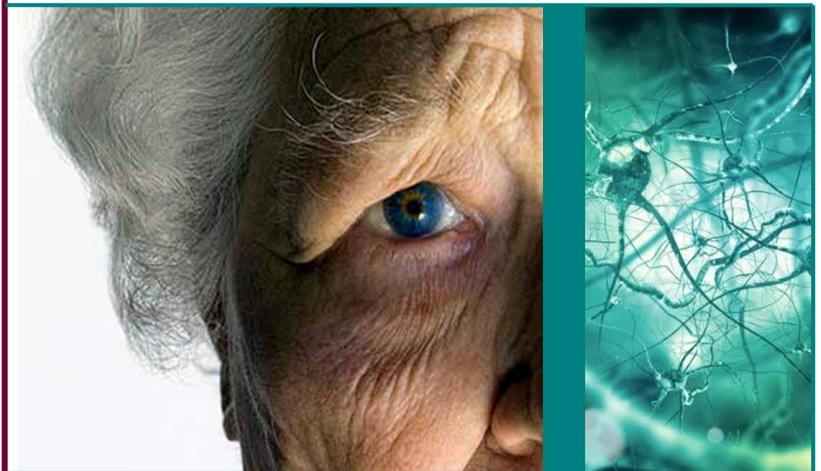
O Papel do Cuidador Informal no Contexto do Idoso com Demência

UC | Envelhecimento Patológico e Intervenção
Geriátrica II

Docente | Marília Rua

Licenciatura em Gerontologia

2º Ano | 2º Semestre



Pensamento

A vida é feita de memórias. Pessoas, lugares,
histórias. E nós próprios.

Rowohlt-Verlag
Alzheimer-Selbsthilfe

Agradecimento (s)

O grupo gostaria de agradecer à Fundação Casa do Pessoal da Segurança Social do Distrito de Aveiro, aos cuidadores informais e às auxiliares de ação direta (cuidadores formais), pela sua disponibilidade em colaborar, partilhar experiências e estratégias connosco.

O grupo gostaria também de agradecer à Professora da presente Unidade Curricular, Marília Rua, pela sua orientação, atenção, apoio e disponibilidade no esclarecimento de qualquer dúvida e por todas as horas letivas disponibilizadas para a realização do mesmo trabalho.

**Abreviaturas
siglas**

e/ou

APFADA – Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1. A DEMÊNCIA	8
1.1 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS Á DEMÊNCIA	8
1.2 SINTOMAS DE DEMÊNCIA.....	9
2. FORMAS DE DEMÊNCIA	9
2.1 DOENÇA DE ALZHEIMER	9
2.2 DEMÊNCIAS VASCULAR.....	10
2.3 DOENÇA DE PARKINSON.....	10
2.4 DEMÊNCIA MISTA	10
3. REPERCURSSÕES DESTAS DOENÇAS NA VIDA DOS IDOSOS	11
3.1 AO NÍVEL DAS NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS	11
3.1.1 Necessidades de alimentação e equilíbrio hídrico	12
3.1.2 Necessidades de eliminar	13
3.1.3 Necessidade de dormir e repousar.....	13
3.1.4 Necessidades de vestir e despir	14
3.1.5 Necessidades de cuidados de higiene	14
3.1.6 Necessidades de comunicar	15
4. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DIRIGIDAS AO IDOSO.....	16
4.1 FARMACOLÓGICAS	16
4.2 NÃO FARMACOLÓGICAS.....	18
4.2.1 Intervenções Psicoterapêuticas	19
4.2.1.1 Estimulação Cognitiva	19
4.2.1.2 Terapia de orientação para a realidade.....	19
4.2.1.2.1 Terapia por reminiscências	19
4.2.1.3 Terapia da validação	20
4.2.1.4 Musicoterapia.....	20
4.2.2 Intervenção social e ambiental.....	21
5. O PAPEL DO CUIDADOR INFORMAL.....	22
5.1 REPERCURSSÕES ASSOCIADAS AO PROCESSO DE CUIDAR	23
5.2 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DIRIGIDAS AO CUIDADOR	24
6. CONCLUSÃO.....	25
BIBLIOGRAFIA	27

INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se na unidade curricular de Envelhecimento e Intervenção Geriátrica II, do segundo ano da Licenciatura em Gerontologia, do segundo semestre, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA), no âmbito do tema - A Saúde Mental da Pessoa Idosa: Demências - que integra um dos módulos da Formação de Cuidadores da Pessoa Dependente, inserido num dos métodos de avaliação à referida unidade curricular.

Estima-se que 7.3 milhões de cidadãos europeus sofrem de demência. 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, estima-se que existam cerca de 153.000 pessoas com demência, 90.000 com Doença de Alzheimer¹ (Associação Alzheimer Portugal, 2017).

Neste sentido, e como o objetivo de cumprir a competência acima mencionada, foi elaborada uma pesquisa bibliográfica em bases de dados com o intuito de reunir informação à cerca da demência no idoso e dos cuidados em contexto familiar. Primeiramente, pretendeu-se contextualizar e introduzir o tema expondo, de uma forma breve, quais as formas mais comuns de demências e as suas características, fatores de risco, manifestações clínicas (sinais e sintomas) e etiologia. Seguidamente, são abordados quais as repercussões dessas perturbações neurocognitivas na vida do doente e ao nível das suas necessidades humanas fundamentais. Neste sentido, procurámos explorar as estratégias e intervenções existentes para o tratamento deste tipo de patologia (intervenções farmacológicas e não farmacológicas). Para finalizar, o último capítulo pretende analisar o papel do cuidador informal no processo de cuidar, das consequências a este associadas, como também das possíveis intervenções, serviços e apoios aos quais este pode e deve recorrer, de forma a aumentar a sua qualidade de vida e a do seu familiar.

¹ Resultados do Projecto European Collaboration on Dementia (Eurocode) conduzido pela Alzheimer Europe e financiado pela Comissão Europeia.

1. A DEMÊNCIA

Demência é o termo utilizado para descrever os diversos sintomas que surgem quando o cérebro é afetado por doenças ou condições específicas. Isto é, é o termo usado para descrever um grupo de sintomas de doenças que causam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa.

Esta caracteriza-se por um declínio cognitivo, associado muitas vezes ao declínio da memória, linguagem e raciocínio, que vai afetar o desempenho nas atividades de vida diárias.

Por esse motivo, surge a necessidade de existir alguém que preste auxílio nas atividades de vida diárias, sendo este designado de cuidador formal ou informal. O cuidador responsável é, na maioria das vezes, um familiar próximo e, mais raramente, outros parentes ou amigos.

Existem diversos tipos de demências, no entanto aquelas que são mais frequentes são a doença de Alzheimer e a demência vascular, sendo que a doença de Alzheimer afeta cerca de 60% da população em Portugal.

Uma outra característica da demência é o facto de esta ser progressiva, ou seja, vai evoluindo e danificando as funções cognitivas ao longo do tempo, não apresentando cura.

A demência pode surgir em qualquer faixa etária, contudo é mais frequente a partir dos 65 anos. Apesar de se manifestarem mais nos idosos, isto não significa que o aparecimento de demência faça parte do envelhecimento normal, assim como também não é desenvolvida por todas as pessoas idosas (Figueiredo, Marques & Barbosa, 2016; Associação Alzheimer Portugal, 2017).

1.1 FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DEMÊNCIA

Os fatores de risco que estão associados à demência são a idade, a baixa escolaridade, o histórico familiar, o estilo de vida (tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo), fatores psicológicos (depressão) e fatores cardiovasculares (hipertensão, diabetes, obesidade e colesterol).

Existem algumas atividades que podem ser desempenhadas de modo a reduzir os fatores de risco das demências como por exemplo, a praticar exercício físico, ter uma alimentação saudável, evitar o álcool e o tabaco e praticar atividades de forma a promover a estimulação cognitiva (Figueiredo, Marques & Barbosa, 2016).

1.2 SINTOMAS DE DEMÊNCIA

Os sintomas variam de pessoa para pessoa, no entanto sabe-se que existem alguns sintomas que se podem considerar comuns a qualquer tipo de demência.

As pessoas com demência podem apresentar problemas cognitivos tais como, a perda de memória, desorientação, dificuldades na comunicação e em reconhecer objetos/pessoas. Adicionalmente, podem apresentar também problemas comportamentais e psicológicos, onde se insere a agressividade, a depressão, a inquietação e a apatia.

A pessoa vai também ficando cada vez mais dependente dos outros, visto que a capacidade de se movimentar e de realizar as atividades diárias se tornam mais difíceis para a pessoa (Figueiredo, Marques & Barbosa, 2016).

2. FORMAS DE DEMÊNCIA

Existem diversos tipos de demências, sendo assim vamos apresentar algumas das mais conhecidas.

2.1 DOENÇA DE ALZHEIMER

Esta considera-se a principal causa de demência, uma vez que apresenta uma maior prevalência na população idosa.

É uma doença progressiva, degenerativa e que vai ter consequências ao nível do cérebro, sendo que o principal sintoma e o mais notável é a perda da memória.

Num estágio inicial, verificam-se perdas de memória e dificuldades na aquisição de novos conhecimentos/habilidades. Conforme a sua evolução da doença, os doentes poderão apresentar outros défices a nível cognitivo. Assim, nos estádios mais avançados pode-se observar a dificuldade de reconhecer objetos/pessoas, alterações comportamentais (agressividade e irritabilidade) e dificuldades nas atividades de vida diárias e na comunicação.

2.2 DEMÊNCIAS VASCULAR

Esta forma de demência está associada a distúrbios na circulação de sangue para o cérebro, constituído a segunda maior causa da demência.

Existem diversos tipos de demências vasculares, sendo que as mais frequentes são a demência por multienfartes cerebrais (causada por pequenos enfartes cerebrais e é a forma mais comum de demência vascular) e Doença de Binswanger (causada pela hipertensão arterial, estando também associada a enfartes, estreitamento das artérias e por uma circulação sanguínea deficitária) (Caramelli & Barbosa, 2002).

2.3 DOENÇA DE PARKINSON

Esta é caracterizada como sendo uma perturbação progressiva do sistema nervoso central, provocando tremores, rigidez nos membros e articulações, problemas na fala e dificuldade na iniciação dos movimentos.

Numa fase mais avançada da doença as pessoas com esta perturbação tendem a desenvolver demência (Caramelli & Barbosa, 2002).

2.4 DEMÊNCIA MISTA

A demência mista é caracterizada pela ocorrência simultânea de eventos característicos da doença de alzheimer e da demência vascular. Sendo que, se manifesta a presença de sintomas associadas á doenças de alzheimer e a presença de lesões vasculares.

Uma das melhores maneiras de prevenir esta demência é evitar os fatores de risco associados ao alzheimer e demência vascular, como por exemplo a hipertensão arterial (Caramelli & Barbosa, 2002).

3. REPERCURSSÕES DESTAS DOENÇAS NA VIDA DOS IDOSOS

3.1 AO NÍVEL DAS NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS

Com a evolução da doença, o paciente com demência sofre incapacitações ao nível das necessidades humanas fundamentais, condicionando assim as atividades de vida diária (básicas, instrumentais e avançadas), tais como:

- Respirar
- **Alimentação**
- **Eliminar**
- Mover-se e manter uma boa postura
- **Dormir e repousar**
- **Vestir e despir**
- Manter a homeostasia
- **Cuidados de higiene**
- Segurança
- **Comunicar**
- Agir segundo as suas crenças e valores
- Realização pessoal (recrear-se e aprender)

(Phaneuf, 2007/2010)

Assim sendo, cabe ao cuidador informal supervisionar os cuidados ao seu familiar de forma a proporcionar uma maior qualidade de vida e amenizar a degenerescência física, psicológica e emocional precoce na evolução da doença.

Foram selecionadas as necessidades fundamentais humanas mais relevantes, onde iremos esclarecer os riscos acrescidos na pessoa que sofre de demência.

3.1.1 Necessidades de alimentação e equilíbrio hídrico

Torna-se importante prestar atenção a quantidade de líquidos ingeridos do utente, pois as dificuldades amnésicas podem levar á desidratação, devido ao esquecimento de ingerir água. Assim como também, quando os idosos com demência se encontram em contensões, ou seja, atados, e a comunicação com as cuidadoras informais se dificulta, não conseguem satisfazer as necessidades hídricas. A deambulação, a agitação e os períodos mais quentes são outros fatores que comprometem esta necessidade.

Relativamente a alimentação propriamente dita, sabe-se que os problemas neurológicos dificultam a mastigação e a deglutição, aumentando o risco de sufocação, como por exemplo a apraxia. Os doentes poderão reclamar alimentos que acabaram de ingerir, por este motivo é necessário ter atenção às quantidades de nutrientes ingeridos, para respeitar as porções convencionadas a uma alimentação equilibrada. A medicação também poderá causar dificuldades nutricionais, pois estes podem influenciar o apetite, a absorção dos nutrientes e a digestão.

Num estado avançado da demência, e quando a pessoa idosa já não consegue satisfazer as suas necessidades de alimentação, os cuidadores informais devem também prestar especial atenção a:

- Cor da pele;
- Disfagia;
- Dores de estomago;
- Aerofagia;
- Desidratação;
- Obesidade/magreza;
- Presença de icterícia;
- Refluxo esofágico;
- Alergias alimentares;
- Anorexia;
- Hábitos alimentares nefastos;
- Alcoolismo;
- Depressão/luto e isolamento;

(Phaneuf, 2007/2010)

3.1.2 Necessidades de eliminar

Neste parâmetro, a alimentação pobre em fibras devido a dificuldade de alimentação do paciente provoca a obstipação crónica, devido a formação de fecalomas (endurecimento das fezes no interior do colón). Mais uma vez presente a amnesia, que leva ao esquecimento do local da casa de banho, e juntamente com esta, a apraxia que dificulta os movimentos involuntários necessários á eliminação, podendo o doente muitas vezes chegar a estados de incontinência. A desidratação poderá provocar hipernatremia secundária (acumulação em excesso de sódio, provocada pelo desequilíbrio eletrolítico), favorecem o delírio. Novamente, o efeito dos medicamentos e a degenerescência nervosa também afetaram esta necessidade humana fundamental.

Quando a pessoa idosa já não consegue satisfazer as suas necessidades de eliminar, os cuidadores informais devem também prestar especial atenção a:

- Hábitos de eliminar (ex. ir a casa de banho todos os dias, dependência de laxantes ou clisteres) e incontinência;
- Características das fezes e urina;
- Presença de sangue;
- Presença de dores, distensão abdominal e ruídos intestinais;
- Nível de atividade da pessoa e força física e intelectual;
- Doenças e cirurgias anteriores;
- Estado psicológico (ex. depressão).

(Phaneuf, 2007/2010)

3.1.3 Necessidade de dormir e repousar

No idoso com demência, a tarefa de dormir e repousar torna-se difícil, pois o utente tem tendência a inverter os ciclos do sono, ou seja, o dia pela noite, o que dificulta os cuidados prestados pelos cuidadores. Por norma, o doente apresenta-se mais agitado e ansioso ao fim do dia. Assim, cabe aos prestadores de cuidados observar os comportamentos do idoso, tais como, bocejos, irritabilidade, agitação,

sensação de fadiga. Devem também determinar e monitorizar os ciclos de sono do doente, o número de horas de sono, a qualidade, os problemas, a frequência e as repercussões no funcionamento da pessoa (Phaneuf, 2007/2010).

3.1.4 Necessidades de vestir e despir

Na presença de uma demência, a tarefa de vestir e despir torna-se um desafio bastante difícil, pois perante a apraxia, as lesões cerebrais e a amnésia, o utente esquece-se da maneira como deveria agir ou vestir, existindo também uma falta de interesse por si próprio e de atenção pelo ambiente que o rodeio. Torna-se necessário prestar atenção a capacidade física e gestos da pessoa com demência, para que se possa compreender a melhor maneira de auxiliar. Deve-se ter em conta a capacidade de escolher as roupas e tecidos, que de certo modo estimulam o doente, as particularidades ligadas à cultura ou religião, para que a sua escolha não contrarie as suas crenças, capacidade de conservar as suas roupas limpas e de cuidar das mesmas (Phaneuf, 2007/2010).

3.1.5 Necessidades de cuidados de higiene

Acontece muitas vezes o doente esquecer-se de realizar a sua higiene pessoal e sentir dificuldades na execução da mesma, devido à apraxia e ao esquecimento ou até mesmo por medo da água quente, dos ruídos da mesma, de cair e do seu próprio reflexo no espelho. Todas estas dificuldades podem levar a pessoa a ferir-se e a agitar-se ainda mais. No entanto, o momento de higiene é essencial visto que o utente corre risco de desenvolver úlceras de pressão, devido à incapacidade de se movimentar e de desenvolver incontinência.

Quando a pessoa idosa já não consegue satisfazer as suas necessidades de higiene, os cuidadores informais devem também prestar especial atenção a:

- Capacidade de se lavar e higienizar;
- Vigiar o estado da pele e suas mucosas;
- Vigiar o estado dos pés;
- Incontinência, imobilidade, desidratação e carências alimentares.

(Phaneuf, 2007/2010)

3.1.6 Necessidades de comunicar

Com o avançar da doença a capacidade de comunicar da pessoa idosa com demência dificulta-se, pois a amnesia provoca o esquecimento das palavras e empobrece o diálogo e as alterações cerebrais modificam o comportamento do utente. Alteram-se os planos afetivos devido à dificuldade em reconhecer os familiares e as restantes pessoas que o rodeiam, como se ocorresse um desligamento entre a pessoa com a demência e o mundo que a rodeia.

Quando a pessoa idosa já não consegue satisfazer as suas necessidades de comunicar, os cuidadores informais devem também prestar especial atenção aos sentimentos, desejos e necessidades que são manifestadas de uma forma alterada. Deve também avaliar as capacidades percetuais no plano da visão e audição, as capacidades cognitivas, a capacidade verbal e orientação, para de certa forma, dar sentido à comunicação com o doente. Verificar se a pessoa idosa sofreu perdas ou atravessou um processo de luto, para assim, poderem ser respeitados todos os componentes relacionados com tais acontecimentos.

No que diz respeito a sexualidade, continua a ser uma necessidade fundamental apesar da idade e da doença, pois a perda de inibição do julgamento e a conveniência da sociedade já não faz sentido para a pessoa com demência. O cuidador informal não deve fazer juízo de valor, mas sim compreender que os comportamentos da pessoa se encontram alterados, e que por vezes estes podem traduzir, somente, a necessidade de eliminar (Phaneuf, 2007/2010).

4. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DIRIGIDAS AO IDOSO

Hoje em dia, e apesar dos constantes e inúmeros estudos clínicos a cerca da demência e das doenças a esta associada, ainda não existe um tratamento que possibilite a remissão da demência. Contudo, existem estratégias de intervenção farmacológicas e não farmacológicas. Antes de qualquer abordagem, é fundamental esclarecer que não existem demências, mas sim pessoas com demência, facto que se deve ter em consideração em qualquer fase da doença. As intervenções farmacológicas retardam a progressão da demência e estabilizam as manifestações clínicas, isto é, as perturbações cognitivas e psicocomportamentais características desta condição de saúde. Em relação às intervenções não farmacológicas, não existem evidências garantidas sobre a sua eficácia real em doentes com demência. No entanto, as mesmas têm demonstrado contributos satisfatórios ao nível da qualidade de vida dos doentes e dos seus familiares, assim como de uma maior funcionalidade do doente (Figueiredo, Guerra, Marques & Sousa, 2012).

A associação de técnicas não farmacológicas com o tratamento farmacológico tem mostrado resultados favoráveis, na medida em que estabilizam a sintomatologia associada a este tipo de perturbações neurocognitivas, nomeadamente, distúrbios no comportamento e da sintomatologia depressiva, promovendo uma melhoria ao nível da cognição e da funcionalidade do doente (Lucas, Freitas & Monteiro, 2013; Viola, 2010). O tratamento das demências independentemente do tipo de intervenção (farmacológica ou não farmacológica) implementada, esta deve ser personalizada e adaptada a cada caso e a cada fase da doença (Figueiredo, Guerra, Marques & Sousa, 2012).

4.1 FARMACOLÓGICAS

A farmacoterapia é administrada de acordo com as diferentes etiologias da demência e do conjunto de perturbações comportamentais e psicológicas associadas a cada doença. Normalmente, “o tratamento farmacológico para a demência incide, essencialmente, ao nível da terapêutica colinérgica e ao nível dos antagonistas dos recetores do glutamato de subtipo N-metil-D-aspartato” (Serqueira, 2010, p.136).

Aquando a administração de qualquer fármaco deve-se:

- Identificar as situações de demência reversível (carências vitamínicas, hipertensão, traumatismos, depressão, etc.), uma vez que estas com um tratamento específico podem ser resolvidas;
- Atentar à sintomatologia depressiva e aos casos de pseudodemência [“casos de depressão que, inicialmente, foram diagnosticados como depressão, mas que, após tratamento com antidepressivos, apresentam resolução dos défices cognitivos” (Albuquerque, Esteves & Cerejeira, 2016, p. 311)]. É fundamental elaborar um diagnóstico diferencial entre a doença de Alzheimer na fase inicial e a depressão. A depressão como uma perturbação emocional pode apenas representar uma situação de demência reversível ou estar associada às diferentes formas de demência, ou seja, ser um sintoma das mesmas;
- Identificar e tentar eliminar fatores que podem comprometer a função cognitiva como a dislipidemia, a diabetes e a hipertensão;
- Ter em atenção aos mecanismos farmacodinâmicos e farmacocinéticos. Isto porque, ocorrem alterações fisiológicas (como por exemplo, a diminuição do metabolismo hepático e da excreção renal) resultantes do processo de envelhecimento ao nível dos diferentes sistemas, que podem interferir com os mecanismos farmacocinéticos e farmacodinâmicos. Como consequência a tolerância e o efeito (como por exemplo, os efeitos adversos dos medicamentos) a determinados fármacos poderá alterar-se, sendo necessário a administração de diferentes dosagens ou de outro fármaco de mesma classe terapêutica;
- Gerir clinicamente as comorbidades existentes;
- Rever a medicação habitual, de forma reduzir o risco de polimedicação e de interações medicamentosas;
- Efeitos secundários;
- Ganhos e prejuízos para o doente/família.

(Albuquerque et al., 2016; Serqueira, 2010)

4.2 NÃO FARMACOLÓGICAS

Estas intervenções assentam sobretudo na reabilitação, isto é, privilegiam a participação ativa do doente nas atividades do quotidiano de modo a aumentar o seu desempenho, reduzindo assim a necessidade de outrem na execução das mesmas, minimizando o impacto da doença e as dificuldades do dia-a-dia. Este tipo de intervenções engloba diversas modalidades, as quais são direcionadas aos comportamentos, às emoções e à cognição, tendo como finalidade (Serqueira, 2010):

- Promover ou manter a autonomia;
- Melhorar a função cognitiva ou evitar o seu agravamento brusco;
- Melhorar o estado de saúde geral;
- Estimular as capacidades cognitivas;
- Manter a interação com o meio;
- Estimular a identidade pessoal e a autoestima;
- Minimizar o stress.

(Serqueira, 2010, p.138)

É de salientar que antes da introdução de qualquer abordagem não farmacológica é essencial elaborar uma avaliação neuropsicológica, com a finalidade de definir a estratégia de intervenção mais adequada a cada caso, permitindo também monitorizar a evolução da doença e o efeito das terapêuticas posteriormente implementadas. Este tipo de avaliação, normalmente, é solicitada por um médico especialista como um meio complementar de diagnóstico, que permite averiguar os défices e as funções que podem ser estimuladas, o tipo de demência e o estágio em que se encontra o doente (Serqueira, 2010; Associação Alzheimer Portugal, 2017). Destas abordagens fazem parte as intervenções psicoterapêuticas (estimulação cognitiva, orientação para a realidade, terapia por reminiscências, terapia da validação e musicoterapia), cuidados de enfermagem, intervenção social e ambiental, fisioterapia, exercício físico, alimentação saudável e equilibrada.

4.2.1 Intervenções Psicoterapêuticas

4.2.1.1 Estimulação Cognitiva

Esta técnica debruça-se sobretudo na estimulação/treino contínuo da memória, da atenção, do processamento da informação e da linguagem através de exercícios e atividades específicos, de forma a minorar a deterioração cognitiva, a apatia e o conformismo. Estas atividades e exercícios focam-se, essencialmente, na memória a curto prazo e na autobiográfica, assim como também devem ser aplicados em situações ou contextos relacionados com a vida quotidiana (Lucas, Freitas & Monteiro, 2013).

A estimulação cognitiva tem demonstrado ser eficaz em doentes com demência leve e moderada, na medida em que estes doentes apresentam uma maior facilidade em recordar nomes e informações pessoais após a administração desta intervenção. Adicionalmente por um lado, exercícios que recorram a mnemónicas favorecem o armazenamento, a codificação e a evocação da informação, e por outro, atividades que envolvam diferentes registos sensoriais, como verbais e visuais ou cinestésicos e motores permitem a estimulação da memória procedimental e implícita (Serqueira, 2010; Lucas, Freitas & Monteiro, 2013).

4.2.1.2 Terapia de orientação para a realidade

A terapia de orientação para a realidade consiste na exposição/apresentação de um conjunto de dados/informação da realidade ao paciente de forma contínua e organiza, com o objetivo de orientar o paciente nas interações sociais, promovendo a comunicação e a perceção à cerca do tempo, do espaço e habitação, etc (Serqueira, 2010; Lucas, Freitas & Monteiro, 2013).

4.2.1.2.1 Terapia por reminiscências

A terapia por reminiscências é uma variante da terapia de orientação para a realidade, que tem como princípio estimular a memória longo prazo, nomeadamente, a

memória autobiográfica, com recurso a fotos, figuras, jogos, acontecimentos/factos ou de outros estímulos relacionados com a história de vida do doente (Serqueira, 2010; Lucas, Freitas & Monteiro, 2013).

4.2.1.3 Terapia da validação

Esta terapia é oposta à terapia da orientação para a realidade e visa suportar/validar, respeitar e aceitar as emoções, comportamentos e convicções do doente, evitando possíveis distúrbios emocionais e conflitos relacionais/familiares, uma vez que a memória a curto prazo é uma das funções cognitivas mais afetadas no início do processo demencial, podendo ocorrer episódios de confusão de memória. Neste sentido, o cuidador ou o terapeuta deve evitar contrariar ou corrigir o doente, visto que este problema (confusão de memória) por si só já é ansiogénico (Serqueira, 2010; Camara *et al.*, 2009; Peña-Casanova, n.d). Contudo, esta terapia é mais indicada em doente que se encontram em fases mais avançadas da doença, contrariamente à terapia da orientação para a realidade que é normalmente utilizada em estádios iniciais (Peña-Casanova, n.d.).

4.2.1.4 Musicoterapia

Segundo, a Federação Mundial de Musicoterapia² (2011) a musicoterapia consiste no “uso profissional da música e dos seus elementos (harmonia, melodia, ritmo e som) como intervenção em contextos médicos, educativos e sociais, com indivíduos, grupos, famílias e comunidades, que procuram melhorar o seu bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, espiritual e a sua qualidade de vida”.

Sixsmith e Gibson (2007) realizaram um estudo qualitativo com 26 idosos com demência – através dos testemunhos, os autores concluíram que a música é uma fonte importante de coesão e contacto social, incentiva a participação em várias atividades (dentro e fora do contexto familiar) e capacita as pessoas com demência para controlar as situações com que se deparam no seu quotidiano. Hays (2006) refere ainda que o

² <http://www.apmtmusicoterapia.com/#/aassociacao>

uso da música, neste contexto, promove o sentido de intimidade e ligação com os familiares e amigos. De facto, torna-se interessante verificar como as capacidades musicais são, muitas vezes, as últimas a serem afetadas com a demência.

A literatura sugere que a musicoterapia tem um efeito **moderado** na ansiedade e **pequenos efeitos** nos sintomas comportamentais, sendo que uma intervenção com duração superior a três meses produz melhores efeitos na ansiedade dos pacientes com demência (Ueda, Suzukamo, Sato & Izum, 2014). Por sua vez, McDermott, Crellin, Ridder & Orrell, (2013) afirmam que os programas de musicoterapia têm, sobretudo, **efeitos a curto-prazo** nos distúrbios do comportamento e do humor provocados pela demência.

4.2.2 Intervenção social e ambiental

Esta intervenção baseia-se na implementação de medidas que visam a modificação e adaptação do meio/habitação do idoso de forma a reforçar a sua independência e mobilidade, ajudá-lo a orientar-se nos espaços/divisões do domicílio, manter um ambiente familiar, evocar memórias e facilitar a ação/intervenção do cuidador/familiar (como por exemplo, facilitar e garantir a segurança das elevações e transferências) no contexto domiciliar (Serqueira, 2010; Associação Alzheimer Portugal, 2017). Algumas destas medidas passam por alterações ao nível do(a):

■ **Mobiliário**

- Retirar cadeiras com rodas ou de baloiço de forma a evitar possíveis quedas;
- A poltrona ou a cadeira, onde o doente normalmente se senta, deve ser mais alta do que o habitual para facilitar o levantar e o assente;
- Retirar os móveis com arestas afiadas ou encontrar formas de atenuar ou cobrir as arestas (esponja de borracha ou protetores de cantos);
- Trancar alguns armários para impedir o acesso a objetos quebráveis ou perigosos;
- Facilitar o acesso a objetos que evoquem memórias na pessoa ou que a estimulem pela atividade em si, e também pelas texturas ou cores.

■ **Decoração**

- Expor fotografias, ornamentos e outras recordações que evoquem memórias;
- As fotografias podem ser rotuladas com os nomes e tipo de relação entre as pessoas/familiares;
- Tentar descobrir a forma como a casa da pessoa era decorada quando era mais jovem.

■ **Ambiente**

- Tranquilo, minimizando o ruído, os brilhos intensos;
- Manter a familiaridade com as rotinas;
- Minimizar a confusão ao reduzir a desorganização;
- Ajudar a pessoa com demência a concentrar-se e a descansar.

■ **Ao dormir**

- Colocar música relaxante;
- Aquecer a cama;
- Colocar uma luz de presença para ajudar a pessoa a reconhecer e a orientar-se na possibilidade da pessoa acordar ou levar durante a noite;
- Reduzir a cafeína;
- Beber chás de plantas relaxantes;

(Adaptado de: Associação Alzheimer Portugal, 2017, p.8-9)

5. O PAPEL DO CUIDADOR INFORMAL

O processo de envelhecimento populacional tem sofrido gradualmente um aumento das doenças crónico-degenerativas, entre elas, destacam-se as **demências**, como por exemplo a doença de alzheimer. Como tal, o cuidador informal assume um papel muito relevante na prestação de cuidados ao idoso que sofre deste tipo de doença degenerativa, apresentando um determinado perfil. Aqui prevalece o sexo feminino, com idade média entre os 45-60anos de idade, seguido do grau de parentesco mais

próximo, nomeadamente o cônjuge ou os filhos, mas também o fator estado civil, a proximidade geográfica e o emprego.

O cuidador informal presta cuidados não só **ao nível das atividades de vida diária básicas**, mas também **ao nível emocional** (o apoio mais difícil de dar, pois o cuidador precisa de gerir as próprias emoções, as da família e as de quem recebe os cuidados), **ao nível financeiro** (havendo uma conjugação das despesas pela família e pelo idoso que não consegue suportar sozinho as mesmas despesas), **ao nível da supervisão** (mesmo que estejam institucionalizados os cuidadores prestam cuidados de supervisão), e ainda **ao nível do suporte social** (a nível jurídico, por exemplo). Portanto, este tipo de doenças acarreta consequências para a dinâmica familiar, interferindo diretamente na qualidade de vida das famílias envolvidas e muitas vezes levando os indivíduos afetados pela doença a uma situação de total dependência dos seus familiares.

5.1 REPERCURSSÕES ASSOCIADAS AO PROCESSO DE CUIDAR

O cuidador informal vai sofrer impactos negativos **ao nível da sua saúde física**, a situação de stress de cuidar de alguém pode provocar modificações biológicas, como sistema imunitário frágil, elevado consumo de fármacos, perturbações do sono, cansaço físico. Impactos **ao nível da saúde mental**, depressão, ansiedade, baixa satisfação com a vida e elevada carga subjetiva. Repercute-se também **ao nível das relações familiares**, como por exemplo, conflitos familiares, isolamento social, perda de privacidade, redução das atividades sociais/lazer e por fim **ao nível da atividade profissional e situação financeira**, passando o cuidador menos tempo no trabalho afetando o desempenho, por vezes dando origem ao absentismo e por consequência ao aumento das despesas.

A tarefa de cuidar torna-se assim uma sobrecarga desgastante, quando se estende por longos períodos de tempo, a qual se domina **Burden**, consequência do acumular de várias situações que resultam dessa prestação de cuidados.

5.2 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO DIRIGIDAS AO CUIDADOR

Os sintomas comportamentais e psicológicos característicos da demência [“agitação, gritos, agressão verbal ou física, ansiedade, depressão, alucinações, insónias, discurso repetitivo e/ou ofensivo, deambulação e perseguição” (Figueiredo, Guerra, Marques & Sousa, 2012, p.33)] são a principal fonte de stress e sobrecarga para os cuidadores familiares, uma vez que estes acarretam repercussões ao nível do equilíbrio/gestão emocional do cuidador podendo comprometer a relação entre ambos. Além disso, os cuidadores podem vir a tornar-se “pacientes ocultos”, na medida em que podem desenvolver sintomatologia depressiva, ansiosa, distúrbios de personalidade, esquizofrenia e, até mesmo apresentar problemas de abuso de substâncias psicoativas (Stuart-Hamilton, 2006). Assim, as intervenções direcionadas aos cuidadores familiares têm como princípio primordial ajudar os mesmos a superar estes desafios imposto pela tarefa de cuidar reduzindo, por um lado, a sobrecarga objetiva ou a quantidade de cuidados prestados (serviços de alívio) e, por outro lado, promovendo a sua saúde mental e potenciando as suas competências e estratégias de coping (programas psicoeducativos). Adicionalmente, estas intervenções, além de permitirem a adaptação da família à doença, através da aquisição de informação sobre a mesma e de todas as suas implicações, também fornecem estratégias/técnicas mais adequadas, que aumentam a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com demência, mas sobretudo visando especialmente retardar a institucionalização da mesma (Figueiredo, Guerra, Marques & Sousa, 2012).

- **Informação e Formação** – aquisição e divulgação de informação sobre a doença (sinais, sintomas e evolução natural), das respostas existentes e das estratégias/técnicas que contribuam para uma melhor prestação de cuidados no domicílio, através da realização de ações de esclarecimento, organização de cursos de formação para cuidadores informais e publicação de boletins informativos;
- **Apoio jurídico** – pretende informar o doente e o seu cuidador à cerca dos seus direitos e procedimentos legais (estatuto, benefícios fiscais, etc) a adotar após o diagnóstico e no decurso da doença;

- **Apoio psicológico**
 - Consultas de psicologia clínica;
 - Grupos de suporte e de entreajuda;
 - Linha telefónica de apoio.

- **Apoio social**
 - Atendimento social;
 - Banco de Ajudas Técnicas;
 - Programas de apoio específico em situações de carência económica;
 - Organização de fins de semana para pessoas com demência e respetivos cuidadores.

- **Equipamentos e Serviços**
 - Serviços de alívio – refere-se ao apoio dado por voluntários que se deslocam ao domicílio com o intuito de fazer companhia à pessoa com demência, permitindo ao cuidador fazer um intervalo na tarefa de cuidar;
 - Centro de Apoio Diurno Prof. Dr. Carlos Garcia para 15 utentes;
 - Serviço de Apoio Domiciliário;
 - Serviço de Terapia Ocupacional no Domicílio;
 - Serviço de Apoio Técnico e de Avaliação da Qualidade.

(Adaptado de A.P.F.A.D.A., 2006, p,200)

6. CONCLUSÃO

De acordo com o tipo de demência e o seu respetivo estágio, existem diversos domínios da pessoa idosa que são afetados, principalmente, no que diz respeito às atividades básicas e instrumentais de vida diária. Sendo assim, surge a necessidade de um cuidador responsável pela pessoa idosa, formal ou informal, que adapte as estratégias de cuidar à evolução progressiva da demência em causa.

Torna-se então importante implementar e adequar intervenções e tratamentos aos diferentes tipos de demência, de forma a promover a qualidade de vida da pessoa com demência. Neste sentido, existem dois tipos de intervenções direcionadas à

pessoa com demência das quais se destacam, as intervenções farmacológicas e as não farmacológicas, cuja a associação das mesmas tem mostrado resultados favoráveis, na medida em que estabilizam a sintomatologia associada a este tipo de perturbações neurocognitivas, promovendo uma melhoria ao nível da cognição e da funcionalidade do doente. Contudo, outras intervenções não farmacológicas específicas também devem ser dirigidas ao cuidador familiar, uma vez que este interage com o seu familiar 24 horas por dia. Além disso, o cuidador deve ter cuidados consigo próprio tais como, tratar-se para garantir a sua saúde e bem-estar, tratar-se para melhor poder tratar, pedir ajuda através de formações que esclareçam as suas dúvidas e alertem para a evolução/alterações da doença, recorrer a apoio emocional, colocando limites na prestação dos cuidados e acima de tudo pensar no seu futuro.

BIBLIOGRAFIA

Albuquerque, E., Esteves, P. & Cerejeira, J. (2016). Doença de Alzheimer. In H. Firmino, M. R. Simões & J. Cerejeira (Coord.). Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas (215-225). Lisboa: Lidel.

Associação Alzheimer Portugal: Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer (2006). Manual do cuidador. Lisboa: Novartis

Associação Alzheimer Portugal: Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer. (2017). Projeto “Cuidar Melhor”. Retrieved from <http://alzheimerportugal.org/pt/projeto-cuidar-melhor>.

Alzheimer Portugal Associação (2017, fevereiro - abril). Ser cuidado: criar um ambiente tranquilo. Alzheimer Portugal, Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer, (65), 8-9.

Carama, V., Gomes, S., Ramos, F., Moura, S., Duarte, R., Costa, S., Ramos, P., Lima, J., Camara, I., Silva, L., Silva, A., Ribeiro, M., Fonseca, A. (2009, janeiro - fevereiro - março). Reabilitação cognitiva das demências. *Revista Brasileira de Neurologia*, 45 (1), 25-33.

Caramelli, P & Barbosa, M. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Supl. I), 7-10.

Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A. & Sousa, L. (2012, fevereiro). Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1). Retrieved from <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/12776>.

Figueiredo, D., Marques, A & Barbosa, A. (2016). Anexos – Demências Sessão 1. Demência. E agora?: Um guia para cuidar com sentido(s) em instituições (60-67). Loures: Lusodidacta.

Garrido, R. & Almeida, O. (1999). Distúrbios do comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(2-B). Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000300014&lng=en&nrm=iso.

Hays, T. (2006). Facilitating well-being through music for older people with special needs. *Home health care services quarterly*, 25(3-4), 55-73.

Lucas, C., Freitas, C. & Monteiro, M. (2013, janeiro 27). A doença de Alzheimer-características, sintomas e intervenções. *O Portal dos Psicólogos*.

McDermott, O., Crellin, N., Ridder, H. & Orrell, M. (2013). Music therapy in dementia: a narrative synthesis systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(8), 781-794.

Nunes, L. & Bessa, A. (2016). Intervenções nas famílias e cuidadores: programa Comfamília+. In H. Firmino, M. R. Simões & J. Cerejeira (Coord.). *Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas* (215-225). Lisboa: Lidel.

Neta, J., Tamelini, M. & Forlenza, O. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (3). Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a04v32n3>.

Peña-Casanova, J. & González, P. (1999). La enfermedad de Alzheimer: del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos.

Phaneuf, M. (2010). Os aspetos do envelhecimento: uma abordagem por necessidades. *O envelhecimento perturbado: a doença de alzheimer* (87-117). Loures: Lusodidacta.

Sequeira, C. (2010). Estratégias de intervenção nos cuidadores. In C. Sequeira. *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (241-247). Lisboa: Lidel.

Sequeira, C. (2010). Estratégias de intervenção nos idosos com demência. In C. Sequeira. *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (135-140). Lisboa: Lidel.

Sixsmith, A., & Gibson, G. (2007). Music and the wellbeing of people with dementia. *Ageing and Society*, 27(01), 127-145.

Ueda, T., Suzukamo, Y., Sato, M., & Izumi, S. I. (2013). Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 12(2), 628-641.

Viola, L. (2010). *A avaliação do efeito de um programa multiprofissional de estimulação cognitiva e funcional em pacientes portadores de doença de Alzheimer leve e moderada* (Master's dissertation, Universidade de São Paulo). Retrieved from <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-10052010-125904/en.php>.

Stuart-Hamilton, I. (2006). Mental Illness and Ageing. In J. Kingsley Publishers (Ed.), *Psychology of Ageing: An Introduction* (pp.196-230).