



**Politécnico  
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

**TRABALHO FINAL DE CURSO DA LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

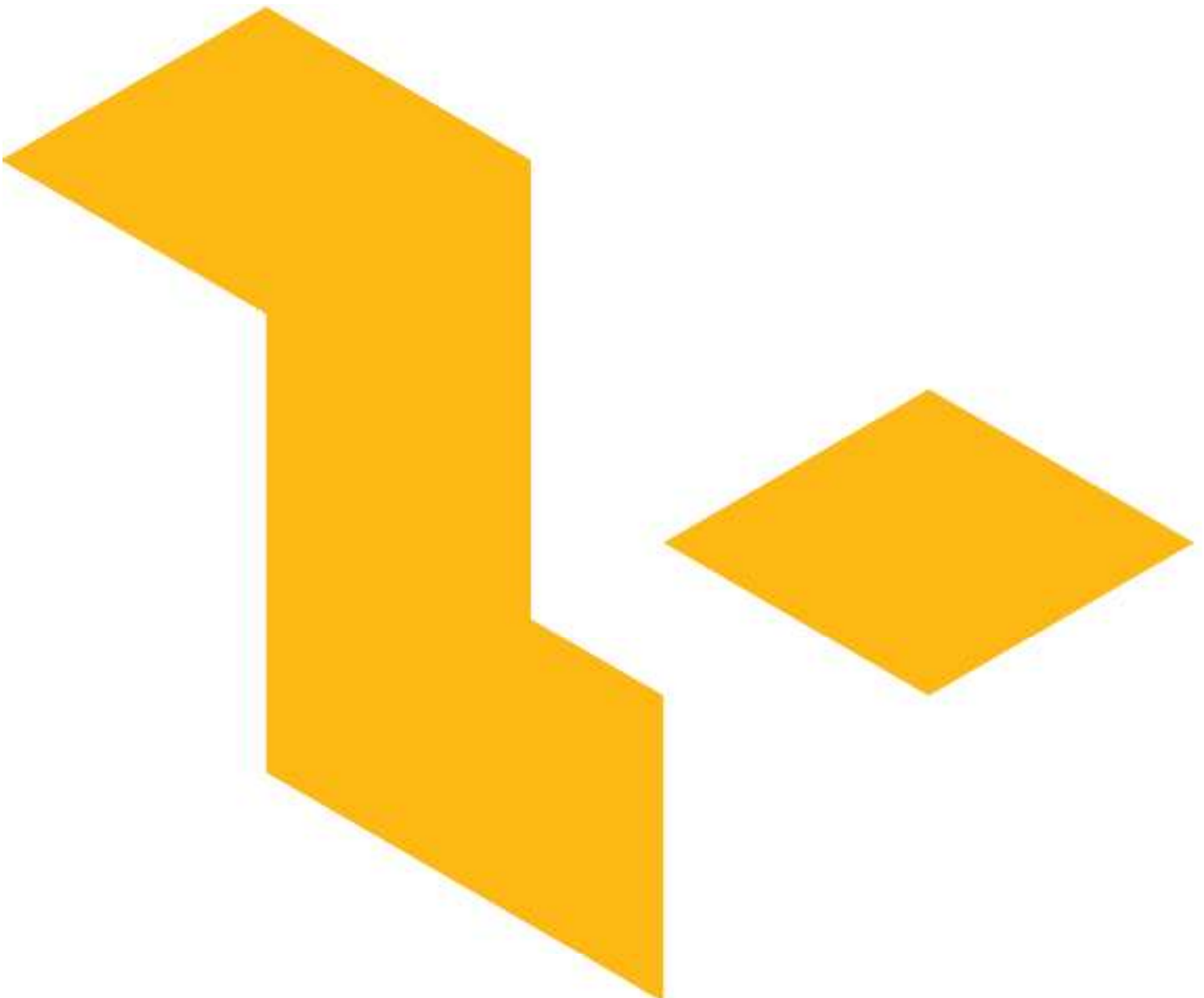
# **O Impacto da Terapia Não Farmacológica na Manutenção das Capacidades Cognitivas dos Idosos com Demência**

*Luísa Olegário Monteiro dos Santos N°20190893*

*Margarida da Costa Gonçalves N°20201415*

**Data**

**julho 2025**











**Politécnico  
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

## **O Impacto da Terapia Não Farmacológica na Manutenção das Capacidades Cognitivas dos Idosos com Demência**

### **Discentes:**

Luísa Olegário Monteiro dos Santos N°20190893

Margarida da Costa Gonçalves N°20201415

### **Orientador**

Professor Doutor Jorge Salvador Pinto de Almeida

Trabalho Final apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, realizada sob a orientação pedagógica Professor Doutor Jorge Salvador Pinto de Almeida, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

**Julho 2025**



## **Composição do júri**

Presidente do júri

Professora Doutora Ângela Sofia Lopes Simões

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Arguente

Mestre Emanuel Dias Pereira

Professor Adjunto Convidado Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Orientador

Professor Doutor Jorge Salvador Pinto de Almeida

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco





## **Agradecimentos**

Queremos agradecer aos nossos professores que nos acolheram nestes longos e duros anos da nossa vida académica, que estiveram lá para que nunca desistíssemos deste nosso objetivo e propósito que é o cuidar do próximo.

Querendo agradecer em especial ao nosso orientador pedagógico, Professor Doutor Jorge Salvador Pinto de Almeida que esteve e fez-se presente sempre que nós precisávamos, quer na realização deste trabalho final, mesmo quando a nossa mente estava um caos, existia sempre uma mensagem de calma e de suporte, quer quando precisávamos de ajuda no âmbito pessoal, demonstrava-se cuidador e preocupado connosco. Deste modo um 'muito obrigada, professor' por tudo o que nos disse e por toda a força que nos deu, levaremos connosco as palavras sábias e os conselhos de ouro que nos deu, não só para a nossa vida profissional como para a nossa vida pessoal.

Gostaríamos ainda de agradecer a toda a nossa rede de apoio familiar, que também tiveram e se fizeram presentes ao longo deste nosso processo de licenciatura, que nos deram um colo, um ombro amigo e palavras de força e esperança quando precisávamos.

E por fim, mas não menos importante, a todos os nossos amigos aqueles de fora e aquele que fizemos dentro da instituição, agradecemos-vos também por nos aturarem ou compartilharem das mesmas preocupações.

Obrigada a todos.



## **Resumo**

O envelhecimento demográfico trata-se de um dos fenómenos sociais mais marcantes do século XXI, resultante do aumento da esperança média de vida em certas regiões do mundo. Tal acontece, devido a crescente expansão da população com 60 anos ou mais, superando consideravelmente o crescimento de grupos etários mais jovens. Em Portugal, o impacto desta realidade é marcado pelo aumento da prevalência de doenças psiquiátricas, das quais se destaca a Demência. A Demência compromete o funcionamento cognitivo, psicomotor e neurológico, com impacto na memória, compreensão, cálculo, linguagem, aprendizagem, pensamento abstrato, orientação espacial e temporal e juízo crítico. A Demência de Alzheimer abrange cerca de 60 a 70% dos casos desta patologia, tratando-se de uma alteração neurodegenerativa caracterizada por uma deterioração progressiva dos neurónios da região temporal medial, o que resulta em alterações a nível cognitivo e comportamental com consequências evidentes na capacidade funcional do idoso, onde o envelhecimento é considerado o principal fator de risco. Apesar dos avanços científicos, não existe uma cura para a demência. Desta forma, a abordagem foca-se na mitigação da sintomatologia e na promoção da qualidade de vida, através de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. As Terapias Não Farmacológicas para além de promoverem uma abordagem centrada na pessoa, garantindo cuidados de forma holística, são um conjunto de intervenções cujo objetivo é a preservação das funções cognitivas, motoras e sociais do indivíduo. Para além disso, estas terapias contribuem para o abrandamento da progressão da Demência, permitindo uma melhor gestão dos sintomas neuropsiquiátricos, como perturbações do humor, da perceção, do pensamento e do comportamento. Por isso, a atuação da Enfermagem revela-se fundamental, pois a sua intervenção deve centrar-se na reabilitação e manutenção das capacidades cognitivas e motoras da pessoa com demência. O foco da intervenção do enfermeiro tem como objetivo promover o desenvolvimento de competências por parte do idoso que o auxiliem na manutenção da funcionalidade e preservação da autonomia pelo maior tempo possível, respeitando a individualidade e a dignidade humana.

## **Palavras-chave**

Envelhecimento; Demência; Demência de Alzheimer; Terapias Não Farmacológicas; Enfermagem.



## **Abstract**

Demographic ageing is one of the most significant social phenomena of the 21st century, resulting from the increase in average life expectancy in certain regions of the world. This is due to the growing expansion of the population aged 60 and over, considerably outstripping the growth of younger age groups. In Portugal, the impact of this reality is marked by an increase in the prevalence of psychiatric illnesses, of which Dementia stands out. Dementia compromises cognitive, psychomotor and neurological functioning, with an impact on memory, comprehension, calculation, language, learning, abstract thinking, spatial and temporal orientation and critical judgment. Alzheimer's dementia accounts for around 60 to 70% of the cases of this pathology. It is a neurodegenerative alteration characterized by a progressive deterioration of the neurons in the medial temporal region, which results in cognitive and behavioral alterations with obvious consequences for the functional capacity of the elderly, where ageing is considered the main risk factor. Despite scientific advances, there is no cure for dementia. The approach therefore focuses on mitigating symptoms and promoting quality of life through pharmacological and non-pharmacological interventions. In addition to promoting a person-centered approach, ensuring holistic care, Non-Pharmacological Therapies are a set of interventions aimed at preserving the individual's cognitive, motor and social functions. In addition, these therapies help to slow down the progression of dementia, allowing for better management of neuropsychiatric symptoms, such as mood, perception, thinking and behavioral disorders. For this reason, nursing's role is fundamental, as its intervention must focus on rehabilitating and maintaining the cognitive and motor skills of people with dementia. The focus of the nurse's intervention is to promote the development of skills on the part of the elderly person that will help them to maintain functionality and preserve autonomy for as long as possible, while respecting individuality and human dignity.

## **Keywords**

Ageing; Dementia; Alzheimer's Dementia; Non-Pharmacological Therapies; Nursing.



# Índice

<b>1. Introdução</b> .....	1
<b>2. Conceito de Envelhecimento</b> .....	3
<b>2.1. Envelhecimento Demográfico</b> .....	3
<b>2.2. Envelhecimento Patológico</b> .....	3
<b>3. Demência e Fatores de risco</b> .....	5
<b>3.1. Epidemiologia da Demência</b> .....	7
<b>4. Demência de Alzheimer</b> .....	8
<b>4.1. Fisiopatologia</b> .....	8
<b>4.2. Diagnóstico</b> .....	8
<b>4.3. Tratamento</b> .....	10
<b>5. Terapias Não Farmacológicas</b> .....	11
<b>5.1. Estimulação cognitiva</b> .....	12
5.1.1. Terapia da Reminiscência.....	12
5.1.2. Terapia da Validação.....	13
5.1.3. Terapia de Orientação para a Realidade.....	13
5.1.4. Musicoterapia .....	13
<b>5.2. Estimulação Psicomotora</b> .....	14
5.2.1. Psicomotricidade.....	14
5.2.2. Dança .....	15
<b>5.3. Terapia Multissensorial Snoezelen</b> .....	15
<b>6. Prática de Enfermagem</b> .....	17
<b>6.1. Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem</b> .....	17
6.1.1. Teoria do Autocuidado.....	17
6.1.2. Teoria do Déficit de Autocuidado .....	18
6.1.3. Teoria dos Sistemas de Enfermagem .....	19
<b>6.2. Papel do Enfermeiro</b> .....	20
<b>7. Efeitos da Terapia Não Farmacológica e Análise Empírica</b> .....	21
<b>8. Considerações Finais</b> .....	26
<b>Referências bibliográficas</b> .....	28



## **Lista de tabelas**

<b>Tabela 1 – Impacto das Terapias Não Farmacológicas em Idosos com o diagnóstico de Demência de Alzheimer .....</b>	<b>21</b>
<b>Tabela 2 – Análise Empírica .....</b>	<b>23</b>



## **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

ADAS-Cog - Escala de avaliação para a Doença de Alzheimer

APA - American Psychological Association

AVC - Acidente Vascular Cerebral

EC - Estimulação Cognitiva

EEESM - Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental

EEM - Exame do Estado Mental

MoCA - Avaliação Cognitiva de Montreal

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

PCR - Proteína C-Reativa

PET - Tomografia por Emissão de Positrões

RM - Ressonância Magnética

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPECT - Tomografia Computorizada por Emissão de Fotão único

TAC - Tomografia Axial Computorizada

TDAE – Teoria de Défice do Autocuidado de Enfermagem

TOR - Terapia de Orientação para a Realidade

TR - Terapia da Reminiscência

TV - Terapia da Validação

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO - World Health Organization





## 1. Introdução

Conforme se encontra descrito no guia orientador do Estágio VI, um dos requisitos para conclusão da Unidade Curricular- Estágio VI pertencente ao 2º semestre do 4º ano da licenciatura em Enfermagem, é a realização de uma revisão narrativa. Em relação a este trabalho final, o mesmo é composto por uma parte escrita e por uma apresentação oral, pelo que cada elemento tem uma ponderação de 50% para o cálculo da nota final. Uma vez que, o Ensino Clínico decorre no âmbito da Saúde Mental, foi-nos apresentado o seguinte tema geral: “O estado de ânimo nos idosos: cuidados de saúde mental nos centros de saúde e nos serviços de internamento”, a partir do qual deveríamos escolher um tema para o nosso trabalho final. Pelo que, após um período de deliberação decidimos abordar “O impacto da Terapia Não Farmacológica na manutenção das capacidades cognitivas dos idosos com Demência “.

A ideia surge devido ao impacto da demência não só a nível comunitário, com fortes implicações para o utente e a sua família quer a nível psicológico e financeiro, afetando a qualidade de vida, como também pela crescente busca por cuidados de saúde tais como hospitais dia, o aumento do número de internamentos, necessidade de cuidados domiciliários, entre outros.

Verifica-se, desde 1950, o aumento da esperança média de vida, em diversas regiões do globo, ou seja, o envelhecimento populacional trata-se de um dos fenómenos sociais mais expressivos deste século. A população com 60 anos ou mais, está a ampliar-se celeremente quando comparado com os restantes grupos etários mais jovens (Nações Unidas, 2024). Segundo o Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental (2024), a Europa na atualidade, é o continente com a maior percentagem de população com 60 anos ou mais, e aponta que a nível mundial, o número de indivíduos com mais de 80 anos poderá triplicar até 2050 para 425 milhões de pessoas. Julgámos pertinente abordar as Terapias Não Farmacológicas uma vez que permitem a humanização dos cuidados centrados na pessoa com demência, através de uma abordagem holística, trazendo diversos benefícios quando aliados ao tratamento farmacológico.

Como consequência do aumento da esperança média de vida, verifica-se o aumento gradual de indivíduos com patologias de evolução prolongada e iminentemente incapacitante. Neste contexto, existe um conjunto de patologias que se encontram associadas ao fenómeno do envelhecimento populacional, dos quais destacam-se as demências. Como causadoras de incapacidade e de sobrecarga para os cuidadores e inclusive para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo que, devido ao aumento progressivo do número de pessoas com demência, estamos perante um problema atual de Saúde Pública. De facto, trata-se de uma situação inquietante, devido não só ao crescimento e o carácter evolutivo da doença, como também, suscita preocupação relacionada com a sobrecarga nos serviços de saúde e de igual forma dos respetivos cuidadores, bem como o acesso a apoios sociais (Mestre, 2024).

Trata-se de um tema atual sendo importante a capacitação dos profissionais e da comunidade sobre estes aspetos, uma vez que, com o aumento da esperança média de vida, é expectável que ocorra o aumento da prevalência desta patologia.

O objetivo geral deste trabalho designa-se por: Perceber qual o efeito das Terapias Não farmacologias no utente com demência. Como objetivos específicos definimos:

- Aprofundar o conhecimento perante a Demência de Alzheimer;
- Identificar quais as alterações cognitivas e psicomotoras com a evolução da Demência de Alzheimer;
- Conhecer os tipos de Terapias Não farmacologias;
- Estabelecer uma relação comparativa entre a literatura e o contexto clínico.

O presente trabalho encontra-se dividido em oito capítulos, sendo o primeiro alusivo a introdução, em seguida abordamos o conceito de Envelhecimento, com um breve resumo do envelhecimento demográfico e patológico. Logo a seguir, caracterizamos a patologia Demência, sendo que no ponto a seguir aprofundamos a doença de Demência de Alzheimer. Como tema do quinto capítulo desenvolvemos as Terapias Não Farmacológicas, abordamos no sexto capítulo a Prática de Enfermagem onde destacamos a Teoria do Défice do Autocuidado de Orem e no sétimo capítulo realizamos uma análise empírica entre os efeitos das Terapias Não Farmacológicas e o que foi observado no contexto de estágio clínico. Terminando este trabalho com as considerações finais.

A divisão deste trabalho encontra-se em conformidade com as normas definidas pela Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, sendo que as referências e citações encontram-se de acordo com as Normas APA, 7 edição.

## **2. Conceito de Envelhecimento**

Atualmente, entende-se que o envelhecimento se refere a um conceito dinâmico e multifatorial, que sofreu mudanças ao longo dos tempos. Preliminarmente, trata-se de um processo composto por alterações que ocorrem a nível orgânico ao longo do ciclo vital, de forma gradual e universal, ou seja, partindo de uma noção que remete apenas para o conceito de envelhecimento físico ou biológico (Carvalho, 2019).

Contudo a noção de envelhecimento vai além das alterações biológicas, uma vez que envolve mudanças de carácter cognitivo e social, onde se observa uma perda gradual de capacidades influenciada por diversos fatores tais como a perda progressiva de competências psicomotoras, pelo que, a interação entre os mesmos é responsável pela diminuição progressiva da autonomia do indivíduo idoso (Rosado, 2019).

Processa-se de forma individualizada, manifestando-se de forma distinta de pessoa para pessoa, tendo em conta aspetos culturais, pessoais, temporais e económicos. Desta perspetiva, a idade funcional relaciona-se fortemente ao processo de envelhecer, tendo em conta a avaliação da capacidade funcional, sem estar obrigatoriamente conectada apenas à idade cronológica (Ramos, 2017).

### **2.1. Envelhecimento Demográfico**

Em Portugal, nas últimas décadas verifica-se que devido à redução quantitativa da população jovem, associado a redução das taxas de fecundidade, em colaboração com o crescimento da população idosa graças ao aumento da esperança média de vida, assiste-se a um envelhecimento progressivo dos seus habitantes (Ramos, 2017).

Por sua vez, o ponto fulcral situa-se no envelhecimento demográfico, que por um lado, trata-se de uma conquista proveniente da evolução da humanidade, graças ao aumento da qualidade e das condições de vida, mas que por outro lado, é também um enorme desafio da sociedade contemporânea, devido a dificuldade em reverter este processo ao longo dos próximos anos, sobretudo nos países mais industrializados (Carvalho, 2019).

### **2.2. Envelhecimento Patológico**

Como já foi descrito anteriormente, no decurso do processo natural do envelhecimento, graças a correlação de fatores ambientais, sociais, genéticos, comportamentais, entre outros, surgem um vasto leque de alterações. Quando esse conjunto de transformações resultam do processo dito normal do envelhecimento, estamos perante uma situação de envelhecimento primário ou de senescência. Em contrapartida, se na origem dessas alterações estão fenómenos associados ao contexto ambiental ou derivam de uma doença, estamos perante um processo

secundário ou patológico de envelhecimento também denominado como senilidade (Ramos, 2017).

Com o avançar da idade, é comum a manifestação de problemas relacionados com a memória, concentração, rapidez do pensamento, humor e atenção, mas quando as dificuldades se comprovam superiores ao expectável, é plausível desconfiar-se do princípio de um processo patológico (Ramos, 2017).

Posto isto, é determinante diferenciar as transformações que resultam do processo normal de envelhecimento das que procedem de modificações patológicas, pois deste modo para além de assegurar um diagnóstico correto, viabiliza o início de um tratamento adequado e eficaz (Ramos, 2017).

Como consequência do envelhecimento demográfico em Portugal, é expectável a conjugação do crescimento da taxa de doenças crónicas na população idosa, das quais se destacam as doenças cardiovasculares, respiratórias, músculo-esqueléticas, oncológicas e as perturbações mentais e neurológicas. Em relação ao diagnóstico de perturbações neuropsiquiátricas, a depressão e as demências destacam-se devido ao elevado grau de dependência psicossocial a nível global (Rosado, 2019).

De acordo com o relatório da “Health at a Glance” de 2017, citado por Rosado, (2019), Portugal é o segundo país a nível europeu com a maior prevalência de doenças psiquiátricas, ocupando o 4º lugar relativamente a prevalência dos casos de demência. Ainda no mesmo relatório, é destacado a importância da conjugação da idade e da taxa de prevalência da demência, ou seja, a taxa aumenta proporcionalmente com o avançar da idade.

### 3. Demência e Fatores de risco

A demência é definida como uma doença de origem crônica possuindo uma evolução progressiva e contínua da diminuição das funções cognitivas, psicomotoras e neurológicas, prejudicando o domínio da memória, do pensamento, da orientação na pessoa, no tempo e no espaço, da compreensão, do cálculo, da capacidade de aprendizagem, da linguagem e do julgamento. Na maioria dos casos a destruição da capacidade cognitiva é associada à deterioração do controle das emoções e comportamentos sociais (Venâncio, 2016; World Health Organization [WHO], 2021; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, n.d.).

Esta patologia pode ser classificada em primária ou secundária. Designa-se por demência primária quando a doença se manifesta sem estar relacionada com outra doença pré-existente, ou seja, é o primeiro sinal de patologia cerebral. Por outro lado, designa-se por demência secundária quando a doença se manifesta devido a outra condição ou patologia. As principais demências que são classificadas como primárias são a Demência de Alzheimer, a Demência Vascular, a Demência de Corpos de Lewy e a Demência Frontotemporal (Lagarto et al., 2024; Mestre, 2024).

No que diz respeito à patologia de Demência, esta pode ser descrita através de três fases: a fase inicial, a fase moderada e a fase avançada. Inicialmente os sinais de demência podem passar despercebidos, podendo ser confundidos com sinais de velhice ou excesso de trabalho e pelo facto de a demência ser uma patologia com um progresso gradual ao longo do tempo, é difícil determinar o momento em concreto em que a doença se desenvolveu (Mestre, 2024).

Numa fase inicial a pessoa com demência tem como sintoma predominante a perda progressiva da memória imediata e a curto prazo, provocando maior dificuldade em termos de aprendizagens e em compreender uma nova informação, existindo uma maior predisposição para repetição ou perda de raciocínio lógico durante uma conversa, podendo manifestar maior irritabilidade, hostilidade e agitação quando percebem que algo falhou e quando têm consciência que estão a perder independência. Em simultâneo, iniciam-se as alterações da linguagem, ou seja, a incapacidade de recordar a palavra correta, e alterações da personalidade evidenciando menor vivacidade, maior apatia manifestada pela diminuição do interesse por atividade que antes realizava com agrado e, por sua vez apresentar resistência em realizar novas atividades. Também nesta fase, a pessoa tem dificuldade em se adaptar a mudanças e a tomar decisões, pois o pensamento abstrato, a percepção e o julgamento também podem ser afetados (Lagarto et al., 2024; Mestre, 2024; Sousa et al., 2024).

Numa fase moderada da doença há maior diminuição da memória de médio e longo prazo, manifestando por períodos de desorientação no tempo e espaço, as recordações de eventos passados, nesta fase, estão ligeiramente melhor, contudo poderá existir pormenores esquecidos ou confundidos. Nesta fase, as adversidades são mais evidentes e incapacitantes, existindo uma maior necessidade de ajuda na execução das atividades da vida diária, como o cuidado da higiene, alimentação e

vestuário. Mantém-se ainda nesta fase a dificuldade de aprendizagem e de compreensão de novas informações. É comum utentes com o diagnóstico de demência terem comportamentos de irritabilidade, ansiedade, egocentricidade, inflexibilidade ou isolamento social e depressão. (Mestre, 2024; Sousa et al., 2024).

Na fase avançada da doença existe uma diminuição exacerbada da execução das atividades da vida diária, provocando compromisso das necessidades básicas do utente, tornando-os mais dependentes, nomeadamente na alimentação, na higiene, no vestuário e na mobilidade. Deste modo o utente pode ficar desnutrido, incontinente, estar mais vulnerável ao aparecimento de úlceras por pressão, propiciado o aumento do risco de infeções. Nesta fase final o utente é incapaz de recordar acontecimentos quer sejam recentes como remotos e até apresentam dificuldade em recordar locais e pessoas, têm dificuldade em se expressarem e são incapazes de compreender o que lhes é dito ou de identificar objetos. Nomeadamente ao comportamento, permanece a inquietação e a agressividade (Mestre, 2024; Sousa et al., 2024).

De acordo com Vacas (2024) a demência comporta um conjunto de fatores de risco tais como:

- Predisposição genética dado que a presença da mutação do alelo 2 da apolipoproteína  $\epsilon 4$  é visto como um fator de risco para o desenvolvimento da patologia;
- Baixo nível de escolaridade, uma vez que, quanto menor for a estimulação cognitiva de forma contínua aumenta o risco da deterioração da função cerebral;
- Baixo nível socioeconómico, pois, propícia hábitos de vida pouco saudáveis;
- Excesso de consumo de álcool;
- Isolamento social, com a diminuição das interações sociais promovem o surgimento de doenças e o declínio do processo cognitivo;
- Alterações analíticas tais como o aumento da proteína C-reativa (PCR) e a diminuição da vitamina D;
- Antecedentes pessoais: Diabetes, Hipotensão ortostática, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Depressão, Stress crónico e doença cardíaca.

Ao controlar os fatores modificáveis, como o consumo de álcool, prática de exercício físico, ter uma alimentação equilibrada e variada e estimular o processo cognitivo, é possível minimizar o risco e retardar o aparecimento do quadro demencial (Mestre, 2024).

### **3.1. Epidemiologia da Demência**

Mundialmente, a demência destaca-se como a sétima principal causa de mortalidade, citado por Magalhães & Cruz (2023), onde a demência de Alzheimer representa 70% das ocorrências. Trata-se de um problema de Saúde Pública, pelo que mais de 90% dos casos surge em indivíduos com mais de 65 anos de idade, o que comprova que o envelhecimento é o principal fator de risco para o surgimento desta patologia.

Segundo o relatório Health at a Glance da OCDE (2023), a demência caracteriza-se por um conjunto de distúrbios cerebrais, que conduzem a deterioração gradual da capacidade funcional e de socialização devido a degradação de células cerebrais, dos quais a doença de Alzheimer faz parte. Além disso, neste relatório surge ainda uma estimativa que ronda mais de 32 milhões de indivíduos com demência até ao ano de 2040 nos países pertencentes a OCDE. Refere ainda que em Portugal, até ao mesmo ano, a prevalência desta patologia será de aproximadamente 25 pessoas por cada 1000 habitantes.

## **4. Demência de Alzheimer**

A doença de Alzheimer é uma patologia neurodegenerativa progressiva, tendo como causa predominante o envelhecimento, correspondendo a 60-70% dos casos de demência. É descrita pela deterioração dos neurónios da região temporal medial, produzindo progressivamente alterações das funções cognitivas, nomeadamente, alterações do comportamento e capacidade funcional. Destaca-se, ainda, a presença de evidência familiar de mutações genéticas causadoras desta doença. Ainda associados a esta doença, a lesão cerebral, o sexo feminino, baixos níveis de escolaridade, a ausência da prática de desporto, o consumo de tabaco e álcool, obesidade, diabetes, hipertensão arterial correspondem a fatores de risco (Lagarto et al., 2024; Mestre, 2024; Sousa et al., 2024).

Numa fase inicial, pela perda gradual da memória e pela incapacidade constante de assimilar informações ou novas competências ao longo do tempo, provoca o desenvolvimento para distúrbios comportamentais e cognitivos, principalmente, alterações do julgamento, do cálculo e do raciocínio abstrato. À medida que a doença vai evoluindo outras regiões do cérebro são afetadas evidenciando problemas na linguagem e compreensão, manifestadas por apraxia, afasia agnosias, também se verificam alterações do padrão de sono e do comportamento manifestadas por insónias, irritabilidade, agressividade, hiperatividade, apatia, depressão, podendo, ainda, surgir alucinações (Lagarto et al., 2024; Mestre, 2024).

### **4.1. Fisiopatologia**

A demência de Alzheimer é caracterizada pela diminuição gradual de neurónios relacionada com dois tipos de lesões, as placas de senis que correspondem ao aglomerado extracelular de proteínas rodeadas de terminações axonais e tranças neurofibrilares, que consistem em depósitos intracelulares de proteínas. Este acúmulo de proteínas, de ambas as lesões anteriormente referidas, é visto como a fonte principal da doença, originando atrofia do córtex cerebral, aumento do sistema ventricular, diminuição de pigmentação da neuromelanina e perda de volume cerebral, provocando o declínio da quantidade de neurónios, e conseqüentemente, a perda sináptica (Magalhães & Cruz, 2023; Lagarto et al., 2024).

### **4.2. Diagnóstico**

Uma vez que, os sinais associados ao envelhecimento são similares aos sintomas de demência, constata-se que um conjunto apreciável de indivíduos só recebe o diagnóstico numa fase moderada ou avançada da doença, ou por vezes, acaba por não ser diagnosticado, pelo simples facto, de que em algumas situações e de forma errada, o envelhecimento acaba por disfarçar o estado inicial de demência. Neste sentido, o diagnóstico precoce acaba por ser crucial para a identificação dos primeiros sinais de demência de modo a encaminhar estas pessoas para consultas com profissionais especializados e possibilita ao indivíduo

com demência e os seus respetivos cuidadores o planeamento e a tomada de decisões importantes face ao futuro. Ao mesmo tempo, inicia-se uma intervenção farmacológica e não farmacológica, com o intuito de diminuir o impacto dos sintomas e a manutenção das capacidades (Mestre, 2024).

Segundo a Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer (s.d), apesar de não existir um exame próprio para efetuar um diagnóstico de grande parte das formas de demência existentes, há um vasto leque de exames e avaliações que em conjunto permitem verificar se os sintomas se enquadram em determinados critérios e também para a exclusão de outras causas que possam provocar estes sintomas.

Em primeiro lugar, é fundamental a realização de uma avaliação inicial que inclua a história pessoal, a terapêutica habitual, um repertório das alterações identificadas e se possível o início do surgimento das mesmas. É igualmente importante, a realização do exame físico e a análise dos resultados dos exames laboratoriais, uma vez que existem outras causas que podem estar na origem deste tipo de sintomatologia tais como a deficiência vitamínica, distúrbios metabólicos, efeitos secundários da terapêutica ou até mesmo infeção. Quando tratadas adequadamente os sintomas desaparecem, excluindo-se a suspeita de um quadro de demência. Ao concluir estas avaliações, caso se verifiquem perturbações ao nível do pensamento, das emoções ou comportamento dever-se-á reencaminhar o utente para uma consulta de psiquiatria, ou caso seja detetado perturbações a nível cerebral e das vias nervosas o acompanhamento desse utente deverá ser realizado por um neurologista (Associação Alzheimer Portugal, n.d.)

A respeito da avaliação do estado mental, de modo a avaliar a função cognitiva (memória, concentração, orientação, linguagem...) existem diversos testes breves tais como o Exame do Estado Mental (EEM), Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA), Escala de avaliação para a Doença de Alzheimer (ADAS-Cog), sendo uteis não só para o diagnóstico de demência bem como para diferenciar o tipo de demência em questão. Existem ainda outros meios complementares de diagnóstico tais como: exame radiológico (Raio-X), tomografia axial computadorizada (TAC), ressonância magnética (RM), tomografia por emissão de positrões (PET) e tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT) (Associação Alzheimer Portugal, n.d.).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2023), preconiza-se a realização dos exames laboratoriais, segundo prescrição médica no momento da avaliação inicial, tendo como componentes de estudo o hemograma, glicémia, calcémia, ionograma sérico, função hepática, função renal, função tiroideia, níveis de vitamina B12 e de ácido fólico e, também, o teste sorológico para despiste da doença sífilis e VIH, e análise de urina tipo II.

### 4.3. Tratamento

No que diz respeito ao tratamento, não existe algo que cure a demência, deste modo o foco de intervenção é a prevenção e melhoria de sintomas com o uso de Terapias Farmacológicas e Não Farmacológicas. A Terapia Farmacológica deve-se iniciar com doses baixas e aumentando progressivamente até alcançar a dose-alvo. Pode ser administrado inibidor da acetilcolinesterase, que são mais frequentemente usados na fase inicial a moderada da doença, trazendo benefícios a nível da função cognitiva, pois permite a elevação da concentração de neurotransmissores na fenda sináptica, e no funcionamento geral do organismo. Os inibidores mais utilizados na prática clínica são o donepezil, a rivastigmina e a galantamina. E como segunda estratégia terapêutica a memantina, que é mais usada numa fase avançada da doença. (Magalhães & Cruz, 2023; Lagarto et al., 2024).

Como efeitos secundários os inibidores da acetilcolinesterase geram alterações gastrointestinais e insónias, e em caso de uso transdérmico poderá causar irritabilidade cutânea. A memantina pode provocar cefaleias, obstipação, confusão e tonturas, de tal forma que o seu uso farmacológico é considerado a segunda linha de tratamento (Magalhães & Cruz, 2023).

Como primeira linha de tratamento existem as Terapias Não Farmacológicas, onde o profissional de saúde apresenta um papel de relevante importância na prática de estratégias não farmacológica, estas são desenvolvidas de acordo com as capacidades do utente, ambiente e competências do profissional tendo como objetivo a prevenção e melhoria de sintomas neuropsiquiátricos e comportamentais. Alguns exemplos desta terapia consistem na prática de orientação para a realidade, de modo a restabelecer a memória temporal, espacial e pessoal, uso de Terapias de reminiscência, arteterapia com o intuito de diminuir a ansiedade e o desenvolvimento cognitivo e psicomotor (Magalhães & Cruz, 2023).

## 5. Terapias Não Farmacológicas

Nos idosos com o diagnóstico de Demência de Alzheimer, a instalação do declínio cognitivo consiste num dos fatores que leva a institucionalização destes indivíduos, com graves repercussões ao nível da capacidade de viver de forma independente e segura. Posto isto, é fundamental que as instituições estejam preparadas para cuidar de pessoas com demência, dado ao progressivo declínio da função cognitiva, das habilidades para desempenhar as tarefas do quotidiano e das alterações a nível comportamental. Ou seja, surge a necessidade de garantir uma variedade de cuidados técnicos e humanizados, de modo a suprir as necessidades de cada indivíduo que para além de possuir particularidades decorrentes da sua doença, deve estar no centro dos cuidados (Garcia, 2011).

As alterações do comportamento são o motivo principal pelo desajuste nas interações sociais, tais como a agitação, agressividade, desinibição sexual e/ou vocabulário inapropriado, ocasionando sentimentos de angústia nos idosos. Nestas circunstâncias, a prática clínica aposta na pesquisa de patologia orgânica que possa estar na origem desta sintomatologia, e quando tal não se verifica, o passo seguinte consiste em recorrer, em primeiro lugar, a técnicas não farmacológicas, e em caso destas não serem eficazes introduzir as Terapias Farmacológicas (Garcia, 2011).

Devido às características destes utentes, os cuidadores formais necessitam de assegurar uma vigilância capaz de dar respostas as modificações do comportamento que aumentam o risco de quedas, a ideação de fuga, a recusa em se alimentar e em aceitar a toma da medicação. Conforme descrito no relatório anual da Alzheimer Disease International (2016), os idosos com diagnóstico de demência carecem de um maior grau de supervisão e de cuidados, situação que exige por parte dos profissionais de saúde maior empenho e desenvolvimento de competências para a realização de intervenções de enfermagem de qualidade, e consequentemente provoca um aumento dos custos em saúde (Ramos, 2017; Alzheimer's Disease International, 2022).

A intervenção não farmacológica consiste num grupo de ações cujo objetivo centra-se na melhoraria do funcionamento do indivíduo, de modo a preservar ao máximo as suas capacidades (motoras, cognitivas e sociais) num maior período possível, com impacto na sua autonomia, dignidade e bem-estar (Mestre, 2024).

O recurso a Terapias Não Farmacológicas permite também, a abrandamento da evolução do quadro demencial, facilitando a gestão dos sintomas neuropsiquiátrico, como as alterações da perceção, do pensamento, do humor e do comportamento (Ramos, 2017; Alzheimer's Disease International, 2022).

Deste modo, a realização de uma avaliação neuropsicológica torna-se crucial para determinar quais os tipos de técnicas não farmacológicas serão mais adequados consoante a etapa de evolução da Doença de Alzheimer. Ou seja, ao obter informações sobre as áreas mais comprometidas, possibilita a elaboração de um plano de intervenções individualizados, passível de ser modificado face às

características do meio ou tendo em consideração os gostos do próprio utente, de modo a promover a sua adesão e a participação ativa. É imprescindível a implementação deste processo numa fase inicial da doença, por uma equipa multidisciplinar constituída por médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social entre outros, com a finalidade de estimular a independência do utente (Garcia, 2011; Mestre, 2024).

## **5.1. Estimulação cognitiva**

A Estimulação Cognitiva (EC) pode ser descrita como um conjunto de tarefas que se destina a estimulação de diversos campos dos quais sobressaem exemplos tais como o pensamento, a memória, a atenção e a linguagem. Propõe-se a aplicação de múltiplas sessões de modo a garantir os ganhos em saúde. Existe uma variedade de pesquisas científicas que evidenciam a eficácia da EC designadamente a nível cognitivo, humor, comunicação, autonomia funcional com impacto na qualidade de vida. Para além disso, apresenta vantagens ao otimizar recursos humanos e económicos, aliviando a sobrecarga do cuidador (Silva, 2020).

Posto isto, existe um conjunto de princípios que norteiam a aplicação da EC, como a estimulação da mente, da memória, da linguagem e da comunicação; o recurso a uma abordagem cujo foco central é o indivíduo; fornecimento de um ambiente seguro e favorável não só para a aprendizagem e treino de competências como para expressão de pensamentos e ideias; auxiliar na orientação e disponibilizar atividades que se enquadrem no gosto pessoal; consolidar a relação terapêutica e incentivar o planeamento por parte do indivíduo das suas atividades de vida diária (Silva, 2020).

### **5.1.1. Terapia da Reminiscência**

A Terapia da Reminiscência (TR) pode ser definida como uma técnica capaz de estimular e exercitar a memória graças a invocação de lembranças positivas, promovendo a interação social e aumentando a autoestima, com repercussão na qualidade de vida (Magalhães & Cruz, 2023).

Apresentado pela primeira vez por Butler (1977), citado por Silva (2018) a Terapia de Reminiscência passou a ser considerada uma técnica terapêutica quando Woods (1992), citado por Silva (2018), aplicou este tratamento em indivíduos com o diagnóstico de demência com a intenção de estimular a memória, ao encorajar o relato por parte dos idosos sobre as suas vivências. As sessões podem ser individuais ou em grupo, e com o recurso a materiais como fotografias, livros, jornais ou utensílios domésticos muitas vezes contribuem para o sucesso desta intervenção.

Para além da delimitação temporal das recordações, procura-se que o idoso se concentre nos detalhes e nas sensações trazidas pela lembrança, de forma a ir ao encontro da sua identidade, reforçando a sua autoestima com o reconhecimento das suas experiências e conquistas pessoais (Garcia, 2011).

### **5.1.2. Terapia da Validação**

A Terapia da Validação (TV), produzida por Naomi Feil (1967), citado por Silva (2018) dedica-se sobretudo a escuta ativa com o intuito de estimular a comunicação do idoso com défice cognitivo. Requer que o cuidador respeite e se ajuste ao indivíduo e à sua doença, assumindo uma postura empática, concedendo a possibilidade para a resolução de divergências ao encorajar e validar a exposição de sentimentos. A TV apoia-se num conjunto de preceitos tais como: cada indivíduo é único e merece ser tratado de acordo com as suas características e particularidades; o valor de uma pessoa não pode ser mensurado com base no seu nível de desorientação; existe raciocínio mesmo em períodos de grande desorientação; a conjugação das alterações cerebrais, físicas, psicológicas e sociais que ocorrem no ciclo vital influenciam o comportamento; as pessoas mais velhas só devem alterar os seus comportamentos se assim o desejarem; a perda de habilidades motoras pode desencadear o surgimento de problemas psicológicos; relembrar acontecimentos passados ajuda a restaurar as falhas de memória recente. Habitualmente, é usada em idosos com diagnóstico de demência em estádios mais avançados da doença (Garcia, 2011; Silva, 2018; Magalhães & Cruz, 2023).

### **5.1.3. Terapia de Orientação para a Realidade**

No que diz respeito a Terapia de Orientação para a Realidade (TOR) concebida por Folsom (1966), traduz-se no fornecimento de informação essencial de forma a facilitar ao indivíduo a reaquisição de informações sobre si mesmo, sobre o espaço que o rodeia e sobre o tempo, tendo como propósito assegurar que o idoso permaneça orientado, de modo a prevenir o decréscimo de capacidades perceptivas. A TOR, parte do princípio de que as falhas a nível da orientação, provocam impactos negativos no funcionamento dos idosos com demência. Apesar da sua aplicabilidade tanto informal como formalmente, quando utilizada por técnicos especializados, garante resultados com maior grau de eficiência. Em primeiro lugar, questiona-se de forma a obter uma resposta franca por parte dos idosos e logo a seguir é oferecida ajuda de forma a complementar ou até mesmo corrigir a informação que está em falta (Garcia, 2011; Silva, 2018; Magalhães & Cruz, 2023).

### **5.1.4. Musicoterapia**

A musicoterapia ou terapia pela música é uma intervenção psicoterapêutica que pode ser implementada a doentes que tenham o diagnóstico de Doença de Alzheimer em qualquer fase da mesma, tendo como objetivo a diminuição de complicações comportamentais e cognitivas, potencializando o funcionamento social e emocional. A música tem o potencial de interagir com áreas do cérebro que ainda não foram afetadas pela doença, de modo a reintegrar alguns dos aspetos da personalidade do utente, permitindo-lhe conectar-se com o seu passado, por meio de memórias, provocando um efeito positivo de reinserção do indivíduo com o meio social (Silva, 2018; Costa et al., 2019; Nunes et al., 2021).

Este tipo de terapia poderá ser dividido em três técnicas a recetiva, a ativa e a interativa. Na perspetiva recetiva a música é o foco da atividade, onde o utente ouve e conecta-se com a música, ou seja, o utente recebe estímulos e recordações provenientes da música, de modo que no fim exista um momento de reflexão e exposição do que o utente sentiu ou se recordou enquanto ouvia a música. Na perspetiva ativa, é o utente o centro da atividade, isto é, o objetivo é que o utente consiga reproduzir som criando uma melodia com o objetivo de promover a individualidade do utente. Já na perspetiva interativa pode ser tando o utente como o musicoterapeuta que produz o som, ou seja, estão todos os elementos do grupo a participar da criação da arte de forma espontânea (Silva, 2018; Nunes et al., 2021).

A musicoterapia tem como objetivo promover a saúde e o bem-estar, facilitar a recordação de momentos felizes, propiciar estados de humor agradáveis, diminuir os níveis de *stress*, aumentar o relaxamento, sendo um processo que necessita do estabelecimento de objetivos, um planeamento de intervenções e uma avaliação contínua do feedback do utente (Nunes et al., 2021).

Assim sendo, a musicoterapia é vista como um tratamento sistemático eficaz para o abrandamento da progressão da doença, pois abrange a criação de músicas de épocas e géneros diferentes, onde os utentes para além de se limitarem a ouvir música, também podem tocar instrumentos, dançar, compor canções e até mesmo improvisar, providenciando a diminuição da ansiedade e facilitar o processo de interação social (Garcia, 2011; Magalhães & Cruz, 2023).

## **5.2. Estimulação Psicomotora**

### **5.2.1. Psicomotricidade**

A psicomotricidade é definida pela utilização do corpo em movimento como meio que auxilia o indivíduo a redescobrir o prazer sensório-motor e reencontrar o seu “eu”. Compreende-se que a psicomotricidade contempla um plano transdisciplinar onde procura entender a interligação entre o psiquismo e motricidade, onde um foca-se no funcionamento mental total, isto é, as sensações, percepção, emoções, afetos, receios, e o outro corresponde a um conjunto de expressões mentais e corporais que englobam as funções posturais, tónicas e práxicas, respetivamente (Nascimento, 2015; Gomes, 2016).

Deste modo a psicomotricidade tem como objetivo ajudar o indivíduo a ultrapassar os seus problemas a nível corporal, como, dispraxias; problemas psicossomáticos, a nível social, pois promove a comunicação e interação social; auxilia na gestão de problemas comportamentais, como hiperatividade e agressividade e a nível cognitivo, como, prevenção do declínio da memória, atenção e concentração. Para além destas vertentes, a psicomotricidade também abrange, na sua intervenção, o contexto sociocultural onde o indivíduo se encontra,

com o objetivo de criar intervenções específicas da função motora, de modo a beneficiar a sua interação com o restante grupo (Nascimento, 2015; Gomes, 2016).

A psicomotricidade apresenta uma vasta lista de técnicas que podem ser implementadas, tais como: as técnicas de relaxamento e consciência corporal, que tem como objetivo o relaxamento do corpo do indivíduo e a toma de consciência do que está a acontecer ao seu redor, de modo a que o indivíduo permita a exteriorização, aceitação e controlo de sentimentos e emoções; atividades lúdicas, expressivas e de recreação, onde é necessário o suporte da tonicidade corporal, onde permite a criação de posturas, mímicas e libertação de emoções e sentimentos, provenientes dos movimentos humanos (Nascimento, 2015; Gomes, 2016).

### **5.2.2. Dança**

A dança incorpora o tipo de terapia expressiva, que busca o equilíbrio, a harmonia intrínseca e extrínseca do corpo, representando um mecanismo onde procura o movimento e dinamismo do corpo, intercalados com os gestos, o ritmo da música e até mesmo o silêncio, para que o indivíduo consiga comunicar as suas emoções sem utilizar a linguagem. Nesta terapia o corpo é o interlocutor da informação, das emoções e das percepções, recolhidas e interpretadas pelos cinco sentidos, algo que é estimulado pela dança, promovendo uma maior sensibilidade, criatividade e espontaneidade à performance, proporcionando momentos de completa subjetividade, individualidade e personalidade do indivíduo que expõe através da dança as suas dificuldades e bloqueios (Santos, 2016; Marques, 2021).

Pode-se, assim, afirmar que a dança permite a expressão corporal, propiciando a autonomia do indivíduo, pois esta atividade está interligada com a coordenação motora, com os sentidos, envolvendo o corpo num todo, parte física como psicológica e espiritual, para a expressão e solução dos problemas e também a interação social pois é vista como uma atividade coletiva e lúdica, de modo a facilitar a construção de relações interpessoais. E ainda, com a prática desta atividade, permite o aumento da resistência corporal e autoestima, melhora a postura e flexibilidade, como também ajuda na manutenção emocional e desenvolvimento dos caracteres afetivos, sociais, cognitivos e motores, viabilizando o crescimento do indivíduo num todo (Santos, 2016; Marques, 2021).

## **5.3. Terapia Multissensorial Snoezelen**

Partindo da premissa de que os sintomas neuropsiquiátricos vivenciados pelos utentes com diagnóstico de demência podem diferir de um tempo alargado da privação de estimulação sensorial, a Terapia de Snoezelen é vista com uma intervenção multissensorial que visa o relaxamento através da estimulação da percepção sensorial de forma indireta utilizando efeitos de luz, som, toque, cheiro e paladar, para o desenvolvimento de experiências distintas para cada pessoa. Para a realização desta atividade, há a necessidade de existir um espaço aberto com a

utilização de imagens, sons, texturas e aromas, de modo a permitir que exista uma estimulação sensorial devidamente executada (Garcia, 2011; Venâncio, 2016).

No que diz respeito à realização da Terapia de Snoezelen, esta deverá ser algo individualizada e personalizada tendo em conta as necessidades do idoso, providenciando a estimulação dos seus sentidos de modo a assistir no tratamento à dor e orientando o utente para o seu diagnóstico e para as suas complicações. Esta Terapia tem como objetivos a promoção do prazer e renovação dos utentes, com o intuito de aproveitar ao máximo todas as vantagens que o espaço físico e equipamento tem para oferecer ao idoso, sem causar pressão da estimulação (Venâncio, 2016; Carvalho, 2023).

A sala de Snoezelen é construída com vista a ser um ambiente organizado, livre para descobertas, de modo a facilitar a estimulação pessoal. Sendo criada para a estimulação de vários sentidos como:

- Sentido Olfativo e Gustativo - onde procura-se aceder à memória emocional;
- Sentido Visual: onde é utilizado equipamento com a bola de espelhos, luzes de fibra ótica, projeção de imagens, de modo a provocar a sensação de relaxamento do utente e a estimulação cognitiva;
- Sentido Auditivo e Vibroacústico: com recurso a música, vozes ou sons relaxantes de modo a construir um ambiente calmo, favorecendo a comunicação verbal e não-verbal;
- Sentido Tátil: com a ajuda de diferentes texturas, painéis táteis e tecidos, ao tocar nestes equipamentos, não só ajudam na manutenção da motricidade fina como também auxiliam na estimulação sensorial e cognitiva (Venâncio, 2016; Carvalho, 2023).

Este tipo de Terapia baseia-se na reabilitação da memória dos idosos com diagnóstico de demência, tendo em conta, que esta Terapia poderá ser realizada em qualquer fase da doença, não se limitando apenas à fase inicial, pois numa fase avançada a Terapia de Snoezelen também providencia benefícios no âmbito da comunicação, relação interpessoal e proporciona um ambiente calmo e de lazer (Venâncio, 2016).

## 6. Prática de Enfermagem

### 6.1. Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem

Durante os anos 60, emergiu a necessidade de pensar em Enfermagem não só como uma profissão, como também uma disciplina acadêmica, o que por sua vez fomentou o crescente surgimento de literatura científica cujo conteúdo predominante se centrava nas teorias de enfermagem (Queirós et al., 2014).

Como relatado por Barrett (2002), citado por Queirós et al (2014), a Enfermagem possui o seu próprio conhecimento, e, enquanto disciplina serve-se do uso de Teorias de Enfermagem, para dedicar-se ao sistema que envolve as interações entre o ser humano, a sua saúde e o ambiente que o rodeia, pelo que a essência da Enfermagem consiste em favorecer o bem-estar da humanidade.

A ciência que suporta a Enfermagem ajuda a compreender e a interpretar conceitos, e modelos teóricos de forma a estabelecer metas importantes para a prática assistencial. Por outras palavras, a existência de um modelo conceptual e teórico permite ao enfermeiro desenvolver a sua prática profissional de acordo com uma base ética e estruturada que analisa de forma crítica a sua atuação. Adicionalmente, adquire-se autonomia com o desenvolvimento de conhecimentos sobre a forma mais correta de atuar e ser capaz de clarificar o que norteia cada ação, evidenciando a importância da teoria em enfermagem não só para a prática clínica, como para o ensino e a investigação (Queirós et al., 2014).

Posto isto, consideramos pertinente abordar a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea de Orem que começou a ser desenvolvido em 1956, tendo sido validada em 1967 graças ao livro *Nursing Development Conference Group*. A TDAE compreende três teorias que estão interligadas: A Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Petronilho, 2012; Queirós et al., 2014).

#### 6.1.1. Teoria do Autocuidado

Em primeiro lugar, surge a necessidade de esclarecer o conceito de Autocuidado, que, apesar do seu carácter evolutivo e multidimensional, pode ser definido como a habilidade de dar início a uma ação responsável e eficiente de modo a estimular o potencial para a saúde e para o bem-estar. De acordo com Orem (2001) citado por Petronilho (2012), o indivíduo adquire com a experiência a capacidade para cuidar de si, sendo designado como agente de autocuidado, por sua vez, quando não existem competências individuais para se autocuidar e a responsabilidade é transferida a familiares e/ ou amigos estamos perante um agente dependente de cuidados, por fim quando o ato de cuidar recai sobre profissionais de saúde como os enfermeiros deparamo-nos com um *therapeutical self-care agent*.

Por outro lado, também pode ser descrito como resultado da integração em um regime terapêutico numa situação de doença crónica resultantes de uma busca por cuidados de saúde, Orem (2001) citado por Petronilho (2012) destaca a importância

da existência de motivação para responsabilizar-se pelo seu autocuidado que podem ser afetadas por fatores como estado de saúde, a educação, a cultura e experiências pessoais.

Atualmente existem diversas razões para que o autocuidado assuma um papel relevante no âmbito da saúde, dos quais destacam-se: as mudanças no padrão de saúde e o crescimento da prevalência de doenças crónicas, devido ao envelhecimento populacional; a mudança entre um paradigma centrado na cura para uma abordagem orientada para a promoção da saúde e a prevenção da doença; a limitação de recursos humanos, financeiros e materiais que são a fonte de preocupações com a sustentabilidade do sistema de saúde, com a redução do tempo de internamento hospitalar e a crescente valorização dos cuidados prestados na comunidade, com vista de capacitar as famílias para a adoção de estilos de vida mais saudáveis; o fácil acesso a informação por parte dos indivíduos, que traz benefícios a nível do aumento da autonomia e na tomada de decisões promovendo a sua participação ativa nas questões relacionadas com a saúde (Petronilho, 2012).

O autocuidado constitui uma base teórica para intervenções psicoeducacionais, cognitivas e comportamentais, orientadas para o desenvolvimento de conhecimentos e competências que auxiliem na tomada de decisões ao longo das transições do ciclo de vida (Petronilho, 2012).

### **6.1.2. Teoria do Défice de Autocuidado**

Uma das componentes principais da TDAE é a Teoria do Défice de Autocuidado que evidencia e explica o motivo pelo qual os indivíduos carecem de cuidados de Enfermagem. Isto é, quando as exigências superam as habilidades que o indivíduo detém para assegurar o seu autocuidado, manifesta-se um défice de autocuidado. Tendo em vista esta definição (de défice de autocuidado) é possível ajustar os mecanismos de assistência para as pessoas com patologia e compreender o papel destes indivíduos no seu autocuidado (Petronilho, 2012).

Orem (2001) citado por Petronilho (2012) reconhece os seguintes mecanismos de ajuda: atuar de forma a realizar as tarefas por outra pessoa; oferecer orientação; disponibilizar suporte físico e emocional; criar um ambiente favorável ao crescimento pessoal; transmitir conhecimentos e treinar habilidades. Deste modo, o enfermeiro atua com o objetivo de diminuir o impacto provocado pelo défice. Posto isto, Orem (2001) citado por Petronilho (2012) recomenda cinco áreas de intervenção para o exercício da atividade profissional dos enfermeiros: instituir e sustentar uma relação terapêutica com o utente, a sua família e a comunidade até a cessação da demanda por cuidados de saúde; definir a tipologia de cuidados e estabelecer de que forma os utentes vão ter acesso aos mesmos; fornecer respostas aos pedidos dos doentes facilitando o acesso a equipa de enfermagem; articular os cuidados não só de enfermagem como de outras áreas e/ ou serviços na rotina do indivíduo; facultar assistência direta de cuidados de enfermagem aos utentes e pessoas significativas.

### **6.1.3. Teoria dos Sistemas de Enfermagem**

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem procura entender de que forma os enfermeiros e os utentes encontram soluções para a satisfação das necessidades de autocuidado, em outras palavras, esta teoria correlaciona a planificação e áreas da intervenção da enfermagem. O foco do sistema de enfermagem consiste na identificação das necessidades de autocuidado e na existência de habilidades do indivíduo para realização das atividades de vida diária. Quando se manifesta o défice de autocuidado, os cuidados de enfermagem são imprescindíveis situando-se entre o que o utente é capaz de realizar e no que é exigido para a manutenção do autocuidado (Petronilho, 2012).

Orem (2001) citado por Petronilho (2012) apresentou três classificações de sistemas de Enfermagem de modo a atender as exigências de autocuidado dos utentes, sendo considerado um dos deveres da prática para o exercício da Enfermagem.

#### **Sistema Totalmente Compensatório**

Neste sistema o indivíduo não detém as capacidades para assegurar o seu autocuidado na sua globalidade, configurando um grau elevado de dependência no desempenho do seu autocuidado, sendo substituído na totalidade na prestação dos seus autocuidados. São incluídos neste sistema os indivíduos incapazes de executar qualquer tipo de autocuidado devido a alteração do seu estado de consciência, situações em que apesar de preservada a capacidade para tomada de decisões, a condição física impede a realização de movimentos ou, quando ocorre o inverso, o sujeito segue as indicações fornecidas e consegue executar as tarefas, mas não possui habilidade para tomar decisões (Petronilho, 2012).

#### **Sistema Parcialmente Compensatório**

Neste caso, o enfermeiro auxilia em atividades do autocuidado que o indivíduo não consegue suprir, pelo que os dois intervenientes assumem parte da responsabilidade na gestão das atividades de vida diárias. A repartição das tarefas vai estar dependente do estado de saúde e prescrição médica, das competências adquiridas e da motivação para desenvolver tarefas (Petronilho, 2012).

#### **Sistema de Apoio-Educação**

Este cenário é o que apresenta um menor grau de dependência ao nível da gestão do autocuidado, uma vez que está presente a capacidade para suprir as suas necessidades por parte do doente, pelo que o papel do enfermeiro consiste em guiar e em ensinar atividades do quotidiano, de forma a criar um ambiente favorável para aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências (Petronilho, 2012).

## **6.2. Papel do Enfermeiro**

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EEESM), é o profissional de saúde, que devido a sua capacidade para efetuar um diagnóstico e planear intervenções de acordo com a complexidade inerente a díade idoso-cuidador, encontra-se devidamente capacitado para atuar, não só a nível de intervenções de enfermagem bem como garantir a gestão e supervisão dos cuidados, uma vez que detém conhecimentos técnicos, científicos e legislativos para cuidar do idoso com Alzheimer assegurando o respeito e a preservação da sua dignidade (Magalhães & Cruz, 2023).

Na Demência de Alzheimer, realça-se o papel do enfermeiro na educação para a saúde uma vez que se trata de uma medida essencial não só para facilitar a adaptação ao estado de doença, bem como na identificação precoce e prevenção de problemas. É expectável que o enfermeiro elabore um plano de cuidados individualizado, cujo centro de cuidados seja o idoso com demência, sem esquecer o papel da família, proporcionando orientações e o suporte para a mesma. Por isso, o papel da enfermagem é fundamental porque para além da sua maior proximidade com a díade idoso-cuidador, seja em contexto hospitalar ou até mesmo comunitário, ao atualizar regularmente os seus conhecimentos, promove a qualidade de vida e alivia o sofrimento (Magalhães & Cruz, 2023; Santos, 2023).

É essencial que o enfermeiro elabore e execute intervenções que atuem na reabilitação e manutenção cognitiva e motora dos indivíduos com Demência de Alzheimer, por via do desenvolvimento de capacidades essenciais para que o idoso consiga atuar de forma autónoma, pelo maior período possível, com o objetivo de atrasar a instalação de défices cognitivos e funcionais diminuindo a sobrecarga que recai sobre os cuidadores destes indivíduos (Magalhães & Cruz, 2023).

## 7. Efeitos da Terapia Não Farmacológica e Análise Empírica

O presente capítulo foi elaborado com o intuito de avaliar as repercussões que a Terapia Não Farmacológica exerce em idosos com o diagnóstico de Demência de Alzheimer em contextos diferentes, ou seja, o internamento de curta duração cujo objetivo consiste na estabilização de sintomas neuro cognitivos, ou casos com maior perspectiva de reabilitação cognitiva e motora, e, situações que requeriam o alívio do cuidador, por outro lado, o internamento de longa duração, que diz respeito aos utentes que permanecem no internamento até ao final do ciclo de vida num estágio mais avançado do quadro demencial.

Primeiramente, na tabela 1 são apresentados resultados dos diferentes estudos referentes aos efeitos obtidos da implementação das Terapias Não Farmacológicas em idosos com o diagnóstico de Demência de Alzheimer. Já na tabela 2, foi elaborada uma Análise Empírica tendo em consideração o que foi observado e implementado durante o Estágio VI, em contexto hospitalar, uma vez que no contexto comunitário não foi possível contactar com utentes com a patologia em estudo. Pretende-se com a elaboração destas duas tabelas verificar se o que está descrito na literatura é desenvolvido e se repercute efeitos na prática clínica.

**Tabela 1** – Impacto das Terapias Não Farmacológicas em Idosos com o diagnóstico de Demência de Alzheimer.

<b>Terapias Farmacológicas Não</b>	<b>Resultados</b>
<b>Terapia da Reminiscência (TR)</b>	Segundo Goldwasser et al (1987), citado por Silva, 2018, os ganhos adquiridos pela TR desaparecem, em média, dentro de um período de 5 semanas, por tanto, segundo Orten et al (1989), citado por Silva, 2018, a TR precisa de ser trabalhada regularmente e em conjunto com a TOR para surgirem resultados positivos a nível comportamental e cognitivo.
<b>Terapia da Validação (TV)</b>	Segundo Feil (1993), citado por Silva, 2018, retrata as vantagens da TV que promovem a manutenção da autonomia do idoso por um maior período, graças ao aumento da autoestima, a diminuição dos níveis de ansiedade, diminuição do uso de medicamentos, estimula a interação social e a comunicação. Segundo Kitwood (1997), citado por Silva, 2018 a grande conquista desta técnica passa pelo desenvolvimento da empatia não só entre o idoso e o cuidador, bem como entre o mesmo e a família.
<b>Terapia de Orientação para a Realidade (TOR)</b>	As vantagens da TOR consistem: no atraso do declínio cognitivo, impactando significativamente no desempenho cognitivo e nas capacidades verbais; outros estudos demonstraram eficácia em campos como a atenção, interação social e no desempenho intelectual. Segundo Zanetti et al (1995), citado por Silva, 2018, afirma que a TOR tem efeitos positivos na aquisição de informação nova por parte dos doentes (Silva, 2018).

<p><b>Musicoterapia</b></p>	<p>Há estudos que demonstram que o recurso a musicoterapia para além de aumentar a felicidade, diminui o sentimento de sofrimento por parte dos utentes. Outra das vantagens desta Terapia é a promoção da reinserção do utente no seu meio social, tratando-se de um método que atenua o avanço da demência (Costa et al., 2019).</p>
<p><b>Psicomotricidade</b></p>	<p>De acordo com Gomes (2016), a estimulação psicomotora apresenta progressos, ainda que pouco significativos, a nível do autoconceito, competências sociais, comportamentais e relacionais com impacto na redução de sintomas relacionados com a depressão e ansiedade. Possibilita também uma aquisição mais realista sobre as próprias competências, melhorando a confiança, a comunicação, a interação social e a consciencialização não só das partes do corpo, bem como das suas emoções com resultados na capacidade reflexiva.</p>
<p><b>Dança</b></p>	<p>Segundo Marques (2021) com a implementação da Dança, numa amostra reduzida, não se conseguiu detetar benefícios significativos a nível da saúde mental de modo a concluir que a dança é uma Terapia de reabilitação nessa vertente, contudo verificou-se que a dança apresenta benefícios a nível psicomotor e na interação social.</p> <p>Na perspetiva de Gonçalves (2009), citado por Santos, 2016, destaca como vantagens da implementação da Dança como Terapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O aumento da integridade motora;</li> <li>• Controlo do Stress;</li> <li>• Autoconhecimento e Autoestima;</li> <li>• Aumento da motivação;</li> <li>• Otimização da comunicação e interação social;</li> <li>• Otimização do padrão de sono e repouso;</li> <li>• Promoção da criatividade.</li> </ul> <p>Na opinião de Campbell (2000), citado por Santos, 2016, refere que a dança apresenta benefícios terapêuticos a nível da saúde como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da tensão muscular;</li> <li>• Melhoria da movimentação e coordenação motora;</li> <li>• Reforça a resposta do sistema imunitário;</li> <li>• Estimula a memória e a aprendizagem;</li> <li>• Promove o bem-estar e sensação de segurança.</li> </ul>
<p><b>Terapia Multissensorial -Snoezelen</b></p>	<p>Um estudo realizado por Baker et. al (1997), citado por Venâncio, 2016, que ao correlacionar com outras terapias, deparou-se que os resultados após as intervenções são muito similares, contudo a Terapia de Snoezelen é constituída por um ambiente especial de estimulação onde permite uma maior concentração do utente e motivação para desempenhar uma tarefa, promovendo a estimulação da linguagem e da memória.</p> <p>Segundo Proença (2011), citado por Venâncio, 2016, ao proporcionar um ambiente organizado e acessível, cria resultados</p>

	<p>positivos a nível do humor, comportamentos, concentração e motivação.</p> <p>De acordo com López-Almela &amp; Gómez-Conesa (2011), citado por Carvalho, 2023, a realização da Terapia Multissensorial, tem sido muitas vezes recomendada para utente com diagnóstico de Demência, pois auxilia no relaxamento, na estimulação da memória, na comunicação interpessoal e na redescoberta do seu próprio corpo.</p>
--	--

Tabela 2 – Análise Empírica.

<b>Terapias Farmacológicas</b>	<b>Não</b>	<b>Observações</b>
<b>Terapia da Reminiscência (TR)</b>		<p>Num contexto de curta duração a aplicação da TR prendia-se quando os utentes se apresentavam agitados e desorientados, de modo a proporcionar uma sensação de conforto e segurança, quando estes eram capazes de se recordarem de acontecimentos e factos do seu passado. Uma vez que estes utentes conseguiam recordar-se de momentos do seu passado, consequentemente eram capazes de se orientar auto e alopsiquicamente, não sendo necessário o uso de medicação SOS em períodos de agitação psicomotora quando a situação era desencadeada pela desorientação, sendo uma medida bastante eficaz.</p> <p>Relativamente ao uso desta terapia num contexto de longa duração, onde a doença está numa fase avançada, mesmo que se recorra à TR o utente não se recorda de forma concreta do seu passado, pois apresenta um maior lapso a nível da memória. Porém o profissional de saúde poderá utilizar informações provenientes dos familiares para estímulo cognitivo do utente, mesmo que este não seja muito significativo.</p>
<b>Terapia da Validação (TV)</b>		<p>O recurso a TV, no internamento de curta duração, para além de demonstrar vantagens para a formação de uma ligação empática com o utente, ao demonstrar-se disponibilidade para ouvir as suas preocupações e ir a procura de soluções, promove a autoestima e a sensação de bem-estar por parte do idoso, sendo um exemplo prático da humanização dos cuidados. Auxilia também no alívio da ansiedade e do stress e promove a confiança que o utente deposita no profissional de saúde que o acompanha.</p> <p>No âmbito do internamento de longa duração de utentes com o Diagnóstico de Demência, quando realizada uma atividade quer de estímulo cognitivo quer de estímulo psicomotor, quando incentivada e elogiada intervenção do utente, quando este intervinha de forma correta ou corrigia a sua ação, era notório a satisfação do utente quando percebia que estava correto, esboçando sorrisos ou até mesmo o aumento da vontade de realizar mais atividade e exercícios.</p>
<b>Terapia de Orientação para a Realidade (TOR)</b>		<p>Em relação ao internamento de curta duração, na sala dos utentes existia um quadro interativo onde era possível colar o dia, dia da semana, mês, estação e respetivo ano, pelo que logo pela</p>

	<p>manhã os utentes uniam-se para confirmar se os dados que estavam no quadro estavam certos, e eram incentivados a modificar, caso se deparassem com algum erro. Assim, eram disponibilizadas as caixas onde se encontravam os dados de forma a completar o quadro, de forma independente. Para além de se verificar o espírito de equipa e de entreajuda, quando confirmada por parte da equipa de saúde que os dados estavam corretos, os utentes manifestavam sentimentos de bem-estar, e muitas vezes, quando estavam mais confusos, recorriam em primeiro lugar ao quadro para conseguirem se situar no espaço e no tempo, uma vez que no quadro estava descrito o nome da instituição em que se encontravam.</p> <p>Com a execução da TOR nos utentes internados no serviço de longa duração, alguns dos utentes conseguiam reter a informação, repetindo o “dia”, “mês”, por meio da memória imediata, contudo não se recordariam caso fosse questionado mais tarde. Já outros utentes conseguiriam recordar dessas mesmas informações por meio de pistas ou ajudas e também conseguiam reter essa informação por mais tempo, porém essa informação acabava por ser perdida.</p>
<p><b>Musicoterapia</b></p>	<p>Uma das funções da musicoterapia, no internamento de curta duração, era providenciar o relaxamento em situações de maior agitação psicomotora ou ansiedade por parte dos utentes. A música era também um meio para se ocuparem e terem momentos prazerosos. Alguns tinham a sua própria lista de músicas, rádio ou um mp3 e auriculares individuais que estavam disponíveis sempre que os mesmos demonstrassem interesse em ter acesso a estes objetos pessoais.</p> <p>A música como efeito terapêutico era muito usado no internamento de longa duração, normalmente utilizado no final de cada atividade de estimulação cognitiva, não só para incentivar essa estimulação como para trazer um momento de conforto para os utentes de modo a ouvirem algo que era do seu tempo, normalmente a música mais pedida era o fado. Outra estratégia utilizada que envolvia música era o uso de rádio, mas só nos quartos onde permaneciam utentes que tinham grau de dependência elevado, ou seja, permaneciam maioritariamente no leito, de forma a criar uma companhia para o utente, deixando-os mais calmos ao longo do dia.</p>
<p><b>Psicomotricidade</b></p>	<p>O treino de marcha era das atividades que mais vezes era realizada ao longo do dia no internamento de curta e de longa duração, de modo a promover a estimulação psicomotora, tendo como percurso o corredor da unidade, normalmente, executada após o pequeno-almoço e a meio da tarde, de modo a estimular e a manter as capacidades motoras dos utentes, que ainda apresentavam equilíbrio parcial sem o recurso a objetos auxiliares de marcha, ou seja, idosos que conseguiam manter o seu equilíbrio apenas com o apoio unilateral. Os momentos de treinos eram complementados com a TOR de forma a criar um meio de comunicação com o utente de modo a perceber como este estava em termos cognitivos e TV quando este apresentava uma boa postura corporal ao longo da caminhada. Os restantes utentes que não conseguiam percorrer o corredor na sua totalidade, percorriam</p>

	<p>distâncias menores tais como a deslocação da sala de convívio até ao refeitório, de modo a manter as suas capacidades locomotoras.</p>
<b>Dança</b>	<p>Como parte dos utentes detinha autonomia a nível psicomotor, a dança para além da estimulação motora, despertava a recordação de momentos felizes e da partilha dos mesmos com outros utentes e com a equipa de saúde.</p> <p>A dança não era muito utilizada no internamento de longa duração, neste internamento muitos dos utentes tinham a marcha comprometida, manifestada pela falta de equilíbrio, necessitando de apoio uni ou bilateral quando se locomoviam, contudo, existiram momentos em que a própria instituição realizava convívios em dias comemorativos, como por exemplo o carnaval, onde os utentes desta unidade, mesmo que não dançassem, participavam, pois ficavam a ouvir e a cantar a música ou abanar os braços ao ritmo da mesma.</p>
<b>Terapia Multissensorial -Snoezelen</b>	<p>Na instituição onde foi realizado o Estágio VI tinha uma sala de Snoezelen, onde os utentes que estavam numa fase inicial/moderada da doença eram levados para sala de estimulação multissensorial, 2 vezes por semana, para a realização de atividades no âmbito da estimulação visual, auditiva, olfativa e tátil, resultando em melhorias a nível da orientação e motivação por parte dos utentes, com repercussão na interação social, não só entre os utentes, bem como com os profissionais de saúde com impacto significativo no aumento da autoestima e sensação de bem-estar.</p> <p>Contudo os utentes que estavam no internamento de longa duração não realizavam atividades nestas salas.</p>

## 8. Considerações Finais

Nas últimas décadas, tem-se assistido em Portugal ao fenómeno de envelhecimento demográfico, e associado a este acontecimento, verifica-se o crescente aparecimento de doenças crónicas, relacionadas com o envelhecimento das quais se destaca a Demência. Esta patologia, a longo prazo tem impacto na funcionalidade dos idosos, motivo pelo qual, a intervenção especializada por parte dos profissionais de saúde traduz-se em benefícios na qualidade de vida desta população (Mestre, 2024).

Com o desenvolvimento deste trabalho para além de averiguarmos que tipo de impacto as Terapias Não Farmacológicas exercem em idosos com diagnóstico de Demência de Alzheimer, efetuamos uma análise empírica sobre o que foi observado em contexto de estágio clínico, de forma a ir ao encontro dos objetivos previamente definidos, que foram alcançados.

Deve-se salientar o papel do Enfermeiro, que devido a sua proximidade e contacto permanente consegue responder as necessidades não só do indivíduo bem como da sua rede de apoio. Graças a atuação do EESM na implementação de um plano de cuidados individualizado, o recurso às Terapias não Farmacológicas promove a manutenção da autonomia ao estimular as capacidades cognitivas e psicomotoras do idoso (Magalhães & Cruz, 2023; Mestre, 2024).

Durante a fase de pesquisa deste tema verificou-se a importância das Terapias Não Farmacológicas para a reabilitação e manutenção das capacidades cognitivas e psicomotoras dos utentes com Demências de Alzheimer. Portanto, ao longo do estágio clínico com utentes com esta patologia, constatamos que de facto existe uma necessidade de providenciar estímulos de domínio cognitivo, psicomotor e também a nível da socialização, sendo imprescindível a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental na implementação das Terapias Não Farmacológicas.

Posto isto, em relação à unidade de internamento de curta duração, assistimos o recurso às Terapias Não Farmacológicas como primeira linha de atuação por parte da equipa de saúde, com o objetivo reabilitar utentes que se encontravam numa fase inicial a moderada da Demência de Alzheimer, tendo sido possível verificar a eficácia das mesmas quando associadas as Terapias Farmacológicas, com repercussões positivas a nível da cognição, memória, socialização e capacidades motoras. Ou seja, ao proporcionar a re aquisição da autonomia funcional em conjunto com a estabilização de sintomatologia, tornou viável a reinserção na comunidade de alguns destes utentes, atrasando assim a institucionalização precoce ao atenuar o avanço do declínio cognitivo, sendo que após a alta clínica, foi disponibilizado o suporte de uma equipa comunitária para assegurar a continuidade de cuidados, ou encaminhamento para centros de dia.

Relativamente aos utentes que estavam internados numa unidade de longa duração, onde o regime terapêutico estava adequado e a sintomatologia

estabilizada, estes realizavam estas terapias de modo a manterem as suas capacidades, tais como as capacidades motoras, cognitivas ou ambas, dependendo do grau de dependência do utente. Contudo, ainda nesta unidade, algumas Terapias Não Farmacológicas, como a musicoterapia eram mais utilizadas de modo a fornecer algum tipo de conforto e companhia a utentes onde a patologia estava num estágio mais avançado, com um grau de dependência elevado. Noutra perspetiva, certas Terapias não eram executadas nestes utentes, como a Terapia de Snoezelen, que apesar dos seus benefícios descritos na literatura, não foi possível averiguar se de facto teriam impacto em utentes com DA em fase avançada.

Ao realizarmos uma análise empírica do que foi observado em contexto clínico, de uma determinada instituição, verificamos positivamente o que é descrito na literatura, porém concluímos que muitas destas terapias são mais fortemente aplicadas a utentes que se apresentam numa fase inicial a moderada do diagnóstico desta doença, do que em utentes que estão numa fase mais avançada.

Ainda na fase de recolha de informação verificámos que existem outras terapias não farmacológicas deste modo sugerimos, para trabalhos futuros, a pesquisa do impacto de terapias como a roboterapia e realidade virtual em indivíduos com o mesmo diagnóstico.

## Referências bibliográficas

Alzheimer's Disease International. (2022). *World Alzheimer Report 2022: Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support*. Alzheimer's Disease International. <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2022.pdf>

Associação Alzheimer Portugal. (n.d.). *Exames utilizados no diagnóstico de demência*. Recuperado em [31-03-2025], de <https://www.Alzheimerportugal.org/exames-utilizados-no-diagnostico-de-demencia>

Carvalho, C. M. M. (2019). *Envelhecimento e Cultura Organizacional: Abordagem Centrada na Pessoa com Demência em ERPI*. [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Ciência Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/19357>

Carvalho, V. M. (2023). *Plano de negócio: A importância da sala de snoezelen no retardar e prevenção dos efeitos da demência no Centro Social e Paroquial da Vila de Salzedas* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego]. Repositório Científico Aberto do Politécnico de Viseu. <https://hdl.handle.net/10400.19/7797>

Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental. (2024). *Envelhecimento*. Nações Unidas – ONU Portugal. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

Costa, B. G. L., Lima, L. R., Funghetto, S. S., Volpe, C. R. G., Santos, W. S., & Stival, M. M. (2019). Métodos não farmacológicos para o tratamento do Alzheimer: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 9. <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.2786>

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Norma 053/2011: Abordagem diagnóstica e terapêutica do doente com doença de Alzheimer e outras demências* (versão abril 2023). [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/12/norma\\_053\\_2011\\_abordagem-diagnostica-e-terapeutica-do-doente\\_04\\_2023.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/12/norma_053_2011_abordagem-diagnostica-e-terapeutica-do-doente_04_2023.pdf)

Garcia, M. R. B. (2011). *Intervenção não farmacológica em idosos com comprometimento cognitivo*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/7807>

Gomes, C. S. M. (2016). *Psicomotricidade na promoção de competências pessoais e sociais: Intervenção com jovens adultos em acompanhamento no âmbito de medidas de execução na comunidade* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/11655>

Largato, L, Rafaela, D & Cerejeira, J. (2024). Demências e perturbação neurocognitiva major. In C. Saraiva, & J. Cerejeira, (Coords.), *Psiquiatria fundamental* (2º ed., pp. 367-373). Lidel.

Magalhães, C. P. & Cruz, J. R. M. da. (2023). Intervenções do Enfermeiro à pessoa com Doença de Alzheimer. In Praxedes, M. F. da. S. (Org.), *Enfermagem: Autonomia e Processo de Cuidar*. Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.33523290310>

Marques, A. C. (2021). *Dança criativa como reabilitação da saúde mental* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/24111>

Mestre, I.R.P. (2024). *As necessidades sociais sentidas pelos cuidadores informais dos utentes institucionalizados na Estrutura Residencial e Centro de Dia José Cabrita – Alzheimer e Demências*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Beja]. Repositório Aberto do Instituto Politécnico de Beja. <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/6621>

Nascimento, S. V. do. (2015). *Relatório final de estágio pedagógico realizado na Escola Secundária Professor José Augusto Lucas* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/10884>

Nunes, I. B., Gusmão, C. M. G., & Santos, W. P. (2021). *Tratamento não-farmacológico para idosos com demência: Mapeamento sistemático sobre musicoterapia* [Conferência]. IV Simpósio de Inovação em Engenharia Biomédica - SABIO 2020. Recife, Brasil, janeiro de 2021. <https://www.researchgate.net/publication/348559904>

OECD. (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Parecer nº 02/2010 – Adequação técnico-científica da admissão das pessoas com demência nas unidades de dia e promoção da autonomia da RNCC* [Parecer sobre o artigo 21 do decreto de Lei 101/2006]. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer02\\_MCEESMP\\_Adequacaotec\\_cientifica\\_adm\\_pessoas%20com%20demencia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer02_MCEESMP_Adequacaotec_cientifica_adm_pessoas%20com%20demencia.pdf)

Petronilho, F. A. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem: Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990–2011)* [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/32323>

Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. S., & Filho, A. J. A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), 10.12707/RIV14081

Ramos, T. M. P. (2017). *Cuidar de idosos com demência: Necessidades de apoio e recursos ótimos de intervenção na perspetiva dos cuidados formais*. [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/14688>

Rosado, S. A. E. (2019). *Intervenção Psicomotora em Gerontopsiquiatria: Casa de Saúde da Idanha*. [Dissertação de mestrado, Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/20082>

Santos, M. L. F. (2016). *Dançar a vida: A dança enquanto estratégia em reabilitação psicossocial* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/18373>

Santos, R. de S. (2023). *Cuidado de enfermagem ao idoso com Alzheimer: mini-revisão*. *Brazilian Journal of Science*, 3(1), 130–139. <https://doi.org/10.14295/bjs.v3i1.431>

Silva, J. L. M. M. da. (2018). *A criação de um programa de atividades para reabilitar doentes com Alzheimer* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/22223>

Silva, R. C. G. da. (2019). *Estimulação cognitiva em pessoas idosas: Intervenção individual na fragilidade cognitiva*. [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa] ResearchGate. [10.13140/RG.2.2.33045.35049](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.33045.35049)

Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. (n.d.). *Demência*. <https://www.sppsm.org/informemente/demencia/>

Sousa, L., Araújo, O., & Sequeira, C. (Coord.). (2024). *Enfermagem em gerontologia e geriatria (1ªed.)*. LIDEL.

Vacas, C. (2024, 19 de janeiro). *A ciência revela 15 fatores de risco para a demência precoce*. National Geographic Portugal. <https://www.nationalgeographic.pt/ciencia/ciencia-revela-15-fatores-risco-para-demencia-precoce> 4640

Venâncio, J. S. (2016). *Estimulação multissensorial: Terapia de Snoezelen para idosos com demência* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <https://hdl.handle.net/10400.11/5449>

World Health Organization. (2021). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/dementia>