



Estimulação Multissensorial Terapia de Snoezelen para Idosos com Demência

Joana Silva Venâncio

Orientadores

Professora Doutora Cristina Maria Gonçalves Pereira

Professora Clotilde Alves Nunes Agostinho

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob a orientação científica da Professora Coordenadora Doutora Cristina Maria Gonçalves Pereira, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Outubro de 2016

Composição do júri

Presidente do júri

Doutora Maria João da Silva Guardado Moreira

Professora Coordenadora da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Vogais

Doutora Isabel Maria Marques Alberto

Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Doutora Cristina Maria Gonçalves Pereira

Professora Adjunta da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Dedicatória

**Aos idosos e famílias que convivem, todos os dias, com a
demência.**

Agradecimentos

O presente trabalho teve a colaboração de várias pessoas imprescindíveis ao longo de todo este percurso.

Assim gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos às seguintes pessoas:

- À Professora Doutora Cristina Maria Gonçalves Pereira e à Professora Clotilde Alves Nunes Agostinho pela forma como orientaram todo o trabalho, pela disponibilidade e interesse demonstrado e exigência face à atividade de investigação.

- À Casa de Saúde Bento Menni, que abraçou este trabalho, de forma exemplar, desde o momento que lhe foi proposto.

- À Doutora Carla, Técnica de Psicologia da Casa de Saúde Bento Menni, pela sua profissionalidade e atenção dada a esta investigação.

- Aos meus pais, que são o suporte da minha vida.

- À minha tia por todos os momentos e ensinamentos partilhados.

- Ao Miguel pelo carinho, apoio e dedicação que demonstrou desde o início.

- À Ana e Rute, pela amizade, cumplicidade e valores partilhados.

- Aos meus avós, que são a razão pela qual caminho todos os dias.

Resumo

O processo do envelhecimento, bem como a velhice continuam a ser uma das preocupações da humanidade desde o início da civilização (Netto, 2006, p. 2). Com este avanço do envelhecimento demográfico a preocupação mais eminente será claramente o aumento das causas de demência.

A incidência da demência no mundo evidencia-se cada vez mais, tendo aumentado dramaticamente nas últimas décadas. Em 2012, as estatísticas apontam para aproximadamente 7.7/ 1000 pessoas por ano com diagnóstico de demência (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues & Carvalho, 2015).

A demência é, pois, uma síndrome muito comum nesta fase da vida e é a causa de muitas perdas a nível de várias funções como a memória, pensamento, orientação, compreensão, linguagem, a capacidade de aprender e de realizar cálculos e na tomada de decisões. Estas perdas são quase sempre acompanhadas por uma deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação (WHO, 2012).

Também em Portugal, de acordo com os dados epidemiológicos da *Associação Alzheimer Portugal* (2009), se verifica um aumento significativo do número de pessoas com demência, facto que torna premente e pertinente o desenvolvimento de programas de intervenção que melhorem a qualidade de vida destes indivíduos.

O objetivo do presente estudo será contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência e avaliar os efeitos da terapia Snoezelen – estimulação multissensorial – na capacidade cognitiva de idosos com demência, institucionalizados. A sua amostra corresponde às pessoas institucionalizadas na Casa de Saúde Bento Menni, diagnosticadas com demência e com idade superior a 65 anos.

De acordo com o contexto de realização e os seus objetivos, o estudo é de cariz qualitativo, organizando-se como um estudo de caso. As técnicas de recolha de dados centram-se na observação participante, na entrevista e num instrumento de natureza qualitativa (Mini Mental State Examination) com o objetivo de introduzir maior rigor na análise de dados.

Através da triangulação dos dados recolhidos, foi possível referenciar que, relativamente à evolução na capacidade cognitiva dos idosos que participaram no programa, os resultados obtidos não foram conclusivos, no entanto a perceção da satisfação e do bem-estar dos utentes quando realizam a terapia de Snoezelen é evidente, podendo contribuir para a promoção da sua qualidade de vida.

Palavras chave

Demência, Snoezelen, Idosos, Qualidade de vida, Cognição

Abstract

The process of aging, as well as old age itself, continue to be something humanity has worried about since the dawn of civilization (Netto, 2006, p.2).

With this advancement of demographic aging, the most eminent worry will be clearly be the rise in causes (cases - se for casos e não causas) of dementia.

The incidence of ementia in the world gets more evident each day, having risen dramatically in the last decades. In 2012 the statistics show that aproximately 7.7/1000 people per year are diagnosed with dementia. (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues e Carvalho, 2015)

Dementia is a very common syndrome in this stage of life and it is the cause of severe loss of functions like memory, thought process, orientation, compreension, language, the ability to learn and complete calculus and in decision making. These losses are almost always accompanied by a deterioration of eotional control, of social behaviour and/or motivation. (WHO, 2012)

In Portugal, according to epidemiological studies of the Associação Alzheimer Portugal (2009), a significative rise in people who suffer from dementia is verified, a fact that makes pressing and pertinent the development of intervention programs that can improve the quality of life of these individuals.

The objective of this study is to contribute to the betterment of the quality of life of people that suffer from dementia and also to evaluate the effects of the Snoezelen therapy - multisensorial stimulation - on the cognitive capacity of elderly individuals with dementtia that are currently institutionalized. The sample corresponds to the institutionalized people at Casa de Saúde Bento Menni, diagnosed with dementia and with an age superior to 65 years.

According to the context of realization and their objectives, the study is of qualitative nature and arranged as a case study. The techniques of data collection are centered around the observation of the participant, on the interview and on an instrument of qualitative nature (Mini Mental State Examination) with the objective of introducing more rigorous data analysis.

Through the triangulation of the collected data, it was possible to reference that relatively to the evolution of cognitive capacity of the elderly people that participated in the program, the collected results weren't conclusive. However, the perception of satisfaction and well being of the patients when they performed Snoezelen therapy is evident. It is able to contribute to the promotion of their quality of life.

Keywords

Dementia, Snoezelen, Elderly, Quality of life, Cognition

Índice geral

Agradecimentos.....	VII
Resumo.....	IX
Abstract.....	XI
Índice geral	XIII
Índice de figuras	XVII
Lista de tabelas.....	XIX
1. Introdução.....	1
I Parte: Fundamentação Teórica	5
Capítulo I: Envelhecimento	7
1.1 Envelhecimento.....	7
1.2 A Importância da Gerontologia na Atualidade	8
Capítulo II: Demência	11
2.1 Definição, Incidência e Prevalência	11
2.2 Causas da Demência	13
2.3 Consequências da Demência	14
2.3.1 Perda sensorial e demência.....	16
2.4 Impacto da demência:	17
2.4.1 Impacto no doente.....	17
2.4.2 Impacto no cuidador\Família.....	18
2.5 Tratamento da Demência	20
Capítulo III: Institucionalização do Idoso com Demência.....	25
3.1 Desafios e necessidades nas instituições para o idoso.....	25
3.1.1 Fatores de institucionalização de idosos com demência.....	27
3.1.2 Competências, dificuldades e necessidades no cuidado ao idoso com demência.....	27
3.2 Qualidade de vida nas instituições do idoso	28
3.2.1 Promoção da qualidade de vida no idoso com demência.....	30
3.2.2 Vantagens das terapias não farmacológicas em idosos com demência....	31
Capítulo IV - Estimulação multissensorial e motora	33

4.1 Terapia Snoezelen e Demência	33
4.2 Objetivos e Benefícios da terapia de Snoezelen	37
II Parte: Metodologia	41
1. Objetivos	43
1.1.Gerais	43
1.2. Específicos.....	43
2. Material e Métodos	43
2.1. Tipo de estudo	43
2.2. Local de realização.....	43
2.3 População e Amostra	44
2.3.1 População.....	44
2.3.2 Amostra.....	44
2.3.3 Critérios de seleção.....	44
2.4 Métodos de recolha de dados e instrumentos de avaliação	45
2.4.1 Considerações Éticas.....	45
2.4.2 Instrumentos de recolha de informação.....	45
2.5 Procedimentos.....	46
2.6 Tratamento de dados	46
3. Apresentação e análise dos resultados	47
3.1 Caraterização sociodemográfica	47
3.1.1 Perfil sociodemográfico das pessoas com demência.....	47
3.2 Capacidade Cognitiva.....	50
3.2.1 Resultados do MMSE.....	53
3.3 Observação Participante.....	57
3.3.1 Grelhas de observação.....	59
3.4 Análise de Conteúdo Descritiva - Entrevista Semiestruturada	68
4. Discussão dos Resultados	72
5. Conclusão	77
6. Referências bibliográficas	79
Anexos.....	85
Anexo A.....	87
Anexo B.....	89

Anexo C.....	93
Anexo D.....	95
Anexo E.....	97
Anexo F.....	130
Apêndices.....	1133
Apêndice A.....	135
Apêndice B.....	140

Índice de figuras

Figura 1 – Fibra ótica e cama de água na Sala de Snoezelen da Casa de Saúde Bento Menni (CSBM)	35
Figura 2 - Cadeira de massagens na sala de Snoezelen da CSBM	35
Figura 3 - Projeção na parede na sala de Snoezelen da CSBM	36
Figura 4 - Coluna de água automática na sala de Snoezelen da CSBM	36

Lista de tabelas

Tabela 1 - Idade do Grupo Experimental	47
Tabela 2 - Habilitações Literárias do Grupo Experimental	48
Tabela 3 - Tempo na Instituição do Grupo Experimental	48
Tabela 4 - Idade do Grupo de Controlo	49
Tabela 5 - Habilitações Literárias do Grupo de Controlo	49
Tabela 6 - Tempo na Instituição do Grupo de Controlo	50
Tabela 7 - Capacidade Cognitiva, 1ª. aplicação do Grupo Experimental	50
Tabela 8 - Capacidade Cognitiva, 1ª. aplicação do Grupo de Controlo	51
Tabela 9 - Capacidade Cognitiva, 2ª. aplicação do Grupo Experimental	51
Tabela 10 - Capacidade Cognitiva, 2ª. aplicação do Grupo de Controlo	52
Tabela 11 - Resultados do MMSE, 1ª aplicação do Grupo Experimental	53
Tabela 12 - Resultados do MMSE, 1ª. aplicação do Grupo de Controlo	54
Tabela 13 - Resultados do MMSE, 2ª. aplicação do Grupo Experimental	55

Tabela 14 - Resultados do MMSE, 2ª. aplicação do Grupo de Controlo	56
Tabela 15 - Grelha de Observação - Atividades realizadas durante as sessões de Snoezelen	57
Tabela 16 - Grelhas de Observação, Utente A	59
Tabela 17 - Grelhas de Observação, Utente B	61
Tabela 18 - Grelhas de Observação, Utente C	63
Tabela 19 - Grelhas de Observação, Utente D	65
Tabela 20 - Grelhas de Observação, Utente E	67

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AVC – Acidente Vascular Cerebral

cit – Citação

CSBM – Casa de Saúde Bento Menni

DA – Doença de Alzheimer

DCL – Demência com Corpos de Lewy

DFT – Demência Frontotemporal

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition

DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition

DV – Demência Vascular

Etc. – E outras coisas mais

INE – Instituto Nacional de Estatística

MMSE – Mini Mental State Examination

NIH – National Institute of Health

p. – Página

QDV – Qualidade de Vida

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WHO – World Health Organization

WHOQDV – World Health Organization Quality of Life

1. Introdução

Segundo o *Instituto Nacional de Estatística* (INE) (2012, p.1), “o peso da população idosa manteve um perfil ascendente, em consequência das tendências de diminuição da fecundidade e de aumento da longevidade”. Em 2012 o índice de longevidade¹ situava-se nos 48,9 verificando-se um aumento significativo a partir de 1995, “(...) ano em que este indicador se situava nos 39,3”. A estes números juntam-se ainda os índices de envelhecimento que atingiram os 131,1 em 2012, tendo quase duplicado face aos valores observados em 1990 que foram de 68,1.

O processo de envelhecimento e as mudanças que dele advêm são facilmente associados à perda de algumas habilidades intelectuais como a capacidade de resolução de problemas, a perda de memória e entre outras.

Esta fase da vida traz muitas alterações ao ser humano. Começa-se a perceber a existência de sintomas psicológicos e físicos como os lapsos de memória, menos velocidade de raciocínio, confusões com o próprio pensamento, tremor e falta de equilíbrio, entre outros. (Schlindwein-Zanini, 2010)

De acordo com os dados da *World Health Organization* (2012), a estimativa para 2050 é que dois mil milhões de pessoas, em todo o mundo, tenham mais de 60 anos. Com este avanço do envelhecimento demográfico a preocupação mais eminente será claramente o aumento das causas de demência.

Segundo a Schlindwein-Zanini (2010), a demência é uma síndrome muito comum nesta fase da vida e é a causa de muitas perdas a nível de várias funções como a memória, pensamento, orientação, compreensão, linguagem, a capacidade de aprender e de realizar cálculos e na tomada de decisões. Estas perdas são quase sempre acompanhadas por uma deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação. (WHO, 2012)

Existem vários tipos de demência, dos quais quatro são mais frequentes, a doença de Alzheimer (DA), a Demência Vascular (DV), a Demência com corpos de Lewy (DCL) e a Demência Frontotemporal (DFT). A doença de Alzheimer é a mais conhecida forma de demência tendo uma incidência de 60-70% de todos os casos diagnosticados (WHO, 2012).

De acordo com estes dados compete às instituições de acolhimento conceber e implementar estratégias para uma promoção da sua qualidade de vida.

¹ Índice de Longevidade: Relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas com mais de 65 anos).

Fórmula: (População com 75 ou mais anos/População com 65 ou mais anos) *100

Fonte: PORDATA

A revisão da literatura realizada permitiu-nos constatar que uma das técnicas de estimulação multissensorial para promover qualidade de vida, utilizada em algumas instituições é a Terapia Snoezelen, adquirindo uma certa relevância em casos de demência.

Já há alguns anos que o conceito Snoezelen revolucionou a terapia em certos países como a Holanda, Bélgica, Alemanha, Itália e entre outros. Hulsegge e Verheul (1989, p. 36) definem o Snoezelen como sendo: “uma oferta seletiva de estimulação primária num ambiente caloroso, atividade primária para deficientes mentais profundos. Atividade orientada para a perceção sensorial indiretamente através da luz, ruído, o toque, o odor e o paladar, criação de momentos de vida autêntica para pessoas diferentes.”

A palavra “Snoezelen” é uma combinação dos verbos Holandeses “snuffelen”, que significa explorar, e “doezelen” que pode significar relaxar e/ou sonhar.

Alfonso (2002, p.76) cit. por Sánchez e Abreu (s.d, p. 2) identifica o objetivo geral do Snoezelen como sendo “experimentar, explorar, sentir, perceber, interiorizar e identificar, na medida das possibilidades da pessoa, as sensações e perceções que se obtém a partir do próprio corpo (fome, sono, dor, bem-estar) e da realidade exterior (os outros, o ambiente, os objetos, a alimentação), utilizando os cinco sentidos”.

De acordo com o exposto, o presente estudo pretende contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência institucionalizadas e avaliar os efeitos da terapia Snoezelen – estimulação multissensorial – na capacidade cognitiva de idosos com demência institucionalizados.

O presente estudo foi realizado na Casa de Saúde Bento Menni (CSBM), situada na cidade da Guarda. Quanto à sua estruturação, o mesmo é dividido em duas partes, fundamentação teórica e metodologia.

A fundamentação teórica está organizada em quatro capítulos designados por envelhecimento, demência, institucionalização do idoso com demência e estimulação multissensorial e motora.

No capítulo I abordamos o conceito de envelhecimento, bem como os dados demográficos do envelhecimento a nível mundial e nacional. De seguida, e porque o envelhecimento é um conceito multifacetado, abordamos os seus aspetos bio-psico-sociais e, por fim, desenvolvemos o tema da gerontologia e a sua importância na atualidade.

No capítulo II, desenvolvemos o tema, a demência, iniciando-se com a sua definição, prevalência e incidência, continuando com a abordagem das suas causas e consequências no comportamento geral de um indivíduo. Descrevemos e analisamos, ainda, as terapias disponíveis para o tratamento desta síndrome.

No capítulo III abordamos a problemática da institucionalização da população idosa com o objetivo de enquadrar e compreender uma das características da amostra do nosso estudo – idosos institucionalizados. Em seguida, refletimos sobre os

desafios, competências e dificuldades com que as instituições se confrontam no cuidado do idoso com demência, bem como na importância de promover a sua qualidade de vida.

Por fim, no capítulo IV, são descritos os objetivos da estimulação multissensorial – Terapia de Snoezelen, os seus benefícios e impactos no idoso com demência.

Relativamente à segunda parte, descrevemos a metodologia do estudo integrando os seus objetivos gerais e específicos, tipo de estudo, local de realização, população e amostra, métodos de recolha de dados, instrumentos de avaliação, apresentação e análise dos resultados. Finaliza-se o trabalho com a discussão dos resultados obtidos e uma breve conclusão.

I Parte: Fundamentação Teórica

Capítulo I: Envelhecimento

1.1 Envelhecimento

O processo do envelhecimento, bem como a velhice continuam a ser uma das preocupações da humanidade desde o início da civilização (Netto, 2006: 2). Platão (427-347 AC) descreve uma visão positiva assente na ideia que o ser humano envelhece como viveu e da qual deriva o pensamento que este se deve preparar para o envelhecimento ao longo da vida (Fernández-Ballesteros, 2009). Por seu turno, Aristóteles (383-322 AC) afirma que a velhice, sendo a última etapa da vida, deveria ser considerada uma enfermidade natural. Séneca (4-65 DC) fala do deterioramento físico e mental no indivíduo como uma consequência do envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2009).

Lopesino, López-Cerón, Muñoz e Echanagorría (2011) explicam que a Europa está a envelhecer de modo progressivo e rápido. Portugal não é exceção. Em 2011, o nosso país registava 10.561.614 habitantes, tendo a população aumentado na última década cerca de 2% (INE, 2011). A faixa etária entre os 25 e os 64 anos é aquela que mais sobressai na pirâmide populacional, com quase 5 milhões de pessoas, sendo 2.791.617 homens e 2.989.775 mulheres. Na faixa etária dos 65 anos ou mais viviam no nosso país 1.191.379 mulheres e 841.227 homens (INE, 2013).

O aumento do envelhecimento populacional, mais especificamente nos países em desenvolvimento, veio criar um forte impacto na sociedade e nos profissionais gerontólogos. É necessário cuidar dos idosos como sujeitos, ter em conta o problema do envelhecimento e ter uma visão global e ampla da problemática em questão (Netto, 2002).

Deste modo é importante analisar os diversos conceitos de envelhecimento, perspetivados por diferentes autores.

Para Brito e Litvoc (2004) o envelhecimento é um processo que atinge todos os sujeitos e expressa-se tanto por fatores biológicos, psíquicos como sociais.

Netto (2006) assinala, da mesma forma, que através de uma visão biogerontológica, o envelhecimento é entendido como um processo dinâmico de alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, originando maior vulnerabilidade. Assim, os termos envelhecimento (processo), velhice (fase da vida) e idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente ligados. Por conseguinte, “o envelhecimento é um processo que todos devemos aprender a controlar, para que o resultado final seja o melhor possível.” (Paschoal, 2006, p. 153)

Birren e Schroots (1996) dividem o processo de envelhecimento em três tipos: envelhecimento primário, envelhecimento secundário e envelhecimento terciário.

O envelhecimento primário afeta todos os seres humanos e é considerado uma característica genética da espécie. Atinge o organismo de forma gradual e apresenta um efeito acumulativo. De acordo com Netto (2002) o envelhecimento primário é universal, visto que é definido geneticamente.

O envelhecimento secundário refere-se a patologias que se diferenciam do envelhecimento normal, como lesões cardiovasculares, certos tipos de cancro, entre outras. Neste tipo de envelhecimento estão referenciados os sintomas que derivam das consequências de certas doenças ou de fatores ambientais. Netto (2002) refere também que no envelhecimento secundário presenciamos efeitos externos que derivam das diferentes interações do sujeito e do seu meio ambiente.

Desta forma o ser humano é muito mais que um organismo biológico, é uma entidade bio-psico-sociocultural, que se vai construindo ao longo da vida num processo contínuo e dinâmico. Ao longo do processo de envelhecimento, as vivências da pessoa, pensamentos, sentimentos e comportamentos, bem como as interações com a circunstância que o envolve é decisivo na forma como se desenvolve o processo de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2009). Lopesino, López-Cerón, Muñoz e Echanagorría (2011) referem inclusive que o termo envelhecimento ativo abrange a participação ao nível social, económico, cultural, espiritual e cívico e não se restringe apenas ao sentido físico ou económico.

Por fim, o envelhecimento terciário é caracterizado pelas maiores perdas físicas e cognitivas do ser humano. Estas perdas poderão ser proporcionadas pelos efeitos do envelhecimento cada vez maiores e por patologias referentes à idade mais avançada (Birren e Schroots,1996).

Paschoal (1999) elucida-nos para uma questão importante, não se pode definir o envelhecimento apenas por bases cronológicas. É necessário considerar as questões funcionais, físicas e mentais da saúde que o sujeito apresenta. Posto isto, é possível referir que o envelhecimento é um processo individual em que observamos, por vezes, diferentes características e sintomas em indivíduos com a mesma idade ou na mesma faixa cronológica.

1.2 A Importância da Gerontologia na Atualidade

O termo gerontologia deriva das expressões gero (velhice) e logia (estudo), e aplica-se ao “(...) estudo exclusivo do envelhecimento, da velhice e dos idosos.” (Netto, 2006, p.2). Fernández-Ballesteros (2009, p.22) explica que a gerontologia se dedica principalmente ao estudo multidisciplinar do envelhecimento, da velhice e dos idosos. Deste modo, o seu objeto científico abarca o envelhecimento primário e secundário, bem como o processo de envelhecimento e as características individuais de cada idade (Fernández-Ballesteros, 2009).

O envelhecimento, apesar de ser um marco universal, não foi explorado devidamente por muitos anos e ainda existe um longo caminho a percorrer nesse sentido (Netto, 2002).

A razão, de ordem social, para o retorno dos conhecimentos em gerontologia, pode ser considerada de ordem política e económica, visto que as sociedades industrializadas davam mais valor e importância às crianças, sendo vistas como um investimento a longo prazo e os idosos já não eram vistos tão úteis nesse sentido. É notório que se entenda que os cuidados com os idosos da nossa sociedade não são um investimento económico, mas sim respeito pelos direitos de cidadania de todos os indivíduos e um dever (Netto, 2002).

O envelhecimento torna-se também um assunto complexo, pois acarreta mudanças estruturais e funcionais que fazem parte do processo do envelhecimento normal. O surgimento de patologias no processo de envelhecimento pode incitar as mesmas modificações, mas de forma mais intensa e com uma maior frequência. Uma das patologias que tem despertado maior interesse é a demência ou os sintomas demenciais, que carregam várias mudanças que não estão interligadas a um envelhecimento normal, mas sim a uma patologia que predomina nas idades mais avançadas (Netto, 2002)

Por seu turno, o termo geriatria surgiu da necessidade em criar uma nova especialidade na medicina, que visa o tratamento das doenças dos idosos e da própria velhice. De facto, como já foi referido anteriormente, o envelhecimento pressupõe um processo biológico com subjacente perda da eficiência e eficácia dos sistemas biológicos, o que vulnerabiliza o organismo perante patologias crónicas e/ou agudas. Não obstante, afirma Fernández-Ballesteros (2009), pode dizer-se que no processo biológico do envelhecimento verificam-se grandes diferenças individuais.

No entanto é importante salientar-se que o estudo do envelhecimento, da velhice e dos idosos não se pode reduzir apenas às condições biomédicas tal como não se pode apenas olhar para as condições socioculturais. Pensar que a doença é inevitável na velhice é um paradigma errado resultando da ideia que o idoso possa apenas esperar a morte (Fernández-Ballesteros, 2009).

É perceptível, deste modo, que a sociedade moderna e os profissionais de gerontologia tem pela frente várias situações problemáticas e contraditórias. Um exemplo disso é o aumento significativo de idosos e por outro lado as atitudes e estigmas negativos sobre o idoso e o seu período de envelhecimento. É perturbador que indivíduos de sociedades ditas evoluídas apresentem estes estigmas negativos, visto que já nas sociedades primitivas os idosos eram vistos como figuras de veneração, conselheiros sábios e a quem deviam o maior respeito e educação (Netto, 2002).

Torna-se iminente alterar a visão que a sociedade criou do seu próprio idoso, entendidos como pessoas incapazes de produzir e também acabar com a marginalização do idoso e com a perda da sua condição social.

Capítulo II: Demência

2.1 Definição, Incidência e Prevalência

A palavra demência deriva da palavra latina “dis”, que significa “longe de”, e “mens” que significa “mente”. Esta definição foi utilizada pela primeira vez no século XVIII e está associado à morte de tecidos no cérebro. Os sintomas associados às demências são muitas vezes os sintomas normais do envelhecimento, porém, quando se sofre desta patologia específica a deterioração e agravamento dos sintomas acontece mais rápido. (James, 2009)

De acordo com este autor as falhas no funcionamento psicológico são descritas desta maneira: “perda de memória, falha na atenção imediata, desorientação, capacidade de julgamento debilitada, raciocínio ilógico, incapacidade de pensamento abstrato, respostas emocionais inapropriadas e incapacidade de executar as tarefas do dia-a-dia” (James, 2009).

Os critérios do DSM-IV definem demência de uma forma mais técnica, como o aparecimento de vários défices cognitivos tais como afasia (perturbação na linguagem), apraxia (diminuição da capacidade para desenvolver atividades motoras), agnosia (impossibilidade de reconhecer e identificar objetos) e perturbação na capacidade de execução. (DSM-IV, 1996).

Nos critérios do DSM-V (2014) as demências estão caracterizadas como “transtorno neurocognitivo maior”, não acontecem em situação de delírio e não são dadas como transtornos mentais, como por exemplo a esquizofrenia ou a depressão (Cera, Ortiz, Minett, 2014).

Portanto a demência resulta de várias lesões nas funções cognitivas e executivas que podem influenciar a capacidade funcional e as aptidões a nível social e profissional do sujeito (Sociedade Brasileira de Medicina, da Família e Comunidade, 2009).

Continuando com a mesma linha de raciocínio e segundo a *World Health Organization* (WHO), a demência é consequência de uma doença no cérebro, normalmente de natureza crónica ou progressiva. Esta é a causa de muitas perdas a nível de funções como: a memória, pensamento, orientação, compreensão, linguagem, a capacidade de aprender a realizar cálculos e na tomada de decisões. Estas perdas referidas anteriormente são quase sempre acompanhadas por uma deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação. (WHO, 2012)

Touchon e Portet (2002) referem também que é uma patologia com carácter evolutivo, pois existe um agravamento nos sintomas cognitivos e um aparecimento de sintomas psicocomportamentais e neurológicos. Inicialmente não se poderá considerar que existe uma demência porque a instabilidade dos quadros clínicos e dos perfis evolutivos apenas nos indicam que existem sintomas demenciais e não propriamente uma demência.

Spar e La Rue (2005) identificam a demência como um aglomerado de perturbações e estados. Algumas perturbações podem provocar demência enquanto outras o fazem só em alguns casos. Um exemplo de uma demência invariável é a Doença de Alzheimer (D.A.) que é, sem dúvida, a demência mais conhecida e presente nos diagnósticos.

Posto isto, é importante salientar que é possível definir-se duas categorias de demência no plano etiológico: as demências degenerativas e não degenerativas. O melhor exemplo de demência degenerativa é a doença de Alzheimer já mencionada anteriormente. Segundo dados estatísticos, as demências degenerativas representam 60 % do conjunto total de demência e a doença de Alzheimer representa 75% dessa categoria. Nas demências não degenerativas apresentamos as demências vasculares que aquando associadas a um processo degenerativo são consideradas demências mistas. (Touchon e Portet, 2002). Este tipo será aprofundado posteriormente quando as causas da demência forem especificadas.

A incidência e prevalência destas demências são um fator importante quando se estudam estas patologias. De acordo com a WHO (2012) estima-se que em 2050 a população do mundo com mais de 60 anos rondará os dois biliões. Se a população idosa do mundo aumenta, então os casos de demência irão também disparar para números surpreendentes. Apesar da demência ser um facto na vida de muitos idosos é importante clarificar que não faz parte de um envelhecimento normal e é essencial um olhar mais cuidadoso e atento para esta questão.

A incidência da demência no mundo evidencia-se cada vez mais, tendo aumentado dramaticamente nas últimas décadas. Em 2012, as estatísticas apontam para aproximadamente 7.7/ 1000 pessoas por ano com diagnóstico de demência. (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues & Carvalho, 2015)

De acordo com os números da WHO (2012) relativamente à incidência da demência, o número de pessoas estimativamente que viviam com demência no mundo em 2011 eram 35,6 milhões e com probabilidade de aumentar a um nível alarmante, como já se tinha afirmado anteriormente. Ainda de acordo com a WHO (2008), em 2004 as demências constituem a 6^a principal causa de morte nos países mais desenvolvidos e a Doença de Alzheimer a 5^a causa de morte mais constante em 2006.

“A prevalência média de demência, acima dos 65 anos, encontra-se a 2,2 % na África, 5,5% na Ásia, 6,4% na América do Norte, 7,1% na América do Sul e 9,4% na Europa” (Lopes & Bottino, 2002) cit. por Fornari, Garcia, Hilbig & Fernandez., (2010 p.186).

Outro fator curioso revela-nos que a prevalência da demência é maior em idosos analfabetos (12,2%) do que em idosos com escolaridade igual ou superior a 8 anos (3,5%) (Novelii, Nitrini & Caramelli, 2010).

Touchon e Portet (2002) incidem mais aprofundadamente na D.A. e constataam que será um dos grandes desafios da saúde pública nas próximas décadas. A prevalência da D.A. estima-se em cerca de 3% e a incidência na população geral ronda os 11,7% de pessoas por ano. No entanto vários estudos realizados recentemente apresentam-nos uma possível estabilização ou talvez até uma redução na incidência da demência nos países desenvolvidos. Os fatores de proteção serão a mudança do estilo de vida e a redução das doenças vasculares.

Depois da apresentação destes dados é importante referir que não existe uma cura para a demência, existem sim alguns medicamentos para reduzir os sintomas, mas nem sempre são eficazes. Deste modo torna-se fundamental procurar e conhecer cada vez mais esta patologia e investigar alternativas para se conseguir oferecer legitimamente mais qualidade de vida aos nossos idosos.

2.2 Causas da Demência

São várias as causas de demência, mas a sua identificação depende do conhecimento prévio dos diferentes tipos de manifestações clínicas e da realização de exames suplementares. As quatro causas mais frequentes de demência são a Doença de Alzheimer (D.A.), Demência Vascular (D.V.), Demência com Corpos de Lewy (DCL.) e Demência Frontotemporal (DFT) (Caramelli & Barbosa, 2002).

Abordando agora cada uma das causas mais especificamente, podemos presenciar a D.A como a causa mais frequente de demência, como já foi referido anteriormente. O quadro clínico da D.A é caracterizado por mudanças a nível cognitivo e comportamental e o primeiro sintoma é normalmente a degradação da memória, mais especificamente a memória episódica (Caramelli & Barbosa, 2002). Os três fatores de risco mais importantes e necessários à compreensão desta doença são a idade e os antecedentes da D.A. A idade é o fator mais importante aumentando significativamente a incidência e prevalência da patologia em questão. Posto isto, o fator de risco que se segue, a transmissão genética, é também um fator a ter em conta, visto que quando um dos familiares em 1º grau é diagnosticado com D.A a probabilidade de sofrer dessa mesma patologia duplica. Estatisticamente 7% dos casos de D.A têm uma transmissão genética (Touchon & Portet, 2002).

Na Demência Vascular a evolução da doença é mais repentina e por fases do declínio cognitivo, o que a diferencia da Doença De Alzheimer que apresenta um défice mais gradual. Os fatores de risco da demência vascular são associados ao Acidente Vascular Cerebral (A.V.C.), hipertensão arterial, doenças do foro cardíaco, consumo abusivo de álcool, entre outras complicações (Spar & La Rue, 2002).

Um relatório de Hulette et.al. (1997) elucida-nos que numa amostra de aproximadamente 2000 cérebros de sujeitos com demência apenas 6 apresentam um diagnóstico de demência vascular no seu estado mais puro. Deste modo a demência vascular pode ser considerada uma variante de vários problemas vasculares, adicionados a outra doença demencial.

De acordo com os critérios de diagnóstico existe uma diminuição da memória e o desenvolvimento de défices cognitivos como: afasia, apraxia, agnosia e interferência com as atividades da vida quotidiana (American Psychiatric Association, 2000, p. 160).

Relativamente à demência por Corpos de Lewy foi, durante muito tempo, relacionada à doença de Parkinson como sendo específica dessa patologia. A definição mais recente e atual entende os corpos de Lewy como “uma afeção degenerativa cujo substrato lesional está representado por numerosos corpos de Lewy espalhados de maneira difusa nas estruturas subcorticais e corticais” (Touchon & Portet, 2002, p.121). De uma maneira mais simplificada a síndrome demencial é ao mesmo tempo do tipo cortical e subcortical. O segundo tipo apresenta-se com perturbações ao nível do humor e do caráter da atenção, o primeiro, do tipo cortical, apresenta-nos esta doença bastante similar à D.A, com perturbações na memória e uma oscilação do declínio cognitivo. (Touchon & Porter, 2002). Estas oscilações no declínio cognitivo normalmente acontecem de forma rápida, de um dia para o outro, e é uma das características desta patologia.

Segundo Mc Keith et. al., (1996 referido por Touchon & Portet, 2002), o diagnóstico de D.C.L. é menos provável quando se sucede um acidente vascular. Outros sintomas associados ao diagnóstico são as quedas frequentes, perdas de consciência nem que seja por breves instantes, sensibilidade aos anti- psicóticos que por vezes agravam os sintomas de parkinsonismo, declínios sistematizados e alucinações não visuais.

Por fim, definindo a demência Frontotemporal de uma forma simplificada, podemos referir que é um conjunto de perturbações, apresentando um padrão de deterioração do lobo frontal e temporal do cérebro. A idade com que normalmente nos deparamos com esta patologia situa-se entre os 50 anos e os 60 anos, tendo a história clínica familiar um peso substancial em cerca de metade dos casos. (Chow et.al, 1999 referido por Spar & La Rue, 2005)

As lesões referidas anteriormente, do lobo frontal, que se caracterizam pelo isolamento social, apatia e desinibição e do lobo temporal, comportamento motor estereotipado ou compulsivo alteram a personalidade do sujeito. A perda de consciencialização social e o comportamento alimentar alterado auxiliam na diferenciação da Doença de Alzheimer com a demência frontotemporal (Bozeat et.al, 2000, referido por Span & La Rue, 2005).

Nesta patologia a memória, as habilidades visuais e espaciais encontram-se relativamente conservadas. Podem evidenciar-se sinais parkinsonianos, principalmente se já houver casos de ocorrência familiar. (Caramelli & Barbosa, 2002).

2.3 Consequências da Demência

Para compreendermos os impactos que estas demências acarretam e qual a solução para tentar estabiliza-los ou diminui-los, é necessário um entendimento sobre os seus sintomas e as suas diferenças.

Fornari, Garcia, Hilbis e Fernadenz (2010) definem-nos algumas características e sintomas de cada uma delas:

Doença de Alzheimer:

- Perda de memória episódica para eventos recentes;
- Compromete também a memória semântica (exemplo: vocabulário) e a memória operacional (exemplo: número de telefone);
- Comprometimento da linguagem, inicialmente com afasia motora que é manifestada através de dificuldade em nomear pessoas e objetos que são rapidamente entendidos pelo sujeito;
- Mais tarde progride para afasia sensitiva (incapacidade ao nível de habilidades visuo-espaciais);
- Apraxia (comprometimento na realização de tarefas motoras já assimiladas anteriormente pelo sujeito);
- Com a evolução surgem os sintomas neuropsiquiátricos (agressividade, agitação e o vaguear).

Demência Vascular:

- Refletem dois padrões distintos em que variam nas suas características clínicas:

Cortical; disfunção executiva, afasia, apraxia, agnosia, heminegligência (baixa percepção dos estímulos sensoriais), confusão, comprometimento visuo-espacial e amnésia.

Subcortical; Ataxia (falta de coordenação de movimentos motores voluntários), história de quedas, instabilidade no humor e personalidade, deficit cognitivo (disfunção da memória), perda da função executiva e alterações neuro psicológicas (afasia e heminegligência).

Demência Frontotemporal:

- Esta demência manifesta-se cedo, por volta dos 57 anos, sendo rara a partir dos 75 anos;

1ª. Variante da demência Frontotemporal:

- Mudanças no comportamento e personalidade;
- Comportamento social não usual;
- Padrões de alimentação fora do normal;
- Dificuldades na percepção de algumas expressões emocionais (exemplo: sarcasmo);

2ª. Variante da demência Frontotemporal:

- Percepção dos significados preservada, mas dificuldade em entender a palavra correta;
- Só num estado mais tardio da doença é que o paciente perde as capacidades de interpretação;

3ª. Variante da demência Frontotemporal:

- Forte afasia (dificuldade em nomear objetos e de compreender palavras);
- Baixa frequência de sintomas psicóticos como ilusões, alucinações e paranoia;

Demência de Lewy:

- Síndrome demencial que se manifesta progressivamente;
- Instabilidade das funções cognitivas em horas ou até minutos;
- Alucinações de acontecimentos experienciados e recorrentes;
- Sintomas parkinsonianos;
- As habilidades visuo-espaciais (concentração e funções executivas) são mais afetadas do que a memória;

- Num estado mais tardio da doença surgem delírios, alucinações não visuais, depressão e disfunções comportamentais do sono.

2.3.1 Perda Sensorial e Demência:

Perda sensorial tem como definição: diminuição da capacidade de resposta a estímulos que afetam os nossos sentidos tais como, a visão, audição, o tacto, paladar e o olfato.

Pesquisas mostram que D.A. e a demência afetam a qualidade de vida da pessoa pois alteram as suas capacidades de interpretação ao nível dos sentidos. (National Institute of Health, 2002).

O modelo biológico da demência reitera que existem alterações neurológicas no cérebro, assim como a perda severa de tecido cerebral. Estes são possíveis fatores que afetam a compreensão e processamento da informação sensorial nas pessoas com demência. (Cohen-Mansfield, 2000; Richards & Beck, 2004).

O autor analisa o declínio dos 5 sentidos tirando as seguintes conclusões para cada um deles:

Perda da visão:

A idade está na maior parte dos casos associada a alterações na visão. A lente e a córnea tornam-se menos transparentes com a idade e a pupila mais pequena afetando assim o campo de visão. A demência contribui também para pequenas alterações nas capacidades visuais da pessoa porque, afeta a capacidade neurológica que ajuda a transmitir imagens dos olhos para o cérebro afim de serem interpretadas e compreendidas (Bakker, 2003).

Outros fatores que afetam a visão da pessoa são as doenças como: glaucomas, cataratas, degeneração macular e retinopatia diabética. Alguma perda de visão pode ser compensada com o uso de óculos, mas a perda de memória devido a demência provoca o esquecimento do uso dos óculos por parte do doente.

A demência altera também a perceção da imagem alterando a capacidade cognitiva do cérebro que leva a distúrbios e má interpretação visuais. (Mendez, 1996).

Perda de Audição:

A perda de audição é gradual e começa na meia idade. Esta perda deve-se à perda de elasticidade do tímpano. Pessoas com perda de audição podem por vezes ouvir o som da palavra, mas não compreendê-la.

A perda de audição pode ser controlada evitando barulhos de fundo e usando proteções para os ouvidos. A demência afeta também pessoas com boa saúde auditiva, causando má interpretação dos sons o que pode provocar alucinações auditivas. (Bakker, 2003)

Perda do paladar e olfato:

Os sentidos do paladar e do olfato estão relacionados, mas antes da sensação atingir o cérebro não há relação direta entre eles. Estes sentidos diminuem com a idade e as pessoas com demência também são afetadas por esta perda (Bakker,

2003). Este decréscimo no sentido olfativo expõe as pessoas a vários perigos tais como: não detecção de fumo, fugas de gás e comida estragada (Dalton, 2010).

Perda do tato:

A investigação diz-nos que a perda de sensibilidade ao toque acontece com o avançar da idade, pois a pele perde elasticidade e torna-se tensa. Pessoas mais velhas tornam-se menos responsivas aos estímulos do tato pela perda de elasticidade da pele, podendo não sentir dor por não ter sensibilidade ao toque. (Kemmet & Brotherson, 2008).

O toque também pode ter um efeito terapêutico dependendo do método de execução. Massagens de mãos e outras formas de toque têm efeitos terapêuticos, como o uso de cães e gatos na terapia.

O estado da demência afeta a sensibilidade da pessoa. Em estados avançados da doença encontra conforto em animais de peluche ou brinquedos junto ao corpo, o tato sinaliza segurança, sensação de pertença e proteção (Bakker, 2003).

A percepção de perda do tato na pessoa é importante no uso da terapia de Snoezelen, esta terapia usa os sentidos da pessoa para melhorar a sua capacidade cognitiva, melhorando assim a sua saúde (Bakker, 2003).

2.4 Impacto da demência:

2.4.1 Impacto no doente:

Inicialmente, as manifestações de demência são ainda incertas e passam muitas vezes despercebidas pelas pessoas que rodeiam o doente.

De acordo com Garcia (2000), os próprios doentes reconhecem a doença primeiro que os familiares e médicos, mas mais tarde o processo inverte-se e já só o próprio doente é que não reconhece a sua própria patologia.

Como já foi referido anteriormente, a demência provoca várias perdas das funções mentais, o que é suficiente para envolver problemas a nível da capacidade da pessoa em agir, em diversos contextos, trabalho ou em sociedade.

Um estudo realizado por Garces et.al (2011) que relata a vivência com idosos que sofrem de D.A, afirma que os participantes apresentam dificuldades na execução de tarefas fáceis e apresentam um défice de memória. Como complemento, um estudo de Pavarini et.al (2008) incide também na dificuldade em realizar atividades da vida diária e, naturalmente, perda de autonomia e um índice elevado de dependência.

O impacto da demência no doente não é gradual, pois, como já foi citado anteriormente, a demência classifica-se em estádios ou fases que clarificam a progressão e evolução da doença.

Segundo Santana (2005) a demência pode ser classificada em incipiente, ligeira, moderada e severa.

A fase de demência incipiente:

- Memória recente afetada;
- O sujeito pode usar mecanismos de defesa (negação, isolamento e regressão);

- O doente ainda não apresenta os critérios demenciais e pode permanecer nesta fase por um tempo relativamente longo;

- Ainda se encontra autónomo;

A fase de demência ligeira:

- Comprometimento na realização e no planeamento de tarefas profissionais, como por exemplo conferir trocos, organizar o trabalho diário, dirigir as finanças e entre outros;

- Nesta fase também se altera a capacidade de lembrar de nomes, objetos e pessoas,

- O doente perde algumas funções autónomas o que leva os familiares a se aperceberem dos défices já apresentados pelo doente;

A fase de demência moderada:

- Complicações na concentração e orientação espacial;

- Desenvolvimento da prosapagnosia (não consegue reconhecer as pessoas menos íntimas) e da agnosia, torna-se mais apático, não reconhecendo sequer os seus défices físicos e cognitivos;

- Falta de cuidado na apresentação pessoal e cuidados de higiene, agressividade, perda de confiança nas pessoas e uma mistura de agitação com apatia;

A fase de demência severa:

- Défice de memória muito grave;

- Sem reconhecimento das pessoas mais íntimas;

- Não consegue realizar as atividades da vida diária;

- Discurso segmentado;

- Manifestações psicóticas (alucinações e agressividade);

- Numa fase final da doença o doente fica acamado e sem qualquer comunicação verbal;

Tendo em conta as consequências da evolução da doença, o impacto da demência acarreta uma sobrecarga tanto para o doente como para os cuidadores\família. Para o doente os défices manifestados influenciam toda a sua vida, como na capacidade de a pessoa exercer a sua função profissional, fazer e planear a vida quotidiana e até realizar as atividades da vida diária. Posto isto o doente cada vez tem um índice de dependência maior, o que sobrecarga os cuidadores\familiares. Schulz (2000) afirma que a sobrecarga do cuidador\família é uma questão a ter em conta, devido à demência ser uma patologia neurológica crónica e incurável. Ou seja, a dependência do utente e, conseqüentemente, a sobrecarga do cuidador só vai aumentar e exigir uma dedicação cada vez maior.

2.4.2 Impacto no cuidador\família:

Por vezes, os familiares ficam responsáveis pelos cuidados prestados aos idosos com patologias crónico-degenerativas e considerando que, a esperança média de vida da população está a aumentar, esses cuidados podem ser necessários por um longo

período de tempo. Ou seja, se é o familiar a assumir responsabilidade, terá de ser o familiar a cuidar do idoso, podendo ser por longos períodos de tempo e com tendência a sobrecarregar-se a si próprio cada vez mais (Scazufca, 2000).

Considera-se cuidador informal “a pessoa que prevê assistência, não remunerada, a um familiar ou amigo que está doente, idoso ou incapacitado” (Ângelo, 2005, p.89). Entende-se que são maioritariamente do sexo feminino e a sua escolha, face ao ato de cuidar, está relacionada a fatores como a idade, laço afetivo, graus de parentesco, proximidade residencial, suporte financeiro e disponibilidade de tempo (Floriani & Schramm, 2006; Fratezi & Gutierrez, 2011).

Vários estudos evidenciam que o ato de cuidar pode ser muito cansativo e desgastante. Os comportamentos inapropriados são bastante comuns na demência e causam uma sobrecarga tanto a nível psicológico como até financeiro (Cohen-Mansfield, 2001). Segundo Lage (2002) a morbidade dos familiares cuidadores é superior à dos familiares que têm menores cuidados e responsabilidade face ao familiar doente.

Segundo Guimarães e Lipp (2011), desde que surge a doença crónica, o cuidador passa a ser realmente necessário e deixa de ser apenas uma opção. O familiar ao sentir-se responsável pelo ato de cuidar, assume esse papel, mesmo por vezes não se reconhecendo ao fazê-lo (Baptista et al., 2012).

As mudanças estruturais da família, a entrada da mulher no mercado de trabalho e outros fatores, contribuem para as dificuldades sentidas por muitos cuidadores (Bulla, 2007).

O tratamento e o ato de cuidar obedecem a certas exigências e questões, o que pode vir a alterar a rotina e a criar mudanças de papéis na família (Inocenti, Rodrigues & Miasso, 2009). Portanto, o cuidador tem de assumir mais uma função na sua vida, não se podendo desresponsabilizar das que já assumia anteriormente, tais como as tarefas domésticas, responsabilidades profissionais e financeiras e de cuidados consigo e restantes familiares (Sanchez et al., 2010)

O cuidador acaba por deixar que a vida do doente seja prioritária à sua, quando tenta conciliar as duas rotinas. A carência de redes de suporte é muitas vezes também uma das causas para a sobrecarga existente no cuidador (Pavarini et al., 2003).

Na maior parte dos casos o cuidador não dispõe dos conhecimentos necessários e/ou adequados para cuidar de uma pessoa com síndrome demencial. Essa falta de informação pode dificultar na resolução de problemas do dia-a-dia do doente e causa, como já mencionado anteriormente, um desgaste físico e emocional na pessoa que cuida (Inaue et al., 2009).

Se existe pouco conhecimento sobre o processo da doença, por parte dos cuidadores, vai dificultar não só o cuidado como também a interação com o idoso (Inaue et al., 2009).

Em certas circunstâncias os cuidadores podem vivenciar um misto de emoções e sentimentos sobre o idoso e sobre os cuidados prestados. Como exemplo podemos apresentar a dor pelas mudanças que surgem no relacionamento entre os dois, sentimentos de culpa, empatia e ao mesmo tempo impaciência pelas manifestações de comportamento, muitas vezes repetitivas. Face os sintomas da própria demência, que tendem a piorar ao longo da evolução da doença, o cuidador pode também manifestar

emoções ou sentimentos negativos (Scazufca, 2000). Sentimentos como amor e afeto, também são apresentados pelos cuidadores, pois, os laços afetivos e memórias de momentos já passados não são esquecidos (Scazufca, 2000).

Esta sobrecarga ou manifestação de stress e frustração pode refletir problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros que acabam por afetar tanto o bem-estar do cuidador como do próprio doente (George & Gwyther, referido por Martins, Ribeiro, Garrett, 2003).

É importante referir que os cuidadores necessitam de redes de suporte que auxiliem, não só no cuidado ao idoso, mas também no apoio psicossocial e financeiro, evitando assim a procura de uma institucionalização (Caldas, 2002).

2.5 Tratamento da Demência

Como já foi referido anteriormente, a demência é uma patologia incurável onde apenas se pode tentar reduzir os sintomas comportamentais e psicológicos da demência.

A importância em abordar este tema incide na necessidade de compreender o papel da terapia não farmacológica, nesta patologia específica, mas antecipadamente iremos caracterizar os sintomas comportamentais e psicológicos da demência.

Finkel et.al. (1996) referido por Caramelli & Bottino (2007, p.83) referem-se aos sintomas comportamentais e psicológicos da demência como “uma expressão adequada para definir as manifestações neuropsiquiátricas dos transtornos demenciais”

De acordo com a avaliação médica dos pacientes, é prioritário a identificação das alterações nas manifestações neuropsiquiátricas e perceber qual a sua intensidade e frequência, bem como a repercussão que poderá ter no cuidador/família (Caramelli & Bottino, 2007).

Os sintomas comportamentais e psicológicos da demência, como a agitação, a agressividade, o vocabulário inapropriado, as alterações no humor e entre outros, são refletidos nos casos de institucionalização que têm vindo a aumentar progressivamente. Estes sintomas dificultam o cuidar, pois criam uma instabilidade no comportamento da pessoa idosa com demência e deste modo estão associados a uma elevada taxa de institucionalização. O cuidador acaba por ficar demasiado sobrecarregado e procura redes de suporte que o auxiliem (Yuffe et. al, 2002 referido por Caramelli & Bottino, 2007).

O primeiro passo para uma abordagem terapêutica será a identificação das manifestações neuropsiquiátricas e perceber se essas manifestações não ocorrem de duas doenças etiologicamente relacionadas, como por exemplo, uma infeção, uma desidratação, um traumatismo craniano, entre outros. Se essas hipóteses se excluírem poderá ser iniciado um tratamento não farmacológico, como a implementação de rotinas para os pacientes na instituição, a realização de caminhadas para estimular a atividade física, a musicoterapia e a estimulação multissensorial do paciente (Caramelli & Bottino, 2007).

As terapias não farmacológicas são indispensáveis para se conseguir controlar os sintomas neuropsiquiátricos, tais como os défices de percepção, de pensamento, do humor e comportamento (Livingston et.al, 2005).

Existem algumas diferenças significativas entre as várias terapias não farmacológicas, Cohen-Mansfield (2004) apresenta-nos três modelos, que são eles, o modelo das necessidades não satisfeitas, o modelo comportamental\de aprendizagem e o modelo de vulnerabilidade ambiental\redução do stress.

O modelo das necessidades não satisfeitas:

Uma proporção significativa dos utentes com demência, nas instituições para idosos, apresenta comportamentos inapropriados, causados pela patologia. Demonstrem, também, uma privação sensorial, solidão e até um certo aborrecimento relativamente ao seu quotidiano. Desta forma será perspicaz realizar terapias não farmacológicas como estimulação sensorial, de atividades e de contatos sociais. A abordagem mais correta seria realizar e promover estas terapias antes que o utente atinja o ponto, que o autor chama de “necessidades não satisfeitas”, que influenciam significativamente nos comportamentos desajustados apresentados como sintomas da demência.

Outro tipo de necessidades está relacionado com a qualidade de vida do utente, como por exemplo, bons procedimentos relativamente à higienização, tratamento adequado da dor, uma boa comunicação, entre outros (Cohen-Mansfield, 2001).

Posto isto, este modelo, das necessidades não satisfeitas, tem como propósito satisfazer as necessidades que estão a incitar comportamentos desajustados e praticar a estimulação sensorial, atividades em grupo e estimulação dos contatos sociais, que como foi referido anteriormente, podem ser úteis no controlo dos comportamentos inadequados (Cohen-Mansfield, 2004).

O modelo comportamental\de aprendizagem:

Muitos problemas adjacentes aos comportamentos inadequados, são aprendidos através da atenção dada pelo profissional quando o mesmo é apresentado pelo utente. Ou seja, de acordo com a atenção que é dada pelo cuidador formal quando o doente realiza um comportamento inadequado, o doente associa esse comportamento e atenção a um reforço positivo. Torna-se prioritário uma alteração do reforço face a esse comportamento.

O modelo de vulnerabilidade ambiental\redução do stress:

Este modelo nasce da ligação negativa que o doente faz em relação ao ambiente que o rodeia e, conseqüentemente, de uma diminuição da resiliência em lidar com o stress. O processo da demência torna o utente mais vulnerável em relação ao ambiente envolvente e aos estímulos exteriores e desta forma, essas manifestações acabam por afetar o comportamento do utente e torna-lo desadequado.

O idoso com demência acaba por perder, progressivamente, a capacidade para enfrentar o stress e os desafios do mundo exterior.

Estas sensações e dificuldades sentidas pelo doente aumentam a sua ansiedade e os seus comportamentos inapropriados.

Uma modificação no meio ambiente e atividades de relaxamento poderão auxiliar na redução do stress e ansiedade da pessoa idosa e conseqüentemente nos seus comportamentos desadequados.

Este tipo de tratamentos é cada vez mais utilizado em detrimento das terapias farmacológicas, pois através dele consegue-se chegar a um entendimento sobre o ambiente psicossocial e até do espaço físico do doente e é possível uma maior aproximação entre todos os profissionais e os utentes em questão.

Muito importante também serão os resultados obtidos através destas intervenções na diminuição de alguns sintomas e comportamentos apresentados pela demência, já referidos anteriormente, que reduzem significativamente a qualidade de vida do idoso e dos seus cuidadores informais.

O autor, Cohen-Mansfield (2004), através de pesquisa em vários estudos científicos, apresenta-nos alguns exemplos de intervenções relacionadas com os efeitos previstos pelos modelos anteriores.

Estimulação Sensorial\Relaxamento:

- Realização de massagens e toques terapêuticos, durante 10 dias, em cada utente;
- Musica relaxante durante o almoço, durante o banho e terapia musical com instrumentos musicais ou até jogos lúdicos sobre música;
- Vídeos pessoais, realizados pela família do utente;
- Músicas selecionadas de acordo com a preferência do utente;
- Atividades na sala de Snoezelen;

Contato social: Real ou Simulado:

- Terapia com cães,
- Contato com os profissionais da instituição (individualmente);
- Chamada telefónica, gravada, com o cuidador informal do utente;

Terapia do Comportamento:

- Mudança do reforço dado pelos cuidadores (atenção dada apenas na ausência do comportamento desadequado);
- Acariciar e dar alguma recompensa quando o utente apresenta um comportamento mais tranquilo;
- Realizar um “plano comportamental” que promove a tranquilidade e uma cooperação entre o profissional e o utente;
- Reforçar com louvor ou com algum objeto preferencial do utente, quando é apresentada evolução ao nível do comportamento;
- Implementar rotinas incompatíveis com a agressividade do utente;

Intervenção ambiental:

- Decorar o ambiente com objetos da natureza ou que relembrem o ambiente familiar;
- 2 horas de exposição à luz e sentados confortavelmente;

- Aumentar a intensidade da luz durante o jantar (Cohen- Mansfield,2004).

Capítulo III: Institucionalização do Idoso com Demência

3.1 Desafios e necessidades nas instituições para o idoso

Em vários países do mundo, as instituições, ou designadas de asilos para idosos, abrigavam principalmente idosos pobres, muitos sem família, juntamente com crianças abandonadas e de doentes mentais. Estas instituições de caráter filantrópico eram mantidas por organizações religiosas e focavam-se principalmente em dar abrigo e auxílio aos mendigos (Netto, 2002).

Com o crescente aumento das pessoas idosas, independentemente do seu status social e/ou económico, foi necessário a prevalência de instituições de gerontologia que elevaram o padrão dos seus serviços (Netto, 2002).

Apesar de as instituições terem evoluído bastante na qualidade dos seus serviços ainda não são encaradas da melhor maneira, pois a institucionalização ocorre, na maior parte das vezes, quando o idoso já não tem capacidades física para desenvolver as atividades da vida diária e necessita de apoio especializado e profissional.

De acordo com vários estudos (Fericgla, 1992, referido por Trilla 2005), a opção de institucionalização não é a mais desejada pelos idosos. Os mesmos têm preferência em viver com os filhos ou netos, viver com o cônjuge ou até mesmo em viver sozinho. Por outro lado, existem idosos que encontram na institucionalização uma solução para os seus mais derivados problemas.

De acordo com o comprometimento dos idosos nas atividades da vida diária, Pimentel (1995) concluiu que os idosos institucionalizados tinham o seu envolvimento mais condicionado, nesse sentido. Os não institucionalizados têm mais oportunidades para realizarem atividades do quotidiano, enquanto que os institucionalizados estão mais limitados, apesar de as instituições realizarem investimentos em espaços que fomentem momentos mais pessoais e que se assemelhem ao seu quotidiano e estilos de vida.

Pinho (2005) verificou o contrário, os não institucionalizados é que apresentaram maiores condicionalismos nesse contexto. Estas afirmações do autor podem ser justificadas devido aos níveis de menor depressão que os idosos institucionalizados apresentam face aos não institucionalizados.

Mas para Pimentel (2001) não são só as condições físicas de um sujeito que o levam ao caminho da instituição. As mudanças na estrutura familiar, a degradação das suas habitações, o aumento de certas necessidades que o espaço habitacional não proporciona e a quebra dos laços familiares são só alguns fatores que levam à procura de uma instituição. As patologias com sintomatologia neuropsiquiátrica são também um dos fatores que aumenta a institucionalização de idosos em Portugal.

De acordo com a mesma autora e tendo como base uns dos seus estudos, é nos apresentado a imagem negativa que os idosos têm em relação ao seu internamento, devido à mudança de hábitos e de estilo de vida, mas, por outro lado, a estimulação de relações sociais e envolvimento com o mundo exterior são encarados de forma positiva e são um fator a ter em conta na qualidade de vida do utente.

Também Pinho (2005), num estudo realizado em Portugal, elucida-nos que, no que diz respeito às expectativas do idoso face à sua saúde, os institucionalizados apresentam-se mais positivos e confiantes do que os idosos não institucionalizados.

As instituições que dão resposta ao cuidado da pessoa idosa envolvem a integração e acomodação, com um cuidado especializado ao idoso. Esse cuidado pode incluir três contextos distintos, um cuidar físico que inclui alimentação, higienização, cuidados de saúde, um cuidar financeiro, por exemplo, um auxílio na gerência das finanças e um cuidar emocional que é muitas vezes o aconselhar e dar suporte emocional (Davies, 2000).

Os desafios apresentados às instituições têm tendência para aumentar, pois as gerações futuras de pessoas idosas vão ser cada vez mais críticas, em relação ao seu cuidado, sem abandonarem os seus valores e estilos de vida. (Davies, 2000) Segundo Michel Loriaux (1995) cit. por Rosa (1996, p.194), “o perfil dos futuros idosos (estatuto social, necessidades e aspirações, capital cultural e económico, etc.) não é coincidente com o atual”.

De acordo com Oliveira (2007) os idosos vão viver mais anos e a probabilidade de possuírem mais meios económicos, sociais, culturais e médicos aumenta.

O avanço da tecnologia e a modernidade da sociedade pode vir a formar idosos mais independentes e com menos necessidade de cuidados, mas por outro lado idosos com demência, ou outras patologias, vão sempre necessitar de cuidados especializados. (Davies, 2000)

Uma instituição que preserve a valorização da vida e a dignidade do idoso irá sempre enfrentar vários desafios e problemas, para que não se torne uma antecâmara da morte. A qualidade apresentada, as atitudes dos seus profissionais, o ambiente sentido e a capacidade para lidar com as situações irão marcar a diferença entre uma instituição precária e uma instituição que se torne um lugar para viver. (Netto, 2002)

Um dos maiores desafios encontrados pelas instituições é o cuidar de idosos dementes, que em muitos casos questionam todas as necessidades e limitações que a instituição apresenta. Se o doente se encontrar numa fase inicial ainda poderá ser tolerável para a instituição e os seus funcionários, no entanto, com a evolução do diagnóstico, as necessidades dos utentes irão aumentar significativamente, evidenciando a carência da instituição em dar resposta face a esses problemas (Netto, 2002).

A investigação sobre as necessidades do idoso, neste caso com demência, é deveras importante no auxílio aos profissionais que se esforçam, diariamente, para satisfazer as necessidades dos seus utentes e assegurar um final de vida digno.

Um estudo realizado por Hancock, Woods, Challis e Orrell em 2006, que teve como objetivo perceber as necessidades de idosos portadores de demência que habitavam em residências séniores, concluiu que existe uma escassez de atividades estimulantes, necessidade de companhia, necessidade de um treino de memória adequado e de terapias sensoriais que possam dar resposta a problemas visuais, auditivos ou de outros sentidos primários. Se estas necessidades forem colmatadas é possível presentear os idosos com maior sentido de independência e de bem-estar (Rogers & Delewski, 2004).

Portanto, no caso de doentes dementes ou com outras patologias específicas, a definição básica de cuidar físico, financeiro e emocional torna-se um pouco ultrapassada, na medida em que é urgente apresentar outro tipo de serviços para conseguir preservar a qualidade de vida dos idosos.

3.1.1 Fatores de institucionalização de idosos com demência

Como já foi referido anteriormente, Pimentel (2001) indica-nos que não são só as condições físicas que contribuem para a institucionalização do idoso com demência. São inúmeros os fatores que levam à institucionalização deste sujeito e torna-se necessário identificá-los para uma melhor compreensão desta investigação.

Devido ao nível de dependência que os sujeitos com demência apresentam, atingem até duas a dez vezes mais que outros idosos, o risco de serem institucionalizados (Gorzani & Pires, 2006).

Muitos dos fatores apresentados por vários estudos, tais como os estudos de Dunkin e Hanley (1998) e os estudos de Alloul, et al. (1998), elucidam-nos sobre os fatores relacionados com as características do próprio paciente. São identificados os problemas comportamentais, a gravidade da sua demência e o nível da sua incapacidade. São também tidos em conta os fatores associados as características dos seus cuidadores, como por exemplo a sobrecarga do cuidar, a saúde psicológica dos cuidadores e a frequência com que usam os serviços públicos como forma de auxílio.

Outra investigação, levada a cabo por Astrid. et.al (2004) em 8 países europeus, com o objetivo de explorar as potenciais razões para a institucionalização de idosos com demência, identificou vários fatores através do testemunho de 1160 cuidadores informais. As categorias mais valorizadas por parte dos cuidadores dos vários países são a sobrecarga existente no cuidado de idosos, com esta patologia específica, e na incapacidade de o cuidador exercer um cuidado especializado ao doente. Nas categorias relacionadas com as características do paciente, as mais identificadas foram as “síndromes neuropsiquiátricas”, “deterioração global do paciente” e os “altos níveis de dependência”. Um dado adquirido desta investigação, é que os cuidadores informais apresentam mais fatores relacionados com as características do doente e não tanto relacionadas com eles próprios.

É importante concluir que os fatores relacionados com os cuidadores informais são também bastante significativos na decisão de institucionalizar o idoso. O cuidado contínuo que os cuidadores prestam aos seus doentes cria uma sobrecarga psicológica, financeira e social, não só aos mesmos, mas também a toda a família mais próxima (Sansoni, Riccio, Vellone & Pinas, 1999).

3.1.2 Competências, dificuldades e necessidades no cuidado ao idoso com demência:

O previsto aumento da prevalência de utentes com esta patologia cria novos desafios às instituições de idosos, que, maioritariamente, têm cuidadores formais com baixos níveis de escolaridade e com pouca formação especializada, nesta área específica (Kuske et.al. 2007).

Como já referido por Lages (2002), o ato de cuidar pode ser muito cansativo e desgastante. Este cuidado acarreta, para os cuidadores formais, em muitas circunstâncias, níveis de stress, sobrecarga física e insatisfação com o seu trabalho devido aos níveis elevados de dependência e os distúrbios mentais que estes idosos apresentam (Davison, McCabe, Visser, Hudson, & George, 2007; Kuske et.al, 2009).

A questão da formação, por vezes escassa, dos cuidadores formais, torna-se um problema para as instituições pois a reabilitação destes utentes acaba por ser comprometida pela falta de conhecimentos necessários (Davison et.al., 2007).

A reabilitação destes utentes pode passar pela estimulação cognitiva, estimulação multissensorial e intervenção motora. Portanto, torna-se urgente que se aposte nas competências tanto dos cuidadores profissionais, como na qualidade das intervenções para tentar diminuir a sobrecarga sentida, junto dos idosos, por estes profissionais (Davison et.al., 2007).

Deste modo, essas intervenções ou terapias ajudam a criar um espaço mais pessoal onde o profissional consegue uma maior aproximação do paciente, onde possa ouvir as suas inquietações e prestar-lhe mais atenção a nível pessoal e não só aos seus sintomas. Esta aproximação e tentativa de relaxamento do utente podem facilitar o trabalho de todos os profissionais da instituição (Davison et.al., 2007).

Deste ponto de vista, a mudança e a procura de novos conhecimentos, passa pelas instituições e seus profissionais. Torna-se um dever, não só tentar compreender esta doença, mas também criar possibilidades de uma maior qualidade de vida, tanto para os utentes como para os profissionais que atuam nestas instituições.

3.2 Qualidade de vida nas instituições do idoso

A *W.H.O.*, define qualidade de vida como “a perceção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da sua cultura e sistema de valores, em relação aos seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito alargado, influenciado de forma complexa pela saúde física do indivíduo, pelo estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a sua relação com aspetos significativos do seu meio “(WHOQDV, 1997).

Existem vários estudos contraditórios sobre a qualidade de vida apresentada pelos idosos e distinguem-se o estudo de Fernandes (2000) e Pinho (2005). Este último indica-nos que os idosos institucionalizados apresentam um índice de qualidade de vida mais elevada, enquanto que Fernandes (2000) realizou um estudo comparativo relacionado com o tempo de internamento em instituições. O mesmo concluiu que utentes com mais tempo de internamento apresentam mais limitações relativamente à qualidade de vida manifestada.

Os cuidadores profissionais normalmente associam a qualidade de vida da pessoa com demência ao seu estado cognitivo, mas existem outros fatores a ter em conta como a sobrecarga do cuidador e os sintomas neuropsiquiátricos do idoso com demência (Logdson, Mc Curry & Terri, 2002).

Atualmente o controlo e gestão da doença de Alzheimer e outras demências está centrado não tanto em tratamentos específicos, mas sim em auxiliar no cuidado da pessoa dependente, no progresso da sua doença e em diminuir ou estabilizar os seus distúrbios comportamentais (Davies,2000). Torna-se necessário também combater o estigma criado em torno das instituições, que insinua que as mesmas levam os idosos ao isolamento social e à incapacidade física, pois não têm a devida estimulação (Netto, 2002).

As terapias não farmacológicas na demência são um forte exemplo de uma estimulação digna e apropriada e que tem como objetivos estabilizar ou melhorar as funções cognitivas do paciente, diminuir os sintomas comportamentais e psicológicos,

muito frequentes nesta patologia, e melhorar a qualidade de vida dos doentes (Wannmacher, 2005). Desta forma, a intervenção terapêutica e não farmacológica, poderá ser um método eficaz no auxílio ao trabalho realizado pelos cuidadores aos seus utentes.

No estágio inicial da demência o utente deve continuar a realizar e a apreciar as atividades que sempre realizou, pois assim poderá continuar a estimular a sua área de lazer e social. Num estágio mais tardio o paciente perde a criatividade e capacidade para realizar atividades por si só e, portanto, necessita que lhe sejam apresentadas alternativas para que continue a valorizar os seus interesses, a sua cognição e qualidade de vida (Netto, 2002).

Manter o utente na realização de terapias ocupacionais e/ou alternativas, poderá vir a ser benéfico tanto para o utente como para os próprios profissionais e instituição, isto porque mantêm o utente mais integrado no seu ambiente, o que facilita na prestação de cuidados e predisposição para a participação em outras atividades (Netto, 2002).

De acordo com Netto (2002) o profissional é responsável pelo utente realizar ou não certas atividades e deve seguir várias diretrizes para que a terapia seja realmente eficaz:

- Planear um horário fixo para a realização das atividades;
- Manter uma rotina regular;
- Ter conhecimento das capacidades e atividades que o utente costumava realizar;
- Simplificar o planeamento das atividades, conforme o estágio da doença do utente;
- Promover as estimulações cognitiva e multissensorial;
- Respeitar as decisões do utente e não oferecer resistência se o utente não quiser realizar a atividade;
- Finalizar a terapia se o utente demonstrar fadiga ou aborrecimento;
- Dever de o profissional estimular a sua própria criatividade e procurar novas atividades e terapias

De acordo com as diretrizes apresentadas anteriormente, é possível apresentar exemplos de várias atividades e\ou terapias:

- Jardinagem, limpeza da casa, culinária, atividades que estimulam sensorialmente;
- Terapia de Snoezelen, estimulação Multissensorial;
- Terapia de Reminiscência com uso de fotos antigas, revistas, entre outros;
- Musicoterapia;
- Jogos de atividade física;
- Atividades que estimulem a comunicação verbal e não verbal, dimensões também afetadas pela doença (Netto, 2002);

Deste modo, a intervenção terapêutica tem como objetivos, um cuidar de nível emocional, cognitivo e comportamental e fomenta uma relação de confiança, neste caso, entre o terapeuta e o utente idoso (Davies, 2000).

3.2.1 Promoção da qualidade de vida no idoso com demência

A promoção da qualidade de vida (QDV), em idosos com demência, acarreta diversos desafios devido à instabilidade do diagnóstico e dos défices cognitivos que esta patologia cria no doente (Carrasco, 2007).

Os doentes que ainda se encontrem nos estádios de demência considerados ligeiros ou moderados têm a perceção da sua qualidade de vida e valorizam essa questão (Addington- Hall et. al, 2001).

De acordo com Novelli et.al. (2010) a QDV na demência foca-se, principalmente, em aspetos de saúde física e mental, capacidade cognitiva, ligações familiares e vida social, competências e atividades profissionais, áreas de lazer e económicas.

Apesar de estar referenciado que os utentes com estádios de doença ainda iniciais possam ter uma perceção sobre a sua qualidade de vida, essa mesma não coincide com os testemunhos dos seus cuidadores e familiares. Os últimos percecionam níveis de QDV mais baixos que os próprios idosos (Logsdon, McCurry & Terry, 2002).

Como já foi abordado anteriormente, os cuidadores relacionam a baixa QDV com o comprometimento cognitivo dos seus idosos e os fatores associados a essa baixa QDV são a sobrecarga existente no próprio cuidador e os sintomas comportamentais e psicológicos que o idoso com demência apresenta (Novelli, Nitrini & Caramelli, 2010).

Sendo esta questão prioritária, a *Alzheimer's Association* (2009) lançou uma campanha relativa à promoção da qualidade de vida em instituições de idosos com demência. Esta campanha recomenda e sensibiliza várias práticas para cuidados com demência, de forma eficaz, são eles: a avaliação holística, extremamente necessária para compreender as habilidades dos utentes e prestar cuidados de acordo com as suas necessidades. Essa avaliação tem de ter em conta fatores como a saúde cognitiva, saúde física, comportamentos do utente, capacidades sensoriais, capacidade de decisão, habilidades de comunicação, antecedentes culturais e pessoais e necessidades e preferências espirituais.

Outras atividades importantes, referidas no artigo, são as atividades ocupacionais ou terapias não farmacológicas, já referenciadas as suas diretrizes neste capítulo.

Estas atividades requerem um conhecimento prévio do utente, podendo as famílias podem auxiliar os profissionais nesta questão ou o profissional pode tentar outros recursos como a observação do paciente ao realizar certas atividades e como reage a algumas particularidades do cuidado. Desta forma, o comportamento do utente pode ser entendido como uma maneira de comunicar e expressar as suas vontades e necessidades (Alzheimer's Association, 2009).

Como já especificamos no capítulo sobre a demência, estas terapias não farmacológicas favorecem a aproximação do profissional ao doente e consequentemente do seu ambiente psicossocial e físico (Cohen- Mansfield, 2004).

3.2.2 Vantagens das terapias não farmacológicas em idosos com demência

De acordo com o autor, Grilo (2008, p.51), “as metodologias não farmacológicas são variadas, devendo estar sempre associadas de forma variável, mediante os casos. Os cuidados devem ser globalizantes e adaptados a cada indivíduo”.

Estas terapias devem ser realizadas, para obter resultados positivos, em grupos pequenos de no máximo 10 doentes, se apresentarem défices cognitivos. Preferencialmente deviam ser realizadas individualmente, mas num contexto institucional torna-se pouco viável (Grilo, 2008).

Estas terapias não farmacológicas surgem pela necessidade de estabilizar os sintomas neuropsiquiátricos da demência, como por exemplo os distúrbios de pensamento, de perceção, de humor e de comportamento.

As vantagens do uso destas terapias não farmacológicas foram investigadas e são elas:

- A abordagem da principal razão psicossocial para o comportamento;
- Evitar as intervenções farmacológicas, os seus efeitos secundários e a sua eficácia limitada, pois os fármacos eliminam os comportamentos desadequados que por vezes servem para identificar as necessidades do utente e facilitam o trabalho ao cuidador, no sentido de trabalhar em prol do que o utente precisa.

É importante para o profissional ter conhecimento de várias terapias, já especificadas na abordagem clínica da demência, para conseguir uma combinação entre os instrumentos e as vontades e necessidades dos seus pacientes (Douglas, James & Ballard, 2004). Especificamente, nesta investigação, iremos trabalhar e investigar a terapia de Snoezelen, estimulação multissensorial em idosos com demência, e para isso é necessário a abordagem clara e completa deste tema.

Capítulo IV - Estimulação multissensorial e motora

4.1 Terapia Snoezelen e Demência

A estimulação multissensorial e motora, mais especificamente a terapia Snoezelen, é uma terapia não farmacológica que auxilia na promoção da qualidade de vida dos sujeitos de qualquer faixa etária.

Nesta investigação, os idosos com demência foram o público alvo escolhido e os seus objetivos passam por contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência, institucionalizadas e avaliar os efeitos da terapia Snoezelen - estimulação multissensorial - na capacidade cognitiva de idosos, institucionalizados, com demência.

O conceito desta terapia foi começado a ser utilizado no fim dos anos 70 por dois terapeutas Holandeses, Jan Hulsegge e Ad Verheul. A curiosidade sobre este tema surgiu do trabalho de uns dos seus colegas, onde apresentou resultados positivos quando colocava os seus pacientes em um ambiente multissensorial (Hulsegge & Verheul, 1989).

Hulsegge e Verheul (1989) prepararam uma tenda sensorial, com efeitos simples, para estudarem este plano terapêutico. Os resultados foram positivos e obtiveram, por parte dos pacientes, demonstrações verbais e não verbais positivas.

Desta forma, o nome que foi dado à terapia foi “Snoezelen” que é uma combinação dos verbos Holandeses “snuffelen”, que significa explorar, e “doezelen” que pode significar relaxar e/ou sonhar. Esta terapia combina, assim, dois contextos diferentes, um de estimulação sensorial e outro de relaxamento, uma atividade mais passiva (Hulsegge & Verheul, 1989).

A Terapia de Snoezelen começou por ser usada em utentes com deficiência mental, pois as mesmas sofrem de uma privação sensorial e têm mais dificuldades em adequar os seus estímulos sensoriais (Cariaga, 1991; Cohen-Mansfield, 1997; Hallberg, 1993).

Na última década, o uso experimental desta terapia estendeu-se para um público alvo diferente, os idosos com demência. Esta prática sucedeu-se devido às características comuns entre os sujeitos com deficiência mental grave e os sujeitos com diagnóstico de demência, pois ambos apresentam défices cognitivos e uma capacidade de comunicação diminuída (Hall 1987; Lawton 1986).

Em contrapartida, os idosos com demência desenvolvem uma deterioração mais gradual nas suas funções cognitivas e de acordo com o progresso da sua doença. Posto isto, estes sujeitos tornam-se menos capacitados para participar em intervenções que envolvam a sua capacidade de comunicação e as suas funções cognitivas (Hall 1987; Lawton 1986). Por outro lado, se existir uma fraca estimulação sensorial nestes indivíduos, pode suceder-se um declínio cognitivo, funcional e um agravamento nos sintomas comportamentais e psicológicos da doença (Kitwood, 1992).

De acordo com estas duas estratégias, por um lado uma sobrecarga sensorial e por outro uma privação sensorial, torna-se necessário encontrar um equilíbrio onde se possa estimular sensorialmente o utente com demência e ao mesmo tempo, usar esse estímulo sensorial como uma forma de relaxamento para o paciente (Kovach 2000).

Já há alguns anos que o conceito “Snoezelen” revolucionou a terapia em países como a Holanda, Bélgica, Alemanha, Itália e entre outros. O Snoezelen é considerado uma intervenção multissensorial com certos valores terapêuticos.

Hulsegge e Verheul (1989, p.36) definem o Snoezelen como sendo:” uma oferta seletiva de estimulação primária num ambiente caloroso, atividade primária para deficientes mentais profundos. Atividade orientada para a perceção sensorial indiretamente através da luz, ruído, o toque, o odor e o paladar, criação de momentos de vida autêntica para pessoas diferentes.”

A sala de Snoezelen é um espaço com um ambiente controlado, utilizada para fornecer uma exposição multissensorial e adaptada a um ou vários estímulos.

Kewin (1991, p. 5) considera o Snoezelen “como filosofia, seja como aproximação terapêutica, isto é, como um recurso para melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiências ou com outras condições limitantes, como por exemplo a demência.”

Apesar de não ser adaptada para aprendizagens específicas, pode apresentar resultados terapêuticos, como estimulação cognitiva ou apenas para uso de relaxamento do sujeito com demência (Shapiro & Bacher, 2002).

A terapia de Snoezelen deve ser entendida como uma oportunidade para promover prazer e renovação aos seus pacientes, sem criar qualquer pressão na estimulação de atividades, sendo assim aproveitados ao máximo todos os benefícios que o espaço físico e equipamentos proporcionam aos sujeitos (Hulsegge & Verheul, 1987).

O papel dos técnicos, na terapia de Snoezelen, passa por orientar os sujeitos sem interferir nas escolhas e ritmos dos mesmos, proporcionando um maior contato entre todos e um alcance dos objetivos previstos (Lancioni et al. 2002).

De acordo com um projeto realizado por Martins (2011, p.8) “nem todos viveram esta experiência sensorial com finalidade terapêutica. Para alguns, o Snoezelen foi e é uma atividade sem objetivos de reabilitação ou cura, no entanto, pela nossa observação e acompanhamento percebemos muitos sorrisos, algumas palavras e expressões faciais que revelaram “outras curas”, como o prazer e bem-estar”.

O ambiente sensorial apresenta uma livre descoberta dos sentidos, uma estimulação pessoal e exploração do espaço envolvente. Um ambiente organizado, como a sala de Snoezelen, facilita na receção e reação aos estímulos recebidos (Proença, 2010).

São vários os recursos a que devemos recorrer para obter um ambiente sensorial adequado e organizado. Na sala de Snoezelen são vários os elementos que podem ser utilizados, mas vamos sintetizá-los de acordo com a estimulação sensorial realizada:

Elementos tácteis: As diferentes sensações tácteis são importantes para o sujeito que realize a terapia. A fibra ótica, elementos com variadas texturas e a cama de água com sensações vibratórias são elementos importantes para um adequado ambiente sensorial (Rodríguez & Llauredó, 2010).



Figura 1-Fibra ótica e cama de água na Sala de Snoezelen da Casa de Saúde Bento Menni (CSBM)

Elementos vibratórios: Estes elementos estão estritamente ligados à estimulação auditiva e são fundamentais para o trabalho realizado na sala de Snoezelen. A cadeira de massagem e a aparelhagem que transmite músicas relaxantes, transmitindo também vibrações na sala, são alguns aparelhos que podem ser utilizados nesta estimulação (Rodríguez & Llauradó, 2010).



Figura 2- Cadeira de massagens na sala de Snoezelen da CSBM

Elementos visuais: Em um ambiente sensorial, estes elementos são importantes para criar uma atmosfera tranquilizante. A bola de espelhos giratória, a coluna de água automática que produz bolhas e faz girar bolas coloridas, as cores transmitidas

pela fibra ótica e o projetor de imagens conseguem criar uma forte estimulação visual no sujeito que experiencia a sala (Rodríguez & Llauradó , 2010).



Figura 3- Projeção na parede na sala de Snoezelen da CSBM



Figura 4- Coluna de água automática na sala de Snoezelen da CSBM

Elementos auditivos: A voz do terapeuta que controla a sessão é fundamental para criar um ambiente relaxante e para auxiliar nos estímulos auditivos dos sujeitos. A música utilizada durante a sessão deve ser específica e com um volume suave.

Com apenas uma sala equipada de acordo com as necessidades e vontades dos utentes, consegue-se atingir um nível de estimulação, com intervenções pedagógicas e terapêuticas (Rodríguez & Llauradó , 2010).

Neste caso, podemos definir a Terapia de Snoezelen como um espaço aberto à estimulação multissensorial, sendo uma atividade terapêutica que utiliza elementos tácteis, vibratórios, visuais e auditivos (Anderson, Bird, MacPherson, McDonough & Davis, 2011).

Como já referenciado, o Snoezelen é um ambiente estruturado com imagens, sons, texturas e aromas para combater a privação sensorial, sentida em muitos casos pelos idosos com demência, tema já descrito anteriormente, nas consequências que a demência acarreta. A privação sensorial pode levar a comportamentos inadequados, sendo desafiantes para quem acompanha todo o processo da doença (Liederman et al. 1958).

Um estudo de Baker et.al (1997), compara os efeitos das sessões de Snoezelen, em idosos com demência, com os efeitos de outras atividades padronizadas e concluiu que, nos seus benefícios, as sessões são bastantes similares. No entanto, o Snoezelen apresenta um ambiente especial de estimulação que facilita a concentração do paciente e a sua predisposição para as atividades realizadas. Em certos domínios o Snoezelen é benéfico, como por exemplo na estimulação da linguagem e da memória.

4.2 Objetivos e Benefícios da terapia de Snoezelen

Como já citado anteriormente, a perda sensorial é um dos sintomas e mudanças que se manifestam nos idosos com demência.

Quando falamos em estimulação sensorial, neste caso a terapia de Snoezelen, como o nome indica, um dos principais objetivos é diminuir a privação sensorial sentida por estes idosos.

O Snoezelen tem como principal objetivo apresentar aos seus idosos um ambiente onde se atinja uma autorregulação das respostas aos estímulos sensoriais (Proença, 2011).

Para os utentes é possível a descoberta de novas luzes, cheiros, emoções e, da mesma forma, aliviar na dor física, tensão emocional e agressividade (Proença, 2011).

Proença (2011, p.8) elucida-nos, também, que “o principal objetivo nesta abordagem multissensorial é acompanhar a pessoa no crescimento da aceitação da sua nova condição, na manutenção das suas capacidades e na reabilitação, criando um contexto de calma e tranquilidade.”

Alfonso (2002, p.76) cit. por Sánchez e Abreu (s.d, p. 2) identifica o objetivo geral do Snoezelen como sendo “experimental, explorar, sentir, perceber, interiorizar e identificar, na medida das possibilidades da pessoa, as sensações e percepções que se obtém a partir do próprio corpo (fome, sono, dor, bem-estar) e da realidade exterior (os outros, o ambiente, os objetos, a alimentação), utilizando os cinco sentidos.

Segundo Pinkney (1999) cit. por Sánchez e Abreu (s.d, p.3) os principais objetivos do Snoezelen são:

- “- Criar um ambiente estimulante que aumenta os níveis de consciência;
- Criar uma atmosfera interessante que encoraje as pessoas a explorar o ambiente;

- Criar um ambiente que ofereça segurança, permitindo relaxamento físico e mental;

- Criar um ambiente não restritivo, onde a pessoa se possa sentir livre; “

A ciência do Snoezelen baseia-se no conhecimento do ambiente envolvente e na particularidade de cada utente. O acompanhamento desta terapia deve ser realizado através da experiência clínica dos técnicos, através da observação e de uma boa comunicação (Proença, 2011).

Um dos objetivos primordiais do Snoezelen é dar o mesmo leque de oportunidades, experiências e de escolhas aos idosos dependentes, pois os idosos independentes têm uma facilidade de acesso maior face a estas questões (Proença, 2011). A mesma autora refere que “era preciso levá-los a experimentar de novo a chuva, as temperaturas, a água, as flores, o vento, a música, a cor, a luz, uma vasta gama de estímulos e de experiências sensoriais (p.84).

Para Mertens (2005) cit. por Sánchez e Abreu (s.d, p. 3) “o Snoezelen está cada vez mais indicado para os idosos, permitindo-lhes relaxar, encontrar

paz, recordar, redescobrir os seus próprios corpos e melhorar a comunicação interpessoal.”

Deste modo, para que os objetivos do Snoezelen sejam atingidos, deve-se ter uma atenção particular a cada utente, ter em conta o seu processo clínico e o seu interesse na terapia em questão.

Quanto aos seus benefícios, vários estudos podem ser consultados. Autores como Minner (2004), Hope (1998), e Weert (2004) verificaram os benefícios do Snoezelen a vários níveis, tais como os efeitos nos técnicos, nos comportamentos desadequados, no humor, na comunicação e relações interpessoais dos idosos com demência.

Três autores no Japão (Kwok, To & Sung, 2003) definem os benefícios da terapia como sendo:

- Relaxante
- Desenvolve a autoconfiança;
- A pessoa alcança um sentido de autocontrolo;
- Incentiva a exploração criativa de atividades;
- Estabelece relações entre os prestadores de cuidados;
- Fornece lazer e divertimento;
- Promove escolhas;
- Melhora a capacidade de atenção;
- Reduz os comportamentos desadequados;

Outro benefício da terapia de Snoezelen e com um grande grau de importância é a relação que o utente ganha com o ambiente, ou seja, o sistema de respostas que o sujeito apresenta perante o seu meio-ambiente. Se o sujeito se sente num ambiente confuso e desorganizado, isso irá trazer respostas por parte do sujeito, também elas confusas e desorganizadas. Em contrapartida, o Snoezelen apresenta um ambiente ordenado e compreensível, o que irá beneficiar nas respostas apresentadas pelos

sujeitos, tanto no humor como nos seus comportamentos, na sua concentração e na sua motivação para explorar e realizar várias atividades (Proença, 2011).

As várias reações que são observadas durante uma sessão de Snoezelen podem dizer ao técnico se o utente se sente estimulado ou simplesmente relaxado. Se os efeitos são estimulantes, o sujeito olha para os equipamentos da sala, quer tocar-lhes e perceber o que significam; reduz, significativamente os comportamentos de autoestimulação (bater de palmas constante, mexer nas unhas, esfregar as mãos etc.), reduz também a sua necessidade de vaguear, comunica e tem expressões de felicidade como o riso. Se o utente se sentir relaxado durante a sessão, os músculos ficam menos tensos, a respiração fica mais controlada, não existem comportamentos de agressividade ou de ansiedade e o utente sente-se mais satisfeito (Proença, 2011).

Na mesma linha de raciocínio, a reabilitação da memória em idosos com demência é dos benefícios que esta terapia pode proporcionar. Em certas demências como a D.A, a memória mantém-se preservada na sua fase inicial e deste modo, torna-se iminente preservar a capacidade de aprendizagem que estes idosos ainda têm, para uma maior facilidade em serem estimulados (Proença, 2011).

É importante referir ainda que os benefícios que esta terapia oferece não se limitam aos idosos com demência em fases iniciais. Os indivíduos com demência em fases mais avançadas também podem usufruir de benefícios do Snoezelen, como formas alternativas de comunicação, de relação e fornecendo-lhes bem-estar e prazer, formas de promover a sua qualidade de vida (Proença, 2011).

Desta forma, podemos afirmar que os benefícios da terapia de Snoezelen abrangem várias áreas e que os estudos a nível dos seus benefícios na cognição, de idosos com demência, ainda são escassos e sem resultados conclusivos.

É importante referir que mesmo que o Snoezelen não seja direcionado diretamente para a estimulação cognitiva, todos os benefícios referidos anteriormente, como a estimulação da atenção, da concentração, do relaxamento, do humor, da diminuição de comportamentos desadequados, entre outros, vão afetar positivamente a predisposição para novas atividades e, deste modo, poderá ter resultados positivos na cognição dos utentes.

II Parte: Metodologia

1. Objetivos

1.1. Gerais

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência institucionalizadas;

- Avaliar os efeitos da terapia Snoezelen - estimulação multissensorial - na capacidade cognitiva de idosos com demências institucionalizados;

1.2. Específicos

- Avaliar os efeitos da estimulação na capacidade cognitiva do idoso com demência;

- Observar e analisar o comportamento dos utentes face às sessões de Snoezelen realizadas;

- Conhecer o parecer profissional face aos benefícios da terapia;

2. Material e Métodos

2.1. Tipo de estudo

É um estudo de cariz qualitativo que se organiza como um estudo de caso. A metodologia qualitativa utiliza o raciocínio indutivo, com a finalidade de chegar a uma compreensão alargada de fenómenos, assim procura compreender o sentido da realidade social na qual se insere a ação (Fortin, 1999).

Apesar da natureza do estudo, foi utilizado um instrumento de recolha de dados de natureza qualitativa, com o objetivo de introduzir mais rigor na análise de dados. Para tal, contribuiu também a triangulação realizada com os dados obtidos nas grelhas de observação e na entrevista.

2.2. Local de realização

Para uma caracterização do local de realização do estudo consultou-se o site de internet da CSBM onde se obteve a informação necessária para a sua caracterização.

O estudo desenvolveu-se na Casa de Saúde Bento Menni (CSBM), situada na cidade da Guarda e dirigida pelas Irmãs Hospitaleiras.

Esta instituição tem como missão a prestação de cuidados diferenciados e humanizados, em saúde mental e psiquiatria, de acordo com as melhores práticas clínicas, com qualidade e eficiência, respeito pela individualidade e sensibilidade do utente, numa visão humanista e integral da pessoa.

A sua visão passa por ser um estabelecimento de saúde com intervenção especializada em saúde mental e psiquiatria, inserido na comunidade, em contínua evolução no sentido de uma adequação sistemática e progressiva às necessidades da população em cada momento, enquadrando na assistência prestada, os aspetos clínicos e sociais que englobam a dimensão física, psíquica e espiritual da pessoa.

O CSBM rege-se pelos seguintes valores das Irmãs Hospitaleiras:

- Sensibilidade em relação aos excluídos
- Serviço aos doentes e necessitados;
- Acolhimento libertador;
- Saúde integral;
- Ética em toda a atuação;
- Consciência histórica;
- Qualidade profissional;
- Humanidade na atenção.

2.3 População e Amostra

2.3.1. População

A população deste estudo corresponde às pessoas institucionalizadas na CSBM diagnosticadas com demência.

2.3.2. Amostra

A amostra deste estudo corresponde às pessoas institucionalizadas na CSBM diagnosticadas com demência e com idade superior a 65 anos. A amostra deste estudo foi constituída por 10 idosas, 5 idosas que se inserem no grupo experimental e as restantes 5 que se encontram no grupo de controlo.

2.3.3. Critérios de seleção

Foram incluídos no estudo as pessoas com demência que cumpriram os seguintes critérios: idade igual ou superior a 65 anos, residentes na CSBM, com diagnóstico de demência, de acordo com o processo individual arquivado na instituição, que inclui a informação clínica do paciente referenciada pelo médico.

2.4 Métodos de recolha de dados e instrumentos de avaliação

2.4.1. Considerações éticas

Para a elaboração deste estudo, foi solicitada autorização à Direção Geral da CSBM e ao Serviço de Psicologia, tendo os pareceres sido positivos. Foi obtida autorização para a aplicação das grelhas de observação, construídas pelos técnicos de psicologia da instituição.

Para prosseguir com a realização do estudo foi apresentado um protocolo do estudo (anexo B), um consentimento informado para todos os intervenientes (anexo C e D) e uma declaração de compromisso (anexo A) por parte do investigador.

2.4.2. Instrumentos de recolha de informação

A recolha da informação sociodemográfica foi efetuada através do processo individual de cada utente, fornecido pelos serviços de psicologia da instituição e coordenadora do projeto de Snoezelen.

Foram recolhidos os seguintes dados: Idade; estado civil, grau de escolaridade e tempo de internamento.

Para caracterizar o estado mental aplicou-se o seguinte instrumento: Mini Mental State Examination;

Mini Mental State Examination:

O MMSE (Folstein & McHugh, 1975), é um exame cognitivo bastante usado. Está adaptado para a população portuguesa por Guerreiro (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, e Garcia, 1994). Este permite uma avaliação breve do estado mental nas seguintes áreas: linguagem e capacidade executiva, orientação, retenção, evocação, atenção e cálculo (anexo F).

A sua cotação varia entre 0 e 30, o ponto de corte para a população portuguesa a partir dos quais se considera com mais défice cognitivo, são os seguintes: ≤ 22 para escolaridade 0-2 anos, ≤ 24 para escolaridade 3 a 6 anos e ≤ 27 para escolaridade igual ou superior a 7 anos (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009).

Observação Participante:

Foi possível a participação em 10 sessões de Snoezelen na CSBM, para a observação do comportamento dos utentes e com o objetivo de introduzir mais rigor na análise de dados.

A observação participante, para Spradley (1980), permite a identificação do sentido, a orientação e a dinâmica de cada momento. Como técnica de investigação, podemos afirmar que vai muito além da minuciosa descrição dos elementos de uma situação.

Para o registo das sessões foi utilizada uma grelha de observação, disponibilizada pela técnica de psicologia da instituição, dividida em quatro categorias, espaços mais utilizados, materiais, reações e interações\observações (anexo E).

Entrevista semiestruturada:

Nas investigações qualitativas, as entrevistas semiestruturadas são as mais adequadas por permitirem alguma flexibilidade na aplicação ao guião previamente construído (Flick, 2005).

O processo pode ser mais ou menos estruturado, sendo, o entrevistado que impõe o grau de estruturação (Lessard-Hébert, 2008).

Foi elaborado um guião de entrevista semiestruturada (apêndice B) para a coordenadora do projeto, composta por 11 perguntas de forma a compreender e explorar mais o tema em questão, com a ajuda do seu parecer profissional.

2.5 Procedimentos

Definido o estudo em Janeiro de 2016, iniciaram-se os pedidos de autorização a CSBM e à Coordenadora do Projeto, com a apresentação do projeto de investigação e a carta de consentimento informado aos sujeitos, participantes no estudo.

Após parecer positivo, a implementação da componente do estudo teve a duração de 4 meses e decorreu entre Janeiro e Abril de 2016.

A última aplicação do MMSE foi aplicada no mês seguinte no final das sessões de Snoezelen.

A entrevista foi realizada na data acordada com a técnica, foi validado o processo de consentimento informando e de que poderia desistir da entrevista sem qualquer consequência.

Na apresentação e análise da informação foram atribuídas letras do alfabeto para o grupo experimental e números para o grupo de controlo.

Garantida está a confidencialidade, pois as origens das informações usadas no estudo são conhecidas somente pelos investigadores e usada para fins académicos.

2.6 Tratamento de dados

Os dados recolhidos através da componente quantitativa do estudo, foram sujeitos a análise estatística através do software IBM SPSS (Statistics) for Windows. Realizou-se a análise descritiva da caracterização das pessoas com demência, nomeadamente: a caracterização sociodemográfica, idade, habilitações literárias e tempo na instituição.

Os dados da capacidade cognitiva foram recolhidos através do MMSE.

As caraterização sociodemográfica do estudo foi analisada descritivamente, utilizando medidas de tendência central: média, mediana, máximos e mínimos e desvio padrão (apêndice A).

Os dados da componente qualitativa foram sujeitos a um estudo de análise de conteúdo de cariz descritivo. Este é um processo que utiliza um conjunto de técnicas: leitura das entrevistas, organização do conteúdo e da sua informação, sintetizado em

conceitos ou categorias que descrevem o fenómeno em estudo. Este processo deve ser apresentado sob a forma dedutiva ou indutiva. (Elo & Helvi, 2008). Os resultados qualitativos foram validados pela coordenadora do projeto, com experiência de investigação no cuidado à pessoa com demência.

3. Apresentação e análise dos resultados

3.1. Caracterização sociodemográfica

A amostra deste estudo foi constituída por 10 idosas, 5 idosas que se inserem no grupo experimental e as restantes 5 que se encontram no grupo de controlo. Todas as participantes apresentam um diagnóstico de demência, com idades compreendidas entre os 74 e os 90 anos, sendo a totalidade da amostra do sexo feminino.

3.1.1. Perfil sociodemográfico das pessoas com demência:

Perfil sociodemográfico do grupo experimental

Tabela 1 - Idade do Grupo Experimental

Idade	n	%
81	3	60
82	1	20
84	1	20
Total	5	100
n - Frequência absoluta; % - Valor percentual;		

No que se refere à idade do grupo experimental, a maioria apresenta uma idade de 81 anos (60%), seguindo-se uma utente com 82 anos (20%) e outra com 84 anos (20%).

Tabela 2 - Habilitações Literárias do Grupo Experimental

Habilitações Literárias	n	%
Analfabeto	1	20
3ºano	1	20
4ºano	3	60
Total	5	100
n - Frequência absoluta; % - Valor percentual		

Em relação às habilitações literárias, os resultados mostram um predomínio ao nível do 4ºano de escolaridade (60%), seguindo-se 20% correspondente a uma participante analfabeta e os restantes (20%) ao nível do 3º ano de escolaridade.

Tabela 3 - Tempo de Instituição do Grupo Experimental

Tempo na Instituição (Anos)	n	%
1	1	20
2	1	20
5	2	40
8	1	20
Total	5	100
n - Frequência absoluta; % - Valor percentual		

No que respeita ao tempo na instituição, os valores variam entre 1 ano e 8 anos. O valor mais acentuado (40%) apresenta-nos duas pessoas com permanência de 5 anos na instituição.

Perfil sociodemográfico do grupo de controlo

Tabela 4 - Idade do Grupo de Controlo

Idade	n	%
74	1	20
75	1	20
76	1	20
81	1	20
90	1	20
Total	5	100
n - Frequência absoluta; % - Valor percentual		

Relativamente à idade da amostra, do grupo de controlo, podemos verificar que as idades são bastante diversificadas, variam desde os 74 até aos 90 anos. Deste modo, o valor percentual (20%) corresponde a cada participante.

Tabela 5 - Habilitações Literárias do Grupo de Controlo

Habilitações Literárias	n	%
4ºano	3	60
Enfermeira	1	20
Total	4	80²
n - Frequência absoluta; % - Valor percentual		

Quanto às habilitações literárias deste grupo amostral, verificamos o valor percentual de 60% correspondente ao 4ºano de escolaridade. Sendo notório também, que uma participante apresenta formação superior.

² Uma participante faleceu durante o estudo e não foram recolhidos dados sociodemográficos

Tabela 6 - Tempo na instituição do Grupo de Controlo

Tempo na Instituição(Anos)	n	%
2	1	20
3	1	20
5	1	20
7	1	20
Total	4	80³
n - Frequência absoluta; % - Valor percentual		

No que se refere ao tempo de internamento na instituição, os valores oscilam entre 2 e 7 anos, correspondendo cada um desses valores a apenas um sujeito.

3.2 Capacidade Cognitiva

Grupo Experimental – 1ªAplicação

Tabela 7 - Capacidade Cognitiva, 1ª. aplicação MMSE no Grupo Experimental

Capacidade Cognitiva	n	%
Com comprometimento cognitivo	4	80%
Sem comprometimento cognitivo	1	20%
Total	5	100%
n - frequência absoluta ; % - valor percentual;		

No que se refere à capacidade cognitiva, os resultados da 1ª aplicação do MMSE apresentam 4 utentes (80%) com comprometimento cognitivo e um (20%) sem comprometimento.

³ Uma participante faleceu durante o estudo e não foram recolhidos dados sociodemográficos

Grupo de Controle – 1ªAplicação

Tabela 8 - Capacidade Cognitiva, 1ª. aplicação do Grupo de Controle

Capacidade Cognitiva	n	%
Com comprometimento cognitivo	2	40%
Sem comprometimento cognitivo	3	60%
Total	5	100%

n - frequência absoluta ; % - valor percentual;

No que se refere à capacidade cognitiva do grupo de controle, os resultados apresentados da 1ª aplicação do MMSE demonstram 2 utentes (40%) com comprometimento cognitivo e 3 utentes (60%) sem comprometimento.

Grupo Experimental – 2ªAplicação

Tabela 9 - Capacidade Cognitiva, 2ª. aplicação do Grupo Experimental

Capacidade Cognitiva	n	%
Com comprometimento cognitivo	4	80%
Sem comprometimento cognitivo	1	20%
Total	5	100%

n - frequência absoluta; % - valor percentual;

Na 2ª aplicação MMSE, do grupo experimental, os resultados permanecem inalterados em relação à 1ª aplicação.

Grupo Controlo – 2ªAplicação

Tabela 10 - Capacidade Cognitiva, 2ª. aplicação do Grupo de Controlo

Capacidade Cognitiva	N	%
Com comprometimento cognitivo	1	20%
Sem comprometimento cognitivo	3	60%
Total	4	80%⁴

n - frequência absoluta ; % - valor percentual;

Os resultados da 2ªaplicação do MMSE, no grupo de controlo, demonstram um utente com comprometimento cognitivo (20%) e três utentes (60%) sem comprometimento⁵.

⁴ O valor percentual corresponde a 80% porque uma participante faleceu e os dados da 2ª aplicação não foram recolhidos

⁵

3.2.1. Resultados do MMSE

1ª Aplicação

Tabela 11 - Resultados do MMSE, 1.ª aplicação do Grupo Experimental

Grupo Experimental						
<i>Participante</i>	<i>Orientação</i>	<i>Retenção</i>	<i>Atenção e Cálculo</i>	<i>Evocação</i>	<i>Linguagem</i>	<i>MMSE</i>
A	9	3	2	2	8	22
B	3	3	0	0	5	11
C	5	3	1	0	8	17
D	3	2	0	0	4	9
E	9	3	4	2	8	26

Neste quadro apresentamos resultados mais específicos da 1ª aplicação do MMSE no grupo experimental. Este encontra-se dividido em várias categorias, orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação e linguagem. Aos participantes foram atribuídas as primeiras letras do alfabeto para garantir o anonimato.

A paciente que apresentou melhores resultados, foi a paciente E, e que se encontra, sem comprometimento cognitivo. A paciente com os resultados mais baixos, foi a paciente D, com um resultado de 9 pontos.

As restantes participantes, apresentam melhores resultados que a participante D, mas apresentam também um comprometimento cognitivo, devido à sua demência.

Tabela 12 - Resultados do MMSE, 1ª. aplicação do Grupo de Controlo

Grupo de Controlo						
<i>Nome</i>	<i>Orientação</i>	<i>Retenção</i>	<i>Atenção e Cálculo</i>	<i>Evocação</i>	<i>Linguagem</i>	<i>MMSE</i>
Nº1	4	3	6	0	8	21
Nº2	9	3	4	3	8	27
Nº3	9	3	5	2	9	28
Nº4	8	3	4	3	8	26
Nº5	7	1	0	0	7	15

Neste quadro observamos com maior critério os resultados da 1ª aplicação do MMSE no grupo de controlo. Observamos resultados mais positivos do que no grupo anterior, no entanto, duas participantes, apresentam comprometimento cognitivo, a utente nº1 com 21 pontos e a participantes nº5 com 15 pontos.

Este grupo, como o nome indica, será um grupo de controlo e que não irá realizar a terapia de Snoezelen, até ser feita a 2ª aplicação do MMSE a todos os seus participantes.

2ªAplicação

Tabela 13 - Resultados do MMSE, 2ª. aplicação do Grupo Experimental

Grupo Experimental						
<i>Nome</i>	<i>Orientação</i>	<i>Retenção</i>	<i>Atenção e Cálculo</i>	<i>Evocação</i>	<i>Linguagem</i>	<i>MMSE</i>
A	6	3	0	2	8	19
B	5	3	0	1	6	15
C	4	3	5	0	8	19
D	3	2	0	1	7	13
E	9	3	5	3	8	28⁶

Ao analisarmos o quadro, em geral, só uma participante é que apresentou resultados negativos face à 1ªaplicação. Esta participante teve um agravamento no seu quadro demencial, o que fez com que o seu comprometimento cognitivo aumentasse e que a terapia não tenha tido os efeitos desejados. Todas as outras participantes melhoraram a sua capacidade cognitiva, mesmo não sendo significativamente.

A paciente número E foi a que apresentou melhores resultados, em ambas as aplicações, no entanto, a participante D foi a que melhorou mais, face à 1ªaplicação.

Relativamente às categorias, conseguimos perceber que a categoria com melhor classificação é a da linguagem. Nas sessões de Snoezelen, a comunicação verbal foi bastante estimulada e poderá ter auxiliado nas melhorias apresentadas. Em seguida a categoria de orientação é a que nos mostra resultados mais positivos, sendo que só duas participantes é que pioraram os seus resultados. As categorias com resultados mais baixos, em ambas as aplicações foram a de evocação e atenção e cálculo.

Relativamente à paciente E, foi a única que se manteve sem comprometimento cognitivo, em ambas as aplicações. A mesma, está integrada num programa de estimulação cognitiva individual, ou seja, os resultados podem dever-se às duas intervenções, à terapia Snoezelen e ao programa de estimulação cognitiva.

Tabela 14 - Resultados do MMSE, 2ª. aplicação do Grupo de Controlo

⁶ Esta utente teve integrada num programa de estimulação cognitiva individual.

Grupo de Controlo

<i>Nome</i>	<i>Orientação</i>	<i>Retenção</i>	<i>Atenção e Cálculo</i>	<i>Evocação</i>	<i>Linguagem</i>	<i>MMSE</i>
Nº1(faleceu)						
Nº2	8	3	3	1	8	23
Nº3	9	3	5	2	7	28
Nº4	9	3	5	3	7	29
Nº5	6	2	0	0	8	16

Na 2ª aplicação do MMSE no grupo de controlo, observamos que apenas uma participante (nº.2) piorou os seus resultados. Tendo a nº3 obtido o mesmo resultado da 1ª. aplicação.

Como se pode constatar este grupo apresenta melhores resultados do que o grupo experimental, em ambas as aplicações. Estes resultados podem dever-se ao facto de as participantes apresentarem menos comprometimento cognitivo do que as do grupo experimental. Estas utentes também realizam outros *ateliers* de ocupação e que poderão afetar positivamente na sua cognição.

3.3 Observação Participante

Tabela 15 - Grelha de Observação - Atividades realizadas durante as sessões de Snoezelen

	Atividades realizadas durante as sessões de Snoezelen
Sessão 1	Estimular o relaxamento através da evocação de experiências afetivas prazerosas; promover a comunicação através da partilha de conhecimentos, de atividades quotidianas e da vida dos sujeitos; Reconhecimento de cores; Reconhecimento de locais onde viveram;
Sessão 2	Estimular o relaxamento através da evocação de experiências afetivas prazerosas; estimular e proporcionar o envolvimento efetivo, a confiança, sensações agradáveis através da utilização de atividades quotidianas ou da vida dos sujeitos; Reconhecimento de cores; Reconhecimento de locais onde viveram;
Sessão 3	Estimulação do relaxamento e de partilha de conhecimentos; Identificação dos meses do ano, as festividades da cidade da Guarda e do País; Identificação das horas do dia, das flores que mais apreciam; Identificação de animais e profissões;
Sessão 4	Experienciar momentos de relaxamento; estimular a comunicação e memória através de questões simples como o que almoçaram ou o que fizeram durante o dia;
Sessão 5	Projeção de bolas giratórias na parede, para estimulação visual; Reconhecimento das imagens que passam na projeção, neste caso vários animais;
Sessão 6	Verbalizar sobre a projeção e estimular a comunicação verbal; estimular o relaxamento através da evocação de experiências afetivas prazerosas como os locais onde trabalhavam e o que gostavam mais de realizar; Identificação de objetos e sons;
Sessão 7	Jogo de identificação de objetos, através de imagens; Estimulação da memória através de perguntas simples como a data de aniversário; identificar os animais que apareciam na projeção e aplicar um nome a cada um deles;
Sessão 8	Estimulação do tato e da audição através das várias formas para sentir e ouvir (objetos duros, moles, macios, espessos, com som, sem som, etc.) Interação com os bonecos Squeezies. A sua textura de borracha macia faz descrever a resistência às expectativas táteis.
Sessão 9	Kit de mexer: Objetos para aqueles que gostam de manter as suas mãos ocupadas. Ideal para pessoas com problemas de integração sensorial; Estimulação da visão com a cor dos objetos e estimulação do tato;

A tabela anterior apresenta-nos as atividades realizadas durante as 10 sessões de Snoezelen, que a investigadora presenciou. É possível constatar que inicialmente, nas primeiras sessões, a estimulação do relaxamento foi mais evidente do que nas sessões

finais, onde a estimulação mais ativa, como da audição, da memória, do tato e a realização de musicoterapia foram mais presentes.

Nas primeiras sessões, a partilha de momentos experienciados ao longo da vida e a estimulação da comunicação verbal auxiliou na ligação de proximidade com o participante e o técnico, que conduziu a terapia. O técnico acaba por partilhar, também, alguns momentos da sua vida, dentro do contexto da conversa, para demonstrar que naquele espaço todos os sujeitos participam e partilham momentos, ou seja, que é um espaço confiável e amigável. Com a criação de um contexto agradável e informal, todo este processo torna-se mais fácil, pois, o idoso não apresenta sinais de ansiedade ou agressividade.

Quando os participantes estão numa fase mais ativa, onde procuram e exploram mais o ambiente onde estão inseridos, é uma altura apropriada para fazer atividades de estimulação cognitiva, estimulação multissensorial e por vezes, até estimulação das suas capacidades funcionais.

É importante referir que estas sessões não são preparadas e agendadas ao pormenor, pois, como já foi mencionado na parte de revisão de literatura, as mesmas devem ser conduzidas de acordo com o que o utente quer e\ou necessita, nunca forçar ou insistir numa atividade que ao utente, naquele momento, não lhe agrada.

3.3.1. Grelhas de observação

Tabela 16 - Grelhas de Observação, Utente A

Utente A	Espaços mais utilizados	Materiais mais utilizados	Reações	Interação com o ambiente
Sessão 1	Colchão onde permanece deitada	Fibra ótica Tubo de água	Interage com o técnico Reage a estimulação externa	Responde bem às aproximações
Sessão 2	“	Nenhum material	Interage com o grupo e com o técnico	Confortável\Descontraída
Sessão 3	“	Projeção na parede	Relaxamento Não interage	Apática
Sessão 4	“	Nenhum material	“	Confortável\Descontraída
Sessão 5	Sofá individual	Projektor na parede	Relaxamento	Interessada\Curiosa
Sessão 6	Colchão onde permanece deitada	Fibra ótica e projeção na parede	Interage com o técnico	Agitada\Desinteressada
Sessão 7	Colchão onde permanece sentada	Tubo de água	“	“
Sessão 8	Colchão onde permanece deitada	Sacos com formas para sentir. “Squeezies”: Bonecos de borracha macia	“	“
Sessão 9	Colchão onde permanece sentada	Jogo de identificação de objetos	“	“
Sessão 10	Sofá 3 lugares	Nenhum material	Interage com o grupo e o técnico	“

Ao analisar a tabela, referente ao utente A, conseguimos identificar uma instabilidade ao nível dos espaços mais utilizados. Nas primeiras sessões a utente escolhia sempre o mesmo espaço, por se sentir mais confortável, mas posteriormente começou a querer explorar outros espaços, mas mostrava-se bastante agitada. Só posteriormente, é que a utente se mostrou mais interessada e predisposta para participar em atividades de estimulação mais ativa, no entanto, como foi referido anteriormente, demonstrou, nas últimas sessões, baixos níveis de relaxamento e vários sintomas comportamentais da demência.

As observações anteriores ajudam na leitura dos dados estatísticos, referente à cognição desta utente. Do grupo experimental a utente A foi a única que piorou cognitivamente desde a última aplicação do MMSE, em janeiro. A sua patologia evoluiu, negativamente, o que fez com que a terapia de Snoezelen não tivesse qualquer efeito nesta utente.

Tabela 17 - Grelhas de Observação, Utente B

Utente B	Espaços mais utilizados	Materiais mais utilizados	Reações	Interação com o ambiente
Sessão 1	Colchão onde permanece deitada	Projeção na parede	Interage com o técnico Relaxamento Fixa com o olhar a projeção	Reage a estimulação externa
Sessão 2	“	“	Interage com o técnico Fixa com o olhar a projeção e verbaliza	Confortável\Descontraída
Sessão 3	“	“	Relaxamento Não interage com o técnico	Confortável\ Desinteressada
Sessão 4	“	“	Relaxamento Não interage com o técnico	Confortável
Sessão 5	“	“	Relaxamento	Interessada\Curiosa
Sessão 6	“	Fibra ótica e projeção na parede	Interage com o técnico	Interessada\Curiosa
Sessão 7	“	Fibra ótica	Relaxamento Não interage	Apática
Sessão 8	“	Sacos com formas para sentir. “Squeezies”: Bonecos de borracha macia	Interage com o técnico	Descontraída\ Interessada
Sessão 9	“	Fibra ótica	Relaxamento	Acabou por adormecer
Sessão 10	“	Nenhum material	Relaxamento\Interage com o grupo e o técnico	Interessada\Curiosa

A utente B, referida na tabela anterior, apresentou-se bastante constante ao longo de todas as sessões, escolheu sempre o mesmo espaço e os materiais que despertaram maior interesse, também foram quase sempre os mesmos.

É uma participante que interage bem com a estimulação de relaxamento e apresenta bons resultados a esse nível, pois, apresentou-se sempre confortável e descontraída em todas as sessões. Se o técnico insistir um pouco e mantiver diálogo com a utente, consegue uma boa interação com a mesma, mas uma participação pouco sólida nas atividades de maior estimulação, pois, é uma idosa com uma personalidade mais introvertida e com um nível muito baixo de escolaridade, analfabetismo. Apesar de todas as controvérsias, a utente conseguiu atingir os objetivos do Snoezelen e conseguiu benefícios através deles.

Tabela 18 - Grelhas de Observação, Utente C

Utente C	Espaços mais utilizados	Materiais mais utilizados	Reações	Interação com o ambiente
Sessão 1 ⁷	_____	_____	_____	_____
Sessão 2	_____	_____	_____	_____
Sessão 3	Devido à falta de mobilidade a utente fica na sua cadeira de rodas	Nenhum material	Interage com o grupo e com o técnico Reage à estimulação externa	Curiosa\Interessada
Sessão 4	“	Fibra ótica	Relaxamento; interage com o grupo e com o técnico	Confortável\Descontraída
Sessão 5	Colchão massagens	Nenhum material	Relaxamento Não interage	“
Sessão 6	Cadeira de rodas	“	Interage com o técnico e com o grupo Reage a estimulação externa	Interessada
Sessão 7	“	Projeção na parede	Relaxamento Interage com o técnico e com o grupo	Confortável
Sessão 8	“	Sacos com formas para sentir. “Squeezies”: Bonecos de borracha macia	“	Interessada Curiosa
Sessão 9	“	Projeção na parede	“	“
Sessão 10	“	Nenhum material	“	Confortável\ Descontraída

⁷ Faltou à sessão nº1 e 2 por motivos de saúde

De acordo com a tabela anterior, a utente C, não participou nas duas primeiras sessões por motivos de saúde. Apesar dessa limitação, em relação as outras utentes, esta participante mostrou-se sempre interessada, confortável e com uma grande facilidade em interagir com o técnico e com o grupo, o que leva a investigadora a entender que a utente apreciava os momentos na sala de Snoezelen.

A utente usufruiu de ambas as estimulações realizadas dentro da sala, a estimulação de relaxamento e a estimulação mais explorativa e apresentou resultados positivos tanto na observação dentro da sala como na sua avaliação cognitiva.

Tabela 19 - Grelhas de Observação, Utente D

Utente D	Espaços mais utilizados	Materiais mais utilizados	Reações	Interação com o ambiente
Sessão 1	Colchão Massagens	Projeção na parede	Não interage Relaxamento	Apática\Indiferente
Sessão 2	“	“	“	Rejeita as aproximações
Sessão 3	Sofá individual	Nenhum material	“	“
Sessão 4	“	“	“	“
Sessão 5	Sofá 3 lugares	Projektor na parede	Relaxamento Não interage Olha para o espelho e desvia o olhar	Apática\indiferente
Sessão 6	“	“	Relaxamento Interage com o técnico	Reage a estimulação externa
Sessão 7	Colchão massagens	“Kit de mexer”: estimula a mobilidade e o tato	“	Responde bem às aproximações Descontraída
Sessão 8	“	Sacos com formas para sentir. “Squeezies”: Bonecos de borracha macia	“	Interessada Descontraída
Sessão 9	Sofá 3 lugares	“Kit de mexer”	“	“
Sessão 10	Colchão massagens	“	Responde bem às aproximações	Confortável\ Descontraída

A utente D, inicialmente, durante a estimulação de relaxamento, apresentava-se pouco confortável e indiferente ao ambiente que se apresentava à sua volta. Foi difícil para o técnico e para o grupo a aproximação com esta participante, no entanto, nas sessões mais finais, a utente apresentou uma mudança de comportamento e ficou mais ativa e interessada nas atividades que se realizavam.

Nas últimas sessões a utente já não se interessava só pela projeção na parede, queria participar e interagir, principalmente com o técnico. A sua mudança de comportamento foi repentina, mas não apresentou sinais de agitação, mas sim de apreciação e gosto pelo ambiente onde estava inserida. Já na primeira aplicação do

MMSE foi perceptível que esta utente apresentava um défice cognitivo já mais elevado, em relação às outras participantes, mas apesar de não serem dados significativos, esta mudança de atitude e comportamento, auxiliou nos seus resultados positivos, em relação à 2^o aplicação do MMSE.

Tabela 20 - Grelhas de Observação, Utente E

Utente E	Espaços mais utilizados	Materiais mais utilizados	Reações	Interação com o ambiente
Sessão 1	Devido à falta de mobilidade a utente fica na sua cadeira de rodas	Projeção na parede	Interage com o grupo e técnico Fixa com o olhar a projeção e verbaliza	Curiosa\Interessada
Sessão 2	“	“	“	Confortável
Sessão 3	“	Tubo de água Projeção na parede Fibra ótica	“ Reage a estimulação externa	Curiosa\Interessada
Sessão 4	“	Fibra ótica	Relaxamento Interage com o grupo e técnico	“
Sessão 5	A Utente faltou à sessão por motivos de saúde	_____	_____	_____
Sessão 6	“	Nenhum material	Interage com o técnico	“
Sessão 7	“	Projeção na parede	Relaxamento Interage com o grupo e o técnico	Confortável
Sessão 8	“	Sacos com formas para sentir. “Squeezies” : Bonecos de borracha macia	“	Confortável
Sessão 9	“	Projeção na parede	“	Descontraída
Sessão 10	“	Nenhum material	“	Interessada\Curiosa

Esta participante é a idosa com menor comprometimento cognitivo dentro do grupo experimental e por isso a expectativa de a utente se interessar e apreciar o

ambiente, encontrado na sala de Snoezelen, era maior em relação às outras participantes.

A utente E, apresentou-se interessada, curiosa, participava e apresentou sempre resultados positivos.

Por já participar em outros ateliers de atividades da instituição, foi possível observar uma maior concentração e predisposição para as atividades apresentadas nas sessões. Essas outras estimulações podem ter influenciado, também, nos resultados bastante positivos que esta utente apresentou em ambas as aplicações do MMSE.

3.4 Análise de Conteúdo Descritiva - Entrevista Semiestruturada

Após a realização da entrevista semiestruturada, à coordenadora do projeto Snoezelen e técnica de Psicologia da CSBM, são apresentados os seus resultados, em forma de análise de conteúdo descritiva.

As questões apresentadas no guião de entrevista, foram estabelecidas como grelha de categorização para uma análise descritiva, no entanto, o relato da participante foi analisado, de forma aberta, sendo consideradas categorias adicionais, se assim o for necessário.

Relativamente à 1ª questão, **“Qual é o maior desafio quando se trabalha com idosos com demência?”** a entrevistada apresenta como desafios de uma instituição, com idosos com demência, a manutenção do foco dos seus profissionais *“nas potencialidades destas pessoas”*, a estimulação das necessidades individuais de cada utente *“criando para cada uma dela um plano de intervenção que atenda de forma integral às suas necessidade e expetativas e das suas famílias”* e a falta de conhecimentos sobre a demência por parte dos profissionais e/ou cuidadores - *“pode ser um fator que acresça a sobrecarga dos profissionais e familiares , criando dificuldades ao nível da gestão dos sintomas e na intervenção direta com o utente.*

2ª Questão: **“Perante esses desafios e como Psicóloga da instituição, o que considera necessário para proporcionar melhor qualidade de vida a estes utentes?”**

Nesta pergunta a entrevistada refere, que através de um estudo feito na instituição sobre a qualidade de vida, foi perceptível que os serviços que mais contribuem, para a qualidade de vida dos utentes, são os serviços de terapia ocupacional, tais como o atelier de costura, o programa de memória, o programa de estimulação cognitiva individual, entre outros e os serviços de enfermagem.

“(...) vem de encontro às necessidades expressas pela grande maioria das utentes das unidades de psicogeriatría, as quais manifestam a preocupação em manter o seu estado de saúde, as atividades de vida diária e a sua autonomia funcional o maior tempo possível.”

Deste modo, o que se considera necessário é conhecer e entender as necessidades dos utentes, para assim corresponder com intervenções que melhorem a sua

qualidade de vida, neste caso, apostar em atividades de estimulação que os mantenha o mais tempo possível funcionais.

3º Questão: “Na sua opinião as terapias não farmacológicas conseguem criar mais qualidade de vida aos utentes? De que forma?”

A entrevistada define as terapias não farmacológicas como sendo “*intervenções psicossociais, utilizadas como complemento de tratamentos farmacológicos ou na ausência de eficácia dos mesmos. O principal objetivo destas intervenções é a melhoria da qualidade de vida e o alívio dos sintomas das pessoas com demência e suas famílias.*”

Desta forma, ao diminuir ou controlar certos sintomas demenciais estamos a contribuir positivamente para a qualidade de vida e bem-estar dos utentes. A entrevistada ainda refere alguns exemplos de estimulação que possam afetar positivamente a qualidade de vida: “*treino de atividades da vida diária; estimulação psicomotora; estimulação sensorial-Snoezelen; musicoterapia; terapia de orientação para a realidade; estimulação cognitiva; reminiscências e/ou escrita de memórias autobiográficas, entre outras*”.

4º Questão: “A terapia de Snoezelen, foi um projeto que a Casa de Saúde Bento Menni abraçou há 12 anos atrás. O que a levou a acreditar que seria um projeto viável?”

Este projeto teve origem na CSBM no ano de 2004 e começou por ser uma experiência de intervenção direcionada a pessoas com deficiência intelectual. Com a recolha de dados e dos benefícios desta intervenção, o projeto foi aprovado e financiado pelo antigo Governo Civil e Segurança Social.

A importância do projeto na história da CSBM deve-se ao facto de ser, na altura, um projeto pioneiro na região: “Era um projeto inovador na altura para a Casa de Saúde e para a região da Guarda, pois muito pouco ou quase nada se ouvia falar de salas de Snoezelen no país.”

5º Questão: “Podia dar uma definição sobre o que é a terapia Snoezelen?”

A definição dada pela Coordenadora do Projeto vai ao encontro das duas vertentes que se podem trabalhar no Snoezelen, a vertente do relaxamento e a vertente mais ativa, de estimulação: “*Snoezelen resulta da associação das palavras holandesas “snufelen” (cheirar) e “doezelen” (dormitar, relaxar)*”. Foi criado para servir como ocupação terapêutica para pessoas com deficiência profunda e transmite uma sensação de bem-estar, de auto-regulação e fortalece as relações entre paciente e técnico.

6º Questão: “E de acordo com a convivência que tem com os idosos o que acha que é para eles a sala Snoezelen?”

A entrevistadora reflete sobre vários casos que já presenciou e indica-nos que, na maior parte das vezes, os idosos aceitam com prazer e satisfação a intervenção Snoezelen, mas, existem casos em que a terapia e o paciente não são compatíveis: “*não aceitam permanecer, por estarem com quadros confusionais e/ou de grande agitação psicomotora*”.

Devido ao seu nome ser difícil de pronunciar, os utentes que apreciam e se sentem bem no ambiente Snoezelen, acabam por batizar a sala, com carinho, como “a casa das luzes”, “a salinha bonita” e entre outros.

7ª Questão: “Pensa que os idosos estão mais abertos a participar em atividades quando se envolvem num ambiente multissensorial? ”

A entrevistadora afirma que é um espaço onde os utentes se sentem mais à vontade para explorar e que permite uma maior aproximação com o ambiente em questão, deste modo, a sua predisposição para atividades pode aumentar: *“se uma pessoa idosa está confiante e mais estimulada sensorialmente poderá ter uma maior predisposição para aderir a outras atividades”*.

8ª Questão: “Tendo em conta a dimensão cognitiva, considera que a utilização da terapia de Snoezelen, a par com outras estratégias de estimulação cognitiva, contribui para a estabilização dos sintomas de demência?”

Os resultados, encontrados pelas investigações da CSBM, em relação à terapia Snoezelen, são mais direcionados ao nível da estabilização do humor e da melhoria da interação com os profissionais e não tanto ao nível cognitivo, no entanto, *“a conjugação de intervenções não farmacológicas acrescem benefícios para a estabilização de alguns sintomas de demência. ”*

Deste modo, os resultados cognitivos podem não ser tão evidentes como os obtidos ao nível do humor, interação, entre outros, mas, sendo utilizada com outras estratégias, poderá trazer resultados positivos e uma estabilização de certos sintomas ou comportamentos inadequados.

9ª Questão: “Gostaria que clarificasse quais são os benefícios que pretende alcançar quando implementa esta terapia em idosos com demência.”

Nesta questão irei citar, na íntegra, os benefícios que a CSBM pretende alcançar com a implementação do projeto “Despertaes, Snoezelen”. São eles:

“Reduzir a agitação psicomotora através do relaxamento;

Ativar os órgãos sensoriais;

Permitir a exploração individual do espaço;

Proporcionar satisfação e bem-estar;

Criar relações de proximidade e confiança; ”

Estes objetivos vão ao encontro de vários esclarecimentos e testemunhos que a entrevistadora, coordenadora do projeto, nos evidenciou em outras questões, o que nos leva a crer que são visíveis ao longo da intervenção e que estão a ser alcançados.

10ª Questão: “Quais os benefícios que esta terapia trouxe a Casa de Saúde Bento Menni? ”

“Os maiores benefícios que temos constatado com a terapia de snoezelen têm sido ao nível do humor, satisfação e bem-estar e ao nível da interação com os profissionais. ”

A entrevistadora refere, ainda, que de acordo com um estudo realizado na CSBM, os benefícios observados foram os referidos anteriormente e que vão ao encontro dos objetivos citados na questão anterior.

A credibilidade deste projeto aumenta cada vez mais com o auxílio destes estudos, que comprovam os benefícios e objetivos desta terapia.

11ª Questão: “Na sua opinião mais instituições deveriam investir na terapia de Snoezelen para dar resposta às necessidades dos utentes com demência e/ou com outras problemáticas?”

A entrevistadora refere a importância em ir ao encontro das necessidades e objetivos de cada instituição e que é necessário ter isso em conta, quando se pensa em implementar uma nova intervenção.

No entanto, falando especificamente na terapia Snoezelen, *“referenciada para diferentes problemáticas, uma vez que conjuga a vertente da estimulação e do relaxamento, podendo cada sessão ser temática e especializada de acordo com as metas que se querem alcançar com os utilizadores”*, pode ser implementada em diferentes contextos e com grandes possibilidades de trazer benefícios aos utentes de diferentes instituições.

4. Discussão dos Resultados

O presente estudo teve como objetivos gerais contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência institucionalizadas e avaliar os efeitos da terapia Snoezelen – estimulação multissensorial- na capacidade cognitiva dos mesmos. Para a sua concretização optou-se por uma metodologia de cariz qualitativo que se organiza como um estudo de caso. Apesar da natureza do estudo, foi utilizado um instrumento de recolha de dados de natureza quantitativa com o objetivo de introduzir mais rigor na análise dos dados. Para tal, contribuiu também a triangulação realizada com os dados obtidos nas grelhas de observação e entrevista.

De acordo com os dados obtidos neste estudo, as pessoas com demência, do grupo experimental, apresentam uma média de idade de 82 anos (apêndice 1) e quanto ao grupo de controlo, a média de idade situa-se nos 79 anos. A totalidade da amostra é do sexo feminino e esta tendência de género deve-se ao facto da instituição acolher apenas pessoas em contexto de internamento do sexo feminino.

No que se refere às habilitações literárias do grupo experimental, 60% das pessoas com demência frequentaram o 4ºano de escolaridade, seguindo-se 20% correspondente a uma participante analfabeta e os 20% restantes que correspondem ao nível do 3º ano de escolaridade. No grupo de controlo verificamos o valor percentual de 60% correspondente ao 4ºano de escolaridade, havendo apenas uma participante que com formação superior. O tempo médio de internamento na instituição, de ambos os grupos, fixou-se nos 4 anos (apêndice 1).

Relativamente aos resultados referenciados, sobre as características sócio demográficas do grupo experimental e de controlo, não encontramos grandes diferenciações no que se refere às habilitações literárias e ao tempo na instituição, apesar de existir uma utente com formação superior. Quanto à idade, é perceptível que, em média, o grupo experimental apresenta participantes com idade superior ao do grupo de controlo.

De acordo com os resultados obtidos, na primeira aplicação do MMSE, do grupo experimental, apresentamos 4 utentes com comprometimento cognitivo e no grupo de controlo apresentam-se apenas 2. Na 2ª aplicação do MMSE, os dados não se alteram, em ambos os grupos.

Relativamente às categorias apresentadas pelo MMSE, (orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação e linguagem), os resultados apresentados pelo grupo experimental, na 1ª aplicação, apresentam-nos a paciente que apresentou melhores resultados, paciente E, e que se encontra sem comprometimento cognitivo e a paciente com os resultados mais baixos, foi a paciente D, com um resultado de 9 pontos. No grupo de controlo observamos resultados mais positivos do que no grupo anterior, no entanto, duas participantes, apresentam comprometimento cognitivo, a utente nº1 com 21 pontos e a participantes nº5 com 15 pontos.

A demência afeta vários domínios, tais como afasia (perturbação na linguagem), apraxia (diminuição da capacidade para desenvolver atividades motoras), agnosia (impossibilidade de reconhecer e identificar objetos) e perturbação na capacidade de execução (DSM-IV, 1996). É deste modo que o comprometimento cognitivo se manifesta e influencia na cognição dos utentes. É perceptível, nos resultados apresentados anteriormente, que os utentes que ainda não apresentam um

comprometimento cognitivo, em ambos os grupos, tiveram melhores resultados no MMSE do que os restantes.

Na 2ª aplicação do MMSE, do grupo experimental, apresentam-se os resultados cognitivos dos utentes que realizaram a terapia Snoezelen durante 4 meses, uma vez por semana. Em geral, só uma participante é que apresentou resultados negativos face à 1ª aplicação. A mesma teve um agravamento no seu quadro demencial, o que fez com que o seu comprometimento cognitivo aumentasse e que a terapia não tenha tido os efeitos desejados. Esta questão já foi referenciada, na revisão da literatura, pois é importante ter em conta que a demência é uma patologia com carácter evolutivo, que existe um agravamento nos sintomas cognitivos e um aparecimento de sintomas psico-comportamentais e neurológicos (Touchon & Portet 2002). Deste modo, quando existe uma evolução na doença, os benefícios das intervenções não farmacológicas, neste caso a terapia de Snoezelen, deixam de ser tão evidentes e, normalmente, o seu comprometimento cognitivo aumenta.

Em contrapartida, a paciente E, apresentou um resultado de 28 pontos, o que mostra uma boa preservação das suas capacidades cognitivas e um resultado significativamente positivo. No entanto, esta utente, no período em que decorreu o estudo, participou num programa de estimulação cognitiva individual, portanto, esta pontuação pode não se dever simplesmente à terapia de Snoezelen, mas também ao programa de estimulação. Um estudo de Baker et. al (1997), compara os efeitos das sessões de Snoezelen, em idosos com demência, com os efeitos de outras atividades padronizadas e concluiu que, nos seus benefícios, as sessões são bastantes similares. No entanto, o Snoezelen apresenta um ambiente especial de estimulação que facilita a concentração do paciente e a sua predisposição para as atividades realizadas.

Em relação às outras participantes, todas melhoraram a sua capacidade cognitiva, no entanto, os resultados não foram relevantes.

Analisando os resultados obtidos nas categorias, conseguimos perceber que a categoria com melhor classificação é a da linguagem. Em seguida a categoria de orientação é a que nos mostra resultados mais positivos, sendo que só duas participantes é que pioraram os seus resultados. As categorias com resultados mais baixos, em ambas as aplicações, foram a de evocação e atenção e cálculo. O estudo de Baker et.al (1997) concluiu que, em certos domínios da cognição, a utilização do Snoezelen é vantajoso. Snoezelen é benéfico, em relação a outras intervenções, como por exemplo na estimulação da linguagem.

Na 2ª aplicação do MMSE, no grupo de controlo, concluímos que apenas uma participante (nº.2) piorou os seus resultados, tendo a participante nº3 obtido o mesmo resultado da 1ª aplicação.

O objetivo inicial seria comparar o grupo experimental, que realizou as sessões de Snoezelen, com o grupo de controlo, que não realizou. No entanto, o grupo de controlo apresenta melhores resultados e menos comprometimento cognitivo que os utentes do grupo experimental. Estes resultados não significam que a terapia de Snoezelen não traz benefícios aos seus participantes, mas sim, que existe um vasto leque de intervenções não farmacológicas, que podem, da mesma forma, estabilizar ou controlar a capacidade cognitiva dos idosos com demência. Neste caso, a CSBM, tem à disposição dos seus utentes várias terapias não farmacológicas, como por exemplo, o programa de estimulação cognitiva que influenciou os resultados, em ambos os grupos do presente estudo.

As categorias utilizadas no guião de observação centraram-se na observação de aspetos referenciados por parte do autor Alfonso (2002, p,76), pois, identifica o objetivo do Snoezelen como sendo, “experimental, explorar, sentir, perceber, interiorizar e identificar, na medida das possibilidades da pessoa, as sensações e perceções que se obtém a partir do próprio corpo e da realidade exterior”. Neste caso foi importante observar as reações e interações que o utente experienciou na sala de Snoezelen, para, um maior complemento da investigação.

Neste caso, foi importante observar as reações e interações que o utente experienciou na sala de Snoezelen, para uma melhor compreensão dos resultados da investigação. Pensamos que a estratégia metodológica de recolha de diferentes fontes de dados, com recurso à observação participante, se revelou adequada e potenciadora de uma análise mais rigorosa.

Um exemplo da importância das observações das sessões de Snoezelen na compreensão dos resultados obtidos pela utente A fica patente no facto de nesse contexto ter sido possível observar alterações no seu comportamento (maior agitação e menor envolvimento nas sessões) coincidentes com alterações no seu quadro demencial. Esta situação poderá explicar o facto de ser a única utente a obter piores resultados na 2ª aplicação.

Um exemplo positivo e interessante que valoriza, no mesmo sentido, a importância da observação participante neste estudo foi a constatação da evolução da utente D, que na 1ª aplicação do MMSE tinha o maior comprometimento cognitivo, de todas as utentes, mostrando-se, nas primeiras sessões de Snoezelen, apática e indiferente. No decorrer do estudo, houve uma mudança de atitude e comportamento e foi possível observar um maior interesse, descontração e reação positiva aos estímulos recebidos, evidenciando os resultados expectáveis relativamente ao bem-estar e prazer proporcionado por esta terapia (Hulsegge & Verheul, 1987). Neste sentido, a participação da utente nas atividades, dentro da sala de Snoezelen, pode explicar os resultados positivos da 2ª aplicação.

Nas restantes participantes, foi visível a diminuição dos sintomas comportamentais da demência o que nos leva a colocar a hipótese da terapia contribuir para uma melhor qualidade de vida comprovando que apesar do seu quadro demencial estavam cognitivamente e emocionalmente disponíveis para as atividades propostas.

Com a observação das sessões, foi possível identificar as várias atividades realizadas e compreender melhor os seus objetivos. Na tabela (15), apresentamos as atividades e concluímos que, inicialmente, foi usada uma estimulação que tem como objetivo a evocação de experiências afetivas prazerosas e a estimulação da comunicação através do relato de atividades quotidianas ou da vida dos sujeitos.

Na nossa intervenção seguimos os princípios da terapia Snoezelen, sendo as primeiras sessões mais centradas na estimulação do relaxamento e as sessões finais dedicadas a uma maior estimulação cognitiva e sensorial (Hulsegge & Verheul, 1989).

A estimulação da comunicação verbal auxiliou na ligação de proximidade com o participante e o técnico, que conduziu a terapia. O técnico acaba por partilhar, também, alguns momentos da sua vida, estimulando o envolvimento de todos os participantes. Esta estimulação da comunicação verbal também foi importante e

poderá ter influenciado os resultados positivos, do MMSE, que todas as utentes, do grupo experimental, tiveram na categoria da linguagem.

Os aspetos referenciados reforçam a importância da realização deste estudo no sentido de sensibilizar os profissionais para a implementação de intervenções que proporcionem uma maior qualidade de vida aos idosos dementes. Addington- Hall et.,al. (2001) confirma a importância desta questão, pois refere que os doentes que ainda se encontrem nos estádios de demência considerados ligeiros ou moderados têm a perceção da sua qualidade de vida e valorizam-na.

A dimensão da qualidade de vida dos idosos com demência é uma das dimensões mais valorizadas pela coordenadora do projeto Snoezelen quando identifica os seus benefícios, tal como se pode constatar quando refere... *que fatores como o controlo de sintomas demenciais e a realização de terapias ocupacionais, contribuem positivamente para a qualidade de vida e bem-estar dos utentes* e que a perceção e opinião que os utentes têm sobre a sala Snoezelen, assim como as suas manifestações, são de aceitação e bem-estar.

A técnica identifica a terapia Snoezelen como uma opção de intervenção útil e adequada em idosos com demência, sobretudo *“ao nível do humor, satisfação e bem-estar e ao nível da interação com os profissionais, salientando, contudo, que “a conjugação de intervenções não farmacológicas acresce benefícios para a estabilização de alguns sintomas de demência.”*

A este propósito, Wannmacher defende que a promoção da qualidade de vida através das terapias não farmacológicas na demência são um forte exemplo de uma estimulação digna e apropriada e que tem como objetivos estabilizar ou melhorar as funções cognitivas do paciente, diminuir os sintomas comportamentais e psicológicos, muito frequentes nesta patologia, e melhorar a qualidade de vida dos doentes (Wannmacher, 2005).

Este esclarecimento vai ao encontro do autor Mertens (2005) cit. por Sánchez e Abreu (s.d , p.3) que refere :” para que os objetivos do Snoezelen sejam atingidos, deve-se ter uma atenção particular a cada utente, ter em conta o seu processo clínico e o seu interesse na terapia em questão. “

Relativamente à dimensão cognitiva, a entrevistada refere-nos que os benefícios encontrados, na terapia de Snoezelen, em estudos já realizados na CSBM, são mais ao nível do humor e da interação e que não são encontrados resultados significativos em relação à capacidade cognitiva. No entanto, mesmo que os resultados cognitivos possam não ser tão evidentes, a par com outras estratégias, poderão trazer resultados positivos e uma estabilização de certos sintomas ou comportamentos inadequados.

Estes esclarecimentos, por parte da entrevistadora, concluem que é possível promover a qualidade de vida, através da terapia de Snoezelen, e que a par com outras intervenções, como por exemplo, a estimulação cognitiva individual, conseguimos resultados positivos por parte dos utentes, mesmo não sendo significativos.

A triangulação dos dados recolhidos permite concluir que, no que respeita aos ganhos da terapia Snoezelen na capacidade cognitiva de idosos com demência institucionalizados, os resultados não são conclusivos, sofreram algumas limitações e são abertos a várias interpretações. No entanto, a perceção da satisfação e do bem-

estar dos utentes quando realizam a terapia de Snoezelen é evidente e contribuem para a promoção da qualidade de vida no sujeito.

O constructo de qualidade de vida na demência deve ser encarado como um elemento dinâmico a exigir a responsabilização dos técnicos das mais diversificadas instituições, que prestam apoio nesta área, no desenvolvimento de estratégias eficazes que promovam a qualidade de vida nos idosos com demência.

Tendo em conta a revisão da literatura, os vários projetos que têm sido implementados e avaliados na área dos idosos com demência assim como os resultados do nosso estudo, acreditamos que a terapia Snoezelen é uma intervenção que apresenta grandes potencialidades, embora ainda a necessitar de novas pesquisas. As limitações ao nível do tamanho das amostras, ao nível da duração temporal das intervenções, ao nível da necessidade de criação de instrumentos que permitam avaliar e validar as sessões, a comparação com outras atividades desenvolvidas em paralelo e em simultâneo, necessitam de um estudo aprofundado.

No que diz respeito aos benefícios da terapia Snoezelen nas desordens cognitivas, pese embora a ausência de evidências significativas no nosso estudo, acreditamos que a mobilização da atenção, da concentração, da memória e a diminuição dos comportamentos inadequados cria uma maior predisposição no cliente para participar em outras atividades, que possam vir a influenciar, positivamente na sua cognição.

A proximidade relacional e a segurança emocional que se foi estabelecendo ao longo das sessões, entre os utentes e o técnico, auxiliaram no conhecimento e na perceção das necessidades e competências destes clientes que, como sabemos, estão em constante mudança.

De acordo com um projeto realizado por Martins (2011, p.8) “nem todos viveram esta experiência sensorial com finalidade terapêutica. Para alguns, o Snoezelen foi e é uma atividade sem objetivos de reabilitação ou cura, no entanto, pela nossa observação e acompanhamento percebemos muitos sorrisos, algumas palavras e expressões faciais que revelaram “outras curas”, como o prazer e bem-estar”.

Concluimos então com a mensagem que não só os fins terapêuticos são importantes, principalmente quando se trabalha com idosos com demência. Qualquer demonstração positiva de afeto e de prazer devem significar que aquela intervenção, seja ela qual for, é benéfica e promove qualidade de vida no utente.

5. Conclusão

O presente estudo permitiu descrever e avaliar os resultados obtidos com o programa de intervenção, com recurso à terapia Snoezelen, na cognição e qualidade de vida do idoso com demência, dando desta forma, resposta aos objetivos previamente definidos.

A análise dos resultados evidencia que não se obtiveram ganhos cognitivos com a terapia Snoezelen, no entanto, em relação à estimulação da interação, da comunicação, do interesse, da concentração nas atividades e do bem-estar dos utentes, os resultados foram bastante positivos.

A utilização combinada de técnicas de recolha de dados qualitativos e quantitativos proporcionou um conhecimento mais aprofundado sobre os benefícios da terapia, permitindo identificar e analisar fatores individuais e contextuais que contribuíram, de forma mais ou menos positiva, para os resultados, com implicações reais na vida das pessoas com demência e da instituição onde se inserem.

As principais limitações do estudo relacionam-se com o tempo limitado de implementação do programa de intervenção e com o reduzido número de sujeitos que integrou a nossa amostra. É também importante referir que apesar de termos realizado a triangulação dos dados recolhidos, houve outros fatores que não nos foi possível controlar na presente investigação e que podem ter contribuído para os seus resultados. Referimos a esse propósito o facto de alguns indivíduos terem participado em outras intervenções terapêuticas, tais como estimulação cognitiva individual.

A pesquisa sobre as vantagens da utilização da estimulação multissensorial – Terapia de Snoezelen- tem aumentado em todo o mundo, no entanto existem ainda poucos dados sobre as implicações nas áreas em análise deste estudo, capacidade cognitiva e promoção da qualidade de vida. Os diferentes estudos têm evidenciado, sobretudo, os efeitos positivos sobre as áreas do comportamento, da interação e do humor.

Neste sentido, apesar dos resultados obtidos não terem sido conclusivos sobre o efeito da terapia na promoção de competências cognitivas nos idosos com demência, considera-se que o presente estudo permitiu recolher alguns dados exploratórios que podem constituir uma mais valia para o desenvolvimento desta terapia especializada, com o objetivo de promover, tanto quanto possível, a qualidade de vida de pessoas com demência, institucionalizadas, em Portugal.

Propõe-se que mais investigações, deste âmbito, sejam realizadas, junto do mesmo público-alvo e noutros contextos geográficos e sociais, de forma a fundamentar empiricamente esta intervenção terapêutica e credibilizar as instituições que se envolvem neste investimento.

6. Referências bibliográficas

- Addington-Hall, J. & Kalra, L., (2001). *Measuring quality of life Who should measure quality of life?*. *BMJ*,322, p. 417-20.
- Alloul K, Sauriol L, Kennedy W, et al. (1998) Alzheimer's disease: a review of the disease, its epidemiology and economic impact.*Arch Gerontol Geriatr.*;27, p.189-221
- Alzheimer Portugal. (2009). Plano Nacional de Intervenção Alzheimer - Trabalho preparatório para a conferência "Doença de Alzheimer: que políticas". Lisboa: Alzheimer Portugal.
- Alzheimer's Association. *Dementia Care Practice: Recommendations for Assisted Living Residences and Nursing Homes*. Chicago. 2009.
- American Psychiatric Association (1996). *DSM IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4th Edition, Text revision*, Washington Dc, American Psychiatric Association, Edição Portuguesa: *DSM-IV-TR, Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, 4ª edição, Texto Revisto*, Lisboa, Climepsi Editores, 2002.
- Angelo, M. *Cultura e cuidado da família* (2009). In: Nakamura, E; Martin, D; Santos, J, F, Q. *Antropologia para enfermagem*. São Paulo: Manole.
- Baker R, Dowling Z, Wareing LA, Dawson J. & Assey J. (1997). Snoezelen: its long-term and short-term effects on older people with dementia. *British Journal of Occupational Therapy*. V, 60, p. 213 - 218.
- Bakker, R. (2003). *Sensory Loss, Dementia and Environments*. *Generations*. v. 21, n. 1. American society of ageing. p. 46-51. ISSN 0738-7806
- Baptista, B.O., Beuter, M., Girardon-Perlini, N.M.O., Brondani, C.M., Budó, M.L.D. & Santos, N.O. (2012). A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 33(1). Recuperado em 10 Fevereiro de 2016, da: www.scielo.br/pdf/rge/v33n1/a20v33n1.pdf
- Birren, J.E. & E Schroots, J.J.F. (1996). *History, concepts and theory in the psychology of aging*. In Birren, J.E & Schaie, K.W (Eds.), *Handook of The Psychology of agin* . 4ª Edition. San Diego: Academic Press, p.3-23.
- Brito, F.C., Litvoc, C. J. (2004). *Conceitos básicos*. In F.C. Brito e C. Litvoc (Ed.), *Envelhecimento – prevenção e promoção de saúde*. São Paulo: Atheneu, p.1- 16.
- Caldas, C, P. (2002). *Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial*. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro, UERJ, v. 4, n. 8, p. 39-56.
- Caramelli, P & Barbosa, M. T (2002). *Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (supl I), p. 7-10
- Caramelli, P & Bottino, C.M.C (2007). *Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD)*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), p. 83-87.
- Cariaga J, Burgio L, Flynn, W. & Martin, D. (1991). *A controlled study of disruptive vocalizations among geriatric residentes in nursing homes*. *Journal of the American Geriatrics Society* ;39, p. 501-7.
- Carrasco, R., (2007). *Calidad de vida y demencia*. *Med Clin (Barc)*, 128(2), p.70-75.

Cera, M, L., Ortiz, K, Z. & Minett, T, S, C. (2014). Como diagnosticar e tratar. Doença de Alzheimer. Moreira JR. Editora. v.71, n.11, p. 403- 409. Recuperado a 3 de agosto de 2016, de: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5947

Cohen-Mansfield J & Werner P. (1997) Typology of disruptive vocalizations in older persons suffering from dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* ;12: p.1079-91.

Cohen-Mansfield J. (2004). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary and critique. *The Journal of Lifelong Learning in Pshychiatry* .;2. p.288-308.

Cohen-Mansfield, J. (2000). Nonpharmacological management of behavioral problems in persons with dementia: The TREA Model. *Alzheimer's Care Quarterly*,1(4), p. 22-34

Dalton, PH (2010). Olfactory toxicity in humans and experimental animals. In: Morris, J, B & Schusterman, D. (eds) *Toxicology of the Nose and Upper Airways Target Organ Toxicology series*. New York: Informa Healthcare, p.455-475.

Davies, M (2000) *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work*. UK: Blackwell Publishing.

Davison, T. E., McCabe, M.P., Visser, S., Hudgson, C., G., & George, K. (2007). Controlled trial of dementia training with a peer support group for aged care staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, p. 868-873.

Douglas S, James I, & Ballard C. (2004) Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*; 10. p.171-7.

Dunkin JJ, Anderson-Hanley C. (1998). Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention *Neurology* .;51, p.53-60; discussion: p.65-67.

Fernandes, J. M. M. B. L. (2000). *Qualidade de vida e auto-eficácia em idosos institucionalizados*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Dissertação de Mestrado).

Fernández-Ballesteros, R., (2009). *Envejecimiento activo: contribuciones de la Psicología*. Trad. Juan Padilla Moreno. Madrid. Pirámide.

Flick, U. (2005) *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Edições Monitor.

Floriani, C.A. & Schramm, F.R. (2006). Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. *Cad. Saúde Pública*, 22 (3). Recuperado a 20 de Fevereiro de 2016, da <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/07.pdf>

Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12, p.98- 189.

Fornari, L.H.T., Garcia, L.P., Hilbig, A. & Fernandez, L.L.(2010). As diversas faces da síndrome demencial. Como diagnosticar clinicamente? *Scientia Medica*. Porto Alegre; v. 20, n. 2, p. 185-193

Fortin, M-F - *O Processo de Investigação: da concepção à realização*, Lisboa: Lusociência, 1999.

Fratezi, F.R. & Gutierrez, B.A.O. (2011). Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 16(7). Recuperado em 29 de Fevereiro de 2016, da http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800023&lng=pt&nrm=iso

Garces, S (2011). Relatos de experiências: (com) vivência com idosos que apresentam Alzheimer. *Estu. Interdis. sobre o Envelhe.*, v.16.

Garcia, C. (2000). A Doença de Alzheimer. *Mundo Médico* 2000; Janeiro-Fevereiro: p.20-21.

Gorzoni, M. L. & Pires, S. L. (2006). Aspectos Clínicos da demência senil em instituições asilares. *Rev. Psiq. Clín.* 33 (1); p.18-23.

Grilo, P. A. (2008) Intervenções farmacológicas e não farmacológicas na Doença de Alzheimer. *Revista "Geriatrics"*. Volume 4. Número 20, p. 47-52. Recuperado a 4 de junho de 2016, de:http://www.academia.edu/15062610/Tratamento_farmacologico_e_nao_farmacologico_da_Doenca_de_Alzheimer

Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Rev Port Neurol*, 1, p.9-10.

Guimarães, C.A. & Lipp, M.E.N. (2011). Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos. *Psicologia: teoria e prática*, 13(2). Recuperado em 03 de Março de 2016, da <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v13n2/v13n2a04.pdf>

Hall G, R & Buckwalter, K, C,. (1987) Progressively lowered stress threshold: A conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing* 1987;v.1 (6), p. 399-406.

Hallberg I.R., Edberg A.K. & Nordmark A. (1993). Daytime vocal activity in institutionalized severely demented patients identified as vocally disruptive by nurses. *International Journal of Geriatric Psychiatry* ;8: p.155-64.

Hancock, G.A., Woods, B., Challis, D. & Orrell, M. (2006). The Needs of Older People With Dementia in Residential Care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, p.43-49.

Hope, KW . (1998). The effects of multisensory environments on older people with dementia. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. v. 5, p. 377-385.

Hulette, C., Nochlin ,D. McKeel, D. et.al (1997), Clinical -neuropathologic findings in multi-infarct dementia: A report of six autopsied cases (comments) , *Neurology*, 48, p.668-672.

Hulsegge, J & Verheul, Ad. (1989) *Snoezelen, Un autre monde*, Namur: Editions Erasme S.A.

Inocenti, A., Rodrigues, I.G. & Miasso, A.I. (2009). Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 11(4). Recuperado em 03 de Março de 2016, da <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a11.pdf>

Inouye, K. et al.(2009). Perceived quality of life of elderly patients with dementia and family caregivers: evaluation and correlation. *Rev Latinoamer. Enferm.*, v. 17, n. 2, p. 187-193.

Instituto Nacional de Estatística (2012). Anuário Estatístico de Portugal 2012. Recuperado a 4 de Maio de 2016, de Portal do Instituto Nacional de Estatística: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=212468395&DESTAQUESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (2013). Projeções da população residente. Recuperado a 3 de Maio de 2016, de Portal do Instituto Nacional de Estatística: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_p_etarias&menuBOUI=13707095&contexto=pe&selTab=tab4

Kemmet, D & Brotherson, S (2008). Making sense of sensory loss as we age- Child-hood, Adulthood, Elderhood? NDSU Extensive servisse. Recuperado a 15 de agosto de 2016, de: <http://www.ag.ndsu.edu/pubs/yf/famsci/fs1378.pdf>

Kewin, J. Snoezelen user guide. In: Hutchinson, R. (1991) *The Whittington Hall Snoezelen Project*. Chesterfield: Old Whittington, p. 4-12.

Kitwood T & Bredin A. (1992) Towards a theory of dementia care. *Aging and Society*. V. 12, p. 269-287.

Kovach C, R. (2000). Sensoristasis and imbalance in persons with dementia. *Journal of Nursing Scholarship*. v. 32(4), p. 379-384.

Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M., Behrens, J., & Riedel-Heller, S.G. (2009). Training in dementia care: a cluster randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *International Psychogeriatrics*, 21(2), p. 295-308.

Kwok, HWM., To, YF. & Sung, HF., (2003). The application of a Multisensory Snoezelen room for people with learning disabilities – Hong Kong experience. *Hong Kong Med*. v.9. n.2, p.122-126.

Lage, M, I. – Saúde e envelhecimento: Os Idosos e os seus cuidadores. In: Leal, I, Cabral, I, P & Ribeiro; J, L. (2002) *Atas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. (p.193-198) Lisboa: ISPA.

Lawton M, P., (1986). *Environment and aging*. Albany, NY: Centre for the Study of Aging.

Lessard-Hérbert, M. G. (2008). *Investigação Qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Liederman H., Mendelson J. H., Wexler D. & Solomon P. (1958) Sensory deprivation: clinical aspects. *Archives of internal medicine* , 101, p. 389-396.

Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J. & Lyketsos C. (2005) Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*.; 162:1996-2021.

Logsdon, R., LE, G., McCurry, S., & L., T. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosom Med*; 64 (3), p.510-9.

Lopesino, P., López-Cerón, A., Muñoz, M. & Echanagorría, A. (2011). *Envejecimiento Activo Libro Blanco*. Madrid: Estugraf Impresores.

Martins, A. (2011) *Snoezelen com Idosos*. 1ª edição. Sítio do Livro, Lda. Lisboa.

Martins, T; Ribeiro, J. P. & Garrett, C (2003) Estudo de Validação do Questionários de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde & Doença*. 4:1 p. 131-148.

Mendez, M., Cherrier, M & Meadows, R. (1996). Depth Perception in Alzheimer's Disease. *Perceptual and Motor Skills* , 83, p.87-95.

Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975 | Versão portuguesa: Guerreiro, Silva & Botelho, 1994)

Minner, de B., Hoffstetter, P., Casey, L. & Jones, D. (2004) Snoezelen Activity : The Good Shepherd Nursing Home Experience. *Journal of Nursing Care Quality*. v.19, p. 343-348. Recuperado a 20 de agosto de 2016, de: <http://journals.lww.com/jncqjournal/pages/articleviewer.aspx?year=2004&issue=10000&article=00010&type=abstract>

Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9, p. 10-16.

Netto, M, P., (2002) *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu Editores.

Netto, M., P., (2006). O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In Freitas, E., V., Py, L., Cançado, F., A., X., Doll, J., Gorzoni, M., L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (p. 2-12). (2.ªed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Novelli, M., Nitrini, R., & Caramelli, P. (2010). Validation of the Brazilian version of the quality of life scale for patients with Alzheimer's disease and their caregivers (QOL-AD). *Aging ment Health*, 14, p. 624-31.
- Oliveira, P. (2007). Viver: cada vez mais: um "retorno: ao: éden? "- Impactos do envelhecimento demográfico na qualidade de vida dos mais velhos. *Fórum Sociológico*, 17, p.81-88. Recuperado a 24 de Julho de 2016 de: <http://forumsociologico.fcsh.unl.pt/PDF/FS17-Art.9.pdf>.
- O'Neil, M. E., Freeman, M., & Portland, V. (2011). *A Systematic Evidence Review of Non-pharmacological Interventions for Behavioral Symptoms of Dementia: Department of Veterans Affairs*.
- Paschoal, S., M., P., (2006). Qualidade de Vida na Velhice. In Freitas, E., V., Py, L., Cançado, F., A., X., Doll, J., Gorzoni, M., L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (p. 147-153). (2.ª ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Paschoal, S.M.P. (1999). Epidemiologia do envelhecimento. In: M.P. Netto (Ed.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu. p.26-43.
- Pavarini, S, et al (2010). Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. *Rev. Eletr. Enf.*, v.10, n.3.
- Pavarini, S.C.I.; et al. Dando Suporte aos Cuidadores de Idosos: a experiência da Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR. In: Grünwald, V.&Bayer, J.(org)(2003) *Neti aos 20 anos: contando histórias da gerontologia*. Florianópolis: UFSC.
- Perlini, N, M, O, G., (2006). Em Busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista escola de enfermagem*. São Paulo, USP, v. 41, n. 2. Recuperado a 4 de Junho de 2016, da: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200008
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do Idoso na Família – Contextos e trajetórias*. Quarteto: Coimbra
- Pimentel, L. M. G. (1995). *O Lugar do idoso nas redes de interacção e solidariedade primárias: um Estudo comparativo de casos de institucionalização e não institucionalização*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa(Dissertação de Mestrado).
- Pinho, M. M. N. (2005). *Análise dos índices de psicopatologia e qualidade de vida dos doentes do Lar "X", comparativamente com os índices de psicopatologia dos idosos a residirem em sua casa*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa(Dissertação de Mestrado).
- PORDATA, Base de dados Portugal Contemporâneo. Recuperado a 22 de maio de 2016, da: <http://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+longevidade-457>
- Proença, P. (2010). *Histórias Multissensoriais, histórias com sentido dentro: uma metodologia inovadora*. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro(Dissertação de Mestrado).
- Santana, I, et. al. (2015) Epidemiologia da demência e da doença de alzheimer em Portugal: Estimativas da prevalência e dos encargos financeiros com a medicação. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 28 (2), p. 182-18
- Schulz, R.(2000). *Manual sobre Cuidados à Demência. Intervenções em evidências para cuidadores familiares*. New York: SPC.
- Spar, E. J & La Rue, A (2005) *Guia Prático da Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Richards, K. C., & Becks, C. K. (2004). Progressively lowered stress threshold model: Understanding behavioral symptoms of dementia. *Journal of American Geriatrics Society*, 52(10), p. 1774-1775.
- Roberts, L.E., Eggermont, J.J., Caspary, D.M., Shore, S.E., Melcher, J.R. & Kaltenbach, J.A. (2010). Ringing ears: The neuroscience of tinnitus. *J Neurosci*, 30(45), p,14972-14979.

Rodríguez, M. J.C. & Llauradó, M. C. (2010) Estimulación multisensorial en un espacio snoezelen: concepto y campos de aplicación. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. Vol 41 (4), n, 236, p. 22 – 32.

Rogers, A & Delewsy, C. (2004) Elders with serious and persistente mental illness (SPMI) : Assesing needs, resources and service utilization. *Journal of Gerontological Social Work*, 43 (1), p.19-36.

Rosa, M, J, V. (1996). Envelhecimento demográfico: proposta de reflexão sobre o curso dos factos. *Análise Social*, 139, p. 1183-1198. Recuperado a 24 de Julho de 2016, da <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/122339653618vQY0ea3Wi28YJ8.pdf>

Sanchez, K.O.L., Ferreira, M. L. F. L. A., Dupas, G. & Costa, D. B. (2010). Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2). Recuperado em 03 de Março de 2016, da <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/19.pdf>

Sansoni J, Riccio P, Vellone E, Piras G. (1999). Family dynamics: Sleep quality of women caregivers of family members with Alzheimer disease. *Prof Inf* ; 52 (2), p. 9-15.

Santana, I. A Doença de Alzheimer e Outras Demências – Diagnóstico Diferencial. In: Castro-Caldas, A&Mendonça, A (2005). *A doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal*. (p.61-82) Lisboa: Lidel- edições técnicas, Lda.

Scazufca, M. Impacto nos cuidadores de idosos com demência e suas implicações para os serviços de s. In: Caramelli, P.; Forlenza, O. (2000) *Neuropsiquiatria geriátrica*. (p.577-586) Rio de Janeiro: Atheneu.

Schindwein-zanini, R (2010) – Demência no Idoso: aspetos neuro psicológicos. Em: “*Revista Neurociências*”. Recuperado a 15 de Setembro de 2016, de: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/262%20revisao.pdf>

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2009). *Demência do Idoso: Diagnóstico na atenção primária à saúde*. Recuperado 20 de fevereiro de 2016, da: http://www.projetoDiretrizes.org.br/8_volume/19-Demencia.pdf

Sousa, C. G. (2004). O cuidar do sujeito com demência. In A.M. Fonseca., et.al. (org.). *Demência na Terceira Idade: Contributos Teóricos, Competências a Mobilizar e Estratégias de Intervenção*. (p.43-55). Vale do Ave: ADRAVE

Spiegel, M, R. (1977) *Probabilidade e Estatística*. Editora McGraw-Hill, 1ª edição, p.217–273, São Paulo.

Stephan, A. et al. (2014) Older Persons with dementia at risk for institutionalization in eight European countries : a cross- sectional study on the perceptions of informal caregivers and health care professionals. *John Wiley & Sons Ltd*, p. 1-13.

Touchon, J. & Portet , F. (2002) *Guia prático da doença de alzheimer*. Lisboa : Climepsi Editores.

World Health Organization. *The top ten causes of death*. Genebra: WHO; 2008.

World Health Organization. *World health report 2003: shaping the future*. Genebra: WHO; 2003

World Health Organization (2012). *Dementia: a public health priority*. Recuperado 8 de fevereiro de 2016 da: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf

Anexos

Anexo A - Declaração de Compromisso

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO REFERENTE À EXECUÇÃO E DIVULGAÇÃO DO ESTUDO

Eu, Joana Silva Venâncio, declaro que todos os processos do estudo, *Estimulação Sensorial: Terapia de Snoezelen para Idosos com Demência*, serão realizados por mim ou pela equipa que coordeno, tal como descrito no projeto de investigação/ Protocolo do Estudo previamente enviado para a Vossa instituição.

Declaro ainda que:

1. Farei menção à Casa de Saúde Bento Menni, na seção de agradecimentos, em todas as publicações que forem efetuadas com este estudo;
2. Irei enviar-vos todas as referências de eventuais publicações deste estudo;
3. Estarei disponível, em data a acordar, para apresentar uma breve comunicação sobre o estudo no Vosso estabelecimento de saúde, quando este estiver finalizado;
4. Deixarei uma cópia com os resultados do estudo referentes às pessoas atendidas no estabelecimento de saúde (quando aplicável).

(18\01\2016)

O Investigador

Anexo B - Protocolo do Estudo

PROTOCOLO DO ESTUDO

1. Título

Estimulação Sensorial: Terapia de Snoezelen para Idosos com Demência

Nome do investigador principal e outros investigadores: Joana Silva Venâncio

Instituição: Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Educação

2. Pergunta científica

De que maneira a Terapia Snoezelen pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, institucionalizados, com demência?

3. Enquadramento/ Estado da arte

A demência é uma síndrome muito comum nesta fase da vida que é caracterizado por perdas de algumas funções cognitivas e físicas. Torna-se também importante referir que a memória a curto prazo é sempre a mais afetada, sendo das maiores consequências que a demência acarreta. Posto isto, se a demência afeta tanto idoso é necessário criar condições para que exista uma maior qualidade de vida para os mesmos.

As intervenções terapêuticas em utentes com demência têm como objetivo: manter um bom nível de saúde, preservar o nível de independência e principalmente conservar a dignidade da pessoa. Dentro dessas intervenções está a Terapia de Snoezelen – estimulação multissensorial.

4. Objetivos

Objetivo primário

Avaliar os efeitos da terapia Snoezelen - estimulação multissensorial – na capacidade cognitiva de idosos institucionalizados com demências

Objetivos secundários Avaliar os efeitos da estimulação na capacidade cognitiva do idoso com demência; Averiguar os métodos usados pelos profissionais na realização da terapia; Conhecer o parecer da coordenadora do projeto, face aos benefícios da terapia;

5. Desenho do estudo
Tipo de estudo Estudo de Caso
Local Casa de Saúde Bento Menni
Sujeitos Idosos institucionalizados com demência
Crítérios de inclusão e exclusão Ter mais de 65 anos Estar institucionalizado na Casa de Saúde Bento Menni Diagnosticada com algum tipo de demência
Intervenções [se aplicável]
Procedimento Grelhas de Observação Aplicar o Mini Mental State Examination. Duas aplicações, uma no início do estudo e outra no final.

Entrevista Semi-estruturada a coordenadora do projeto
Ocultação [se aplicável]
Resultados esperados Espero que os resultados sejam positivos para que esta terapia se expanda cada vez mais e que traga mais qualidade de vida aos idosos com demência.
Exclusão da avaliação [se aplicável]

6. Tratamento estatístico dos dados SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - pacote estatístico para as ciências sociais)

7. Armazenamento dos dados
8. Considerações éticas Os dados serão exclusivamente utilizados só para a presente investigação e será respeitado o anonimato dos sujeitos participantes

9. Duração do estudo/ cronograma 4 meses

10. Referências bibliográficas

Anexo C - Consentimento Informado dos utentes

Consentimento informado

Eu, _____(nome), portador do BI/CC nº _____, residente em _____

concordo em participar no estudo (nº/nome/título do estudo) _____ que tem como objetivo avaliar os efeitos da terapia Snoezelen - estimulação multissensorial – na capacidade cognitiva de idosos institucionalizados com demência.

Depois de me ter sido dado a conhecer em detalhe este estudo e devidamente explicados os seus objetivos concordo em preencher os instrumentos necessários para o seu desenvolvimento:

- Mini Mental State Examination aplicado pela investigadora;

Fui informado e estou consciente que:

- Tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão acerca do mesmo;
- Será completamente salvaguardado o meu anonimato e nenhum dado identificativo será divulgado;
- Os dados recolhidos da minha situação atual serão incorporados nos resultados globais do estudo e poderão ser publicados ou apresentados pela equipa de investigação para os fins a que este estudo se destina;
- Sou livre de desistir do estudo a qualquer momento;
- Este documento será conservado de forma segura pela equipa de investigação e será destruído no fim do estudo.

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura do participante

Assinatura do investigador

Anexo D - Consentimento Informado da Técnica de Psicologia

Consentimento informado

Eu, _____(nome), portador do BI/CC nº _____, residente em _____

concordo em participar no estudo (nº/nome/título do estudo) _____ que tem como objetivo avaliar os efeitos da terapia Snoezelen - estimulação multissensorial – na capacidade cognitiva de idosos institucionalizados com demência.

Depois de me ter sido dado a conhecer em detalhe este estudo e devidamente explicados os seus objetivos concordo em preencher os instrumentos necessários para o seu desenvolvimento:

-Entrevista semi-estruturada aplicada pela investigadora;

Fui informado e estou consciente que:

- Tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão acerca do mesmo;
- Será completamente salvaguardado o meu anonimato e nenhum dado identificativo será divulgado;
- Os dados recolhidos da minha situação atual serão incorporados nos resultados globais do estudo e poderão ser publicados ou apresentados pela equipa de investigação para os fins a que este estudo se destina;
- Sou livre de desistir do estudo a qualquer momento;
- Este documento será conservado de forma segura pela equipa de investigação e será destruído no fim do estudo.

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura do participante

Assinatura do investigador

Anexo E - Grelhas de Observação

“GUIÃO”

ESPAÇO

Colchão deitada

Colchão sentada

Sofá 3 lugares

Sofá individual

Tapete estrelado

Chão

Colchão massagens

REACÇÕES

Sorri

Chora

Interage com o grupo

Interage com o técnico

Não interage

Relaxamento

Agitação Psicomotora

Anda sem destino

Anda com destino

Dirige-se para a porta

Olha para o espelho e faz verbalizações/vocalizações

Olha para o espelho e desvia o olhar

Fixa com o olhar a projecção

Fixa com o olhar a projecção e verbaliza

Vivências através dos movimentos

Responde bem às aproximações

Rejeita as aproximações

INTERAÇÃO COM O AMBIENTE

Curiosa / Interessada

Apática / Indiferente

Reage a estimulação externa

Confortável / Descontraída

Agitada

Data	Participantes	Espaços mais utilizados	Materiais que despertaram maior interesse	Interações / Reações	Observações / Humor	Responsáveis pela sessão
27\01\2016	Utente D	Colchão massagens	Projeção na parede	Relaxamento Não interage Apática\indiferente	_____	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
27\01\2016	Utente C				Observações: Faltou a sessão por motivos de saúde	
		Colchão deitada	Fibra ótica com	Interage com o técnico	Observações: Boa verbalização	Técnicas do serviço de Psicologia da

27\01\2016	Utente A		mudança de cor Tubo de água com mudança de cor.	Relaxamento Responde bem às aproximações Reage a estimulação externa	Reconhecimento das cores.	instituição
27\01\2016	Utente B	Colchão deitada	Projeção na parede	Interage com o técnico Reage a estimulação externa Fixa com o olhar a projeção Relaxamento	Observações: Reconhecimento do espaço e de locais onde viveu	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
27\01\2016	Utente E	Devido a falta de mobilidade a utente tem de estar na sua cadeira de rodas	Projeção na parede	Interage com o grupo e com o técnico Curiosa\Interess ada	Observações: Reconhecimento do espaço e de uma pessoa nova no local. Concentração na projeção	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição

				Fixa com o olhar a projeção e verbaliza	de parede Reconhecimento de que esteve na semana passada no mesmo local	
--	--	--	--	-----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	--

Data	Participantes	Espaços mais utilizados	Materiais que despertaram maior interesse	Interações / Reações	Observações / Humor	Responsáveis pela sessão
10\02\2016	Utente D	Colchão de massagens	Projeção na parede	Relaxamento Não interage Rejeita as aproximações		Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
10\02\2016	Utente C				Observações: faltou à sessão por motivos de saúde	

10\02\2016	Utente A	Colchão deitada	Não se interessou por um material em específico	Interage com o grupo e o técnico Relaxamento Confortável\Descontraída	Observações: Partilha de momentos e vivências	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
10\02\2016	Utente B	Colchão deitada	Não se interessou por um material em específico	Interage com o técnico Relaxamento Reage a estimulação externa	Observações: Participativa e comunicativa quando o técnico a estimula	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição

Data	Participantes	Espaços mais utilizados	Materiais que despertaram maior interesse	Interações / Reações	Observações / Humor	Responsáveis pela sessão
17\02\2016	Utente D	Sofá individual	Nenhum material em específico	Não interage Apática\Indiferente Rejeita as aproximações	Observações: Estava muito indiferente e apática em relação ao que se passava à sua volta	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
17\02\2016	Utente C	Devido à falta de mobilidade, a utente fica na sua cadeira de rodas	Nenhum material em específico	Interage com o grupo e com o técnico Curiosa\Interessada Reage a estimulação externa	Observações: Estimulação por parte do técnico. A utente identificou os meses do ano e quantos são; Identificou as festividades como por exemplo o natal, a páscoa, o aniversário da instituição, entre outras; Identificação das horas do dia;	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição

					Identificação de flores que se recorda ou que gostava mais; Identificação de animais e profissões;	
17\02\2016	Utente A	Colchão deitada	Projeção na parede	Relaxamento Não interage	Observações: A utente estava confortável, mas com pouco interesse em participar em atividades;	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
17\02\2016	Utente B	Colchão deitada	Projeção na parede	Relaxamento Não interage	Observações: A utente estava confortável, mas com pouco interesse em participar em atividades;	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
17\02\2016	Utente E	Devido a falta de mobilidade a utente fica na sua cadeira de rodas	Tubo de água Projeção na parede Fibra ótica	Interage com o grupo e com o técnico Curiosa\Interessada Reage a	Observações: Identificação das cores através do tubo de água e da fibra ótica; Identificação das imagens que iam	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição;

				estimulação externa	<p>aparecendo na projeção;</p> <p>Identificação de objetos pelo tato, como por exemplo uma esponja.</p> <p>Conseguiu também identificar a sua utilidade, por exemplo, lavar a loiça;</p> <p>Partilha de momentos, principalmente os que passa na instituição;</p> <p>Identificação de flores, animais e profissões;</p>	
--	--	--	--	---------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

10\02\2016	Utente E	Devido a problemas de mobilidade a utente fica na sua cadeira de rodas	Projeção na parede	<p>Interage com o técnico</p> <p>Confortável</p> <p>Fixa com o olhar a projeção e verbaliza</p>	<p>Observações:</p> <p>Maior comunicação verbal</p> <p>Sensação de bem-estar por parte da utente</p>	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição

Data	Participantes	Espaços mais utilizados	Materiais que despertaram maior interesse	Interações / Reações	Observações / Humor	Responsáveis pela sessão
24\02\2016	Utente D	Sofá 3 lugares	Projektor de parede	Relaxamento Não Interage Olha para o espelho e desvia o olhar Apática\Indiferente	Observações: A utente é mais reservada e pouco participativa o que tem dificultado um pouco a sua estimulação	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
24\02\2016	Utente C	Devido à falta de mobilidade a utente fica na sua cadeira de rodas	Fibra ótica	Relaxamento Interage com o técnico e com o grupo Confortável\Descontráida	Observações: Questões simples como o que fez durante a semana, o que almoçou e entre outras; Alguma dificuldade na lembrança de certos aspetos mais	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição

					pormenorizados como o que almoçou, por exemplo.	
24\02\2016	Utente A	Colchão deitada	Nenhum material em específico	Relaxamento Confortável Não interage	Observações: A utente mostrou-se pouco participativa nesta sessão	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
24\02\2016	Utente B	Colchão deitada	Nenhum material em específico	Relaxamento Confortável Não interage	Observações: A utente mostrou-se pouco participativa nesta sessão	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
24\02\2016	Utente E	Devido à falta de mobilidade a utente fica na	Fibra ótica	Curiosa\Interessada Relaxamento Interage com o	Observações: Questões simples como o que fez durante a semana, o que almoçou e	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição

		sua cadeira de rodas		técnico e com o grupo	entre outras; Alguns aspectos mais pormenorizados como o que almoçou, por exemplo.	
--	--	----------------------	--	-----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	--

Data	Participantes	Espaços mais utilizados	Materiais que despertaram maior interesse	Interações / Reações	Observações / Humor	Responsáveis pela sessão
09\03\2016	Utente D	Sofá 3 lugares	Projeção na parede	Relaxamento Confortável\Descontr aída Interage com o técnico	Observações: Ainda um pouco apática, mas já mais comunicativa e interessada. Reagiu de forma positiva ao estímulo da projeção das bolas de sabão giratórias, na parede.	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
09\03\2016	Utente C	Colchão massagens	Nenhum material em específico	Relaxamento Não interage Confortável\Descontr aída	Observações: A utente, nesta sessão, não estava tão participativa.	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição

09\03\2016	Utente A	Sofá Individual	Projeção na parede	Relaxamento Interessada\Curiosa	Observações: Interesse particular na projeção da parede. Reconhecimento das imagens que iam passando.	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
09\03\2016	Utente B	Colchão deitada	Projeção na parede	Relaxamento Interessada\Curiosa	Observações: Interesse particular na projeção da parede. Reconhecimento das imagens que iam passando.	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
09\03\2016	Utente E				Observações: A utente faltou por motivos de saúde	

Data	Participantes	Espaços mais utilizados	Materiais que despertaram maior interesse	Interações / Reações	Observações / Humor	Responsáveis pela sessão
16\03\2016	Utente D	Sofá 3 lugares	Projeção na parede	<p>Reage a estimulação externa</p> <p>Interage com o técnico</p> <p>Um pouco apática</p>	<p>Observações: verbalizar sobre a projeção, neste caso, identificar os animais que aparecem e aplicar um nome a cada um.</p> <p>Estimular o relaxamento com o pensamento de coisas positivas, como por exemplo, memórias das suas vidas antigas, onde trabalhavam e entre outras;</p> <p>Boa identificação de objetos, mas alguma dificuldade na identificação de alguns sons;</p>	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
						Técnicas

16\03\2016	Utente C	Cadeira de Rodas	Nenhum material em específico	Reage a estimulação externa Interessada Interage com o grupo e com o técnico	Observações: mais comunicativa; Realização de perguntas simples, como quando faz anos, mas algumas dificuldades em responder; Jogo de identificação de objetos que realizou de forma muito positiva;	do serviço de Psicologia da instituição
16\03\2016	Utente A	Colchão Deitada	Fibra ótica e projeção	Agitada Interage com o técnico Interessada\Curiosa	Identificação de animais que apareciam na projeção; Aplicar nomes a cada um deles; Estimular o relaxamento com a imaginação de coisas positivas;	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
16\03\2016	Utente B	Colchão Deitada	Fibra ótica e projeção	Interage com o técnico Interessada\Curi	Identificação de animais que apareciam na projeção; Aplicar nomes a cada um	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição

				osa	deles; Estimular o relaxamento com a imaginação de coisas positivas; Estimulação da memória através de lembranças da sua vida;	
16\03\2016	Utente E	Cadeira de Rodas	Nenhum material em específico	Interage com o técnico Interessada\Curiosa	Jogo de identificação de objetos, realizado com bastante sucesso;	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição

Data	Participantes	Espaços mais utilizados	Materiais que despertaram maior interesse	Interações / Reações	Observações / Humor	Responsáveis pela sessão
30\03\2016	Utente D	Colchão Massagens	Kit de mexer: Objetos para manter as mãos ocupadas, estimular a mobilidade.	Confortável\Desconfortável Responde bem às aproximações	Observações Kit de mexer, ideal para pessoas com problemas de integração Sensorial; Estimulação do tato;	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
30\03\2016	Utente C	Cadeira de Rodas	Projeção de Parede	Relaxamento Confortável Interage com o técnico e com o grupo	Observações: Estimulação de todos os sentidos; Musicoterapia;	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição

30\03\2016	Utente A	Colchão sentada	Tubo de água com bolas a flutuar	Interessada Interage com o técnico Descontraída	Observações: Estimulação Visual do espaço (Conseguiu aperceber-se que o tubo de água com as bolas a flutuar estava desligado)	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
30\03\2016	Utente B	Colchão Deitada	Fibra ótica	Relaxamento Não Interage Um pouco apática	Observações: A utente não esteve muito participativa nesta sessão	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
30\03\2016	Utente E	Cadeira de Rodas	Projeção de parede	Relaxamento Confortável Interage com o técnico e com o grupo	Observações: Estimulação de todos os sentidos; Musicoterapia;	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição

Data	Participantes	Espaços mais utilizados	Materiais que despertaram maior interesse	Interações / Reações	Observações / Humor	Responsáveis pela sessão
06\04\2016	Utente D	Colchão Massagem	Sacos com formas para sentir; Squeezies: Bonecos de borracha macia	Descontraída Mais interessada Interage com o técnico	Observações: Estimulação do tato e da audição através das várias formas para sentir e ouvir (objetos duros, moles, macios, espessos, com som, sem som, etc.) Interação com os bonecos Squeezies. A sua textura de borracha macia faz descrever a resistência às expectativas táteis.	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
06\04\2016	Utente C	Cadeira de rodas	Sacos com formas para sentir; Squeezies: Bonecos de	Interessada\Curiosa Interage com o	Observações: Estimulação do tato e da audição através das várias	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição

			borracha macia	técnico e com o grupo	formas para sentir e ouvir (objetos duros, moles, macios, espessos, com som, sem som, etc.) Interação com os bonecos Squeezies. A sua textura de borracha macia faz descrever a resistência às expectativas táteis.	
06\04\2016	Utente A	Colchão deitada	Sacos com formas para sentir; Squeezies: Bonecos de borracha macia	Descontraída Interage com o técnico Interessada	Observações: Estimulação do tato e da audição através das várias formas para sentir e ouvir (objetos duros, moles, macios, espessos, com som, sem som, etc.) Interação com os bonecos Squeezies. A sua textura de borracha macia	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição

					faz descrever a resistência às expectativas táteis.	
06\04\2016	Utente B	Colchão Deitada	Sacos com formas para sentir; Squeezies: Bonecos de borracha macia	Interage com o técnico Mais interessada que as outras sessões	Observações: Estimulação do tato e da audição através das várias formas para sentir e ouvir (objetos duros, moles, macios, espessos, com som, sem som, etc.) Interação com os bonecos Squeezies. A sua textura de borracha macia faz descrever a resistência às expectativas táteis.	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
06\04\2016	Utente E	Cadeira de Rodas	Sacos com formas para sentir; Squeezies: Bonecos de borracha macia	Interage com o técnico e com o grupo Interessada e motivada	Observações: Estimulação do tato e da audição através das várias formas para sentir e ouvir (objetos duros, moles,	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição

					<p>macios, espessos, com som, sem som, etc.)</p> <p>Interação com os bonecos Squeezies. A sua textura de borracha macia faz descrever a resistência às expetativas táteis.</p>	
--	--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Data	Participantes	Espaços mais utilizados	Materiais que despertaram maior interesse	Interações / Reações	Observações / Humor	Responsáveis pela sessão
13\04\2016	Utente D	Sofá 3 lugares	Kit de mexer;	Interage com o técnico Descontraída e interessada;	Observações: Kit de mexer: Objetos para aqueles que gostam de manter as suas mãos ocupadas. Ideal para pessoas com problemas de integração sensorial; Estimulação da visão com a cor dos objetos e estimulação do tato;	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
13\04\2016	Utente C	Cadeira de Rodas	Projeção	Interage com o grupo e com o técnico; Relaxamento;	Observações: A utente encontrava-se calma e por isso a sessão foi marcada por longas conversas entre o técnico e alguns utentes do grupo; Os temas de conversa foram especialmente escolhidos pelos utentes; O	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição

					trabalho do técnico seria só estimular e dar continuidade à sessão;	
13\04\2016	Utente A	Colchão sentada	Jogo de identificação de objetos	Interessada; Descontraída;	Observações: Jogo de identificação de objetos. A utente conseguiu identificar a maior parte dos objetos com um raciocínio bastante rápido; esta sessão foi interessante, pois esta utente não costuma ser muito participativa em relação a jogos de estimulação;	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
13\04\2016	Utente B	Colchão deitada	Fibra ótica		Observações: A utente encontrava-se tão relaxada que acabou por adormecer	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
13\04\2016	Utente E	Cadeira de	Projeção na parede	Descontraída;	Observações: A utente encontrava-se calma e por	Técnicas do serviço de

		rodas		Relaxada; Interage com o técnico e com o grupo;	isso a sessão foi marcada por longas conversas entre o técnico e alguns utentes do grupo; os temas de conversa foram especialmente escolhidos pelos utentes; O trabalho do técnico seria só estimular e dar continuidade à sessão;	Psicologia da instituição
--	--	-------	--	----------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------

Data	Participantes	Espaços mais utilizados	Materiais que despertaram maior interesse	Interacções / Reacções	Observações / Humor	Responsáveis pela sessão
27\04\2016	Utente D	Sofá 3 lugares	Materiais "Amigos do Ritmo"	Interessada\Curiosa Relaxamento Interação com o grupo e técnico	Observações: Utilização de materiais, "amigos do ritmo", que motivam a exploração do tato e do som. Como exemplo, o "faz chuva giratório", objeto que imita o som da chuva e é ótimo para a estimulação visual e auditiva.	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição
27\04\2016	Utente C	Cadeira de Rodas		Interessada\Curiosa Relaxamento Interação com o grupo e técnico	Observações: Realização de musicoterapia com músicas populares; A utente mostrou bastante agrado pela atividade e conseguiu lembrar-se da maior parte	Técnicas do serviço de Psicologia da instituição

					<p>das músicas que foram utilizadas;</p> <p>Utilização de materiais (amigos do ritmo) que motivam a exploração do tato e do som.</p> <p>Como exemplo, o "faz chuva giratório", objeto que imita o som da chuva e é ótimo para a estimulação visual e auditiva.</p>	
27\04\2016	Utente A	Sofá 3 lugares		<p>Interessada\Curiosa</p> <p>Relaxamento</p> <p>Interação com o grupo e técnico</p>	<p>Observações:</p> <p>Realização de musicoterapia com músicas populares; A utente mostrou bastante agrado pela atividade e conseguiu lembrar-se da maior parte das músicas que foram</p>	<p>Técnicas do serviço de Psicologia da instituição</p>

					<p>utilizadas;</p> <p>Utilização de materiais (amigos do ritmo) que motivam a exploração do tato e do som.</p> <p>Como exemplo, o "faz chuva giratório", objeto que imita o som da chuva e é ótimo para a estimulação visual e auditiva.</p>	
27\04\2016	Utente B	Colchão deitada		<p>Interessada\Curiosa</p> <p>Relaxamento</p> <p>Interação com o grupo e técnico</p>	<p>Observações:</p> <p>Realização de musicoterapia com músicas populares; A utente mostrou bastante agrado pela atividade e conseguiu lembrar-se da maior parte das músicas que foram utilizadas;</p>	<p>Técnicas do serviço de Psicologia da instituição</p>

					<p>Utilização de materiais (amigos do ritmo) que motivam a exploração do tato e do som.</p> <p>Como exemplo, o "faz chuva giratório", objeto que imita o som da chuva e é ótimo para a estimulação visual e auditiva.</p>	
27\04\2016	Utente E	Cadeira de rodas		<p>Interessada\Curiosa</p> <p>Relaxamento</p> <p>Interação com o grupo e técnico</p>	<p>Observações:</p> <p>Realização de musicoterapia com músicas populares; A utente mostrou bastante agrado pela atividade e conseguiu lembrar-se da maior parte das músicas que foram utilizadas;</p> <p>Utilização de materiais (amigos do ritmo) que motivam a exploração do</p>	<p>Técnicas do serviço de Psicologia da instituição</p>

					tato e do som. Como exemplo, o "faz chuva giratório", objeto que imita o som da chuva e é ótimo para a estimulação visual e auditiva.	
--	--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Anexo F - Mini Mental State Examination

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

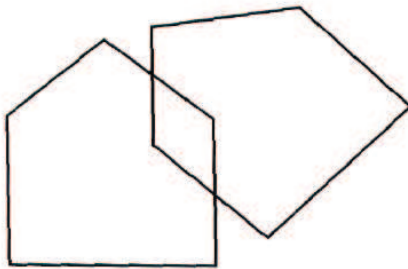
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Apêndices

Apêndice A - Estatística Descritiva da caracterização sociodemográfica

Estatística Descritiva das Variáveis

Grupo Experimental:

Idade do grupo experimental

N	Válido	5
	Ausente	0
	Média	81,8
		0
	Mediana	81,0
		0
	Modo	81
	Desvio	1,30
	Padrão	4

Quanto à variável idade, podemos verificar que a média encontra-se entre os 82 anos, a mediana e modo, ambos apresentam o valor de 81 anos. O desvio padrão apresenta o valor de 1,30.

Idade do grupo experimental

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	81	3	60,0	60,0	60,0
	82	1	20,0	20,0	80,0
	84	1	20,0	20,0	100,0
	Total	5	100,0	100,0	

A leitura desta tabela corresponde à tabela 2, onde se encontram especificados os dados sociodemográficos do grupo amostral.

Habilitações literárias do grupo experimental:

	N	Míni mo	Máxi mo	Desvio Padrão
Habilitações literárias do grupo experimental	5	0	4	1,732
N válido (de lista)	5			

Em relação à estatística descritiva das habilitações literárias do grupo experimental, conseguimos constatar que o mínimo corresponde a 0, relativo ao analfabetismo de uma das participantes, e o máximo corresponde a 4, sendo o 4º ano de escolaridade o mais frequente neste grupo.

Tempo de institucionalização do grupo experimental:**Estatísticas descritivas**

	N	Míni mo	Máxi mo	Médi a	Desvio Padrão
Tempo de institucionalização do grupo experimental	5	1	8	4,20	2,775
N válido (de lista)	5				

Relativamente ao tempo de institucionalização, é notório que o mínimo apresentado é de 1 ano e o máximo é de 8 anos. A média encontra-se nos 4 anos e o desvio padrão é de 2,77.

Grupo de Controlo:**Estatísticas**

Idade do grupo de controlo

N	Válido	5
	Ausente	0
Média		79,20
Mediana		76,00
Modo		74 ^a
Desvio Padrão		6,611

a. Ha vários modos. O menor valor é

Idade do grupo de controlo

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido				
74	1	20,0	20,0	20,0
75	1	20,0	20,0	40,0
76	1	20,0	20,0	60,0
81	1	20,0	20,0	80,0
90	1	20,0	20,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

No que se refere à idade do grupo de controlo, a média apresentada situa-se nos 79, a mediana nos 76 e o modo nos 74 anos. Podemos constatar que o desvio padrão é de 6,61. A tabela que analisa a frequência e a percentagem de idades, tem a mesma leitura que a tabela nº5 correspondente aos dados sociodemográficos deste mesmo grupo.

Habilitações literárias do grupo de controlo:

	N	Míni mo	Máxi mo	Desvio Padrão
Habilitações literárias do grupo de controlo	4	1	4	1,500
N válido (de lista)	4			

Quanto às habilitações literárias do grupo de controlo, podemos verificar que o número válido é só de 4 pessoas e não de 5, isto porque durante o estudo uma participante faleceu e não foram recolhidos os seus dados sociodemográficos. O máximo corresponde ao 4ºano de escolaridade, dados que pertencem a 3 participantes.

Tempo de institucionalização do grupo de controlo

	N	Míni mo	Máxi mo	Méd ia	Desvio Padrão
Tempo de institucionalização do grupo de controlo	4	2	7	4,25	2,217
N válido (de lista)	4				

De acordo com o tempo de institucionalização do grupo de controlo, o mínimo definido é de 2 anos e o máximo corresponde a 7 anos. A média ajusta-se nos 4 anos.

Apêndice B - Guião da Entrevista semiestruturada

Guião Entrevista Semiestruturada

1-Qual é o maior desafio quando se trabalha com idosos com demência?

Um dos maiores desafios sentidos é a manutenção do foco dos profissionais nas potencialidades destas pessoas, criando para cada uma dela um plano de intervenção que atenda de forma integral às suas necessidades e expectativas e das suas famílias.

A interação diária com as pessoas com demência, exige uma gestão dos diferentes estádios da doença e dos sintomas comportamentais associados, assim como exige a dinamização de atividades que vão de encontro a cada pessoa e que as estimule. Estas exigências são particularmente difíceis e repercutem-se ao longo do tempo nos cuidadores formais e informais, acrescentando um sentimento de sobrecarga física e emocional.

A falta de conhecimentos e informação sobre as diferentes formas de demência e a ausência de competências para gerir sintomas e atuar com as pessoas doentes, podem ser um fator que acresçam a sobrecarga dos profissionais e familiares.

2-Perante esses desafios e como Psicóloga da instituição, o que considera necessário para proporcionar melhor qualidade de vida a estes utentes?

No ano de 2014 foi realizado um estudo sobre a qualidade de vida das pessoas assistidas nas unidades de psicogeriatría e dos resultados obtidos com a aplicação de um programa de intervenção multidisciplinar, monitorizado pela aplicação de uma escala de qualidade de vida a WHOQOL-Bref, concluiu-se que na percepção das pessoas do estudo, os serviços que mais contribuem para a sua qualidade de vida na instituição são os de enfermagem e de ocupação.

O que vem de encontro às necessidades expressas pela grande maioria das utentes das unidades de psicogeriatría, as quais manifestam a preocupação em manter o seu estado de saúde, as atividades de vida diária e a sua autonomia funcional o maior tempo possível.

3-Na sua opinião as terapias não farmacológicas conseguem criar mais qualidade de vida aos utentes? De que forma?

Estas intervenções são conhecidas como intervenções psicossociais e são utilizadas como complemento de tratamentos farmacológicos ou na ausência de eficácia dos mesmos.

O principal objetivo destas intervenções é a melhoria da qualidade de vida e o alívio dos sintomas das pessoas com demência e suas famílias.

As diversas investigações realizadas têm demonstrado que as intervenções não farmacológicas podem ser efetivamente uma alternativa e ter resultados muito significativos no tratamento de alguns dos principais sintomas e na qualidade de vida e bem-estar dos doentes.

Alguns exemplos de intervenções nas demências: treino de atividades da vida diária; estimulação psicomotora; estimulação sensorial- snoezelen; musicoterapia; terapia de orientação para a realidade; estimulação cognitiva; reminiscências e/ou escrita de memórias auto-biográficas etc.

4-A terapia de Snoezelen, foi um projeto que a Casa de Saúde Bento Menni abraçou há 12 anos atrás. O que a levou a acreditar que seria um projeto viável?

O projeto “despertares” iniciou-se em 2004, e foi um marco nas comemorações dos 10 anos da Casa de Saúde Bento Menni. Este projeto teve origem numa experiência prévia da técnica de psicologia na observação e intervenção de pessoas com deficiência intelectual num ambiente de snoezelen e na recolha de benefícios e dados que evidenciavam a utilidade desta terapia.

Foi então apresentada uma proposta à Direção que na pessoa da nossa diretora da altura a Irmã Alice Roseiro, nos deu luz verde e abraçou esta iniciativa deste o primeiro momento. Disponibilizaram-nos um espaço e alguma verba e mais tarde o projeto foi apoiado financeiramente pelo extinto governo civil e pela segurança social.

Era um projeto inovador na altura para a Casa de Saúde e para a região da Guarda, pois muito pouco ou quase nada se ouvia falar de salas de snoezelen no país.

5-Podia dar uma definição sobre o que é a terapia Snoezelen ?

O Snoezelen é um conceito originário da Holanda, que surgiu com a intenção de criar um sistema de ocupação para pessoas com deficiências profundas. Snoezelen resulta da associação das palavras holandesas “snufelen” (cheirar) e “doezelen” (dormitar, relaxar), e combina duas vertentes: uma ativa (estimulação sensorial) e uma passiva (relaxar).

6-E de acordo com a convivência que tem com os idosos o que acha que é para eles a sala Snoezelen?

Na maioria das vezes é com entusiasmo e boa aceitação que os idosos experienciam a sala de Snoezelen. Mas com os anos de trabalho vamos tendo casos pontuais de algumas pessoas não aceitam permanecer, por estarem com quadros confusionais e/ou de grande agitação psicomotora.

É com carinho que as utilizadoras mais velhas do espaço vão “batizando” a sala pela dificuldade que tem em pronunciar a palavra Snoezelen ficam aqui 2 exemplos:

“a salinha bonita”; “a casa das luzes”.

7-Pensa que os idosos estão mais abertos a participar em atividades quando se envolvem num ambiente multissensorial?

A estimulação sensorial apela ao despertar dos 5 sentidos que é uma forma primordial de contacto e de conhecimento do mundo circundante. O que podemos afirmar é que é um espaço que permite uma grande proximidade com os idosos e uma livre exploração do ambiente e materiais o que fomenta a escolha individual e o bem-estar. E neste seguimento se uma pessoa idosa está confiante e mais estimulada sensorialmente poderá ter uma maior predisposição para aderir a outras atividades fora do contexto Snoezelen.

8-Tendo em conta a dimensão cognitiva, considera que a utilização da terapia de Snoezelen, a par com outras estratégias de estimulação cognitiva, contribui para a estabilização dos sintomas de demência?

Temos vindo a realizar pequenos estudos de boas-praticas na Casa de Saúde Bento Menni com a utilização da terapia de Snoezelen, e os resultados tem sido mais evidente ao nível da estabilização do humor e da melhoria da interação com os profissionais e outros utilizadores e não tanto ao nível cognitivo. De qualquer modo a

conjugação de intervenções não farmacológicas acrescem benefícios para a estabilização de alguns sintomas de demência.

9- Gostaria que clarificasse quais são os benefícios que pretende alcançar quando implementa esta terapia em idosos com demência.

Os objetivos operacionais deste projeto “despertares” são:

- Reduzir a agitação psicomotora através do relaxamento;
- Ativar os órgãos sensoriais;
- Permitir a exploração individual do espaço;
- Proporcionar satisfação e bem-estar;
- Criar relações de proximidade e confiança;

10- Quais os benefícios que esta terapia trouxe a Casa de Saúde Bento Menni?

Os maiores benefícios que temos constatado com a terapia de Snoezelen têm sido ao nível do humor, satisfação e bem-estar e ao nível da interação com os profissionais.

Destacamos aqui parte de uma conclusão de uma tese feita na Casa de Saúde Bento Menni com o título: **“Impacto de um programa de estimulação multissensorial de Snoezelen em pessoas idosas institucionalizadas”** da aluna Mariana Amaral e da técnica de psicologia:

- “Ao longo das sessões de intervenção, 4 das 7 participantes demonstraram mais comportamentos de afeto para com o técnico presente nas sessões de intervenção, maior fluência no discurso, com recurso a reminiscências, maior alegria, bem-estar e interação com os outros. E as 3 restantes participantes apresentaram comportamentos de apatia e indiferença face aos estímulos presentes na sala de snoezelen, apresentando, contudo, comportamentos de calma e conforto face aos materiais de snoezelen (...)”

Este é um exemplo dos benefícios já observados na Casa de Saúde Bento Menni com a terapia de Snoezelen, o que muito nos motiva a continuar a trabalhar e a colocar hipóteses de estudo com as diferentes populações atendidas.

11- Na sua opinião mais instituições deveriam investir na terapia de Snoezelen para dar resposta às necessidades dos utentes com demência e/ou com outras problemáticas?

A opção por novas formas de intervenção deve ser sempre de acordo com os objetivos terapêuticos de cada instituição e da população alvo para a qual se destina. Mas a terapia de Snoezelen é referenciada para diferentes problemáticas, uma vez que conjuga a vertente da estimulação e do relaxamento, podendo cada sessão ser temática e especializada de acordo com as metas que se querem alcançar com os utilizadores.