



## Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

### PARECER Nº 02 / 2010

ASSUNTO: Adequação técnico-científica da admissão das pessoas com demência nas unidades de dia e promoção da autonomia da RNCCI (art.º 21 do Dec. Lei. 101/2006 de 6 de Junho)

#### 1. A questão colocada

Adequação técnico-científica da admissão das pessoas com demência nas unidades de dia e promoção da autonomia da RNCCI (art.º 21 do Dec. Lei. 101/2006 de 6 de Junho).

#### 2. Fundamentação

##### DEMÊNCIA

A demência constitui uma situação adquirida e permanente de défice das faculdades mentais, onde se incluem as capacidades cognitivas, que integram a senso-percepção e a comunicação, as capacidades afectivas e volitivas, o comportamento e a personalidade (Barreto, 2005).

Apesar das manifestações centrais da demência serem o declínio cognitivo e funcional, serão porventura os sintomas comportamentais e neuropsiquiátricos os mais debilitantes, perturbadores e difíceis de tratar (agitação, agressividade física, actividade delirante, desorientação, deambulação) e também aqueles que causam maior stress ao doente e seus cuidadores, colocando questões específicas relativamente aos cuidados à segurança do doente. Os sintomas conduzem a uma diminuição da qualidade de vida, a um aumento do custo dos cuidados, a um declínio cognitivo rápido e uma enorme sobrecarga para os familiares cuidadores. Estudos efectuados nos Estados Unidos apontam para uma associação entre o stress do prestador de cuidados e a institucionalização precoce do doente, o aumento do risco de cuidados inferiores aos cuidados padrão, e o aumento do risco de negligência ou de abuso do doente (*Kalapatapu & Neugroschl, 2010*).

##### A DOENÇA ALZHEIMER

Em Portugal, estima-se que no ano de 2010 existam cerca de 70 mil doentes com doença de Alzheimer (*Leuschner, 2005*). Neste contexto, espera-se que, nos próximos 30 anos, os valores de prevalência e incidência aumentem significativamente, pelo facto de se verificar um aumento do número de indivíduos nas faixas etárias superiores a 65 anos e pelo facto de se verificarem progressos ao nível das metodologias de diagnóstico (mais rigorosas), o que permitirá diagnosticar uma maior percentagem de casos.

##### Implicações da doença de Alzheimer no indivíduo (alterações de)

- Memória;
- Linguagem;
- Atenção e Orientação;
- Humor;
- Pensamento e percepção;
- Juízo e resolução de problemas;
- Actividades na comunidade;



## Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

- Actividades em casa e passatempos;
- Actividades relacionadas com o auto-cuidado.

### Implicações da doença de Alzheimer na família

- Stresse associado ao diagnóstico/prognóstico;
- Necessidade de aquisição de habilidades/competências para gerir os sinais e sintomas associados às perdas funcionais e cognitivas;
- Necessidade de informação sobre recursos (técnicos, institucionais e sociais);
- Sobrecarga associada ao cuidar (física, emocional, económica e social).
- (...)

### Objectivos da reabilitação – Doença de Alzheimer

- Manter a funcionalidade do indivíduo através da promoção da autonomia
- Estimular as funções cognitivas
- Capacitar os doentes e as suas famílias para lidarem com as consequências da doença.

### Estratégias de Intervenção

A **estimulação cognitiva** tem evidenciado efeitos positivos essencialmente em doentes com demência leve e, em alguns casos, moderada. Esta dirige-se essencialmente à esfera mnésica, através de um método individual adaptado a cada doente, ao estágio em que se encontra, em função dos défices existentes e da deterioração global. Nesta área estão disponíveis um conjunto de jogos/actividades promotoras da preservação da função que podem ser muito úteis para os doentes/cuidadores.

A **terapia de orientação para a realidade** consiste num conjunto de técnicas simples, nas quais se proporciona informação básica. Esta informação ajuda o doente a identificar melhor o tempo, o espaço, a sua habitação, etc. Pretende-se manter o doente orientado e evitar a perda de capacidades perceptivas.

A **terapia por reminiscências** pretende que o doente reviva acontecimentos agradáveis, como forma de estimulação da memória, melhoria da sua qualidade de vida, melhoria da sua auto-estima, facilitando o interesse pelo contacto social.

A **terapia de validação** é uma técnica que pretende, em parceria com o doente, a resolução de problemas específicos. Procura o significado do aqui e agora, em que o enfoque terapêutico se centra na escuta activa reflexiva, empatia, cordialidade e aceitação do doente e da sua doença. Esta técnica possibilita a melhoria da auto-estima, a redução da ansiedade, a promoção da comunicação e da autonomia.

A **musicoterapia** é uma técnica que permite um relaxamento importante numa fase inicial, para diminuir a ansiedade e facilitar o contacto com o outro.

**Intervenção social e ambiental** visam essencialmente modificar o meio do idoso, de modo a tornar mais favorável o seu quotidiano e facilitar a acção do familiar/cuidador.

**Outras intervenções de enfermagem centradas na promoção da autonomia**, maximizam as potencialidades do idoso, minimizando a sua dependência, através da ajuda e suporte ao idoso/familiar nas actividades da vida diária, na instrução do idoso/familiar sobre: informação, gestão dos sintomas, técnicas facilitadoras do



## Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

desempenho de algumas actividades (higiene, mobilidade, alimentação, ...), entre outras, de modo a promover a autonomia e funcionalidade.

A **gestão dos sinais e sintomas** é uma área da maior importância atendendo a que a maioria dos cuidadores não tem formação específica e necessitam de lidar de forma adequada com um conjunto de alterações cognitivas/comportamentais complexas.

Relativamente às várias técnicas de intervenção não farmacológica no idoso com demência, parece evidente que existem benefícios na sua utilização, principalmente quando implementadas de forma continuada e integrada no contexto em que o doente se insere.

### **Intervenções para os familiares cuidadores**

Numa fase inicial, as intervenções incidem sobre a informação sobre a patologia, o tratamento, o prognóstico, a reabilitação, os recursos e **essencialmente** sobre a instrução do cuidador relativamente ao cuidar (**o que fazer, como fazer e quando fazer**).

Numa fase posterior privilegiam-se as intervenções relacionadas com o suporte emocional direccionadas para o Stresse/sobrecarga do cuidador.

A **informação/formação ao cuidador** reveste-se de particular importância para capacitar o cuidador na **gestão dos sintomas**, na segurança dos cuidados e para promover uma gestão adequada do regime terapêutico, com ganhos evidentes em saúde, que se traduzem na diminuição do número de internamentos, melhoria da qualidade de vida do doente e da família

**As estratégias de intervenção específicas para as pessoas com demência, incluem técnicas do domínio especializado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.**

## **A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados<sup>1</sup> é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e ou apoio social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a rede solidária e as autarquias locais.

Constitui objectivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Como objectivos específicos da Rede, destacamos para o âmbito deste parecer a melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência<sup>2</sup>, a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessário, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação, o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados.

A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por: unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias.

---

<sup>1</sup> Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho

<sup>2</sup> Dependência, é entendida como "a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue por si só, realizar as actividades de vida diária" (Art.º 3º, alínea h) do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho)



## Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A **unidade de dia e de promoção da autonomia**, constitui a unidade de ambulatório. É “uma unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção da autonomia e apoio social em regime ambulatório, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio”. Deve articular-se com unidades da Rede ou com respostas sociais já existentes e funciona oito horas por dia, no mínimo nos dias úteis. Assegura, “designadamente: a) actividades de manutenção e estimulação; b) cuidados médicos; c) cuidados de enfermagem periódicos; d) controle fisiátrico periódico; e) apoio psicossocial; f) animação sócio-cultural; g) alimentação; h) higiene pessoal quando necessária”.

As **equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados**, são equipas multidisciplinares “...da responsabilidade dos cuidados de saúde primários<sup>3</sup> e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação, e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência...cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma...apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde...”<sup>4</sup>. Assegura, entre outros cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora, apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados, educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores, apoio na satisfação das necessidades básicas, apoio no desempenho das actividades de vida diária e nas actividades instrumentais da vida diária.

Estas são pois equipas que poderão assegurar os cuidados domiciliários às pessoas com demência, desde que incluam um especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, e os profissionais possuam formação específica na área das demências e e/ou articulem com as equipas de apoio domiciliário da Rede de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental.

### UNIDADES E EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS EM SAÚDE MENTAL

As Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental<sup>5</sup>, destinam-se às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, pelo que não estão especificamente vocacionadas para pessoas com demência. A sua colaboração com as unidades que cuidam de pessoas com demência, poderá no entanto ser um contributo importante, devido à qualificação especializada dos profissionais destas equipas para lidar com sintomas neuropsiquiátricos, que surgem também na demência.

### 3. Conclusão

1. Enquanto possível as pessoas com demência deverão permanecer no seu domicílio, apoiadas por estruturas comunitárias e pelas equipas das UCC, que se deverão articular com ou integrar as equipas de apoio domiciliário de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental.
2. Atendendo à complexidade que reveste a situação das pessoas com demência bem como dos seus familiares, é nosso entendimento que o profissional mais capacitado para dar uma resposta adequada às

3 O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, criou os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, integrados nas administrações regionais de saúde. Entre as unidades funcionais a implementar consta a unidade de cuidados na comunidade (UCC), à qual compete, à luz do disposto no artigo 11.º do mesmo Dec. Lei.: prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, actuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. A UCC é a unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população. A UCC compete constituir as equipas de cuidados continuados integrados, previstas no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

4 Art. 27º do Dec.- Lei nº 101/2006 de 6 de Junho

5 Dec. Lei nº8/2010 de 28 de Janeiro



## Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

necessidades do doente e do cuidador é o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Entende-se mesmo que é este, o profissional que revela capacidade de diagnóstico e de intervenção de acordo com as necessidades identificadas. Salienta-se a complexidade da díade Idoso-Cuidador, que envolve a transição para uma nova etapa da vida (viver com uma doença e lidar com uma doença), a complexidade de um diagnóstico (demência), e a complexidade da necessidade de cuidados, atendendo as singularidades de cada caso.

3. Os cuidados de enfermagem à pessoa com demência deverão ser sempre geridos e supervisionados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.
4. Numa fase inicial/moderada de instalação da doença, em que seja recomendada a admissão na Rede e tomando em consideração a necessidade em cuidados específicos para as pessoas com demência, consideramos que a unidade de dia e de promoção da autonomia, com a tipologia de serviços prevista no Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, não dá a resposta necessária em cuidados específicos de qualidade a estas pessoas, nomeadamente por não ter equipa com formação específica na área das demências, no que respeita aos cuidados de enfermagem que se prevê serem periódicos (quando para a demência deveriam ser constantes) e não especializados (quando configuram competências especializadas para o cuidado), bem como à necessidade acrescida em termos de segurança, relativamente a outros utentes desta unidade (risco de abandono da unidade por desorientação ou risco de hetero-agressão).
5. Seja qual for a decisão quanto às unidades onde as pessoas com demência devem ser admitidas, estas terão que obrigatoriamente incluir profissionais com formação diferenciada e específica na área das demências, sendo de evitar a sua inclusão em unidades onde sejam admitidas pessoas com doença mental grave, nomeadamente psicose, ou em unidades para pessoas com elevado grau de dependência.
6. Quando a demência se encontrar já numa fase avançada, uma vez que a necessidade de cuidados se reporta apenas à satisfação das necessidades humanas básicas, o doente poderá ser admitido numa das outras unidades da RNCCI, que cuidam de pessoas que se encontrem em situação de dependência.

### Referências bibliográficas

Barreto, J. (2005). *Os sinais da doença e sua evolução*. In A. C. Caldas e A. Mendonça (Orgs.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel - edições técnicas Lda.

Kalapatapu, R.K.; Neugroschl, J. A. (2010). *Actualização sobre os sintomas neuropsiquiátricos da demência: avaliação e tratamento*. Revista "Patient Care", Fev 2010, vol. 15 n.º156, p.73-84

Leuschner, A. (2005). *Política de saúde na área do envelhecimento e da demência*. In A. C. Caldas e A. Mendonça (Orgs.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.

Relatores(as)	Glória Durão Butt Carlos Sequeira
Aprovado na reunião de 15 de Outubro de 2010	

A MCEE de Saúde Mental e Psiquiátrica  
Enf.ª Glória Durão Butt  
(Presidente)