

## INOVAÇÃO SOCIAL NA POPULAÇÃO COM DEMÊNCIA: PROJETO MEMORIZAR. UM CASO PORTUGUÊS

Sónia Mafalda Pereira Ribeiro<sup>1</sup>  
Luciano José Almendra Frias Vieira<sup>2</sup>  
Dalila Vanessa Arede Figueiredo<sup>3</sup>  
Ana Filipa Gravato Domingues<sup>4</sup>

**RESUMO:** A evolução demográfica e o envelhecimento da população conduzem à existência de mais pessoas com demência. Estes factos impelem ao desenvolvimento de iniciativas que promovam uma vida autónoma das pessoas com demência, durante o maior tempo possível nos seus domicílios, apoiados por cuidadores. O objetivo deste artigo é analisar o impacto de uma dessas iniciativas, em Portugal, designadamente um projeto de inovação social e de saúde na área da demência denominado “Memorizar”, nas competências cognitivas e na autonomia das pessoas com demência. Os instrumentos utilizados foram um questionário sociodemográfico, o Mini-Mental State Examination, a Escala de Avaliação da Demência 2 e do Índice de Barthel. A amostra foi de conveniência, constituída por 17 pessoas com diagnóstico de demência, sendo que, em termos de resultados, 82% dos utentes mantiveram-se estáveis no domínio cognitivo e 88% dos utentes mantiveram o seu grau de autonomia.

**Palavras-chave:** Envelhecimento. Demência. Estimulação Cognitiva. Inovação Social.

**ABSTRACT:** The demographic shifts and the aging population are leading to a rise in the number of individuals living with dementia. These trends are prompting the development of initiatives aimed at fostering independent living for people with dementia, allowing them to remain in their homes with support from caregivers for as long as possible. The objective of this article is to assess the impact of one such initiative in Portugal, specifically a social and health innovation project in the dementia field called "Memorizar," on the cognitive abilities and autonomy of individuals with dementia. The tools employed included a sociodemographic questionnaire, the Mini-Mental State Examination, the Assessment Scale for Dementia 2, and the Barthel Index. The sample consisted of 17 individuals diagnosed with dementia, selected for convenience. Results indicate that 82% of the participants maintained stability in cognitive function, while 88% preserved their level of autonomy.

**Keywords:** Aging. Dementia. Cognitive Stimulation. Social Innovation.

---

<sup>1</sup>Doutora em Serviço Social pela Universidade Católica Portuguesa. Professora auxiliar no Instituto Superior Miguel Torga. Membro integrado no CLISSIS (Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social); Coordenadora Geral da Santa Casa da Misericórdia de Vagos.

<sup>2</sup>Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Neurologista do Projeto Memorizar (Santa Casa da Misericórdia de Vagos).

<sup>3</sup>Licenciatura em Terapia Ocupacional pela Escola Superior de Saúde do Porto; Terapeuta ocupacional a exercer no Projeto Memorizar (Santa Casa da Misericórdia de Vagos).

<sup>4</sup>Mestrado Integrado em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Psicóloga a exercer no Projeto Memorizar (Santa Casa da Misericórdia de Vagos).

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é, cada vez mais, uma realidade sobre a qual devemos refletir atendendo ao aumento da população idosa, ao longo dos anos. Em 2019, existiam em todo o mundo, 703 milhões de pessoas com mais de 65 anos, sendo o continente europeu o mais envelhecido, já que 19,7% da sua população tinha mais de 65 anos. Estima-se que, em 2050 a população idosa represente 28,5% da população europeia (*European Union*, 2019). Esta tendência crescente também se verifica em Portugal, apresentando-se como o terceiro país mais envelhecido da Europa, com 21,8% da população com mais de 65 anos (Luz, 2019). O aumento da população idosa está relacionado com o aumento da esperança média de vida que, em 2020, se situava nos 80,7 anos de idade (Pordata, 2020). Tal como nos diz Fernandes (2007) e Fonseca et al. (2021), a longevidade da população é o resultado de múltiplos fatores, nomeadamente os avanços da medicina, o investimento na educação, a melhoria dos cuidados de saúde, o acesso à saúde e os apoios sociais. No entanto, uma vida mais longa acarreta uma maior propensão ao surgimento de doenças que afetam o grau de autonomia e as funções cognitivas, onde se engloba a demência. Aliás, *“increasing age is the predominant risk factor for Alzheimer’s dementia”* (Alzheimer’s Association, 2023, p. 30).

Parafraseando Arvanitakis et al. (2019, p. 1589) *“Dementia is an acquired loss of cognition in multiple cognitive domains sufficiently severe to affect social or occupational function.”* A Demência é uma doença cerebral, progressiva, caracterizada por um conjunto de sintomas como dificuldades de memória, de linguagem, de resolução de problemas e outras habilidades de pensamento que afetam a capacidade de uma pessoa realizar atividades quotidianas, podendo existir vários tipos de demência (ver Tabela I).

Tabela I – Tipos e Características da Demência

Tipos de Demência	Características
Doença de Alzheimer	É a mais comum (60% a 80% dos casos de demência). Os sintomas iniciais consistem em apresentar apatia e depressão, bem como dificuldades em recordar nomes ou eventos. Os sintomas posteriores incluem dificuldades na comunicação, desorientação, confusão, dificuldades no pensamento lógico, alterações comportamentais e, finalmente, dificuldades de locomoção e disfasia. A acumulação da proteína beta-amilóide (placas) fora dos neurónios e o aumento das proteínas tau (emaranhadas) levam à morte de neurónios.
Demência Vascular	É o segundo tipo de demência mais comum (5% a 10% das pessoas com demência). A demência vascular ocorre comumente associada ao bloqueio

	dos vasos sanguíneos, como o que ocorre no acidente vascular cerebral, ou danos que levam a áreas de tecido morto ou sangramento no cérebro. A localização, o número e o tamanho das lesões cerebrais determinam se haverá demência e como o pensamento e o funcionamento físico do indivíduo serão afetados. A doença cerebrovascular refere-se ao processo pelo qual os vasos sanguíneos no cérebro são danificados e/ou o tecido cerebral é danificado por não receber sangue, oxigênio ou nutrientes suficientes. Diz-se que pessoas com demência cujos cérebros mostram evidências de doença cerebrovascular têm demência vascular.
Demência Mista	Caracterizada pela presença de sintomas de doença de Alzheimer e de outro tipo de demência, mais comumente a demência vascular ou a demência por corpos de Lewy.
Demência de Parkinson (DP)	Muitas pessoas que têm a doença de Parkinson desenvolvem demência nas fases posteriores da doença. À medida que a DP progride, a alfa-sinucleína também se pode acumular no córtex cerebral (semelhante à demência de corpos de Lewy).
Demência de corpos de Lewy	O padrão de declínio pode ser semelhante ao da doença de Alzheimer e/ou Parkinson, destacando-se as alucinações visuais, a rigidez muscular e os tremores. As características incluem corpos de Lewy - depósitos anormais da proteína alfa-sinucleína - que se formam dentro das células nervosas do cérebro.
Demência Fronto temporal	Envolve danos nas células cerebrais, especialmente nas regiões frontal e lateral do cérebro. Os sintomas típicos incluem mudanças na personalidade, no comportamento e dificuldades com a linguagem.
Hidrocefalia de Pressão Normal	É causada pela acumulação de líquido no cérebro. Os sintomas incluem dificuldade em andar, perda de memória e incapacidade de controlar a urina.

Fonte: Adaptado de Alzheimer’s Association (2023)

Mundialmente, estima-se que 47,5 milhões de pessoas tenham demência (incidência de 7,7 milhões/ano) e que este número, em 2030, suba para 75,6 milhões e, em 2050, para 135,5 milhões (Alzheimer Europe, 2019; Santana et al., 2015). Na Europa, em 2018, existiam cerca de 9,7 milhões de cidadãos com demência, estando previsto até 2050 triplicar este valor (Livingston et al., 2017; Prince et al., 2014; World Health Organization [WHO], 2012). Analisando os dados em Portugal, o número de pessoas com demência deverá quase duplicar entre 2018 e 2050, de 193.516 para 346.905, superando a tendência europeia (Alzheimer Europe, 2019).

É indiscutível o impacto da demência nos doentes, seus cuidadores e a dificuldade da comunidade em lidar com esta doença. A este nível, vale a pena citar largamente Galende et al (2021, p. 39), quando afirmam “*Dementia is associated with increased morbidity, mortality, disability, and dependence, and results in a considerable decrease in quality of life and survival. Around 80% of all*

*patients with dementia are cared for by their families, which cover a mean of 87% of the total economic cost, resulting in considerable economic and health burden on caregivers and loss of quality of life.”.*

Refletir sobre a demência é refletir sobre um dos maiores desafios da atualidade, quer ao nível da saúde, quer ao nível social, pois a intervenção farmacológica ainda se encontra a aprimorar a resposta dada à doença (Buckley & Salpeter, 2015; Cooper et al., 2021). Em contraponto, os fatores modificáveis permitem a redução do risco de demência como, por exemplo, o controlo de fatores de risco cardiovasculares, consumo de tabaco ou álcool, prática de atividade física, ou mesmo treino cognitivo (Baumgart et al., 2015; Livingston et al., 2017; WHO, 2019). Neste seguimento, é necessário que a intervenção não se foque somente nos défices provocados pela demência, prescrevendo medicação, mas, sim, numa intervenção holística (Poppe et al., 2020). Isto é, uma intervenção que proponha estratégias às pessoas com demência como neuroestimulação, apoio emocional e terapia ocupacional, privilegiando um contacto célere e direto com os técnicos de saúde, especialmente em situações de crise, em estreita articulação com os cuidadores, capacitando-os e apoiando-os psicologicamente. Impõe-se a construção de uma rede de suporte social significativa e gratificante, capaz de exercer suporte social (Nordenfelt, 2017; WHO, 2012). Tal como nos diz Odzakovic et al. (2021), é fundamental para a adequação da intervenção, focar não só os sintomas e dificuldades individuais inerentes à doença, mas sobretudo, focar também os recursos, nas dificuldades específicas e o contexto onde a pessoa com demência e sua família estão inseridos. Isto é, há a necessidade de uma reestruturação dos recursos e estratégias na intervenção em pessoas com demência, para que estas possam ser menos estigmatizadas e poderem ter uma melhor qualidade de vida na comunidade onde vivem, tal como nos dizem Keady et al. (2012) e Swaffer (2014).

4

A implementação de projetos de inovação social e de saúde é fundamental pois possibilita um diagnóstico precoce, um tratamento multidimensional e uma abordagem multidisciplinar, o que permite diminuir o impacto na área da saúde, na área social e económica (Galende et al, 2021).

A ausência de cuidados biopsicossociais específicos nas pessoas com demência, bem como a falta de conhecimentos específicos dos cuidadores e da comunidade em geral sobre esta problemática, são o mote do desenvolvimento e intervenção do “Projeto Memorizar”. Esta é uma iniciativa inédita cujo impacto vamos analisar, no que respeita aos benefícios da sua intervenção não-farmacológica, junto da pessoa com demência e ao nível da sua envolvência familiar. A forma de atuação do projeto foi pensada de acordo com as características da população alvo e de

modo a abranger um concelho de Portugal - Vagos. Este é um dos concelhos portugueses mais envelhecidos, com a população idosa a representar 24,1% da população total (acima da percentagem nacional que é de 23,4). O índice de envelhecimento desta população é também bastante elevado (180,2%), o que se reflete no número de diagnósticos de demência (Pordata, 2020).

Esta iniciativa, designada “Projeto Memorizar”, teve como objetivo promover a manutenção das funções cognitivas e motoras da pessoa com demência, potenciando a sua autonomia e independência no desempenho das atividades de vida diária, evitando a institucionalização.

Na prática, a intervenção realizada compreendeu consultas de neurologia efetuadas por um médico especialista, semestralmente, onde era realizada uma avaliação e monitorização do estado cognitivo, bem como gestão terapêutica; sessões de neuro estimulação, realizadas por uma psicóloga que aplicava o seu programa de estimulação, após avaliação mais aprofundada das funções cognitivas superiores e do estado emocional/psicológico geral; sessões de terapia ocupacional efetuadas por uma terapeuta ocupacional que integrava na sua intervenção o treino de atividades de vida diária, estimulação cognitiva e motora, ensinamentos de estratégias e adaptações ambientais; atendimentos psicológicos aos cuidadores, realizados por uma psicóloga com o objetivo de gerir o *stress*, efetuar treino de estratégias de *coping* e psicoeducação; todo o procedimento foi acompanhado por uma assistente social responsável pelo atendimento e acompanhamento social. As sessões com os utentes ocorriam no seu domicílio ou na sede do projeto, com uma periodicidade semanal e duração de aproximadamente 45 minutos. A intervenção junto das famílias era realizada de acordo com as necessidades psicológicas e sociais de cada caso. No que respeita à equipa técnica, esta era constituída por um médico neurologista, uma neuropsicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e uma assistente social, que desenvolviam as várias atividades acima descritas, bem como outras, nomeadamente as Oficinas de Memória, os Grupos de Apoio ao Cuidador e Ações de Sensibilização para a comunidade.

No sentido de apresentar os resultados da intervenção do “Projeto Memorizar” nas competências cognitivas da pessoa com demência, bem como na sua funcionalidade, durante os 3 anos de atuação, de 2 de janeiro de 2019 a 1 de janeiro de 2022 redigimos o presente artigo. De referir que, devido ao período de confinamento, provocado pela pandemia COVID-19, algumas das intervenções realizadas houve recurso a meios digitais.

## METODOLOGIA

A metodologia subjacente ao estudo é de natureza explicativa e descritiva, com abordagem quantitativa, prosseguindo um desenho pré-experimental, com pré e pós-teste de grupo único. Esta metodologia permite fazer uma análise descritiva das características da população em estudo, nomeadamente as funções cognitivas e autonomia dos beneficiários do projeto e compreender os efeitos da intervenção realizada pelo projeto (Fortin, 2009; Hicks, 2006).

A aplicação das escalas de avaliação foi realizada no início e no final do período de vigência do projeto. Os participantes foram informados do âmbito e objetivo do estudo, tendo sido assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados. Importa ressaltar que os princípios éticos da Declaração de Helsínquia para a investigação foram considerados, em todos os momentos da investigação, tendo sido obtido o consentimento informado para a participação no projeto.

Após a avaliação inicial, os utentes foram integrando as várias atividades do projeto, conforme protocolo de implementação do mesmo e cuja descrição consta no enquadramento teórico. A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao software Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 28.0.

A amostra foi definida por conveniência, tendo por base os seguintes critérios de inclusão: (1) residir no concelho de implementação do projeto; (2) apresentar diagnóstico de demência, certificado pelo neurologista do projeto. O processo de recrutamento baseou-se, primeiramente, na divulgação pelos meios de comunicação do projeto e, nesse seguimento, de posterior contacto das pessoas para voluntariamente participarem no estudo, desde que estivessem cumpridos os critérios de inclusão anteriormente elencados.

A amostra foi constituída por 17 pessoas com demência, descritas por características sociodemográficas na Tabela 1, onde se verifica maioritariamente pessoas do sexo feminino (59%), com idades compreendidas entre os 70 e os 79 anos ( $M=75,88$ ;  $DP=7,67$ ). Estes dados eram por nós esperados pois, por exemplo, a Alzheimer's Association (2023) encontra uma maior prevalência da doença entre os 70 e os 79 anos, com uma maior prevalência nas mulheres. Relativamente às habilitações literárias, destacam-se as pessoas com a 4<sup>a</sup> classe (53%) e casadas (82%). Na caracterização das patologias, a que apresenta uma maior prevalência na amostra é a

Doença de Alzheimer (53%), corroborando a ideia de que é a mais comum (Wong, 2020; Arvanitakis et al., 2019; Marasco, 2020).

Tabela II - Caracterização da amostra ( $n = 17$ )

Características sociodemográficas	Pessoa com demência	
	<i>n</i>	%
<b>Gênero</b>		
Feminino	10	59%
Masculino	7	41%
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro(a)	1	6%
Casado (a)/União de Fato	14	82%
Viúvo(a)	2	12%
Divorciado/Separado(a)	0	0%
<b>Idade</b>		
[60-69]	3	18%
[70-79]	7	41%
[80-89]	6	35%
≥90	1	6%
<b>Habilitações Literárias</b>		
Sem escolaridade	2	12%
3 <sup>a</sup> classe	3	18%
4 <sup>a</sup> classe	9	53%
5 <sup>o</sup> ano	1	6%
6 <sup>o</sup> ano	1	6%
12 <sup>o</sup> ano	1	6%
<b>Diagnóstico</b>		
Doença de Alzheimer	9	53%
Demência Vascular	4	24%
Demência Mista	1	6%
Defeito Cognitivo Ligeiro	2	12%
Hidrocefalia de Pressão Normal	1	6%

Fonte: Elaboração Própria

Os instrumentos utilizados foram: um questionário sociodemográfico, o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007); a Escala de Avaliação da Demência 2 (DRS-2) (Cavaco & Teixeira-Pinto, 2011; Jurica et al., 2010) e o *Mini Mental State Examination* (Folstein et al., 1975; Guerreiro et al., 1994).

O questionário sociodemográfico construído englobou as seguintes variáveis: gênero, estado civil, idade, habilitações literárias e o diagnóstico clínico (com declaração médica).

O Índice de Barthel avalia o grau de autonomia do indivíduo nas principais atividades de vida diária: alimentação, higiene pessoal, uso do banheiro, tomar banho, vestir e despir, controle intestinal, controle vesical, deambular, transferência da cadeira/cama e subir e descer escadas. Cada atividade é cotada entre 2 a 4 níveis de dependência, sendo que o corresponde à dependência total e a independência é cotada com 5, 10 ou 15 pontos, conforme os níveis de diferenciação. A pontuação total varia entre 0 e 100 pontos, tendo em conta os seguintes pontos de corte: dependência total (<20 pontos): dependência severa (20 a 35 pontos); dependência moderada (40 a 55); ligeiramente dependente (60 a 95 pontos) e 100 pontos totalmente independente (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007). Este instrumento, relativamente às suas características psicométricas, apresenta uma fidelidade elevada (alfa de Cronbach de 0,96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre  $r = 0,66$  e  $r = 0,93$  (Araújo et al, 2007).

A Escala de Avaliação da Demência 2 (DRS-2) é constituída por cinco subescalas que permitem obter informação acerca de capacidades específicas: atenção, iniciação/perseveração, construção, conceptualização, memória e nível geral de funcionamento cognitivo. A pontuação total da DRS-2 fornece uma medida objetiva de competências cognitivas globais, constituída por 36 tarefas e 32 estímulos organizados em cinco subescalas, que permitem obter informação acerca das capacidades específicas descritas acima. Dentro de cada subescala, as tarefas mais difíceis são apresentadas no início; de uma maneira geral, se as primeiras (uma ou duas) tarefas são realizadas com sucesso, atribui-se crédito às tarefas seguintes desta subescala e prossegue-se para a subescala seguinte, o que permite reduzir o tempo total de aplicação da bateria em indivíduos sem alterações cognitivas (Cavaco & Teixeira-Pinto, 2011; Jurica et al., 2010). Esta escala encontra-se traduzida e adaptada para a população portuguesa, apresentando boas características psicométricas (Cavaco & Teixeira-Pinto, 2011).

O *Mini Mental State Examination* (MMSE) examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediata ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, linguagem, orientação visual e espacial, incluindo 11 itens divididos em duas secções. A primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção; a segunda pressupõe leitura e escrita que avalia nomeação, resposta a instruções verbais e escritas, capacidade de escrita de uma frase e de cópia de um desenho. A pontuação varia de 0 a 30 pontos, sendo os pontos de corte, para a população portuguesa, em função da escolaridade, os seguintes: de 0 a 2 anos de escolaridade – 22 pontos; 3 a 6 anos de escolaridade – 24 pontos e igual ou superior a 7 anos – 27



pontos (Folstein et al., 1975; Guerreiro et al., 1994). Esta escala encontra-se validada para a população portuguesa e apresenta boas características psicométricas (Guerreiro et al., 1994).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tal como nos diz Arvanitakis (2019, p. 10), o tratamento da demência “*should include both non-pharmacologic approaches with cognitive, physical, and social activities, and pharmacologic*”. Os resultados do projeto vieram corroborar esta afirmação, na medida em que, das 17 pessoas consideradas na amostra, 14 mantiveram-se estáveis, no que respeita ao domínio cognitivo e 3 tiveram um agravamento das suas competências cognitivas. Estes resultados podem ser verificados na tabela seguinte relativa aos resultados da aplicação das escalas MMSE e a DRS-2.

Tabela III –MMSE e DRS-2

Utente	MMSE		DRS-2	
	Inicial	Final	Inicial	Final
1	18	20	-7.01	-4.86
2	29	24	-0.75	-1.67
3	29	23	-1.60	-2.25
4	24	29	-1.69	-1.66
5	17	12	-4.82	-17.70
6	28	26	0.23	-1.15
7	18	17	-4.05	-4.93
8	10	0	-8.01	-14.83
9	12	25	-4.96	-5.13
10	24	23	-3.27	-1.62
11	16	14	-5.55	-9.94
12	16	19	-4.88	-2.37
13	22	21	-4.06	-5.26
14	12	0	-4.57	-4.88
15	17	17	-10.45	-12.13
16	26	24	-3.13	-3.80
17	12	15	-4.00	-5.35

Fonte: Elaboração Própria

Estes dados eram por nós esperados, pois, de acordo com vários autores (Kim, et al., 2016; Spector et al., 2010; Streator, et al. 2017; Arvanitakis, 2019) as sessões regulares de neuroestimulação e de terapia ocupacional contribuem para retardar o desenvolvimento da doença.

Quando analisados os resultados relativos à funcionalidade das pessoas com demência verificamos que 2 pessoas diminuíram o seu grau de autonomia, ou seja, 88% das pessoas integrantes da amostra mantiveram o seu grau de autonomia, segundo o índice de Barthel, como podemos constatar na tabela abaixo.

Tabela IV – Índice de Barthel

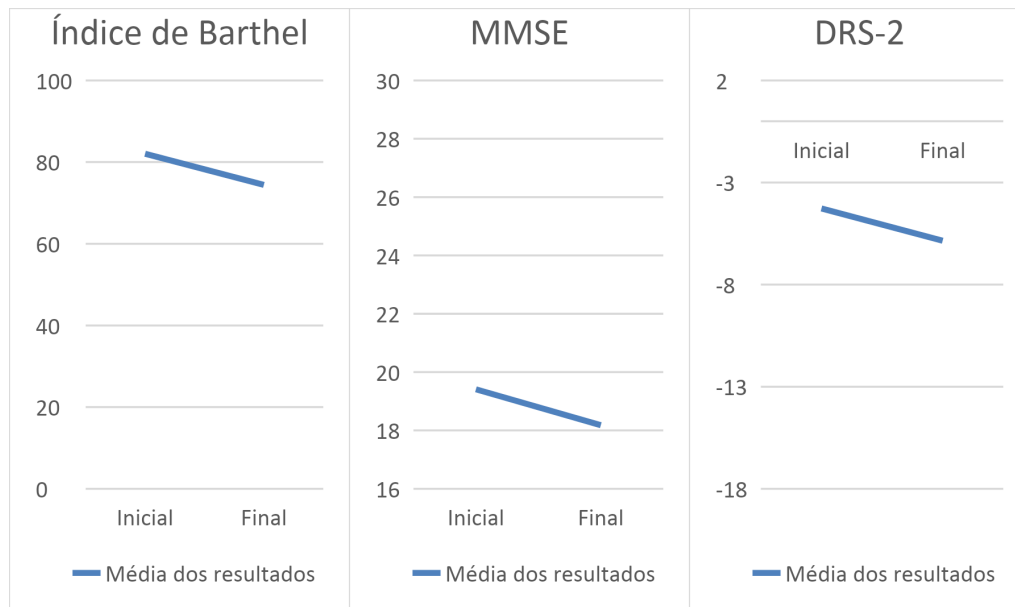
Utente	Inicial	Final
1	90	85
2	100	100
3	100	100
4	100	100
5	65	10
6	100	100
7	80	75
8	30	0
9	90	80
10	95	95
11	90	85
12	60	60
13	95	85
14	80	80
15	50	40
16	100	100
17	70	70

Fonte: elaboração própria

Também este dado era por nós esperado, uma vez que, tal como nos diz Mthembu et al. (2016), a intervenção da terapia ocupacional contribui para a manutenção do grau de autonomia. São vários os estudos (por exemplo, Santos (2015); Sequeira (2007); Silva (2015) que concluem que a intervenção feita pelos terapeutas ocupacionais na prescrição de produtos de apoio e na adaptação do ambiente doméstico, pode ser fundamental na qualidade de vida da pessoa com demência, nomeadamente na prevenção de quedas e no planeamento executivo.

A média de resultados obtidos nas três escalas pode ser observada na figura 1, onde é possível constatar um pequeno decréscimo nos resultados quando confrontamos os da primeira com os da última avaliação.

Figura 1 – Resultados das avaliações e reavaliações



Fonte: Elaboração própria

Nenhuma das pessoas que constituíram a amostra foi institucionalizada. A institucionalização da pessoa com demência acelera a progressão da doença, uma vez que implica mudança de rotinas/ambiente (Lopes, 2017), no entanto, é amplamente conhecida a necessidade de institucionalização das pessoas com demência (Hoek et al., 2021; Sanford et al., 2015; Smalling et al., 2018; Ryan & McKenna, 2015). O apoio psicológico prestado aos cuidadores contribuiu para a diminuição do desgaste emocional, o que pode também ter favorecido a não necessidade de institucionalização da pessoa com demência (Miyakawa-Liu et al., 2022; (Hsiao et al., 2018). Os benefícios que os programas de estimulação cognitiva oferecem à pessoa com demência melhoram a relação entre esta e o seu cuidador, e conseqüentemente, a qualidade de vida de ambos (Colussi et al., 2019; Holden et al., 2021; Spector et al. 2011). Especificamente a intervenção realizada com os cuidadores, feita por acompanhamento médico, esclarecimentos de dúvidas, fornecimento de estratégias e o acompanhamento psicológico individual e/ou participação em grupo de apoio ao cuidador, potenciou o envolvimento da família, contribuiu para a compreensão das dificuldades do doente e permitiu a adaptação do ambiente físico, tendo em conta as necessidades da pessoa com demência. Contribuiu também para o aumento da consciencialização acerca da importância da autonomia da pessoa com demência e permitiu a prestação de um

melhor cuidado, pautado por compreensão, paciência, dedicação, conhecimento acerca da doença e dos serviços de apoio.

## LIMITAÇÕES

Estamos cientes das várias limitações deste estudo, o que nos leva a fazer afirmações cuidadosas e nunca generalizações ambiciosas. Desde logo, as limitações relacionadas com o desenho de investigação selecionado. Como referido, este é um estudo pré-experimental composto apenas por um grupo (experimental). O facto de não haver um grupo de controlo pode ser considerado uma ameaça à validade, uma vez que não é possível comparar os resultados da intervenção no grupo analisado com um outro grupo que não usufruiu desta intervenção.

Também o facto de o *corpus* da investigação ser uma amostra por conveniência, limitada a um número reduzido de pessoas com demência e a uma dada realidade geográfica concreta (um concelho situado no litoral de Portugal). A qualidade da amostra poderia ser melhorada se fosse diferenciada por subamostras (por exemplo por regiões geográficas, classe socioeconómica).

Outra limitação refere-se à seleção dos instrumentos. Apesar de, no nosso estudo, os instrumentos utilizados revelarem boas qualidades psicométricas, podemos sempre questionar-nos se foram os mais adequados.

Apesar destas limitações, este estudo traz pistas para explorações futuras, com diversas conclusões importantes. É sobre essas conclusões que nos debruçamos seguidamente.

## CONCLUSÃO

O “Projeto Memorizar” revelou ser uma intervenção de cuidado oportuno com benefícios tanto para as pessoas com demência como para os seus cuidadores e família, nomeadamente para retardar o declínio cognitivo e manter o grau de funcionalidade das pessoas com demência, assim como dotar os seus cuidadores de conhecimentos e estratégias para melhor compreenderem a doença, proporcionando um melhor cuidado (maior empatia e dedicação). Importa salientar que os resultados alcançados ganham maior importância tendo em conta o período de vigência do projeto – pandemia COVID-19 – tempo este pautado por maior isolamento social, angústias, sentimentos de insegurança e descrença no futuro, bem como pelo receio, desta população mais fragilizada, para se deslocarem aos serviços de saúde. Neste sentido, importa realçar que, cada vez mais, a resposta dos serviços deve ter em conta as características populacionais, sobretudo quando se trata do acesso a cuidados de saúde de populações com poucos recursos. O

“Projeto Memorizar” teve em conta o envelhecimento populacional de Vagos e, por conseguinte, o número de casos de pessoas com demência, bem como características específicas deste concelho (extenso e sem uma rede de transportes públicos eficaz). Neste seguimento, os resultados alcançados pelo mesmo deveram-se ao acompanhamento de proximidade, nomeadamente a intervenção no domicílio e a retaguarda, dada por equipa multidisciplinar. Em suma, consideramos que a disseminação deste tipo de intervenção (holística, cabal e com abordagem multifacetada) é importante e necessária para o desenvolvimento da intervenção, a adequação dos cuidados prestados à pessoa com demência e o apoio dado aos seus cuidadores.

**Notas Finais:** Esta iniciativa foi apoiada pelo Portugal Inovação Social, sendo cofinanciado pelo Programa Operacional de Inclusão Social e Emprego, Portugal 2020 - União Europeia através do Fundo Social Europeu.

## REFERÊNCIAS

ALZHEIMER’S ASSOCIATION (2023). Alzheimer’s Disease Facts and Figures. *Alzheimers Dement*, 19(4). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36918389/>

ARAÚJO, F., RIBEIRO, J., OLIVEIRA, A. & PINTO, A. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-65. <http://hdl.handle.net/10362/95522>

ARVANITAKIS, Z., SHAH, R. & BENNETT D. (2019). Diagnosis and Management of Dementia: Review. *JAMA*, 322(16), 1589-1599. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7462122/>

ALZHEIMER EUROPE (2019). This dementia in Europe yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe. <https://www.alzheimer-europe.org/>

BAUMGART, M., SNYDER, H., CARRILLO, M., FAZIO, S., KIM, H., & JOHNS, H. (2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. *Alzheimers Dement*, 11(6), 718-726. <https://doi.org/f3gw2d>

BUCKLEY, J. & SALPETER, S. (2015). A risk-benefit assessment of dementia medications: Systematic review of the evidence. *Drugs Aging*, 32(6), 453-467. <https://doi.org/gmkdd3>

CAVACO, S., & TEIXEIRA-PINTO, A. (2011). *Dementia Rating Scale-2: Manual Técnico (versão portuguesa)*. Cegoc-Tea.

COLUSSI, E., PICHLER, N., & GROCHOT, L. (2019). Perceptions of the elderly and their relatives about aging. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(1), 1-8. <https://doi.org/jt3x>

COOPER, C., MANSOUR, H., CARTER, C., RAPAPORT, P., MORGAN-TRIMMER, S., MARCHANT, L., POPPE, M., HIGGS, P., BRIERLEY, J., SOLOMON, N., BUDGETT, J., BIRD, M., WALTERS, K., BARBER, J., WENBORN, J., LANG, A., HUNTLEY, J., RITCHIE, K., KALES, C., BRODATY, H., AGUIRRE, E., BETZ, A., & PALOMO, M. (2021). Social connectedness and dementia prevention: Pilot of the APPLE-Tree video-call intervention during the Covid-19 pandemic. *Dementia*, 20(8), 2779-2801. <https://doi.org/jt3t>

EUROPEAN UNION. (2019). Ageing Europe – Looking at the lives of older people in the EU. Publications Office of the European Union. <https://bit.ly/2QbROkw>

FERNANDES, A. (2007). Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise Social*, (183), 419-443. <https://bit.ly/3PdD28X>

FOLSTEIN, M., FOLSTEIN, S., & MCHUGH, P. (1975). Mini-mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

FONSECA, C., LUZ, H., & MELO, R. (2021). Metodologia de Cuidado Humanidade: Benefícios e desafios da sua implementação na prática. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 7(1), 14-24. <https://bit.ly/3uwXKoW>

FORTIN, M. (2009). O processo de Investigação - da concepção à realização. *Lusociência*.

GALENDE, A., ORTIZ, M., VELASCO, S., LUQUE, M., MIGUEL, C., SILANES, L. & JURCZYNSKA, C. (2021). Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, *Neurología*, 36 (1), 39-49. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.005>.

GUERREIRO, M., SILVA, A., & BOTELHO, M. (1994). Adaptação à população portuguesa na tradução do *Mini Mental State Examination* (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.

HICKS, C. (2006). Métodos de investigação para terapeutas clínicos - Concepção de projectos de aplicação e análise. *Lusociência*.

HOEK, L., VAN HAASTREGT, J., DE VRIES, E., BACKHAUS, R., HAMERS, J., & VERBEEK, H. (2021) Partnerships in nursing homes: How do family caregivers of residents with dementia perceive collaboration with staff? *Dementia*. 20(5), 1631-1648. <https://doi.org/jt3r>

HOLDEN, E., STONER, C., & SPECTOR A. (2021). Cognitive stimulation therapy for dementia: Provision in National Health Service settings in England, Scotland and Wales. *Dementia*, 20(5), 1553-1564. <https://doi.org/jt3v>

HSIAO, Y., CHANG, C., & GEAN, P. (2018). Impact of social relationships on Alzheimer's memory impairment: Mechanistic studies. *Journal of Biomedical Science*, 25(3), 1-8. <https://doi.org/gcvp7v>

JURICA, P., LEITTEN, C., & MATTIS, S. (2010). *DRS-2: Escala de Avaliação da Demência-2: Manual Técnico*. Cegoc.

KEADY, J. & CAMPBELL, S., BARNES, H., WARD, R., LI, X., SWARBRICK, C., BURROW, S., & ELVISH R. (2012). Neighbourhoods and dementia in the health and social care context: A realist review of the literature and implications for UK policy development. *Reviews in Clinical Gerontology*, 22, 150-163. <https://doi.org/fzph4q>

KIM, H., YANG, Y., OH, J., OH, S., CHOI, H., KIM, K., & KIM, S. (2016). Effectiveness of a community-based multidomain cognitive intervention program in patients with Alzheimer's disease. *Geriatrics and Gerontology International*, 16(2), 191-199. <https://doi.org/gq8m6m>.

LIVINGSTON, G., SOMMERLAD, A., ORGETA, V., COSTAFREDA, S., HUNTLEY, J., AMES, D., BALLARD, M., BANERJEE, M., BURNS, M., COHEN-MANSFIELD, J., COOPER, C., FOX, N., GITLIN, N., HOWARD, R., KALES, H., LARSON, E., RITCHIE, K., ROCKWOOD, K., SAMPSON, K., SAMUS, Q., SCHNEIDER, L., SELBEK, G., TERI, L., & MUKADAM, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673-2734. <https://doi.org/gcpbzc>.

LOPES, J. (2017). *Acompanhamento do cuidador informal da pessoa com demência nos cuidados de saúde primários*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Lisboa. <https://bit.ly/46511Nr>

LUZ, H. (2019). The framework of organizational capacity to deal with complex problems: Challenges for social workers involved in care services [Apresentação de conferência]. Em Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (Ed.), *Proceedings of the VIII International Conference of Sociology and Social Work* (pp. 298-316).

15

MAHONEY, F., & BARTHEL, D. (1965). Functional evaluation. The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14(99), 61-65. <https://bit.ly/3NfdGVH>

MARASCO, R. (2020) Current and Evolving Treatment Strategies for the Alzheimer Disease Continuum. *The American Journal of Managed Care*, 26 (8), 1-28. <https://europepmc.org/article/med/32840331>

MIYAKAWA-LIU, M., FEEHAN, A., PAI, S., & GARCIA-DIAZ, J. (2022). Rates of Cognitive Decline in 100 Patients With Alzheimer Disease. *Ochsner Journal*, 22(2), 129-133. <https://doi.org/gqzz3s>

MTHEMBU, T., BROWN, Z., CUPIDO, A., RAZACK, G., & WASSUNG, D. (2016). Family caregivers' perceptions and experiences regarding caring for older adults with chronic diseases. *South African Journal of Occupational Therapy*, 46(1), 83-88. <https://doi.org/jt3z>

NORDENFELT L. (2017). On concepts of positive health. Em T. Schramme, S. Edwards S. (Org.), *Handbook of the philosophy of medicine* (pp. 29-43). Springer.

ODZAKOVIC, E., HELLSTRÖM, I., NEDLUND, A-C., & KULLBERG A. (2021). Health promotion initiative: A dementia-friendly local community in Sweden. *Dementia*, 20(6), 1971-1987. <https://doi.org/ghp4g7>

POPPE, M., MANSOUR, H., RAPAPORT, P., PALOMO, M., BURTON, A., MORGAN-TRIMMER, S., CARTER, C., ROCHE, M., HIGGS, P., WALKER, Z., AGUIRRE, E., BASS, N., HUNTLEY, J., WENBORN, J., & COOPER, C. (2020). “Falling through the cracks”; Stakeholders’ views around the concept and diagnosis of mild cognitive impairment and their understanding of dementia prevention. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35, 1349-1357. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32608171/>

PORDATA. (2020). Base de dados de Portugal contemporâneo. <https://www.pordata.pt> – acessado a 14 de fevereiro de 2023.

PRINCE, M., ALBANESE, E., GUERCHET, M. & PRINA, M. (2014). World Alzheimer Report 2014: Dementia and risk reduction: An analysis of protective and modifiable risk factors. <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2014.pdf>

RYAN, A., & MCKENNA, H. (2015). It's the little things that count'. Families' experience of roles, relationships and quality of care in rural nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, 10(1), 38-47. <https://doi.org/f64vfz>

SANFORD, A., ORRELL, M., TOLSON, D., ABBATECOLA, A., ARAI, H., BAUER, J., VELLAS A., DONG, B., GA, H., GOEL, A, HAJJAR, R., HOLMEROVA, I., KATZ, P., KOOPMANS, R., ROLLAND, Y., VISVANATHAN, R., WOO, J., MORLEY, J. & VELLAS, B. (2015). An international definition for “nursing home”. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16, 181-184. <https://doi.org/f255wh>

SANTANA, I., FARINHA, F., FREITAS, S., RODRIGUES, V., & CARVALHO, A. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Médica Portuguesa*, 28(2), 182-188. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26061508/>

SANTOS, K. (2015). Terapia ocupacional e desempenho ocupacional de idosos com demência: uma revisão integrativa. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. <https://bit.ly/43GwHHm>

SEQUEIRA, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Quarteto Editora.

SILVA, V. (2015). Mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Bissaya Barreto.

SMALING, H., JOLING, K., VAN DE VEN, P., BOSMANS, J., SIMARD, J., VOLICER, L., FRANCKE, A., & VAN DER STEEN, J. (2018). Effects of the namaste care family programme on quality of life of nursing home residents with advanced dementia and on family



caregiving experiences: Study protocol of a cluster-randomised controlled trial. *BMJ Open*, 8(10), 1-15. <https://bit.ly/3PhpCIZ>

SPECTOR, A., ORRELL, M., & WOODS, B. (2010). Cognitive stimulation therapy (CST): Effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(12), 1253-1258. <https://doi.org/dwwm33>

SPECTOR, A., GARDNER, C., & ORRELL, M. (2011). The impact of cognitive stimulation therapy groups on people with dementia: Views from participants, their carers and group facilitators. *Aging & Mental Health*, 15(8), 945-949. <https://doi.org/d53j54>

STREATER, A., SPECTOR, A., HOARE, Z., AGUIRRE, E., RUSSELL, I., & ORRELL M. (2017). Staff training and outreach support for cognitive stimulation therapy and its implementation in practice: A cluster randomised trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(12), 64-71. <https://doi.org/f9nj5r>

SWAFFER K. (2014). Dementia: Stigma, language, and dementia-friendly. *Dementia*, 13, 709-716. <https://doi.org/gq5j53>

WONG W. (2020). Economic burden of Alzheimer disease and managed care considerations. *The American Journal of Managed Care*, 26 (8), 1-28. <https://europepmc.org/article/med/32840331>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2012). Dementia: A public health priority. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority>

17

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2019). Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines, Geneva: World Health Organization. <https://bit.ly/465HZ9M>