

Centro-dia para idosos com demência: um relato de experiência

Virgínia L.R. Maffioletti, Fortunée N. Nigri, Maria A.T. Baptista, Carlos A.M. Lima, Maria T. Cavalcanti

Resumo. O progressivo envelhecimento populacional e uma maior frequência de doenças crônicas e degenerativas aumentam a demanda por uma assistência especializada no tratamento das demências. Este artigo apresenta o centro-dia especializado no atendimento de pessoas com demência do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O tratamento proposto tem como objetivo estabilizar o quadro clínico cognitivo, funcional, psicológico e comportamental, a promoção da autonomia e independência possíveis ao paciente, contribuir para sua qualidade de vida e de seus familiares. A articulação entre o tratamento dos pacientes e os grupos de suporte para os cuidadores alcança resultados como adesão ao tratamento, a socialização de pacientes e cuidadores, a ampliação da rede de cuidados. O ambiente adaptado e o respeito às diferenças reduz os sentimentos de isolamento, de estigmatização e de discriminação, favorece a solidariedade e o sentimento de pertencimento. O estímulo da memória e das habilidades cognitivas e funcionais, o trabalho com as reminiscências e o acolhimento da vulnerabilidade possibilita uma reafirmação da própria história, aumenta a confiança em si e em suas capacidades e promove a resiliência dos pacientes e cuidadores diante do curso da doença.

Palavras chave. Centro-dia. Cuidadores. Demência. Idosos.

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental; Centro Hospitalar do Alto Ave; Guimarães, Portugal (C.A.M. Lima). Centro para Pessoas com Doença de Alzheimer e Outros Transtornos Mentais na Velhice (V.L.R. Maffioletti, F.N. Nigri, M.A.T. Baptista); Instituto de Psiquiatria (M.T. Cavalcanti); Universidade Federal do Rio de Janeiro; Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência:

Dra. Virgínia Lúcia Reis Maffioletti. Av. Venceslau Brás, 71 fundos. Urca-Rio de Janeiro. CEP 22290-140. Rio de Janeiro, Brasil.

E-mail:

vmaffioletti@hotmail.com

© 2015 Psicogeriatría

Introdução

As demências, particularmente comuns na velhice, têm transformado o cotidiano da família brasileira. A prevalência global estimada é de 3,9% em indivíduos com mais de 60 anos. Estima-se a existência de 25 milhões de pessoas acometidas no mundo, sendo esta uma das dez principais causas de incapacidade ou invalidez [1,2].

Neste contexto urge a criação de centros especializados, dentre eles centros-dia (CD), que integrem uma rede de complexidade adequada às demandas clínicas dos idosos, atendendo, inclusive, as sugestões da Declaração de Consenso da OMS-AMP de que cada país deve ter um centro de referência no tratamento especializado nas patologias mentais dos idosos [3]. No quadro de referência do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), o CD define-se como um hospital-dia que oferece atendimentos individuais e grupais, atendimento a família, atividades comunitárias e refeições. O objetivo é oferecer um espaço destinado ao atendimento de pessoas com doenças mentais crônicas degenerativas que necessitam de um acompanhamento intensivo durante o dia, que possibilite a continuidade da convivência familiar e diminua a sobrecarga do cuidador. Esse dispositivo deve ser flexível, conforme a necessidade de cada caso e pode moldar-se às necessidades e especificidades locais [4-7]. Em certos

países o projeto terapêutico é centrado na reabilitação psicossocial do paciente, incluindo seus cuidadores, mas em outros o foco é a investigação diagnóstica e elaboração de um plano de tratamento que poderá ser executado por terceiros como, por exemplo, a rede de cuidadores primários [8].

No Brasil já existem serviços ambulatoriais dedicados à assistência de pessoas com demência, mas são poucas as descrições de experiências de CD especializados em sua assistência na literatura nacional [8-10].

A literatura internacional descreve intervenções em CD ou em instituições asilares, tais como jardinagem, grupos de apoio, estimulação cognitiva. Os resultados demonstram que os pacientes respondem a diferentes estímulos ambientais em atividades rotineiras até os estágios moderados e graves da demência. A participação em atividades de grupo estimula o senso de conquista e aumenta a autoestima que pode ter sido afetada pelo adoecimento [11,12].

As terapêuticas atuais têm como objetivo estabilizar o quadro clínico, cognitivo, funcional, comportamental e psicossocial, sustentar a autonomia e independência possível e contribuir para uma melhor qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. A abordagem multifatorial associa o tratamento medicamentoso com intervenções não farmacológicas em equipes interdisciplinares e tem sido considerada a mais adequada [4,10,13,15-17]. Ela

lida com os aspectos biopsicossociais com o princípio de que a cognição, a emoção e a motivação devem ser considerados juntamente com os aspectos biológicos no projeto terapêutico, envolvendo o paciente, o familiar e a comunidade [2,14-17].

Essa abordagem agrega contribuições:

- Da abordagem psicossocial que considera a interferência da personalidade pré-mórbida, as estratégias de enfrentamento do paciente e sua família frente à doença, a adaptação do ambiente e da relação de cuidados às demandas de cada fase e visa à manutenção da sociabilidade através de medidas psicossociais, mais especificamente os grupos de orientação aos cuidadores [15-17].
- Das intervenções psicoterápicas com diversos aportes: psicodinâmico –como objetivo da preservação e restauração do funcionamento psíquico e do laço social, a elaboração de conflitos e o trabalho de luto–, da psicologia do ego –que objetiva sustentar as funções do Eu, apresentando ao sujeito os sinais da realidade que possam ajudá-lo a reconstruir suas lembranças–, das terapias cognitivo-comportamentais, bem como as interpessoais –que abordam as alterações cognitivas e têm como foco a remediação dos déficits–, das alterações psicológicas e comportamentais e dos conflitos da relação de cuidados, além de usar elementos da teoria da aprendizagem como alavanca de estratégias para promover uma maior independência.
- Das intervenções fisioterápicas e da terapia ocupacional que abordam as relações entre a motricidade, a cognição e a emoção e concorrem para a manutenção da funcionalidade.
- Da enfermagem promovendo o autocuidado, a adesão farmacológica e o manejo das comorbidades clínicas.
- Do serviço social que auxilia na identificação e aquisição dos recursos necessários para gerenciar a carga das doenças, e na proteção da violência contra ao idoso; etc.

Considera-se a interação entre o sujeito e o ambiente, o impacto da doença na relação de cuidados e a influência da história pré-mórbida. Os aspectos relevantes são: a congruência entre as demandas do ambiente, as necessidades e as competências do sujeito resultando em condutas adaptativas ou desadaptativas, a resposta do indivíduo a sua condição, a presença de uma rede de suporte e a reação desta às contingências impostas pela doença. Pressupõem que o ambiente ideal é aquele cujas exigências não excedam os limites da competência do sujeito e acolhe suas necessidades, do contrário pode provo-

car um retraimento social ou estresse e reações catastróficas [22].

Quanto à eficácia das abordagens referidas, alguns estudos apresentam limitações e críticas, mais especificamente sobre o treino para otimização de habilidades cognitivas como circunscrito à tarefa treinada, não se estendendo a outros domínios cognitivos ou à vida diária. Em contrapartida, o investimento em tarefas que envolvem memória de trabalho se mostrou, não apenas eficaz, mas também generalizável a outros domínios cognitivos, sendo por isso recomendado. Aconselha-se que as intervenções devem priorizar técnicas ecológicas, ou seja, no próprio contexto social e físico do paciente, mais do que técnicas de treino cognitivo [9,11,15,23].

Como recurso de avaliação tanto para diagnóstico quanto para verificar a eficácia do tratamento, atualmente se propõe a utilização de testes ecológicos que se aproximam das condições cotidianas do paciente, enfatizando-se tarefas com relevância prática, simulando situações do cotidiano [23].

Nos objetivos qualitativos como a autoestima dos pacientes e sua qualidade de vida, é difícil medir e avaliar a eficácia das intervenções. No entanto, essas estratégias podem contribuir para estabilizar o quadro por períodos variáveis em indivíduos com demência no estágio leve a moderado e sua eficácia se revela através da manutenção do laço social e melhora das alterações comportamentais e do humor [2,5,11,15,25].

Respaldo em esses achados teóricos o CD deve ser uma estrutura construída dentro de limites precisos, definidos pelo potencial de resposta terapêutica possível, a qual vai orientar os critérios de admissibilidade e de não admissibilidade, para potencializar seu impacto na rede sanitária no qual está inserido e reduzir potenciais impactos nefastos.

Centro-dia do IPUB/UFRJ

Em dezembro de 1997, o Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) inaugurou o Centro para Pessoas com Doença de Alzheimer e Outros Transtornos Mentais na Velhice (CDA), destinado a promover a qualificação de recursos humanos, a pesquisa e a assistência a este segmento da população. Trata-se de um setor de um hospital universitário conveniado com o SUS que recebe usuários da área programática AP2.1-Zona Sul (Vidigal a Glória) da cidade do Rio de Janeiro. Neste artigo vamos nos ater ao trabalho do CD cujo staff é formado por uma terapeuta ocupacional, duas psicólogas e uma enfermeira, com

especialização em psicogeriatría pelo IPUB/UFRJ, responsáveis pela supervisão da equipe composta, desde 1998, pelos alunos do Curso de Especialização em Psicogeriatría da UFRJ –profissionais de terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia, serviço social, enfermagem e musicoterapia– mudando, assim, anualmente a configuração da equipe.

O cuidado oferecido pelo CD integra a estrutura modular que caracteriza a assistência oferecida pelo CDA a qual inclui ambulatório de: psiquiatria, psicologia, fisioterapia, serviço social, enfermagem, nutrição, atendimento as famílias, e lhe permite acolher demandas variadas.

Ao longo desses anos o CD vem construindo seu modelo de assistência e definindo seus objetivos, critérios de inclusão e alta, e procedendo a um registro sobre os dados dos pacientes que possibilitem uma análise da eficácia de sua proposta terapêutica. O trabalho ancora-se nas abordagens que embasam a intervenção multifocal, citadas anteriormente, nos estudos sobre neuroplasticidade e nos conceitos balizadores da reabilitação psicossocial em saúde mental, além das fundamentações teóricas e técnicas específicas de cada área profissional.

Destina-se a atender pessoas adultas ou idosas com quadro demencial no estágio leve a moderado, e seus cuidadores. As pessoas atendidas são regularmente acompanhadas por um psiquiatra do ambulatório, pela enfermagem e pelo serviço social. Os usuários vêm ao serviço com meios próprios e aqueles que dependem do transporte público coletivo têm direito a gratuidade garantida pelo governo para si e seu cuidador devido a idade avançada e ao diagnóstico. A qualidade da assistência prestada é controlada pelo governo através de um pequeno questionário enviado aos domicílios dos pacientes através dos quais eles ou seus procuradores avaliam o serviço.

Inserido no CD o paciente será acompanhado enquanto puder vir ao serviço e trabalhar em pequenos grupos. O que tem nos colocado o desafio de aprender a avaliar o custo benefício na administração das reservas cognitivas, funcionais, emocionais, sociais e econômicas, hierarquizando as intervenções.

Essa proposta exige a flexibilização das estratégias de intervenção que precisam ser fracionadas e adequadas às possibilidades dos pacientes nos diferentes estágios e, paralelamente, oferece suporte e orientação às famílias para que promovam as adaptações no ambiente familiar e na relação de cuidados aumentando sua resiliência. Trata-se de um atendimento transdisciplinar de longo prazo, que se propõe a acompanhar os pacientes desde o estágio inicial até o estágio mais grave, o que configura um diferencial desse serviço.

O paciente é encaminhado para o CD uma vez que preencha os seguintes critérios de inclusão:

- Diagnóstico de doença de Alzheimer (DA), demência vascular (DV) ou mista (DA + DV).
- Estadiamento Clínico das Demências [26]: CDR1 (leve), onde o déficit de memória causa pequenas interferências nas atividades da vida diária, ou CDR2 (moderado), quando novos dados aprendidos são rapidamente perdidos.
- Mini Exame do Estado Mental (MMSE) [27] mínimo de 15 pontos. Para iniciar o tratamento o paciente precisa estar com algumas habilidades cognitivas preservadas, as quais ainda lhe servem como mediadoras frente as demandas do ambiente, possibilitando-lhe compreender o que se passa no seu entorno, expressar suas necessidades e demandas, estabelecer uma relação empática com o grupo e construir novos vínculos, assim como, a presença de uma consciência de morbidade suficiente para favorecer a adesão ao tratamento.
- A presença de um cuidador que permaneça no serviço e que participe do grupo de apoio, de forma que o paciente se sinta seguro e possa ser assistido caso ocorra algum tipo de intercorrência clínica ou comportamental.

Como critérios de não inclusão considera-se:

- Apresentar histórico de transtornos psiquiátricos pré-morbidos.
- Comorbidades clínicas não estabilizadas e sem tratamento regular.
- Estadiamento Clínico das Demências [26]: CDR3 (grave).

Para a inclusão, o paciente passa pelo seguinte protocolo de avaliação que irá orientar o projeto terapêutico:

- *Análise do prontuário*: informações sobre a situação clínica, de cuidados gerais, medicamentosa, diagnóstica, rede social e de cuidados.
- *Grupo de recepção*: os pacientes e seus familiares informam brevemente sua condição clínica e funcional, suas expectativas e demandas, e a disponibilidade da família em garantir a regularidade da frequência. A equipe apresenta a proposta terapêutica do serviço, seus objetivos, critérios de inclusão, regras de funcionamento, e o processo de avaliação para ingresso no serviço.
- *Anamnese, feita com o paciente e um familiar*: dados sobre composição e história familiar, rede de cuidados, história patológica pregressa pessoal e familiar, história da doença, escolaridade e formação sociocultural, história profissional, ro-

tina atual, atividades preferidas, lembranças significativas, habilidades, gostos e aversões, o significado atribuído à doença pelo paciente e seus cuidadores. Observa-se a construção da narrativa individual e familiar sobre o adoecimento, o desempenho da memória autobiográfica, do gradiente temporal, a consciência de morbidade, a qualidade da relação de apoio do familiar em relação ao paciente, a presença de fatores de risco e de proteção. Avalia-se a percepção da qualidade de vida através da Quality of Life Assessment Scale on Alzheimer Disease (QOL-AD) [28], a presença de depressão através da Escala Cornell [29] e de alterações psicológicas e comportamentais através do Inventário Neuropsiquiátrico (NPI) [30], e a sobrecarga do cuidador através do Inventário da Sobrecarga dos Cuidadores [31]. Complementa-se a anamnese com uma reunião com os membros da família envolvidos na relação de cuidados com o objetivo de identificar o impacto da doença sobre a dinâmica familiar, a divisão de tarefas para minimizar a sobrecarga e a formalização de uma parceria entre os familiares e o CD.

- *Avaliação funcional*: busca sistematizada do grau de comprometimento na execução de tarefas cotidianas e o perfil de desempenho funcional pré-mórbido através das escalas: CDR [26] e Disability Assessment for Dementia (DAD) [32].
- *Avaliação neuropsicológica*: objetiva identificar as reservas cognitivas e os déficits através de testes neuropsicológicos: Teste Cognitivo de Cambridge (CAMCOG) [33], Memória da Lista de Palavras [34], Praxia Construtiva [35], Teste das Trilhas A e B [36], Stroop Test Victoria [37]. Considera-se a discrepância entre o desempenho pré-mórbido inferido e a condição atual.

Ressaltamos que os critérios de inclusão acima relacionados e o cumprimento do protocolo, mais especificamente as escalas e testes, fica sujeito a nossa avaliação no processo da anamnese, pois sabemos que pacientes mais fragilizados ou defendidos podem apresentar uma reação catastrófica quando confrontados com seus déficits, o que pode impossibilitar a adesão ao tratamento. Nestes casos, optamos por iniciar o projeto terapêutico e avaliar os recursos cognitivos e funcionais de forma ecológica durante as atividades. Ou, seja, servem como referências que nos auxiliam na avaliação do modo, da direção, do limite e do alcance possível da proposta clínica em cada caso.

Em seguida a equipe discute e elabora a proposta terapêutica estabelecendo metas específicas para o

caso. O paciente e seu cuidador passam a frequentar o serviço em média duas tardes por semana. O início do tratamento tem um caráter experimental no qual observamos e registramos diferentes aspectos que irão orientar nosso manejo: a consciência de morbidade, o engajamento no tratamento, a participação nas atividades, o processo de socialização, a construção do vínculo com os terapeutas, o grau de autonomia e independência em relação ao cuidador, as estratégias de enfrentamento de situações novas e mecanismos de defesa, assim como, o desempenho cognitivo-funcional e o comportamento em situações ecológicas. Estas observações são posteriormente confrontadas com os resultados obtidos na avaliação neuropsicológica e funcional.

Priorizamos o atendimento em pequenos grupos, entendendo que na relação com o outro somos estimulados cognitivamente, afetivamente e funcionalmente, além do estímulo ao autocuidado e a manutenção do laço social. Em pequenos grupos abordamos necessidades individuais e demandas compartilhadas. Contudo, dependendo das demandas de cada caso ou o agravamento da doença, oferecemos atendimentos individuais. Os pacientes são organizados em grupos de 4 a 10 respeitando-se o perfil cognitivo e funcional, as potencialidades, habilidades e interesses pré-mórbidos, e as metas estabelecidas para cada caso.

As oficinas são coordenadas por dois profissionais, preferencialmente de áreas distintas, que articulam seus saberes e técnicas em torno de objetivos comuns.

As refeições e lanches terapêuticos são assistidos pelos técnicos enquanto espaços fecundos para observação e estimulação das atividades da vida diária (AVD), cognição e socialização.

As atividades sócio comunitárias –palestras, apresentações e festas temáticas– contam com a participação dos usuários e seus cuidadores na organização.

As oficinas para os pacientes são estruturadas com os seguintes objetivos: a estimulação cognitiva, sensorio-motora e das habilidades para tarefas aprendidas anteriormente; o treino das práticas de autocuidado: à iniciativa, o planejamento e a execução das tarefas de higiene, vestuário, alimentação, segurança e lazer; a promoção da autonomia e independência; a socialização; o trabalho com as reminiscências, identidades geracionais e individuais; o trabalho de luto e de elaboração das mudanças na percepção de si e dos outros; e o treino em estratégias compensatórias, quando possível.

Utilizamos diferentes recursos materiais: jogos, exercícios, fotografias, gravuras, gramogramas, revis-

tas de época, músicas, poesias, bolas, bastões, escovas, arcos, pinos, escadas; e algumas técnicas como: terapia de orientação para a realidade, terapia de reminiscências, aprendizagem sem erro, apagamento de pistas, dentre outras [11,13,15,39].

Nos grupos de orientação e suporte para os cuidadores informamos e refletimos sobre os diferentes diagnósticos, estratégias de manejo das alterações cognitivas, funcionais e comportamentais, comunicação, importância do cuidado, do ambiente e saúde do cuidador, orientação em cuidados paliativos para os casos graves. Nas entrevistas com a família refletimos sobre a relação de cuidados e idiosincrasias de cada caso. Como objetivo geral busca-se construir uma parceria que viabilize a continuidade do tratamento no domicílio e minimize a sobrecarga do cuidador.

A construção do vínculo do paciente e de seus familiares com os técnicos e funcionários, e com os outros pacientes e cuidadores, proporciona um sentimento de familiaridade, confiança e solidariedade, promove a autoestima, o senso de competência social e a ampliação da rede de cuidados, sendo o que determina, muitas vezes, a adesão ao tratamento.

Paralelamente, a construção da equipe transdisciplinar e o manejo dos conflitos que se apresentam, também perpassa esse trabalho e interfere no desempenho e na eficácia clínica. A validação e flexibilização dos diferentes saberes, ressalta suas especificidades e desdobra suas complexidades ampliando os limites de suas fronteiras teóricas e técnicas.

Os pacientes são observados continuamente durante o tratamento e através dos relatos dos cuidadores e reavaliados anualmente para acompanhamento do grau de estabilidade ou da evolução da doença, de sua adaptação e aceitação da assistência oferecida. O sofrimento psíquico que pode se manifestar de diferentes maneiras é acolhido considerando-se os recursos e estratégias individuais no seu enfrentamento e, quando ocorre uma demanda de atendimento diferenciada, o paciente é encaminhado para abordagens individuais. O projeto terapêutico é flexível, sendo modificado de forma a acolher as vicissitudes do caso.

O planejamento, adaptação e metodologia das atividades; as motivações e as expectativas dos terapeutas, dos pacientes e dos cuidadores; a organização de um ambiente que possibilite ao paciente fazer escolhas, socializar e estabelecer laços sociais; o respeito a contratualidade do tratamento; a criação e fortalecimento dos vínculos afetivos com a família, equipe e pacientes, são aspectos fundamentais que circunscrevem esse modelo de intervenção no campo da intervenção psicossocial.

Discussão

Os estereótipos negativos que se têm sobre a velhice associando-a com a proximidade da morte, inutilidade, improdutividade e solidão, agravados pelo entendimento de que os problemas funcionais e cognitivos são deteriorações orgânicas naturais e irreversíveis do envelhecimento, reforçam uma mentalidade que considera injustificável os investimentos na assistência a essa população [39,41].

Apesar do ceticismo quanto à eficácia da intervenção em doenças degenerativas, há evidências de que, sobretudo em fases iniciais e moderadas das demências, programas que contemplem de forma compreensiva os aspectos cognitivos, funcionais, emocionais, familiares e ambientais resultam em elevação dos níveis de qualidade de vida e lentificação das degenerações, previnem complicações comportamentais e retardam institucionalizações [15,42,43].

Ressalta-se que, apesar das alterações cognitivas e funcionais serem frequentemente consideradas o foco do tratamento dos pacientes com demência, as consequências emocionais e psicológicas têm recebido cada vez mais atenção. Dalgleishe et al [42] sublinha que os déficits cognitivos podem ser exacerbados pela angústia, pois a emoção afeta os modos de funcionamento do indivíduo, seu pensamento, seu comportamento e sua cognição. Sabe-se que os comprometimentos cognitivos acarretam problemas emocionais e comportamentais e a ansiedade decorrente pode reduzir a efetividade dos programas de intervenção [39]. O que reforça a importância da abordagem multifocal nos processos de diagnóstico, avaliação, observação e intervenção.

Uma incapacidade cognitiva severa leva a uma pobre resposta ao programa de intervenção, restringindo as áreas a se investir, a possibilidade de uso de recursos compensatórios, além de uma maior desorganização psicológica decorrente do empobrecimento do aparelho cognitivo como recurso de mediação entre o Eu e o ambiente. Logo, quanto antes se inicia o tratamento melhor o resultado.

Não podemos restringir a intervenção terapêutica ao objetivo da recuperação cognitiva. O prejuízo mnemônico e executivo leva a uma perda da independência e autonomia. A experiência da doença pode cursar com ansiedade, angústia, comprometimento da autoestima e autoconfiança, com alterações do comportamento como desinibição, impulsividade e ausência de consciência de morbidade.

Apesar do conhecimento de que nenhum medicamento, intervenção cirúrgica ou treino cognitivo poderá recuperar a memória perdida, sabe-se que

alguma recuperação da memória pode ser possível através de técnicas de reabilitação, contudo, considera-se que a intervenção tem como objetivo minimizar e administrar os problemas enfrentados pelos pacientes e suas famílias considerando os vários aspectos envolvidos [15,39].

A continuidade do tratamento até os estágios mais graves nos permite planejar alterações progressivas na rotina que favoreçam mudanças de hábitos e a adaptação às transformações que o curso da doença impõe. Escutar o que o idoso nos fala e o que ele nos comunica através do seu comportamento, gestos, expressões e sintomas, e a familiaridade com que sua realidade e sua subjetividade são apreendidas, informa as propostas de remanejamentos para a sua vida. Deve-se avaliar o contexto, as contingências e individualizar as informações apresentadas pelo paciente e/ou seus cuidadores.

Apesar da relutância inicial de alguns pacientes em participar de grupos terapêuticos, o convívio regular com pessoas com objetivos e dificuldades semelhantes, mas heterogêneos em suas crenças, cultura, valores e recursos socioeconômicos, permite que se descubram potencialidades e que se trabalhe de maneira empática a vulnerabilidade vivenciada por cada um. Um ambiente adaptado no qual os indivíduos são incentivados a tomar suas decisões e a respeitar as diferenças, reduz os sentimentos de isolamento, favorece a empatia, a solidariedade e o sentimento de pertencimento. Assim, a ansiedade e a angústia podem ser reduzidas.

É inegável que o estilo de vida, o nível de independência e autonomia dos indivíduos com demência mudam drasticamente e, em alguns casos de forma abrupta, o que promove uma desorganização na estrutura familiar. Os relatos dos familiares comumente remetem o início dos sintomas há um tempo bem anterior ao da definição diagnóstica, em uma progressão entendida como sendo 'normal' da velhice. O agravamento dos sintomas exigem remanejamentos e delineiam um prognóstico que assusta, principalmente quando associado a significações impregnadas por um imaginário negativo sobre a doença. Assim, cada família absorve o impacto das transformações também de acordo com seus próprios esquemas relacionais.

Carter e McGoldrick [41] pontuam que o desamparo, o sentimento de impotência e a depressão exacerbam a deterioração física e cognitiva. O sofrimento da pessoa com demência ecoa e incrementa a ansiedade dos familiares. Como agravante, observa-se, muitas vezes, a ausência de uma orientação adequada de manejo por parte dos médicos o que aumenta a confusão, a frustração e o desampa-

ro que os membros da família enfrentam perante a doença crônica e degenerativa.

Os problemas se multiplicam quando a pessoa doente depende de uma família disfuncional ou conflituosa, ou simplesmente pelas exigências das demandas de cuidado e vigilância que enredam os cuidadores em um estresse intenso, ansiedade frente ao cotidiano e em relação ao futuro. Uma condição que instiga reações afetivas e irritações insuportáveis agravando o quadro clínico do paciente e ou adoecendo os próprios cuidadores.

Carter e McGoldrick [41] relacionam como prioridades da intervenção familiar: minimizar o impacto da doença e o estresse familiar; informar sobre o diagnóstico, as condições clínicas e o prognóstico; orientar sobre manejos e soluções de problemas. A oferta de serviços que apoiem as famílias é uma demanda fundamental na oferta de cuidados a pessoas com demência [15,44].

Nos grupos de apoio observamos que informar sobre os tipos de demência e o processo da doença de maneira clara, objetiva e articulada com as observações que o cuidador tem do seu paciente lhe dá mais segurança para intervir. Sensibilizá-lo para o sofrimento do paciente e para o reconhecimento de seus recursos e potencialidades, relativiza as expectativas e favorece a construção de uma relação de cuidados mais empática. O entendimento de que a reatividade do paciente ao ambiente e aos manejos aos quais é submetido modifica-se com o agravamento da doença, e é decorrente de um mecanismo de defesa e não por 'teimosia', possibilita uma administração mais consciente dos cuidados e estímulos.

A qualidade da interação da pessoa adoecida com o ambiente depende de fatores como: o grau de competência do sujeito no ambiente; a acessibilidade e acolhimento proporcionado pelo ambiente; a compatibilidade entre as exigências do ambiente e os recursos cognitivos, afetivos e funcionais do paciente para seu enfrentamento; a provisão ambiental das necessidades do paciente; a resiliência e o suporte afetivo da rede social; as crenças e experiências passadas que interferem na significação da nova condição [22].

Por sua vez, os grupos nos ensinam a não desautorizar o saber do cuidador, o saber que se constrói no cotidiano de uma relação muitas vezes desgastante, que exige uma vigilância e flexibilidade que põem a prova os vínculos afetivos. A identidade do cuidador se apoia no seu 'saber cuidar', no seu saber sobre seu paciente, e nem sempre a aplicação das nossas prescrições no cotidiano são viáveis, elas precisam ser adaptadas aos recursos de que as famílias dispõem. Porém, esse saber se mostra, por ve-

zes, contaminado por um imaginário sobre a doença e a velhice que interfere na apreensão do cuidador sobre a pessoa do seu paciente. O confronto com a fragilização progressiva e a possibilidade da morte acirra defesas e resistências que podem se tornar obstáculos para o acolhimento. Os ideais terapêuticos precisam ser relativizados para acomodar as vicissitudes que a história de cada um, pacientes e cuidadores, impõem a relação de cuidados.

Uma equipe apta a realizar intervenções complexas e multidimensionais integradas, que mantenha um constante diálogo entre si e uma escuta livre de juízos de valor que vitimizem o paciente e/ou culpabilizem as famílias e cuidadores, possibilita o redimensionamento das noções de cuidar e tratar e uma compreensão do adoecimento na perspectiva do curso de vida de cada um.

Conclusão

No trabalho do CD sustentamos que é possível o paciente manter-se incluído na dinâmica familiar e social, contanto que se respeitem suas limitações cognitivas, funcionais, emocionais e comportamentais. Para tanto, a adequação do ambiente é fundamental, considerando as individualidades e as relações das pessoas entre si, e as pressões e limitações que as permeiam.

A eficácia da intervenção depende da nossa capacidade em promover na família, no seu cotidiano e na comunidade, mudanças que aumentem o acolhimento e garantam a continuidade do tratamento no domicílio.

Iniciativas de hospitais dias geriátricos vêm sendo feitas mundialmente há mais de 40 anos, com funções e objetivos que vêm se modificando com o tempo. Nos últimos anos a discussão reside na relação custo/eficácia como critério para sua oferta na rede assistencial, e o conflito permanente com relação aos critérios utilizados para medir a eficácia que sempre retornam a noção de reabilitação no sentido de remediação. Mas a sua importância dentro os dispositivos assistenciais é a flexibilidade no acolhimento das necessidades e demandas dos pacientes e suas famílias [5].

Os objetivos da modalidade de tratamento em CD são variados, contemplam aspectos mais qualitativos do que quantitativos, e carecem ainda de pesquisas sistematizadas, de longo prazo, que nos forneça maiores evidências que representem a eficácia e a eficiência das intervenções não medicamentosas sobre as alterações cognitivas, funcionais, psicossociais e comportamentais.

Referências bibliográficas

1. Brookmeyer R, Johnson E, Ziegler-Graham K, Arrighi HM. Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2007; 3: 186-91.
2. Rodriguez Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *R Bras Est Pop São Paulo* 2006; 23: 5-26.
3. World Health Organization and World Psychiatric Association. Organizing services for the elderly with mental disorders. A technical consensus statement. Geneva: WHO; 1997.
4. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluitert H, et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 949-56.
5. Black DA. The geriatric day hospital. *Age Ageing* 2005; 34: 427-9.
6. Canuto A, Meiler C, Weber K. Day hospital end therapeutic community: an effective care for the elderly psychiatric out patients. *Psychiatr Prax* 2004; 31 (Suppl 1): S123-5.
7. Torrijos JB, Lara EC, Lara AC. Atención de la demencia em el marco de la dependencia. Centro de día para enfermos de Alzheimer de Ciudad Real. URL: <http://jccm.es/forma/doc/part8.pdf>.
8. De Mendonça Lima CA, Caldas de Almeida JM, Iliffe S, Rasmussen J. Dementia in primary care mental health. In Ivbijaro G, ed. *Companion to primary care mental health*. London: Radcliffe Publishing; 2012. p. 571-607.
9. Franciulli SE, Ricci NA, Lemos ND, Cordeiro RC, Gazzola JM. A modalidade de assistência centro-dia geriátrico. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12: 2.
10. Abrisqueta-Gomes J, Canali F, Vieira VLD, Aguiar ACPO, Ponce CSC. Modelo de intervenção em reabilitação neuropsicológica do Serviço de Atendimento e Reabilitação ao Idoso (SARI). In Abrisqueta-Gomes J, et al eds. *Reabilitação neuropsicológica da teoria a prática*. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p. 173-91.
11. Viola LE, Nunes PV, Yassuda MS, Aprahamian I, Santos FS, Santos GD, et al. Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease. *Clinics* 2011; 66: 1395-400.
12. Moriarty J, Pollitt S. Parkview House: a garden for people with dementia in a care home. *Dementia* 2006; 5: 146-9.
13. Pratt R, Clare L, Aggarwal N. The Talking About Memory Coffee Group: a new model of support for people with early-stage of dementia and their families. *Dementia* 2005; 4: 143-8.
14. Wilson BA. Cognitive rehabilitation: how it is and how it might be (critical review). *J Int Neuropsychol Soc* 1997; 3: 487-96.
15. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010; 30: 161-78.
16. Cohen-Mansfield J, Jensen B. Nursing home physicians' knowledge of and attitudes toward nonpharmacological interventions for treatment of behavioral disturbances associated with dementia. *Evid Based Ment Health* 2008; 11: 83.
17. Abrisqueta-Gomes J. Fundamentos teóricos e modelos conceituais para a prática da reabilitação neuropsicológica interdisciplinar. In Abrisqueta-Gomes J, et al eds. *Reabilitação neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 35-55.
18. Jacob HG, Grand JHG, Caspar S, Stuart WS, MacDonald SWS. Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2011; 4: 125-47.
19. Peacock SC, Forbes DA. Interventions for caregivers of persons with dementia: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc* 2008; 9: 491-8.
20. Armstrong M. The pressures felt by informal carers of people with dementia. *Rev Mult Gerontol* 2002; 12: 5-12.
21. Junaid O, Hegde S. Supportive psychotherapy in dementia. *Adv Psychiatr Treat* 2007; 13: 17-23.

22. Izal M, Fernández-Ballesteros R. Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de Psicología* 1990; 6: 181-98.
23. Abreu ID, Forlenza OV, Barros HL. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2005; 32: 3.
24. Scott J, Clare L. Do people with dementia benefit from psychological interventions offered on a group basis? *Clin Psychol Psychother* 2003; 10: 186-96.
25. Manchola EA, Larreina RG, Aramberri XI, Bueno CB. Critérios para la inclusión de um paciente com síndrome demencial em la fase asistencial de cuidados paliativos. *Ver Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37: 225-30.
26. Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry* 1982; 140: 566-72.
27. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-Mental State': a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatry Res* 1975; 12: 189-98.
28. Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Quality of life in Alzheimer's disease: patient and caregiver reports. *J Mental Health Aging* 1999; 5: 21-32.
29. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in dementia. *Biol Psychiatry* 1988; 23: 271-84.
30. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg T, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994; 44: 2308-14.
31. Zarit SH, Orr NK, Zarit JM. *The hidden victims of Alzheimer's disease: families under stress*. New York: New York University Press; 1985.
32. Gauthier L, Gélinas I, McIntyre M, Gauthier S, Laberge H, Dauphinee SW. *Disability Assessment for Dementia (DAD) user's guide*; 1994.
33. Roth M, Tym E, Mountjoy CO, Huppert FA, Hendrie H, Verma S, et al. CAMDEX. A standardized instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 698-709.
34. Atkinson RC, Shiffrin RM. The control of short-term memory. *Sci Am* 1971; 221: 82-90.
35. Rosen WG, Mohs RC, Davis KL. A new rating scale for Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1356-64.
36. Lindsey BA, Coppinger NW. Age-related deficits in sample capabilities and their consequences for Trail Making performance. *J Clin Psychol* 1969; 25: 156-9.
37. Stroop JR. Studies of interference in serial verbal reactions [reprinted]. *J Exp Psychol* 1992; 18: 643-62.
38. Kleim JA, Jones AT. Principles of experience-dependent neural plasticity: implications for rehabilitation after brain damage. *J Speech Lang Hearing Res* 2008; 51: S225-39.
39. Wilson BA. *Reabilitação da memória: integrando teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
40. Carter B, McGoldrick M. A família no estágio tardio da vida. In Carter B, McGoldrick M, et al, eds. *Mudanças no ciclo da vida*. São Paulo: Artes Médicas; 1995.
41. Valentijn SA, Van Hooren SA, Bosma H, Touw DM, Jolles J, Van Boxtel MP, et al. The effect of two types of memory training on subjective and objective memory performance in healthy individuals aged 55 years and older: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2005; 57: 106-14.
42. Clare L. Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage dementia. *Rev Clin Gerontol* 2003; 13: 75-83.
43. Dalgleish T, Cox S. Memory and emotional disorder. In Baddeley AD, Kopelman MD, Wilson BA, eds. *The handbook of memory disorders*. Chichester, UK: Wiley; 2002.
44. Vamos M. Psychotherapy in the medical ill – a commentary. *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40: 295-309.

Day care center service for elderly patients with dementia: an experience report

Summary. Faced with the increasingly aging population and a higher frequency of chronic degenerative diseases grows the demand for specialized care in the treatment of dementia. This article presents the day center service specialized in serving people with dementia of the Institute of Psychiatry at Federal University of Rio de Janeiro. This one uses a non-drug, neuropsychological, psychosocial and psychodynamic approach. The treatment proposed by the multidisciplinary team aims to stabilize the clinical, cognitive and behavioral functioning in order to maintain autonomy and independence as long as possible, to contribute to their and their families quality of life. The results of joint work between the therapeutic workshops for patients and caregivers groups cover aspects such as adherence to treatment, the socialization of patients and caregivers, expanding the network of care. The friendly environment and respect for differences reduces feelings of isolation, stigma and discrimination, promotes solidarity and a sense of belonging. The stimulation of memory as well as other cognitive and functional abilities, working with reminiscences and host vulnerability allows a reaffirmation of history itself, increases the confidence on themselves and on their abilities and promote the resilience of the patients and caregivers during the course of the disease.

Key words. Caregivers. Day care. Dementia. Old age.