



**UNIVERSIDADE  
E D U A R D O  
MONDLANE**

**FACULDADE DE MEDICINA**

**MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E PSICOINTERVENÇÕES**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Avaliação do estigma nos profissionais de saúde em relação aos pacientes com demência em seguimento nas consultas externas de Neurologia e Geriatria do Hospital Central de Maputo: Estudo qualitativo.

**Nome da estudante: Lúcida José Bié**

**Maputo, Janeiro de 2026**



UNIVERSIDADE  
E D U A R D O  
MONDLANE

FACULDADE DE MEDICINA

MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E PSICOINTERVENÇÕES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Avaliação do estigma nos profissionais de saúde em relação aos pacientes com demência em seguimento nas consultas externas de Neurologia e Geriatria do Hospital Central de Maputo: Estudo qualitativo.

**Nome da estudante:** Lúcida José Bié

Trabalho do fim do curso a ser submetido na Faculdade de Medicina como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Mental e Psico intervenções.

**Orientador:** Doutor. Dirceu Henrique Paulo Mabunda.

Maputo, Janeiro de 2026

## **Declaração de originalidade do projeto**

Declaro que esta dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que ele constitui o resultado do meu labor individual, com apoio do meu supervisor. O conteúdo patente é original e todas as fontes consultadas estão devidamente citadas ao longo do texto, assim como nas referências bibliográficas. Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Mental e Psicointervenções, da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane.

---

(Lúcida José Bié)

Maputo, Janeiro de 2026

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus criador de todo universo e de tudo que há nele, que com o seu poder supremo, deu-me força, sabedoria, serenidade e principalmente o amor para guiar minhas ações e atitudes durante esta caminhada, e por ter tornado este sonho uma realidade.

Ao meu esposo Albertino Augusto Raúl, pela força e pelo apoio incondicional que me tem dado em todas as esferas e momentos da minha caminhada estudantil, aos meus filhos Albertino, Hermes e a Chantel, as minhas fontes de verdade e esperança. Sem vocês nada disso teria acontecido.

A minha Instituição de Ensino, Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, por facultar-me instrumentos necessários para frequentar o curso do MSMPI.

**Ao meu orientador**, Doutor. Dirceu Henrique Paulo Mabunda, pelos ensinamentos, apoio e estímulo a superação dos meus limites, pela paciência e dedicação ao ensinar, compartilhar as suas experiências e conhecimentos, os quais foram e são as bases sólidas e seguras de todo o processo de criação e elaboração deste trabalho.

A Professora Dra. Serena Chachuaio, por muito apoio que me transmitiu e de poder me inspirar e estimular que o caminho para a superação é enfrente.

Aos meus professores e colegas do curso de Mestrado em Saúde Mental e Psicointervenções, que foram tão importantes para minha formação académica. Foram momentos ímpares tê-los ao meu lado no percurso destas vivências de Mestranda.

Aos meus colegas do trabalho, pela compreensão, apoio, cumplicidade, jamais me esquecerei de tudo o que fizeram e fazem por mim. O meu carinho, respeito e gratidão.

A todos os profissionais do Hospital Central do Maputo, no Departamento das Medicina concretamente no sector da Geriatria nas consultas externas, na Neurologia consultas externas e enfermaria, com quem tive o privilégio de me cruzar e sem os quais este trabalho não teria sido possível pelo todo apoio que me prestaram e, por terem percebido que é um estudo muito importante que pode trazer mudanças durante o seguimento dos pacientes com demência, os meus sinceros agradecimentos.

A todas pessoas que direta ou indiretamente ajudaram na elaboração deste trabalho compartilhando as suas experiências e dando apoio moral e técnico.

**Eternos agradecimentos a todos!**

## Índice

1. Motivação .....	1
2. Objetivos.....	1
2.1. Objetivo geral.....	1
2.2. Objetivos específicos.....	1
3. Contribuição .....	2
4. Contextualização do Problema da Pesquisa .....	2
4.1. Pergunta de Pesquisa.....	2
5. Justificativa.....	3
6. Revisão bibliográfica.....	5
6.1. O envelhecimento.....	5
6.1.1. O envelhecimento como problema .....	5
6.1.2. O envelhecer em processo de demência .....	7
6.2. Demência.....	7
6.2.1. Epidemiologia.....	8
6.2.2. Etiologia das demências.....	9
6.2.3. Fatores de risco das demências .....	9
6.2.4. Sinais e sintomas gerais da demência segundo.....	10
6.2.5. Critérios diagnósticos das demências .....	11
6.2.6. Abordagem Diagnóstica das demências .....	13
6.2.7. Diagnóstico diferencial das demências .....	13
6.2.8. Tratamento das Demências .....	14
6.2.9. Prevenção e treinamento cognitivo.....	17
6.2.10. Abordagem Farmacológica.....	17
6.3. Estigma.....	18
6.3.1. O estigma relacionado à demência .....	19
6.3.2. Profissionais de Saúde em cuidado à pessoas com demência.....	21

6.3.3.	Estigma nos profissionais de saúde.....	22
6.3.4.	Factor que influenciam para o aparecimento e agravamento das conseqüências do estigma.....	22
6.3.5.	Conseqüências do estigma .....	23
6.3.6.	Combate do estigma em pacientes com demência.....	24
6.3.7.	Estratégia para o combate do estigma em pacientes com demência.....	25
6.4.	Enquadramento Teórico ou Conceptual.....	25
6.4.1.	Conceitos básicos.....	25
6.5.	Estigma.....	30
6.5.1.	Evolução histórica e conceito .....	30
6.6.	Profissionais de saúde .....	33
6.7.	Paciente .....	34
7.	Metodologia.....	35
7.1.	Tipo de estudo .....	35
7.2.	Local da realização do estudo .....	35
7.2.1.	Breve descrição da área de estudo .....	35
7.3.	Período do Estudo .....	35
7.4.	População do estudo.....	35
7.5.	Modo de seleção dos participantes, amostra, amostragem.....	36
7.6.	Critérios de inclusão e exclusão .....	36
7.6.1.	Critérios de inclusão .....	36
7.6.2.	Critérios de exclusão.....	36
7.7.	Procedimentos, técnicas e instrumentos de recolha de dados .....	36
7.7.1.	Instrumentos de recolha de dados .....	37
7.8.	Variáveis do estudo .....	37
7.9.	Plano de gestão e análise de dados.....	37
8.	Limitações do estudo.....	38

8.1.	Considerações Éticas .....	38
8.2.	Potenciais riscos e como estes foram minimizados .....	39
8.3.	Consentimento informado .....	39
8.4.	Confidencialidade.....	39
8.5.	Potenciais benefícios .....	39
9.	Resultados e Discussão.....	40
9.1.	Resultados .....	40
9.1.1.	Conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a demência .....	42
9.1.2.	Atitudes dos profissionais de saúde sobre a demência .....	43
9.1.3.	Práticas dos profissionais de saúde nos pacientes com demência.....	45
9.2.	Discussão.....	46
10.	Conclusões e recomendações.....	49
10.1.	Conclusão .....	49
10.2.	Recomendações .....	50
11.	Referências bibliográficas.....	51
	Apêndices.....	55
	Anexos .....	65

## **Resumo**

As demências são cada vez mais frequentes na população mundial, uma vez que tanto a incidência quanto a prevalência está associada à idade. O estigma associado à demência pode afetar significativamente a qualidade do cuidado prestado aos pacientes de várias maneiras. O presente estudo visou avaliar o estigma nos profissionais de saúde em relação aos pacientes com demência em seguimento nas consultas externas de Neurologia e Geriatria do Hospital Central do Maputo. O método de pesquisa aplicado, foi qualitativo e contou com uma amostra de 22 profissionais de saúde que atendem pacientes com demência. Os dados foram colhidos com recurso à entrevista semiestruturada, um questionário de estigma e uma escala de atitudes de doença mental. O tratamento dos dados foi com recurso a técnica de análise de conteúdo da Bardin. Os resultados do estudo apontam uma variação no conhecimento dos participantes sobre os aspetos gerais da demência, onde os médicos apresentaram um conhecimento mais amplo e aprofundado em comparação aos demais profissionais de saúde; nas práticas, evidenciou-se limitações e algumas dificuldades no atendimento aos pacientes com demências, este processo é tido como desafiador por conta da escassez de recursos e baixas condições para um atendimento digno; nas atitudes destes profissionais perante pacientes com demência, notou-se diferença naqueles que trabalham diretamente e aqueles que não trabalham diretamente com estes pacientes, onde os primeiros apresentam atitudes favoráveis e empáticas, em quanto os outros apresentam atitudes não favoráveis e concepções estereotipadas. Portanto, recomendou-se a intensificação da literacia sobre a demência e a saúde mental nos profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** Estigma; Profissionais de saúde; Pacientes com demência.

## **Abstract**

Dementias are increasingly common in the world's population, since both incidence and prevalence are associated with age. The stigma associated with dementia can significantly affect the quality of care provided to patients in various ways. The aim of this study was to assess stigma among health professionals in relation to patients with dementia being followed up at the Neurology and Geriatrics outpatient clinics at Maputo Central Hospital. The research method applied was qualitative and included a sample of 22 health professionals who follow patients with dementia. Data was collected using semi-structured interviews, a stigma questionnaire and a mental illness attitude scale. The data was processed using Bardin's content analysis technique. The results of the study show a variation in the participants' knowledge of the general aspects of dementia, with doctors having a broader and more in-depth knowledge compared to other health professionals; in practice, there were limitations and some difficulties in caring for patients with dementia, this process being seen as challenging due to the scarcity of resources and poor conditions for dignified care; in the attitudes of these professionals towards patients with dementia, there was a difference between those who work directly with these patients and those who don't, where the former have favorable and empathetic attitudes while the others have unfavorable attitudes and stereotyped conceptions. Therefore, it was recommended that health professionals intensify their literacy on dementia and mental health.

**Keywords:** Stigma; Health professionals; Dementia patients.

## **Lista de abreviaturas**

**ABRAz** – Associação Brasileira de Alzheimer

**AMP** – Associação Mundial de Psiquiatria

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**CCV** – Comprometimento Cognitivo Vascular

**DA** – Doença de Alzheimer

**DCJ** – Creutzfeldt-Jakob

**DCL** – Demência com Corpos de Lewy

**DFT** – Demência Frontotemporal

**DH** – Doença de Huntington

**DM** – Demência Mista

**DP** – Doença de Parkinson

**DV** – Demência Vascular

**HPN** – Hidrocefalia de Pressão Normal

**ICD -11** – Classificação Internacional de Doenças Mortalidade e Morbidade Estatística

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**HCM** – Hospital Central de Maputo

## **1. Motivação**

A demência é uma síndrome degenerativa do cérebro que afeta aproximadamente 35,6 milhões de pessoas em todo o mundo caracterizado por perda de múltiplas habilidades cognitivas e funcionais.

A motivação para este estudo surge da necessidade de olhar para além do diagnóstico e focar na dignidade da pessoa que vive com demência. Muitas vezes, o estigma dentro dos serviços de saúde funciona como uma barreira invisível, que não só dificulta o trabalho dos profissionais, mas também compromete o acolhimento ao paciente. Como em Moçambique ainda existem poucos dados sobre como esse preconceito se manifesta no dia-a-dia clínico, esta pesquisa justifica-se pela urgência de dar visibilidade ao problema. Investigar este tema é, acima de tudo, um compromisso com a melhoria do cuidado: ao entendermos as dificuldades e as percepções dos profissionais, poderemos criar formas mais humanas e eficazes de lidar com a doença, garantindo que o paciente receba um atendimento baseado no respeito e na compreensão, e não em ideias equivocadas.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo geral**

- ❖ Avaliar o estigma nos profissionais de saúde em relação aos pacientes com demência em seguimento nas consultas externas de Neurologia e Geriatria do Hospital Central do Maputo.

### **2.2. Objetivos específicos**

- ❖ Analisar os conhecimentos sobre a demência nos profissionais de saúde nas consultas externas de Neurologia e Geriatria do Hospital Central de Maputo;
- ❖ Descrever as práticas dos profissionais de saúde em seguimento aos pacientes com demência nas consultas externas de Neurologia e Geriatria do Hospital Central do Maputo;
- ❖ Identificar as atitudes dos profissionais de saúde nas consultas externas de Neurologia e Geriatria do HCM em relação ao estigma em pacientes com demência.

### **3. Contribuição**

Os resultados deste estudo poderão fornecer informação necessária ao programa de Saúde em geral e em especial o Programa de Saúde Mental, na elaboração de Políticas baseadas em evidências científicas para a mitigação e prevenção do estigma em pacientes com demência para a melhoria do atendimento destes pacientes, dos cuidadores, a nível das unidades hospitalares bem como na sociedade em geral.

### **4. Contextualização do Problema da Pesquisa**

As demências são cada vez mais frequentes na população mundial, uma vez que tanto a incidência quanto a prevalência está associada à idade, aproximadamente dobrando a cada 5 anos a partir dos 65 anos (Nitrini et al., 2009 citados por Rocha & Moreira, 2014).

De acordo com o Relatório da OMS, a demência contribui para 11,2% dos anos vividos com incapacidade nas pessoas com 60 anos. O peso da incapacidade para demência, estimado pelo consenso especialista multidisciplinar e internacional, foi maior do que para quase todas as outras condições de saúde (Paula, Roque & Araújo, 2008).

O estigma é o maior obstáculo à recuperação da doença e tem grande relevância para a saúde pública e em particular para a saúde das pessoas que sofrem com demência, por isso, a Organização Mundial de Saúde e a Associação psiquiátrica Mundial incentivam o combate ao estigma como uma tarefa importante no sentido de igualar as pessoas com doenças mentais às que sofrem de outras doenças (Rocha & Moreira, 2014).

#### **4.1. Pergunta de Pesquisa**

Mauri (2007), afirma que a pesquisa é um processo de investigação que se interessa em descobrir as relações existentes entre os aspetos que envolvem os factos, fenómenos, situações ou coisas. Este mesmo autor, cita também vários autores, entre os quais, Ander-Egg (2003) que considera tratar-se de um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos factos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento. A pesquisa foi científica na medida em que obedeceu uma organização e sistematização de acordo com a planificação estabelecida. Pesquisa científica é igualmente composta por métodos, pelas

técnicas, por estar voltada para a realidade empírica e pela forma como os resultados obtidos são comunicados (Ibid p. 62).

O problema descrito anteriormente, deu origem a seguinte pergunta central de pesquisa:

**“Quais são as atitudes dos profissionais de saúde que influenciam para o estigma em pacientes com demência atendidos nas consultas externas de Neurologia e Geriatria do Hospital Central de Maputo”?**

## **5. Justificativa**

Escolheu-se este tema, fundamentalmente pela gravidade da situação de estigmatização de pacientes com problemas de demência, nos vários contactos, sejam no âmbito profissional ou nas relações do dia-a-dia, permitindo obter contacto com um número cada vez mais crescente de situações que configuram a atitudes de estigma dos profissionais de saúde em relação aos pacientes com demência. Esta é uma área de pesquisa que certamente vai ocupar muito mais gente e tempo em face da sua relevância, o facto de encontrar neste trabalho um espaço para prestar um singelo contributo às pessoas com demência e vitimas de estigma e ao sector de saúde, colocando os resultados derivados desta pesquisa e reflexão académica ao serviço de muitos moçambicanos que procuram abraçar esta nobre tarefa de perceber uma outra faceta do comportamento humano a nível de saúde mental.

A problemática do estigma, tem repercuições assinaláveis no desenvolvimento humano, social, económico, político e cultural. Muitas vezes, o sofrimento causado pelo estigma é percebido apenas como violência psicológica, raramente se pensa também na violência espiritual e ou moral. Para o comum das pessoas, as feridas são apenas aquelas visíveis, abertas e se calhar sangrentas. Porém, existe outras dimensões de feridas, as invisíveis e mais frequentes. Estas são as mais profundas e muitas vezes as mais difíceis de tratar, porque quase sempre arrastam consigo uma profunda e elevada carga emocional. Há um consenso entre os estudiosos deste campo, de que a estigmatização é uma questão de saúde pública. Este estudo, vai permitir maior compreensão das dinâmicas do estigma nos profissionais de saúde em particular nas consultas externas de Geriatria e Neurologia bem como na enfermaria de Neurologia do Hospital Central de Maputo, na nossa sociedade em geral e no aprofundar dos métodos da sua mitigação.

Sessenta por cento dos indivíduos com demência vivem em países em via de desenvolvimento, no qual Moçambique faz parte, estimando-se que este aumento passará para 70% em 2040,

sendo esta taxa de aumento prevista para três a quatro vezes maior nos países em via de desenvolvimento, quando comparados com os países desenvolvidos o que torna esta questão importante para a saúde pública de países como Moçambique (Paula, Roque & Araújo, 2008).

O estigma provoca aumento do isolamento social, oportunidades de vida limitadas, e diminui o acesso ao tratamento (Link, 1982; Fink, 1992; Rosenfeld, 1997), dificuldades na obtenção de cuidados médicos gerais (Liggins, 2005) e dificuldade para conseguir a recuperação da doença (Corrigan, 2003).

Estudos mostram que a luta contra o estigma existente nos diversos sectores da sociedade, pode melhorar a assistência aos pacientes com demência e pode permitir que estes possam usufruir de novas modalidades de tratamentos (Murthy, 2005). Por outro lado, é considerado uma prioridade de pesquisa da OMS e reconhece ser um problema de saúde pública sério, a demência chama a atenção, mas a sua prevenção, tratamento precoce e controlo, ainda continuam a não ter uma evolução desejada (Moreira, 2004).

Em Moçambique, há escassez de publicações, no que refere ao estigma nos profissionais de saúde em relação aos pacientes em seguimento com demência. Dessa forma, a realização desta pesquisa que teve como objetivo compreender essa problemática, que pode representar uma ferramenta importante para a busca de um atendimento profissional eficiente contribuindo para melhorar as condições de assistência, bem como de mais qualidade de vida nos pacientes e o melhor acompanhamento e cuidados por parte do cuidador.

## **6. Revisão bibliográfica**

### **6.1. O envelhecimento**

O envelhecimento é um fenómeno das populações e indivíduos. Nas populações o envelhecimento expressa o sucesso da humanidade porque representa o resultado de descobertas e desenvolvimentos, e, ao mesmo tempo, o envelhecimento representa um desafio, dados os custos exigidos em programas sociais e de saúde (Lage, 2011).

Com base numa referência básica, que é o paradigma contextualista, Fonseca (2004 citado por Lage, 2011) apresenta o envelhecimento como parte do desenvolvimento e como «resultado» da interação dinâmica entre o indivíduo intencionalmente ativo e os contextos em constante interação. Para além disso, o envelhecimento deve ser entendido como um processo que comporta ganhos e perdas, para cuja adaptação concorrem variáveis de natureza intrínseca e extrínseca ao indivíduo.

O envelhecimento humano é considerado um processo natural da vida, sendo a velhice uma das suas fases da vida. Dentre os aspetos inerentes à velhice, destacam-se a diminuição da capacidade funcional, a calvície, a redução da capacidade para o trabalho, perdas dos papéis sociais e a solidão, bem como, as alterações psicológicas, motoras e afetivas (Papaleo & Netto, 2002). Este padrão demográfico de envelhecimento, decorrente do aumento da esperança média de vida, está associado ao aumento da prevalência de doenças crónicas, como é o caso da demência. Demência é um conceito abrangente, que corresponde a uma síndrome de carácter neuro-degenerativo, que resulta em défice de capacidades cognitivas e alterações de comportamento (OMS, 2017).

#### **6.1.1. O envelhecimento como problema**

A velhice sempre foi pensada como uma carga económica, seja para a família, seja para a sociedade e como uma ameaça às mudanças. Essa noção tem levado as sociedades a subtraírem dos idosos seu papel de pensar seu próprio destino. No entanto, nunca faltaram exceções a tais práticas, o que pode ser exemplificado com o reconhecimento pelas nossas sociedades da figura do xamã ou ancião ou, nas sociedades ocidentais, dos poderosos, ricos e famosos quando gozam de saúde física, mental e económica. As exceções, porém, não podem esconder as

grandes dificuldades socioeconômicas que os idosos, particularmente os pobres, sofrem nos mais diferentes contextos da vida. Por isso mesmo, a velhice é por eles autoassumida como ‘problema’, na mesma medida em que sofrem por causa dela (Minayo & Coimbra Júnior, 2002, p. 16).

A forma mais comum de discriminação cultural tem sido o estigma, como bem aponta Guimarães, “nos dicionários emocionais da população, velhice é sinónimo de decadência, de envelhecimento e de perda de dignidade” (Guimarães, 1997:7 citado por Minayo & Coimbra Júnior, 2002, p. 16).

Também para a medicina e para a saúde pública, o envelhecimento tem-se apresentado como problema. As mudanças na pirâmide populacional, que vai alargando seu ápice numa média de 2,5% de crescimento anual, geram preocupações para o sistema de saúde, porque mesmo sem ter solucionado os problemas sanitários relativos à infância, à adolescência e aos trabalhadores, ambos terão de se equipar para dar respostas eficientes relativas à prevenção de enfermidades e à atenção aos enfermos idosos (Minayo & Coimbra Júnior, 2002, p. 17).

A política no Brasil refere-se ao custo social da população idosa, calculado como três vezes mais alto que o da população em geral (Veras, 1995 citado por Minayo & Coimbra Júnior, 2002, p. 17). Demonstrou-se também que esse custo mais elevado sobrecarrega, sobretudo, o sistema de saúde, pois o crescimento da esperança de vida, historicamente, vem acompanhado, no mundo inteiro, de um aumento das doenças crônicas não infecciosas, incluindo a demência (Minayo & Coimbra Júnior, 2002, p. 17).

Segundo Minayo & Coimbra Júnior, (2002), estudo de Veras chama a atenção, igualmente, para o peso das situações adversas, da pouca instrução e da escassez de atendimento no recrudescimento dos problemas físicos e mentais na velhice.

A ideia do ‘envelhecimento como problema’ se expressa na constante divulgação dos deficits nos cálculos da previdência social, uma vez que o direito à aposentação (um direito dos idosos) se universalizou. O discurso sobre o ‘peso social que hoje os idosos constituem’ tem nas instâncias públicas um lugar entronizado. É reforçado pela ideia de que a situação do aumento da população idosa é insustentável com a manutenção do direito universal da aposentação (Minayo & Coimbra Júnior, 2002).

### **6.1.2. O envelhecer em processo de demência**

A grande maioria das pessoas envelhece sem grande comprometimento cognitivo, é importante considerar que, no âmbito da assistência à saúde, uma especial atenção deve ser dada às pessoas que vivenciam um processo demencial. Na verdade, essa assistência é principalmente prestada pela família assim como pelos profissionais de saúde em assistências a pessoas com demência (Minayo & Coimbra Júnior, 2002, p. 51).

A demência tem assumido maior importância como problema de saúde pública devido ao aumento da população envelhecida em todo o mundo, particularmente na faixa etária acima dos 80 anos. Hoje, a demência é reconhecida como uma síndrome caracterizada por deterioração intelectual que ocorre em adultos e é tão severa que interfere no desempenho social da pessoa. Ocorrem alterações cognitivas que incluem distúrbios de memória, linguagem, percepção, práxias, habilidade de desempenhar o autocuidado, capacidade de solucionar problemas da vida cotidiana, pensamento abstrato e capacidade de fazer julgamentos (Minayo & Coimbra Júnior, 2002, p. 52).

## **6.2. Demência**

Demência é um nome coletivo para uma série de diferentes síndromes cerebrais degenerativas progressivas que têm efeitos sobre a memória, pensamento, comportamento, emoções e funcionamento social. As pessoas que vivem com demência podem apresentar sintomas como: Perda de memória, não conseguir encontrar as palavras certas ou entender o que as pessoas estão a dizer, ter dificuldades em realizar tarefas que costumavam ser rotineiras, mudanças de humor e mudanças de personalidade (Karkou & Meekums, 2017). É um processo de doença marcado pelo declínio cognitivo, mas com clareza de consciência. A demência envolve múltiplos domínios cognitivos, e deficits cognitivos que causam prejuízo significativo no funcionamento social e profissional (B. J. Sadock, V. A. Sadock & Ruiz (2017).

Costa, Santos e Oliveira (2020), consideram a demência como uma disfunção cerebral caracterizada por deterioração intelectual adquirida e persistente, que compromete gradativamente as funções em três esferas: cognição, função e comportamento. Do ponto de vista cognitivo, alteram-se as funções de memória, linguagem, praxia e gnosia, além de alterações viso espaciais. Ainda na perspectiva dos mesmos autores, o comprometimento pode afetar funções em duas esferas: Atividade de vida diária, como banho, vestuário, alimentação,

asseio, transferência e continência, e atividades instrumental de vida diária, como controle das finanças, atividades profissionais e todas aquelas que envolvem competência para realizar tarefas moduladas pelo lobo frontal.

As pessoas com demências esquecem os factos atuais, e por um certo tempo, as lembranças do passado são tão nítidas e surpreendentemente claras, mesmo sendo um fenómeno natural do processo de envelhecimento, esse fenómeno acontece antes da perda da memória atual e com maior frequência. Relatam, ainda, que o passado também será esquecido, ficando apenas alguns factos, como uma ilha de saberes, sem conexão aparente entre si. Ao mesmo tempo, esquecem-se as palavras que permitiram nomear os objetos, ou ainda os mais conhecidos e necessários, e as perífrases tentam explicar as funções dos objetos que se deseja designar. Aos poucos, as pessoas, das mais distantes às mais próximas, deixam de ser reconhecidas, e as desorientações têm poro-espacial instala-se. Começa uma incontinência urinária, não haverá mais manifestação de um pensamento coerente e todos os atos mais elementares da vida se tornam impossíveis, comprometendo mais ou menos de forma total a autonomia no caminho da deterioração total do sujeito (Delia Goldfarb 2006 citado por Rabelo & Lopes, 2017).

### **6.2.1. Epidemiologia**

Com o envelhecimento da população, a prevalência de demência aumenta. A prevalência de demência moderada a grave em diferentes grupos populacionais é de aproximadamente 5% na população em geral com idade superior a 65 anos, de 20 a 40% nessa população acima dos 85 anos, de 15 a 20% em consultórios médicos ambulatoriais e de 50% nas instalações de cuidados para casos crónicos (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017).

Ainda na perspectiva dos mesmos autores, de todos os pacientes com demência, 50 a 60% apresentam o tipo mais comum, a demência do tipo Alzheimer (doença de Alzheimer). Sua prevalência aumenta com o avanço da idade. Em indivíduos com 65 anos, homens apresentam um índice de prevalência de 0,6%, e mulheres, de 0,8%. Aos 90 anos, os índices são de 21%. Em todas essas estatísticas, de 40 a 60% dos casos são moderados a graves. Os índices de prevalência (homens e mulheres) são de 11 e 14% aos 85 anos, 21 e 25% aos 90 anos e 36 e 41% aos 95 anos. Pacientes com demência do tipo Alzheimer ocupam mais de 50% dos leitos de clínicas de repouso.

O segundo tipo mais comum é a demência vascular, que apresenta uma relação causal com doenças cerebrovasculares. Hipertensão predispõe o indivíduo à doença. A demência vascular responde por 15 a 30% de todos os casos de demência. Ela é a ocorrência mais comum em pessoas na faixa etária dos 60 e dos 70 anos e ocorre com maior frequência em homens do que em mulheres. Aproximadamente 10 a 15% dos pacientes apresentam demência vascular coexistente com demência do tipo Alzheimer (Sadock et al., 2017).

Outras causas comuns de demência, cada uma com representação de 1 a 5% de todos os casos, incluem lesão cerebral traumática, demências relacionadas ao álcool e diversas relacionadas a transtornos do movimento, como doença de Huntington e doença de Parkinson. Visto ser uma síndrome bastante geral, a demência apresenta várias causas, e o médico deve se dedicar a um exame clínico cuidadoso de um paciente com demência para estabelecer sua causa (Sadock et al., 2017).

### **6.2.2. Etiologia das demências**

A demência pode ter as mais variadas etiologias, podendo ser metabólicas, degenerativas, endocrinológicas, nutricionais, infecciosas, cardiovasculares, tóxicas e sensoriais. O comprometimento intelectual nas demências se desenvolve ao longo do tempo, com perda das funções mentais anteriormente adquiridas, de forma progressiva e irreversível na maioria das vezes. As causas de demência incluem lesões e tumores cerebrais, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), álcool, medicamentos, infecções, doenças pulmonares crônicas e doenças inflamatórias (Bazarella, 2010 citado por Bianca, Fernanda de Carvalho & Helena, 2015).

Na maioria das vezes as demências são causadas por doenças degenerativas primárias do sistema nervoso central (SNC) e por doença vascular. Cerca de 10 a 15% dos pacientes com sintomas de demência apresentam condições tratáveis como doenças sistêmicas (doenças cardíacas, renais, endócrinas), deficiências vitamínicas, uso de medicamentos e outras doenças psiquiátricas (depressão). A causa mais comum das demências em idosos continua sendo a Doença de Alzheimer (DA), responsável por mais de 50% dos casos de demências na maior parte dos países (Dourado, 2011 citado por Bianca, Fernanda de Carvalho & Helena, 2015).

### **6.2.3. Fatores de risco das demências**

De acordo com DSM-5, (2014), os fatores de risco das demências variam não apenas por subtipo etiológico como também pela idade de início entre os subtipos. Alguns se distribuem durante o ciclo de vida; outros ocorrem, exclusiva e basicamente, no período de vida mais tardio. O sexo feminino está associado a maior prevalência de demência em geral, em especial a doença de Alzheimer; essa diferença, é amplamente atribuível, se não totalmente, à maior longevidade das mulheres.

Segundo Anderson & Favoreto (2010), encontramos a idade avançada, história familiar, síndrome de down, traumatismo craniano grave, baixa escolaridade, hiper-colesterolmia, diabetes mellitus, tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, obesidade, doenças cardiovasculares, aterosclerose, Hipertensão arterial, colesterol elevado, e depressão.

#### **6.2.4. Sinais e sintomas gerais da demência segundo**

Segundo Barroso, et al. (2014), os sinais e sintomas variam de pessoa para pessoa, mas alguns dos mais comuns são problemas de memória e na capacidade de resolver problemas de forma independente. Os sintomas não aparecem todos de uma hora para outra, são progressivos, o que significa que vão aparecendo aos poucos e pioram com o tempo e manifestam-se em fases. Os mesmos autores Barroso, et al. (2014), ainda apontam que, alguns dos sinais e sintomas comuns são:

**Na fase inicial:** Os sinais e sintomas podem ser confundidos com aspetos normais do envelhecimento ou como frutos de aborrecimento e estresse, dificultando o diagnóstico e tratamento precoce. O indivíduo tende a: esquecer-se de coisas do quotidiano que aconteceram recentemente (problemas com a memória recente); perder senso de direção ou da noção de tempo; ter dificuldades para gravar novas informações; apresentar alteração de humor (ficar mais agressivo sem motivo aparente); demonstrar sinais de depressão (pode ser um sintoma ou ser um problema que se junta às demências); coloca objetos em lugares errados; manifestar tremor nas mãos e pés quando não faz atividades (no caso da Doença de Parkinson).

**Na fase intermediária:** Os problemas cognitivos aumentam, podendo afetar memória, raciocínio, concentração, atenção, etc. O indivíduo com demência tende repetir as mesmas informações ou perguntas muitas vezes, desorientar-se no tempo e no espaço que pode acontecer sempre ou só às vezes, não reconhecer lugares ou pessoas e pode

acontecer sempre ou só às vezes, apresentar dificuldades para executar tarefas do dia-a-dia sozinho, podendo precisar de ajuda para alimentar-se, vestir-se, escrever, manipular dinheiro, entre outros, mostrar problemas de vocabulário, como falar ou escrever frases sem sentido, “perder as palavras”, entre outros; perder a iniciativa, ficando mais acomodado e sem vontade e precisar de ser incentivado a fazer as coisas; expressar alteração de humor, como mostrar-se nervoso ou deprimido em momentos diferentes do dia; revelar-se agressivo quando contrariado ou muito corrigido sobre as coisas que confunde; perder a iniciativa ficando mais acomodado e sem vontade e precisando ser incentivado a fazer as coisas; expressar alteração de humor, como mostrar-se nervoso ou deprimido em momentos diferentes do dia; ter certa dificuldade em conviver com outras pessoas, especialmente pessoas que não é íntimo do indivíduo; Começar a ter dependência física e aumentar a dependência psicológica.

**Na fase avançada:** Ter dificuldade para raciocinar (muita dificuldade ou não conseguir fazer coisas simples que fazia antes com facilidade); demonstrar dificuldade ou incapacidade de realizar atividades cotidianas sozinho, como tomar banho, pentear o cabelo, trocar de roupa, alimentar-se, etc.); estar desorientado mais grave no tempo, espaço e sobre pessoas (não sabe onde está, em que época e não reconhece pessoas, até a si mesmo); perder a capacidade de reconhecer pessoas, inclusive parentes mais próximos; tender a falar frases curtas, sem sentido ou difíceis de serem entendidas, ou ausência completa da fala; apresentar alterações no comportamento (como agitação, agressividade, confusão, tendência etc.; locomover-se com dificuldade e necessidade do apoio de outras pessoas ou precisar de cadeira de rodas; mostrar-se totalmente restrito na cama.

#### **6.2.5. Critérios diagnósticos das demências**

Segundo o manual estatístico de classificação de perturbações mentais, da Associação Americana de Psiquiatria, na sua quinta versão (APA, 2014), os critérios diagnósticos para as demências devem seguir as seguintes directrizes:

## **Tabela 1: Critérios diagnósticos**

A. Evidências de declínio cognitivo importante a partir de nível anterior de desempenho em um ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem e cognição social).

B. Os deficits cognitivos não interferem na independência em atividades da vida diária (i.e., no mínimo, necessita de assistência em atividades instrumentais complexas da vida diária, tais como pagamento de contas ou controlo medicamentoso).

C. Os deficits cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de delírios.

D. Os deficits cognitivos não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno depressivo maior, esquizofrenia).

### **Determinar o subtipo devido a:**

Doença de Alzheimer, Degeneração lombar frontotemporal, Doença com corpos de Lewy, Doença vascular, Lesão cerebral traumática, Uso de substância/medicamento, Infecção por HIV, Doença do príon, Doença de Parkinson, Doença de Huntington, Outra condição médica, Múltiplas etiologias, Não especificado.

**Nota para codificação:** Código baseado na etiologia médica ou causado pelo uso de substância. Em alguns casos, necessita-se de código adicional para a condição médica etiológica, que preceder imediatamente o código diagnóstico quanto ao transtorno neuro cognitivo maior.

### **Especificar:**

**Sem perturbação comportamental:** Se a perturbação cognitiva não está acompanhada por qualquer perturbação comportamental clinicamente significativa.

**Com perturbação comportamental** (especificar a perturbação): Se a perturbação cognitiva está acompanhada por uma perturbação comportamental clinicamente significativa (p. ex., sintomas psicóticos, alteração do humor, agitação, apatia ou outros sintomas comportamentais).

### **Especificar gravidade atual:**

**Leve:** Dificuldades com as atividades instrumentais da vida diária (p. ex., trabalho doméstico, controlo de dinheiro).

**Moderada:** Dificuldades com as atividades básicas da vida diária (p. ex., alimentar-se, vestir-se).

**Grave:** Totalmente dependente.

### 6.2.6. Abordagem Diagnóstica das demências

Através de uma (1) história clínica tendo em consideração: O tempo de início dos sintomas; associação com outras doenças; o uso de medicações ou drogas ilícitas; a história familiar; o comprometimento nas atividades profissionais, ocupacionais ou sociais do indivíduo; as alterações de comportamento, alteração da memória; história de outras doenças psiquiátricas. (2) Testes para avaliação cognitiva, na qual podemos aplicar o mine exame do estado mental (orientação temporal e orientação espacial, memória imediata, atenção e evocação, teste do relógio; fluência verbal; teste de memória de palavras; teste de memória de figuras (Anderson & Favoreto, 2010).

Por outro lado, o diagnóstico das demências baseia-se no exame clínico, incluindo um exame do estado mental, e nas informações obtidas com a família, os amigos e os empregadores do paciente. Queixas de alteração na personalidade de um indivíduo com idade superior a 40 anos sugerem levar a considerar um diagnóstico de demência. Os clínicos devem estar atentos a queixas do paciente sobre prejuízo intelectual e esquecimento, bem como a evidências de evasão, negação ou racionalização destinadas a encobrir deficits cognitivos. Sistematização excessiva, retraimento social ou uma tendência a relatar eventos em detalhes minuciosos podem ser características, e há possibilidade de explosões repentinas de raiva ou sarcasmo. A aparência e o comportamento do paciente devem ser observados. Labilidade de emoções; poucos cuidados com a aparência; comentários desinibidos, piadas tolas; ou expressão facial e modos apáticos ou vagos sugerem a presença de demência, especialmente quando manifestados junto com prejuízo da memória (B. J. Sadock, V.A. Sadock & Ruiz, 2017).

### 6.2.7. Diagnóstico diferencial das demências

**Delirium-** de modo geral, distingue-se delirium por seu início rápido, curta duração, oscilação do prejuízo cognitivo no decorrer do dia; exacerbação noturna dos sintomas; perturbação acentuada do ciclo de sono-vigília e perturbações proeminentes na atenção e na percepção (Sadock et al., 2017).

**Depressão-** alguns pacientes com depressão têm sintomas de prejuízo cognitivo difíceis de serem distinguidos dos sintomas de demência. O quadro clínico as vezes é chamado de pseudo-demência, embora o termo disfunção cognitiva relacionada a depressão seja preferível e mais descritivo. Pacientes com essa disfunção em geral apresentam sintomas depressivos proeminentes e com frequência uma história de episódios depressivos (Sadock et al., 2017).

**Transtorno factício-** indivíduos que tentam simular perda de memória, como no transtorno factício, fazem de modo errático e inconsistente. Na demência, a memória de tempo e lugar é perdida antes da memória para pessoa, e a memória recente se perde antes da memória remota (Sadock et al., 2017).

**Esquizofrenias-** embora a esquizofrenia possa ser associada a um prejuízo intelectual adquirido, seus sintomas são muito menos graves do que os sintomas relacionados de psicose e de transtorno do pensamento observados na demência (Sadock et al., 2017).

**Envelhecimento normal-** o envelhecimento não está necessariamente associado a um declínio cognitivo significativo, mas problemas menores de memória podem ocorrer como parte normal do processo. Essas ocorrências normais às vezes são chamadas de esquecimento senescente benigno, prejuízo de memória associado à idade ou senescência benigna normal relacionada à idade. Elas se diferenciam da demência por sua gravidade menor e porque não interferem de forma significativa no comportamento social ou ocupacional do indivíduo (Sadock et al., 2017).

**Outros transtornos-** deficiência intelectual, que não inclui prejuízo de memória, ocorre na infância. Transtorno amnésico caracteriza-se por perda de memória delimitada, e não há deterioração. Depressão maior, na qual a memória está prejudicada, reage a medicamentos antidepressivos (Sadock et al., 2017).

### **6.2.8. Tratamento das Demências**

A abordagem de tratamento geral a pacientes com demência, é fornecer cuidados médicos de apoio, apoio emocional para o indivíduo e sua família e o tratamento farmacológico para os sintomas específicos, incluindo comportamento disruptivo.

#### **6.2.8.1. Abordagens Psicossociais**

**Intervenção psicoeducacionais para paciente e cuidador** - é uma intervenção em que os profissionais da área da saúde envolvida no cuidado do paciente com demência expliquem ao cuidador que, além da própria demência, outros fatores podem desencadear ou agravar os sintomas neuropsiquiátricos. Muitas vezes a intervenção no fator que desencadeia será efetiva em aliviar ou mesmo abolir o sintoma. Por exemplo, o tratamento de uma infecção urinária comórbida faz com que cesse a agitação do paciente. Deve ser explicado aos cuidadores que a demência por si só acarreta problemas de compreensão e expressão na linguagem, ou seja, pessoas com demência podem ter dificuldades em entender o que está sendo dito ou dificuldades em ser entendido, o que pode gerar problemas de comportamento.

Também deve-se explicar ao cuidador a progressão da doença, antecipando possíveis problemas e respectivos manejos, deve-se discutir com os familiares medidas que visem à segurança do paciente (p. ex., orientação para não mais dirigir automóveis, identificação do paciente para as situações de eventuais fugas de casa e desorientação), deve-se também informar sobre a manifestação dos sintomas neuropsiquiátricos tais como: Apatia, sintomas depressivos, agitação, delírios, alucinações, irritabilidade, ansiedade, agressividade, comportamento motor aberrante, alterações de hábitos de sono e de apetite são exemplos de sintomas neuropsiquiátricos.

No início da doença, eventualmente, o paciente pode ter uma percepção da diminuição de suas habilidades, o que pode desencadear sentimentos de vergonha ou frustração, tentativas de diminuir ou disfarçar suas dificuldades, resistência a ofertas de ajuda e recusa em desempenhar determinadas tarefas. A chave para o cuidado adequado de uma pessoa com demência é o conhecimento dos sintomas e de sua evolução, tanto pelos pacientes como pelos familiares. O grande desafio do cuidador, seja esposa(o), filha(o), irmã (ao), nora, enteado, etc., é aprender a lidar com as dificuldades, ansiedades e recusas do paciente (Pádua, Souza & Brunstein, 2008).

Por outro lado, os profissionais de saúde em cuidados aos pacientes com demência, devem envolver os pacientes e seus familiares em tarefas de educação sobre a doença. Ao mesmo tempo, cabe à equipe transmitir esperança realista a respeito dos progressos alcançados pela família com o paciente e atualizar-se em relação aos avanços científicos e tecnológicos, como a descoberta de novas drogas para manejo de sintomas e de novas técnicas psicoeducacionais para a solução de problemas específicos. Se as pessoas envolvidas no cuidado possuem uma noção clara de toda a diversidade de recursos que podem ser mobilizados e criados para o

manejo dos problemas, poderá haver uma redução do impacto da doença e das dificuldades no ambiente bem como na vida psicológica do paciente e da família (Pádua, Souza & Brunstein, 2008).

#### **6.2.8.2. Terapias Psicossociais**

- I. **Psicoterapia de apoio e de esclarecimento**, na qual a natureza e o curso de sua doença são explicados de forma clara. Ele também pode ter o benefício da assistência em seu pesar e da aceitação da extensão de sua deficiência, assim como da atenção voltada para questões de autoestima. Todas as áreas de funcionamento intacto devem ser exploradas ao máximo por meio de ajuda ao paciente em identificar atividades nas quais o funcionamento bem-sucedido seja possível. Uma avaliação psicodinâmica de funções deficientes do ego e de limitações cognitivas também pode ser útil. O clínico pode ajudar o paciente a encontrar meios de lidar com as funções deficientes do ego, como manter calendários para problemas com orientação, fazer tabelas com horários para ajudar a estruturar atividades e fazer anotações para lidar com problemas de memória (B. J. Sadock, V.A. Sadock & Ruiz (2017)).
- II. **Terapia de movimento de dança (DMT)**- terapia de movimento da dança também é conhecido como terapia de dança- é uma das terapias artísticas através do qual uma pessoa com demência pode se engajar criativamente em um processo para promover suas emoções, integração cognitiva, física e social. Baseia-se no princípio de que o movimento reflete os padrões de pensamento e sentimento de um indivíduo (Hill 1999, Violets-Gibson 2002, Kowarzik 2004 e Hayes 2011 citados por Karkou & Meekums, 2017, p. 3). Ao reconhecer e apoiar os movimentos dos pacientes, o terapeuta encoraja o desenvolvimento e a integração de novos padrões de movimento adaptativos juntamente com as experiências emocionais que acompanham as mudanças (ADMP UK 2016 citado por Karkou & Meekums, 2017, p. 3). A terapia do movimento da dança visa:
  - ❖ Explorar temas e qualidades específicas do movimento, com ou sem movimento ativo do terapeuta;
  - ❖ Priorizar a interação não-verbal entre o paciente e o terapeuta;
  - ❖ Concentrar-se na improvisação do movimento associada ao foco na experiência interna, na presença do terapeuta, onde o terapeuta fica parado e observa, usando o self como

testemunha empática, geralmente sem música para influenciar o movimento (Karkou at al., 2006 citados por Karkou & Meekums, 2017, p. 3).

Em todos os casos, o terapeuta está preocupado em desenvolver uma relação terapêutica incorporada. Nessa relação, o corpo do terapeuta pode ser visto como portador de projeções de clientes individuais ou do grupo como um todo. Essas projeções podem ser trabalhadas verbalmente, não verbalmente, ou ambas; pode ocorrer mais ou menos reflexão verbal, dependendo do nível de funcionamento cognitivo dos participantes.

A DMT, melhorar o humor e aumentar a interação social por várias razões, como: 1. o uso do movimento como exercício e dança, onde usa-se o corpo e estimula o movimento entre os participantes; 2. o uso da música- onde pode ter alguns efeitos positivos moderados na redução dos sintomas comportamentais associados à demência, estimulando as habilidades de linguagem e melhorando o funcionamento social/emocional. 3. A relação terapêutica- que pode ser vista como um agente chave para a mudança (Norcross 2011; Macaskie 2012 citados por Karkou & Meekums, 2017, p. 5).

### **6.2.8.3. Reabilitação cognitiva e grupo de apoio familiar**

O objetivo da reabilitação cognitiva é recuperar as habilidades, desbloquear as funções cognitivas comprometidas, estimular a socialização. Já o grupo de apoio familiar busca conscientizar quanto aos sintomas da demência fornecendo esclarecimento e discussão de soluções práticas com o objetivo de, resgatar a relação paciente-familiar, prevenir doenças no cuidador/familiar, redução da interdependência, despertar interesses variados e afetividade, orientação para a realidade, estimular a segurança e preparar para complicações e até o óbito.

### **6.2.9. Prevenção e treinamento cognitivo**

Leitura de frases e desenhos que orientem a pessoa em sua vida cotidiana, estimulação social, prática de exercícios físicos regulares, atividades de lazer, bons hábitos alimentares, estímulo aos cuidados de higiene, manutenção do peso corporal adequado, rede social de apoio, uso adequado das medicações (Anderson & Favoreto, 2010).

### **6.2.10. Abordagem Farmacológica**

Diferentes fármacos são usados para tratar ou aliviar os sinais e sintomas da demência, sejam eles: a insônia, ansiedade, tristeza, isolamento, prejuízos cognitivos, delírios, alucinações entre outros (B. J. Sadock, V.A. Sadock & Ruiz, 2017).

### **6.3. Estigma**

O estigma é considerado um processo que conduz à discriminação, relacionando estímulos discriminatórios com o comportamento que surge após a ação de mediadores cognitivos. Segundo Penn e Martin (1998, cit. por Corrigan et al., 2008), existe um conjunto de sinais que provoca reações estigmatizantes: sintomas da doença (afeto desapropriado, comportamento bizarro, entre outros), aspeto físico do doente mental (aspeto pouco atrativo, cuidados de higiene diminuídos), défice de competências sociais (contacto ocular, linguagem corporal, temas de conversas inapropriados) e “rótulos” (colocados pelos profissionais de saúde, pelo próprio, por outros). Estes sinais poderão funcionar como estímulo para que mediadores cognitivos como os estereótipos e os preconceitos atuem no sentido de promoverem um comportamento discriminatório.

Segundo Evans (2018), existem três formas de estigma que afetam as pessoas com demência: (1) Auto estigma, que consiste na perda de autoestima e da autoeficácia consequente da internalização do estigma público. No auto estigma, o que acontece é que as pessoas com o diagnóstico tendem a internalizar as crenças que estão associadas devido a sua condição. (2) Estigma público, que é entendido como as atribuições cognitivas, emocionais e discriminatórias endossadas pelo público em geral em relação às pessoas com demência e (3) estigma por associação, é entendido como marca, sinal que designa ao portador uma situação deteriorado e, sendo assim menos valorizado que as demais pessoas chegando ao ponto de incapacita-lo para aceitação social. Estigma e discriminação incluem intolerância de pessoas com demência e suas famílias, atitudes ou comportamentos negativos, como o uso de linguagem ou terminologia negativa, estereótipos, alienação, isolamento e exclusão e falta de acesso a cuidados essenciais e serviços de apoio (Link & Phelan, 2001; Mukadam & Livingston, 2012; Swaffer, 2014 citados por Mfeneý & Pillay, 2023).

O desenvolvimento de comunidades favoráveis à demência é uma área prioritária na luta contra o estigma da demência e é uma das sete diretrizes de 2017-2025 na resposta de saúde pública da Organização Mundial da Saúde (OMS) à demência (OMS, 2017).

De acordo com a OMS (2017), uma sociedade amiga da demência oferece um ambiente comunitário inclusivo e acessível, com melhores oportunidades de participação, saúde e segurança para todas as pessoas, para garantir uma boa qualidade de vida e dignidade para as pessoas com demência e suas famílias. As comunidades favoráveis à demência criam ainda mais oportunidades de conscientização sobre a demência, fornecem apoio, fazem com que as pessoas com demência se sintam confiantes em contribuir para a comunidade e promovem a inclusão social e a tolerância de pessoas com demência (Hung et al., 2021; Wu et al., 2019 citados por Mfeneý & Pillay, 2023).

É através da nossa visão que o estigma dos outros se torna evidente com maior frequência. Quando um estigma é imediatamente perceptível permanece a questão de se saber até que ponto ele interfere na vida do doente.

### **6.3.1. O estigma relacionado à demência**

O estigma relacionado à demência recebeu maior atenção de políticas e pesquisas na última década como resultado do rápido crescimento da população idosa [1] e do aumento do número de pessoas vivendo com demência (Werner,ý & Kimb, 2021). Por outro lado, o estigma relacionado a demência abrange o paciente, sua família, as instituições hospitalares, a equipe que trabalha nessas instituições, os medicamentos e demais terapêuticas. É o maior obstáculo à recuperação e reabilitação do paciente. É componente básico da discriminação negativa que as pessoas com demência experimentam a cada dia e carreta pior qualidade de vida e pior assistência (Rocha, Hara & Paprocki, 2015, p. 593).

Os pacientes com demência que mostram sinais visíveis de suas condições, seja em virtude dos sintomas, seja em decorrência de efeitos colaterais que os fazem parecerem anormais, são vistos como fracos de carácter, preguiçosos ou inativos. O estigma conduz à discriminação negativa do indivíduo com demência e, conseqüentemente, a prejuízos e desvantagens como uma condição desagradável frequente, serviços de saúde precários e dificuldade de acesso a cuidados. Pacientes estigmatizados interiorizam essas visões estigmatizantes e discriminatórias das pessoas em geral, dando origem ao chamado auto estigma. Há comprometimento do auto estima, mais incapacitação e menos resistência ao stress (Rocha, Hara & Paprocki, 2015, p. 593).

As atitudes e o estigma da comunidade em geral contra as pessoas com demência podem ser aparentes na linguagem coloquial usada para se referir à demência (Swaffer, 2014). Quando usada corretamente, a linguagem pode reduzir o estigma, promover a inclusão social e mostrar respeito pela personalidade de alguém com demência. No entanto, quando usada de forma prejudicial, a linguagem prejudica e estigmatiza as pessoas com demência. Portanto, para criar comunidades favoráveis à demência, é importante começar a mudar os termos cotidianos negativos usados para descrever a demência ou as pessoas com demência (Mfeneÿ & Pillay, 2023).

No passado, os pesquisadores usaram linguagem depreciativa, desumanizante, estigmatizante e discriminatória em relação às pessoas com demência, como 'dementes', 'vítimas' e 'nem todos estão lá' (Swaffer, 2014). Termos coloquiais estigmatizantes, como “louco, possuído, mimado 'fsoesh', ou como tendo uma cabeça confusa” (Berdai Chaouni & De Donder, 2018: p. 8) e 'kharaf' (traduzido como 'perda da mente') (Cipriani & Borin, 2015), também foram usados para se referir a pessoas com demência em diferentes comunidades onde vivem. Outros termos, como 'mental' ou 'sair do cérebro' (Alzheimer's Europe, 2018; Antelius & Plejert, 2016; Lawrence et al., 2011), doença do envelhecimento, doença da insanidade, doença do esquecimento, louco e cérebro embotado (Adebisi et al., 2016) também foram usados. Enquanto estes termos podem fazer parte da linguagem social cotidiana, eles também reforçam implicitamente o estigma, a exclusão social e a intolerância das pessoas com demência. Swaffer (2014) afirmou que, se a linguagem usada for inclusiva, sem julgamento e centrada na pessoa (em vez de centrada na doença), o sistema de assistência social e as tendências de linguagem podem ajudar as pessoas com demência a ter melhores resultados de saúde e qualidade de vida (Mfeneÿ & Pillay, 2023).

A demência é uma construção biomédica ocidental e, como tal, muitas línguas africanas não têm termos sinónimos do conceito biomédico de demência, conforme encontrado em outros estudos (Khonje et al., 2015; M'belesso et al., 2016). A falta de terminologia apropriada leva ao uso persistente de terminologia inadequada em comunidades não ocidentais.

Berdai Chaouni & De Donder (2018), defendem que diversas comunidades étnicas construam terminologia apropriada e produzam informações sobre demência em seus idiomas. Desenvolver uma linguagem simples, inclusiva e positiva pode ajudar as comunidades a substituir termos nocivos e negativos que associam a doença à vergonha e reforçam o estigma em relação às pessoas com demência.

Em algumas comunidades, a demência está associada à vergonha e constrangimento e, por isso, algumas pessoas preferem não saber ou deixar que outras pessoas saibam que têm a doença (Adebiyi et al., 2016; Evans, 2018). Além disso, alguns parentes de pessoas com demência escondem o status de seus entes queridos por medo de preconceito ou violência da comunidade (Mkhonto et al., 2018). Portanto, as sociedades que mostram preconceito e atitudes negativas em relação às pessoas com demência perpetuam o isolamento e a exclusão das pessoas com demência e suas famílias da comunidade (Mfeneý & Pillay, 2023).

O estigma é o principal obstáculo para a recuperação e reabilitação, para melhor assistência hospitalar e melhor qualidade de vida daqueles que sofrem com demência, de seus familiares, da equipe que trata e cuida dele e da comunidade em torno do indivíduo e representa injustiça social que pode ser tão nefasta quanto a própria doença. Apesar dos avanços no entendimento e tratamento das demências, há sinais de que o estigma continua a aumentar, com graves consequências para pacientes.” Rocha, Hara & Paprocki, 2015, p. 595).

### **6.3.2. Profissionais de Saúde em cuidado à pessoas com demência**

Os profissionais em cuidados aos pacientes com demência (médicos, enfermeiros, neurologistas e geriátras), possuem papel destacado na prevenção, no diagnóstico e no tratamento dos problemas mentais da terceira idade assim como no planejamento com o objetivo de preservar a autonomia e a independência do paciente, proporcionando conforto e avaliar, o estado e as complicações de saúde do paciente quanto aos sinais e sintomas comportamentais, orientar sobre a nutrição, bem como ajudar os familiares nos dilemas éticos e nas tomadas de decisão. Entretanto, nem sempre os profissionais estão preparados para tal (Costa, Santos & Oliveira, 2020).

A demência é marcada pelos vários momentos complicados da doença, das quais, pela dependência total da pessoa. Há necessidade de cuidados integrais no leito permanente, devido à perda da atividade psicomotora. Nesses momentos, os profissionais em assistência aos pacientes com demência, deverão prestar as suas competências profissionais da melhor forma possível assim como também orientar os cuidadores para prestarem os cuidados básicos, priorizando o conforto e o afeto. Neste contexto, a intervenção dos profissionais de saúde perante a pessoa com demência surge como essencial, importante e complexa (Minayo & Coimbra Júnior, 2002, p. 59).

### **6.3.3. Estigma nos profissionais de saúde**

Autores como Sartorius (2002) e Tasman e Mohr (2011) citados por Muthemba (2015, p. 56) revelam que o estigma não se limita a população em geral, mas abarca também os profissionais (estigma profissional). Diferentes aspetos do estigma parecem ser influenciados pela experiência pessoal ou familiar de doença mental, atitudes parentais, entre outros.

A teoria de rotulagem (Scheff, 1966 citado por Muthemba, 2015) propõe que, quando sabemos que alguém tem uma condição degenerativa como a demência, esta rotulagem ativa estereótipos de doença mental aprendidas anteriormente (da família e dos amigos, dos meios de comunicação) e responde de acordo, seja para a pessoa afetada, membro da família ou no tratamento profissional. O rótulo influencia a forma como as pessoas respondem e interagem com os sujeitos com perturbação mental e a forma como estes sujeitos reagem perante estas atitudes.

A formação académica é tida como um dos pontos de enraizamento dessa cultura. Esta, para além de não privilegiar os conteúdos relevantes sobre as doenças neuro degenerativo, ausência ou insuficiência de atualizações e da educação permanente em matérias de doenças neuro degenerativas, o contacto para o atendimento com qualidade é francamente baixo (Muthemba, 2015, p. 56).

Os profissionais de saúde tais como médicos de clínica geral, Neurologistas, Geriatras, enfermeiros entre outros, experienciam durante a formação, modos tradicionais de cuidar um doente mental, como a contenção mecânica e o uso abusivo de medicamentos, e sem acesso a práticas inovadoras de atenção nos modelos psicossociais de atenção à saúde mental, alicerçadas nos princípios da reforma psiquiátrica (Monteiro, 2006 citado por Muthemba, 2015).

### **6.3.4. Factor que influenciam para o aparecimento e agravamento das consequências do estigma.**

A literatura torna evidente a existência de atitudes estigmatizantes perante a doença mental ao nível de vários grupos sociais, o que surpreendentemente também incluiu os profissionais de saúde. No relatório da CNRSSM (2007, p. 12) foram encontrados “os mitos sobre a demência

e a estigmatização do doente continua a persistir, mesmo entre os profissionais da área da saúde”.

O medo de receber respostas indesejáveis, o afastamento dos amigos e um déficit no sentimento de autoeficácia na realização de tarefas até então triviais, podem contribuir para alterações na autoestima destes indivíduos.

Segundo Goffman (1963) o ser humano utiliza estratégias diversificadas como resposta ao estigma ou com o objetivo de evitar o rótulo de doente mental. A negação da doença, é uma estratégia comum no entanto pode conduzir à não adesão ao tratamento (Leff & Warner., 2006 citado por Babosa, T., 2010).

No que se refere aos familiares da pessoa com demência, estes podem ser vítimas de atitudes estigmatizantes, mas também podem apresentar-se como agentes de estigmatização (Goffman, 1963). Alguns autores justificam o processo de estigmatização por parte dos familiares igualmente devido à falta de informação adequada bem como ao cansaço desenvolvido pelo próprio processo contínuo de prestação de cuidados ao doente e pela falta de recursos de suporte para os familiares (Thornicroft, 2006). Constituindo-se como os principais cuidadores das pessoas com incapacidades mentais, as famílias mantêm muitas vezes a doença do seu familiar em segredo, afastando-se de atividades relacionadas com a interação social, de forma a evitar a exposição (Leff & Warner, 2006).

### **6.3.5. Consequências do estigma**

Segundo Corrigan e colaboradores (2003), o estigma pode criar barreiras ao ponto de as pessoas não serem capazes de atingir objetivos de vida que tinham idealizado. Podem verificar-se também consequências relacionadas com o sistema de justiça criminal e com o acesso a serviços gerais de saúde (Corrigan et al., 2008).

Atualmente, a investigação considera que existem consequências internas e externas que advêm do processo de estigmatização. Os efeitos internos relacionam-se com o impacto psicológico e emocional causado e, conseqüentemente, com a alteração da qualidade de vida da pessoa com perturbação mental (Graf et al., 2004). O medo da discriminação pode resultar na redução da utilização dos serviços de saúde em cuidados a pacientes com demência (medicina, neurologia, enfermagem e geriatria), na diminuição dos comportamentos

relacionados com a procura de ajuda e na redução da adesão ao tratamento (Link et al., 1999; Markowitz, 1998, citado por Sirey et al., 2001). Os pacientes com demência que experienciam o estigma e a discriminação, podem aumentar os níveis de stress e angústia e conduzir a uma diminuição do funcionamento psicossocial (Sokratis et al., 2004; Whal, 1999 citado por Barbosa, T., 2010). Podem surgir sentimentos de raiva, tristeza e desencorajamento e consequentemente depressão, ansiedade e baixa autoestima, aspetos que irão contribuir para a diminuição do investimento por parte do próprio doente.

Segundo a Associação Mundial de Psiquiatria (2008), o estigma cria um ciclo vicioso de exclusão social e discriminação para as pessoas com diagnóstico de demência e para as pessoas que pertencem à sua esfera de relacionamentos. Trata-se de uma enorme barreira para a qualidade de vida das pessoas com demência e dos seus familiares, por vezes até mais importante do que a própria doença.

#### **6.3.6. Combate do estigma em pacientes com demência**

O combate ao estigma tem sido grande preocupação da Associação Mundial de Psiquiatria, de associações psiquiátricas, incluindo o **Departamento de Saúde Mental de Moçambique** e associações de pacientes com perturbações mentais e seus familiares e daqueles que lidam diretamente com essas pessoas (Rocha, Hara & Paprocki, 2015, p. 594).

Em 1996, a Associação Mundial de Psiquiatria (AMP) lançou um programa internacional para combater o estigma e discriminação, envolvendo mais de 20 países e cerca de 200 intervenções contra estigma. Em cada país, grupos envolvendo profissionais da área da saúde mental, jornalistas, políticos, professores, pacientes e seus familiares foram formados para o desenvolvimento do programa. Esses grupos tiveram como objetivo a avaliação do estigma e discriminação na sociedade, a divulgação de conhecimentos sobre a doença, a reabilitação do paciente e a diminuição do estigma e discriminação no ambiente imediato do paciente. O programa da AMP identificou quatro áreas principais de atividade contra o estigma:

- I. Relação com o público e trabalho com as Mídias, envolvendo artigos em jornais e revistas, festivais, eventos, seminários, internet e Mídias sociais;
- II. Intervenções nos serviços de saúde mental, promovendo mais comunicação com pacientes e familiares, investimento em cuidados ambulatoriais e preventivos, serviços localizados na comunidade e envolvimento de pacientes e familiares na avaliação dos serviços;

- III. Apoio para pacientes e familiares com programas de treinamento para lidar com o estigma, empoderamento e competência social, mais informação sobre a doença e seu tratamento e criação de oportunidade de trabalho;
- IV. Educação e treinamento envolvendo escolas, profissionais da saúde mental, outras especialidades médicas, empregadores e profissionais da polícia e sistema legal (Rocha, Hara & Paprocki, 2015, p. 594).

### **6.3.7. Estratégia para o combate do estigma em pacientes com demência**

Através das intervenções educativas- que visam diminuir o estigma, substituindo os mitos e estereótipos negativos por factos, e reduzir as atitudes estigmatizantes em pacientes (Corrigan 2005 citado por Knifton & Quinn, 2013).

É fundamental que todas as pessoas envolvidas com a demência, prestem os melhores após, cuidado evitando comportamento de estigma para que os pacientes possam ser aceites e respeitados e serem membros participantes da sociedade. O combate ao estigma é fundamental para que o portador de demência possa ter oportunidade genuína de saúde, possa viver de forma independente, perseguir suas metas e usufruir de oportunidades, com vida digna e plenamente inserida na sociedade (Rocha, Hara & Paprocki, 2015, pp. 594-595).

## **6.4. Enquadramento Teórico ou Conceptual**

### **6.4.1. Conceitos básicos**

**Envelhecimento-** é o conjunto de processos que o organismo sofre após sua fase de desenvolvimento. O envelhecimento e desenvolvimento são conjuntos de fenómenos dinâmicos que evocam transformações do organismo de natureza biológica ou psicológica em função do tempo (mudanças observáveis associadas à idade) (2000 citado por Lage, 2011).

**Envelhecer-** é um processo complexo de evolução biológica dos organismos vivos, mas também um processo psicológico social do desenvolvimento do ser humano. À medida que ocorrem mudanças no corpo, alterações funcionais e de papéis sociais, é necessária uma adaptação constante na busca de novos equilíbrios, internos e externos (Lage, 2011).

**Demência-** é uma síndrome clínica decorrente de uma disfunção cerebral na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento (Anderson & Favoreto, 2010).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças – Mortalidade e Morbidade Estatística ICD-11 MMS (2018), A demência é uma síndrome cerebral adquirida, caracterizada por um declínio de um nível anterior de funcionamento cognitivo com deficiência em dois ou mais domínios cognitivos (como memória, funções executivas, atenção, linguagem, cognição social e julgamento, velocidade psicomotora, viso-percetual ou habilidades viso-espaciais). O comprometimento cognitivo não é inteiramente atribuível ao envelhecimento normal e interfere significativamente com a independência no desempenho da pessoa de atividades da vida diária. Com base na evidência disponível, o comprometimento cognitivo é atribuída ou assumido ser atribuível a uma condição neurológica ou médica que afeta o cérebro, trauma, deficiência nutricional, uso crônico de substâncias específicas ou medicamentos, ou a exposição a metais pesados ou outras toxinas.

Segundo Costa, Santos e Oliveira (2020), as demências são divididas em dois grandes grupos: reversíveis, incluindo alterações metabólicas, intoxicações, infecções e deficiências nutricionais, e irreversíveis, como a Doença de Alzheimer (DA), a Demência Vascular (DV), a Demência Mista (DM), a Demência com Corpos de Lewy (DCL), a Demência Frontotemporal (DFT) e as Doenças de Parkinson (DP), Huntington (DH) e Creutzfeldt-Jakob (DCJ); Sendo que a Doença de Alzheimer (DA) é a forma mais comum da síndrome em todo o mundo, correspondendo a 60% a 70% dos casos. É seguida, em ordem de frequência, pela DV, DCL e DFT. Também são frequentes as formas mistas.

**Demência de Alzheimer-** é a forma mais comum de demência, início é insidioso, com perda de memória geralmente expressa como a queixa apresentada inicial. O curso característico é um declínio lento mas constante de um nível anterior de funcionamento cognitivo com deficiência em domínios cognitivos adicionais (como funções executivas, atenção, linguagem, cognição social e julgamento, velocidade psicomotora, viso-percetual ou habilidades viso-espaciais) que emerge com a progressão da doença. Esta demência é muitas vezes acompanhada de sintomas mentais e comportamentais, tais como humor deprimido e apatia nos estágios iniciais da doença e pode ser acompanhada de sintomas psicóticos, irritabilidade,

agressividade, confusão, anomalias da marcha e mobilidade, e apreensões na tarde estágios (ICD-11 MMS, 2018, p. 185).

De acordo com a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz), um paciente com a Doença de Alzheimer, pode apresentar os seguintes sintomas: A perda de memória é fato, principalmente as mais recentes, fazendo com que o paciente venha fazer as mesmas perguntas várias vezes num dia; esquecimentos; dificuldade para cuidar de si mesmo, de perceber situações de risco e noção de espaço e tempo; dificuldade de reconhecer pessoas e objetos; alterações no comportamento ou na personalidade: podendo se tornar agitado, apático, isolado, desinibido, inadequado e até agressivo (Rabelo& Lopes, 2017).

**Demência vascular**, atualmente, utiliza-se o termo demência vascular para agrupar o conjunto de quadros de perdas cognitivas e alterações da personalidade associadas a certas doenças cerebrovasculares. Tem sido proposto o termo comprometimento cognitivo vascular (CCV) como categoria ampla que inclui tanto formas leves de comprometimento cognitivo de origem vascular até as demências vasculares propriamente ditas. A demência vascular é expressão de uma doença vascular isquêmica subcortical (36 a 67% das demências vasculares). Trata-se de um quadro demencial secundário a infartos lacunares e lesões isoquímicas da substância branca, de efeito cumulativo, decorrentes de alterações degenerativas de pequenos vasos arteriais. Menos frequentemente, a demência vascular também pode ser decorrente de lesões de vasos arteriais grandes em regiões corticais. AVC representa 20 a 30% das demências vasculares mais raramente, podem ocorrer quadros demenciais associados a encefalopatia anóxico-isquêmica difusa e isquemia após vaso-espasmo na hemorragia subaracnoide (Engelhardt et al., 2006 citado por Dalgalarondo, 2008, p. 379).

Pode-se identificar, em alguns pacientes com demência vascular, história de ataques isquêmicos transitórios, com sinais e sintomas neurológicos focais. Esses pequenos infartos cerebrais são, geralmente seguidos de comprometimento cognitivo progressivo. A evolução das demências vasculares devido a esses períodos alternados de piora rápida e posterior estabilização, revela com certa frequência, o perfil de evolução do tipo “em escada”, diferindo portanto, da evolução das demências degenerativas (Alzheimer, Pick, etc.), que apresentam evolução das perdas cognitivas mais insidiosa e homogênea, além disso, nas demências vasculares, são mais frequentes algumas condições associadas à patologia vascular disseminada, como hipertensão arterial, sopro carotídeo, doença cardiovascular, diabetes e dislipidemias (Engelhardt et al., 2006 citado por Dalgalarondo, 2008).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças – Mortalidade e Morbidade Estatística ICD-11 MMS (2018, p. 187), a demência vascular é devido a lesão do parênquima cerebral significativa resultante de doença cerebrovascular isquêmico ou hemorrágico. O início dos deficits cognitivos é temporariamente relacionado a um ou mais eventos vasculares. Declínio cognitivo é tipicamente mais proeminente na velocidade de processamento de informação, a atenção complexa e funcionamento frontal-executivo. Há evidências da presença de doença cerebrovascular considerada suficiente para explicar os deficits neuro cognitivo de história, exame físico e de neuro-imagem.

**Demência por corpos de Lewy:** é uma demência clinicamente semelhante à doença de Alzheimer e costuma se caracterizar por alucinações, aspetos parkinsonianos e sinais extrapiramidais. Corpos de inclusão de Lewy são encontrados no córtex cerebral. A incidência exata é desconhecida. Esses pacientes com frequência têm síndrome de Capgras (paramnésia reduplicativa) como parte do quadro clínico (B. J. Sadock, V. A. Sadock & Ruiz, 2017).

A Demência por Corpos de Lewy, caracteriza-se como sendo um declínio cognitivo flutuante, acompanhado por alucinações visuais e sintomas extrapiramidais; o quadro demencial apresenta-se como de rápido início e declínio progressivo”. Causada pela presença de alterações cerebrais, chamadas pelo mesmo nome, corpos de Lewy, onde os sintomas são parecidos aos sintomas da Doença de Parkinson, que são as rigidez muscular, movimentos lentos e tremores. Além desses sintomas “parkinsonianos”, há também alucinações, alterações na memória, desmaios e delírios (Carvalho; Farias, 2014, citados por Rabelo & Lopes, 2017)).

**Demência na Doença de Parkinson,** estudos comprovam que cerca de 40% dos pacientes com Doença de Parkinson podem evoluir para quadros de demências, foram constatados a presença de corpos de Lewy em seus cérebros em locais diferentes onde a memória é afetada com menor intensidade em relação a DA. Ocorrem também, depressão e alucinações visuais (Carvalho e Farias, 2014, citados por Rabelo & Lopes, 2017).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças Mortalidade e Morbidade Estatística ICD-11 MMS (2018, p. 190), demência associada à doença de Parkinson desenvolve entre os indivíduos com doença de Parkinson idiopática e é caracterizada pela deficiência na atenção, memória, executiva e viso-espacial, funções bem como comportamental e psiquiátrico. Sintomas como mudanças no afeto, apatia e alucinações. O início é insidioso e o curso é um do gradual agravamento dos sintomas. A correlação patológica primária é de Lewy-Body type

degeneração predominantemente nos gânglios da base, em vez de no córtex como é típico de demência devido à doença do corpo de Lewy.

**Demências frontotemporais (Doença de Pick)**- é um grupo de doenças neuro degenerativas que afetam principalmente primários os lobos frontais e temporal. O início é geralmente insidioso, com um curso gradual e piora. Diversas variantes sindrômicas (alguns com uma base genética identificada ou familiares) são descritas que incluem apresentações com predominantemente personalidade marcante e mudanças comportamentais (como disfunção executiva, apatia, deterioração da cognição social, comportamentos repetitivos, e mudanças na dieta) ou com deficits predominantemente de língua (que incluem semântica, gramática não-fluente e com uma combinação de esses deficits. A função de memória, velocidade psicomotora, bem como capacidades visuais-espaciais viso-perceptual e muitas vezes permanecem relativamente intacta, particularmente durante as primeiras fases da doença (Classificação Internacional de Doenças Mortalidade e Morbidade Estatística ICD-11 MMS, 2018, p. 187).

A doença de Pick caracteriza-se por uma preponderância de atrofia nas regiões frontotemporais. Essas regiões também têm perda neuronal, glicose e corpos de Pick neuronais os quais são massas de elementos do citoesqueleto. A causa dessa doença é desconhecida, mas ela compõe aproximadamente 5% de todas as demências irreversíveis. É mais comum em homens, em especial aqueles que têm um parente de primeiro grau com a condição. A doença de Pick é difícil de distinguir da demência do tipo Alzheimer, embora os estágios iniciais da primeira sejam caracterizados com mais frequência por alterações de personalidade e de comportamento, com preservação relativa de outras funções cognitivas, e em geral começa antes dos 75 anos de idade. Casos em família podem ter início mais cedo, e alguns estudos demonstraram que cerca de metade dos casos de doença de Pick é familiar (B. J. Sadock, V. A. Sadock & Ruiz, 2017).

**Demência de Huntington**, a DH é caracterizado por mais anormalidades motoras e menos anormalidades na linguagem. A demência da doença de Huntington exibe lentidão psicomotora e dificuldade em executar tarefas complexas, mas memória, linguagem e insight permanecem relativamente intactos nos estágios iniciais e intermediários da doença. Contudo, com o avançar da enfermidade, a demência torna-se completa; as características que a distinguem da demência do tipo Alzheimer são a elevada incidência de depressão e psicose junto ao clássico transtorno do movimento coreoatetoide (B. J. Sadock, V. A. Sadock & Ruiz, 2017).

**Demência devido ao uso de álcool-** é caracterizada pelo desenvolvimento de deficiências persistentes cognitivas (por exemplo, problemas de memória, distúrbios de linguagem, e uma incapacidade para executar tarefas motoras complexas) que atendam aos requisitos de definição de demência que são julgados para ser uma consequência direta do álcool usar e que persiste além do período habitual de intoxicação alcoólica ou retirada aguda. A intensidade e a duração de utilização de álcool deve ter sido suficiente para produzirem o enfraquecimento cognitivo. O comprometimento cognitivo não é mais bem explicada por uma desordem ou doença que não é induzida por álcool, tal como demência devida a outra patologia ou doença classificadas noutra local (ICD-11 MMS, 2018, p. 188).

**Demência relacionado ao HIV-** a encefalopatia na infecção por HIV está associada a demência e é denominada complexo de demência da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), ou demência de HIV. Pacientes seropositivos experimentam demência em um índice anual de aproximadamente 14%. Estima-se que 75% dos pacientes com HIV, apresentem envolvimento do SNC no momento da necropsia. O desenvolvimento de demência em indivíduos seropositivos com frequência ocorre em paralelo ao surgimento de anormalidades parenquimatosas em varreduras de imagens por RM. Outras demências infecciosas são causadas por *Cryptococcus* ou *Treponema pallidum*. O diagnóstico de complexo de demência da aids é estabelecido perante a confirmação da infecção por HIV e a exclusão de patologia alternativa para explicar o prejuízo cognitivo (B. J. Sadock, V. A. Sadock & Ruiz, 2017).

A demência por HIV, desenvolve-se durante o curso da doença HIV confirmado, na ausência de uma doença ou condição diferente de infecção por HIV que poderia explicar as características clínicas concorrentes. Embora uma variedade de padrões de déficit cognitivo são possíveis, dependendo de onde ocorreram os processos patogênicos HIV normalmente déficits seguem um padrão subcortical com deficiências na função executiva, velocidade de processamento, atenção e aprender novas informações. O curso da demência associada ao vírus da imunodeficiência humana varia incluindo resolução de sintomas, diminuição gradual em funcionamento, melhoria, ou flutuação nos sintomas. Rápido declínio no funcionamento cognitivo é raro, com o advento de medicamentos antirretrovirais (ICD-11 MMS, 2018, p. 191).

## **6.5. Estigma**

### **6.5.1. Evolução histórica e conceito**

Segundo Rocha, Hara, Paprocki (2015, p. 592), A palavra estigma vem do grego estigma, que significa picada, marca feita com ferro em brasa, sinal tatuagem. Os Gregos que tinham bastante conhecimento de recursos visuais, criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor - uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada especialmente em lugares públicos (Erving Goffman 1988).

Na Grécia Antiga, estigma era uma marca distintiva queimada ou cortada na pele de escravos ou criminosos para que os outros pudessem saber que eram membros inferiores da sociedade. Por derivação, estigma é forma de construção social para indicar a marca distintiva de desgraça social. Trata-se da diferenciação negativa relacionada a alguns membros da sociedade que são afetados por alguma condição ou estado particular, envolvendo dois componentes fundamentais: o reconhecimento da “marca” que diferencia e a subsequente desvalorização daquele que a porta. Acarreta atitude preconceituosa e práticas discriminatórias. Por outro lado, era associada ao conceito de vergonha, desvalorização e humilhação. (Rocha, Hara & Paprocki, 2015, p. 592).

Na Idade Média, o julgamento relacionada às bruxas, além de representar forte ódio, representava atitude negativa e condenatória em relação a demência. Isso pode ter sido a origem da atitude estigmatizante em relação a demência desde o racionalismo do século XVII até os dias atuais em culturas cristãs (Rocha, Hara & Paprocki, 2015, p. 592).

Na atualidade, a palavra “estigma” representa algo de mal, que deve ser evitado, uma ameaça à sociedade, isto é, uma identidade deteriorada por uma ação social; estabelece também as categorias a que as pessoas devem pertencer. Alguém que demonstra pertencer a uma categoria com atributos incomuns ou diferentes é pouco aceito pelo grupo social, que não consegue lidar com o diferente. Em situações extremas, o estigma pode converter uma pessoa em má e perigosa, pois esta deixa de ser vista como pessoa na sua totalidade, na sua capacidade de ação e transforma-se em um ser desprovido de potencialidades, essa pessoa é estigmatizado socialmente e anulado no contexto da produção técnica, científica e humana (MELO, 2005 citado por Dos Santo & Fonseca, 2021).

Várias teorias e quadros conceituais foram propostos para caracterizar a experiência social do estigma no campo mais amplo da pesquisa em saúde mental (Nguyen e Li 2020; Rüsç . 2005;

Werner 2014). De acordo com Phelan e Link (Link e Phelan 2001), o estigma ocorre quando um rótulo associado a um estereótipo negativo é atribuído a uma característica individual (por exemplo, doença mental), fazendo com que pessoas com tais características sejam vistas como separadas e com status inferior. Outros, levando à discriminação e à perda de estatuto social, e às desigualdades entre o grupo estigmatizado.

O estigma refere-se às marcas, atributos sociais que um indivíduo, grupo ou povo carregam cujo valor pode ser negativo ou pejorativo. Estes atributos facilmente reconhecíveis como carregados de um valor negativo para a maioria das pessoas, determinam para o indivíduo um destino de exclusão ou a perspectiva de reivindicação social pelo direito de ser bem tratado e ter oportunidades iguais.

Segundo Blame (2000), o estigma é definido como uma marca de vergonha ou desgraça associada a uma circunstância particular, a qualidade ou a pessoa.

Na perspectiva de Cancro e Meyersen (2002) definem estigma como marca ou sinal que denota um defeito no indivíduo, o que revela uma forma de controlo da própria sociedade. Ablon (2002) propôs cinco dimensões para se entender melhor o processo do estigma nas condições de saúde: (1) natureza da condição- refere-se à compreensão da condição em si. (2) Fontes que criam e perpetuam o estigma- envolvem atitudes e regras familiares, escolares e sociais; (3) natureza das populações estigmatizadas- enfoca o tipo de sociedade em que vivem estas populações. (4) Tratamentos- envolvem o entendimento dos que são realmente indicados para o paciente e (5) estratégias de combate- dizem respeito à maneira como os indivíduos estigmatizados lidam com o estigma e com as dificuldades diárias.

Segundo Muthemba (2015, p. 50), é estigma quando alguém julga outra pessoa com base numa característica pessoal ou psicológica. Infelizmente esta é tida como uma experiência comum para as pessoas que vivem com uma perturbação ou doença mental. Neste caso, o estigma pode ser direto, óbvio, por exemplo quando alguém faz uma apreciação negativa sobre o sujeito, sua doença e/ou tratamento. Mas também pode se manifestar de forma subtil, indireta, através de suposições e atribuições desfavoráveis (por exemplo, instável, perigoso) baseadas apenas na condição de saúde do sujeito, e neste caso o sujeito pode julgar-se a si mesmo com tais atributos negativos.

O indivíduo estigmatizado é diferente em uma sociedade que exige a semelhança, não reconhecendo as diferenças dentro da semelhança, por sua vez, não tem espaço nem voz, papéis

a exercer, funções a executar, não pode ser sujeito da ação, tornando-se uma pessoa sem valor nas relações sociais (Goffman, 1982 citado por Morando et al., 2018). Por sua vez, é visto como uma pessoa passiva, dependente dos cuidados dos profissionais que prestam serviços gerontológicos e da proteção do Estado, que deve ser responsável por pensões, instituições de longa permanência, serviços domiciliares e centros sociais para promover o lazer e contactos sociais (Cachioni & Neri, 2004 citados por Morando et al., 2018). Logo, o estigma destrói atributos e qualidades do indivíduo, exerce poder de controlo das suas ações e deteriora sua identidade social.

O estigma revela que a sociedade tem dificuldade de lidar com o diferente. Esta dificuldade é “perpetuada”, ao longo das gerações, pela educação familiar, pela escola, pelos hospitais, pelos meios de comunicação de massa, por cada um de nós em nosso cotidiano, o que leva à construção de uma carreira moral para o indivíduo estigmatizado, isto é, sua identidade vai incorporar este atributo ao qual corresponde um valor social negativo, (Bock, Furtado & Teixeira, 2001). Exemplo, devidos as manifestações clínicas da demência que podem evoluírem para agitação, discurso incoerente acompanhados da alteração da memória, podem fazer com que estes doentes sejam separados e excluídos dos outros doentes considerados normais.

## **6.6. Profissionais de saúde**

Os profissionais de saúde são pessoas olhados e confiados em possuir capacidades e compreender os processos de sofrimento, alteração mental do paciente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. A especificidade da prática clínica em cuidados a pacientes com alteração mental “demência”, engloba o relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psico-educacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o paciente assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução (Nunes, 2014, p. 8).

Os cuidados dos profissionais de saúde têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão

rapidamente quanto possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração mental, têm ganhos em saúde quando cuidados por estes profissionais e diminuem significativamente o grau de incapacidade que estas alterações originam (Nunes, 2014, p. 8).

### **6.7. Paciente**

Paciente é um ser único e, como tal, com vulnerabilidades próprias que nesta área dos cuidados em saúde, podem determinar, em situação limite, ser envolvidos nos cuidados involuntários e no mesmo sentido, e podem receber cuidados que no momento, vão contra o seu desejo. Estas particularidades afetam a natureza da relação do profissional de saúde-paciente e podem colocar dilemas éticos complexos, que necessitam ser sistematicamente objeto de reflexão. Dai que é necessário que todos os pacientes tenham acesso equitativo a cuidados prestados pelos profissionais de saúde em seguimento a pacientes com demência numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, capacitação, participação e direitos humanos, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível (Nunes, 2014, p. 12).

## **7. Metodologia**

### **7.1. Tipo de estudo**

Tratou-se de um estudo descritivo do tipo transversal, com uma abordagem qualitativa.

### **7.2. Local da realização do estudo**

O estudo foi realizado no Hospital Central do Maputo (HCM), concretamente nas consultas externa de Neurologia, enfermaria de Neurologia e consultas externas Geriatria. Que são sectores que normalmente lidam com pacientes com demência nesta unidade sanitária.

#### **7.2.1. Breve descrição da área de estudo**

Hospital Central de Maputo, é um hospital de nível quaternário, de ensino e de referência nacional, visto que é o maior hospital do país, ocupa uma área de 163.800m<sup>2</sup>, localizado na cidade de Maputo, no centro da cidade, no Distrito Urbano KaMpfumo. Faz limite a Sul com a Avenida Eduardo Mondlane, a Norte com a Avenida Agostinho Neto, a Este com a Avenida Tomás Ndunda e a Oeste com a Avenida Salvador Allende. É Um hospital com quase 100 anos de existência, com cerca de 35 edifícios; assiste diretamente cerca de 2.000.000 (dois milhões) de habitantes da Cidade e província de Maputo e do resto do país, com cerca de 3.000 (três mil) trabalhadores.

### **7.3. Período do Estudo**

Os dados foram colhidos no período de Junho a Julho de 2024, após a autorização para a sua realização.

### **7.4. População do estudo**

A população do estudo foi constituída por 14 profissionais de saúde do sector da Neurologia (consultas externas de Neurologia e Enfermarias), das quais temos 2 Neurologistas, 1Médico de clinica geral, 2 Psicólogos, 1 Técnica de Psiquiatria nas consultas externas, 2 Agente de serviço, 4 Técnicos administrativos, 1 Técnico de saúde, 1 Enfermeira. Na Geriatria temos 8 Profissionais de saúde, dos quais 1 Enfermeira, 1 Técnica administrativa, 1 Agente de serviço 2 Geriátras e 3 Médicos, todos em seguimento aos pacientes com demência.

### **7.5. Modo de seleção dos participantes, amostra, amostragem**

A amostra foi constituída por 22 profissionais de saúde, sendo 14 profissionais de saúde do sector da Neurologia (consultas externas e enfermaria) e 8 profissionais de saúde do sector da Geriatria, todos em seguimento aos pacientes com demência. Selecionados seguindo o critério de amostragem não probabilística por acessibilidade ou conveniência.

### **7.6. Critérios de inclusão e exclusão**

#### **7.6.1. Critérios de inclusão**

##### **Fizeram parte do estudo:**

- ❖ Neurologistas, Médicos de Clínica Geral, Geriatras, Psicólogos, Enfermeiros, Técnicos Administrativos e Agentes de Serviço a exercer suas atividades no Sector de Neurologia e Geriatria do Hospital Central de Maputo;
- ❖ Participantes com idades compreendidas entre os 25 e 60 anos;
- ❖ Participantes que tiveram interesse em participar no estudo e foi expresso através da assinatura da declaração de consentimento informado.

#### **7.6.2. Critérios de exclusão**

##### **Foram excluídos do estudo:**

- ❖ Falta de disponibilidade durante a realização do estudo;
- ❖ Profissionais com menos de três meses de trabalho no Sector.

### **7.7. Procedimentos, técnicas e instrumentos de recolha de dados**

O estudo foi realizado depois da submissão ao Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina & Hospital Central do Maputo (CIBS-FM & HCM) para a verificação, aprovação e autorização. Depois da aprovação do protocolo deslocou-se ao local de estudo, identificou-se o grupo alvo, houve a apresentação da pesquisadora e proporcionou-se uma relação de confiança e compreensão com eles, explicou-se os procedimentos e a finalidade do estudo, depois foram esclarecidos sobre o material a ser utilizado durante a entrevista, de seguida, os participantes interessados assinaram o termo de consentimento informado, após

isso, seguiu-se com a aplicação dos instrumentos de recolha de dados, que decorreu de forma individual e em um espaço privado.

### **7.7.1. Instrumentos de recolha de dados**

Foi aplicado um questionário de estigma composto por 17 perguntas aos Geriatras, Neurologistas e Médicos de Clínica Geral selecionados para o estudo e, foi também aplicado uma escala de atitudes doença mental composto por 13 perguntas aos Enfermeiros, Psicólogos, Técnica de Psiquiatria, Técnicos Administrativos e Agentes de Serviço. Ainda, o estudo teve como instrumento de recolha de dados a **entrevista semiestruturada** constituído por 9 perguntas abertas e foram dirigidas de forma individual de modo que o profissional se sentisse à vontade ao responder as questões e evitar influências dos demais profissionais.

### **7.8. Variáveis do estudo**

#### **Variáveis sociodemográficas:**

- ❖ Sexo; Idade; Nível académico; Profissão; Local de seguimento do paciente, tempo de serviço.

#### **Variáveis de estudo**

- ❖ Conhecimentos dos profissionais de saúde em relação a demência.
- ❖ Atitudes dos profissionais de saúde em relação a paciente com demência.
- ❖ Práticas nos profissionais de saúde em relação ao seguimento do paciente com demência.
- ❖ Estigma nos profissionais de saúde em relação ao paciente com demência.

### **7.9. Plano de gestão e análise de dados**

Os dados foram analisados com recurso a técnica de análise de conteúdo da Bardin. Tendo sido efectuada em 3 fases:

- A primeira etapa consiste na organização, é uma fase de preparação para a análise propriamente dita, são selecionados os documentos que serão analisados, formula-se as hipóteses e os objetivos da análise e elabora-se os indicadores que irão fundamentar a

interpretação final. Nesta fase, fez-se a transcrição dos dados das entrevistas e a correção dos instrumentos aplicados.

- Na etapa seguinte, tem-se a transformação dos dados brutos de modo mais sistemático, organizando-os em unidades que permitam que as características relevantes dos conteúdos sejam descritas de forma exata. Neste espaço fez-se a codificação dos dados obtidos, seguida da organização lógica e sistemática dos dados obtidos.
- Depois segue-se a categorização das unidades de análise ou unidades de significação, que consiste numa “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos”. Por fim, criou-se as categorias e a significação dos dados obtidos, atendendo aos objectivos previamente estabelecidos.

## **8. Limitações do estudo**

Durante o percurso da pesquisa, deparou-se com algumas limitações, como a generalização dos resultados encontrados para os demais contextos, visto que o estudo foi realizado em apenas uma unidade sanitária.

Ademais:

- Dificuldade em responder o questionário de avaliação do estigma alegando a extensão das perguntas;
- Dificuldades de ter participantes por conta de grandes fluxos de atendimentos observados em alguns dias.
- Sendo que o estudo foi realizado em uma unidade sanitária, os resultados poderão não ser representativos para outras unidades sanitárias do país, limitando assim a generalização dos mesmos.

### **8.1. Considerações Éticas**

Para a realização deste estudo, obedeceu-se os preceitos éticos constantes nas diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. O consentimento livre foi solicitado aos participantes. Foi assegurada aos participantes a liberdade de participação no

estudo e desistência em qualquer etapa do mesmo. A entrevista foi precedida por uma explicação concisa e precisa sobre o carácter voluntário na participação.

Para preservar o anonimato dos participantes, os guiões de entrevistas foram codificados. Os dados colhidos foram usados exclusivamente para fins académicos, no tratamento os dados foram partilhados pela pesquisadora com o seu supervisor. Todos demais envolvidos terão somente acesso aos resultados finais sem a especificação da proveniência dos dados.

## **8.2. Potenciais riscos e como estes foram minimizados**

O estudo não teve riscos físicos aos participantes, e estes foram explicados o contexto da participação de forma antecipada, de modo a minimizar a ansiedade que o processo podia causar.

## **8.3. Consentimento informado**

O consentimento informado foi obtido através de um contacto direto com os entrevistados, depois de esclarecido o propósito da pesquisa de uma forma sumária e posteriormente assinado pelos participantes.

## **8.4. Confidencialidade**

Foi assegurada a confidencialidade, os dados foram anónimos e somente os investigadores envolvidos terão acesso e será mantida na base de dados e protegida por um código de segurança. Os dados serão somente utilizados para fins de pesquisa e serão conduzidos de acordo com as boas práticas clínicas e aos princípios da Declaração de Helsínquia.

## **8.5. Potenciais benefícios**

Não houve benefício directo para os participantes do estudo, mas com a informação fornecida no estudo, poderá no futuro beneficiar para o melhoramento da prática profissional e um atendimento cada vez mais digno e humanizado.

## **9. Resultados e Discussão**

### **9.1. Resultados**

No presente capítulo, os resultados são analisados e discutidos de forma separada, onde, primeiramente são apresentados e de seguida discutidos em um subcapítulo independente. Na Tabela 1, pretende-se apresentar a caracterização dos participantes do estudo.

Para apresentação dos resultados optou-se na criação de categorias de significados para estabelecer subtítulos, onde foram concebidas a partir dos objetivos preestabelecidos para o estudo. Nas categorias, estão patentes os depoimentos das participantes da pesquisa que sustentam a ideia subjacente na categoria. Em cada depoimento é indicada a codificação de cada participante dentro de parênteses.

Participaram do estudo 22 profissionais de saúde que trabalham com pacientes com demência nos sectores de Neurologia e Geriatria do Hospital Central de Maputo. As idades variam de 34 a 58 anos. A distribuição pelo sexo mostrou-se equilibrada, mas com uma ligeira acentuação para o sexo feminino que o sexo masculino. Quanto à escolaridade e/ ou formação académica, nota-se uma variação desde a 9<sup>a</sup> classe até ao nível de especialização na medicina. No que concerne à categoria profissional, temos desde os agentes de serviços até a médicos especialistas e, o tempo de trabalho no sistema nacional de saúde, bem como nos sectores de trabalho, varia de 5 meses a 23 anos. Quanto ao local de trabalho, os participantes encontram-se distribuídos em diversos sectores, tais como: Consultas externas de Neurologia, Enfermaria Neurologia e consultas externas de geriatria.

**Tabela 1. Caracterização dos participantes do estudo**

<b>Variáveis</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Formação académica</b>	<b>Categoria profissional</b>	<b>Tempo no SNS</b>	<b>Sector de trabalho</b>	<b>Tempo no sector</b>
<b>P1</b>	38 anos	M	Lic. Medicina	Médico generalista	10 anos	Resid. HCM	6 anos
<b>P2</b>	52 anos	F	Psicóloga	Téc. Superior N1	19 anos	Neurologia	4 anos
<b>P3</b>	42 anos	F	Lic. Medicina	Médica generalista	12 anos	Neurologia	7 anos
<b>P4</b>	35 anos	M	Lic. Medicina	Médico residente	6 anos	Neurologia	4 anos
<b>P5</b>	42 anos	F	Nível Médio	Enfermeira	14 anos	Neurologia	9 anos
<b>P6</b>	35 anos	M	Lic. Medicina	Espe. Med. Interna	8 anos	Dep. Med.	5 anos
<b>P7</b>	54 anos	M	Médico. Espe.	Médico especialista	23 anos	Geriatria	4 anos
<b>P8</b>	58 anos	F	10 <sup>a</sup> classe	Enfermeira	34 anos	Consu. Med.	7 anos
<b>P9</b>	46 anos	F	12 <sup>a</sup> classe	Técnica. Saúde	15 anos	Cons. Med.	1 ano
<b>P10</b>	34 anos	F	Lic. Medicina	Medica Internista	10 anos	Dep. Med. Int.	5 anos
<b>P11</b>	51 anos	M	Medicina	Medica generalista	20 anos	Cons. Ext. Med	20 anos
<b>P12</b>	38 anos	M	Psic. Clin.	Psicólogo	5 anos	Psiquiatria	5 meses
<b>P13</b>	43 anos	M	Medicina	Médico geriatra	20 anos	Geriatria	7 anos
<b>P14</b>	40 anos	M	Licenciatura	Téc. Admin.	19 anos	Dep. Med.	18 meses
<b>P15</b>	47 anos	M	Est. psicologia	Téc. Admin.	24 anos	Dep. Medicina	3 anos
<b>P16</b>	42 anos	F	Nível médio	Téc. Admin.	15 anos	Dep. Medi.	2 anos
<b>P17</b>	43 anos	F	Nível médio	Tec. Psiquiatria	2 anos	Psiquiatria	2 anos
<b>P18</b>	53 anos	F	9 <sup>a</sup> classe	Agente de serviço	25 anos	Dep. Medi.	5 anos
<b>P19</b>	42 anos	F	12 <sup>a</sup> classe	Agente de serviço	8 Anos	Neurologia	8 anos
<b>P20</b>	34 anos	M	Nível médio	Assist. Admin.	8 Anos	Psiquiatria	4 anos
<b>P21</b>	43 anos	F	Licenciatura	Téc. Admin.	12 anos	Medicina	3 anos
<b>P22</b>	38 anos	F	12 <sup>a</sup> classe	Agente de serviço	12 anos	Neurologia	2 anos

### **9.1.1. Conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a demência**

#### **9.1.1.1. Demência como uma síndrome**

Os profissionais de saúde que fizeram parte do estudo apresentam conhecimentos sobre a demência. Sendo os médicos de clínica geral, geriatras e neurologistas os que apresentam conhecimento mais profundo, e os enfermeiros e outros técnicos com menos conhecimento. Onde, a demência é descrita como uma síndrome, na qual podem existir alterações cognitivas, no cálculo, atenção, memória, linguagem, aprendizagem e, alterações afetivas. Tal como o atestam os depoimentos:

*“A demência é algo que pode acontecer com alguém que esteja a desenvolver alteração do comportamento ou alteração do seu estado emocional”.* (P5, Enfermeira)

*“Síndrome que se caracteriza pela deterioração da função cognitiva, que é responsável por processar o pensamento, afeta a memória, orientação, cálculo, compreensão, aprendizagem, linguagem e julgamento”.* (P13, Geriatra)

#### **9.1.1.2. Demência como entidade nosológica multifatorial**

Os participantes consideram que não existe uma causa ou fator específico para o surgimento da demência, pois, considera-se uma condição nosológica influenciada por vários fatores, como é o caso dos problemas neuro-degenerativos, problemas vasculares, infeções, traumatismos, problemas endócrinos e outros.

*“A demência pode ser causada por vários fatores dentre os quais: isolamento social, tabagismo, perda auditiva, obesidade, traumatismo craniano, depressão, diabetes, hipertensão arterial entre outros”.* (P12, Psicólogo)

*“As causas podem ser neuro-degenerativas, vasculares (doenças cerebrovasculares), secundárias (metabólicas, endócrinas, infecciosas, tóxicas, pós-traumáticas, mecanismo de expansão cerebral, entre outras) ”.* (P13, Geriatra)

#### **9.1.1.3. Demência como síndrome com indícios patognomónicos**

Os profissionais consideram como principal sinal e sintoma para o quadro demencial a perda da memória. No entanto, são descritos outros sinais e sintomas que podem ser observados, como é o caso da dificuldade na linguagem, perda da capacidade de resolução de problemas,

mudanças na personalidade, dificuldades em desempenhar as atividades cotidianas e habituais.

*“Perda da memória, dificuldade em usar a linguagem, mudanças na personalidade, desconcentração, problemas em fazer tarefas diárias/ habituais, comportamento perturbado”*. (P11)

*“Esquecimento (amnesia), alteração da personalidade”* (P6)

*“Perda gradual e progressiva da memória, confusão mental, perda da capacidade de resolver problemas, comportamento agitado ou alucinações, perda de reconhecimento de locais familiares e perda de interesse de realizar atividades”*. (P12)

### **9.1.2. Atitudes dos profissionais de saúde sobre a demência**

Os profissionais de saúde que lidam diretamente com pacientes com demência, demonstraram atitudes favoráveis e empáticas em relação à demência, onde elencam a criação de um ambiente de confiança e acolhimento, demonstração de afeto e carinho no cuidado com o paciente, evitar qualquer tipo de discriminação ou estigmatização, reconhecer que o paciente com demência é um paciente como qualquer outro e que não está agindo voluntariamente, procurar entender a perspectiva do paciente e seus familiares, demonstrar paciência e compreensão diante dos desafios, manter a calma e a postura adequada durante o atendimento e dedicar mais tempo e atenção aos pacientes com demência. Tal como o aferem os depoimentos:

*“Como havia dito, é um desafio. Primeiro, há que perceber que a pessoa não responde uma pergunta de forma correta, se falha-lhe a memória, por exemplo, durante quando começa a contar a sua história...paciência acima de tudo, muito profissionalismo, saber colocar-se no lugar dos doentes, que a pessoa não está a fazer aquilo porque quer”*. (P4)

*“Tenho tratado doentes com demência durante a maior parte da minha vida e, pelo menos como profissional, sinto-me realizado. A demência é uma doença que não tem cura, mas tem muitas fases. Está a fase hiperativa, a fase hiperativa, a fase de esquecimento, que se existem medicamentos que ajudem a mitigar a progressão desta doença que em muitos casos é irreversível. Mas eu sempre atendo pacientes com doenças e me sinto realizado ao atender a pacientes que tenham qualquer tipo de demência”*. (P7)

... *”Criar um afeto com esse paciente, para que o paciente possa acreditar em nós, possa confiar em nós, porque uma vez que eles têm uma alteração, eles têm um medo, ou às vezes são um bocadinho nervosos, um bocadinho*

*rebeldes. Então, nós, como profissionais de saúde, devemos conquistar este paciente de uma boa forma. O primeiro contacto que nós temos com o paciente deve ser convidativa, de modo que ele possa acreditar em tudo que nós vamos fazer com ele". (P9)*

Relativamente aos profissionais de saúde que não trabalham diretamente com pacientes com demência e que foram submetidos à escala de atitudes da doença mental, evidenciou-se que:

No fator separação, a maioria dos participantes que referiram que concordam parcialmente e totalmente, verifica-se uma tendência de se ver as pessoas com demência como diferentes ou distantes da sociedade, que as pessoas com demência têm comportamento imprevisível (14 participantes), e se uma pessoa iniciar ter os sintomas da demência, facilmente os sintomas tendem a progredir (12 participantes), além de concordarem também que os doentes com demência tendem a ser nervosos (12 participantes), apesar da maioria dos participantes concordarem parcialmente e totalmente existiram pelo menos (2) participantes que não concordaram com essas questões do fator de separação. Uma atitude favorável e não separatista face a demência está presente com a metade dos participantes (7), a discordarem na questão relativa a olhar os doentes com demência como aqueles que prejudicam outras pessoas, e a outra metade manteve-se a favorecer a separação ao concordar parcialmente e totalmente.

Na categoria estereotipização os respondentes revelaram uma tendência discrepante entre as atitudes favoráveis e não favoráveis face à demência nas questões: É difícil identificar pessoas que sofrem de demência, onde (10) participantes não concordaram, entretanto, a maioria (13), concordou parcialmente e totalmente que: Pode-se dizer facilmente que uma pessoa sofre de demência pelas manifestações do seu comportamento. Nota-se que a maioria da amostra (11), concorda que: Todas as pessoas com demência têm alguns comportamentos estranhos.

Quanto ao fator restrição, a maioria dos respondentes (9), sustenta uma visão realística, tendo uma atitude não favorável quanto à recuperação de pessoas com demência e ao seu futuro. Não obstante, é de referenciar que a minoria (5) não concorda com a afirmação.

No que concerne ao paternalismo, na percepção da maior parte dos participantes (14), concordam totalmente que o cuidado e o suporte da família e amigos poderão ajudar as

peçoas a recuperar da sua doença mental. Por outro lado, a melhor forma de ajudar os doentes com demência a melhorar, é permitir-lhes permanecer na sua comunidade e serem ajudados com os seus familiares (13) e (1) participante não concorda com a última afirmação.

Relativamente à estigmatização, uma grande parte dos participantes (11), apresenta uma atitude positiva quanto à demência, sem conceções estereotipadas. Assim, a maioria das respostas não concordam que: É vergonhoso estar a sofrer de demência. Em contrapartidas (3) participantes concordam parcialmente.

### **9.1.3. Práticas dos profissionais de saúde nos pacientes com demência**

Os participantes do estudo relataram limitações e algumas dificuldades no atendimento aos pacientes com demências, este processo é tido como desafiador, pois em várias ocasiões estes profissionais deparam-se com algumas barreiras, como é o caso da escassez e falta de recursos essenciais para todo o processo, desde o diagnóstico até ao tratamento, e o pouco tempo com cada paciente devido a demanda que é maior, tem sido a preocupação destes profissionais. O outro grande impasse é referente aos familiares destes pacientes, pois estes são tidos como pouco colaborativos e pouco envolvidos no processo de tratamento, o que dificulta a ação do profissional de saúde, pois dada a natureza da doença e do comprometimento na esfera cognitiva, torna-se crucial a presença ativa da família, o que não tem acontecido como se espera. Factos patentes nos seguintes depoimentos:

*“Temos nos deparado com falta de alguns reagentes para a realização de certos exames laboratoriais que nos são importantes para podermos descartar certas causas” ... “Por vezes não há reagente até para descartar algumas patologias, esfera endócrina como a da glândula tiroide, que muitas das vezes também tem causado demências tratáveis” (P1)*

*“Sim, são várias dificuldades, principalmente em relação à família, porque muitas das pacientes não têm capacidade de nos facultar a história, como é que iniciaram os sintomas” ... “A outra é em relação ao tempo disponível que nós temos em consulta para observar esses pacientes. Muita das vezes, nós precisamos de muito mais tempo, devido à demanda dos pacientes, às vezes fica difícil termos o tempo suficiente para avaliar os doente”. (P3)*

*“A dificuldade é por causa da demanda do trabalho, nós lidamos com muitos pacientes e muitas das vezes falta-nos o tempo para essas conversas”. (P8)*

## 9.2. Discussão

Sobre aos conhecimentos sobre a demência, os resultados do estudo sugerem que os profissionais de saúde tem conhecimentos sobre demência, sendo os médicos com maior conhecimento em comparação aos demais profissionais. Este achado esta em linha com o estudo Travers et al (2013), que aponta que a capacitação em demência é importante para a aquisição de competências no cuidado ao paciente e para a atualização e/ou a aquisição de novas informações. Estudos internacionais evidenciaram que a participação em capacitação sobre demência possibilita aos profissionais maior conhecimento, atitudes positivas e êxito no cuidado frente aos pacientes com demência. Ademais, para caracterizar a demência, a Classificação Internacional de Doenças – Mortalidade e Morbidade Estatística ICD-11 MMS (2018), postula-se que a demência é uma síndrome cerebral adquirida, caracterizada por um declínio de um nível anterior de funcionamento cognitivo com deficiência em dois ou mais domínios cognitivos (como memória, funções executivas, atenção, linguagem, cognição social e julgamento, velocidade psicomotora, viso-percetual ou habilidades viso-espaciais).

Relativamente as atitudes, os resultados apontam que os profissionais de saúde que lidam diretamente com os pacientes com demência demonstraram atitudes favoráveis e empáticas em relação à demência. Portanto, os achados do estudo se cruzam com o descrito na literatura por intermédio do autor Nunes (2014), que defende que, a especificidade da prática clínica em cuidados a pacientes com alteração mental “demência”, engloba o relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psico-educacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o paciente assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução. Os achados do estudo divergem com o posicionamento dos autores Costa, Santos, Oliveira (2020), que postulam que os profissionais de saúde que frequentemente lidam com casos graves de demência podem generalizar suas experiências negativas, levando a uma visão pessimista e estigmatizante. O contacto contínuo com comportamentos desafiadores pode reforçar a ideia de que todos os pacientes com demência são difíceis ou incapazes.

Relativamente aos profissionais de saúde que não trabalham diretamente com pacientes com demência e que foram submetidos à escala de atitudes da doença mental, evidenciou-se a presença de atitudes pouco favoráveis e estigmatizantes. Estes achados corroboram com o

posicionamento dos autores Artilho et al (2022), que postulam que os profissionais de saúde não estão imunes ao estigma mais amplo que permeia a sociedade, crenças culturais que associam demência a fraqueza ou incapacidade podem ser internalizadas pelos profissionais, influenciando suas atitudes em relação aos pacientes, o medo do desconhecido e da progressão da demência pode gerar ansiedade entre os profissionais de saúde, levando à adoção de atitudes estigmatizantes. Essa ansiedade pode se manifestar como uma necessidade de distanciamento emocional dos pacientes. Ademais, aponta-se que os próprios preconceitos dos profissionais, muitas vezes derivados de suas experiências pessoais ou sociais, podem influenciar suas atitudes em relação aos pacientes com demência. Isso inclui crenças sobre a capacidade dos pacientes e o valor da vida com demência (Costa et al., 2020). Por fim, ainda na visão dos mesmos autores, a falta de treinamento específico sobre demência e saúde mental, pode levar os profissionais a desenvolverem preconceitos. Quando os profissionais não têm uma compreensão adequada das condições neuro-degenerativas, podem formar opiniões errôneas e estigmatizantes sobre os pacientes.

Quanto às práticas, os resultados sugerem que os profissionais de saúde enfrentam desafios significativos no atendimento a pacientes com demência, percebendo o processo como complexo e com diversas barreiras, permeado por escassez e falta de recursos essenciais, tempo insuficiente para o atendimento e, falta de colaboração e envolvimento familiar. Estes achados estão alinhados com os resultados do estudo feito em Moçambique por Muthemba (2015), que postula que a formação acadêmica é tida como um dos pontos de enraizamento dessa cultura. Esta, para além de não privilegiar os conteúdos relevantes sobre as doenças neuro-degenerativas, a ausência ou insuficiência de atualizações e da educação permanente em matérias de doenças neuro-degenerativas, o contacto para o atendimento com qualidade é francamente baixo, o que pode influenciar no surgimento de qualquer forma ou atitude estigmatizante. Ainda na mesma linha, aponta-se que há carência de profissionais especializados nas áreas de Geriatria e Gerontologia, bem como a temática ainda é pouco explorada na formação dos profissionais generalistas, tanto na graduação quanto na pós-graduação. Essa carência de profissionais de saúde capacitados e habilitados para tratar idosos influencia decisivamente nas dificuldades de abordagens adequadas (Castro et al., 2018). Ademais, postula-se que os familiares da pessoa com demência podem ser vítimas de atitudes estigmatizantes, mas também podem apresentar-se como agentes de estigmatização (Goffman, 1963). Alguns autores justificam o processo de estigmatização por parte dos familiares igualmente devido à falta de informação adequada bem como ao cansaço desenvolvido pelo

próprio processo contínuo de prestação de cuidados ao doente e pela falta de recursos de suporte para os familiares (Thornicroft, 2006). Constituindo-se como os principais cuidadores das pessoas com incapacidades mentais, as famílias mantêm muitas vezes a doença do seu familiar em segredo, afastando-se de atividades relacionadas com a interação social, de forma a evitar a exposição (Leff & Warner, 2006).

## **10. Conclusões e recomendações**

### **10.1. Conclusão**

O estigma nos profissionais de saúde é um fenômeno complexo que pode afetar sua saúde mental e bem-estar, além de influenciar a forma como são percebidos pela sociedade. O estigma em relação à demência entre profissionais de saúde é um fenômeno complexo e multifacetado, que pode afetar significativamente a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes.

No decorrer do estudo, percebeu-se que em relação aos conhecimentos sobre a demência houve variações sobre os aspectos gerais, como o conceito, a caracterização, o quadro clínico e os tipos. Pois observou-se uma diferença nas perspectivas dos médicos e os demais profissionais de saúde. Onde os médicos apresentaram um conhecimento mais amplo e aprofundado em comparação aos demais profissionais de saúde. Facto que pode ser visto como uma porta de entrada para o surgimento de ideias estigmatizantes, pois a falta de conhecimento e/ ou o pouco conhecimento é um fator que influencia significativamente no surgimento do comportamento estigmatizante.

No que concerne as práticas destes profissionais, evidenciou-se a presença de limitações e algumas dificuldades no atendimento aos pacientes com demência, este processo é tido como desafiador, pois em várias ocasiões estes profissionais deparam-se com algumas barreiras, como é o caso da escassez e falta de recursos essenciais para todo o processo, desde o diagnóstico até ao tratamento, e o pouco tempo com cada paciente devido a demanda que é maior, tem sido a preocupação destes profissionais.

Relativamente as atitudes destes profissionais perante pacientes com demência, notou-se diferença naqueles que trabalham diretamente e aqueles que não trabalham diretamente com estes pacientes. Os profissionais de saúde que lidam diretamente com pacientes com demência, demonstraram atitudes favoráveis e empáticas em relação à demência, onde elencam a criação de um ambiente de confiança e acolhimento, demonstração de afeto e carinho no cuidado com o paciente, evitar qualquer tipo de discriminação ou estigmatização, reconhecer que o paciente com demência é um paciente como qualquer outro e que não está agindo voluntariamente, procurar entender a perspectiva do paciente e seus familiares, demonstrar paciência e compreensão diante dos desafios, manter a calma e a postura adequada durante o atendimento e dedicar mais tempo e atenção aos pacientes com demência. Os profissionais que não lidam diretamente com os pacientes com demência, apresentam atitudes pouco favoráveis,

separatistas e com concepções estereotipadas, pois nota-se uma tendência manifesta de se ver às pessoas com demência como diferentes ou distantes da sociedade que estas pessoas têm comportamento imprevisível.

Portanto, os dados do estudo evidenciaram a presença de comportamentos estigmatizantes por parte dos profissionais de saúde que lidam com pacientes com demência do Hospital Central de Maputo.

## **10.2. Recomendações**

Em virtude dos resultados obtidos no estudo, foi possível perceber as ideias e atitudes estigmatizantes estão presentes nos profissionais de Saúde do HCM e, como forma de mitigar este problema, sugere-se:

### **Ao Hospital Central de Maputo**

- Refrescamento na formação e capacitação aos profissionais de saúde sobre o atendimento a pacientes com demência.
- Promoção de estudos sobre a demência e a saúde mental a nível hospital.
- Intensificação da literacia sobre a demência e a saúde mental nos profissionais de saúde.

### **Ao profissional de saúde**

- Atender os pacientes com demência de forma empática, com paciência, carinho e respeito.
- Considerar os fatores biopsicossociais existentes nos pacientes com demência, de modo a oferecer cuidados integrados a eles e as suas famílias.

### **Às estruturas sociopolíticas e governamentais**

- Criação e melhoria de planos e programas específicos de manejo da demência, considerando a componente, literacia e investigação.
- Aumento de capital humano para se fazer face as doenças crónicas sobretudo a demência.

## 11. Referências bibliográficas

- Anderson, M. I. P. & Favoreto, C. A. (2010). Demências. Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária FCM/UERJ.
- Artelho, M. J., Almeida, H., Fazenda, I., Gil, I., Fernandes, L., Sousa, M. F., Carrilho, N., & Alcaire, R. (2022). Estigma e doença mental: Cadernos de Psiquiatria Social e Cultural. Universidade de Coimbra.
- Barbosa, T. R. S., (2010). Estigma face à Doença Mental por parte de futuros Profissionais de Saúde Mental: Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação. Universidade Porto. Recuperado de: [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&q=A+DEM%C3%8ANCIA+NA+TERCEIRA+IDADE%3A+a+fam%C3%ADlia+no+enfrentamento+da+doen%C3%A7a%2C+tendo+como+refer%C3%A4ncia&btn](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=A+DEM%C3%8ANCIA+NA+TERCEIRA+IDADE%3A+a+fam%C3%ADlia+no+enfrentamento+da+doen%C3%A7a%2C+tendo+como+refer%C3%A4ncia&btn).
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barroso, S. M., Andrade, V. S., Dovichi, S. S., & Silva, C. (2014). Demências: Algumas coisas que talvez você não saiba, mas precisa saber. Uberaba – MG: UFTM. ISBN: 978-1500747770. CDU 616. 892.
- Borges, M. (2010). Manual do Cuidador- Convivendo com Alzheimer. Recuperado de: <http://www.cuidardeidosos.com.br/manual-do-cuidador-alzheimer-2/>.
- Canineu, P.R. (2003). Demências: características clínicas gerais. GERP.
- Castro, A. P. R., Vidal, E. C. F., Saraiva, A. R. B., Arnaldo, S. M., Borges, A. M. M & Almeida, M. I. (2018). Promoção da saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 21(2):155-63.
- Classificação Internacional de Doenças - Mortalidade e Morbidade Estatísticas ICD-11 MMS - 2018.
- Cordioli, A. V. (2008). Psicoterapias: Abordagens Atuais. 3ª. (ed). ISBN 978-85-363-1305-4. CDU 615.851. Porto Alegre: Artmed.
- Costa G.D, Santos O.G, Oliveira M.A.C. (2020). Conhecimento, atitudes e necessidades de qualificação de profissionais da atenção básica no atendimento às demências. *Revista*

- Brasileira de Enfermagem. São Paulo. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0330>.
- Dalgalarondo, P. (2008). Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. (2ª ed). Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria: UNICAMP.
- Goffman, E. (1988). Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Goffman, I. (1997). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New Jersey: Prentice Hall.
- Gottman, E. (2004). Estigma: notas sobre a manipulação de identidade deteriorada. (4ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Knifton, L., & Quinn, N. (2013). Saúde Mental Pública: Perspectivas Globais. Nova York, NY 10121-2289. EUA.
- Lage, M. I. G. S. (2011). Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: Estudo do Impacte do Cuidado no Cuidador Informal. Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7243>.
- Letícia Bianca dos, S., Fernanda de Carvalho, G., & Helena, M. L. (2015). Demência. FAIT. Itapeva – SP – Brasil CEP 18412-000.
- Lucília Nunes, L. (2014). Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental. Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental: Da publicação às compreensões. IPS: Escola Superior de Saúde.
- Mfeneý, X. P. & Basil, P. J. (2023). Compatível com Demência Comunidades: Explorando termos usados para descrever a demência, atitudes e reações para pessoas com demência no distrito de Ilembe, África do Sul.
- Minayo, M. C. S., & Coimbra Júnior. (2002). Antropologia, saúde e envelhecimento CEA. [orgs.]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Antropologia & Saúde collection, 209 p. ISBN: 978-85-7541-304-3. Recuperado de SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- Morando, E. M. G., Schmitt, J. C., Ferreira, M. E. C., & Mármora, C. H. C. (2018). O conceito de estigma de Goffman aplicado à velhice. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD Revista de Psicologia, Nº2. ISSN: 0214-9877. pp:21-32.

- Muthemba, R. (2015). Estigma e Percepções dos Médicos de Clínica Geral sobre a Doença Mental e Suicídio. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas. Recuperado de: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/15214/1/Muthemba%20R%c3%b3mulo%20TM%202015.df>
- Nascimento, M. I. et, al. & Cordioli, A. V. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-5: *American Psychiatric Association*. 5ª (ed). ISBN 978-85-8271-089-0. Porto Alegre: Artmed.
- Paula, J. A., Roque, F. P. & Araújo, F. S. (2008). Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. Petrópolis.
- Paula, J. A., Roque, F. P. & Araújo, F. S. (2008). Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. Petrópolis.
- Porto, C. C. (2009). *Semiológica Médica*. (6ª edição.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan LTDA.
- Rabelo, E. S., & Lopes, S. C. (2017). A DEMÊNCIA NA TERCEIRA IDADE: a família no enfrentamento da doença, tendo como referência a ABRAZ de São Luís, MA. Recuperado de: [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&q=A+DEM%C3%80NCIA+NA+TERCEIRA+IDADE%3A+a+fam%C3%ADlia+no+enfrentamento+da+doen%C3%A7a%2C+tendo+como+refer%C3%A4ncia&btnG](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=A+DEM%C3%80NCIA+NA+TERCEIRA+IDADE%3A+a+fam%C3%ADlia+no+enfrentamento+da+doen%C3%A7a%2C+tendo+como+refer%C3%A4ncia&btnG).
- Rocha da, A. C. e Moreira, S. (2014). O Cuidar na demência – uma realidade emergente: Dissertação de Mestrado. FMUP. Recuperado de: <https://repositorio.aberto.up.pt/bitstream/10216/78801/2/34820.pdf>.
- Rocha, F. L., & Hara, C., Paprocki, J. (2015). Doença mental e estigma: Revista Medica Minas Gerais. Recuperado de: <http://www.rmmg/artig/detalhes/>
- Sadock, B. J., Sadock V. A., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 11ª (ed.). Conforme o DSM-5.
- Santos, S. A., & Fonseca, B. C.R. (2021). A origem e danos do estigma social frente aos ex-usuários de drogas. 24ª Edição, nº 1- MAIO/ 2015I - ISSN: 1678-300X. SCEG-FAEF.

Tavares, A. (2005). *Demências. In: TAVARES, A. (Org.). Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Travers, C. M., Beattie, E., Martin-Khan, M & Fielding, E. (2013). A survey of the Queensland healthcare workforce: attitudes towards dementia care and training. *BMC Geriatr*, 13(101):1-7.

Werner, P & Kimb, S. (2021). Um estudo transnacional de demência: Estigma entre o público em geral em Israel e na Austrália. Sid O'Bryant.

# Apêndices

### **Questionário de avaliação do estigma face ao atendimento a pessoas com demência.**

Este questionário é realizado no âmbito académico, e os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos e científicos. Sendo realçado que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual. O questionário é anónimo, não devendo por isso colocar o seu nome em nenhuma das folhas nem assinar o questionário. Não existem respostas certas ou erradas. Por isso lhe solicitamos que responda de forma sincera a todas as questões o que melhor representa a sua opinião.

#### **Categorização do Profissional** (Pessoa que responde ao questionário)

Idade	
Sexo	
Formação académica	
Categoria profissional	
Tempo de serviço no SNS	
Seu sector de trabalho	
Tempo de serviço no seu sector de trabalho	

1. O que entende por demência?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. O que você acha que causa demência?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Quais são os sinais e sintomas de que alguém tem demência?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Quais os tipos de demência são diagnosticados nas suas consultas?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Alguma vez sentiu dificuldades em compreender a pessoa com demência durante o seu atendimento?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Considera que existem limitações no atendimento a pessoas com demência?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Como avalia a sua capacidade para atendimento a pessoas com demência?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Em que medida você avalia o conhecimento pelo seu atendimento?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. De que forma tem atendido pacientes com demência nas suas consultas?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

10. Em que medida você se sente confortável ao atender pacientes com demência?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Em que medida você consegue compreender o quão do comportamento correto ou errado diante do seu atendimento a pacientes com demência?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Achas que os sinais e sintomas da demência podem influenciar para comportamentos de estigma?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. O que representa para si uma pessoa com demência?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Que necessidade se depara no seu cotidiano profissional durante o atendimento a pessoas com demência?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Que dificuldade se depara no seu cotidiano profissional durante o atendimento a pessoas com demência?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. Na sua percepção, quais os maiores desafios no atendimento a pessoas com demência?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Que sugestão daria para um atendimento digno e humano sem atitudes de estigma a pessoas com demência?

R: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Obrigada pela sua colaboração.

**Escala de Atitudes Doença Mental (Amanha Hahn, 2002; Adaptado por Tânia Madeira e Fátima Monteiro) (Muthemba, 2015).**

**Categorização do Profissional** (Pessoa que responde ao questionário)

Idade	
Sexo	
Formação académica	
Categoria profissional	
Tempo de serviço no SNS	
Seu sector de trabalho	
Tempo de serviço no seu sector de trabalho	

Instruções: Várias afirmações estão enumeradas abaixo. Assinale (X) o quanto você concorda com cada uma delas (coloque apenas um X no quadrado correspondente).

**1. As pessoas com demência têm comportamentos imprevisíveis.**

a)	Concordo plenamente	
b)	Concordo parcialmente	
c)	Não concordo	

**2. Se uma pessoa iniciar ter os sintomas de demência, facilmente os sintomas tendem a progredir.**

a)	Concordo totalmente	
----	---------------------	--

b)	Concordo parcialmente	
c)	Não concordo	

3. Os doentes com demência tendem a ser nervosos.

a)	Concordo totalmente	
b)	Concordo parcialmente	
c)	Não concordo	

4. É difícil identificar pessoas que sofrem de demência.

a)	Concordo totalmente	
b)	Concordo parcialmente	
c)	Não concordo	

5. Pode-se facilmente dizer que uma pessoa tem demência pelas manifestações do seu comportamento.

a)	Concordo totalmente	
b)	Concordo parcialmente	
c)	Não concordo	

6. Todas as pessoas com demência têm alguns comportamentos estranhos.

a)	Concordo totalmente	
b)	Concordo parcialmente	

c)	Não concordo	
----	--------------	--

7. Pessoas com demência não recuperam totalmente.

a)	Concordo totalmente	
b)	Concordo parcialmente	
c)	Não concordo	

8. O bom atendimento e o suporte da família poderão ajudar aos doentes com demência a melhorar da sua doença.

a)	Concordo totalmente	
b)	Concordo parcialmente	
c)	Não concordo	

9. A melhor forma de ajudar os doentes com demência a melhorarem é permitir-lhes permanecer na sua comunidade e serem ajudados com seus familiares.

a)	Concordo plenamente	
b)	Concordo parcialmente	
c)	Não concordo	

10. Mesmo com tratamento e apoio dos familiares, doentes com demência tendem a ter comportamentos imprevisíveis.

a)	Concordo plenamente	
b)	Concordo parcialmente	
c)	Não concordo	

11. Os doentes com demência prejudicam as outras pessoas.

a)	Concordo plenamente	
b)	Concordo parcialmente	
c)	Não concordo	

12. É vergonhoso estar a sofrer de demência.

a)	Concordo plenamente	
b)	Concordo parcialmente	
c)	Não concordo	

13. Faça algum comentário, caso julgue necessário.

## Guião de Entrevista Semiestruturado

### Dados sócio demográficos

Idade \_\_\_\_\_

Género: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Formação académica \_\_\_\_\_

Categoria profissional \_\_\_\_\_

Tempo de serviço no SNS \_\_\_\_\_

Seu sector de trabalho \_\_\_\_\_

Tempo de serviço no seu sector de trabalho \_\_\_\_\_

### Questões:

1. Bom dia, para começar, gostaria que me fala-se um pouco sobre o que é para si demência?
2. Pode mencionar alguns tipos de demência e as mais frequentes nas consultas?
3. Como se sente quando esta a atender pacientes com demência?
4. Como lidar com pacientes com demência?
5. Há quanto tempo estas a seguir pacientes com demência?
6. Tem enfrentado dificuldades profissionais durante o atendimento a estes pacientes?
7. Com a sua experiência profissional ao atender estes pacientes, tem conseguido tranquilizar e estabilizar os pacientes dos seus sintomas?
8. Acredita que um paciente com demência pode sofrer estigma?
9. Na sua opinião, de que forma podemos combater o estigma nestes pacientes?

**Obrigada pela sua participação.**

# **Anexos**

## **Declaração do Supervisor Autorizando a Submissão de Dissertação para Avaliação**

### **Parecer do supervisor para a submissão de Dissertação**

Faculdade de Medicina

Mestrado em Saúde Mental e Psicointervensões

Doutor. Dirceu Henrique Paulo Mabunda, Supervisor da estudante Lúcida José Bié, do curso de Mestrado em Saúde Mental e Psicointervensões, tendo verificado que a dissertação *Avaliação do estigma nos profissionais de saúde em relação aos pacientes com demência em seguimento nas consultas externas de Neurologia e Geriatria do Hospital Central de Maputo: Estudo qualitativo*, cumpre com os requisitos indicados do RCPG, recomenda que o trabalho seja submetido a avaliação.

Maputo, Janeiro de 2026

Assinatura

---



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**HOSPITAL CENTRAL DE MAPUTO**  
**DIRECÇÃO CIENTÍFICA E PEDAGÓGICA**

Ao  
Comité Institucional de Bioética para a Saúde  
Faculdade de Medicina/ HCM  
Maputo

Ref: n.º <sup>55/024</sup> /024.1/DCP/HCM/23

Maputo, aos 02 de Outubro de 2023

Assunto: Carta de Cobertura

O Hospital Central de Maputo autoriza a realização do trabalho de investigação intitulado: "Avaliando o estigma da demência em profissionais de saúde nas consultas externas de Neurologia e Geriatria do Hospital Central de Maputo: Estudo qualitativo" a decorrer no Departamento Medicina - Serviço de Neurologia do Hospital Central de Maputo, cuja autora é a Sra. Lúcia José Bié.

Solicitamos a V. apreciação e aprovação Ética.

Saudações Académicas.

A Direcção Científica e Pedagógica

Prof. Doutora Cesaltina Lorenzoni  
(Médica, Patologista MSc, MPH, PhD)



---

Hospital Central de Maputo. Av Agostinho Neto 1164. Tel/fax 21320827/8

## CURRICULUM VITAE

### Identificação

**Apelido** – Bié

**Nome** - Lúcida José

**Filiação** - José Menete Bié e de Adelina Tonelane Tonela

**BI n°** - 110102854066I, emitido aos 27/03/2018 pelo Arquivo de Identificação Civil de Cidade de Pemba

**Data de nascimento** - 24 de Fevereiro de 1985

**Nacionalidade** - Moçambicana

**Morada** - Província de Maputo, Bairro de Tchumene II

**Estado civil** - Casada

**Telemóvel** – 841026015

**E-mail**- lucidabie2@ gmail.com

### Formação Académica

2017- Licenciada em Psicologia Clínica pelo Instituto Superior de Ciências de Saúde.

2009 - Técnica de Psiquiatria e Saúde Mental pelo Instituto de Ciências de Saúde na Cidade de Maputo

2006 - 12ª Classe pela Escola Secundaria Emília Daússe na Cidade de Inhambane

### Estágios Profissionais

2017- Estágio Integral no Hospital Psiquiátrico de Infulene em Maputo e Seminários no Instituto Superior Maria Mãe África na Cidade de Maputo

2016 – Estágio Parcial no Hospital Provincial da Matola na Província de Maputo

2008-2009 – Estágio Integral no Hospital Psiquiátrico de Infulene em Maputo

2007-Estágio Parcial no Hospital Central de Maputo

### Atuação Profissional

#### **VINCULO INSTITUCIONAL SERVIÇOS DISTRITAIS DE SAÚDE, MULHER E ACÇÃO SOCIAL DO CENTRO DE SAÚDE DE MARRACUENE**

Atual- 2018-2025- Província de Maputo, Centro de Saúde de Marracuene, Psicóloga Clínica

2017- Província de Cabo Delgado, Hospital Provincial de Pemba, Psicóloga Clínica

2010-2016- Província de Cabo Delgado, Hospital Provincial de Pemba, Técnica de Psiquiatria e Saúde mental

2009-2010 - Província de Cabo Delgado, Centro de Saúde de Chiúre, Técnica de Psiquiatria e Saúde Mental

### **Línguas**

Xope, Português, Inglês, Bitonga, Xitsua, Changana, Ronga, (faladas e escritas).

### **OUTRAS INFORMAÇÕES**

- Alto sentido de responsabilidade
- Conhecimentos Básicos de Informática
- Noções Básicas de Língua Inglesa
- Vontade de aprender e Dinâmica

**REFERÊNCIAS:** 847529963/866364230 (Esposo), 868661482 (Irmã).

**NB.** Disponibilidade Imediata