

Título completo do manuscrito: Uma boa prática de promoção da saúde e prevenção das demências e fragilidade no concelho de Ponte da Barca

Título resumido do manuscrito: Promoção e prevenção das demências e fragilidade

Laura Brito

ORCID ID: 0000-0002-5564-5231

Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca

Centro de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho

Odete Alves

Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte da Barca, ULSAM. EPE

Susana Pinheiro

Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca

Márcia Barreiro

Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca

Clara Ferreira

Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte da Barca, ULSAM. EPE

Alexandrina Rodrigues

Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte da Barca, ULSAM. EPE

Ricardo Ribeiro

Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte da Barca, ULSAM. EPE

M. Graça Pereira

Centro de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho

Resumo

O Gabinete de Investigação, Informação e Apoio ao Cuidador e Pessoa com Demência e Fragilidade (GIIAC) insere-se no Plano IADem (Plano de Investigação e Ação nas Demências) resultante do Acordo de Cooperação e Parceria entre: Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE – Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte da Barca e Centro de Investigação em Psicologia - Universidade do Minho, baseado na Portaria n.º 194/2014, de 30-09 e despacho n.º 5988/2018, de 19-06.

O GIIAC destina-se à pessoa com/suspeita de patologia neurológica/fragilidade e cuidadores (in)formais, visa identificar precocemente e avaliar continuamente, através do diagnóstico atempado, acesso a tratamentos farmacológicos/não-farmacológicos e integração entre CSP e cuidados hospitalares. Até à data intervimos com 800 idosos crónico-dependentes em visita domiciliária, 250 utentes em ERPI e 600 cuidadores (in)formais em ações de capacitação/autocuidado, permitindo diagnóstico integral e planeamento de cuidados.

Palavras-chave: Demência; Fragilidade; Boa Prática; Sinergias

Introdução

Num estudo publicado pela Alzheimer's Association (2021), estima-se que em Portugal cerca de 205.000 pessoas sofrem de demência e que ascenderá a mais de 320.000 em 2037. A prevalência tende a aumentar com a idade, sendo que a ocorrência de demência entre as pessoas com idades compreendidas entre os 65 e 69 anos é de 2,3%, valor que dispara para quase 42% quando se considera a faixa etária de 90 ou mais anos. Portugal é o quarto país da OCDE com maior taxa de prevalência de doenças de demência.

A demência é uma das perturbações neurodegenerativas associadas ao envelhecimento, caracterizada por deterioração nas funções cognitivas e comportamentais, condicionando a autonomia (Alzheimer Europe, 2019). A progressão da demência leva a deterioração gradual da função cognitiva, dificuldade na compreensão e comunicação da linguagem, e comprometimento da memória. A

demência afeta também a comunicação e percepção da realidade, as atividades de vida diária e sociais (Landeiro et al., 2018), com alterações na personalidade e na capacidade de autonomia.

A demência representa assim, pelas suas características e pela sua frequência, uma das maiores causas de limitação na funcionalidade e dependência entre a população idosa (Fox, et al., 2018) que limita a esperança de vida, mas que não é frequentemente reconhecida como doença terminal (Laver, et al, 2016), com necessidades de cuidados paliativos sobreponíveis às dos doentes com patologia oncológica, e com benefício em acesso a cuidados de reabilitação global de modo a otimizar cognição, funcionalidade e bem-estar (Alzheimer`s Association, 2021).

Num estudo longitudinal de 4 anos (Tonga, et al., 2020), 38% das pessoas com Declínio cognitivo ligeiro e 43% com demência apresentavam depressão, sendo esta um fator de risco para a fragilidade e comprometimento cognitivo, em comparação com 20% de pessoas na plenitude das faculdades mentais (Leyhe, et al. 2017). A ansiedade também é mais comum entre indivíduos com DCL ou demência, com taxas estimadas de prevalência de sintomas de ansiedade de 8% a 71% nessa população. Isto sugere que um mecanismo subjacente à ligação entre a fragilidade e a cognição pode envolver fatores psicológicos tais como distúrbios de humor (Nune, et al. 2016) e estes, por sua vez, têm repercussões na qualidade de vida e diminuem a autonomia na realização das AVD'S (Panza, et al., 2018).

A demência produz elevados custos socioeconómicos, o que gera preocupação para instituições públicas e governos. Verifica-se ainda o seu impacto social, em consequência da diminuição da qualidade de vida das pessoas com demência, pelo aumento das fragilidades ao nível físico e psicológico, e a exclusão social, e que se refletem no seu cuidador, pela sobrecarga no cuidar e o descurar de si próprio.

Devido à natureza deteriorante e incapacitante que caracteriza a demência impera uma necessidade crescente da existência de um cuidador para assegurar os cuidados de vida diária. Este tipo de cuidados é prestado com maior regularidade pelo cuidador informal, que habitualmente é do sexo feminino, cujo grau de parentesco frequentemente é ser o cônjuge ou filha (Alzheimer`s Association, 2021). Segundo diversos estudos, 1/3 dos

cuidadores informais têm 65 anos ou mais e, em média, gastam três horas por dia para cuidar, durante aproximadamente mais de quatro anos.

Atendendo ao aumento gradual da gravidade clínica da dependência da pessoa com demência e em junção uma maior dependência quanto à realização das atividades de vida diária, a família torna-se um papel fundamental na prestação de cuidados. Ocorre a necessidade de uma reestruturação da dinâmica familiar, de modo a responder às necessidades verificadas (Lindeza et al., 2020; Luiu et al, 2020).

O próprio ato de cuidar pode ser considerado um fator de stress crónico, com um padrão estável de percepção de sobrecarga. Sendo que quanto maior a sobrecarga percebida, pior a qualidade de vida do cuidador informal (Quinn et al., 2020; Pavarini et al., 2020). A OMS prioriza um Plano Nacional com soluções e abordagens que impulsione o diagnóstico precoce, sensibilize a opinião pública, reduza o estigma e proporcione um melhor apoio aos cuidadores.

Tendo como base a estimativa mundial que aponta para 24 milhões de pessoas com demência, com tendência a duplicar a cada 20 anos (Ferri et al., 2005, citados por Barbosa et al., 2011), bem como o Despacho nº 5988/2018, de 19 de junho, as recomendações da OMS, os dados da OCDE de que a prevalência das Demências tende a aumentar com a idade passando de 2% entre os 65 e os 69 e para 41% com mais de 90 anos, e no sentido de se encontrar uma estratégia de solução para dar resposta às necessidades identificadas. Considerando que a capacidade institucional de prestação de cuidados a pessoas com demência é insuficiente e que esta situação se agravará no futuro; que o número de profissionais de saúde e de assistentes sociais que se ocupam destas pessoas é insuficiente e que, por outro lado, é evidente que o melhor para essas pessoas é oferecer-lhes a assistência necessária para que possam permanecer no seu ambiente familiar, torna-se imprescindível criar infraestruturas especializadas de apoio. Deste modo, surgiu em Ponte da Barca um Centro de Referência - experiência 'piloto', com base na Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro, assente numa abordagem multidisciplinar, biopsicossocial e multisectorial e atua em cooperação e coordenação de cuidados integrados. Este Centro é composto pelas seguintes Unidades que atuam de modo integrado: a Unidade de Formação e Cidadania e a Unidade de Investigação,

que procuram dar resposta à Capacitação e Consciencialização; a Unidade de Diagnóstico/Gabinete de Investigação, Informação e Apoio ao Cuidador e Pessoa com Demência e/ou Fragilidade, a Unidade de Dia e de Apoio Domiciliário, a Unidade de Internamento e a Unidade de Alojamento Temporário, que visam a Identificação Precoce, o Diagnóstico Integral, o Planeamento de Cuidados e a Intervenção Terapêutica e de Cuidados. Salienta-se, ainda, a vertente de uma abordagem multidisciplinar e biopsicossocial de modo que a cooperação e coordenação no domínio da investigação possa melhorar o conhecimento, o diagnóstico, o tratamento, a prevenção e questões de âmbito social no que se refere ao bem-estar dos doentes, das suas famílias e das pessoas que deles se ocupam.

Assim, a estratégia de solução passa, não só, por melhorar a qualidade da investigação nos diferentes processos e fases demenciais, mas também proporcionar melhor informação aos profissionais de saúde, aos cuidadores, aos familiares e à própria comunidade, requisitos e práticos necessários à promoção da qualidade de vida das pessoas com demência.

Métodos

A criação do Gabinete de Investigação, Informação e Apoio ao Cuidador e Pessoa com Demência e/ou Fragilidade (GIIAC) insere-se numa das estratégias do Plano IADem resultante do Acordo de Cooperação e Parceria entre três entidades: Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE – UCC de Ponte da Barca e Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi) da Universidade do Minho. Desde 2020, o Plano IADem é apoiado pelo Portugal Inovação Social no âmbito do Programa de Parcerias para o Impacto (Operação n.º POISE-03-4639-FSE-000762), sendo a Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca o promotor do projeto.

O GIIAC visa a implementação de um percurso de cuidados coordenado, tendo a pessoa com demência e/ou fragilidade integrada no seu meio familiar. Para tal, inicialmente, realizou-se o levantamento dos recursos de saúde e comunitários no concelho e a definição de um fluxograma - *Percurso de Diagnóstico Integral e de Planeamento de Cuidados do cuidador/pessoa com suspeita de patologia neurológica e/ou fragilidade, o*

qual descreve procedimentos, normas de acesso e articulação, com critérios de referenciação entre CSP e CH, que implica a discussão de um plano individual/integrado de cuidados aquando de alta ou enquanto se mantiver o seguimento nas consultas hospitalares.

Neste sentido, é fundamental que se conheçam as necessidades biopsicossociais e as preferências das pessoas com demência e/ou fragilidade e dos seus cuidadores e se identifiquem os recursos existentes na comunidade. Pressupõe-se uma melhoria dos procedimentos de comunicação entre os cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e as estruturas e serviços de apoio, assim como, a implementação de apoios, com componente emocional, de saúde, educativo ou misto.

O GIIAC destina-se ao atendimento a cuidadores informais – familiares, amigos, vizinhos, a cuidadores formais e pessoas com ou suspeita de patologia neurológica e/ou fragilidade. Tem como objetivo permitir o diagnóstico integral e o planeamento de cuidados ao cuidador e à pessoa com 65 ou mais anos.

O GIIAC em relação à pessoa com ou suspeita de patologia neurológica e/ou fragilidade visa estratégias respeitantes aos cuidados mediante:

Fase 1 – Diagnóstico. Identificação precoce, monitorização e avaliação contínua, através do diagnóstico atempado, acesso a tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos e ênfase nos cuidados de saúde integrados ao nível da saúde primária e da colaboração com os cuidados hospitalares.

Fase 2 – Plano de Ação. Após realização do diagnóstico são delineados planos de intervenção/ação, promovendo a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores e de pessoas com demência e /ou fragilidade. No sentido de proporcionar a autonomia e a funcionalidade da pessoa com suspeita de alterações neuropsicológicas, estado demencial e fragilidade nas atividades de vida diária.

As práticas de intervenção utilizadas passam por:

- i. Intervenção nos problemas de saúde psicológica como a depressão e a ansiedade;
- ii. Intervenção nos processos demenciais e nas mudanças de estilo de vida;

- iii. Gestão das doenças crónicas;
- iv. Gestão do regime terapêutico e hábitos e estilos de vida saudáveis;
- v. Processos de perda e luto;
- vi. Ajustamento e adaptação a mudanças e fatores de stress relacionados com a idade;
- vii. Cuidados paliativos e no fim da vida;
- viii. Manutenção da autonomia nas atividades de vida diária;
- ix. Gestão da dor;
- x. Promoção do envelhecimento saudável cerebral;
- xi. Prescrição social;
- xii. Avaliação e capacitação enquanto cuidador;
- xiii. Gestão e autocuidado do cuidador;
- xiv. Identificação de recursos da comunidade;
- xv. Promoção da rede de suporte.

Desde março de 2020, com a declaração pela Organização Mundial da Saúde da pandemia covid-19, a Equipa do Plano IADem, de uma vertente presencial e grupal, reformulou-se para dar resposta à emergência pública causada pelo contexto pandémico, passando a contactos telefónicos, respostas via online e visitas domiciliárias, centradas na própria pessoa e num modelo biopsicossocial, no sentido de promoverem a avaliação e a intervenção adequadas a cada caso.

A Visita Domiciliária é constituída por profissionais de Enfermagem, Psicomotricidade e Psicologia e, sempre que necessário do médico de MGF, Nutricionista, Neurologia e Assistente Social, no sentido de promover a redução das desigualdades em saúde, o isolamento e a exclusão social. Com esta intervenção pretende-se que seja o primeiro contacto de uma equipa multidisciplinar resultante de uma parceria de três instituições, na identificação de vulnerabilidades do estado de saúde e social, de forma a permitir a sinalização e referenciação, permitindo a transversalidade da intervenção. Deste modo, os objetivos prendem-se com avaliação, sinalizar a população alvo com necessidades ao nível do bem-estar (físico, mental, familiar e social) de acordo com as diferentes

respostas de saúde e sociais; identificar o prestador ou potencial Prestador de Cuidados de todos os idosos visitados; implementar o Plano Individual de Cuidados; realizar registos de intervenção; realizar reuniões de equipa multidisciplinar. Assim, neste contacto diário procura-se dar atenção e resposta às necessidades do cuidador, sejam de cariz social, de saúde física e mental, de dinâmica familiar e casal, e de literacia através de intervenção direta ou mediante sinalização e referenciação para as especificidades necessárias.

Com os cuidadores informais, a intervenção desta equipa IADem não se centra apenas nas pessoas presentes na formação presencial ou em ações de capacitação em grupo, porque uma das situações oponentes é a dificuldade no uso das ferramentas digitais, por parte de um grande número de cuidadores informais ou não possuírem qualquer ferramenta tecnológica. Para além de que a deslocação dos cuidadores ao local de formação implica que haja um cuidador informal secundário para assegurar os cuidados, situação que na maioria das vezes não ocorre. Deste modo, a visita domiciliária permite ainda abordar a componente mais teórica e a consequente prática no seu contexto real de vida.

Para a intervenção com o cuidador informal são vários os objetivos e consequentes estratégias utilizadas: desde a identificação precoce de fatores de risco para a evolução da doença nas fases de pré-demência à intervenção nas fases mais avançadas, possibilitando a redução das desigualdades existentes. No contacto diário, focarmo-nos nos aspetos positivos com as famílias/cuidadores e com a pessoa com demência e/ou fragilidade. A equipa do plano IADem também realiza prescrição social, para combater o isolamento do cuidador e da pessoa com demência e/ou fragilidade. Práticas de intervenção: rede de suporte do cuidador e de ter um plano alternativo, caso o cuidador principal fique doente ou impossibilitado de estar com a pessoa cuidada; alterações comportamentais e emocionais da pessoa com demência e como agir; Educação para a Saúde (hábitos e estilos de vida saudáveis; regras de etiqueta respiratória); gestão do regime terapêutico; Intervenção em dualidade com o cuidador-pessoa com demência - estimulação/reabilitação neuropsicológica, arte como modo de expressão e psicomotricidade e reminiscências; comunicação e diálogo com a pessoa com demência

e familiares – realização de videochamadas para manter o contacto familiar; estratégias de coping: Perdão, compaixão e esperança; sincronização cardíaca, relaxamento muscular e respiração diafragmática, entre outras (atendendo à especificidade de cada caso); luto no cuidador informal (apoio psicológico).

Resultados

A equipa IADem, no âmbito do protocolo de avaliação do GIIAC, conjuga variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas, no sentido de caracterizar as pessoas com mais de 75 anos com algum tipo de comprometimento cognitivo e fragilidade, e beneficiar de intervenção e resposta adequada. Bem como, a caracterização dos seus cuidadores informais.

Até à data, o Plano IADem continua a intervir junto de mais de 800 pessoas com idade avançada com demência ou suspeita da alteração neurológica e/ou fragilidade em contexto de domicílio ou residencial e de mais de 600 cuidadores (in)formais em ações de capacitação e de autocuidado, permitindo o diagnóstico integral e o planeamento de cuidados.

Em termos de caracterização da amostra de pessoas com mais de 75 anos em contexto domiciliar que recebeu apoio no GIIAC, verificou-se ser composta por 218 (0.8%) homens e 375 (1.5%) mulheres ($M_o = 2$), com idades entre os 53 e os 100 anos ($M = 83.73$, $DP = 5.205$), e a escolaridade varia entre sem escolaridade e ensino superior ($M = 2.158$, $DP = 1.927$). No que concerne ao estado civil, 30 (0.1%) participantes são solteiros, 317 (1.2%) encontram-se casados/união de facto, 6 (0%) divorciados/separados, e 224 (0.9%) são viúvos. Relativamente ao tipo de família, 122 (0.5%) participantes pertencem a família unitária, 53 (0.2%) é monoparental, 49 (0.2%) família alargada, 5 (0%) reconstituída, 348 (1.4%) família nuclear, e 9 (0%) institucionalizada. Quanto ao prestador de cuidados, 49 (0.2%) tem cuidador formal, 386 (1.5%) cuidador informal, 48 (0.2%) cuidador formal e informal, e 69 (0.3%) não tem cuidador.

Já em contexto comunitário, no Índice de Fragilidade, verificou-se que 44% apresentam envelhecimento saudável, 22% demência, 20% encontram-se em vulnerabilidade e 14%

em fragilidade leve a muito severa. No Índice de Comprometimento Cognitivo, 77% não apresenta declínio cognitivo, 23% apresenta comprometimento cognitivo. Em termos de Índice de Demência, 29% (demência leve); 29% (demência moderada) e 42% (demência grave). Já em contexto ERPI, 130 (83%) utentes apresenta comprometimento cognitivo/demência, porém, apenas 50%-60% tem diagnóstico, e 26 (17%) utentes não têm declínio cognitivo.

A amostra dos cuidadores informais é constituída maioritariamente por mulheres (77.7%), com idade média de 66 anos (± 13.64). A maioria encontra-se casada ou em união de facto (83.8%), e possui baixa escolaridade ($M = 4.53; \pm 3.58$). Os cuidadores informais cuidam em média há quatro anos (± 2.20) e cerca de 13 a 24 horas por dia, a maioria (70.8%) dos cuidadores escolheram o ato de cuidar e todos não recebem apoio financeiro do estado (100%).

Discussão

O GIIAC assente numa linha de investigação-ação – Plano IADem - que procura dar resposta a um problema societal versando a realidade da pessoa com suspeita de patologia neurológica e/ou fragilidade e a do cuidador, num planeamento de intervenção integrada e inclusiva (atuando em dois eixos – pessoa e cuidador). O GIIAC utiliza uma abordagem multidisciplinar, biopsicossocial e multisectorial e atua em cooperação e coordenação no sentido de melhorar o conhecimento, o diagnóstico e a intervenção. O objetivo do GIIAC é permitir o acesso a cuidados de saúde que em qualquer momento sejam considerados necessários, nas condições mais convenientes e favoráveis, baseado no princípio de equidade.

A parceria institucional que está na base da equipa multidisciplinar e do paradigma ação-investigação permite de uma forma global responder às várias dimensões da pessoa/cuidador no continuum saúde-doença. Estas ações visam a capacitação da pessoa com demência e/ou fragilidade e cuidador, para que possam melhorar, controlar e gerir o seu processo de saúde-doença e qualidade de vida. A parceria colaborativa com outros profissionais de saúde e outros setores da sociedade estimulam a liderança de membros da comunidade, permitem maior disseminação de ações, com impacto

positivo na vida das pessoas e os serviços de saúde e apoia ao desenvolvimento de redes para a partilha de conhecimento.

Verificamos, que ao se trabalhar em parceria consegue-se melhorar a gestão da intervenção especializada, promover-se a utilização mais eficiente, fundamentadas na qualificação, na humanização, na garantia de qualidade e na segurança da pessoa e dos profissionais. A sustentabilidade deste projeto está assente num Acordo de Cooperação e Parceria que permite a otimização dos recursos para uma intervenção adequada, procurando parcerias e articulações associadas à problemática.

A difusão de boas práticas resultantes do compromisso, empenho e dedicação para a inovação, que possam potenciar a especialização dos profissionais e dos cuidados prestados, com benefícios reais e impacto direto na melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência e seus cuidadores, está garantida. As soluções de articulação, a sinergia, a capacitação dos profissionais permite a disseminação do conhecimento adquirido e da intervenção.

O GIAC é passível de ser replicável desde que as instituições de saúde, social e âmbito científico desenvolvam intervenção na mesma área e estejam motivadas para estabelecer Acordos de Cooperação e Parceria. O GIAC tem por base uma Missão conjunta com atividades e abordagens integradas, desde a investigação à ação, o que facilita a sua replicação e/ou transferência dos resultados e experiências da sua intervenção com elevado potencial de replicabilidade.

Deste modo, um planeamento integrado de cuidados vai criar mais-valias, ou seja, ganhos nos custos diretos (tratamentos, honorários profissionais, exames clínicos, hospitalizações e no apoio aos cuidados quotidianos) e nos custos indiretos com impacto social, como a diminuição do abandono do trabalho por parte do cuidador e o desgaste do cuidador e família.

Conclusão

Para o sucesso das intervenções no âmbito da proteção, promoção da saúde e prevenção da doença, é fundamental que se estabeleçam parcerias comunitárias que promovam sinergias entre as diferentes organizações da comunidade visando promover

a adesão, a colaboração e a continuidade dos planos e projetos numa perspetiva biopsicossocial fundamentada numa prática baseada na evidencia.

Quando o setor da saúde, o setor social e a academia formam uma parceria estão a criar uma estrutura com um sentido de identidade - Plano IADem, e uma cultura de sinergias diferentes das organizações parceiras de origem de per si, num processo de interação/participação em grupo favorável à definição conjunta de objetivos e metas comuns, à partilha de responsabilidades, de recursos, de valores e da sua história. Fica lançado o repto!

Referências

- Alzheimer Europe. (2019). Dementia in europe yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in europe. <https://www.alzheimer-europe.org/content/download/195515/1457520/file/FINAL%2005707%20Alzheimer%20Europe%20yearbook%202019.pdf>.
- Alzheimer's Association. (2021). 2021 Alzheimer's disease facts and figures. (2021). *Alzheimer's & Dementia*, 17(3), 327–406. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/alz.12328>.
- Fox, S., FitzGerald, C., Harrison Denning, K., Irving, K., Kernohan, W. G., Treloar, A., Oliver, D., Guerin, S., & Timmons, S. (2018). Better palliative care for people with a dementia: summary of interdisciplinary workshop highlighting current gaps and recommendations for future research. *BMC Palliative Care*, 17(9), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0221-0>.
- Landeiro, F., Wace, H., Ghinai, I., Nye, E., Mughal, S., Walsh, K., Roberts, N., Lecomte, P., Wittenberg, R., Wolstenholme, J., Handels, R., Roncancio-Diaz, E., Potashman, M. H., Tockhorn-Heidenreich, A., & Gray, A. M. (2018). Resource utilisation and costs in predementia and dementia: a systematic review protocol. *BMJ open*, 8(1), 1-5. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019060>.
- Landeiro, F., Walsh, K., Ghinai, I., Mughal, S., Nye, E., Wace, H., Roberts, N., Lecomte, P., Wittenberg, R., Wolstenholme, J., Handels, R., Roncancio-Diaz, E., Potashman, M. H., Tockhorn-Heidenreich, A., & Gray, A. M. (2018). Measuring quality of life of people with predementia and dementia and their caregivers: a systematic

- review protocol. *BMJ open*, 8(3), 1-5. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019082>.
- Laver, K., Cumming, R., Dyer, S., Agar, Anstey, K., M., Beattie, E., Brodaty, H., Broe, T., Clemson, L., Crotty, M., Dietz, M., Draper, B. M., Flicker, L., Friel, M., Heuzenroeder, L. M., Koch, S., Kurrle, S., Nay, R., Pond, C. D., Thompson, J., Santalucia, Y., Whitehead, & Yates, M. W. (2016). Clinical practice guidelines for dementia in Australia. *The Medical Journal of Australia*, 204(5), 191-193. <https://doi.org/10.5694/mja15.01339>.
- Leyhe, T., Reynolds III, C. F., Melcher, T., Linnemann, C., Klöppel, S., Blennow, K., Zetterberg, H., Dubois, B., Lista, S., & Hampel, H. (2017). A common challenge in older adults: Classification, overlap, and therapy of depression and dementia. *Alzheimer's & dementia*, 13(1), 59-71. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.08.007>.
- Lindeza, P., Rodrigues, M., Costa, J., Guerreiro, M., & Rosa, M. M. (2020). Impact of dementia on informal care: A systematic review of family caregivers' perceptions. *BMJ Supportive & Palliative Care*. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002242>.
- Luiu, A. L., Favez, N., Betrancourt, M., Szilas, N., & Ehrler, F. (2020). Family relationships and alzheimer's disease: A systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 76(4), 1595–1608. <https://doi.org/10.3233/JAD-200125>
- Nunes, W. A., Dias, F. A., Nascimento, J. S., Gomes, N. C., & dos Santos Tavares, D. M. (2016). Cognição, funcionalidade e indicativo de depressão entre idosos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(1), 103-111. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100014>.
- Panza, F., Lozupone, M., Solfrizzi, V., Sardone, R., Dibello, V., Di Lena, L., D'Urso, F., Stallone, R., Petrucci, M., Giannelli, G., Quaranta, N., Bellomo, A., Greco, A., Daniele, A., Seripa, D., & Logroscino, G. (2018). Different cognitive frailty models and health-and cognitive-related outcomes in older age: from epidemiology to prevention. *Journal of Alzheimer's disease*, 62(3), 993-1012. [10.3233/JAD-170963](https://doi.org/10.3233/JAD-170963).

- Quinn, C., Nelis, S. M., Martyr, A., Morris, R. G., Victor, C., & Clare, L. (2020). Caregiver influences on 'living well' for people with dementia: Findings from the IDEAL study. *Aging & Mental Health*, 24(9), 1505–1513. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1602590>.
- Tonga, J. B., Eilertsen, D. E., Solem, I. K. L., Arnevik, E. A., Korsnes, M. S., & Ulstein, I. D. (2020). Effect of self-efficacy on quality of life in people with mild cognitive impairment and mild dementia: the mediating roles of depression and anxiety. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 35. <https://doi.org/10.1177/1533317519885264>.
- World Health Organization. (2017). Global action plan on the public health response to dementia: 2017-2025. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=4DA480FA93471AC53988E52B35F416D8?sequence=1>.

“Todos os autores declaram que não há conflitos de interesse.”