



Revista Portuguesa de Terapia Ocupacional
Portuguese Journal of Occupational Therapy

Marca INPI: N°668549

ISSN: 2975-8181



Número: 2

Revista Portuguesa de Terapia Ocupacional
Portuguese Journal of Occupational Therapy
✉ rpto@ipleiria.pt

DOI: <https://doi.org/10.25766/3a8g-rk71>

Data de publicação: Jun 2026




POLITÉCNICO
DE LEIRIA


ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

PermaneSer nos cuidados à pessoa: uma abordagem da Terapia Ocupacional nos Cuidados Paliativos

Maria Carlota Fragoso

Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Portugal
 <https://orcid.org/0000-0002-4039-795X>
 ✉ carlotaxbfragoso@gmail.com

Cristina Vieira da Silva

Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Portugal
 <https://orcid.org/0000-0002-4651-5005>
 ✉ cristina.vieira@essa.scml.pt

Resumo:

Introdução: Atualmente vivem cerca de 46 milhões de pessoas com demência em todo o mundo e em Portugal estima-se que cerca de 5% das pessoas com mais de 65 anos e 32% das pessoas com mais de 85 anos têm um diagnóstico de demência, sendo mais prevalente em mulheres. O papel do terapeuta ocupacional, numa abordagem paliativa direcionada para pessoas com demência, centra-se na manutenção da dignidade humana com a promoção do envolvimento em ocupações significativas e capacitação dos cuidadores para o processo de cuidar. **Objetivo:** Espelhar a abordagem da Terapia Ocupacional com uma mulher com 94 anos, diagnosticada com doença de Alzheimer em estadio avançado e a viver numa estrutura residencial para pessoas com demência. **Métodos:** Estudo de caso clínico com raciocínio terapêutico suportado na 5ª edição do Modelo de Ocupação Humana. **Resultados:** Na avaliação foi apurado uma participação ocupacional muito reduzida e um ambiente pouco suportante. Em resposta a uma intervenção com recurso a estimulação multissensorial, com criação de ambientes com estímulos de acordo com os interesses, envolvimento em atividades de interesse e capacitação das cuidadoras formais, verificou-se um aumento dos sinais de bem-estar. **Conclusões:** A abordagem centrada na pessoa e no ambiente, resgatando a identidade e criando oportunidades de envolvimento, permitem que a vida não perca sentido mesmo quando a pessoa apresenta grandes limitações inerentes ao estadio avançado da doença de Alzheimer.

Palavras-chave: Demência; Terapia Ocupacional; Cuidados Paliativos; Modelo de Ocupação Humana

Abstract:

Introduction: Currently, about 46 million people live with dementia worldwide and in Portugal it is estimated that about 5% of people over 65 years old and 32% of people over 85 years old have a diagnosis of dementia, being more prevalent in women. The role of the occupational therapist, in a palliative approach directed towards people with dementia, focuses on maintaining human dignity with the promotion of involvement in meaningful occupations and empowerment of caregivers for the care process. **Objective:** To illustrate the Occupational Therapy approach with a 94-year-old woman, diagnosed with advanced stage Alzheimer's disease and living in a residential care facility for people with dementia. **Methods:** Clinical case study with therapeutic reasoning supported by the 5th edition of the Human Occupation Model. **Results:** At the evaluation, it was revealed that the occupational participation was very reduced, and the environment was not very supportive. In response to an intervention using multisensory stimulation, with creation of environments with stimuli according to interests, involvement in activities of interest and empowerment of formal caregivers, there was an increase in signs of well-being. **Conclusions:** The person-centered approach and the environment, rescuing identity and creating opportunities for involvement, allow life not to lose meaning even when the person has major limitations inherent to the advanced stage of Alzheimer's disease.

Keywords: Dementia; Occupational Therapy; Palliative Care; Model of Human Occupation

1. Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial e Portugal é um dos países mais envelhecidos, situação agravada pela baixa natalidade. De notar que o envelhecimento constitui o principal fator de risco para desenvolver demência [1]. Atualmente vivem cerca de 46 milhões de pessoas com demência em todo o mundo e em Portugal estima-se que cerca de 5% das pessoas com mais de 65 anos e 32% das pessoas com mais de 85 anos têm um diagnóstico de demência, sendo mais prevalente em mulheres [2].

A demência ou Transtorno Neurocognitivo Major é definida como sendo uma síndrome clínica causada pela presença de patologia no cérebro, ocorrendo défices de diversas funções corticais superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o juízo crítico; deterioração do controlo emocional, comportamento social ou motivação e ainda um declínio considerável no funcionamento intelectual e uma interferência no desempenho das atividades de vida diária [3].

A doença de Alzheimer (DA) é o tipo de demência mais prevalente, sendo responsável por 50 a 70% dos casos [4]. Na literatura são descritas três grandes fases na doença de Alzheimer, a fase ligeira, a fase moderada e a fase avançada. A transição entre estes vários níveis de necessidades de cuidados vai ocorrendo durante a progressão da doença, de acordo com o nível de autonomia e comprometimento cognitivo manifestado pela pessoa [5]. Os sintomas da fase inicial da DA incluem perda de memória, desorientação espacial e temporal, confusão e problemas de raciocínio e duram em média 2 a 3 anos a manifestarem-se. Na fase moderada que dura de 2 a 10 anos, a pessoa com DA torna-se cada vez mais dependente de terceiros, uma vez que se iniciam as dificuldades de locomoção, acentuam-se as dificuldades de linguagem e resolução de problemas, afetando as atividades básicas e instrumentais da vida diária. Na fase avançada da patologia, com duração de 8 a 12 anos, ocorre total dependência, evidenciada pela perda da capacidade para realizar atividades básicas e instrumentais e imobilidade [6].

A pessoa com DA tem a sua integridade física, mental e social comprometida, o que acarreta situações de dependência, muitas vezes com necessidade de cuidados complexos. Por se tratar de uma doença que incide em diversas dimensões da vida do idoso/família, é preciso intervenções integradas de diferentes profissionais de saúde, por meio de ações multidisciplinares/interdisciplinares e de terapias complementares farmacológicas e não farmacológicas [7].

A Terapia Ocupacional atua numa vertente não farmacológica, e foca a sua intervenção na capacitação da pessoa para o desempenho e envolvimento em ocupações, que a própria considere como significativas, sendo que estas ocupações poderão estar relacionadas com os autocuidados, com lazer ou com produtividade. Na sua abordagem, avalia e intervém ao nível da pessoa, da ocupação e do ambiente [8]. Uma vez que a demência corresponde a uma das principais causas de incapacidade e dependência, podendo ter repercussões na capacidade funcional, em todas as áreas de desempenho ocupacional, incluindo as atividades básicas e instrumentais de vida diária, o lazer e a participação social, torna-se fulcral a abordagem da Terapia Ocupacional [9].

O papel do terapeuta ocupacional, numa abordagem paliativa e direcionada para pessoas com demência, centra-se na manutenção da dignidade humana e na promoção do envolvimento em ocupações significativas, tendo em conta a história de vida, a personalidade, a saúde, a incapacidade neurológica e o ambiente, pois todos estes fatores influenciam a pessoa e a sua participação ocupacional [10]. Salienta-se ainda um grande contributo, por parte do terapeuta ocupacional, na abordagem em pessoas com demência, ao fornecer estratégias e capacitar os cuidadores para o processo de cuidar [11].

O bem-estar da pessoa com demência não depende apenas da sua condição clínica ou funcional, mas depende, em grande parte, do que a rodeia, das relações interpessoais e do amor que recebe e até que consegue dar [1]. A prática da Terapia Ocupacional, privilegia a qualidade da interação entre terapeuta e cliente e reconhece o cliente como o sujeito principal, na construção dos projetos terapêuticos e, por isso, é considerada uma prática centrada na pessoa [12].

A abordagem em Terapia Ocupacional só pode ser iniciada após selecionado um modelo apropriado [13]. Um dos modelos de prática de Terapia Ocupacional é o Modelo de Ocupação Humana (MOHO), modelo que enfatiza que através da terapia, a pessoa é ajudada a envolver-se num fazer de coisas que mantém, restaura, reorganiza ou desenvolve as suas capacidades, motivações e estilos de vida. O MOHO caracteriza a pessoa como uma inter-relação de três componentes: volição, habituação e capacidade de desempenho. Estes

elementos são influenciados pelo ambiente que pode ser de carácter físico, social ou ocupacional. Existe uma relação dinâmica entre a pessoa, o ambiente e a ocupação e o comportamento ocupacional emerge da interação cooperativa entre fatores biológicos e psicológicos do indivíduo e o mundo físico e sociocultural [14].

Com este trabalho temos como objetivo espelhar a abordagem que foi feita com um dos casos acompanhados no contexto de estágio de 4º ano do curso de licenciatura em Terapia Ocupacional da ESSAlcoitão, com a D. Leonor, uma senhora com doença de Alzheimer em estadió avançado e a viver numa estrutura residencial para pessoas com demência.

2. Metodologia

Recorreu-se ao estudo de caso clínico. A abordagem ocorreu de 1 de fevereiro a 7 de abril de 2021. O raciocínio terapêutico foi suportado pelo modelo da ocupação humana, considerando as atualizações da 5ª edição [15]. Foram postas em prática as duas primeiras fases propostas pelo modelo: a avaliação e a intervenção. Na avaliação foram levantadas questões induzidas pela teoria – acerca da história de vida da D. Leonor, questionando se tinha um padrão de participação que refletisse a sua identidade e de que forma o ambiente físico, social e ocupacional estavam a influenciar a sua participação e envolvimento ocupacional. Foram administradas várias metodologias de recolha de dados tais como a observação indireta, com a leitura do processo clínico da cliente e conversas informais com os profissionais de saúde da instituição; observação direta espontânea e provocada do dia-a-dia da D. Leonor; entrevistas semiestruturadas a uma ajudante de ação direta e à filha. Os dados apurados com estas metodologias permitiram o preenchimento da MOHOST [16]. Para terminar a etapa da avaliação foi realizada a formulação ocupacional.

Na intervenção foi feita a identificação das mudanças ocupacionais que passaram por: aumentar a participação e envolvimento ocupacional da D. Leonor em atividades que fossem de encontro aos seus valores, interesses e necessidades; capacitar os cuidadores para que fossem promotores do envolvimento, bem-estar e conforto da D. Leonor, fornecendo informações acerca das suas necessidades e desejos bem como estratégias promotoras de envolvimento ocupacional. Seguidamente definiram-se objetivos mensuráveis, de modo a assegurar o alcance das mudanças ocupacionais delineadas. Foi implementada a intervenção através da criação de ambientes que permitissem a participação em ocupações significativas, com dinamização de sessões de estimulação multissensorial utilizando os interesses da D. Leonor, diariamente, no seu quarto. Em todas as sessões dinamizadas utilizaram-se como estratégias: a estruturação da sessão através de estímulos sensoriais organizados; encorajamento; orientação; suporte físico; validação dos sentimentos da D. Leonor, transmitindo respeito e aceitação pelos mesmos; e utilização de um tom de voz adequado (calmo e sereno). Recorreu-se também à educação social, a fim de atingir a segunda mudança pretendida, tendo sido facultadas estratégias às ajudantes de ação direta nos diversos momentos de prestação de cuidados à D. Leonor (alimentação e higiene pessoal), e ainda foi partilhado conhecimento acerca dos principais interesses, valores e necessidades da D. Leonor, de modo a que pudessem ser criadas mais oportunidades de interação e relação com a D. Leonor e fossem adotadas atitudes facilitadoras da promoção do bem-estar.

3. Resultados

3.1 Avaliação

Através da etapa da avaliação conseguiu-se ter uma visão holística da D. Leonor enquanto ser ocupacional. A D. Leonor, uma senhora nascida e criada em Lisboa tinha, à data, 94 anos. Ao longo da sua vida interiorizou diversos papéis: irmã, esposa, costureira, mãe, dona de casa, avó e bisavó. Sempre foi uma senhora briosa, delicada e dedicada, dando especial valor à educação, à sua família e à aparência. Possuía muito jeito para tudo o que envolvesse atividades manuais e minuciosas. Como principais interesses destacaram-se, ao longo da sua vida: a costura; a música (fado); poesia; conversar. A D. Leonor sempre lidou com determinação face às dificuldades da vida, fazendo um esforço para agarrar-se aos aspetos positivos da mesma. A D. Leonor foi perdendo os seus papéis ocupacionais, na medida que deixou de ser capaz de corresponder às

responsabilidades e expectativas a eles associadas com a progressão da doença de Alzheimer, morte do marido e consequente institucionalização.

Encontra-se na estrutura residencial atual desde há cinco anos, devido ao elevado grau de dependência, consequente da fase avançada de Doença de Alzheimer, precisando de cuidados especializados.

Foi apurado que o padrão de participação ocupacional da D. Leonor encontrava-se limitado. A participação ocupacional ativa e eficaz já não eram possíveis devido às capacidades físicas e mentais perdidas, no decorrer do processo demencial que já limitavam as suas competências ocupacionais. Ainda de salientar que a D. Leonor não revelava *insight* acerca do seu processo demencial, deste modo não refletia acerca do seu desempenho, nem das suas capacidades e limitações. Ao nível das competências de comunicação e interação conseguia estabelecer momentos de interação e relação com outras pessoas, ao ter noção da presença do outro, ao manter o contacto ocular e ao adaptar a expressão facial e as vocalizações, com modulação das mesmas. Ao nível das competências motoras, demonstrava capacidade de alcançar e agarrar objetos, e fazer preensões.

Em relação ao ambiente, o ambiente físico atual, nomeadamente o seu quarto, proporcionava os recursos necessários, era agradável e convidativo. O seu ambiente social, nomeadamente as ajudantes de ação direta, apesar de oferecerem suporte prático nas atividades de vida diária, por vezes dificultavam o seu envolvimento ocupacional ao não proporcionarem oportunidades de relação/ interação e ao não realizarem o levante da D. Leonor, nos dias programados, ficando restringida ao seu quarto. Constatou-se que a ausência de respostas verbais por parte da D. Leonor, a falta de informação sobre a pessoa, e a sobrecarga emocional e física originada pelas horas de trabalho das ajudantes de ação direta, levavam a que os cuidadores formais automatizassem as suas tarefas, esquecendo-se do ato de cuidar.

3.2 Intervenção

Com as oportunidades que promoveram o envolvimento e participação ocupacional da D. Leonor em atividades significativas, de forma a contribuir para a manutenção da identidade ocupacional, foram verificadas um aumento do envolvimento ocupacional da D. Leonor e a presença de sinais de bem-estar.

No decorrer das sessões de intervenção a D. Leonor manifestou diversos sinais de bem-estar perante estímulos diferentes. A D. Leonor manifestou vocalizações que expressaram prazer e relaxamento corporal durante e após as massagens realizadas com creme, no sentido céfalo-caudal, começando pelo rosto, depois braços, e por fim mãos. Manifestou uma respiração calma ao ouvir músicas com sons tranquilizantes da natureza e do mar. A D. Leonor levantou as sobrancelhas, abriu os olhos e sorriu ao terem sido projetados efeitos luminosos na parede do seu quarto, aparentando estar atenta e satisfeita com o ambiente ao seu redor. Emitiu várias vocalizações que expressaram prazer, após a leitura de poemas, o que demonstrou envolvimento na atividade. No decorrer das sessões a D. Leonor demonstrou ainda preferência por determinadas texturas, ao permanecer durante mais tempo a explorar os tecidos macios e suaves e ao esboçar sorrisos aquando da sua exploração, o que permitiu a construção de um quadro sensorial.

Ao longo da intervenção também foram notórios uma melhoria e um aumento da sensibilidade à presença do outro, e consequente estabelecimento da relação terapêutica, na medida em que a D. Leonor escolhia abrir os olhos e rodar a sua cabeça na direção da estagiária sempre que a mesma entrava no seu quarto e deslocava-se próximo da sua cama.

Relativamente à intervenção realizada com as ajudantes de ação direta, também foram verificadas mudanças, ao prestarem cuidados individualizados e centrados na D. Leonor. Verificou-se um maior cuidado a realizar o levante nos dias estipulados, o que permitiu à D. Leonor envolver-se em outros espaços físicos e estar exposta a outros estímulos, colmatando a privação sensorial que tinha sido identificada na avaliação. Também foi possível observar um maior cuidado com a aparência da D. Leonor, ao optarem pela escolha de roupa cor-de-rosa (cor preferida para vestuário de acordo com informação facultada pela filha) e ao pentearem o cabelo à semelhança da forma como o tinha penteado antigamente, colocando um gancho, contribuindo assim para o reforço da sua identidade. Também foram implementadas estratégias para facilitar a identificação de alimentos sem as pistas visuais que a alimentação pastosa retira. Assim eram usadas pistas verbais e feito o convite para cheirar a comida (estímulo sensorial) antes de a provar, validando os alimentos que ia ingerir. A D. Leonor perante estas estratégias exibia sinais de bem-estar, tais como sorrisos e vocalizações moduladas de forma harmoniosa.

4. Considerações Finais

A natureza ocupacional do ser humano mantém-se até ao fim da sua vida. Assim a abordagem da Terapia Ocupacional torna-se fulcral no acompanhamento de pessoas com demência, em fase avançada da sua patologia, ao promover e preservar a dignidade da pessoa, através do envolvimento em atividades que reforcem a sua identidade ocupacional.

A abordagem da Terapia Ocupacional com a D. Leonor, ao colmatar a privação ocupacional e sensorial identificada na avaliação, verificou-se como facilitadora de mudanças, através da criação de oportunidades de envolvimento que impactaram e permitiram a manifestação de sinais de bem-estar.

Em virtude de a D. Leonor não conseguir contar a sua história através de palavras ou expressar dessa forma o seu sentir, realça-se a importância de um olhar holístico e atento a todos os comportamentos e sinais não verbais que a pessoa realiza, que transmitem dados importantes sobre as suas necessidades, desejos e sentimentos. Assim a observação direta tornou-se uma metodologia imprescindível para conhecer, estabelecer uma relação e intervir com a D. Leonor.

Tendo sido este trabalho centrado na abordagem específica e única com a D. Leonor, deixa em aberto a importância da dimensão ocupacional da pessoa até aos últimos dias da sua vida, sendo que esta resulta da interação da pessoa com o seu ambiente. Assim, ressalva-se a mais valia verificada com as sessões de estimulação multissensorial e a importância de capacitar os cuidadores para uma abordagem centrada na pessoa, de modo a ser proporcionada uma maior qualidade de vida, conforto e bem-estar.

As pessoas não são constituídas só de memória, possuem sentimentos, emoções, desejos e experiências, assim por mais perdas resultantes do processo demencial, a essência da pessoa mantém-se. Só indo ao encontro desses aspetos é que conseguimos tocar as pessoas e presenciar uma mudança profunda. De facto, somos aquilo que fazemos, pensamos e sentimos, mas também o que fizemos, pensámos, sentimos... somos o acumular de experiências e conhecimentos. Somos tudo isso mais os pensamentos e sentimentos que vivenciamos, guardamos para nós em conjunto com toda a nossa história.

O envolvimento em ocupações significativas permite que a vida não perca sentido até ao último momento [17].

5. Referências

1. Paquete P. O bem-estar de indivíduos com demência e a relação com o desempenho de ocupações significativas. estudo a partir da aplicação do dementia care mapping (dcm) a uma população institucionalizada [Tese de doutoramento, Faculdade de ciências médicas]. Repositório da Universidade NOVA. <https://run.unl.pt/handle/10362/19097>. 2015.
2. Pelegrini LNC, Mota GMP, Ramos CF, Jesus E, Vale FAC. Diagnosing dementia and cognitive dysfunction in the elderly in primary health care: A systematic review. *Dement Neuropsychol*. 2019; 13(2): 144-153.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5ª ed.)*. American Psychiatric Publishing. 2013.
4. Santana I, Farinha F, Freitas S, Rodrigues V, Carvalho A. Epidemiologia da demência e da doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da prevalência e dos encargos financeiros com a medicação. *Acta Med Port*. 2015; 28(2):182-188.
5. Almeida M, Barrios HS, Pereira C, Santos AC, Pinto V, Costa S, Conde A, Pedrosa H. Manual de boas práticas de demência. União das Misericórdias Portuguesa. https://cdn.ump.pt/files/files/Manual_Boas_Praticas_Demencia.pdf. 2015.
6. Bernardo LD. Idosos com doença de Alzheimer: Uma revisão sistemática sobre a intervenção da terapia ocupacional nas alterações em habilidades de desempenho. *Cad. Bras. Ter. Ocup*. 2018; 26(4):926-942.
7. Bertazzone TM, Ducatti M, Camargo HP, Batista J, Kusumota L, Marques S. Ações multidisciplinares/interdisciplinares no cuidado ao idoso com Doença de Alzheimer. *Rev Rene*. 2016;17(1): 144-153. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100019>
8. Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais. Perfil do terapeuta ocupacional. 2022 maio 30. <https://www.ap-to.pt/terapia-ocupacional/>
9. Fagundes TA, Pereira DAG, Bueno KMP, Assis MG. Incapacidade funcional de idosos com demência. *Cad. Bras. Ter. Ocup*. 2017; 25(1): 159-169.
10. Gajardo JJ, Aravena CJM. Cómo aporta la terapia ocupacional en el tratamiento de las demencias? *Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr*. 2016; 54(3): 239-249.
11. Bauab JP, Emmel MLG. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2014; 17(2): 339-352.

12. Mângia EF. Contribuições da abordagem canadense "prática de Terapia Ocupacional centrada no cliente" e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo.* 2002; 13(3): 127- 134.
13. Pedretti L, Early M. *Terapia ocupacional: Capacidades práticas para as disfunções físicas.* São Paulo: editora Roca. 2005.
14. Kielhofner G. *Model of Human Occupation: Theory and Application (4ª ed.).* Filadélfia, Lippincott Williams & Wilkins. 2008.
15. Taylor R. *Kielhofner's Model of Human Occupation.* Filadélfia, Wolters Kluwer. 2017.
16. Gravato JF. *Manual do Utilizador do Instrumento de Rastreamento do Modelo da Ocupação Humana (MOHOST/IRMOH).* 1st ed. Porto: Centro de Estudos de Ocupação Humana. 2007.
17. Eriksson L, Oster I, Lindberg M. The meaning of occupation for patients in palliative care when in hospital. *Palliat Support Care.* 2016; 14(5): 541-552.