



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Educação e Ciências Sociais

Escola Superior de Saúde

Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo

**Importância de um Programa de Estimulação Cognitiva na
Doença de Alzheimer e Dificuldades Sentidas pelos
Cuidadores de Idosos**

Soraia Batista Lopes

Leiria, março de 2017



Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Educação e Ciências Sociais

Escola Superior de Saúde

Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo

**Importância de um Programa de Estimulação Cognitiva na
Doença de Alzheimer e Dificuldades Sentidas pelos
Cuidadores de Idosos**

Relatório de Estágio

Soraia Batista Lopes, nº 5150023

Orientadora Científica: Doutora Marta Fonseca

Orientadora Institucional: Dr.^a Maria do Céu Freire

Leiria, março de 2017

Somente seremos felizes quando conseguirmos entender a nossa primordial missão terrena: fomos criados para amar e ser amados. Pode ser que, em muitas ocasiões, não possamos escolher as situações e ocorrências externas de nossa vida, mas com certeza sempre poderemos optar pela única maneira sensata de enfrentá-las – com amor.

Francisco do Espírito Santo

Aos meus avós.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à Associação dos Lares Ferroviários a oportunidade que me concederam em realizar o meu estágio curricular na vossa instituição.

Posteriormente agradeço à Dr.^a Maria do Céu Freire, porque tornou possível a realização de todo este sonho. Em todo este percurso foi a minha maior referência. As suas palavras sempre sábias foram o meu fio condutor e impulsionaram em mim a coragem que me fez superar muitos medos. Foi um privilégio trabalhar e crescer consigo.

À Professora Doutora Marta Fonseca agradeço a disponibilidade demonstrada para me ajudar em todo este percurso, sem si nada disto seria possível. O seu constante olhar exigente e crítico sobre o meu trabalho tornaram-me numa melhor profissional.

À Angelina Gonçalves, agradeço a forma extraordinária como me guiou em todo este percurso, foi a minha bússola, o meu farol, a minha estrela nesta caminhada. Consigo aprendi a abraçar de forma sorridente tudo aquilo que a vida nos dá, porque nenhuma queda é em vão, nenhuma dor nos consome sem nos ensinar algo, devemos aceitar as coisas tal como elas são porque nada na nossa vida acontece por acaso, por detrás de cada contrariedade encontramos um fragmento para o nosso crescimento.

Com a Doutora Carla Roma aprendi que quando somos bons para os outros, somos ainda melhores para nós. Obrigada pelas palavras sempre sábias e sinceras que me transmitiu. A verdade é que a passagem do tempo pela minha vida pode apagar lembranças de rostos mas nunca apagará lembranças de pessoas que fizeram de pequenos instantes grandes momentos. A Doutora Carla fez muitas vezes de pequenos instantes grandes momentos, obrigada.

Aos meus pais e irmão agradeço o carinho com que sempre me presentearam em todos os momentos, retribuo com estas linhas o encorajamento constante e a compreensão que sempre tiveram pelas minhas muitas horas de ausência.

Por fim, agradeço a todos aqueles que participaram no meu estudo. Obrigada pelo voto de confiança. Foi através de vós, que obtive uma compreensão mais profunda da realidade onde gostava de desenvolver a minha prática profissional.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ADAS-Cog – Subescala Cognitiva da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer

AIVD´S – Atividades Instrumentais da Vida Diária

ALF – Associação dos Lares Ferroviários

APFADA – Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer

AVD´S – Atividades da Vida Diária

CADI – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

CF – Cuidador Formal

CI – Cuidador Informal

CID – Classificação Internacional de Doenças

CLDS 3G – Contratos Locais de Desenvolvimento Social

DGS – Direção Geral de Saúde

IBM SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

QASCI – Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SCMG – Santa Casa da Misericórdia da Golegã

RESUMO

O envelhecimento é marcado por um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais específicas, verificando-se uma tendência para salientar aspetos negativos, negligenciando oportunidades de bem-estar, desenvolvimento e felicidade. Inúmeras evidências científicas (e.g., Lousa, 2016) fundamentam que a intervenção através de programas de estimulação cognitiva é eficaz e traz vários benefícios no caso de indivíduos portadores de patologia, independentemente da sua idade. Cuidar de idosos, quer formal, quer informalmente, é uma atividade complexa que acarreta múltiplas dificuldades. Este estudo pretende elaborar e aplicar um programa de estimulação cognitiva (*Estimula a Mente*) a um idoso com Alzheimer; avaliar o grau de sobrecarga de um cuidador informal de um idoso com Alzheimer; e conhecer as dificuldades sentidas pelos cuidadores formais de um serviço de apoio domiciliário. Para além de um idoso com Alzheimer e da sua cuidadora informal, participaram no estudo 8 cuidadoras formais. Os instrumentos de avaliação utilizados foram: a Subescala Cognitiva da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (Guerreiro, Fonseca, Barreto & Garcia, 2003), como pré e pós-testes ao programa de estimulação cognitiva; o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (Martins, Ribeiro & Garrete, 2003); e o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (Sequeira, 2007). Os resultados obtidos salientam a importância da estimulação cognitiva na doença de Alzheimer; da promoção de políticas que permitam ao cuidador informal a conciliação entre a vida familiar e profissional e da implementação de medidas que ajudem os cuidadores formais de idosos a lidar com as dificuldades sentidas na sua prática profissional.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Alzheimer; Estimulação Cognitiva; Cuidadores

ABSTRACT

Ageing is marked by a group of specific biological, psychological and social alterations. There is a tendency to emphasize negative aspects, neglecting opportunities for well-being, self-development and happiness. There are numerous scientific evidences (e.g. Lousa 2016) which show that the interventions of cognitive stimulation programs are very efficient and beneficial for the pathology carriers regardless of their age. Caring for the elderly, be it formally or informally, is a complex activity that entails multiple challenges. This study intends to elaborate and apply a programme focusing on cognitive stimulation (Stimulate the mind!) on an elderly person with Alzheimer's disease; evaluate the overload level of an informal caregiver of an elderly with Alzheimer disease; and to recognize the difficulties felt by formal caregivers of a home support service. Apart from an elderly with Alzheimer's and his informal caregiver, 8 formal caregivers have participated in this study. The assessment tools used were the "The Cognitive Subscale of the Scale of evaluation of Alzheimer's" by (Guerreiro, Fonseca, Barreto & Garcia 2003), as a pre and post test for the programme of cognitive stimulation; the Informal caregiver overload evaluation questionnaire (Martins Ribeiro & Garrete, 2003); and the Carer difficulties evaluation index (Sequeira, 2007). The obtained results reveal the importance of cognitive stimulation for Alzheimer's illness, as well as the development of policies that enable the informal caregiver to reconcile family and professional life. The results also encourage the implementation of measures that will aid formal caregivers to deal with the difficulties felt in their professional activity.

Key-words: Ageing; Alzheimer; Cognitive stimulation; Caregivers

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 14

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 16

1.1. ENVELHECIMENTO 16

1.1.1. Uma Questão Demográfica 16

1.1.2. Alterações Biológicas 18

1.1.3. Alterações Psicológicas 19

1.1.4. Alterações Sociais 20

1.1.5. Modelo Biopsicossocial 22

1.1.6. Envelhecimento Ativo 23

1.2. DOENÇA DE ALZHEIMER E INTERVENÇÕES 25

1.2.1. Perda de Autonomia e Dependência 25

1.2.2. Doença de Alzheimer 26

1.2.3. Métodos de Intervenção 27

1.2.4. Estimulação Cognitiva 28

1.2.5. Apoios e Respostas Sociais Dirigidas às Pessoas Idosas e em Situação de Dependência 30

1.3. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS 33

1.3.1. Ser ou Não Ser Cuidador 33

1.3.2. O Cuidado Informal: Sobrecarga Sentida 35

1.3.3. O Cuidado Formal: Dificuldades Sentidas 36

2. LOCAL DE ESTÁGIO E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS 38

2.1. ASSOCIAÇÃO DOS LARES FERROVIÁRIOS 38

2.2. INSERÇÃO GEOGRÁFICA 38

2.3. LEGISLAÇÃO DE ENQUADRAMENTO 38

2.4. VALORES INSTITUCIONAIS 39

2.5. VISÃO 39

2.6. POLÍTICA INSTITUCIONAL 39

2.7.HISTORIAL DA INSTITUIÇÃO 40

2.8.ORGANIZAÇÃO 41

2.9.DESCRICÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ESTÁGIO 43

2.METODOLOGIA 51

3.1.RELEVÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO 51

3.2.TIPOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO 53

3.3.QUESTÕES E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO 53

3.4.INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO 54

3.4.1.ADAS-Cog – Subescala Cognitiva da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (Versão Portuguesa: Guerreiro, Fonseca, Barreto & Garcia, 2003) 54

3.4.2.Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI – Martins, Ribeiro & Garrette, 2003) 56

3.4.3.Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI – Sequeira, 2007) 57

3.5.PROCEDIMENTOS 58

3.6.CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA INVESTIGAÇÃO 59

3.6.1.Idoso com Alzheimer 59

3.6.2.Cuidador Informal 60

3.6.3.Cuidadores Formais 61

4.APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 62

4.1. ADAS-Cog – SUBESCALA COGNITIVA DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER (VERSÃO PORTUGUESA: GUERREIRO, FONSECA, BARRETO & GARCIA, 2003) 62

4.2. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI – MARTINS, RIBEIRO & GARRETE, 2003) 64

4.3. ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR (CADI – SEQUEIRA, 2007) 67

5.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES 70

5.1. ADAS-Cog – SUBESCALA COGNITIVA DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER (VERSÃO PORTUGUESA: GUERREIRO, FONSECA, BARRETO & GARCIA, 2003) 70

5.2. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI – MARTINS, RIBEIRO & GARRETE, 2003) 72

5.3. ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR (CADI – SEQUEIRA, 2007) 73

REFLEXÃO FINAL 78

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 79

ANEXOS

ANEXO I Organograma

ANEXO II Cronograma

ANEXO III Programa de Estimulação Cognitiva “Estimula a Mente”

ANEXO IV Plano de Atividade Física

ANEXO V ADAS-Cog - Subescala Cognitiva da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (Versão Portuguesa: Guerreiro, Fonseca, Barreto & Garcia, 2003)

ANEXO VI QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI – Martins, Ribeiro & Garrette, 2003)

ANEXO VII CADI - Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI – Sequeira, 2007)

ANEXO VIII Consentimentos informados

ANEXO IX Questionário de caracterização do idoso dependente

ANEXO X Questionário de caracterização do cuidador informal

ANEXO XI Questionário de caracterização do cuidador formal

ÍNDICE DE FIGURAS

- FIGURA 1** Determinantes de envelhecimento ativo 25
- FIGURA 2** Complexidade nas relações quando um idoso frequenta instituições na comunidade 37
- FIGURA 3** Valores institucionais 39
- FIGURA 4** Política institucional 40

ÍNDICES DE QUADROS

- QUADRO 1** Previsões demográficas mundiais 16
- QUADRO 2** Medidas dirigidas às pessoas idosas em situação de dependência, no âmbito da Segurança Social 31
- QUADRO 3** Atividades de estimulação cognitiva 45
- QUADRO 4** Itens da ADAS-Cog e pontuações máximas 55
- QUADRO 5** Subescalas do QASCI 56
- QUADRO 6** Subescalas do CADI 58
- QUADRO 7** Caracterização dos cuidadores formais por estado civil; habilitações literárias; rendimento mensal; situação laboral 61
- QUADRO 8** Pontuações obtidas pelo idoso aos diferentes itens do ADAS-Cog (pré e pós-testes) 62
- QUADRO 9** Itens do QASCI e pontuação obtida pela cuidadora informal 65
- QUADRO 10** Pontuações máximas e mínimas às subescalas do QASCI e pontuação da cuidadora informal 67
- QUADRO 11** Itens do CADI e média das pontuações obtidas pelas cuidadoras formais 68
- QUADRO 12** Pontuações máximas e mínimas às subescalas do CADI e média das pontuações obtidas pelas cuidadoras formais 69

INTRODUÇÃO

O presente relatório é realizado no âmbito do estágio curricular integrado no Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo. O estágio decorreu na Associação dos Lares Ferroviários e teve como temáticas a importância da estimulação cognitiva na doença de Alzheimer e a relevância do desenvolvimento de estratégias de apoio aos cuidadores de idosos. A escolha das temáticas foi motivada pela necessidade sentida em conhecer e desenvolver estratégias potenciadoras de envelhecimento ativo e de apoio aos cuidadores.

Nunca, em algum momento da história da Humanidade, se viveu tantos anos. O aumento da longevidade associado a uma reduzida taxa de natalidade infantil leva a que assistamos a um crescimento imparável do número de idosos. O impacto deste fenómeno tem influência decisiva no desenvolvimento económico e social e é um desafio extraordinário para a nossa sociedade, que se tem de adaptar aos problemas e às oportunidades e encontrar respostas inovadoras para os desafios que estas mudanças demográficas representam. Envelhecer com saúde, autonomia e independência o mais tempo possível constitui hoje um desafio que apela à responsabilidade individual e coletiva.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2012), o risco de contrair uma demência aumenta com a idade e calcula-se que entre 25% a 30% das pessoas com 85 anos ou mais têm algum grau de deterioração a nível cognitivo. Das demências com maior incidência em idades avançadas está a doença de Alzheimer. De acordo com Lima e Marques (2007), a doença de Alzheimer é definida como uma desordem neuro degenerativa progressiva e incapacitante, que se caracteriza pela degeneração cognitiva e da memória acompanhada da perda de autonomia e consequente impossibilidade do desempenho das atividades diárias. No entanto, vários estudos demonstram que a prática regular de exercícios mentais, estimulando o cérebro com atividades que exijam atenção, concentração e pensamento lógico têm-se revelado eficazes, independentemente da idade, patologias ou défices cognitivos que os indivíduos possam apresentar. Segundo Ramos (2003) citado por Amodeo, Netto e Fonseca (2010) o desenvolvimento de programas neuropsicológicos para a terceira idade que visam a estimulação cognitiva podem contribuir para a preservação das capacidades cognitivas e, conseqüentemente, prolongar a independência funcional e autonomia dos idosos.

Face a esta realidade, na presente investigação, propusemo-nos primeiramente a conceber e implementar um programa de estimulação cognitiva a um idoso com Alzheimer de modo a verificar através da aplicação de um pré e pós-testes os benefícios da referida intervenção. Posteriormente, no âmbito da aplicação do programa de estimulação cognitiva, constatámos que ter ao cuidado um familiar portador de doença de Alzheimer não é uma tarefa esperada nem fácil de executar. Associados à tarefa de cuidar podem surgir um conjunto de problemas físicos, psicológicos, sociais e económicos que fazem emergir no cuidador informal um sentimento de sobrecarga. Através da aplicação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal de Martins, Ribeiro e Garrette (2003) à cuidadora informal do idoso com Alzheimer analisei o seu nível de sobrecarga, de forma a perceber se esta é uma característica presente nas tarefas que desempenha. O cuidado ao idoso dependente é também um desafio para os prestadores de cuidados formais, uma vez que esta tarefa, para além de concentrar em si um grande esforço mental, físico e psicológico, implica a articulação e complementaridade entre diferentes serviços e agentes. Deste modo, através da administração do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador de Sequeira (2007) considerámos pertinente analisar quais as principais dificuldades sentidas pelas oito cuidadoras formais do serviço de apoio domiciliário da Associação dos Lares Ferroviários.

O presente relatório de estágio encontra-se dividido em cinco partes. A primeira, de enquadramento teórico da problemática, diz respeito à contextualização do conceito de envelhecimento, estimulação cognitiva, cuidados informais e cuidados formais. Na segunda parte, apresenta-se e caracteriza-se a instituição onde o estágio curricular decorreu, descrevendo-se as principais atividades desenvolvidas. A terceira parte corresponde à descrição da metodologia adotada no processo de investigação. Na quarta parte apresentam-se e analisam-se os resultados. Por fim, na quinta parte é apresentada a discussão e a conclusão dos resultados.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. ENVELHECIMENTO

1.1.1. Uma Questão Demográfica

Vivemos num mundo inquieto, agitado e turbulento, onde as alterações e os desequilíbrios são uma realidade constante em diversos domínios da sociedade. Fontaine (1999) considera que um dos mais evidentes desequilíbrios aparece na evolução demográfica. Através do Quadro 1 presente no Relatório “Prespetivas Demogáficas Mundias: Revisão de 2015” da Organização das Nações Unidas (ONU), verificamos que em 2015 a população mundial era constituída por cerca de sete mil e trezentos milhões de pessoas, em 2030 estima-se que a população mundial atinja os oito mil e quinhentos milhões de pessoas, nove mil e setessentos milhões de pessoas em 2050 e em 2100 prevê-se que exceda os onze mil milhões de pessoas.

Quadro 1 – Previsões demográficas mundias

| Áreas | Anos | População (Milhões) | | | |
|-------------------------|-------|---------------------|-------|--------|--|
| | 2015 | 2030 | 2050 | 2100 | |
| Mundo | 7 349 | 8 501 | 9 725 | 11 213 | |
| África | 1 186 | 1 679 | 2 478 | 4 387 | |
| Ásia | 4 393 | 4 923 | 5 267 | 4 889 | |
| Europa | 738 | 734 | 707 | 646 | |
| América Latina e Caribe | 634 | 721 | 784 | 721 | |
| América do Norte | 358 | 396 | 433 | 500 | |
| Oceânia | 39 | 47 | 57 | 71 | |

Fonte: Relatório - prespetivas demogáficas mundias, (ONU, 2015)

No entanto, ao longo dos anos a evolução demográfica ocorreu a um ritmo diferenciado, o que segundo Moraes e Scheid (2015) permite distinguir claramente três fases: a primeira designada por “regime demográfico primitivo” ocorreu até meados do século XVIII e é marcada por um ritmo lento de crescimento da população mundial que se

deve sobretudo a elevada taxa de mortalidade provocada pelos períodos de fome, guerras e epidemias. A segunda fase denominada por “revolução demográfica” acontece após a Revolução Agrícola e Industrial (1760 – 1840). O aumento da produção agrícola a par com o desenvolvimento da medicina e a melhoria das condições de vida originaram um rápido crescimento da população europeia, que rapidamente se refletiu na evolução da população mundial. A terceira fase designada por “evolução demográfica” ocorre após a Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945). Os países industrializados e as organizações por eles formadas auxiliaram economicamente os países menos desenvolvidos em diversas áreas. Esses auxílios em paralelo com os progressos médicos, tecnológicos, sociais e educacionais vivenciados provocaram uma grande descida das taxas de mortalidade que, associadas à manutenção de elevadas taxas de natalidade, deram origem a um crescimento explosivo da população.

Segundo Azeredo, Rodrigues, Carvalho, Roncom, Pereira e Nascimento (2011), a transição de uma situação de equilíbrio com altas taxas de natalidade e mortalidade, existentes no século XVIII, para uma situação na atualidade em que o saldo fisiológico tende para zero ou mesmo negativo e em que a esperança média de vida continua a aumentar, dá origem ao aumento da proporção de idosos. De acordo com os dados divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015), a porção mundial de pessoas com sessenta e mais anos de idade aumentou de 9,2% em 1990 para 11,7% em 2013, e espera-se que continue a aumentar, podendo atingir 21,1% em 2050. Em valores absolutos, as projeções das Nações Unidas apontam para que o número de pessoas com 60 e mais anos de idade passe para mais do dobro, de 841 milhões de pessoas em 2013 para mais de 2 mil milhões em 2050, e o número de pessoas com 80 e mais anos de idade poderá mais do que triplicar, atingindo os 392 milhões em 2050.

O aumento da longevidade traz inevitavelmente à realidade a discordância atual entre as necessidades do idoso e a disponibilidade dos serviços que se solicitam para satisfazê-las. Situação que se deve em grande parte, a fatores históricos, ideológicos, sociais, económicos e organizacionais, que influenciaram, ao longo dos tempos, os processos de elaboração das políticas.

“O crescente aumento da população idosa, bem como da proporção de idosos, é um facto universal que tem repercussões importantes no padrão geral do desenvolvimento socio-económico, representando um desafio que os países, a

nível mundial, têm que enfrentar de uma forma racional como foi reconhecido na Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, realizada em Viena em 1982 (Azeredo, et.al., 2011, p. 16). ”

1.1.2. Alterações Biológicas

Problematizamos o envelhecimento sob o ponto de vista demográfico, no entanto podemos analisá-lo noutras dimensões, por exemplo na ótica da biologia o envelhecimento é um fenómeno natural, universal e necessário caracterizado pelo declínio múltiplo de todos os sistemas orgânicos que é consequência inevitável da passagem do tempo pelo corpo humano.

“Embora seja controversa a idade de início do envelhecimento biológico, em geral, é aceite que ocorre no final da segunda década de vida, calcula-se que após os 30 anos, dependendo dos órgãos, haja em média a perda de 1% de funcionalidade por ano” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006, p. 21).

O envelhecimento biológico é um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença que acontece inevitavelmente com o passar do tempo (Ermida, 1999). Das modificações mais relevantes que ocorrem na composição global do corpo humano devido à passagem do tempo, destaco, a diminuição da massa magra, o aumento da proporção da gordura, a diminuição de água no corpo, o aumento da curvatura da coluna, a acentuação das proeminências ósseas, entre outras.

Segundo Kawasaki e Diogo (2001) o envelhecimento é uma fase do ciclo de vida, que como a infância, a adolescência e a maturidade, é marcada por alterações bio-psico-sociais específicas. Porém, deve existir prudência quando se atribui uma alteração à idade, pois, muitas das vezes as modificações advêm do ambiente e condições sociais, económicas e culturais e não são somente inerentes à idade.

Atualmente, na nossa sociedade, é comum designar os 65 anos de idade como um marco, artificial mas seguro, do início da velhice. Porém a idade cronológica diz muito pouco sobre cada indivíduo. Spar e Rue (2005, p. 35) referem que “a prática comum de designar as pessoas com mais de 65 anos de idade como “velhas” começou na Alemanha na década de 1880, quando Otto von Bismarck escolheu essa idade como a idade de início de certos benefícios de natureza social. Sabemos que a sociedade tem

que estabelecer “limites” de uma maneira uniforme que indiquem a passagem dos indivíduos pelas diferentes etapas da vida, porque de acordo com a nossa idade temos associados um conjunto de direitos e deveres, no entanto é importante entender que a idade cronológica dá-nos apenas indicações sobre o período histórico em que o indivíduo viveu, mas não nos dá indicações precisas sobre o estado de evolução do mesmo (Pimentel, 2001). Não podemos reduzir o processo de envelhecimento à sua vertente biológica ou cronológica como um facto programado de forma rígido e uniforme para todos os indivíduos (Pimentel, 2001). Cada um de nós envelhece de um modo próprio, diferente dos outros indivíduos de acordo com fatores geográficos, sociais, culturais, económicos e, estilos de vida, assim como, o nosso organismo não envelhece por todo de forma igual, existe diferenciação de órgão para órgão (Azeredo, et. al., 2011).

1.1.3. Alterações Psicológicas

Sequeira (2010, p. 23) define o envelhecimento psicológico como um processo que “depende de fatores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural em que se encontra inserido e da forma como cada um organiza e vivencia o seu projeto de vida.” Lima (2010, p. 14) citado por Carvalho (2013, p. 4) refere que o envelhecimento psicológico corresponde à capacidade de “auto-regulação do indivíduo, às mudanças nas funções psicológicas, como a memória e a tomada de decisões, e à forma de lidar com o processo de senescência.”

O envelhecimento na sua dimensão psicológica para além de depender da passagem do tempo, uma vez que a memória semântica e as funções atencionais tendem a deteriorar-se, depende sobretudo do esforço pessoal contínuo na busca do autoconhecimento e sentido da vida.

“A capacidade que cada um tem de se adaptar é variável e depende muito do tipo de vida que se teve ou se fez durante a juventude e na idade madura, do círculo de amigos que se criou e manteve, dos interesses que se tem, do tipo de profissão ou atividade, do local onde reside, dos laços que se estabeleceram.” (Jorge, Leuschner, Bárrios, Veríssimo, Caldas de Almeida & Borges, 2015, p. 178).

Acontece muitas das vezes que a perda das capacidades físicas e mentais que ocorrem devido ao processo de envelhecimento não se sucedem em paralelo, ou seja, podemos encontrar “pessoas com grande vivacidade intelectual num corpo debilitado que perdeu a sua autonomia funcional; outras vezes o aspeto físico mantém-se, mas as capacidades ou competências mentais, cognitivas, estão muito deterioradas” (Jorge, et.al., 2015, p. 177). As duas condições colocam problemas complexos aos indivíduos mas também às famílias. Dar espaço e tempo para idoso e cuidadores expressarem os seus interesses, motivações, memórias, ajudando a encontrar ou a valorizar os aspetos positivos e prazerosos vividos, pode contribuir para ultrapassar os momentos mais difíceis, bem como encontrar alternativas ou fontes de interesse que vão ao encontro das ambições de cada um pode ajudar (Jorge, et. al., 2015).

Para além da postura assumida, o bem-estar psicológico é também consequência do ambiente em que estamos inseridos e do apoio recebido por parte daqueles que nos são queridos. Como sabemos, as imagens sobre a velhice são ainda hoje predominantemente negativas, é frequente ouvirmos comentários que afirmam que os idosos são todos iguais, que todos os idosos são senis, que todos os idosos têm um pensamento conservador e rígido, que todos os idosos são deprimidos, que a velhice é uma fase da vida em que as perdas são superiores aos ganhos. Todos estes comentários refletem a ignorância em relação ao processo de envelhecimento e aos papéis e funções que os mais velhos podem desempenhar e podem originar nos idosos sentimentos de tristeza. Se, por um lado, existe a convicção de um declínio na capacidade e autonomia físicas e psicológicas, por outro a prática de vida e o conhecimento acumulado pelos anos vividos fazem com que a velhice seja vista como uma fase de competências para a perceção e interpretação do mundo.

1.1.4. Alterações Sociais

“O ser humano não pode pensar-se a si mesmo senão como membro de uma coletividade que constitui o seu grupo de pertença. A própria definição de indivíduo depende do grupo que o rodeia.” (Azeredo, et. al., 2011, p. 47). Somos seres sociais não apenas porque dependemos dos outros para viver, mas porque os outros influenciam a maneira como nos percebemos.

“Viver mais tempo tem também mais perdas, mais pessoas queridas saem do nosso convívio, morrem, ou vão viver para longe de nós, inclusive noutros países. Redes de amizade e proximidade mudam - manter vida social e de relação é mais difícil - em contextos ambientais que variam constantemente, com envolventes culturais, étnicos e sociais que se alteram, com a vida profissional atual com exigências pessoais e horários que dificultam a relação social e o exercício de outras atividades culturais e *hobbies*. Estes condicionalismos exigem um empenho consciente e um esforço para manter redes de afetos vivas.” (Jorge, et. al., 2015, p. 27).

Segundo Schroots e Birren (1980) citados por Paúl (1997), o envelhecimento na sua componente social diz respeito aos papéis sociais apropriados e às expectativas da sociedade para este nível etário. De acordo com Azeredo, et. al., (2011, p. 47) “um dos problemas importantes para os idosos é a perda de papéis, quer no trabalho, quer no sistema familiar, quer ainda, na sua rede social.”

A entrada na idade da reforma, marca para muitos autores a entrada na idade da velhice, porém os indivíduos da condição de ativos passam aos “olhos” da sociedade para a condição de inativos e improdutivos. A reforma seja ela forçada ou desejada, representa sempre uma transição na vida do indivíduo que exige a reorientação de valores, objetivos e energias. A condição de reformado, representa também, para muitos indivíduos a diminuição dos rendimentos, uma vez que as reformas, são, de um modo geral, inferiores aos anteriores vencimentos, situação que pode em alguns casos, conduzir ou acentuar situações de pobreza.

Paralelamente à condição de reformado que exclui o idoso da relação com o trabalho e com os colegas, a dificuldade de comunicação com as gerações mais novas, a perda de autonomia física e funcional, as dificuldades de adaptação às novas tecnologias expõem os idosos a uma maior vulnerabilidade (Silva, 2001).

A redução das interações sociais pode levar a que o idoso vivencie sentimentos de solidão, para Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 39), “a solidão é uma noção (sentimento) subjetiva, que se refere (...) à perceção de privação de contactos sociais ou falta de pessoas disponíveis ou com vontade de partilhar experiências sociais e emocionais.” Poderá também, originar sentimentos de ansiedade, reduzir o nível de

qualidade de vida, aumentar a incidência de doenças, assim como pode desencadear à ocorrência de morte em períodos mais curtos após uma doença (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006). Desta forma é importante que por um lado, o Homem saiba encontrar estratégias de compensação para se adaptar às novas situações e que por outro lado a própria sociedade crie condições que favoreçam a inclusão de todos os seus membros. No entanto, os hábitos relacionais têm de ser mantidos e trabalhados ao longo da vida, pessoas que mantiveram e desenvolveram relações afetivas e de dádiva com os seus próximos têm na velhice uma rede relacional envolvente e interessada, pois as estratégias de promoção de relações intergeracionais tardias têm tido, na maioria das vezes, apenas resultados pontuais.

1.1.5. Modelo Biopsicossocial

O envelhecimento é, atualmente, um tema de grande relevância social e científica. No entanto a reflexão sobre o envelhecimento é tão antiga como a história da humanidade. Segundo Paúl e Fonseca (2006, p. 18),

“O envelhecimento foi desde sempre motivo de reflexão dos homens, na sua aspiração ao eterno, na sua perplexidade face ao sofrimento e à morte. Ao longo dos tempos, o conceito de envelhecimento e as atitudes perante os velhos têm vindo a mudar e refletem, por um lado, o nível de conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia humanas e, por outro lado, a cultura e as relações sociais das várias épocas.”

Várias são as abordagens e tendências que procuram problematizar o envelhecimento. “Contudo, situar e explicar estas tendências não é fácil, dada a sua complexidade e multidimensionalidade” (Carvalho, 2013, p. 10).

Durante muitos anos, inspirada no modelo biomédico, prevaleceu na sociedade a crença de que as alterações que decorriam do processo de envelhecimento eram consequência de uma patologia: a velhice. As principais distorções associadas ao emprego do modelo biomédico na análise da velhice e do envelhecimento, segundo Neri (2004, pp. 12-13) foram a *supergeneralização*, isto é, a convicção que todos os idosos são doentes ou que a velhice é uma doença; *supersimplificação*, que para a autora traduz a crença em que o envelhecimento é um processo unitário, que ocorre da mesma forma em todas as

peças e com os mesmos resultados e por fim o *reducionismo* que é a indução que o modelo biomédico dá conta de explicar completa e satisfatoriamente o envelhecimento. Se este modelo respondeu bem às necessidades numa época em que havia um predomínio de mortes por causas infecciosas, quando a evolução da ciência encontrou soluções para muitas das doenças agudas, diversas questões foram levantadas e surgiram outras perspectivas.

Atendendo a todo o contexto vivido em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS), define a saúde como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades*”. Com esta nova dimensão do conceito de saúde, esta passa, a não ser mais do que o equilíbrio e a harmonia entre todas as possibilidades da dimensão humana - biológicas, psicológicas e sociais.

O modelo biopsicossocial pressupõe dois grandes princípios: que o diagnóstico médico deverá sempre considerar a interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, de modo a avaliar a saúde da pessoa e a propor uma intervenção e que os tratamentos interagem uns com os outros, assim como o indivíduo e o seu meio ambiente (Pais Ribeiro, 2010).

A nova visão sobre a saúde e a emergência do modelo biopsicossocial influenciaram a forma como se percecionava o envelhecimento, este passa a ser percebido não como um estado mas sim como um processo que integra uma série de fenómenos que se sucedem numa determinada ordem e durante um certo período de tempo – o ciclo de vida. Esta conceção ultrapassa a explicação do envelhecimento como “idade”, como algo estático, e introduz explicações integradas e dinâmicas associadas ao percurso de vida dos sujeitos. Nesta linha de pensamento interessa ter em conta os papéis, a experiência de vida, a trajetória, as expectativas correlacionadas com o contexto social e cultural (Carvalho, 2013).

1.1.6. Envelhecimento Ativo

Na sequência, da emergência do modelo biopsicossocial, a OMS em 2002, na 2ª Assembleia Mundial do Envelhecimento, que se realizou em Madrid, promovida pela ONU, adotou o termo envelhecimento ativo como um conceito que traduzia o caminho

a seguir na promoção de um envelhecimento que promovesse o respeito e a integridade pelas pessoas mais idosas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define Envelhecimento Ativo como o “processo de otimização das oportunidades para a Saúde, Participação e Segurança, para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que envelhecem, num quadro de solidariedade entre gerações”. Ao propor esta nova definição, assente na saúde, participação e segurança a OMS veio reformular a forma como muitos pensavam e viviam o processo de envelhecimento.

No entanto, ao longo dos anos, verifica-se que o conceito tem sido alvo de apropriações indevidas. A noção de atividade é abrangente e não restritiva, não podemos limitar a atividade simplesmente à componente física. Envelhecer ativamente é um conceito muito mais amplo do que envelhecer sem doença abarcando também o bem-estar biopsicossocial. O envelhecimento ativo defende tanto a autodeterminação dos indivíduos – autonomia, participação, dignidade humana – como a responsabilidade social e justiça social – instituições justas, qualidade de vida, vida digna, segurança e bem-estar. Em termos teóricos, a ideia é a de que a “história individual estende-se ao longo da vida (...)” e as experiências “contribuem para uma adaptação mais ou menos favorável aos desafios do envelhecimento, num balanço de ganhos – aspetos positivos – e perdas – aspetos negativos – que se equilibram diferentemente em cada percurso individual e coletivo” (Ribeiro e Paúl, 2011, p. 2).

A OMS preconiza assim que existem diversos determinantes que influenciam o envelhecimento ativo (Figura 1), nomeadamente a cultura e género; determinantes sociais e económicos; determinantes do ambiente físico e do acesso à saúde e aos serviços sociais; e determinantes comportamentais e individuais. Estes encontram-se interligados em diversos aspetos, sendo a sua interação de extrema relevância. Os determinantes influenciam diretamente ou indiretamente o bem-estar, a prevalência de doenças, o seu início e avanço, bem como o modo como os indivíduos lidam com as mesmas e com a incapacidade (OMS, 2005).

Figura 1 – Determinantes de envelhecimento ativo



Fonte: Organização Mundial de Saúde (2005) Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

1.2. DOENÇA DE ALZHEIMER E INTERVENÇÕES

1.2.1. Perda de Autonomia e Dependência

Ter autonomia e independência funcional seria a condição ideal em todo o curso da vida. No entanto, decorrente do aumento da esperança de vida, surge inevitavelmente, em idades mais avançadas, um aumento de incapacidades e dependências.

Lawton (1982) foi dos primeiros autores a trabalhar a questão do estado funcional da pessoa idosa, referindo-a como a interação entre dois conjuntos de variáveis: as variáveis individuais e as variáveis ambientais. Para Cabete (2005) a avaliação do estado funcional do indivíduo compreende essencialmente três níveis: o desempenho das atividades sociais e ocupacionais, as atividades da vida diárias (AVD'S) e o desempenho de tarefas necessárias à vida quotidiana denominadas atividades instrumentais da vida diária (AIVD'S). Referem-se como AVD'S, as atividades relacionadas com o autocuidado, mobilidade, alimentação e higiene pessoal. As AIVD'S compreendem as atividades que dão suporte as atividades de vida diária em casa ou na comunidade, como por exemplo ir às compras, limpar a casa, utilizar transportes públicos, entre outras.

Uriate, Leturia e Yanguas (2002) citado em Lemos (2012, p. 10) mencionam que a dependência do indivíduo pode ser:

“a) económica – ou seja, quando o indivíduo deixa de trabalhar porque atingiu a reforma ou por alguma incapacidade, o facto de ele não se encontrar ativo no mercado de trabalho torna-o dependente; b) *física* - ocorre quando existe perda da funcionalidade do organismo; c) *social* - parte das relações sociais deixam de ocorrer, facto que pode acontecer devido à incapacidade do indivíduo em se relacionar; d) *dependência mental* - ocorre quando o indivíduo perde a capacidade de resolução de problemas.

Apesar das divergências na definição do conceito, a ausência de dependência é uma componente essencial de bem-estar nos indivíduos.

1.2.2. Doença de Alzheimer

A OMS publicou em 2012 o relatório “*Demência: Uma Prioridade de Saúde Pública*” onde apresenta dados que demonstram que é necessária uma intervenção urgente e eficaz neste domínio, uma vez que atualmente, são 35,6 milhões os dementes em todo o mundo, estimando-se que subam aos 65,7 milhões em 2030 e que atinja os 115,4 milhões em 2050.

Segundo a OMS, a demência define-se como uma alteração progressiva da memória e da ideação, suficientemente grave para limitar as atividades da vida diária, que dura por um período mínimo de seis meses e está associada à perturbação de pelo menos uma das funções seguintes: linguagem, cálculo, julgamento, alteração do pensamento abstrato, praxia, gnosis ou modificação da personalidade.

A doença de Alzheimer é a forma mais comum de Demência, constituindo cerca de 50% a 70% de todos os casos (Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer - APFADA).

Segundo Lima e Marques (2007) a doença de Alzheimer é descrita como uma desordem neuro degenerativa progressiva e incapacitante, que se caracteriza pela degeneração cognitiva e da memória acompanhada da perda de autonomia e consequente impossibilidade do desempenho das atividades diárias.

“De início, os sintomas tais como, a dificuldade de memória e a perda de faculdades intelectuais, podem ser tão ligeiros, que poderão passar despercebidos, tanto pela pessoa afetada, como pela sua família e amigos. Mas, à medida que a doença progride, eles fazem-se notar cada vez mais e começam a interferir com a rotina e com as atividades sociais. As atividades do dia-a-dia como o vestir, o lavar e o ir à casa de banho, vão-se tornando gradualmente tão difíceis, que com o tempo a pessoa fica totalmente dependente dos outros.”
(APFADA, 2006)

Aloysius Alzheimer, psiquiatra alemão, foi o primeiro a descrever o quadro clínico num artigo publicado em 1907 e intitulado “ uma doença característica grave do córtex cerebral.” Esta descrição teve por base o caso de uma paciente que se encontrava no começo da demência, as suas investigações e observações, concluiu que o Alzheimer se tratava de uma forma particularmente grave de demência senil, que pode aparecer antes dos 50 anos, o que veio contrapor a ideia original que considerava o Alzheimer como uma demência pré-senil.

As demências do tipo de Alzheimer apresentam quadros clínicos multiformes: a perda progressiva das capacidades mentais pode fazer-se de forma lenta, para uns, e de forma compulsiva, para outros. O único diagnóstico definitivo só pode ser dado *pos mortem*, na autópsia do cérebro. A esperança média de vida de um doente varia entre cinco a dez anos, durante este período os familiares confrontam-se com a dor do luto da imagem de um ente querido que termina os seus dias sem lembranças do que foi e do que viveu.

1.2.3. Métodos de Intervenção

Como sabemos, a doença de Alzheimer é atualmente incurável, porque está associada a lesões cerebrais irreversíveis e por isso as intervenções “não procuram a cura desta patologia, mas sim a promoção do alívio dos défices cognitivos e alterações comportamentais, bem como a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e da família” (Bottino et al., 2002 citado por Lucas, Freitas & Monteiro, 2013, p. 6).

Qualquer intervenção que procure ser bem-sucedida terá de possuir um conhecimento profundo sobre o paciente e a sua patologia. Entre as várias intervenções existentes destaco: as intervenções farmacológicas e as intervenções não farmacológicas.

Em termos farmacológicos, numa fase inicial, medicamentos como a *tacrina*, *donepezil*, *rivastigmina*, *galantamina* podem contribuir para que os sintomas não piorem durante um certo período limitado de tempo. Em fases moderadas ou graves da doença a *memantina* tem demonstrado bons resultados. Medicamentos como os neurolépticos ajudam a resolver estados de agitação, deambulação, ansiedade e depressão contribuindo desta forma para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias.

Em termos não farmacológicos, encontramos por exemplo a intervenção familiar que segundo Lucas, Freitas e Monteiro (2013) caracteriza-se por englobar três componentes: a educação dos cuidadores, a gestão do *stress* e o treino de estratégias de *coping*. Os resultados mostram que também estas intervenções têm gerado melhorias nos níveis de *stress* do cuidador, bem como das perturbações de comportamento do paciente.

Nos últimos anos, precipitou-se um interesse pelos métodos de intervenção neuro psicológica que têm demonstrado resultados eficazes na melhoria e preservação do desempenho cognitivo, independentemente da idade dos sujeitos ou existência de patologias/défices cognitivos.

1.2.4. Estimulação Cognitiva

Segundo Lousa (2016, p. 5) a cognição “é o processo intelectual ou mental através do qual um organismo toma conhecimento do mundo.” Moraes, Moraes e Lima (2010, p. 69) referem que o termo “cognição corresponde à faixa de funcionamento intelectual humano, incluindo percepção, atenção, memória, raciocínio, tomada de decisões, solução de problemas e formação de estruturas complexas de conhecimento.” Irigaray, Tentini, Gomes e Scheneider (2011) descrevem a cognição como o conjunto de capacidades mentais que permitem a aquisição, o acesso e a manutenção de conhecimentos. A CID – 10 Classificação Internacional das Doenças inclui no código da cognição, a percepção, o estado emocional, o comportamento e relaciona os sintomas e sinais relativos a cognição com a consciência.

Durante vários anos prevaleceu nas sociedades a crença de quando o cérebro envelhecia nada restava a fazer senão esperar pela morte dos neurónios. O desenvolvimento do conhecimento sobre os vários tipos de demência, o avanço dos métodos de

neuroimagem e o desenvolvimento de estudos científicos na área da psicologia e psiquiatria proporcionaram mudanças no paradigma do envelhecimento psíquico.

Moraes, Moraes e Lima (2010), mencionam que o passar do tempo pelo nosso corpo provoca modificações em algumas habilidades cognitivas no entanto existem outras que permanecem inalteradas. Atualmente sabe-se que, apesar de envelhecer, o cérebro mantém a capacidade de evoluir e de mudar o padrão das conexões. Por analogia, podemos comparar o funcionamento do cérebro a um músculo do nosso corpo, que se o treinarmos manter-se-á mais funcional. Acontece o mesmo com o nosso cérebro, se não for estimulado perde rapidamente as suas capacidades.

“A Neuropsicologia é uma subárea das Neurociências, exercida por psicólogos que buscam a compreensão da relação entre os danos cerebrais, os efeitos na cognição e o comportamento dos indivíduos. É ainda a Neuropsicologia que se predispõe na realização de atividades que visam à recuperação ou amenização dos défices neuro cognitivos, através de um processo conhecido como Reabilitação Neuro cognitiva” (Cunha & Novaes, 2004, citado por Lousa, 2016, p. 7).

Diversos são os estudos que têm comprovado a hipótese de que a utilização da estimulação cognitiva em idosos é eficaz e traz muitos benefícios independentemente da idade dos mesmos ou no caso de serem portadores de alguma patologia ou défice cognitivo.

“A estimulação cognitiva tem como percussora a orientação para a realidade, primeiro método de intervenção cognitiva na demência (Lima, 2006, p. 47).” Atualmente é realizada, através de por exemplo, programas de reabilitação neurocognitiva como os jogos e outras atividades interativas e ocupacionais. Os jogos têm duas variantes: a aprendizagem ou reaprendizagem e proporcionam simultaneamente uma terapia. “O propósito dos jogos aplicados à reabilitação neurocognitiva é auxiliar na reabilitação das funções cognitivas afetadas, resultando de lesões ou doenças, consagrando o aumento da funcionalidade e melhoria da qualidade de vida” (Miranda, 2012 citado em Lousa, 2016, p. 8).

As sessões de Estimulação Cognitiva podem ser realizadas em grupo ou individualmente. Atualmente e devido à evolução das novas tecnologias é possível realizar programas de treino cognitivo através de uma plataforma *online*. O COGWEB é uma ferramenta que permite a implementação de programas personalizados de treino cognitivo, através de uma plataforma *online* onde quer o profissional quer o doente podem aceder ao programa a partir de qualquer local onde exista uma ligação à internet.

1.2.5. Apoios e Respostas Sociais Dirigidas às Pessoas Idosas e em Situação de Dependência

Uma das características mais distintivas do Estado-Providência Português é o seu desenvolvimento tardio. Citando Mozzicafredo (1992, pp. 57-58) “Inversamente a maior parte dos países europeus desenvolvidos, a consolidação do Estado-Providência em Portugal é recente: a legalidade democrática e a institucionalização efetiva de direitos constitucionais surgem com a rutura política e social resultante de 1974”. Foi, de facto, a Revolução de 1974 que colocou fim a um período marcado pelo papel supletivo do Estado na proteção social. No entanto, o desenvolvimento tardio do Estado-Providência Português foi compensado pela persistência de uma sociedade-providência muito forte, porém, acresce que, ao delegar na família e na sociedade civil o sistema de providência social, assiste-se à reprodução das desigualdades sociais existentes e à redução das responsabilidades do Estado na criação e provisão de serviços sociais. Todas estas características do Estado-Providência Português têm reflexo direto nas políticas sociais. Segundo Carmo (2012, p.40), pode definir-se política social como um sistema de políticas públicas que procura concretizar as funções económicas e sociais do Estado, com o objetivo de promover a coesão social e a condução coletiva para melhores patamares de qualidade de vida.

No sistema português, a Segurança Social é a única entidade estatal responsável por reger as respostas dirigidas especificamente à população idosa. Neste âmbito, tem uma dupla função, por um lado, supervisiona e, por outro lado financia. De acordo com o Quadro 2 verificamos que as medidas de política social dirigida às pessoas idosas e em situação de dependência são de três tipos: prestações sociais, respostas sociais e programas.

Quadro 2 – Medidas dirigidas às pessoas idosas em situação de dependência, no âmbito da Segurança Social

| | |
|----------------------------|--|
| Prestações Sociais | Pensão de Velhice Pensão Social de Velhice Complemento Solidário para Idosos (CSI) |
| Respostas Sociais | Serviços Serviço de Apoio Domiciliário; Apoio Domiciliário Integrado; Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Adultas com Deficiência; Equipamentos Lar de Idosos; Residência; Centro de Dia; Centro de Convívio; Centro de Noite; Unidades de Apoio Integrado (UAI); |
| Programas e Medidas | Transversais Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES); Participação Direta às Famílias; Linha Nacional de Emergência Social (LNES); Rede Social; Programa para a Inclusão e Desenvolvimento (PROGRIDE); Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a Carenciados (PCAAC); Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais; Específicas Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI); Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI); Programa ReCriar o Futuro; Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII). |

Fonte: Elaborado a partir de Carvalho (2013)

A Pensão de Velhice é uma prestação dirigida às pessoas com mais de 65 anos que tenham pago contribuições para a Segurança Social, durante, pelo menos 15 anos; A Pensão Social de Velhice é uma prestação em dinheiro, atribuída mensalmente, a partir dos 65 anos de idade, para os idosos que não tenham direito à pensão de velhice; O Complemento Solidário para Idosos é um apoio em dinheiro pago mensalmente aos idosos, com mais de 65 anos e com baixos recursos. O Serviço de Apoio Domiciliário

consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivos de doença, deficiência, ou outro impedimento não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas ou as atividades da vida diária; O Apoio Domiciliário Integrado concretiza-se através de um conjunto de ações e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio, durante vinte quatro horas por dia e sete dias por semana; O Acolhimento Familiar para pessoas Idosas e Adultas com Deficiência trata-se da integração temporária ou permanente de pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro quando, por ausência ou falta de condições de familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio. Os Lares de Idosos destinam-se ao alojamento coletivo de pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia, de utilização temporária ou permanente; As Estruturas Residenciais podem assumir qualquer uma das seguintes modalidades de alojamento: a) tipologias habitacionais designadamente apartamentos e/ou moradias; b) quartos; c) tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos; O Centro de Dia é uma resposta desenvolvida em equipamento que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio familiar; O Centro de Convívio é uma resposta social de apoio a atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade; O Centro de Noite é um equipamento de acolhimento noturno prioritariamente, para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de suporte e acompanhamento durante a noite; As Unidades de Apoio Integrado são uma resposta social de carácter temporário composta por uma equipa multidisciplinar que promove uma intervenção articulada da saúde e da ação social ao nível de cuidados de reabilitação a pessoas em situação de dependência.

1.3. A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

1.3.1. Ser ou Não Ser Cuidador

O cuidar dos familiares de idade avançada foi sempre uma preocupação das famílias e da própria sociedade (Montorio, Yanguas & Díaz-Veiga, 1999, citado em Pera, 2012, p. 18). Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) a família é a unidade básica de suporte a todos aqueles que careçam de cuidados, sejam eles crianças, jovens, adultos ou idosos. A família existe desde os primórdios da humanidade. Contudo o seu conceito não é o mesmo em todas as épocas e culturas. Sampaio e Gameiro (1985) definem a família como um agrupado de elementos, ligados por um conjunto de relações em contínuo contacto com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificada.

Outrora, a reduzida taxa de esperança média de vida fazia com que praticamente não existisse ascendentes para cuidar. Quando era necessário cuidar de alguém atribuíam-se essa responsabilidade à família, particularmente aos membros do sexo feminino, uma vez que as mulheres permaneciam em casa desempenhando papéis bem definidos que passavam pela lida da casa e pela gestão das relações entre os membros da família. A existência de famílias alargadas, onde várias gerações coabitavam ou residiam em grande proximidade, determinava a existência e manutenção de padrões de suporte intergeracional e expectativas de receber e fornecer assistência na velhice, como parte de um processo contínuo de interação entre pais e filhos. Atualmente, o aumento da longevidade faz emergir um aumento substancial e diversificado nas necessidades de apoio aos mais idosos, que associado à entrada das mulheres no mundo do trabalho e as alterações na estrutura e valores familiares conduziu a que as famílias deixassem de desempenhar o papel principal no cuidado aos mais idosos.

O ato de cuidar de idosos não pode ser encarado como um ato de assistência, segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 59) cuidar trata-se de uma “atividade complexa, com dimensões psicológicas, éticas, sociais, demográficas, clínicas, técnicas e comunitárias, que ultrapassam o carácter simplesmente assistencialista.” “Cuidar de alguém é mais do que fazer coisas por ele. É principalmente advogar os seus interesses e as suas vontades, dentro dos critérios de razoabilidade (...)” (Jorge, et. al., 2015, p. 67).

A iniciação no papel de cuidador no seio de uma família a um idoso, conforme referem Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 54) "raramente decorre de um processo de livre e consciente escolha." O assumir o papel de cuidador é uma atitude que está sempre associada a motivações que envolvem uma certa complexidade, porque abrangem uma mistura de razões. Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) este é um domínio influenciado pelas tradições, pelos padrões e normas sociais vigentes em cada cultura, pela própria conceção de vida, pela história de cada indivíduo. O amor, o carinho, o afeto constituem um leque de sentimentos que interferem na assunção do papel de cuidador informal mas também o dever social e moral e o cristianismo se elegem como determinantes muito importantes. A recompensa material, apesar de raramente assumida, representa também um fator de aceitação. Igualmente a visão negativa e destorcida que existe, ainda hoje, em relação aos lares leva também muitas famílias a assumir o papel de cuidadoras. A inexistência de estruturas de apoio, o custo financeiro elevado da institucionalização, a coabitação de longa data são também razões que podem levar as famílias a cuidar dos seus idosos.

"Não há qualquer dúvida de que a permanência do idoso no seu meio familiar e social, em constante interação com as pessoas que lhe são próximas, é considerado o cenário ideal para qualquer pessoa que atinja a velhice e procure vive-la de forma equilibrada e sem graves discontinuidades. Por outro lado, o apoio prestado pelos familiares e/ou amigos é de um modo geral, mais adequado às necessidades específicas de cada indivíduo e, por isso mesmo, o mais solicitado. Contudo, há uma tendência para enaltecer as vantagens das formas de solidariedade informal sem se refletir sobre as suas limitações, e para considerar que as redes informais podem substituir as redes formais, sempre que estas não tenham capacidade de resposta" (Pimentel, 2001, pp. 36-37).

Wardes e Ford (1995) advogam que o ser ou não ser cuidador está intimamente relacionado com a personalidade dos elementos familiares, com os seus valores e com a relação que estabelecem com os familiares mais idosos. Porém é necessário compreendermos que a principal característica dos cuidadores informais é a providência de cuidados sem remuneração.

1.3.2. O Cuidado Informal: Sobrecarga Sentida

Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 67), o termo sobrecarga (*burden*) reporta-se ao “conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar, suscetíveis de afetar diversos aspetos da vida do indivíduo, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional.” Segundo os autores o conceito de sobrecarga pode ser perspectivado em duas dimensões: objetiva e subjetiva. A dimensão objetiva “resulta da conjugação entre a exigência dos cuidados prestados – mediante a gravidade, tipo da dependência e comportamento do doente – e as consequências nas várias áreas da vida do cuidador – familiar, social, económica, profissional.” A dimensão subjetiva “deriva das atitudes e respostas emocionais do cuidador a tarefa de cuidar, ou seja, evoca a perceção do cuidador acerca da repercussão emocional das exigências ou problemas associados a prestação de cuidados” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006, p. 67). Para Sequeira (2010), o conceito de sobrecarga alude ao conjunto das consequências que sucedem na sequência de um contacto próximo com um doente ou idoso dependente com/sem demência. Martins (2006), citando Braithwaite (1992), citado por Rodrigues (2011 p. 31), define a sobrecarga do cuidador como uma perturbação que resulta do lidar com a dependência física e a incapacidade mental da pessoa alvo dos cuidados, correspondendo à perceção subjetiva das ameaças às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do cuidador.

O conceito de sobrecarga emergiu nos anos 60 através da publicação do artigo *The Family Life of Old People: An Inquiry in East London* de Peter Brereton Townsend. O sociologista Townsend foi dos primeiros investigadores a publicar um estudo sobre a responsabilidade de cuidar do idoso em casa e a mencionar o termo sobrecarga. O seu estudo que tinha uma amostra de 192 indivíduos permitiu identificar níveis moderados ou graves de tensão excessiva em 42 indivíduos de ambos géneros que tinham a seu cargo pessoas idosas. Os níveis de tensão graves ou moderados resultavam das alterações laborais ou familiares que o processo de cuidar de um familiar idoso acarreta, quer a nível físico quer a nível emocional (Hoffmann & Mitchell, 1998; Martins, 2006 citado em Rodrigues 2011, p. 32).

Apesar de existirem muitos cuidadores informais que considerem a tarefa de prestação de cuidados a um familiar idoso como algo emocionalmente gratificante e uma

oportunidade de enriquecimento pessoal, a verdade é que o ato de cuidar é uma tarefa que se reveste de uma grande complexidade porque implica alterações na relação entre os diferentes subsistemas familiares e entre os diferentes elementos que a compõem.

1.3.3. O Cuidado Formal: Dificuldades Sentidas

Dirigir-se a uma instituição em busca de ajuda para cuidar de um idoso, é uma situação que pode ser desencadeada por diversas razões. O pedido de ajuda pode ser consequência de uma escolha ou então consequência de falta de alternativas, independentemente da sua origem o cuidado formal implica sempre ingressar numa nova realidade com requerimentos legais, visões, normas e valores muitas das vezes diferentes daquelas que existem no seio das relações familiares. Carrilho (2012) refere-se aos cuidadores formais como sendo,

“Profissionais contratados, com carácter remuneratório, para a prestação de cuidados no domicílio ou em instituição. Deste modo, deve haver uma preparação específica para o desempenho deste papel, estando integrados no âmbito de uma atividade profissional, na qual se incluem as atividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com competências próprias.”

Para Gonçalves (1992) citado por Sequeira (2010), o cuidador formal é a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades e tarefas da vida quotidiana, fazendo elo entre o idoso, a família e serviços de saúde ou da comunidade, geralmente remunerado que tem como funções ajudar nas atividades da vida diária; administrar medicamentos por via oral; auxiliar na deambulação e mobilidade; cuidados com a organização do ambiente protetor e seguro, acesso a ajudas técnicas (equipamentos) para a prestação de cuidados ao idoso; proporcionar conforto físico e psíquico; estimular o relacionamento e contacto com a realidade e levar o idoso a participar em atividades recreativas e sociais, controlar sinais vitais, reconhecer sinais de alterações e prestar socorro em situações de urgência.

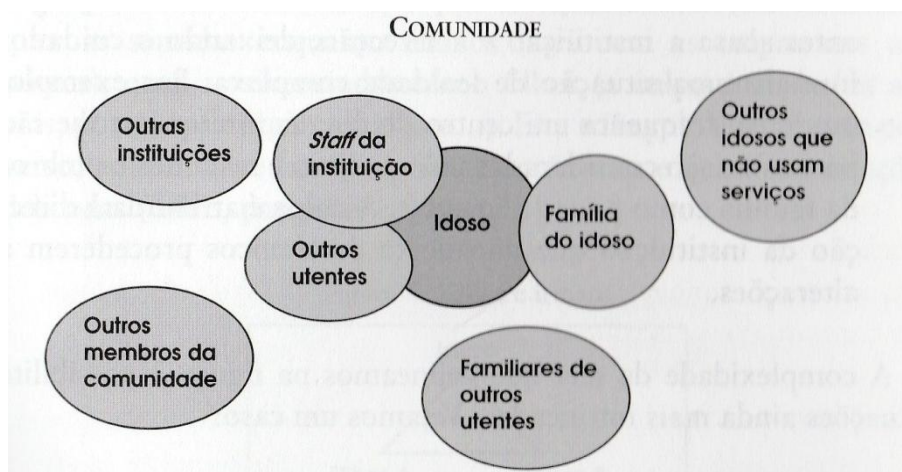
É importante percebermos que a tarefa de cuidar, ao nível da atividade profissional, concentra em si uma série de circunstâncias que fazem com que os cuidadores formais apresentem níveis de *stress* extremamente elevados. A rotatividade dos horários de trabalho, o esforço físico, o cansaço psicológico, a ansiedade, a preocupação constante

de estar a cuidar de um ser humano, o envolvimento emocional que se estabelece com o passar dos anos faz com que esta profissão necessite de ser olhada de uma forma mais ponderada. No entanto é importante compreendermos que o impacto a nível profissional depende também das condições e ambiente encontrados no local de trabalho.

Apesar da dificuldade em apurar se um problema de saúde resulta especificamente da prestação de cuidados, Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) referem que os cuidadores de idosos, quando comparados com sujeitos da mesma idade e similar situação socioeconómica sem essa atividade, percecionam o seu estado de saúde como pior.

No entanto e segundo, Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) é nas situações em que o idoso continua a viver em casa, mas tem apoio de serviços da comunidade, que se encontra uma maior complexidade, uma vez que é aqui, que a ambiguidade de papéis e funções entre os cuidadores informais e profissionais se coloca de modo mais explícito e acentuado (Figura 2).

Figura 2 – Complexidade nas relações quando um idoso frequenta instituições na comunidade



Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) a interação entre os sistemas envolvidos é essencial para determinar o grau de proximidade, a hierarquia dos sistemas e a capacidade de resposta no sentido do bem-estar físico e psicossocial do idoso. O desequilíbrio neste intercâmbio pode originar situações problemáticas.

2. LOCAL DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

2.1. ASSOCIAÇÃO DOS LARES FERROVIÁRIOS

A Associação dos Lares Ferroviários (ALF) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social fundada em 1973 com a missão de apoiar os ferroviários, suas famílias e a comunidade envolvente através de respostas sociais que promovam bem-estar e uma melhor qualidade de vida.

2.2. INSERÇÃO GEOGRÁFICA

A ALF tem a sua sede no Entroncamento, cidade portuguesa que pertence ao distrito de Santarém, região Centro e sub-região Médio-Tejo. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, o Entroncamento é sede de um município com 13, 73 km² de área e 20 2016 habitantes subdivididos em 2 freguesias. A cidade do Entroncamento é limitada a este pelo município de Vila Nova da Barquinha, a sul pelo município da Golegã e a oeste pelo município de Torres Novas. O Entroncamento deve o seu nome ao facto de aí se encontrarem duas linhas de caminho-de-ferro: linha do Norte e a linha da Beira Baixa. A cidade encontra-se localizada numa área de acessibilidade central, possuindo uma zona de importantes vias rodoviárias e ferroviárias.

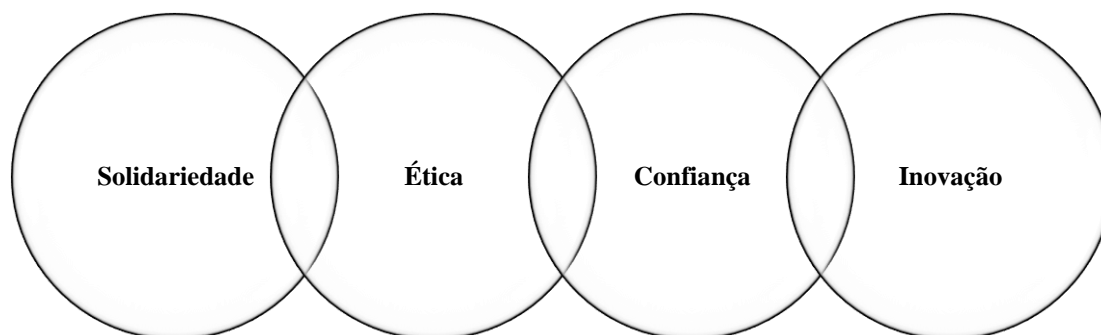
2.3. LEGISLAÇÃO DE ENQUADRAMENTO

De acordo com o artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 172-A/2014 de 14 de novembro, são instituições particulares de solidariedade social, as pessoas coletivas, sem finalidade lucrativa, constituídas exclusivamente por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de justiça e de solidariedade, contribuindo para a efetivação dos direitos sociais dos cidadãos, desde que não sejam administradas pelo Estado ou por outro organismo público. A atuação das instituições particulares de solidariedade social pauta-se pelos princípios orientadores da economia social, definidos na Lei n.º 30/2013 de 8 de maio, bem como pelo regime previsto no Estatuto da Lei n.º 76/2015 de 28 de julho.

2.4. VALORES INSTITUCIONAIS

No sentido da prossecução da sua Missão, a Associação dos Lares Ferroviários definiu quatro valores que norteiam as suas ações.

Figura 3 – Valores institucionais



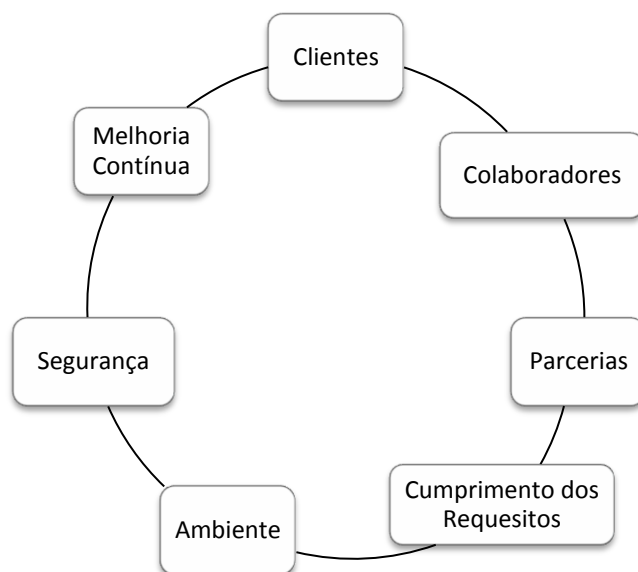
2.5. VISÃO

A Associação dos Lares Ferroviários pretende ser uma instituição de referência, inovadora e socialmente ativa de modo a responder positivamente aos desafios que se colocam.

2.6. POLÍTICA INSTITUCIONAL

A política da Associação dos Lares Ferroviários subdivide-se nos seguintes eixos prioritários de ação:

Figura 4 – Eixos de Ação



2.7. HISTORIAL DA INSTITUIÇÃO

Ao longo dos anos, o exercício da atividade ferroviária, contribuiu para o desenvolvimento de diversas regiões do nosso país e criou um novo grupo socioprofissional – os ferroviários – indivíduos sujeitos a uma rígida disciplina, traduzida na regulamentação e expressa nas *nuances* do fardamento, de uso obrigatório e ajustado às funções e ao grau hierárquico de cada um, por analogia com a instituição militar, que forneceu o modelo de organização e os primeiros técnicos especializados.

O Entroncamento é uma localidade onde se cruzam duas importantes linhas ferroviárias: linha do norte e linha da beira baixa. Este facto levou a que fossem criados na cidade os primeiros núcleos habitacionais destinados a acolher dezenas de indivíduos deslocados das suas terras de origem que estavam determinados à construção e reparação de linhas do caminho-de-ferro, à condução de comboios e à manutenção de material. A história da cidade passa necessariamente pela vida dos ferroviários e foi precisamente a solidariedade para com os idosos da família ferroviária que motivou a criação da Associação dos Lares Ferroviários. A 25 de Novembro de 1973 tomaram posse cinco elementos que fundaram a direção da associação: um presidente, um vice-presidente, um secretário, um tesoureiro e um vogal. Os primeiros dezasseis anos de existência da associação, através de quotizações de sócios e donativos de variada natureza, foram

dedicados à angariação de meios financeiros e materiais, que tinham como objetivo a construção de equipamentos em diversos pontos do país de modo a promover uma intervenção de âmbito nacional no apoio aos ferroviários e suas famílias.

Em 1989, no Entroncamento iniciou-se a construção do primeiro Lar dos Ferroviários. Após um percurso de sucessos e muitos sacrifícios, em Março de 1992 o Lar dos Ferroviários entrou em funcionamento com uma capacidade inicial para 48 idosos em Internamento, 20 idosos em Centro de Dia e 9 idosos em Apoio Domiciliário. Estava assim concluída a primeira fase de um projeto que há muito tempo se ambicionava. Em Julho de 2000, o projeto de construção foi concluído, a segunda fase foi finalizada, o que permitiu dar resposta a um maior número de associados em lista de espera, aumentando a sua capacidade para 82 idosos em internamento.

Hoje em dia, a Associação dos Lares Ferroviários é uma instituição certificada pelos requisitos dos Manuais de Avaliação da Qualidade da Segurança Social – ERPI, CD e SAD (Nível A). O Lar do Entroncamento conta com cerca de 143 clientes, espalhados pelas diversas respostas sociais, e cerca de 80 colaboradores. Gere um orçamento anual de 1 500 000 mil euros. Para além do Lar do Entroncamento a Associação desenvolve múltiplos projetos de índole social: é entidade coordenadora do CLDS 3G no Entroncamento, é membro da Rede Social e está a concluir a construção de um novo Lar de Idosos na localidade de Pinhal Novo, com capacidade para 72 camas, que se prevê que estará concluído no 1º Trimestre de 2017.

O crescente envelhecimento da população portuguesa, aliado às transformações que a nossa sociedade está a ser sujeita, provoca uma necessidade de infraestruturas onde os idosos possam viver com a máxima qualidade de vida. Neste contexto a Associação dos Lares Ferroviários surge para os ferroviários e suas famílias como uma resposta válida a esta situação, apresentando uma filosofia que assenta na promoção do bem-estar nas suas diferentes vertentes – apoio ao cliente e a família, combate à solidão e supervisão permanente.

2.8. ORGANIZAÇÃO

Para compreendermos a organização da Associação dos Lares Ferroviários é importante visualizarmos o seu organograma (Anexo I).

De acordo com o artigo n.º15 dos Estatutos da Associação dos Lares Ferroviários, constatamos que a associação é constituída por três órgãos sociais: a Mesa da Assembleia Geral, a Direção e o Conselho Fiscal eleitos em Assembleia Geral.

A Mesa da Assembleia Geral é constituída por quatro membros: um presidente, um vice-presidente, um primeiro secretário e um segundo secretário que reúnem em sessões ordinárias e extraordinárias. Compete à Assembleia Geral: a) definir as linhas fundamentais de atuação da associação; b) eleger ou destituir, por votação secreta, todos ou parte dos membros da respetiva mesa, da direção e do conselho fiscal; c) apreciar e votar anualmente o orçamento e o programa de ação para o exercício seguinte, bem como o relatório de contas e gerência; d) deliberar sobre a aquisição onerosa e alienação, a qualquer título, de bens imóveis e outros bens patrimoniais de rendimento ou com valor histórico ou artístico; e) deliberar sobre a alteração do estatuto; f) deliberar sobre a extinção, cisão ou fusão da associação; g) autorizar a associação a demandar os membros dos corpos gerentes por factos praticados no exercício das suas funções; h) aprovar a adesão a uniões, federações ou confederações.

A Direção, órgão executivo da Associação, é constituída por sete elementos: um presidente, dois vice-presidentes, um secretário, um tesoureiro e dois vogais que reúnem mensalmente. Compete à Direção: a) gerir a associação e representá-la em juízo ou fora dele; b) garantir a efetivação dos direitos dos associados; c) administrar os fundos da associação; d) elaborar anualmente e submeter ao parecer do conselho fiscal o relatório de contas de gerência, bem como o orçamento e programa de ação para o ano seguinte; e) assegurar a organização e funcionamento dos serviços e equipamentos, promover a organização e elaboração da contabilidade nos termos da lei; g) organizar o quadro do pessoal, contratar e gerir o pessoal da associação; h) zelar pelo cumprimento da lei, do estatuto e das deliberações dos órgãos da associação; i) decidir acerca da admissão de utentes nas várias valências; j) admitir novos sócios efetivos, auxiliares e extraordinários; l) propor a demissão dos associados efetivos, auxiliares e extraordinários; m) propor à assembleia geral a admissão de associados beneméritos e honorários; n) requerer a convocação da assembleia geral; o) designar a gerência das várias valências se a complexidade de gestão o justificar; p) exercer ou delegar, expressamente, o exercício da ação disciplinar; q) distribuir pelos associados o relatório e a conta de gerência; r) promover à assembleia geral a aprovação do valor da joia e da quota mínima mensal.

O Conselho Fiscal é constituído por três membros: um presidente, um secretário e um vogal. Compete-lhe: a) fiscalizar a ação da direção, podendo, para o efeito, consultar a documentação necessária; b) dar parecer sobre o relatório e contas do exercício, bem como sobre o programa de ação e orçamento para o ano seguinte; c) dar parecer sobre quaisquer assuntos que os outros órgãos submetam à sua apreciação; d) verificar o cumprimento da lei, dos estatutos e regulamentos.

A Associação dos Lares Ferroviários conta diariamente com uma equipa de profissionais qualificados que prestam cuidados geriátricos e uma assistência permanente ao idoso. Possui serviços de lavandaria, de cozinha e de limpeza que permitem que o idoso e as suas famílias vivam esta nova fase da forma mais tranquila e pacífica possível. Paralelamente dispõe de uma equipa interdisciplinar constituída por técnicos de diferentes áreas do saber: psicologia, serviço social, educação social, terapia ocupacional, enfermagem e medicina, que através dos conhecimentos especializados que detêm procuram responder de forma eficaz às necessidades apresentadas pelos clientes, pelas famílias e pelos colaboradores, de forma a proporcionarem assistência e acompanhamento personalizado.

2.9. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ESTÁGIO

Segundo Buriolla (2008, p.13), "o estágio é o lócus onde a identidade profissional do aluno é gerada, construída e referida; volta-se para o desenvolvimento de uma ação vivenciada, reflexiva e crítica e, por isso, deve ser planejado gradativamente e sistematicamente." A realização de um estágio é uma etapa fundamental no processo de formação de qualquer profissional uma vez que se trata de um momento que corresponde a uma permanente reflexão dialogante entre as componentes teóricas adquiridas e a prática observada e vivida.

O bem-estar dos idosos implica a resolução de múltiplos desafios. Dessa forma, procurei durante o estágio participar num grande e diversificado número de atividades institucionais com o objetivo de alcançar um entendimento mais profundo sobre o processo de envelhecimento e o ambiente institucional, no qual enquanto estudante do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo posso desempenhar funções.

O envelhecimento é marcado por um conjunto de alterações biopsicossociais específicas como em qualquer outra fase do ciclo de vida, No entanto, verificamos que existe uma tendência para enaltecer os aspetos negativos, negligenciando a riqueza humana e espiritual adquirida com a passagem do tempo. A velhice não deve ser encarada como um problema. Deste modo, procurei desenvolver e participar em atividades que promovessem a continuação do desenvolvimento humano porque, mesmo em situações de dependência e fragilidade, existe vida para viver e necessidades para satisfazer.

O presente estágio curricular teve início a 31 de Outubro de 2016. Foi definido um cronograma com as atividades a realizar (Anexo II). É importante mencionar que o referido cronograma teve uma realização flexível e que as atividades foram sempre acompanhadas por uma postura crítica e reflexiva. De seguida, descrevo sucintamente as atividades que realizei, explicando a importância das mesmas para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, bem como para o bem-estar dos idosos e seus cuidadores.

Elaboração do programa de estimulação cognitiva - “Estimula a Mente” – Anexo III

O programa de estimulação cognitiva que elaborei, designado “Estimula a Mente”, é composto por 15 sessões. Para cada sessão foram planificadas sessões de trabalho. As sessões de trabalho incluíram um conjunto de atividades que foram conseguidas através da pesquisa bibliográfica de exercícios, jogos e dinâmicas. Partindo do facto de que o jogo proporciona benefícios para a saúde física e mental, foram reunidos um conjunto de jogos de tabuleiro, lúdicos, de cálculo, de memória e de raciocínio que têm como principal objetivo exercitar as competências cognitivas do idoso com Alzheimer.

Cada sessão teve a duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos, sendo composta por três momentos. O momento inicial correspondeu a um estágio em que o meu comportamento era pensado e moldado de forma a facilitar a comunicação e a criar um ambiente de confiança e empatia. O momento de desenvolvimento correspondeu à execução da atividade planificada para a sessão. E o momento final correspondeu à despedida, da qual fazia parte uma reflexão.

Atividades de estimulação cognitiva

Segundo Argimon (2006) citado em Lousa (2016) o processo de envelhecimento concentra em si mudanças cognitivas que decorrem de habilidades e velocidades não exercitadas. Deste modo, a prática de exercícios mentais que exijam a estimulação de capacidades como a atenção, a concentração ou o pensamento lógico são fundamentais para a preservação das habilidades cognitivas. Tendo em conta este pressuposto, no decorrer do estágio elaborei atividades que visaram o treino cognitivo dos idosos institucionalizados. Os jogos que elaborados e recriados estão referenciados no Quadro 3.

Quadro 3 – Atividades de Estimulação Cognitiva

| Atividade | Descrição |
|--------------------|---|
| "Eu, Conheço" | Elaborei cartões com imagens de personalidades portuguesas que viveram em épocas anteriores e que se destacaram em diferentes áreas como o desporto, o cinema, o teatro, a música e a literatura. Os idosos através de pistas dadas por mim tinham de adivinhar o nome das personalidades que constavam nos cartões ao mesmo tempo que recordavam histórias antigas e descobriam mais informações sobre a personalidade. |
| "STOP" | Com o recurso a um marcador dividi um quadro branco em colunas. Em cada coluna escrevi as seguintes categorias: nomes, terras, cores, frutas, animais, profissões e objetos. De seguida sorteie de forma aleatória uma letra do alfabeto. Selecionada a letra, cada idoso enunciava verbalmente uma palavra das categorias escolhidas começada pela letra sorteada. |
| "Quem Sabe, Sabe" | O presente jogo já existia no lar consiste num conjunto de cartões de diferentes cores, cada cor corresponde a uma temática. Cada temática tem 15 cartões, cada cartão tem uma pergunta. Lança-se um dado de forma aleatória a cor que estiver na face do dado determina a temática da pergunta. Realizamos este jogo diversas vezes que os idosos já sabiam as perguntas e as respostas de cor. Face a este cenário elaborei novos cartões com as mesmas temáticas mas com perguntas diferentes. |
| "Bingo das Frutas" | Fazendo uso dos cartões e marcadores existentes num jogo do lar que se intitula por "Bingos Seniores", reuni um conjunto de advinhas e provérbios populares sobre frutas. Proferia verbalmente os provérbios e advinhas e os idosos com os cartões à sua frente tinham de colocar o marcador na imagem da fruta que correspondesse ao provérbio ou advinha dito por mim. |
| | Fazendo uso dos cartões e marcadores existentes do jogo "Bingo" elaborei um conjunto de operações numéricas em que o resultado correspondia aos números |

| | |
|---------------------------|---|
| “Bingo das Contas” | existentes nos cartões. Em vez de dizer os números, dizia uma operação numérica, assim os idosos tinham de fazer contas para chegar ao número que eu sorteie aleatoriamente. |
| "Sensações" | Dentro de pequenos sacos escuros coloquei diferentes objetos e alimentos, como por exemplo algodão, pedras, arroz, graú, feijão. Os idosos colocando apenas as suas mãos dentro dos sacos tinham de adivinhar o que estava lá dentro. |

Atividades de estimulação motora

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), o exercício físico, desde que seja praticado de forma regular e com a intensidade adequada, é um dos meios importantes na promoção de um envelhecimento ativo. Atendendo à importância da prática de atividade física, o Lar do Entroncamento da Associação dos Lares Ferroviários dispõe de um conjunto de atividades que procuram estimular as capacidades físicas e motoras dos idosos. São exemplos as caminhadas, o ioga a ginástica, a dança, nas quais participei, colaborando na sua implementação.

Para além destas atividades, achei importante elaborar e executar um plano de atividade física (Anexo IV) para os idosos mais dependentes. O plano que criei foi executado nas salas de estar com os idosos que não estavam incluídos nas turmas de ginástica por apresentarem um grau de dependência muito elevado. Com recurso a movimentos simples, acompanhados de música, os idosos experienciaram momentos muito divertidos, ao mesmo tempo que exercitavam o corpo e a mente.

Atividades ocupacionais

A OMS (2002) define envelhecimento ativo como "o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, visando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem." "Atividade" e "saúde" são dois elementos fundamentais na definição do conceito de envelhecimento ativo. O conceito de "atividade" supõe o envolvimento do idoso em ocupações que se direcionem ao encontro dos seus gostos e ambições. Sessões de cinema, sessões de culinária, sessões de leitura, trabalhos manuais, artesanato, jogos tradicionais, jogos de mesa, grupo coral, comemoração de datas festivas são algumas das atividades ocupacionais realizadas no Lar. Participei nas atividades mencionadas e também dinamizei *Quizzes*, Jogos de

Tabuleiro e Quebra-Cabeças que permitiram manter os idosos ocupados e em interação uns com os outros.

Atividades socioculturais

Segundo Gorjão (2011, p. 6) “a participação em atividades sociais e culturais tem impacto ao nível da saúde física e psicológica.” Incluída na dimensão envolvimento com a vida, a manutenção de um nível de vida de participação social satisfatório aparece como uma das condições fundamentais para um envelhecimento bem-sucedido. Se já está comprovada a ligação entre a participação dos idosos na vida social e qualidade de vida e bem-estar destes, importa salientar que a participação social dos idosos é fundamental para a qualidade de vida de toda a sociedade, pois todos têm a ganhar com a solidariedade intergeracional e com a utilização do potencial de todos os elementos numa sociedade (Carvalho, 2013).

A visita à Feira Nacional do Cavalo na Golegã, a visita ao Museu Ferroviário, a visita ao Borboletário, a visita aos Pastéis de Belém, a visita à Estufa-fria são exemplos de outras atividades nas quais participei e que procuraram envolver os idosos institucionalizados em atividades sociais e culturais que visam a valorização das tradições e dos produtos locais, mas também a interação social.

Atividades da vida diária e satisfação das necessidades básicas

Diariamente ajudava os idosos na realização das suas atividades da vida diária e satisfação das necessidades básicas. Acredito que foi sobretudo com a realização destas atividades que consegui ganhar o apreço dos mais idosos bem como das cuidadoras formais, uma vez que ao realizar estas atividades ambos sentiam que eu estava ali para aprender mas sobretudo para ajudar.

Participação nas reuniões de equipa técnica

A criação de um ambiente de bem-estar no Lar implica a resolução de múltiplos desafios numa diversidade de situações e de problemas em que as soluções acarretam uma interdependência de saberes e fatores. Desta forma, as reuniões de equipa técnica são uma peça fundamental para o funcionamento eficaz do lar.

No Lar as reuniões de equipa técnica são semanais. No dia e horário definidos pela Diretora de Serviços e Qualidade, os diferentes técnicos reúnem-se para cruzar informações e constroem um olhar sistémico sobre os problemas que são apresentados diariamente pelos clientes, famílias e colaboradores. Sabendo, através da teoria que a formação não se alcança por uma pura interpretação da realidade, é necessária uma postura investigativa e metodológica para alicerçarmos a nossa ação. Considero que a participação nestas reuniões me permitiu desenvolver uma postura crítica sobre os assuntos com que me defrontava diariamente.

Participação reuniões das cuidadoras formais

Segundo Carvalho (2013, p. 182) “a intervenção social com pessoas idosas representa um campo de intervenção em que o trabalho em equipa adquire uma importância chave.” Um dos objetivos do trabalho das cuidadoras formais é contribuir para o bem-estar dos idosos através de um sistema global de ações. A operacionalização deste objetivo implica que as equipas de trabalho analisem, avaliem e solucionem diariamente as necessidades e problemas apresentados e sentidos pelos idosos e famílias. Cada situação deve ser objeto de uma avaliação circunstanciada. Todos os dias no lar as cuidadoras reúnem-se com a encarregada para relatarem o seu dia-a-dia. Assisti a estas reuniões e considero que este procedimento implica um esforço comum em prol do bem-estar institucional, que visa, por um lado, aumentar o bem-estar nos idosos e, por outro, aumentar a autoestima, a autonomia e a dignidade no trabalho desenvolvido pelas cuidadoras formais.

Visita ao projeto cuidar com o coração (SCMG)

Atendendo a que um dos meus objetivos de investigação consiste em descrever as dificuldades sentidas pelas cuidadoras formais, achei importante visitar outras instituições que tivessem desenvolvido projetos nesta temática. Soube através da minha supervisora institucional que a Santa Casa da Misericórdia da Golegã (SCMG) tinha implementado um projeto designado "Cuidar com o coração" que incluía a intervenção das cuidadoras formais com o bem-estar dos idosos e quis ir conhecer. Através de um *e-mail* entrei em contato com a diretora da Santa Casa da Misericórdia da Golegã, expus o meu interesse em conhecer o projeto e, no dia 5 de Dezembro de 2016, apresentei-me, na instituição. Passei lá uma parte do dia, em que, para além de ficar a conhecer o

projeto, conheci outras formas de trabalhar e atuar junto dos idosos, uma outra dinâmica institucional e outros técnicos, o que futuramente será uma mais-valia.

Tratamento dos dados dos questionários de satisfação dos colaboradores e clientes

A melhoria contínua dos serviços prestados é um dos compromissos da ALF avaliar o grau de satisfação, dos colaboradores e clientes é fundamental para a associação fazer ainda melhor. Nos princípios da gestão da qualidade encontramos a focalização no cliente e a focalização nos colaboradores. Através dos questionários de satisfação, a associação procura compreender junto dos clientes e colaboradores as suas necessidades atuais e futuras para poder satisfazê-las e conseqüentemente melhorar a sua atuação. A realização desta atividade foi extremamente importante para mim, uma vez que me permitiu ter uma noção das necessidades e dos problemas sentidos por todos os colaboradores e clientes da Associação.

Consulta e atualização dos processos individuais

Segundo Benjamim e Butt (1988) o registo é a ponte entre passado e presente para as nossas futuras atuações à medida que adquirimos mais experiência. O registo de informações é uma tarefa crucial para qualquer profissional. A consulta dos registos que constam nos processos individuais dos clientes do Internamento, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário foi uma das primeiras tarefas que realizei na instituição. Esta tarefa revelou-se muito importante, uma vez, que foi através desta consulta que compreendi a estrutura de alguns documentos importantes bem como fiquei a conhecer de forma mais pormenorizada aspetos da vida dos idosos. Posteriormente, com a redefinição gráfica de impressos e informações, atualizei alguns dos processos individuais.

Atividades de acolhimento, atendimento e acompanhamento

O objetivo destas ações, que se concretizam através de visitas domiciliárias, conversas informais, conversas formais, reuniões, chamadas telefónicas é conhecer os clientes, as suas famílias e as suas trajetórias de vida. Ambas as atividades, sempre que necessário, permitem-nos também instrumentalizar os clientes e as famílias de capacidades que contribuam para o seu bem-estar, fazendo com que ninguém se demita das suas responsabilidades.

Ao assistir e participar em atendimentos observei que o comportamento das técnicas foi moldado de forma a facilitar a comunicação e a criar um clima de empatia e confiança. Todas estas atividades são realizadas com base nos princípios da confidencialidade e segredo profissional, individualidade, livre expressão de sentimentos, autodeterminação, aceitação, não julgamento e envolvimento emocional controlado.

3.METODOLOGIA

A metodologia representa um conjunto de métodos e técnicas a serem utilizadas ao longo do trabalho, que conduzem à elaboração do processo de investigação científica (Fortin, 2000). No entanto, é importante salientar que uma investigação científica não corresponde a uma sucessão de métodos e técnicas estereotipadas, que basta aplicar numa ordem inalterável. Trata-se de um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação. Segundo Quivy (1992, p. 16), “a escolha, a elaboração e a organização dos processos de trabalho variam com cada investigação específica.”

3.1. RELEVÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, ainda hoje se proferem comentários afirmando que a doença é uma característica da velhice. No entanto, segundo Carvalho (2013, p. 121), “a doença, a incapacidade e a dependência, não são uma consequência do envelhecimento humano, muito embora o risco destas ocorrerem aumente com a idade, pois a idade avançada, se é ganho em longevidade, também pode surgir associada a fragilidade física e mental “

De acordo com Lima (2006), a doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência nos idosos, caracterizada por uma deterioração progressiva da memória, linguagem e outras funções cognitivas. A doença de Alzheimer é uma doença neurodegenerativa progressiva e irreversível de aparecimento insidioso que se caracteriza pela morte neuronal em determinadas partes do cérebro, com causas ainda por determinar. Segundo a Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer (APFADA), a deterioração progressiva e irreversível de diversas funções cognitivas tem como consequências alterações no comportamento, na personalidade e na capacidade funcional da pessoa, dificultando a realização das suas atividades de vida diária.

Face a esta realidade, nos últimos anos tem existido um esforço muito grande em desenvolver estratégias que promovam a preservação das funções e habilidades cognitivas em doentes de Alzheimer, retardando as consequências da doença de forma a assegurar a funcionalidade e a independência o mais tempo possível. Segundo Lousa

(2016) a estimulação cognitiva apresenta-se como uma estratégia eficaz, uma vez que são diversos os estudos que têm comprovado a hipótese de que a utilização da estimulação cognitiva em idosos é eficaz e traz muitos benefícios independentemente da idade dos mesmos ou no caso de serem portadores de alguma patologia ou défices cognitivos. Partindo desta afirmação foi elaborado e implementado um programa de estimulação cognitiva intitulado “Estimula a Mente” (Anexo III) a um idoso com Alzheimer de forma a apurar através da aplicação do pré e pós-testes efetuados através da Subescala Cognitiva da Escala de Avaliação da doença de Alzheimer (ADAS-Cog) de Guerreiro, Fonseca, Barreto e Garcia (2003) (Ver Anexo V) os benefícios da referida intervenção.

Posteriormente e tendo em conta que os contextos de doença, incapacidade e dependência são geradores de mudanças concretas e complexas no seio de uma família originando desgaste físico, mental, encargos financeiros, alteração de rotinas, adaptação a novos papéis e responsabilidades decidimos avaliar o grau de sobrecarga da cuidadora informal, do idoso com Alzheimer a quem apliquei o programa de estimulação cognitiva, através da aplicação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) de Martins, Ribeiro e Garrette (2003) (Ver Anexo VI).

Os cuidadores informais desempenham um papel central e fundamental no suporte a pessoas dependentes que necessitam de cuidados e ajuda durante uma fase ou para o resto da sua vida. No entanto verificamos que muitos familiares que assumem o papel de cuidadores informais não conseguem responder sozinhos às exigências que esta realidade coloca, denunciando desgaste e impotência face a algumas necessidades e, por isso, apelam com maior frequência a apoios externos (Pimentel, 2015).

O Serviço de Apoio Domiciliário é uma escolha para diversas famílias que procuram criar condições favoráveis para que o idoso possa viver o mais tempo possível em sua casa. Contudo, é na referida resposta social que a ambiguidade de papéis e funções entre cuidadores e profissionais se coloca de uma forma mais complexa (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). Face ao enredo de relações e situações complexas que podem surgir no dia-a-dia das cuidadoras formais do serviço de apoio domiciliário, optámos por analisar, através do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) de Sequeira (2007) (Ver Anexo VII), as principais dificuldades sentidas com o objetivo de encontrar estratégias que as minimizassem.

3.2. TIPOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

O presente estudo decorre em meio real e deve ser considerado como uma investigação-ação. Para Almeida e Freire (2000, p. 29) “ a investigação-ação surge, assim, como o estudo de uma situação social com o fim de melhorar a qualidade da ação dentro da mesma.” Trata-se de um estudo exploratório que foi conduzido através da utilização de métodos quantitativos e de um estudo de caso. O estudo de caso apresenta algumas vantagens específicas no estudo de um determinado assunto, mas não tem qualquer possibilidade de generalização dos resultados e das conclusões. Este método pode ser particularmente importante na avaliação de uma metodologia de intervenção (Almeida & Freire, 2000). No presente trabalho exploratório, levamos a cabo um estudo de caso sobre a importância da estimulação cognitiva num idoso com Alzheimer. Neste sentido procuramos avaliar uma metodologia de intervenção, ou seja, avaliar os resultados da aplicação do programa “Estimula a Mente”.

Posteriormente e com o objetivo de medir o grau de sobrecarga da cuidadora informal do idoso com Alzheimer e avaliar as dificuldades sentidas pelas cuidadoras formais do serviço de apoio domiciliário da Associação dos Lares Ferroviários, optámos pela abordagem quantitativa. Baseada na perspectiva teórica do positivismo, o paradigma quantitativo constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo, permitindo delimitar um problema de investigação. Os instrumentos metodológicos e a análise estatística visam tornar os dados válidos (Fortin, 2000).

3.3. QUESTÕES E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

A presente investigação procura constatar quais os efeitos da aplicação de um programa de estimulação cognitiva num idoso dependente com Alzheimer não institucionalizado. Em torno da dependência do idoso e no âmbito das atividades realizadas no decorrer do estágio surgiram outras interrogações, nomeadamente perceber se o cuidador informal se sente sobrecarregado nos cuidados que presta ao idoso dependente com Alzheimer e averiguar quais as principais dificuldades sentidas pelas cuidadoras formais do Serviço de Apoio Domiciliário da Associação dos Lares Ferroviários do Entroncamento.

Para uma precisa orientação da investigação foi necessário definir objetivos, uma vez que segundo Fortin (2000, p. 160) um objetivo é “ um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo (...).” Para a presente investigação definiram-se três objetivos gerais e cinco objetivos específicos.

- Elaborar e aplicar um programa de estimulação cognitiva a um idoso com Alzheimer;
 - Perceber a importância da estimulação cognitiva;
 - Aferir os benefícios do programa de estimulação cognitiva;

- Avaliar o grau de sobrecarga de um cuidador informal de um idoso com Alzheimer;
 - Explicitar o conceito de sobrecarga;
 - Analisar os problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar;

- Conhecer as dificuldades sentidas pelos cuidadores formais do serviço de apoio domiciliário do lar do Entroncamento da Associação dos Lares Ferroviários;
 - Enunciar estratégias que diminuam as dificuldades sentidas pelos cuidadores formais;

3.4. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

3.4.1. ADAS-Cog – Subescala Cognitiva da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (Versão portuguesa: Guerreiro, Fonseca, Barreto & Garcia, 2003) – Anexo V

A escala de avaliação da doença de Alzheimer (ADAS) foi criada por Rosen, Mohs e Davis (1984) para avaliar a gravidade das disfunções cognitivas e comportamentais não-cognitivas, características das pessoas com doença de Alzheimer.

Na presente investigação, para avaliar o desempenho cognitivo do idoso com Alzheimer utilizou-se a subescala cognitiva da escala de avaliação da doença de Alzheimer (ADAS-Cog), cuja versão portuguesa (Guerreiro, Fonseca, Barreto & Garcia, 2003) foi

traduzida e aferida a partir da Alzheimer Disease Assessment Scale de Rosen, Mohs e Davis (1984).

Estudos semelhantes à presente investigação têm optado pela utilização do Mini Mental State Exam (MMSE) de Folstein, Folstein e McHugh (1975). No entanto, segundo Herndon (2006), Kirk (2007), Spector, Thorgrimsen, Woods, Royan, Davies, Butterworth e Orrell (2003), Overshott e Burns (2006) citados por Castro (2011, p. 11) “A ADAS-Cog tem-se verificado mais completa para avaliar o desempenho cognitivo dos sujeitos em ensaios clínicos quando comparada com o Mini Mental State Exam.” Como pontos fortes da ADAS-Cog., podemos identificar a facilidade de utilização e a sua ampla cobertura dos domínios cognitivos relevantes.

A ADAS-Cog é constituída por onze itens, aos quais correspondem sete provas de desempenho e quatro provas de avaliação. As pontuações variam consoante o item, num total de 70 pontos, em que a pontuação mínima possível é 0 e a máxima varia entre 5 e 12 pontos. No Quadro 4, é possível observar as pontuações máximas de cada item. Quanto maior for a pontuação, maior o comprometimento cognitivo do indivíduo.

Quadro 4 – Itens da ADAS-Cog e pontuações máximas

| Itens | Pontuação Máxima |
|--|-------------------------|
| 1. Evocação de palavras | 12 |
| 2. Nomeação de objetos e dedos | 5 |
| 3. Compreensão de ordens | 5 |
| 4. Capacidade construtiva | 5 |
| 5. Praxia ideativa | 5 |
| 6. Orientação | 8 |
| 7. Reconhecimento de Palavras | 10 |
| 8. Recordar as instruções do teste | 5 |
| 9. Linguagem oral | 5 |
| 10. Dificuldade em encontrar palavras no discurso espontâneo | 5 |
| 11. Compreensão da linguagem oral | 5 |
| | 70 |

3.4.1. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI - Martins, Ribeiro & Garrette, 2003) – ANEXO VI

O Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) foi aferido e validado para a população portuguesa por Martins, Ribeiro e Garrett (2003). Trata-se de um índice composto por 32 itens, num formato de resposta tipo *likert*, cotadas de 1 a 5 pontos, aos quais o sujeito deve responder de acordo com o seu grau de concordância para o seu caso. As possibilidades de resposta a cada item são: *Não/Nunca; Raramente; Às Vezes; Quase Sempre e Sempre*. A classificação Não/Nunca é cotada com 1 ponto e corresponde a nenhuma sobrecarga, a classificação Sempre é cotada com 5 pontos e equivale ao nível máximo de sobrecarga contemplado por este instrumento.

Apesar de não existirem pontos de corte estabelecidos, Martins, Ribeiro e Garrett (2003) sugerem os seguintes valores: o valor 0 indica ausência de sobrecarga; de 1 a 25 sugere uma sobrecarga ligeira; de 25 a 50 corresponde a uma sobrecarga moderada; de 50 a 75 indica uma sobrecarga grave; uma pontuação acima de 75 corresponde a uma sobrecarga extremamente grave.

Saliente-se que a razão pela qual se optou pela escolha deste instrumento de avaliação se ficou a dever ao facto do mesmo incorporar um número muito significativo de dimensões, que permitem uma análise mais consistente do ponto de vista conceptual e multidimensional da sobrecarga do cuidador informal. Através do Quadro 5 podemos constatar a existência de sete subescalas que resultaram da análise fatorial realizada por Martins, Ribeiro e Garrett (2003).

Quadro 5 – Subescalas do QASCI

| Subescalas | N.º de itens | Itens |
|---|--------------|---------------------|
| Sobrecarga emocional | 4 | 1, 2, 3 e 4 |
| Implicações na vida pessoal do cuidador informal | 11 | 5 a 15 |
| Sobrecarga financeira | 2 | 16 e 17 |
| Reações a exigências | 5 | 18, 19, 20, 21 e 22 |
| Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo* | 3 | 23, 24 e 25 |
| Suporte familiar* | 2 | 26 e 27 |
| Satisfação com o papel e com o familiar* | 5 | 28, 29, 30, 31 e 32 |

(*) Os três fatores ou subescalas: percepção de mecanismos de eficácia e de controlo, suporte familiar e satisfação com o papel e com o familiar constituem forças positivas na dinâmica em estudo. No entanto, o sentido de cotação dos itens destas subescalas deve ser invertido, de forma que os valores mais altos correspondam a situações com maior peso ou sobrecarga tal como os restantes itens.

De acordo com Martins, Ribeiro e Garrette (2003) a subescala *sobrecarga emocional* revela as emoções negativas evidenciadas no cuidador informal, capazes de desencadear conflitos internos e desejos de fuga à situação. A subescala *implicações na vida pessoal do cuidador* avalia as repercussões negativas tais como a diminuição do tempo disponível, saúde afetada e restrições ao nível da vida social. A *sobrecarga financeira* refere-se às dificuldades económicas inerentes à situação de dependência do familiar e à incerteza relativamente ao futuro. A subescala *reações a exigências* compreende sentimentos negativos como a percepção de ser manipulado, sentimento de ofensa devido a situações embaraçadas geradas pelo comportamento do idoso dependente. A *percepção dos mecanismos de eficácia e de controlo* diz respeito a estratégias que o cuidador informal utiliza para enfrentar os problemas decorrentes do desempenho desse papel. O *suporte familiar* relaciona-se com o reconhecimento e o apoio da família para com o cuidador. A *satisfação com o papel e com o familiar* incluiu um conjunto de sentimentos e emoções positivas decorrentes do desempenho do papel de cuidador e da relação efetiva estabelecida entre membros.

3.4.1. Índice Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI - Sequeira, 2007) – Anexo VII

O Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) é da autoria de Nolan (1996) tendo sido adaptado e aferido para a população portuguesa por Brito (2002) e revisto por Sequeira (2007). Trata-se de um índice composto por 30 itens. Cada item representa uma potencial dificuldade relacionada com as implicações que o cuidar do idoso coloca na vida do cuidador. Os itens integram 4 opções de resposta: 1 ponto – *Não acontece no meu caso*; 2 pontos – *Acontece no meu caso mas não me perturba*; 3 pontos – *Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação*; 4 pontos – *Acontece no meu caso e perturba-me muito*, aos quais o sujeito deve responder de acordo com o seu grau de concordância para o seu caso.

O ponto médio da escala é de 45, podendo o cuidador obter uma pontuação mínima de 30 e máxima de 120. Pontuações mais elevadas indicam uma maior dificuldade em cuidar.

Saliente-se que a razão pela qual se optou pela escolha deste instrumento de avaliação se ficou a dever ao facto do mesmo incorporar um número muito significativo de dimensões, que permitem uma análise mais consistente do ponto de vista conceptual e multidimensional das dificuldades do cuidador. No Quadro 6 é possível observarmos a análise fatorial realizada por Sequeira (2007) que permitiu verificar a existência de 6 subescalas.

Quadro 6 – Subescalas do CADI

| Subescalas | N.º de itens | Itens |
|-----------------------|--------------|-------------------------------|
| Problemas relacionais | 8 | 5, 11, 12, 14, 17, 22, 25, 26 |
| Restrições sociais | 7 | 1, 3, 8, 9, 18, 20, 21 |
| Exigências do cuidar | 7 | 6, 10, 13, 15, 19, 23, 24 |
| Reações ao cuidar | 4 | 4, 2, 29, 30 |
| Apoio Familiar | 2 | 16, 28 |
| Apoio Profissional | 2 | 7, 27 |

De acordo com Sequeira (2007) os *problemas relacionais* revelam dificuldades dos cuidadores formais em lidar com o idoso, gerando situações de desespero e irritação sendo o idoso visto como o causador de problemas. As *restrições sociais* dizem respeito à perturbação que os cuidadores formais sentem devido a falta de tempo para si mesmos, família e amigos, revelando assim, uma diminuição da qualidade de vida. As dificuldades que integram a subescala *exigências do cuidar* denotam o cansaço físico e uma diminuição da saúde. As *reações ao cuidar* revelam a preocupação constante, e o sentimento de impotência face ao idoso. A dimensão *apoio familiar* revela dificuldades por carência de apoio da família. Já o *apoio profissional* revela a perturbação que os cuidadores formais sentem devido à falta de apoio dos serviços sociais e de saúde.

3.5. PROCEDIMENTOS

Com o objetivo de conhecer a dinâmica da ALF iniciei um período de voluntariado antes do estágio começar. Através do voluntariado tomei conhecimento junto da direção técnica do lar de que existia um familiar de um idoso não institucionalizado com

Alzheimer que procurava um profissional que pudesse desenvolver no domicílio atividades de estimulação cognitiva. Fui abordada pela equipa de direção técnica do lar para cumprir esta tarefa, aceitei-a de imediato e organizei toda a minha investigação-ação em torno desta função para a qual fui destacada.

Nas duas primeiras semanas de estágio, conheci o idoso não institucionalizado com Alzheimer e a sua cuidadora informal, concebi os consentimentos informados (Anexo VIII), os questionários de caracterização para o idoso (Anexo IX), cuidadora informal (Anexo X) e cuidadoras formais (Anexo XI), escolhi os instrumentos de avaliação (mencionados no ponto 3.4.) e selecionei as atividades que integram o programa de estimulação cognitiva (Estimula a Mente).

No dia 16 de Novembro de 2016, iniciei as sessões de estimulação cognitiva no domicílio do idoso com Alzheimer com a aplicação do Pré-teste ADAS-Cog (Anexo V). De hora avante, durante 14 semanas, todas as quartas-feiras me deslocava ao domicílio do idoso para desenvolver o programa de estimulação cognitiva elaborado para a presente investigação. No dia 1 de Dezembro de 2016 reuni com as cuidadoras formais do serviço de apoio domiciliário do lar com o objetivo de lhes apresentar a minha investigação. Distribui os consentimentos informados, os questionários de caracterização do cuidador formal e o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) de Sequeira (2007) (Anexo VII). Passadas duas semanas tinha todos os instrumentos de avaliação administrados às cuidadoras formais. Posteriormente, efetuei a sua análise, recorrendo à estatística descritiva, através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 23).

Posteriormente, e depois de considerar que já tinha estabelecido uma relação de empatia e confiança com a cuidadora informal do idoso com Alzheimer solicitei-lhe que me preenchesse o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) de Martins, Ribeiro e Garrette (2003) (Anexo VI).

3.6. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA INVESTIGAÇÃO

3.6.1. Idoso com Alzheimer

O idoso com Alzheimer tem 74 anos de idade e é casado. Possui o ensino secundário como habilitações literárias. Na sua prática profissional desempenhou funções

relacionadas com o planeamento, organização, acompanhamento e avaliação de atividades que integravam processos formativos de diversas áreas profissionais. Reside em meio urbano com o cônjuge, que é atualmente a sua cuidadora informal. O facto de viver em meio urbano faz com que esteja próximo de serviços sociais, administrativos e de saúde e que tenha à sua disposição uma rede de transportes públicos.

3.6.2. Cuidador Informal

O cuidador informal é do género feminino, tem 72 anos de idade e a 4.^a classe. É a mulher do idoso com Alzheimer a quem apliquei o programa de estimulação cognitiva (Estimula a Mente). Ao longo dos anos exerceu predominantemente duas atividades profissionais: foi artesã e trabalhou na restauração. É atualmente, por iniciativa própria, a cuidadora informal do marido com quem passa os seus dias. A prestação de cuidados ao idoso com Alzheimer por parte da cuidadora informal já se concretiza há vários meses. Nunca recorreu à ajuda de instituições ou redes de apoio. Mantém uma relação de grande proximidade com as suas três filhas. Apesar de todas terem uma vida profissional e pessoal muito preenchida são presença assídua nas suas vidas, mostrando-se sempre disponíveis para ajudar os pais em qualquer situação.

3.6.3. Cuidadores Formais

A ALF tem atualmente oito cuidadores formais que prestam cuidados no domicílio a indivíduos e famílias que, por motivos de doença ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou atividades da vida diária. Os oito cuidadores formais foram participantes da presente investigação. Através da análise estatística dos Questionários de Caracterização do Cuidador Formal constatamos que todos os cuidadores formais são do género feminino, apresentam uma média de idades de 42,75 (DP = 7,54). A cuidadora formal mais nova tem 30 anos e a mais velha tem 51 anos.

Através da primeira variável presente no Quadro 7, podemos verificar que mais de metade das cuidadoras formais são casadas (62,5%). Relativamente à escolaridade das cuidadoras formais, constatamos que 50% concluiu o 3.º ciclo de ensino básico, que corresponde atualmente ao 9.º ano de escolaridade; 37,5% possuem o ensino secundário e 12,5% o ensino superior. Quanto ao rendimento mensal líquido auferido pelas

cuidadoras formais, 62,5% dispõem de 500 a 750€ e 37,5% desfrutam de um rendimento superior a 750€. No que diz respeito à atividade profissional, verificamos que 87,5 % exercem unicamente a função de cuidadoras formais. Todas as cuidadoras formais participantes na investigação possuem formação profissional na área.

Quadro 7 – Caracterização dos cuidadores formais por estado civil; habilitações literárias; rendimento mensal e situação laboral.

| Variáveis | N=8 | |
|---|-----|-------|
| | N | % |
| Estado Civil | | |
| Solteiro/a | - | 0,0 |
| Casado/a | 5 | 62,5 |
| Divorciado/a | 2 | 25,0 |
| Viúvo/a | - | 0,0 |
| Outro | 1 | 12,5 |
| Habilitações literárias | | |
| Sem escolaridade | - | 0,0 |
| 1º Ciclo de ensino básico (4ª Classe) | - | 0,0 |
| 2º Ciclo de ensino básico (6º Ano) | - | 0,0 |
| 3º Ciclo de ensino básico | 4 | 50,0 |
| Ensino secundário | 3 | 37,5 |
| Ensino Superior | 1 | 12,5 |
| Rendimento Mensal (Líquido) | | |
| ≤ 500€ | - | 0,0 |
| > 500€ - ≤750€ | 5 | 62,5 |
| >750€ | 3 | 37,5 |
| Existência de outra atividade profissional | | |
| Não | 7 | 87,5 |
| Sim | 1 | 12,5 |
| Existência de Formação | | |
| Não | - | 0,0 |
| Sim | 8 | 100,0 |

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1. A ADAS-COG – SUBESCALA COGNITIVA DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER (VERSÃO PORTUGUESA: GUERREIRO, FONSECA, BARRETO & GARCIA, 2003) (Anexo V)

No Quadro 8 são apresentados os resultados obtidos pelo idoso com Alzheimer nos diferentes itens que constituem o pré e pós-testes ADAS-Cog. Os resultados obtidos permitem verificar que durante as quinze semanas em que foi aplicado o programa de estimulação cognitiva houve uma manutenção das capacidades avaliadas.

Quadro 8 - Pontuações do idoso aos diferentes itens do ADAS-Cog (pré e pós-testes)

| Exercícios | Pré-Teste | Pós-Teste |
|--|-----------|-----------|
| 1. Tarefa de evocação de palavras | 12 | 12 |
| 2. Nomeação de objetos e dedos | 3 | 3 |
| 3. Compreensão de ordens | 3 | 3 |
| 4. Capacidade Construtiva | 0 | 0 |
| 5. Praxia Ideativa | 2 | 2 |
| 6. Orientação | 5 | 5 |
| 7. Reconhecimento de Palavras | 10 | 10 |
| 8. Recordar as instruções do teste | 3 | 3 |
| 9. Linguagem oral | 2 | 2 |
| 10. Dificuldade em encontrar palavras no discurso espontâneo | 3 | 3 |
| 11. Compreensão da linguagem oral | 3 | 3 |
| | 46 | 46 |

Sabendo que quanto maior for a pontuação maior é a deterioração cognitiva, ao observar o Quadro 8 verificamos que por um lado, a habilidade cognitiva que está mais preservada é a capacidade construtiva (Item 4) porque tem a pontuação mais reduzida. Nesse exercício foi solicitado ao idoso para copiar para uma folha branca A4 quatro figuras geométricas (um círculo, dois retângulos sobrepostos, um losango e um cubo). As figuras das formas geométricas foram reproduzidas de forma igual pelo idoso no pré e pós-testes. Por outro lado, conseguimos aferir através das pontuações que as habilidades cognitivas mais deterioradas estão relacionadas com a capacidade em

evocar e reconhecer palavras (Itens 1 e 7) as quais o idoso obteve as pontuações mais elevadas.

Fazendo uma análise pormenorizadas às tarefas pretendidas e às pontuações obtidas pelo idoso em cada um dos itens presentes no ADAS-Cog constata-mos que no item 2, onde foi solicitado ao idoso para nomear doze objetos reais (alfinete, caneta, bola, prego, cigarro, copo, tesoura, colher, selo, óculos, relógio e anel) que foram apresentados de forma aleatória e solicitada a nomeação dos dedos da mão dominante (polegar, mínimo, indicador, médio e anelar), de acordo com os critérios evidenciados no ADAS-Cog, o idoso obteve no pré e pós-testes uma pontuação de 3 o que significa que o idoso acertou no nome de 6 objetos e errou o nome de outros 6 objetos, bem como errou a nomeação dos dedos da mão.

No item 3, a prova indicada pretende avaliar a compreensão da linguagem oral em função da capacidade do idoso para executar cinco ordens. No pré e pós-testes o idoso executou de forma correta apenas duas ordens o que corresponde a uma pontuação de 3 valores.

A prova presente no item 5 avalia a capacidade do idoso em executar uma sequência de ações complexas e familiares. No pré e pós-testes o idoso executou apenas 3 tarefas da ação pretendida, o que corresponde a uma pontuação de 2.

No item 6 as componentes de orientação solicitadas ao idoso foram: nome, ano, mês, dia, dia da semana, estação do ano, local e hora. Em ambos os testes o idoso respondeu de forma acertada às componentes nome, local e hora, em todas as outras componentes (ano, mês, dia, dia da semana e estação do ano) o idoso respondeu de forma errada. Estes resultados comprovam que o idoso ainda se consegue localizar no espaço, no entanto não se consegue localizar no tempo.

O item 9, que corresponde à avaliação global da qualidade do discurso do idoso, foi pontuado com uma classificação de 2 no pré e pós-testes, o que significa que o idoso apresentou nos dois momentos de avaliação 25% a 50% de dificuldades de expressão. No item 10 foi avaliada a dificuldade do idoso em encontrar palavras no discurso espontâneo. No pré e pós-testes o idoso obteve uma pontuação de 3, que corresponde a uma alteração moderada, ou seja, o idoso no decorrer do discurso espontâneo faltam-lhe

palavras para as quais não consegue encontrar uma compensação, por exemplo através de circunlóquios. O item 11 avalia a compreensão oral do idoso sobre o discurso do observador, no pré e pós-testes o idoso obteve uma pontuação de 3 pontos a qual corresponde uma alteração moderada, no pré e pós-testes as instruções tiveram de ser repetidas várias vezes para que o idoso conseguisse compreender as tarefas a executar.

4.2. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI - Martins, Ribeiro & Garrette, 2003) (Anexo VI)

O Quadro 9 mostra-nos os resultados obtidos pela cuidadora informal a cada item presente no QASCI, bem como a pontuação total.

É difícil determinar a partir de que pontuação, a sobrecarga é de tal forma elevada, que levam o cuidador a uma rutura. Deste modo os resultados obtidos, não definem uma situação clínica, tem para nós, um mero valor indicativo que serve para relacionar diferentes fatores, numa visão alargada sobre a prestação de cuidados.

Ao analisar o Quadro 9, podemos verificar que os itens onde a cuidadora informal atribuiu uma maior pontuação foram: Sente que a vida lhe pregou uma partida?"; "Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa (o)?""; "Sente-se mais próxima (o) do seu familiar por estar a cuidar dele?" e "Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua autoestima, fazendo-a (o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor*". Por outro lado, verificamos que os itens onde a cuidadora informal atribuiu uma menor pontuação foram: "entra em conflito consigo própria (o) por estar a tomar conta do seu familiar?"; "cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?"; "os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?"; "tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?"; "sente que o seu futuro económico é incerto por estar a cuidar do seu familiar?";

Elaborando uma leitura das pontuações atribuídas pela cuidadora informal aos diferentes itens que constituem o QASCI, verificamos que a prestação de cuidados ao marido é percecionada pela cuidadora como uma "partida da vida", que não interfere com a sua situação económica, nem com os planos que tinha programado para esta fase da vida. Apesar de se sentir apoiada pela família, a cuidadora informal, perceciona a

prestação de cuidados ao marido como um facto natural que não acrescenta nada a relação afetiva estabelecida por ambos.

Quadro 9 – Itens do QASCI e pontuação obtida pela cuidadora informal

| Itens | Pontuação |
|--|-----------|
| 1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra? | 3 |
| 2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil? | 4 |
| 3. Sente-se cansada (o) e esgotada (o) por estar a cuidar do seu familiar? | 4 |
| 4. Entra em conflito consigo própria (o) por estar a tomar conta do seu familiar? | 1 |
| 5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar? | 3 |
| 6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico? | 1 |
| 7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu? | 3 |
| 8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar? | 1 |
| 9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si? | 4 |
| 10. Sente que a vida lhe pregou uma partida? | 5 |
| 11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)? | 4 |
| 12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa (o)? | 5 |
| 13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar? | 2 |
| 14. A sua vida social (p.ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar? | 4 |
| 15. Sente-se só e isolada (o) por estar a cuidar do seu familiar? | 3 |
| 16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar? | 1 |
| 17. Sente que o seu futuro económico é incerto por estar a cuidar do seu familiar? | 1 |
| 18. Já se sentiu ofendida (o) e zangada (o) com o comportamento do seu familiar? | 4 |
| 19. Já se sentiu embaraçada (o) com o comportamento do seu familiar? | 4 |
| 20. Sente que o seu familiar a (o) solicita demasiado para situações desnecessárias? | 3 |
| 21. Sente-se manipulada (o) pelo seu familiar? | 3 |
| 22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do | 3 |

| | |
|---|----|
| seu familiar? | |
| 23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?* | 3 |
| 24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?* | 3 |
| 25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?* | 3 |
| 26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?* | 2 |
| 27. Sente-se apoiada (o) pelos seus familiares?* | 1 |
| 28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?* | 3 |
| 29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?* | 4 |
| 30. Fica satisfeita (o), quando o seu familiar mostra agradado por pequenas coisas (como mimos)* | 3 |
| 31. Sente-se mais próxima (o) do seu familiar por estar a cuidar dele?* | 5 |
| 32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua autoestima, fazendo-a (o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?* | 5 |
| (*) Itens cuja cotação foi invertida | 98 |

O Quadro 10 integra as subescalas que resultaram da análise fatorial realizada por Martins, Ribeiro e Garrette (2003), bem como as pontuações mínimas e máximas possíveis de alcançar e a pontuação obtida pela cuidadora informal em cada subescala.

Através do Quadro 10 podemos indicar que as subescalas, onde a cuidadora informal apresenta uma maior sobrecarga são respetivamente as *implicações na vida pessoal*, onde a sobrecarga se deve às repercussões negativas, tais como a diminuição do tempo disponível, alterações na saúde e restrições. Nas *reações a exigências*, a sobrecarga sentida está relacionada com os comportamentos disruptivos, de manipulação, agressividade e outros existentes por parte do idoso dependente. Na subescala *satisfação com o papel familiar** a pontuação elevada obtida por parte da cuidadora informal revela que não existe um conjunto de sentimentos e emoções positivas decorrentes do desempenho do papel de cuidador, e da relação afetiva estabelecida entre ambos.

As subescala onde a cuidadora informal apresenta uma menor sobrecarga são a *sobrecarga financeira*, esta subescala, está associada aos gastos financeiros que decorrem da situação de dependência do idoso, à situação laboral, aos rendimentos e à incerteza

relativamente ao futuro. A cuidadora informal ao apresentar nesta subescala uma menor pontuação significa que a prestação de cuidados não interfere com a sua situação económica. Na subescala *suporte familiar**, que se relaciona com o reconhecimento e apoio da família para com o cuidador informal, a cuidadora apresenta das cotações mais reduzidas, o que significa que se sente apoiada. Na subescala *perceção dos mecanismos de eficácia e de controlo**, a cuidadora obteve também uma pontuação reduzida, o que demonstra que a cuidadora informal percebeu conseguir desenvolver mecanismos para enfrentar os problemas decorrentes do desempenho do papel.

Quadro 10 - Pontuação máximas e mínimas às subescalas do QASCI e pontuação da cuidadora informal

| Subescalas | Mínima | Máxima | Pontuação |
|---|--------|--------|-----------|
| Sobrecarga emocional | 4 | 20 | 12 |
| Implicações na vida pessoal do cuidador informal | 10 | 50 | 35 |
| Sobrecarga financeira | 2 | 10 | 2 |
| Reações a exigências | 5 | 25 | 17 |
| Perceção de mecanismos de eficácia e de controlo* | 3 | 15 | 9 |
| Suporte familiar* | 2 | 10 | 3 |
| Satisfação com o papel e com o familiar* | 5 | 25 | 20 |
| (*) Forças positivas na dinâmica do estudo | | | 98 |

4.3. ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR (CADI), (SEQUEIRA, 2007) (Anexo VII)

O Quadro 11 apresenta-nos a média de resultados obtidos pelas cuidadoras formais aos diferentes itens que integram o índice de avaliação das dificuldades do cuidador. Ao analisá-lo constatamos que a média de pontuações mais elevadas e que indica um grau superior de dificuldade ao nível da prestação de cuidados, pertence aos itens: “Deixa-me muito cansado (a) fisicamente”; “Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família”; “Não tenho tempo suficiente para mim próprio”. Por outro lado as médias de pontuação mais reduzidas, e que indicam um grau inferior de dificuldade ao nível da prestação de cuidados, correspondem aos itens: “Não recebo apoio suficiente

dos serviços de saúde e dos serviços sociais”; “Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação”.

Quadro 11 – Itens do CADI e média das pontuações obtidas pelas cuidadoras formais

| Itens | Média (DP) |
|---|-------------|
| 1. Não tenho tempo suficiente para mim próprio | 2,63 (0,74) |
| 2. Por vezes sinto-me "de mãos atadas", sem poder fazer nada para dominar a situação | 2,13 (1,25) |
| 3. Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família | 2,88 (1,36) |
| 4. Esta situação traz-me problemas de dinheiro | 2,13 (0,84) |
| 5. A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim | 1,75 (0,71) |
| 6. A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar | 2,25 (0,46) |
| 7. Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os portadores de cuidados enfrentam | 2,13 (1,13) |
| 8. Cuidar desta pessoa afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto | 1,71 (0,76) |
| 9. Chega a transtornar as minhas relações familiares | 1,88 (0,99) |
| 10. Deixa-me muito cansado (a) fisicamente | 3,00 (1,00) |
| 11. Por vezes, a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim | 2,38 (0,52) |
| 12. Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido | 1,29 (0,49) |
| 13. A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais | 2,25 (0,46) |
| 14. A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia | 2,63 (0,74) |
| 15. Ando a dormir pior por causa desta situação | 1,87 (1,13) |
| 16. As pessoas da família não dão tanta atenção quanto eu gostaria | 2,25 (1,17) |
| 17. Esta situação faz-me sentir irritado | 1,75 (1,17) |
| 18. Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria | 1,88 (0,84) |
| 19. Esta situação está a transtornar-me os nervos | 1,75 (0,89) |
| 20. Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias | 2,38 (1,19) |
| 21. A qualidade da minha vida piorou | 2,00 (1,00) |
| 22. A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço | 2,25 (1,04) |
| 23. A minha saúde ficou abalada | 2,50 (0,93) |
| 24. A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades) | 2,13 (0,64) |
| 25. O comportamento da pessoa de quem cuido causa problema | 1,87 (0,84) |
| 26. Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação | 1,14 (0,38) |
| 27. Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais | 1,13 (0,35) |
| 28. Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam | 2,00 (1,20) |
| 29. Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar | 2,25 (1,04) |
| 30. Esta situação faz-me sentir culpado | 1,75 (1,17) |

Torna-se importante, observarmos também o Quadro 12, onde é apresentada a média das pontuações obtidas pelas cuidadoras formais às subescalas, que resultaram da análise fatorial realizada por Sequeira (2007). Ao analisarmos o Quadro 12, verificamos que as subescalas onde as cuidadoras formais apresentam médias de pontuações mais elevadas são *exigências do cuidar*, *restrições sociais* e *problemas relacionais*.

A subescala *exigências do cuidar*, denota o cansaço físico e uma afetação do estado de saúde dos cuidadores formais. A subescala *restrições sociais*, demonstra a perturbação que os cuidadores formais sentem devido à falta de tempo para si mesmos, família e amigos, relevando assim, uma diminuição da sua qualidade de vida. A subescala *problemas relacionais*, denota as dificuldades das cuidadoras formais em lidar com a falta de autonomia dos idosos, gerando situações de desespero e irritabilidade.

Inversamente as subescalas onde as cuidadores formais revelam uma média de pontuações mais reduzidas são: *apoio profissional*, *apoio familiar* e *reações ao cuidar*. Deste modo, as cuidadoras formais revelam sentir apoio por parte dos serviços sociais e de saúde existentes no lar, bem como sentem apoio por parte das suas famílias na sua escolha profissional. As *reações ao cuidar*, demonstram que os cuidadores formais apresentam uma alguma preocupação para com os idosos de quem cuidam.

Quadro 12 – Pontuações máximas e mínimas às subescalas do CADI e média das pontuações obtidas pelas cuidadoras formais.

| Subescala | Mínima | Máxima | Pontuação (DP) |
|-----------------------|--------|--------|----------------|
| Problemas relacionais | 8 | 32 | 15,00 (4,38) |
| Restrições sociais | 7 | 28 | 15,38 (5,63) |
| Exigências do cuidar | 7 | 28 | 15,75 (4,62) |
| Reações ao cuidar | 4 | 16 | 8,25 (3,49) |
| Apoio Familiar | 2 | 8 | 4,25 (2,19) |
| Apoio Profissional | 2 | 8 | 3,25 (1,04) |

5.DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

5.1. ADAS-COG – SUBESCLA COGNITIVA DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER (VERSÃO PORTUGUESA: GURREIRO, FONSECA, BARRETO & GARCIA, 2003)

Durante 15 semanas o idoso com Alzheimer foi sujeito à aplicação do programa de estimulação cognitiva elaborado para o presente estudo que se denomina “Estimula a Mente”. O primeiro objetivo geral do estudo foi atingido, elaboramos e executamos, um programa de estimulação cognitiva para um idoso com Alzheimer.

Denney (1982) citado por Fonseca (2004) refere que as capacidades cognitivas que são devidamente estimuladas e exercitadas tendem a sofrer um declínio mais tardio e menos dramático que as capacidades não exercitadas. A insuficiência de estimulação cognitiva poderá desencadear um declínio da eficiência mental.

Perceber a importância da estimulação cognitiva constitui-se como o primeiro objetivo específico da nossa investigação. Desta forma os resultados apresentados, no Quadro 8, permitem-nos constatar, que a estimulação cognitiva realizada ao idoso através do programa “Estimula a Mente” permitiu a preservação das capacidades avaliadas, este resultado é crucial para reconhecermos a importância da estimulação cognitiva como uma intervenção não farmacológica capaz de prolongar o funcionamento cognitivo em idosos com a doença de Alzheimer e conseqüentemente promover melhores condições de saúde, uma vez que Yassuda & Abreu (2006) referem que a funcionalidade cognitiva do idoso está relacionada com a sua saúde e qualidade de vida.

Aferir os benefícios do programa de estimulação cognitiva, constitui-se como o segundo objetivo específico do presente estudo que foi também alcançado, uma vez que através do Quadro 8 verificamos que a aplicação do programa de estimulação cognitiva teve como benefícios a preservação da compreensão oral, uma vez que nos itens 9, 10 e 11 que avaliam a linguagem oral o idoso obteve no pré e pós-testes a mesma pontuação. Possibilitou também a estimulação da concentração e do raciocínio no idoso, uma vez que para executar os jogos selecionados o idoso necessitava de estar concentrado na tarefa e possibilitou a promoção da interação, uma vez que os jogos selecionados implicavam correspondência de ideias.

A manutenção das pontuações permitem também combater a visão fatalista que associa que nas psicopatologias nada resta a fazer senão esperar pela morte dos neurónios. Esta é de facto uma ideia cada vez mais desatualizada, uma vez que se verifica que se o cérebro for estimulado este poderá manter as habilidades cognitivas.

É importante mencionar que os resultados obtidos na presente investigação vão ao encontro dos resultados de outros estudos nacionais, nomeadamente aos estudos realizados por Filipe (2009) e Pinheiro (2016) que fundamentam que a intervenção através de programas de estimulação cognitiva é eficaz e traz vários benefícios, no caso de indivíduos portadores de patologia, independentemente da sua idade.

A doença de Alzheimer é atualmente incurável, e por isso, as intervenções não visam a cura da patologia mas sim a preservação das habilidades cognitivas o maior tempo possível de modo a contribuir para a melhoria da qualidade de vida do sujeito e das pessoas que o rodeiam. A estimulação cognitiva realizada através de programas é uma forma de intervenção que se comprova benéfica uma vez que contribuímos para a promoção do alívio nos défices cognitivos.

No que se refere à planificação do programa “Estimula a Mente” recorreu-se a jogos simples e comuns capazes de terem sido realizados nos tempos de lazer do idoso. Miranda (2012) citados por Lousa (2016) referem que os jogos são um excelente recurso, uma vez que, para além de possibilitarem a (re) aprendizagem, são terapêuticos. A eficácia de programas de estimulação cognitiva para a população idosa, que apresente ou não patologias cognitivas, como a doença de Alzheimer, é condicionada pela utilização de instrumentos simples adaptados à especificidade de cada situação.

Por fim, ao analisarmos o Quadro 8, verificamos, que a capacidade cognitiva mais preservada diz respeito à capacidade construtiva. Enquanto formador, o idoso com Alzheimer exercitava esta capacidade cognitiva diariamente, curiosamente, esta é a capacidade cognitiva que está menos degradada, o que revela que os quadros da doença de Alzheimer como refere Lima e Marques (2007) são multiformes, ou seja a degradação das capacidades cognitivas na doença de Alzheimer não se processa de forma igual de indivíduo para indivíduo, contribuem para esta fatores sociais, culturais, educacionais e de, estilos de vida.

5.2.QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI - MARTINS, RIBEIRO & GARRETTE, 2003)

Resultante da aplicação do programa de estimulação cognitiva ao idoso com Alzheimer e devido ao cenário de envelhecimento da população e conseqüente aumento do número de casos de idosos com quadros demenciais, tornou-se fundamental conhecer a realidade da cuidadora informal do idoso com Alzheimer a quem apliquei o programa “Estimula a Mente”.

Desta forma definimos como segundo objetivo geral do estudo *avaliar o grau de sobrecarga da cuidadora informal do idoso com Alzheimer*. O objetivo foi cumprido através do preenchimento do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador (QASCI - Martins, Ribeiro & Garrette, 2003) por parte da cuidadora informal. Ao analisar o Quadro 9 verificamos que a cuidadora informal obteve uma cotação de 98 pontos. Segundo Martins, Ribeiro e Garrette (2003) este valor denuncia uma sobrecarga extremamente grave.

Para o presente objetivo geral definiram-se dois objetivos específicos *explicitar o conceito de sobrecarga* que foi conseguido através do enquadramento teórico e *analisar os problemas físicos, psicológicos e socioeconômicos que decorrem da tarefa de cuidar*.

Apesar da dificuldade em apurar se um problema psicológico ou de saúde resulta especificamente da tarefa de cuidar, os resultados desta investigação permitiram verificar que o ato de cuidar é para a cuidadora investigada uma tarefa que, devido à sua complexidade, lhe causou um conjunto de problemas. Problemas que se referem à diminuição do seu tempo de lazer, uma vez que através do Quadro 9 verificamos que as pontuações mais elevadas foram atribuídas aos itens que fazem referenciam a essa situação – o item 9 “acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si” ou item o 14 - “a sua vida social tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar”

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) referem que a redução da participação em atividades, sobretudo sociais, acarreta uma dupla negatividade: “o cuidador tem menos tempo, logo estabelece menos relações sociais e fragiliza as que já tinha; assim perde oportunidades de encontrar apoio social” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira 2006, p. 70).

As pontuações mais elevadas foram também atribuídas pela cuidadora aos itens que fazem referência ao desgaste psicológico, como por exemplo o item 3 – “sente-se cansada (o), e esgotado (a) por estar a cuidar do seu familiar”, ou o item 10 “sente que a vida lhe pregou uma partida”. Estes resultados revelam que a cuidadora sente necessidade de ter alguém que compreenda as suas preocupações de ter alguém com quem possa desabafar.

Ao analisar o Quadro 10 verificamos que uma das subescalas a qual a cuidadora atribuiu também uma das pontuações mais elevadas foi a *satisfação com o papel e com o familiar*, este dado revela que a cuidadora informal não consegue encontrar emoções positivas decorrentes do desempenho do papel de cuidadora e da relação estabelecida. A cuidadora informal encara a prestação de cuidados como uma tarefa natural que não acrescenta nada à sua relação com o marido e a sua valorização pessoal. Este facto poderá estar relacionado com a visão que ainda persiste na nossa sociedade de que a noção de dever surge como o determinante mais poderoso para a assunção dos cuidados familiares.

Para a cuidadora estudada o cansaço físico não é um problema que decorre da prestação de cuidados ao marido, uma vez que ao analisar o Quadro 9, verificamos que um dos itens aos quais a cuidadora atribuiu a pontuação mais reduzida foi “cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico”. A prestação de cuidados também não interfere com a situação económica da cuidadora informal uma vez que através do Quadro 10 verificamos que a subescala sobrecarga financeira obteve das pontuações mais reduzidas.

5.3. ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR FORMAL (CADI - SEQUEIRA, 2007)

A tarefa de cuidar, ao nível da atividade profissional, concentra em si uma série de circunstâncias que fazem com que os cuidadores formais apresentem dificuldades evidentes na prestação de cuidados.

O presente estudo tinha como terceiro e último objetivo geral - conhecer as dificuldades sentidas pelos cuidadores formais do serviço de apoio domiciliário da Associação dos Lares Ferroviários. Para cumprir este objetivo solicitou-se aos 8 cuidadores formais do

serviço de apoio domiciliário da ALF o preenchimento do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI de Sequeira, 2007).

A análise estatística dos resultados às subescalas presentes no CADI, que é possível de observar no Quadro 12, permite-nos verificar que as principais dificuldades sentidas pelas 8 cuidadoras estão relacionadas com as exigências do cuidar. A subescala exigências do cuidar integrava os itens que referenciavam o cansaço físico e a afetação do estado de saúde dos cuidadores formais. Os resultados alcançados da nossa investigação vão ao encontro de outros estudos que referem que ao nível físico e psicológico, muitos cuidadores de idosos institucionalizados têm a sensação da degradação progressiva do seu estado de saúde, apresentando uma saúde global mais frágil, com maior prevalência de cansaço físico e psicológico e maiores níveis de ansiedade, o que se vai agravando com o aumento da idade e com o tempo em que se exerce funções área (Santos, 2005).

Posteriormente a subescala que apresenta uma pontuação mais elevada é as restrições sociais. As restrições sociais dizem respeito à perturbação que os cuidadores formais sentem devido à falta de tempo para si mesmos, família e amigos. A prática profissional das cuidadoras formais implica necessariamente um envolvimento emocional com os idosos de quem cuidam que muitas das vezes não é controlado, frequentemente as cuidadoras levam as situações que vivenciam na sua prática profissional para casa e não conseguem ter disponibilidade mental para usufruir de momentos em família, porque estão preocupadas com aqueles a quem prestam cuidados. Esta situação poderá ser colmatada através de substituições sejam elas apenas por dois dias no meio da rotatividade dos horários de trabalho inerentes a esta prática profissional.

A subescala problemas relacionais apresenta também uma média de pontuações elevadas. Os itens presentes nesta subescala revelam as dificuldades dos cuidadores formais em lidar com a dependência dos idosos de quem cuidam. Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p. 69) “os sentimentos de irritação, desespero encontram-se muitas das vezes presentes: por se sentir saturado da pessoa de quem cuida, por se pensar que não se faz tudo o que se pode, por desejar a morte (...) para acabar com o sofrimento (...)” Neste caso os grupos de apoio podem assumir um papel preponderante agindo como fonte de partilhar de experiências e aconselhamento. Destaca-se igualmente a necessidade de recompensa, isto é, a pessoa dá e se dedica

precisa, para o seu equilíbrio de se sentir valorizada e apreciada, é muito importante que as chefias reconheçam o esforço físico e psicológico inerente a esta prática profissional.

Ao enumerar estratégias que penso serem eficazes para diminuir as dificuldades sentidas pelas cuidadoras formais estamos a cumprir o nosso último objetivo específico.

CONCLUSÕES

Através da investigação realizada verificamos que o processo de envelhecimento é um fenómeno complexo que integra uma série de fenómenos que se sucedem numa determinada ordem e durante um certo período de tempo. Os dados recolhidos permitem-nos afirmar que a estimulação cognitiva é uma forma de intervenção eficaz, capaz de eliminar a visão que existe de que, na doença de Alzheimer nada resta a fazer senão esperar pela morte dos neurónios. O idoso participante no estudo, beneficiou da aplicação do programa de estimulação cognitiva “Estimula a Mente”, uma vez que as suas capacidades avaliadas não se deterioraram e através da aplicação do programa estimulamos o raciocínio e a interação.

Por conseguinte, através da participação da cuidadora informal e das cuidadoras formais identificamos as dificuldades sentidas por estas na execução das suas tarefas. Acreditamos, que a promoção da saúde, a promoção de medidas políticas, a criação de grupos de autoajuda entre outras estratégias trarão importantes benefícios não só para os próprios, mas para a sociedade em geral.

IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

O funcionamento cognitivo é um imperativo no envelhecimento bem-sucedido. A adoção de medidas compensatórias, como a estimulação cognitiva, para fazer face a uma previsível evolução desfavorável de certas variáveis biológicas ou patológicas, surge como um fator imprescindível para combater a concepção fatalista de que à velhice corresponde a perda de capacidades de compreensão e de aprendizagem.

O aumento da população idosa associada ao aumento da longevidade humana e, por conseguinte, a maior prevalência de doenças crónicas e de níveis mais elevados de

incapacidade fez emergir a realidade dos cuidadores de idosos. Como sabemos, a família é a célula base da sociedade e atendendo ao facto de que é nesta que se encontram a maioria dos cuidadores informais de idosos, será absolutamente necessário que se faça um esforço para protegê-la. Os cuidados informais são ainda hoje prespetivados como um apoio “natural” prestado sobretudo pelo mundo feminino, descartando a ideia de que a prestação de cuidados é uma tarefa complexa, com “dimensões psicológicas, éticas, sociais, demográficas que ultrapassam o carácter simplesmente assistencialista” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, p. 34).

Para fazer face a esta situação apresento algumas estratégias, nomeadamente:

- A promoção de medidas políticas que prespetivem os cuidados familiares como uma forma de trabalho informal, com valor económico e social;
- A promoção de medidas que fomentem a conciliação entre a vida familiar e o trabalho (flexibilidade no horário de trabalho; tempos de descanso do cuidador; proteção à todos aqueles que saem do mercado de trabalho para cuidarem a tempo inteiro);
- A criação de gabinetes em serviços centrais, como por exemplo, num hospital ou num centro de saúde, dotados de equipas multidisciplinares que assumiam responsabilidades ao nível da articulação de cuidados, com o objetivo de melhorar o desempenho do cuidador. O cuidador informal tinha nestes serviços um amparo que com certeza contribuía para a diminuição dos níveis de sobrecarga, ao possibilitarem a entrada dos cuidadores no sistema de saúde e o seu acompanhamento precoce. Os técnicos que desenvolvessem o seu trabalho no referido gabinete deveriam demonstrar uma grande disponibilidade de deslocação, uma vez que muitos dos cuidadores não se podem ausentar devido a não terem quem os substitua no cuidado que prestam;
- A promoção da atividade de voluntariado local, de proximidade, com conhecimento de causa da situação, poderá contribuir, também, para um suavizar da sobrecarga e a integração dos próprios idosos na comunidade;
- A prestação de cuidados no domicílio acarreta muitas das vezes a necessidade de usufruir de ajudas técnicas que são muito dispendiosas, desta forma a criação de

um “banco” onde se alugasse este material era fundamental devido não só ao seu elevado preço, como também à dúvida relativa ao tempo da sua utilização.

Relativamente, às estratégias destinadas a apoiar os cuidadores formais nas dificuldades sentidas menciono,

- A criação de grupos de apoio onde as cuidadoras possam partilhar as suas experiências, preocupações, dúvidas e emoções;
- Dinamização de sessões de esclarecimento com recurso a técnicos especializados que levassem até às instituições conhecimentos específicos sobre determinadas temáticas que sejam fundamentais para a eficácia das suas intervenções;
- É importante que as instituições valorizem o trabalho desenvolvido pelas cuidadoras, através de gestos simples como por exemplo uma maior flexibilidade na rotatividade dos horários de trabalho, promover eventos destinados ao bem-estar das cuidadoras;

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente trabalho de investigação foi condicionado por alguns aspetos. Deste modo importa refletir sobre esses aspetos, de forma a compreender se os mesmos interferiram nos resultados finais. A maior limitação com a qual nos deparamos foi a gestão do tempo. Considero que o tempo disponível para realizar um trabalho desta dimensão é reduzido. Por outro lado, o número reduzido de cuidadores formais participantes no estudo limita a realização de generalizações. Julgamos que as limitações são idênticas àquelas que a grande maioria dos investigadores encontra pelo que não retiramos qualquer valor ao trabalho desenvolvido, aliás, a consciência dessas limitações fez com que procurássemos reduzir ao máximo a possibilidade de enviesamento dos resultados.

REFLEXÃO FINAL

A realização do estágio curricular na qual incide o presente relatório de estágio foi extremamente importante, pois permitiu-me o contacto com a realidade na qual quero exercer a minha prática profissional. Este estágio não se limitou apenas a um momento de formação académica, foi, sobretudo, um momento de capacitação e um momento de aprimoramento intelectual. Sabendo que a formação não se alcança por pura observação da realidade, é necessária uma postura investigativa, reflexiva, crítica e metodológica para alicerçarmos a nossa atuação. Com a ajuda da orientadora científica e da supervisora institucional, foi criado um clima favorável para o meu processo de autoconsciencialização; ambas procuraram confrontar a minha atuação com diferentes perspetivas, chamaram-me a atenção para aspetos que por vezes me passavam despercebidos e proporcionaram-me suporte ao nível técnico e emocional. Considero que para além do estágio contribuir para a construção da minha identidade enquanto profissional, este também teve influência na construção/reconstrução da minha identidade pessoal. Não posso negar que nos três meses que passei na Associação dos Lares Ferroviários foram-me transmitidos determinados valores que me vão acompanhar para sempre; observei formas de ser, pensar e agir, com as quais me identifiquei; conheci verdadeiros profissionais, que lutam todos os dias pelo respeito e integridade das pessoas idosas; conheci idosos que me transmitiram ideias e maneiras de encarar a vida surpreendentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, R. (2011). *Reminiscência como técnica de intervenção psicológica em pessoas idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

ALFER (2017), Disponível em <http://www.alfer.pt/index.php> acessado a 12 de Setembro de 2016.

Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (2.ª Ed.). Barga: Psiquilíbrios.

APFADA (2017), Disponível em <http://alzheimerportugal.org/pt/> acessado a 1 de Fevereiro de 2017.

Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer (2006). *Manual do Cuidador*. (2.ª Ed.). Novartis: Lisboa.

Azeredo, Z., Rodrigues, F., Carvalho H., Roncom, J., Pereira, M., & Nascimento, S. (2011). *O idoso como um todo*. Viseu: PsicoSoma.

Buriolla, M. (2008). *O Estágio Supervisionado* (5.ª Ed.). São Paulo: Cortez Editora.

Butt, J., & Benjamin, C. (1988). *Uma nova gramática de referência do espanhol moderno* (2.ª Ed.) London: Edward Arnold.

Cabete, D. G. (2005). *O idoso, a doença, e o hospital – o impacto do internamento hospitalar no estudo funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.

Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013) *Processos de Envelhecimento em Portugal: Uso do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Carmo, H. (2012). *Teoria da Política Social - Um olhar da ciência política*. Tese de Mestrado. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.

Carrilho, P. M. (2012). Epidemiologia dos acidentes de trabalho e exercício físico em instituições de apoio a idosos. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.

Carvalho, M. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Pactor.

CHARIGLIONE, I. (2010). A influência de diferentes tipos de treinos cognitivos na memória de idosos institucionalizados. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Acedido em 10 de Outubro de 2016 em <http://dominiopublico.qprocura.com.br/dp/114284/A-influencia-de-diferentes-tipos-de-treinos-cognitivos-na-memoria-de-idosos-institucionalizados.html>.

Cordeiro, L. (2011). *Cuidador Informal de Idosos Dependentes: dificuldades e sobrecarga*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu, IPV.

Decreto-Lei n.º 172-A/2014 de 14 de novembro (2014). Altera o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social. Diário da República I Série. N.º221 (14-11-2014), 5882 (3) - 5882 (26).

Ermida, J. (1999). Processo de Envelhecimento. In M. Vitais (Ed.), *O idoso: problemas e realidades* (pp. 42-50). Coimbra: Formasau.

Fonseca, A. (2004). *O Envelhecimento uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fontaine, R. (1999). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

Gonçalves, D. C. (2007). *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Gorjão, S. (2011). *Envelhecimento Ativo: O papel da participação social Construção e Validação de um Instrumento*. Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e das Organizações. Escola de Ciências Sociais e Humanas ISCTE, Lisboa.

Guerreiro, M., Fonseca, S., Barreto, J., & Garcia, C. (2003). *Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS-COG): Tradução Portuguesa de Alzheimer Disease*

Assessment Scale, de Mohs, Rosen e Davis. Lisboa: Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demência.

Instituto Nacional de Estatística (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia: Dia Mundial da População: Destaque Informação à Comunicação Social*. Disponível em www.ine.pt [acedido em 19/02/2017].

Jorge, A., Leuschner A., Bárrios, H., Veríssimo, J., Caldas de Almeida, M., & Borges, C. (2015) *Tudo muda num instante: cuidar de nós e dos outros*. Lisboa: Clube do Autor.

Kawasaki, K., & Diogo, M. (2001). Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal – parte I. *Revista Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 35(3), 257-264.

Lawton, M. (1982). Competence, environmental press and adaptation. In M. Lawton, P. Windley, & T. Byerts (Eds.). *Aging and the Environment: Theoretical Approaches* Nova Iorque: Springer.

Lei n.º 30/2013 de 8 de maio (2013). Estabelece, no desenvolvimento do disposto na Constituição quanto ao sector cooperativo e social, as bases gerais do regime jurídico da economia social, bem como as medidas de incentivo à sua atividade em função dos princípios e dos fins que lhe são próprios. *Diário da República I Série*. Nº 88 (08/05/2013), 2727 – 2728.

Lei n.º 76/2015 de 28 de julho (2015). Primeira Alteração ao Decreto-Lei n.º 172-A/2014, de 14 de novembro e sexta alteração ao Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social, por apreciação parlamentar. *Diário da República I Série*. Nº 145 (28/07/2015), 5051 – 5052.

Lemos, J. (2012). *Avaliação das dificuldades dos cuidadores informais de idosos*. Trabalho de projeto apresentado para a obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo. Escola Superior de Saúde de Bragança, Bragança.

Lima, D., & Marques, J. (2007). Relações interpessoais em famílias com portador da doença de alzheimer. *Psico*, 38(2), 157-165.

Lima, J. (2006). Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso? *Revista de Ciências Humanas*, 0(40), 469-489.

Lousa, E. (2016). *Benefícios da estimulação cognitiva em idosos: um estudo de caso*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em psicologia clínica ramo das terapias cognitivo comportamentais. ISMT: Coimbra.

Lucas, C., Freitas, C., & Monteiro, M. (2013, Janeiro). A Doença de Alzheimer: Características, Sintomas e Intervenções. In: Portal dos Psicólogos. Acedido em 3 de Março de 2017 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiH0_eAt_vSAhVDXhoKHQ2zD8IQFggZMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.psicologia.pt%2Fartigos%2Ftextos%2FA0662.pdf&usg=AFQjCNFjCOYMsC1pDGx_9R7a3jc6abeoKw&bvm=bv.150729734,d.d2s

Lucas, C., Freitas, C., & Monteiro, M. (2013, Janeiro). A Doença de Alzheimer: Características, Sintomas e Intervenções. In: Portal dos Psicólogos.

Martins, T., Ribeiro, J., & Garrette, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 131-148.

Moraes, E., Moraes, F., & Lima, S. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Medicina Minas Gerais*, 20(1), 67-73.

Moraes, J., & Scheid, N. (2015, junho). As contribuições da densidade demográfica e o seu papel no desenvolvimento econômico da humanidade. In: *III Congresso Internacional de Educação Científica e Tecnológica* (1118), Brasil.

Mozzicafreddo, J. (1992). O Estado-Providência em Portugal: estratégias contraditórias. *Sociologia – Problemas e Práticas* (12), 57 – 58.

Neri, A., Born, T., Grespan, S., & Medeiros, S. (2004) Biomedicalização da velhice na pesquisa, no atendimento aos idosos e na vida social. In M. Diogo, A. Neri, & M. Cachioni (Orgs.), *Saúde e Qualidade de Vida na Velhice*. Campinas: SP Editora Alínea.

OMS (2017). Classificação Internacional de doenças (CID-10).

OMS. (2002). *Active ageing, a policy framework*. Acedido em 10 de Fevereiro de 2017 em http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/

OMS. (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. Acedido em 10 de Fevereiro de 2017 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjzk6rE9vbSAhXENxQKHxvsC1AQFggZMAA&url=http%3A%2F%2Fbvvsms.saude.gov.br%2Fbvvs%2Fpublicacoes%2Fenvelhecimento_ativo.pdf&usg=AFQjCNGA8Lh2yzDAqTYDCWJnBaz_c0gwsg&bvm=bv.150729734,d.d24

OMS. (2012). *Demência: uma prioridade para a saúde pública*. Acedido em 10 de Fevereiro de 2017 em http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/es/

ONU (2015). *Perspetivas Demográficas mundiais: revisão 2015*. Acedido em 19 de Fevereiro de 2017 em www.un.org.

Pais Ribeiro, J. (2010). *Psicologia de Saúde* (2ª Ed.). Lisboa: Placebo Editora.

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.

Paúl, C., & Fonseca, A. (Coords.) (2006). *Envelhecer em Portugal, psicologia da saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi.

Pera, L. (2012). *Avaliação das dificuldades e sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes*. Relatório de Estágio para obtenção do grau de mestre em envelhecimento ativo. Escola Superior de Saúde, Bragança.

Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias* (2ª Ed.). Coimbra: Quarteto.

Pimentel, L. (2015). *Filho és, pai serás ... cuidar de pessoas idosas em contexto familiar*. Lisboa: Coisas de Ler.

Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006). In: Direção Geral da Saúde. Lisboa. Acedido 5 de Janeiro de 2017 em

<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Ribeiro, O., & Paúl, C. (Coords.) (2011). *Manual do Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.

Rodrigues, M. (2011). *Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Sampaio, D., & Gameiro, J. (1985). *Terapia familiar*. Porto: Edições Afrontamento.

Santos, P. A. (2005). O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social. Tese de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência II*, (12) 9-16.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.

Silva, L. (2001). *Ação Social na área da família*. Lisboa: Universidade Aberta.

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira M. (2006). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice* (2ª Ed.). Lisboa: Ambar.

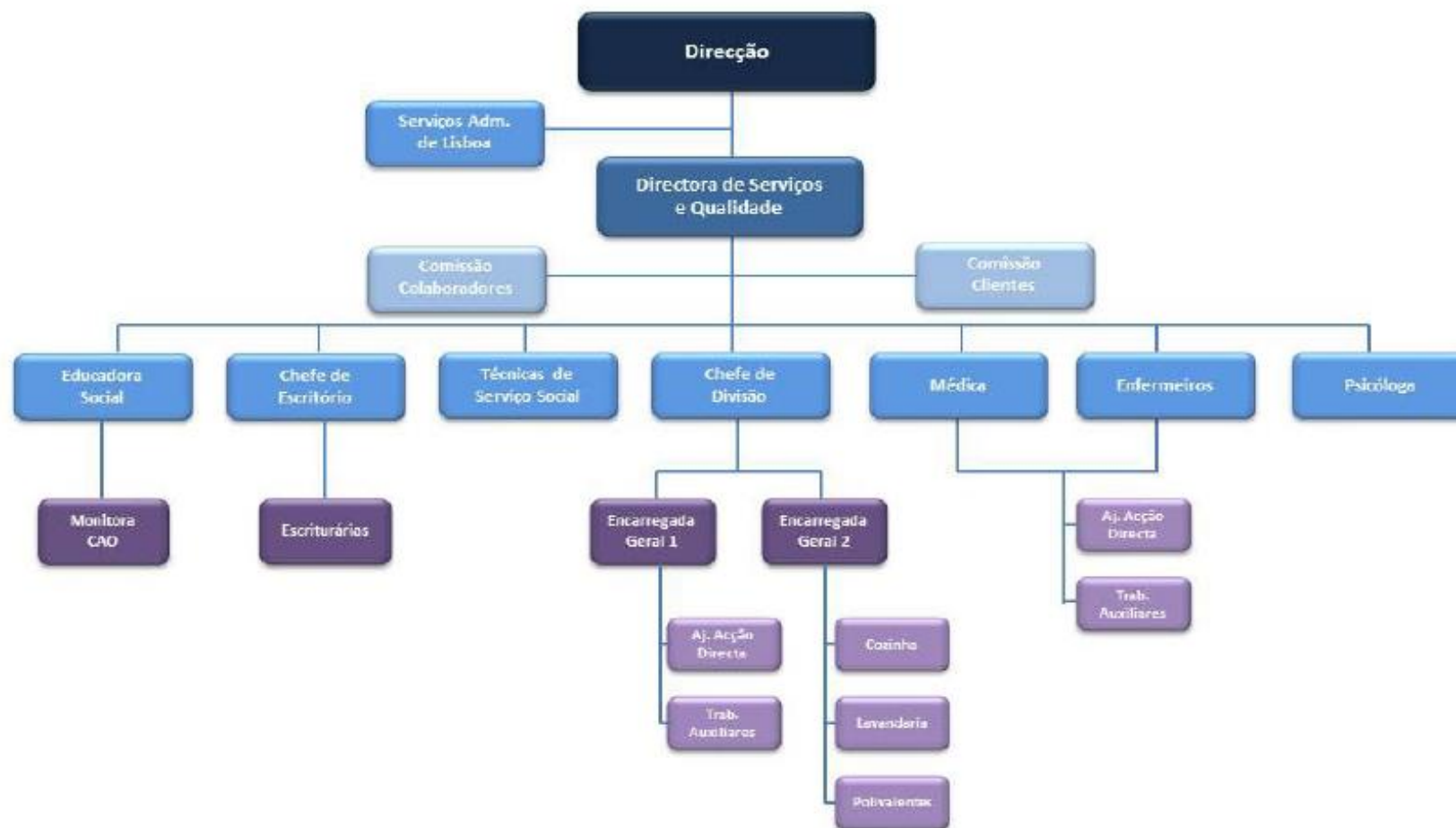
Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia prático de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi.

Wares, A., & Ford, R. (1995). Migração e cuidado familiar. Em I. Allen, I., & E. Perkins (Eds.). *O futuro do cuidado familiar para os idosos*. HMSO: London.

ANEXOS

ANEXO I
ORGANIGRAMA

ORGANOGRAMA



ANEXO II
CRONOGRAMA

ANEXO III
PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA
“ESTIMULA A MENTE”

Sessão Nr.º 1

Data: 16/11/2016

Horário: 17:30H – 19:00H

Local: Residência do Idoso

Destinatário: Idoso com diagnóstico de Alzheimer

| Atividade | Recursos | Descrição | Objetivos |
|--|---|--|-------------------------------------|
| Aplicação do Pré-Teste – ADAS –Cog (Rosen, Mohs & Davis, 1984) | Pré-Teste – ADAS –Cog (Rosen, Mohs & Davis, 1984) | O pré-teste ADAS-Cog é constituído por sete provas de desempenho (evocação de palavras; nomeação de objetos e dedos; compreensão de ordens; capacidade construtiva; praxia ideativa; orientação; reconhecimento de palavras) e quatro provas de avaliação. | Avaliar as competências cognitivas; |



Sessão Nr.º 2

Data:23/11/2016

Horário:17:30H – 19:00H

Local: Residência do Idoso

Destinatário: Idoso com diagnóstico de Alzheimer

| Atividade | Recursos | Descrição | Objetivos |
|------------------------|---|---|--|
| Jogos de Mesa |  | Este jogo possui 28 peças com lados variando de 0 a 6. Cada peça é composta por duas pontas, cada uma com um número. Começa-se por baralhar as peças. Cada jogador retira sete peças para jogar. Começa a partida o jogador que tiver a peça 6-6. Inicia a partida colocando esta peça no centro da mesa. A partir daí cada jogador deve tentar encaixar alguma peça sua nas peças que estão na extremidade do jogo, uma de cada vez. Quando o jogador consegue encaixar uma peça, a vez é passada ao próximo jogador. Caso o jogador não tenha nenhuma peça que encaixe, a vez é passada ao próximo. | Estimular o raciocínio lógico Estimular a percepção visual Estimular a concentração Promover a interação social Promover o processo de tomada de decisões Desenvolver a capacidade de prever consequências de atos alheios e próprios |
| Cartas – Jogo da Bisca |  | Após um dos jogadores baralhar e outro cortar, uma carta do baralho determinará o trunfo. Trunfo é o naipe que vai predominar sobre os outros naipes, quando as cartas forem distribuídas pelos jogadores. Durante o jogo a carta trunfo fica em baixo do baralho, de forma visível. São distribuídas três cartas a cada jogador. O jogador que cortou o baralho começa descartando uma carta, das três que recebe no início do jogo. Em seguida o adversário descarta uma das suas cartas, que vai determinar se ele pega ou entrega as cartas da mesa, baseando-se nos seguintes critérios: - se as cartas são do mesmo naipe, a carta de maior valor vence, e quem a jogou leva as cartas da mesa; - se as cartas são de naipes diferentes e não há um trunfo entre elas, quem jogou a primeira carta leva as cartas da mesa; - se as cartas são de naipes diferentes e há um trunfo entre elas, quem jogou o trunfo leva as cartas da mesa; - se todas as cartas são trunfos, a decisão é como o primeiro critério. | Estimular a coordenação motora |


Sessão Nr.º 3

Data: 30/11/2016

Horário: 17:30H – 19:00H

Local: Residência do Idoso

Destinatário: Idoso com diagnóstico de Alzheimer

| Atividade | Recursos | Descrição | Objetivos |
|---------------------------------------|---|---|--|
| <p>Jogo “Quem Sabe, Sabe”</p> | <p>1 Cubo com faces de cores diferentes 15 Cartões de Provérbios 15 Cartões de Advinhas 15 Cartões de Curiosidades 15 Cartões de Canções Tradicionais 15 Cartões de Geografia de Portugal 15 Cartões de Gastronomia Regional</p>  | <p>Determina-se de forma aleatória quem inicia o jogo. O jogador escolhido para iniciar a partida deve lançar o cubo. Após o lançamento o jogador deverá responder à pergunta, de acordo com a cor da face do cubo voltada para cima. O jogador dispõe de duas tentativas para acertar na resposta correta. Cada resposta correta “vale” o respetivo cartão. Ganha o jogador que conseguir juntar mais cartões.</p> | <p>Estimular a memória Estimular a compreensão verbal Estimular a abstração lógica Estimular a concentração e atenção Valorizar a sabedoria popular Potencializar a interação social Estimular o processo de tomada de decisão</p> |


Sessão Nr.º 4

Data:07/12/2016

Horário:17:30H – 19:00H

Local: Residência do Idoso

Destinatário: Idoso com diagnóstico de Alzheimer

| Atividade | Recursos | Descrição | Objetivos |
|-------------------------|---|--|---|
| <p>Jogo “Damas”</p> |  | <p>O tabuleiro deve ser colocado de modo que a casa angular à esquerda de cada parceiro seja escura. As peças devem ser colocadas no tabuleiro sobre as casas escuras, sendo que, nas três primeiras filas horizontais, as peças brancas; e nas três últimas, as peças pretas.</p> <p>A peça movimenta-se em diagonal, sempre para a frente, uma casa de cada vez sobre as casas escuras.</p> <p>A pedra que atingir a oitava casa adversária, parando ali, será denominada “dama”, e aí passa a ser uma peça de movimentos mais amplos que uma simples peça. A dama pode mover-se de uma casa para qualquer outra, não obstruída por uma peça do adversário, situada na mesma diagonal. Assinala-se a dama sobrepondo à pedra que atingiu a oitava casa adversária com outra da mesma cor. O objetivo do jogo é captar ou imobilizar as peças do adversário. O jogador que o conseguir ganha a partida.</p> | <p>Estimular a concentração</p> <p>Estimular a memorização</p> <p>Estimular o raciocínio</p> <p>Estimular o processo de tomada de decisão</p> <p>Promover a interação social</p> <p>Estimular a percepção visual</p> <p>Fortalecer a flexibilidade mental</p> |


Sessão Nr.º 6

Data:21/12/2016

Horário:17:30H – 19:00H

Local: Residência do Idoso

Destinatário: Idoso com diagnóstico de Alzheimer

| Atividade | Recursos | Descrição | Objetivos |
|-------------------------------------|---|---|---|
| <p>Jogo “Bingo Tradicional”</p> |  | <p>Distribuimos numa superfície plana cartões (máximo de quatro cartões) com quinze números selecionados aleatoriamente (os números devem constar no intervalo de 1 a 99) e uma quantidade de marcadores proporcionais ao número de números selecionados.</p> <p>De seguida, o técnico que possui um saco com todos os números começa aleatoriamente a sortear os números um por um e o jogador deve verificar se eles estão no seu cartão.</p> <p>Caso um número sorteado esteja no cartão do jogador, deverá marcá-lo.</p> <p>O jogador deverá dizer a palavra “Bingo” assim que completar um dos cartões.</p> | <p>Estimular a memória</p> <p>Estimular a concentração e atenção</p> <p>Promover a interação social</p> <p>Estimular a compreensão verbal</p> <p>Estimular o raciocínio lógico</p> <p>Estimular o raciocínio abstrato</p> <p>Treinar a percepção visual</p> |


Sessão Nr.º7

Data:28/12/2016

Horário:17:30H- 19:00H

Local: Residência do Idoso

Destinatário: Idoso com diagnóstico de Alzheimer

| Atividade | Recursos | Descrição | Objetivos |
|--|---|---|---|
| <p>Jogo "Bingo dos Sons - Viagem ao Passado"</p> |  | <p>Distribuir numa superfície plana um cartão ao jogador e uma quantidade de marcadores proporcionais ao número de imagens. Posteriormente o técnico irá ler a história "Viagem ao Passado", instruindo o jogador a colocar o marcador em cima das imagens que for mencionando no decorrer da história.</p> <p>O presente jogo apresenta-se também como uma boa ferramenta para trabalhar as reminiscências do jogador, uma vez que a imagem pode ser o ponto de partida para um "regresso ao passado", fazendo com que o utilizador "navegue" pelas suas recordações e memórias.</p> | <p>Promover a interação social Promover a concentração Estimular a perceção visual Estimular a memória Promover o treino da linguagem Estimular o raciocínio Promover a partilha de histórias de vida</p> |


Sessão Nr. 8

Data:04/01/2017

Horário:17:30H – 19:00H

Local: Residência do Idoso

Destinatário: Idoso com diagnóstico de Alzheimer

| Atividade | Recursos | Descrição | Objetivos |
|-------------------------------------|---|---|---|
| <p>Jogo "Bingo com Cálculo"</p> |  | <p>Distribuímos numa superfície plana cartões (máximo de quatro cartões) com quinze números selecionados aleatoriamente (os números devem constar no intervalo de 1 a 99) e uma quantidade de marcadores proporcionais ao número de números selecionados.</p> <p>De seguida o técnico que possui um saco com todos os números começa aleatoriamente a sortear os números através de operações numéricas. (Se por exemplo o número sorteado for o 49, o técnico deverá elaborar uma operação numérica em que o resultado final seja 49, por exemplo 7×7, esperando que o jogador dê a resposta correta).</p> <p>Caso um número sorteado da operação numérica esteja no cartão do jogador, deverá marcá-lo.</p> <p>O jogador deverá dizer a palavra "Bingo" assim que completar um dos cartões.</p> | <p>Estimular a memória Estimular a concentração e atenção Promover a interação social Estimular a compreensão verbal Estimular o raciocínio lógico Estimular o raciocínio abstrato Treinar a percepção visual</p> |

Sessão Nr.º 9




Data:11/01/2017

Horário:17:30H – 19:00H

Local: Residência do Idoso

Destinatário: Idoso com diagnóstico de Alzheimer

| Atividade | Recursos | Descrição | Objetivos | | |
|---|---|---|---|---|---|
| <p>Jogo “Caça-Palavras”</p> | <p>Sopa de Letras de Frutas</p> <table border="0"> <tr> <td>B A N A N D A C A V E L V J C W C G I D A U R A E E T C A W E Z G R M B S E B S B B B Y D P H X T P O W N A D E A N E B Q R I U M C A L I T W U E Z B R V L F A S V G A Z V B V L O H M A R A C U Z A A Q E Y G J C C C W X N Z S N Y C N Z C M H T N H T V H S F L Z Q P I T W F O R T F A M R O E S A Y V O G N A R O M I N R O G X</td> <td>UVA ABACAXI ABACAXI BANANA LARANJA MORANGO SUSPIRA AMORA FRANGUESA BASTILHO BROSSELHA FIGO TAMARIZINA</td> </tr> </table> | B A N A N D A C A V E L V J C W C G I D A U R A E E T C A W E Z G R M B S E B S B B B Y D P H X T P O W N A D E A N E B Q R I U M C A L I T W U E Z B R V L F A S V G A Z V B V L O H M A R A C U Z A A Q E Y G J C C C W X N Z S N Y C N Z C M H T N H T V H S F L Z Q P I T W F O R T F A M R O E S A Y V O G N A R O M I N R O G X | UVA ABACAXI ABACAXI BANANA LARANJA MORANGO SUSPIRA AMORA FRANGUESA BASTILHO BROSSELHA FIGO TAMARIZINA | <p>Previamente o técnico deve elaborar um quadrado com um conjunto de letras arranjadas aparentemente de forma aleatória.</p> <p>O objetivo do presente jogo é o jogador encontrar e circundar as palavras escondidas no quadrado. As palavras podem estar escondidas verticalmente, horizontalmente ou diagonalmente dentro da grade.</p> <p>O técnico poderá elaborar diversos quadrados com palavras de diferentes categorias (animais, frutas, legumes, cores, etc.).</p> | <p>Estimular a concentração e atenção</p> <p>Estimular a percepção visual</p> <p>Estimular a memória</p> <p>Desenvolver o vocabulário</p> <p>Estimular a motricidade fina</p> <p>Desenvolver o autoconhecimento</p> <p>Estimular o raciocínio</p> |
| B A N A N D A C A V E L V J C W C G I D A U R A E E T C A W E Z G R M B S E B S B B B Y D P H X T P O W N A D E A N E B Q R I U M C A L I T W U E Z B R V L F A S V G A Z V B V L O H M A R A C U Z A A Q E Y G J C C C W X N Z S N Y C N Z C M H T N H T V H S F L Z Q P I T W F O R T F A M R O E S A Y V O G N A R O M I N R O G X | UVA ABACAXI ABACAXI BANANA LARANJA MORANGO SUSPIRA AMORA FRANGUESA BASTILHO BROSSELHA FIGO TAMARIZINA | | | | |

| Atividade | Recursos | Descrição | Objetivos |
|---------------------------|---|--|---|
| Jogo "Quatro em Linha" |  | O jogo desenrola-se num tabuleiro quadrado de 8x8 e começa com o tabuleiro em branco. O objetivo deste jogo é colocar quatro peças numa linha contínua vertical, horizontal ou diagonalmente. Ambos os jogadores jogam as suas peças no tabuleiro, uma peça por jogada. A regra é que a peça "caia" sempre. Quer dizer que a peça deve sempre ser jogada ou na linha do fundo ou sobre uma peça já colocada. | Estimular o raciocínio lógico Estimular o raciocínio abstrato Estimular a concentração Estimular a motricidade fina Promover a interação social |
| 24 |  | O Jogo do 24 consiste na sucessiva combinação de quatro números predefinidos de forma a atingir um total igual a 24. Cada jogador poderá para tal utilizar qualquer operação numérica (soma, subtração, divisão e multiplicação), ganhando aquele que mais vezes atingir o resultado 24 corretamente. | Estimular a perceção visual Estimular a destreza manual |
| Galo |  | Cada jogador escolhe um símbolo, normalmente é usado o X e um O. Os jogadores jogam de forma alternada, fazendo uma marcação ora com um X ora com um O num espaço vazio, de modo a conseguir três O ou três X em linha. A linha pode ser na horizontal, vertical ou diagonal. Os jogadores devem ao mesmo tempo, impedir o adversário de ganhar na próxima jogada. Quando um jogador consegue alcançar o objetivo do jogo, este ganha e riscam-se então os três símbolos. | |



Sessão Nr.º 11

Data:25/01/2017

Horário:17:30H – 19:00H

Local: Residência do Idoso

Destinatário: Idoso com diagnóstico de Alzheimer

| Atividade | Recursos | Descrição | Objetivos |
|------------------------------------|--|--|--|
| <p>Jogo</p> <p>“Ponto a Ponto”</p> |  | <p>O técnico seleciona um conjunto de imagens semiestruturadas por pontos.</p> <p>As imagens são distribuídas numa superfície plana e o técnico deverá pedir ao jogador que ligue os pontos e que agrupe as imagens por categorias (por exemplo: animais, frutas, objetos, etc.)</p> | <p>Estimular a concentração e atenção</p> <p>Estimular o raciocínio</p> <p>Estimular a memória</p> <p>Estimular a capacidade construtiva</p> <p>Estimular a memória visual</p> <p>Estimular a percepção e emoção</p> <p>Estimular a coordenação visual</p> |
| <p>Jogo das</p> <p>Diferenças</p> |  | <p>O técnico seleciona duas imagens. Introduce pequenas alterações numa das imagens.</p> <p>As duas imagens devem ser colocadas lado a lado e o técnico deve pedir ao jogador que as observe com muita atenção e que descubra as diferenças.</p> | |


Sessão Nr.º 12

Data:01/02/2017

Horário:17:30H – 19:00H

Local: Residência do Idoso

Destinatário: Idoso com diagnóstico de Alzheimer

| Atividade | Recursos | Descrição | Objetivos |
|-------------------------------------|---|---|---|
| <p>Jogo “Descobre a Música”</p> |  | <p>Para a realização deste jogo o técnico deverá previamente selecionar um conjunto de músicas populares apenas instrumentais.</p> <p>O jogo inicia-se quando o técnico, através de um computador, começar a reproduzir as músicas selecionadas. O objetivo do jogo é descobrir a música que está a ser reproduzida.</p> <p>Quando o jogador descobrir a música deverá tentar acompanhar o instrumental cantando a letra da música.</p> | <p>Estimular a concentração e atenção</p> <p>Estimular a memória</p> <p>Promover a interação social</p> <p>Desenvolver a criatividade</p> <p>Desenvolver o discurso oral</p> <p>Promover a diversão</p> <p>Diminuir a ansiedade</p> |


Sessão Nr.º 13

Data:08/01/2017

Horário:17:30H – 19:00H

Local: Residência do Idoso

Destinatário: Idoso com diagnóstico de Alzheimer

| Atividade | Recursos | Descrição | Objetivos |
|------------------------------------|---|---|--|
| <p>Jogo “Bingo das Frutas”</p> |  | <p>Distribuir numa superfície plana um cartão ao jogador com imagens de diversas frutas selecionadas aleatoriamente e uma quantidade de marcadores proporcionais ao número de imagens. Posteriormente o técnico menciona algumas adivinhas sobre as imagens das frutas selecionadas. Exemplo: “Sou um fruto de Outono, quando chego a amadurecer, dou um trabalhão ao dono, se ele me quiser comer. Resposta: Noz”, instruindo o jogador a colocar um marcador em cima das imagens que corresponderem as adivinhas mencionadas.</p> | <p>Estimular a concentração e atenção Estimular a memória Promover a interação social Estimular a percepção visual Promover o treino da linguagem Estimular o raciocínio Estimular a percepção</p> |


Sessão Nr.º 14

Data:16/01/2017

Horário:17:30H-19:00H

Local: Residência do Idoso

Destinatário: Idoso com diagnóstico de Alzheimer

| Atividade | Recursos | Descrição | Objetivos |
|------------------------------|---|--|--|
| <p>Jogo “Eu conheço”</p> |  | <p>Previamente o técnico deverá elaborar um conjunto de cartões com imagens agrupadas por várias categorias (animais, frutas ou legumes, personalidades, vestuário, monumentos, delícias gastronómicas) e um cubo com faces de cores diferentes.</p> <p>Os cartões devem ser distribuídos numa superfície plana. Determina-se de forma aleatória quem inicia o jogo. O jogador escolhido para iniciar a partida deve lançar o cubo. Após o lançamento o jogador deverá adivinhar a imagem correspondente ao cartão e enunciar a categoria a que pertence, de acordo com a cor da face do cubo voltada para cima. Dispõe de duas tentativas para acertar na resposta correta. Cada resposta correta “vale” o respetivo cartão. Ganha o jogador que conseguir juntar mais cartões.</p> | <p>Estimular a memória Estimular a compreensão verbal Estimular a abstração lógica Estimular a concentração e atenção Potencializar a interação social Estimular o processo de tomada de decisão Estimular a perceção visual</p> |

Sessão Nr.º 15

Data: 16/11/2016

Horário: 17:30H – 19:00H

Local: Residência do Idoso

Destinatário: Idoso com diagnóstico de Alzheimer

| Atividade | Recursos | Descrição | Objetivos |
|--|---|--|---------------------------------------|
| Aplicação do Pré-Teste – ADAS –Cog (Rosen, Mohs & Davis, 1984) | Pré-Teste – ADAS –Cog (Rosen, Mohs & Davis, 1984) | O pré-teste ADAS-Cog é constituído por sete provas de desempenho (evocação de palavras; nomeação de objetos e dedos; compreensão de ordens; capacidade construtiva; praxia ideativa; orientação; reconhecimento de palavras) e quatro provas de avaliação. | Reavaliar as competências cognitivas; |

ANEXO IV
PLANO DE ATIVIDADE FÍSICA

| | | | |
|---|---|---|-------|
| Plano de Sessão de Atividade Física para Idosos | | Soraia Lopes | Data: |
| N.º aula: 01 | Duração: 15 min. | Contexto: Associação dos Lares Ferroviários | |
| | Nº de idosos: 10 | Público-alvo: Idosos Institucionalizados com idades compreendidas entre os 65 e 90 anos | |
| Objetivos: | O idoso ao realizar os exercícios interage socialmente com os colegas e o técnico melhora os seus níveis de mobilidade, autonomia e independência | | |
| Material: | Rádio com Leitor de CD; CD; 15 Bolas; | | |
| Observações: | | | |

| Tempo | Música | Tarefa do Idoso | Organização do Espaço | Função/atitude do Técnico |
|-------|---|--|-----------------------|--|
| 2' | | Reunião Cumprimenta o técnico e os colegas. Escuta as indicações fornecidas pelo técnico. | | Cumprimenta entusiasticamente os idosos. Explica os objetivos da sessão. Distribui um balão por cada idoso. |
| 4' | Faixa 1 Flor de Lis "Em todas as ruas do amor" | Aquecimento Ao som da música o idoso roda a cabeça para o lado direito e para o lado esquerdo; De seguida inicia os movimentos de flexão dos ombros; Abre e Fecha os braços; Abre e fecha dos dedos das mãos; Roda os Pulsos; Inicia movimento de flexão nas pernas. | | Coloca a música; Explica o exercício utilizando um tom de voz motivador; Executa o exercício fornecendo feedbacks; Corrige postura incorretas e movimentos indesejáveis; Termina o exercício. |
| 4' | Faixa 2 Emanuel "Ritmo do Amor" | Aperta a bola com a mão direita (10 vezes); Aperta a bola com a mão esquerda (10 vezes); Aperta a bola com as duas mãos (10 vezes); Passa a bola por detrás da cabeça (5 vezes); Com os braços fletidos para cima apertam a bola (10 vezes) Com os braços fletidos para baixo apertam a bola (10 vezes); | | Distribui as bolas pelos idosos e explica os exercícios, executando-os de forma clara, desenvolvendo um momento de interação que promova o bem-estar físico, psicológico e social; Fornece feedbacks, respeitando o ritmo de aprendizagem de cada idoso; Ajuda o idoso a tomar consciência do alinhamento corporal; Termina o exercício. |

| | | | | |
|-----|---|--|--|---|
| 10' | <p><u>Faixa 3</u> Sons do Minho "Dá-me um Beijinho"</p> | <p>Desenvolvimento – Dinâmica</p> <p>Ao som da música os idosos seguem as instrução do técnico:</p> <p>Bater as palmas Coreografia Fletir os braços Coreografia Esticar a perna Direita Coreografia Esticar a perna esquerda Coreografia</p> | | <p>O técnico vai comunicando com o grupo durante o decorrer do exercício, cativando a atenção e o empenho de todos.</p> <p>Durante os movimentos o técnico deve criar um clima relaxante.</p> |
| 4' | <p><u>Faixa 4</u> Mariza «O melhor de Mim»</p> | <p>Retorno a calma</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inclina a cabeça para a frente e para trás; - Roda-se inicialmente os ombros e depois os pulsos; - Puxa um dos braços para um lado com a ajuda da mão contrária, alongando os ombros. - Realiza movimentos de marcha; - Eleva-se os joelhos à altura da anca, mas alternados. <p>-Estica o pé direito a frente e rodam-no, depois trocam de pé e fazem o mesmo exercício.</p> <ul style="list-style-type: none"> - dá as mãos aos restantes membros da rodam, inclina o troco a frente. | | <p>O técnico explica que a aula está a terminar e que é necessário diminuir a intensidade dos movimentos. O técnico terá de ter uma expressão agradável, uma vez que os idosos estarão concentrados nele. Após a realização dos movimentos o técnico despede-se dos idosos, agradecendo a sua presença e motivando-os para uma próxima sessão, dizendo-lhes que estiveram bem nesta aula. Por fim, será pedido que os idosos falem sobre o decorrer da aula expondo pontos positivos e negativos.</p> |

ANEXO V

ADAS-COG

SUBESCALA COGNITIVA DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE
ALZHEIMER (VERSÃO PORTUGUESA: GUERREIRO, FONSECA, BARRETO &
GARCIA, 2003)

Anexo C - ADAS-Cog (Rosen, Mohs & Davis, 1984)

Nome: _____

Data: ___/___/___

1. Tarefa de evocação de palavras

| 1.ª Tentativa | | | 2.ª Tentativa | | | 3.ª Tentativa | | |
|---------------|-----------|----------|---------------|-----------|---------|---------------|-----------|---------|
| | Recordada | N/Record | | Recordada | N/Recor | | Recordada | N/Recor |
| Casa | — | — | Criança | — | — | Saia | — | — |
| Barco | — | — | Mão | — | — | Pente | — | — |
| Saia | — | — | Carro | — | — | Pão | — | — |
| Mão | — | — | Médico | — | — | Escola | — | — |
| Escola | — | — | Casa | — | — | Carro | — | — |
| Pão | — | — | Pente | — | — | Mão | — | — |
| Criança | — | — | Saia | — | — | Barco | — | — |
| Médico | — | — | Pão | — | — | Criança | — | — |
| Carro | — | — | Barco | — | — | Casa | — | — |
| Pente | — | — | Escola | — | — | Médico | — | — |
| Total= | | | Total = | | | Total = | | |
| Pontuação = | | | | | | | | |

2. Nomeação de objectos e dedos

Nesta prova pede-se ao sujeito para dizer o nome de doze objectos reais, de alta, média e baixa frequência, apresentados aleatoriamente. A instrução deve ser: **"Como se chama isto?"** ou **"Qual é o nome deste objecto?"** Se o sujeito não responde, então o observador deve dar ajuda semântica para o objecto; se o sujeito continua sem responder ou comete erros, o observador deve passar para o objecto seguinte.

Em seguida, pede-se ao sujeito para dizer os nomes dos dedos da mão dominante pela seguinte ordem: polegar, mínimo, indicador, médio e anelar.

| Objectos | Pistas dadas quando há dificuldade | Correcto | Incorrecto |
|---|---|--|--------------------------|
| Alfinete | Para prender, era usado nas fraldas dos bebés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Caneta | Para escrever | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bola | Para jogar e pode ser um brinquedo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prego | Para fixar (pendurar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cigarro | Para fumar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Copo | Por onde bebemos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tesoura | Para cortar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Colher | Para comer a sopa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selo | Para colar nas cartas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Óculos | Para ver melhor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Relógio | Para ver as horas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anel | Para usar nos dedos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dedos: Deve nomear os dedos da mão dominante | | | |
| | Resposta | Correcto | Incorrecto |
| Polegar | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Indicador | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Médio | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anelar | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mínimo | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Total = _____ | |
| Pontuação (itens – nomes de objectos e dedos): | | | |
| 0 = 2 itens incorrectamente nomeados | | | |
| 1 = 3 - 5 itens incorrectamente nomeados | | | |
| 2 = 6 – 8 itens incorrectamente nomeados | | | |
| 3 = 9 – 11 itens incorrectamente nomeados | | | |
| 4 = 12 – 14 itens incorrectamente nomeados | | | |
| 5 = 15 – 17 itens incorrectamente nomeados | | | |
| | | Pontuação = _____ (pontuação máxima de 5) | |

3. Compreensão de ordens

Nesta prova avalia-se a compreensão da linguagem oral em função da capacidade do sujeito para executar 5 ordens. Cada ordem só pode ser repetida uma vez. Se o sujeito não responde ou comete erros à primeira instrução, o observador deve dar a ordem mais uma vez, e passa à próxima ordem. Devem ser aplicadas todas as ordens. As ordens só são consideradas correctas se executadas na totalidade.

| Ordens | Correcto | Incorrecto |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. "Feche a mão". | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. "Aponte para o tecto e depois para o chão". | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coloca-se em linha um lápis, um relógio e um cartão | | |
| 3. "Ponha o <u>lapis em cima do cartão</u> e depois volte a colocá-lo no <u>lugar onde estava</u> ". | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. "Ponha o <u>relógio do outro lado do lapis</u> e depois <u>vire o cartão</u> ". | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. "Bata <u>guas vezes em cada um dos seus ombros com dois dedos</u> e <u>com os olhos fechados</u> ". | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nota: Os elementos sublinhados representam etapas únicas, mas cada ordem é cotada como um todo. | | |
| Pontuação (itens – nomes de objectos e dedos): 0 = 0 Erros, 5 ordens correctas 1 = 1 Ordem incorrecta, 4 ordens correctas 2 = 2 Ordens incorrectas, 3 ordens correctas 3 = 3 Ordens incorrectas, 2 ordens correctas 4 = 4 Ordens incorrectas, 1 ordem correcta 5 = 5 Ordens incorrectas | | |
| Pontuação = _____ | | (pontuação máxima de 5) |

4. Capacidade Construtiva

Esta prova avalia a capacidade de copiar quatro figuras geométricas que vão desde um figura simples (um círculo) até uma mais complexa (um cubo). As formas devem ser apresentadas individualmente, em folhas de papel planas e brancas (na metade superior de uma folha A4).

O observador deve dar ao sujeito um lápis antes de lhe entregar a 1.ª forma. As instruções fornecidas são: "Nesta folha está uma figura. Tente desenhar uma figura parecida, em qualquer parte da folha". São permitidas duas tentativas. Se o sujeito não consegue reproduzir a figura em duas tentativas passa para a figura seguinte. O desenho é cotado como correcto se o sujeito reproduzir todas as características geométricas do original. As diferenças no tamanho não são cotadas como erro, assim como pequenas falhas entre as linhas, desde que a forma esteja bem reproduzida (ver exemplos a seguir).

NOTA: O uso de borracha não é permitido.

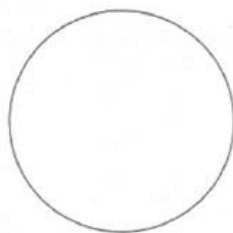
Critérios de pontuação para cada forma

1. **Círculo** – Curva fechada.
2. **Dois rectângulos sobrepostos** – Cada rectângulo deve ter quatro lados e a sobreposição deve ser igual à forma apresentada.
3. **Losango** – A figura deve ter quatro lados oblíquos e todos os lados devem ser aproximadamente iguais em comprimento.
4. **Cubo** – A forma deve estar em perspectiva, com a face anterior correctamente orientada, as linhas internas correctamente desenhadas entre os cantos.

| Correcto | Incorrecto | Correcto | Incorrecto | Correcto | Incorrecto |
|---|------------|--------------------------|--------------------------|---|------------|
| 2 | | 3 | | 4 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Registo | | Correcto | Incorrecto | Pontuação: | |
| <input type="checkbox"/> Círculo | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 0 = 4 desenhos correctos | |
| <input type="checkbox"/> Dois rectângulos sobrepostos | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 = 1 desenho incorrecto | |
| <input type="checkbox"/> Losango | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 = 2 desenhos incorrectos | |
| <input type="checkbox"/> Cubo | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 = 3 desenhos incorrectos | |
| | | | | 4 = 4 desenhos incorrectos | |
| | | | | 5 = Nenhuma forma, partes da forma, ou palavras em vez de desenho | |
| | | | | Pontuação = _____ | |
| | | | | (pontuação máxima de 5) | |

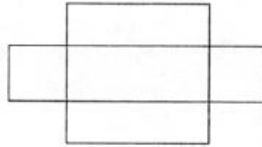
4. Capacidade Construtiva

Desenho 1



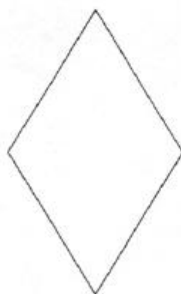
4. Capacidade Construtiva

Desenho 2



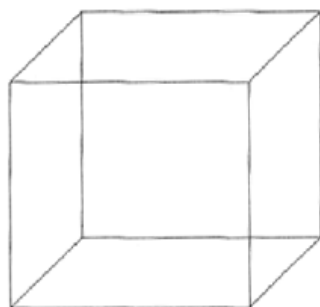
4. Capacidade Construtiva

Desenho 3



4. Capacidade Construtiva

Desenho 4



5. Praxia Ideativa

Esta prova avalia a capacidade de o sujeito executar uma sequência de acções complexas e familiares. Em cima da mesa e em frente do sujeito, coloca-se simultaneamente, uma folha de papel A 4 e um envelope grande. A instrução deve ser: **"Quero que faça de conta que está a enviar uma carta a si próprio. Tome este papel e dobre-o de maneira que caiba dentro do envelope, depois feche-o e escreva o seu nome, a sua morada e indique onde colocaria o selo".** Se o sujeito se esquecer de uma parte do exercício ou se tiver dificuldades, o observador deve repetir a instrução.

NOTA: Só é considerada alteração neste item, quando este reflecte apenas dificuldade na execução duma tarefa conhecida e não alterações da memória.

| Componentes | Correcto | Incorrecto |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Dobrar a carta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pôr a carta dentro do envelope | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fechar o envelope | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Endereçar o envelope | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Indicar o local do selo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pontuação: 0 = Todas as etapas executadas 1 = 1 etapa não executada 2 = 2 etapas não executadas 3 = 3 etapas não executadas 4 = 4 etapas não executadas 5 = Todas as etapas não executadas | | |
| Pontuação = _____ (pontuação máxima de 5) | | |

6. Orientação

As componentes da orientação são: nome, ano, mês, dia, dia da semana, estação do ano, local e hora (8 itens). Para o local deve ser indicado o nome do local onde o sujeito se encontra no momento presente. Antes de testar a orientação, o observador deve ter em atenção as pistas periféricas no ambiente do teste (Ex.: relógio, calendário).

NOTA: Aceitam-se como respostas correctas a indicação do primeiro e último nome, + / - 1 h para as horas, nome incompleto para o local, indicação da próxima estação do ano, no período de uma semana antes do seu início, e duas semanas depois do seu fim.

| Item | Correcto | Incorrecto |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Nome completo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mês | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Dia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dia da semana | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Estação do ano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Local | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hora | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 8)

7. Reconhecimento de palavras

As palavras a negrito são as palavras da lista inicial. Os círculos representam as respostas incorrectas e os quadrados as respostas correctas.

| 1.ª Tentativa | | | | 2.ª Tentativa | | | | 3.ª Tentativa | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Sim | Não | Rec | | Sim | Não | Rec | | Sim | Não | Rec |
| Beijo | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Festa | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Dança | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Papa | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abrço | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Festa | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| Livro | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Talho | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Passeio | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Festa | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Praia | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Praia | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mão | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carta | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Carta | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| Feira | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Braço | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Jardim | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Praia | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Rua | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Braço | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| Carta | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Pé | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perna | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Braço | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Teatro | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Museu | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| Queijo | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Museu | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Loja | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chuva | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sol | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Bife | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Museu | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Teatro | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Água | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sol | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Manteiga | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Sol | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manteiga | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Milho | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Manteiga | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| Semente | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chapéu | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Padre | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gravata | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Café | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Milho | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parque | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avião | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chapéu | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| Milho | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Rio | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Rio | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chapéu | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Vinho | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vestido | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parque | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérola | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Polícia | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rio | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Lenço | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérola | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pérola | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Cão | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Gato | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cão | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | Vaca | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cão | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cavalo | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tinta | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Corda | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Total de respostas incorrectas = _____

Total Rec = _____

NOTA: Rec = Recordação da instrução.

Para a pontuação somam-se as respostas incorrectas de cada tentativa, divide-se esse n.º por três e arredonda-se para o n.º inteiro mais próximo.

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 10)

8. Recordar as instruções do teste

Este item avalia a capacidade do sujeito para recordar as instruções da prova de reconhecimento de palavras (subteste 7). Em cada exercício de reconhecimento, pergunta-se ao sujeito, na apresentação das duas primeiras palavras: "Já viu esta palavra antes?" ou "É uma palavra nova?". Para a terceira palavra pergunta-se: "E agora esta?" Se responder adequadamente, isto é, sim ou não, a recordação das instruções está correcta. Se o sujeito não responder, isto significa que as instruções foram esquecidas. Repetem-se as instruções. O procedimento usado para a terceira palavra é repetido para as palavras 4 – 24. Anota-se as falhas de memória para a instrução e depois de sete falhas no máximo, interrompe-se a contagem.

Pontuação:

- 0 = Sem necessidade de recordar instrução
- 1 = Defeito muito ligeiro (recordado 1 vez)
- 2 = Defeito ligeiro (recordado 2 vezes)
- 3 = Defeito moderado (recordado 3 a 4 vezes)
- 4 = Defeito moderadamente severo (recordado 5 ou 6 vezes)
- 5 = Defeito severo (recordado 7 vezes)

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 5)

9. Linguagem oral

Este item é uma avaliação global da qualidade do discurso, isto é, clareza, dificuldade em fazer-se entender (expressão). O observador deve considerar todo o discurso produzido pelo sujeito na sessão quando avalia este item. Não são avaliadas neste item o débito do discurso, nem a dificuldade em encontrar palavras, que irão ser avaliadas no subteste 10. As pontuações mais elevadas (4 – 5) estão reservadas para sujeitos cuja capacidade de expressão esteja de tal modo alterada que impeça o sujeito de comunicar.

Pontuação:

- 0 = Nenhuma alteração
- 1 = Alteração muito ligeira (1 situação de dificuldade de expressão)
- 2 = Alteração ligeira (o sujeito tem dificuldade de expressão entre 25% a 50% do tempo da sessão)
- 3 = Alteração moderada (o sujeito tem dificuldade de expressão em um pouco mais de 50% do tempo da sessão)
- 4 = Alteração moderadamente grave (o sujeito tem dificuldade em claramente mais de 50% do tempo)
- 5 = Alteração grave (Produção de uma ou duas palavras, discurso fluente mas de conteúdo vazio; mutismo)

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 5)

10. Dificuldade em encontrar palavras no discurso espontâneo

Este item avalia a dificuldade do sujeito em encontrar as palavras desejadas no discurso espontâneo, uso de circunlóquios (explicar a função ou as características de um objecto em vez de dizer o seu nome).

Pontuação:

- 0 = Nenhuma dificuldade
- 1 = Muito ligeira (1 ou 2 situações)
- 2 = Ligeira (circunlóquios notórios e substituição por sinónimos)
- 3 = Moderada (falta de palavras sem compensação no momento)
- 4 = Moderadamente grave (frequente falta de palavras sem compensação)
- 5 = Grave (falta quase total de palavras com conteúdo; discurso vazio; discurso com produção de uma ou duas palavras)

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 5)

11. Compreensão da linguagem oral

Este item avalia a capacidade do sujeito para compreender o discurso. Não abrange as respostas a instruções ou ordens.

Pontuação:

- 0 = Nenhuma dificuldade
- 1 = Muito ligeira (1 situação de dificuldade de compreensão)
- 2 = Ligeira (3 a 5 situações de dificuldade de compreensão)
- 3 = Moderada (o observador tem de repetir várias vezes o que está a dizer)
- 4 = Moderadamente grave (o sujeito só ocasionalmente responde correctamente; isto é, questões do tipo "sim" e / ou "não")
- 5 = Grave (o sujeito responde de forma inapropriada na maioria das vezes, mas não como resultado da pobreza de vocabulário)

Pontuação = _____
(pontuação máxima de 5)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER – ADAS COGNITIVA

Nome: _____ Idade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Profissão: _____

Escolaridade: _____ Data de Obs: ____/____/____ Observador: _____

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--|--------------------------------|---|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--|--|
| <p>1. Tarefa de evocação de palavras 1ª Tentativa _____ 2ª Tentativa _____ 3ª Tentativa _____ Pontuação _____</p> | <p>7. Reconhecimento de palavras - Indicar o nº de res postas incorrectas para cada tentativa 1ª Tentativa ____ 2ª Tentativa ____ 3ª Tentativa ____ Pontuação _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>2. Nomeação de objectos e dedos Assinalar cada objecto e dedo incorrectamente nomeado</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alfinete</td> <td><input type="checkbox"/> Óculos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Caneta</td> <td><input type="checkbox"/> Relógio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bola</td> <td><input type="checkbox"/> Anel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pregão</td> <td><input type="checkbox"/> Polegar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cigarro</td> <td><input type="checkbox"/> Indicador</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Copo</td> <td><input type="checkbox"/> Médio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tesoura</td> <td><input type="checkbox"/> Anelar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Colher</td> <td><input type="checkbox"/> Mindinho</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Selo</td> <td></td> </tr> </table> <p>Pontuação _____</p> | <input type="checkbox"/> Alfinete | <input type="checkbox"/> Óculos | <input type="checkbox"/> Caneta | <input type="checkbox"/> Relógio | <input type="checkbox"/> Bola | <input type="checkbox"/> Anel | <input type="checkbox"/> Pregão | <input type="checkbox"/> Polegar | <input type="checkbox"/> Cigarro | <input type="checkbox"/> Indicador | <input type="checkbox"/> Copo | <input type="checkbox"/> Médio | <input type="checkbox"/> Tesoura | <input type="checkbox"/> Anelar | <input type="checkbox"/> Colher | <input type="checkbox"/> Mindinho | <input type="checkbox"/> Selo | | <p>8. Recordar as instruções do teste Indicar o nº de repetições da instrução para cada tentativa 1ª Tentativa ____ 2ª Tentativa ____ 3ª Tentativa ____ Pontuação: 0 = Sem necessidade de recordar instrução 1 = Defeito muito ligeiro (recordado 1 vez) 2 = Defeito ligeiro (recordado 2 vezes) 3 = Defeito moderado (recordado 3 a 4 vezes) 4 = Defeito moderadamente severo (recordado 5-6 vezes) 5 = Defeito severo (recordado 7 vezes) Pontuação _____</p> |
| <input type="checkbox"/> Alfinete | <input type="checkbox"/> Óculos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Caneta | <input type="checkbox"/> Relógio | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Bola | <input type="checkbox"/> Anel | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pregão | <input type="checkbox"/> Polegar | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Cigarro | <input type="checkbox"/> Indicador | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Copo | <input type="checkbox"/> Médio | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Tesoura | <input type="checkbox"/> Anelar | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Colher | <input type="checkbox"/> Mindinho | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Selo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3. Compreensão de ordens Assinalar cada ordem executada correctamente</p> <p><input type="checkbox"/> Feche a mão</p> <p><input type="checkbox"/> Aponte para o <u>techo</u> e depois para o chão</p> <p><input type="checkbox"/> Ponha o <u>lápiz em cima do cartão</u> e depois volte a colocá-lo no <u>lugar onde estava</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ponha o relógio do <u>outro lado do lápis</u> e depois <u>vire o cartão</u></p> <p><input type="checkbox"/> Bata <u>duas vezes em cada um dos seus ombros com dois dedos e com os olhos fechados</u></p> <p>Pontuação _____</p> | <p>9. Capacidade de linguagem oral Pontuação: 0 = Nenhuma alteração 1 = Alteração muito ligeira 2 = Alteração ligeira 3 = Alteração moderada 4 = Alteração moderadamente grave 5 = Alteração grave Pontuação _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>4. Capacidade construtiva Assinalar cada desenho incorrecto</p> <p><input type="checkbox"/> Círculo</p> <p><input type="checkbox"/> Dois rectângulos</p> <p><input type="checkbox"/> Losango</p> <p><input type="checkbox"/> Cubo</p> <p>Pontuação _____</p> | <p>10. Dificuldade em encontrar palavras no discurso espontâneo Pontuação: 0 = Nenhuma dificuldade 1 = Muito ligeira 2 = Ligeira 3 = Moderada 4 = Moderadamente grave 5 = Grave Pontuação _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>5. Praxia ideativa Assinalar cada etapa não executada ou executada incorrectamente</p> <p><input type="checkbox"/> Dobrar a carta</p> <p><input type="checkbox"/> Pôr a carta dentro do envelope</p> <p><input type="checkbox"/> Fechar o envelope</p> <p><input type="checkbox"/> Endereçar o envelope</p> <p><input type="checkbox"/> Indicar o local do selo</p> <p>Pontuação _____</p> | <p>11. Compreensão da linguagem oral Pontuação: 0 = Nenhuma dificuldade 1 = Muito ligeira 2 = Ligeira 3 = Moderada 4 = Moderadamente grave 5 = Grave Pontuação _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>6. Orientação Indicar as componentes incorrectas</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nome completo</td> <td><input type="checkbox"/> Ano</td> <td><input type="checkbox"/> Mês</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dia</td> <td><input type="checkbox"/> Dia da semana</td> <td><input type="checkbox"/> Local</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Estação do ano</td> <td><input type="checkbox"/> Hora</td> <td></td> </tr> </table> <p>Pontuação _____</p> | <input type="checkbox"/> Nome completo | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Mês | <input type="checkbox"/> Dia | <input type="checkbox"/> Dia da semana | <input type="checkbox"/> Local | <input type="checkbox"/> Estação do ano | <input type="checkbox"/> Hora | | <p>Nota Total – COGNITIVA</p> | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Nome completo | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Mês | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Dia | <input type="checkbox"/> Dia da semana | <input type="checkbox"/> Local | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Estação do ano | <input type="checkbox"/> Hora | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

~

ANEXO VI

QASCI

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR
INFORMAL (MARTINS, RIBEIRO & GARRETTE, 2003)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (QASCI)

Martins, Ribeiro e Garrett (2003)

No quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a pessoas dependentes, consideram importantes ou mais frequentes. Por favor indique, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião, a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

| Nas últimas 4 semanas | Não/ Nunca | Rara- mente | Às vezes | Quase sempre | Sempre |
|---|---------------|----------------|-------------|-----------------|--------|
| 1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra? | | | | | |
| 2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil? | | | | | |
| 3. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar? | | | | | |
| 4. Entra em conflito consigo própria(o) por estar a tomar conta do seu familiar? | | | | | |
| 5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar? | | | | | |
| 6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico? | | | | | |
| 7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu? | | | | | |
| 8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar? | | | | | |
| 9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si? | | | | | |
| 10. Sente que a vida lhe pregou uma partida? | | | | | |
| 11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)? | | | | | |
| 12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)? | | | | | |
| 13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar? | | | | | |
| 14. A sua vida social (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar? | | | | | |
| 15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar? | | | | | |
| 16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar? | | | | | |
| 17. Sente que o seu futuro económico é incerto por estar a cuidar do seu familiar? | | | | | |
| 18. Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar? | | | | | |

| Nas últimas 4 semanas | Não/ Nunca | Rara- mente | Às vezes | Quase sempre | Sempre |
|--|---------------|----------------|-------------|-----------------|--------|
| 19. Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar? | | | | | |
| 20. Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias? | | | | | |
| 21. Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar? | | | | | |
| 22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar? | | | | | |
| 23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar? | | | | | |
| 24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo? | | | | | |
| 25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar? | | | | | |
| 26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar? | | | | | |
| 27. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares? | | | | | |
| 28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar? | | | | | |
| 29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele? | | | | | |
| 30. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)? | | | | | |
| 31. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele? | | | | | |
| 32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor? | | | | | |

ANEXO VII

CADI

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR (SEQUEIRA,
2007)

Caracterização das dificuldades percebidas pelo prestador de cuidados

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR (CADI) Sequeira (2007)

No quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que permitem facilitar a identificação do tipo de dificuldades mais frequentes nas situações de prestação de cuidados a pessoas dependentes, bem como a maneira como os prestadores de cuidados percebem e vivenciam essas dificuldades. Por favor assinale a situação, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião sobre aquilo que acontece consigo.

| | Acontece no meu caso e perturba-me muito | Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação | Acontece no meu caso mas não me perturba | Não acontece no meu caso |
|---|--|--|--|--------------------------|
| 1. Não tenho tempo suficiente para mim próprio. | | | | |
| 2. Por vezes sinto-me “de mãos atadas”, sem poder fazer nada para dominar a situação. | | | | |
| 3. Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família. | | | | |
| 4. Esta situação traz-me problemas de dinheiro. | | | | |
| 5. A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim. | | | | |
| 6. A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar. | | | | |
| 7. Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam. | | | | |
| 8. Cuidar desta pessoa afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto. | | | | |
| 9. Chega a transtornar as minhas relações familiares. | | | | |
| 10. Deixa-me muito cansada(o) fisicamente. | | | | |
| 11. Por vezes, a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim. | | | | |
| 12. Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido. | | | | |
| 13. A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais. | | | | |
| 14. A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia. | | | | |
| 15. Ando a dormir pior por causa desta situação. | | | | |
| 16. As pessoas da família não dão tanta atenção quanto eu gostaria. | | | | |
| 17. Esta situação faz-me sentir irritado. | | | | |
| 18. Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria. | | | | |

| | Acontece no meu caso e perturba-me muito | Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação | Acontece no meu caso mas não me perturba | Não acontece no meu caso |
|---|--|--|--|--------------------------|
| 19. Esta situação está a transtornar-me os nervos. | | | | |
| 20. Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias. | | | | |
| 21. A qualidade da minha vida piorou. | | | | |
| 22. A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço. | | | | |
| 23. A minha saúde ficou abalada. | | | | |
| 24. A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades). | | | | |
| 25. O comportamento da pessoa de quem cuido causa problema. | | | | |
| 26. Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação. | | | | |
| 27. Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais. | | | | |
| 28. Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam. | | | | |
| 29. Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar. | | | | |
| 30. Esta situação faz-me sentir culpado. | | | | |

O preenchimento do questionário chegou ao fim.
Muito obrigado pela sua preciosa colaboração.

ANEXO VIII
CONSENTIMENTOS INFORMADOS

Consentimento Informado

Chamo-me Soraia Batista Lopes, sou aluna do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo no Instituto Politécnico de Leiria.

No âmbito do plano curricular estou a realizar um estágio na Associação dos Lares Ferroviários orientado academicamente pela Doutora Marta Fonseca e institucionalmente pela Dr.ª Maria do Céu Freire.

No estágio estou a desenvolver um trabalho de investigação que tem como um dos objetivos avaliar, através da aplicação de um pré e pós mini teste, o resultado de um programa de estimulação cognitiva aplicado a um idoso com a doença de Alzheimer não institucionalizado.

Através do trabalho de investigação pretendo contribuir para a prevenção do declínio no funcionamento cognitivo que está associado à doença de Alzheimer bem como aumentar os níveis de conhecimentos sobre esta temática.

A sua colaboração consiste no preenchimento do Questionário de Caracterização do Idoso.

A sua participação nesta investigação é voluntária podendo desistir a qualquer altura, ou recusar participar, sem quaisquer consequências para si. A investigação não lhe implicará qualquer despesa ou risco. As suas informações são estreitamente confidenciais e os resultados serão codificados e utilizados apenas no presente trabalho de investigação.

Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a apresentação que lhe foi feita, assine por favor este documento.

Eu, _____
depois de ler as informações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

Contactos:

E-mail: soraya_blopes@hotmail.com | *Telemóvel:* 913865747

Consentimento Informado

Chamo-me Soraia Batista Lopes, sou aluna do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo no Instituto Politécnico de Leiria.

No âmbito do plano curricular estou a realizar um estágio na Associação dos Lares Ferroviários orientado academicamente pela Doutora Marta Fonseca e institucionalmente pela Dr.ª Maria do Céu Freire.

No estágio estou a desenvolver um trabalho de investigação que tem como um dos objetivos avaliar a sobrecarga de uma Cuidadora Informal de um idoso com a doença de Alzheimer.

Através do trabalho de investigação pretendo compreender a carga de obstáculos que pode estar associada ao ato de cuidar de um idoso dependente. Por isso a sua colaboração é fundamental.

A sua colaboração consiste no preenchimento do Questionário de Caracterização do Cuidador Informal e Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI).

A sua participação nesta investigação é voluntária podendo desistir a qualquer altura, ou recusar participar, sem quaisquer consequências para si. A investigação não lhe implicará qualquer despesa ou risco. As suas informações são estreitamente confidenciais e os resultados serão codificados e utilizados apenas no presente trabalho de investigação.

Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a apresentação que lhe foi feita, assine por favor este documento.

Eu, _____
depois de ler as informações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

Contactos:

E-mail: soraya_blopes@hotmail.com | *Telemóvel:* 913865747

Consentimento Informado

Chamo-me Soraia Batista Lopes, sou aluna do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo no Instituto Politécnico de Leiria.

No âmbito do plano curricular estou a realizar um estágio na Associação dos Lares Ferroviários orientado academicamente pela Doutora Marta Fonseca e institucionalmente pela Dr.ª Maria do Céu Freire.

No estágio estou a desenvolver um trabalho de investigação que tem como principal objetivo conhecer as dificuldades sentidas pelos/as cuidadores/as formais de idosos que recorrem ao Serviço de Apoio Domiciliário da instituição para a qual trabalham.

Através do trabalho de investigação pretendo contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos acerca desta realidade para posteriormente desenvolver atividades que diminuam as dificuldades mencionadas. Por isso a sua colaboração é fundamental.

A sua colaboração consiste no preenchimento do Questionário de Caracterização do Cuidador Formal bem como do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI).

A sua participação nesta investigação é voluntária podendo desistir a qualquer altura, ou recusar participar, sem quaisquer consequências para si. A investigação não lhe implicará qualquer despesa ou risco. As suas informações são estreitamente confidenciais e os resultados serão codificados e utilizados apenas no presente trabalho de investigação.

Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a apresentação que lhe foi feita, assine por favor este documento.

Eu, _____
depois de ler as informações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

Contactos

E-mail: soraya_blopes@hotmail.com | Telemóvel: 913865747

ANEXO IX
QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO IDOSO

Questionário de Caracterização do Idoso Dependente

O presente questionário enquadra-se na realização de um trabalho de investigação desenvolvido no âmbito de um estágio curricular do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo no Instituto Politécnico de Leiria.

Trata-se de um instrumento de recolha de dados. O questionário é anónimo. Os dados recolhidos serão tratados de forma estritamente confidencial e serão somente utilizados para a presente investigação. Agradeço desde já a sua atenção e colaboração.

1. Género

Masculino

Feminino

2. Idade ____

3. Estado Civil

Solteiro

Casado

Divorciado

Viúvo

Outro. Qual: _____

4. Escolaridade

Sem Escolaridade

1º Ciclo de Ensino Básico (4ª Classe)

2º Ciclo do Ensino Básico (6º Ano)

3º Ciclo do Ensino Básico (9º Ano)

Ensino Secundário

Ensino Superior

Outro. Qual: _____

5. Profissão: _____

6. Situação patológica causadora da dependência: _____

7. O idoso dependente mora com quem?

Sozinho

Com a esposa

Com o/a filho/a

Outro. Qual _____

8. Características da habitação onde o idoso dependente mora:

Moradia

Apartamento

9. Como se desloca o idoso dependente?

Pelo próprio pé

Em cadeira de rodas

Em maca

Outro. Qual _____

10. Transporte utilizado na acessibilidade aos serviços de saúde:

Transporte Próprio

Transporte de Familiares/Vizinhos

Transporte Público

Outro. Qual _____

11. Distância do domicílio ao serviço de saúde mais próximo: _____ km

ANEXO X

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA CUIDADORA INFORMAL

Questionário de Caracterização do(a) Cuidador(a) Informal

O presente questionário enquadra-se na realização de num trabalho de investigação desenvolvido no âmbito de um estágio curricular do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo no Instituto Politécnico de Leiria.

Trata-se de um instrumento de recolha de dados. O questionário é anónimo. Os dados recolhidos serão tratados de forma estreitamente confidencial e serão somente utilizados para a presente investigação. Agradeço desde já a sua atenção e colaboração.

1. Género

Masculino

Feminino

2. Idade ____

3. Estado Civil

Solteiro

Casado

Divorciado

Viúvo

Outro. Qual: _____

4. Escolaridade

Sem Escolaridade

1º Ciclo de Ensino Básico (4ª Classe)

2º Ciclo do Ensino Básico (6º Ano)

3º Ciclo do Ensino Básico (9º Ano)

Ensino Secundário

Ensino Superior

Outro. Qual: _____

5. Profissão: _____

6. Indique a relação de parentesco com a pessoa dependente:

Cônjuge

Filho/Filha

Irmã

Nora/Genro

Neta

Outro. Qual? _____

7. Existe mais alguém de que tem de cuidar?

Não

Sim. Quem? _____

8. Indique a razão pela qual é o principal cuidador informal:

Por iniciativa própria

Por ser a única pessoa que poderia assumir esse papel

Por decisão familiar

Por solicitação da pessoa dependente

Outro. Qual? _____

9. Há quanto tempo presta cuidados?

Menos de 6 meses

De 6 meses a 1 ano

De 1 ano a 2 anos

De 2 anos a 4 anos

Mais de 4 anos

10. Quanto tempo passa junto da pessoa que cuida?

Contactos Pontuais

Menos de 6 horas

Entre 6 a 12 horas

Entre 12 a 18 horas

11. Tem ajuda de mais alguém para cuidar dessa pessoa?

Não

Sim. Quem? _____

12. Tem apoio da rede de cuidados continuados ou de alguma instituição?

Sim

Não

13. Tem pessoas com quem pode contar, para cuidar da pessoa dependente de si, quando tem de sair por algum tempo?

Não

Sim. Quem? _____

14. Tem pessoas a quem recorrer se necessitar de ajuda financeira?

Sim

Não

15. Como classifica o seu relacionamento com a família?

Mau

Razoável

Bom

Muito Bom

16. Como classifica o seu relacionamento com a vizinhança?

Mau

Razoável

Bom

Muito Bom

ANEXO XI

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO AOS CUIDADORES FORMAIS

Questionário de Caracterização do Cuidador Formal

O presente questionário enquadra-se na realização de num trabalho de investigação desenvolvido no âmbito de um estágio curricular do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo no Instituto Politécnico de Leiria.

O questionário é anónimo. Não existem respostas certas ou erradas. Por isso solicito que responda de forma sincera a todas as questões. Terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta. Agradeço desde já a sua colaboração.

Parte I – Caracterização Pessoal

1. Género

- Masculino
- Feminino

2. Idade: _____

3. Estado Civil

- Solteiro/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viúvo/a
- Outro. Qual: _____

4. Número de elementos que compõem o seu agregado familiar: _____

5. Habilitações Literárias

- Sem Escolaridade
- 1º Ciclo de Ensino Básico (4ª Classe)
- 2º Ciclo de Ensino Básico (6º Ano)
- 3º Ciclo de Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Ensino Superior
- Outro. Qual: _____

6. Rendimento Líquido Mensal do seu agregado familiar:

- Inferior a 500 Euros Mensais
- Entre 500 a 750 Euros Mensais
- Superior a 750 Euros Mensais

Parte II – Caracterização Laboral

7. Há quanto tempo trabalha na Associação dos Lares Ferroviários: _____

8. Exerce outra atividade profissional?

- Não
- Sim. Qual: _____

9. Recebeu algum tipo de formação na área em que exerce a sua atividade profissional de Cuidadora Formal de Idosos?

- Não
- Sim. Indique Qual? _____

10. Apenas se respondeu Sim a questão anterior indique em que contexto recebeu essa formação?

- Instituições de Ensino
- Instituições de Formação Profissional
- Contexto de Trabalho
- Outra. Qual: _____

11. Considera que a formação que tem é adequada para realizar as funções que lhe foram atribuídas?

- Sim
- Não

12. Tem mais idosos a seu cargo?

- Não
- Sim. Indique o Grau de Parentesco: _____

13. Qual o seu grau de satisfação face à sua profissão?

- Muito Satisfeito/a
- Satisfeito/a
- Pouco Satisfeito/a

14. Como avalia o estado da sua saúde física?

- Muito Bom
- Bom
- Razoável
- Fraco
- Muito Fraco

15. Como avalia o estado da sua saúde psicológica?

- Muito Bom
- Bom
- Razoável
- Fraco
- Muito Fraco

