



Instituto Politécnico de Leiria

Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo

Intervenção das Estruturas Residenciais no Diagnóstico e Acompanhamento de Doentes de Alzheimer

Ana Carolina Cordeiro

Leiria, Março de 2016



Instituto Politécnico de Leiria

Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo

Intervenção das Estruturas Residenciais no Diagnóstico e Acompanhamento de Doentes de Alzheimer

Dissertação de Mestrado

Ana Carolina Cordeiro, n°5140316

Professor Orientador: Doutor Rui Miguel Duarte Santos

Professora Coorientadora: Doutora Catarina Tomás

Leiria, Março de 2016

AGRADECIMENTOS

Aos quatro elementos da minha vida que me são essenciais e imprescindíveis...

Àquele que me faz acreditar que é possível e que me faz sorrir ainda mais...

Ao Professor Rui que trabalhou comigo com dedicação...

À Professora Catarina...

Aos meus velinhos que me mimam e fazem refletir sobre a importância da Vida...

Às Estruturas Residenciais que colaboraram prontamente no estudo...

Aos obstáculos que aparecem no percurso e que me fazem crescer...

Aos que a memória já falha...

...Muito Obrigada!

SIGLAS

AAD: Auxiliares de Ação Direta

ER: Estruturas Residenciais

PI: Plano Individual

WHO: *World Health Organization*

INE: Instituto Nacional de Estatística

APA: *American Psychological Association*

OMS: Organização Mundial de Saúde

DMAI: Défice de Memória Associado à Idade

DCL: Défice Cognitivo Ligeiro

IPSS: Instituição Particular da Segurança Social

CET: Curso de Especialização Tecnológica

AVC: Acidente Vascular Cerebral

RESUMO

O envelhecimento traz consigo alguns défices cognitivos que podem levar á demência. Um dos tipos de demência mais comum é a doença de Alzheimer e, atualmente, as Estruturas Residenciais (ER) são um tipo de resposta social para acolher este tipo de utentes. O objetivo da investigação foi compreender a intervenção das Estruturas Residenciais no diagnóstico e acompanhamento de doentes de Alzheimer. Para tal, através de uma metodologia qualitativa, foram seleccionadas por conveniência quatro Estruturas Residenciais do distrito de Leiria e realizou-se uma entrevista com guião semi-estruturado e um inquérito por questionário às suas diretoras técnicas. Conclui-se que, apesar das adaptações realizadas ao longo dos anos, o ambiente físico das instituições em estudo não está adaptado a utentes com este tipo de patologia. No que concerne aos recursos humanos, existe a necessidade de mais técnicos especializados e, apesar do rácio das Auxiliares de Ação Direta (AAD) estar de acordo com o exigido pela Segurança Social, existe falta de formação das mesmas. Notou-se que são realizadas fichas de avaliação diagnóstica inicial no entanto, ainda há evidentes dificuldades no cumprimento dos Planos Individuais (PI). As atividades de estimulação/ocupação não são planeadas em específicos para utentes com a doença de Alzheimer e apesar da falta de formação/informação das famílias em relação à patologia evidencia-se que estão cada vez mais presentes. Perspetiva-se para o futuro a existência de instituições mais adaptadas para acolher este tipo de utentes.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer, Estruturas Residenciais, Acompanhamento, Diagnóstico

ABSTRACT

Aging brings some cognitive deficits that can lead to dementia. One of the most common types of dementia is Alzheimer's disease, and currently, the Residential Structures are a type of social response to host this kind of users. The aim of the research was to understand the intervention of Residential Structures in the diagnosis and monitoring of Alzheimer's patients. For such, through a qualitative methodology, were selected for convenience four Residential Structures of Leiria, and held to the technical directors a semi-structured interview and a questionnaire survey. We conclude that, despite the adjustments made over the years, the physical environment of the institutions under study is not appropriated for users with this kind of pathology. With regard to human resources, there is a need for more specialized technicians and, while the ratio of Direct Action Aids (AAD) comply with that required by Social Security, there is a lack of training them. It was noted that initial diagnostic evaluation forms are conducted, however there are still obvious difficulties in meeting the Individual Plan (IP). The stimulation activities/occupation are not planned in particular for users with Alzheimer's disease and despite the lack of families' training/information regarding the pathology, is evident that are increasingly present. Outlook for the future, the existence of more adapted institutions to accommodate this kind of users.

Keywords: Alzheimer's disease, Residential Structures, Monitoring, Diagnosis.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO *1*

CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA *5*

1. ENVELHECIMENTO *5*
 - 1.1. Envelhecimento Demográfico *5*
 - 1.2. Processo De Envelhecimento *6*
2. DEMÊNCIA *8*
 - 2.1. A Demência E Dados Demográficos *8*
 - 2.2. Tipos Mais Comuns De Demência *9*
3. DOENÇA DE ALZHEIMER *10*
 - 3.1. O Que É A Doença De Alzheimer *10*
 - 3.2. Estádios Da Doença De Alzheimer *11*
 - 3.3. Diagnóstico Da Doença De Alzheimer *13*
 - 3.4. Doença De Alzheimer E Apoios Sociais *14*
4. ESTRUTURAS RESIDENCIAIS DE ACOLHIMENTO A IDOSOS *16*
 - 4.1. Institucionalização *16*
 - 4.2. Ambiente Físico E Doença De Alzheimer *19*
 - 4.3. Equipas Multidisciplinares *21*
 - 4.4. Plano Individual *22*
 - 4.5. Atividades De Estimulação/Ocupação *24*
 - 4.6. Família E Institucionalização *25*

CAPÍTULO II – METODOLOGIA *27*

1. PROBLEMÁTICA E PERGUNTA DE PARTIDA *27*
2. OBJETIVOS DO ESTUDO *28*
3. OPÇÕES METODOLÓGICAS *31*
 - 3.1 Paradigma Do Estudo *31*
 - 3.2 Estudo De Caso *32*
4. TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS *32*

4.1 Entrevista Com Guião Semi-Estruturado	33
4.2 Inquérito Por Questionário	34
5. DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA	34
6. PROCEDIMENTOS	35
7. TÉCNICAS DE TRATAMENTO DE DADOS	37
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	39
1. FATORES AMBIENTAIS	39
1.1. Acessibilidade E Segurança	39
1.2. Aspetos Arquitetónicos Positivos E Negativos Da Instituição/Necessidade De Adaptação	41
2. RECURSOS HUMANOS	43
2.1. Formação Dos Técnicos/Colaboradores E Necessidade De Acrescentar Recursos Humanos	43
3. PROCEDIMENTOS E METODOLOGIAS DE INTERVENÇÃO/DIAGNÓSTICO	46
3.1. Método De Acolhimento Do Idoso Na Instituição	46
3.2. Metodologia De Avaliação Clínica E Social Do Idoso	47
3.3. Identificação Dos Sinais Da Doença De Alzheimer No Estádio I E Posterior Acompanhamento	48
4. ATIVIDADES DE ESTIMULAÇÃO ESPECÍFICAS PARA UTENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER	49
5. ARTICULAÇÃO ENTRE A ESTRUTURA RESIDENCIAL E FAMÍLIA	50
6. PERSPETIVAS FUTURAS DE INTERVENÇÃO	51
CAPÍTULO IV – CONCLUSÃO	53
BIBLIOGRAFIA	59
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Guião semi-estruturado para entrevista	
APÊNDICE II - Questionário	
APÊNDICE III – Pedido de Autorização	

APÊNDICE IV – Transcrição das Entrevistas

APÊNDICE V – Categorias e sub-categorias de análise

APÊNDICE VI – Grelhas de análise de conteúdo

INDICE DE TABELAS

TABELA 1: Operacionalização dos conceitos *30*

TABELA 2: Caracterização da amostra *35*

TABELA 3: Caracterização dos recursos humanos *44*

TABELA 4: N° de idosos com doença de Alzheimer *48*

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Mapa conceitual 28

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Quadro de técnicos superiores 45

INTRODUÇÃO

No âmbito do terceiro semestre do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo, do ano letivo de 2015/2016, da Escola Superior de Saúde e Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria foi realizada a presente Dissertação intitulada de *Intervenção das Estruturas Residenciais no diagnóstico e acompanhamento de utentes com Doença de Alzheimer*.

Segundo a World Health Organization (WHO) (2002) *envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas*.

Sabe-se que o envelhecimento da sociedade é uma realidade bem presente, consequência de uma maior longevidade humana, à qual se associa um aumento dos índices de dependência e vulnerabilidade (Sequeira, 2010). O envelhecimento traz consigo uma maior prevalência de doenças entre elas, as demências.

Segundo a Alzheimer's Disease International (2015) estimou-se que 46,8 milhões de pessoas tinham demência em todo o Mundo. Estimam que este número quase duplique a cada 20 anos, chegando a 74,7 milhões em 2030 e 131,5 milhões em 2050.

Um dos tipos mais comuns de demência atualmente é a doença de Alzheimer e, na verdade, os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) referentes ao ano de 2000, indicam um total de 616 óbitos por DA, correspondendo a cerca de 41% dos óbitos causados por doenças do sistema nervoso, nesse ano (Instituto Nacional de Estatística, 2002a). Dados mais recentes, referentes a 2012 apontam um registo oficial de 1740 mortes devido a Doença de Alzheimer, tendo esta causa de morte atingido maioritariamente as mulheres (65%) e a população idosa (a idade média ao óbito por esta causa foi de 83,1 anos, não se tendo verificado nenhum registo em idades inferiores a 45 anos). Os óbitos por Doença de Alzheimer representam 1,6% da mortalidade no país, apresentando uma taxa bruta de mortalidade de 16,6 óbitos por 100000 habitantes e uma taxa de mortalidade padronizada para as idades de 65 e mais anos de 66,7 óbitos por 100000 habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

A doença de Alzheimer provavelmente registará um aumento considerável na próxima década, com óbvias repercussões na sociedade uma vez que as respostas dadas pelos

apoios sociais ainda ficam aquém das necessidades (Gil, Mendes, & Instituto de Segurança Social, 2005).

Apesar de todas as adversidades, devem ser feitos esforços coletivos e individuais no sentido de promover o envelhecimento ativo, para evitar que esta nobre etapa de vida se associe a algo negativo (Sequeira, 2010). Assim, torna-se essencial otimizar os cuidados e qualidade de vida dos doentes de Alzheimer e para tal, as Estruturas Residenciais para idosos, são uma das respostas sociais existentes. No entanto, estas ainda não se encontram adaptadas para acolher este tipo de utentes que cada vez mais recorrem aos seus serviços.

Assim, pretende-se, com a presente investigação, compreender a intervenção das Estruturas Residenciais no diagnóstico e acompanhamento de doentes de Alzheimer. Para responder à questão orientadora, “qual a intervenção das Estruturas Residenciais no Diagnóstico e Acompanhamento de Utentes com Doença de Alzheimer?”, foram recolhidos dados através de entrevista com guião semi-estruturado e inquérito por questionário em quatro Estruturas Residenciais do distrito de Leiria. Através dos mesmos, foram reunidos aspetos no que diz respeito aos fatores ambientais, recursos humanos, procedimentos e metodologias de intervenção/diagnóstico, atividades de estimulação/ocupação, articulação entre a instituição e a família bem como perspetivas futuras para as Estruturas Residenciais.

Desta forma, iniciou-se esta investigação com uma revisão da literatura (capítulo I) onde se referenciam estudos relevantes para a mesma, de modo a relacionar conceitos e compreender melhor o que existe acerca do tema. Neste capítulo são abordadas questões acerca do envelhecimento, da demência e das Estruturas Residenciais para idosos.

O segundo capítulo há um enquadramento metodológico da investigação onde se apresenta a pergunta de partida, objetivo geral e específicos. Ainda se expõem e justificam as questões metodológicas e as técnicas de recolha de dados, as delimitações do estudo, procedimentos e técnica de tratamento de dados.

No terceiro capítulo é pretendido apresentar, analisar e discutir os resultados obtidos através das técnicas de recolha de dados. A análise é realizada através da análise de conteúdo e a discussão de resultados é apresentada através de categorias e

subcategorias sendo destacados os aspetos mais relevantes de cada uma delas e devidamente sustentados com literatura

O quarto capítulo apresenta a conclusão que constitui uma reflexão sobre os resultados apresentados. As referências bibliográficas são apresentadas por último, sendo uma lista onde constam as fontes citadas ao longo de todo o trabalho apresentado. Estas estão apresentadas segundo as normas da *American Psychological Association* (APA).

Em suma, torna-se pertinente a elaboração da presente investigação uma vez que é cada vez mais preocupante o aumento de casos de doença de Alzheimer. A aliar-se aos números, ainda existe a falta de respostas farmacológicas bem como sociais, no sentido do alojamento condigno, a falta de formação dos técnicos que lidam com este tipo de utentes e ainda a inexistência de um plano nacional para as demências. Estes fatores remetem-nos para uma intervenção pró-ativa no sentido de melhorar a qualidade de vida dos doentes de Alzheimer.

CAPÍTULO I: REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura consiste na identificação, localização e análise de documentos que contêm informação relacionada com o tema de uma investigação específica. O objetivo desta é contextualizar o estudo e, com isso, estabelecer uma ligação entre o conhecimento já existente sobre o tema e o problema que se pretende investigar (Cardoso, Alarcão, & Celorico, 2010).

1. ENVELHECIMENTO

O envelhecimento da sociedade é uma realidade inevitável, fruto do aumento da Esperança Média de Vida tendo por consequência um aumento da dependência bem como um agravamento da morbilidade. Assim, torna-se pertinente compreender alguns conceitos acerca do Envelhecimento.

1.1 Envelhecimento demográfico

O envelhecimento demográfico traduz alterações na distribuição etária de uma população expressando uma maior proporção de população em idades mais avançadas. Este facto é consequência dos processos de declínio da natalidade e de aumento da longevidade sendo entendida internacionalmente como uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI (Instituto Nacional de Estatística, 2015).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2002b), em Portugal nos últimos 40 anos, a população idosa (com mais de 65 anos) duplicou, representando à data da publicação, cerca de 16,7% da população total.

Em 2009, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2009), nos próximos 50 anos Portugal continuará a contar com cerca de 10 milhões de residentes, mas manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico. Assim prevê-se que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem, ou seja, residirão em Portugal cerca de 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do valor projetado para 2009 (116 idosos por cada 100 jovens).

No que diz respeito à proporção de jovens com menos de 15 anos de idade, prevê-se que reduza de 15,3% em 2008 para 11,9% em 2060. Este declínio vai repercutir-se na percentagem da população ativa, que deverá diminuir, no mesmo período, de 67,2% para 55,7%. Mas essa tendência ao declínio não se verifica na população idosa: o sector de idade igual ou superior aos 65 anos irá apresentar um aumento considerável, passando de 17,4% em 2008 para 32,3% em 2060 (Instituto Nacional Estatística, 2009).

Assim, o aumento do número de idosos bem como da esperança média de vida traz consigo forçosamente um maior número de complicações associadas ao envelhecimento.

1.2 Processo do Envelhecimento

O envelhecimento não se circunscreve apenas ao idoso mas sim, ao longo da vida-desde que se nasce até à morte. Assim, o envelhecimento é um processo biológico inevitável, mas não único, pois implica modificações somáticas e psicossociais. Deste modo, as dimensões biológicas, sociais e psicológicas interagem de forma contínua de acordo com a interação humana, em que o ser humano afeta e é afetado pelo que o rodeia (Sequeira, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001), a terceira idade tem início entre os 60 e 65 anos. No entanto, segundo Sequeira (2010) esta é uma idade instituída para efeitos de pesquisa, já que o processo de envelhecimento depende das três dimensões acima enumeradas. São estes fatores que podem preconizar a velhice, acelerando ou retardando o aparecimento e a instalação de doenças e de sintomas característicos da idade madura.

O envelhecimento, quando associado à inatividade, pode levar à diminuição da atividade muscular levando conseqüentemente à perda de tecido muscular, traduzindo-se numa menor eficácia da coordenação sensório-motora. Esta diminuição de coordenação leva também a dificuldades de adaptação a novas situações. (Sequeira, 2010).

Com o envelhecimento, para além da componente física, ocorrem também alterações de vários aspetos perceptíveis do organismo nomeadamente, diminuição do fluxo sanguíneo

para os rins, fígado e o cérebro. Os rins e fígado diminuem a sua capacidade de eliminação de toxinas e medicamentos e há uma diminuição da frequência cardíaca máxima (sem alteração da frequência cardíaca em repouso). Ocorre uma diminuição do débito cardíaco máximo, uma diminuição da tolerância à glicose, uma diminuição da capacidade pulmonar de mobilização do ar bem como uma diminuição da função celular de combate às infecções (Cancela, 2007).

Para além destas alterações e também por consequência de algumas delas, ocorre um declínio cognitivo no processo de envelhecimento. Estas alterações cognitivas que surgem com o avançar da idade estão relacionadas com o declínio de três recursos fundamentais do processamento cognitivo: a velocidade a que a informação pode ser processada, a memória de trabalho e as capacidades sensorial e perceptual. A lentificação do sistema nervoso central, o decréscimo da memória de trabalho e as alterações sensoriais e perceptuais limitam os recursos de processamento que as pessoas idosas podem utilizar em determinadas circunstâncias. Numa fase avançada da velhice, mesmo as atividades básicas como andar ou manter o controlo postural tornam-se menos automáticas e eficazes, havendo a necessidade de recursos cognitivos mais conscientes para a execução destas atividades (Cancela, 2007).

Estas alterações cognitivas que acompanham o envelhecimento normal dificultam o diagnóstico de perturbações mentais orgânicas, como é o caso da demência, principalmente em pessoas que têm um baixo nível de escolaridade. Deste modo, a categoria de declínio relacionado com a idade, de acordo com o DMS-IV-TR (2002), permite sinalizar alterações cognitivas ligeiras em pessoas idosas, dentro dos limites normais para a idade e que não sejam enquadradas dentro de perturbações médicas.

Contudo, foram propostos critérios de diagnóstico para uma categoria análoga, mas mais restrita, de défice de memória associado à idade (DMAI). Os indivíduos com DMAI devem ter idade igual ou superior a 50 anos, ter queixas subjetivas de perda de memória que afetem as atividades da vida diária e o seu desempenho em testes padronizados de memória deve ser inferior ao nível médio dos adultos jovens (Spar & La Rue, 2005).

Segundo Spar e La Rue (2005) para além do DMAI, podem existir adultos idosos cujas capacidades cognitivas estejam um pouco mais comprometidas do que se espera para a

idade, mas que em geral ainda lidam bem e não parecem portadores de demência. Trata-se então de déficit cognitivo ligeiro (DCL). A área mais frequentemente afetada no DCL é a aprendizagem e memorização de nova informação, embora em alguns casos possam notar-se problemas de linguagem, das capacidades visuo-espaciais ou do raciocínio (Spar & La Rue, 2005). É de salientar que um número significativo de idosos com DCL acaba por desenvolver uma demência (Sequeira (2010); Spar & La Rue (2005)).

2. DEMÊNCIA

Com o aumento da taxa de envelhecimento e da Esperança Média de Vida surgem, por consequência, associadas a este fenómeno um aumento das doenças físicas e psíquicas. Entre elas, e com um aumento considerável da prevalência nos últimos anos, surge a demência.

2.1 A Demência e Dados Demográficos

Segundo a WHO (2012, p. 7), “a demência é uma síndrome resultante de uma doença do cérebro – geralmente de natureza crónica ou progressiva – em que existe deterioração de diversas funções cognitivas, incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e a capacidade de decisão”. O nível de consciência não é afetado no entanto, os défices nas funções cognitivas são geralmente acompanhados, e ocasionalmente precedidos, pela deterioração do controlo emocional, do comportamento social e da motivação. O diagnóstico é realizado quando esses défices são pões em causa a execução das atividades da vida diária (Alzheimer Portugal, 2015a; WHO, 2012). Ao longo da demência vão surgindo sintomas neurológicos (agnosia, apraxia, perda de reflexos) bem como perturbações psiquiátricas ou comportamentais (alucinações, ideias delirantes, agitação, agressividade) nos estádios mais avançados (Touchon & Portet, 2002).

Em 2015, o número de pessoas com demência no mundo foi estimado em 46,8 milhões, mais do que a população de Espanha, prevendo-se que o número de casos em 2050 seja de 131,5 milhões (Alzheimer’s Disease International, 2015) Em 2009, segundo dados do Projeto *European Collaboration on Dementia* conduzido pela *Alzheimer Europe* e financiado pela Comissão Europeia, o número de cidadãos europeus que sofriam de um tipo de demência situava-se nos 7,3 milhões, estimando-se que em Portugal este número

fosse de 153.000 dos quais 90.000 com Doença de Alzheimer (Alzheimer Portugal, 2009). Em 2012, o custo gasto no cuidar de pessoas com demência é de mais de 604 mil milhões de dólares por ano (WHO, 2012).

Apesar da maioria das pessoas com demência ser idosa, é de salientar que nem todos os idosos desenvolvem demência uma vez que esta não faz parte do processo normal de envelhecimento. A demência surge com mais frequência a partir dos 65 anos sendo que pode ocorrer em pessoas com idades compreendidas entre os 40 e 60 anos (Alzheimer Portugal, 2015a).

2.2 Tipos Mais Comuns de Demência

As demências classificam-se de acordo com a presumível etiologia. O tipo de demências mais comuns são: Doença de Alzheimer, Demência Vascular, Demência Secundária a Um Estado Físico Geral, Demência Persistente Induzida por Substâncias, Demência Secundária a Múltiplas Etiologias ou Demência sem Outra Especificação. Recentemente têm sido individualizadas outros tipos de demência, como por exemplo a Demência com Corpos de Lewy e a Demência Frontotemporal (DMS-IV-TR, 2002).

A Demência Vascular é uma demência não degenerativa e está associada aos problemas de circulação do sangue para o cérebro e constitui o segundo tipo mais comum de demência. Existem vários tipos de demência vascular sendo que a demência por multienfartes cerebrais (causada por vários pequenos enfartes cerebrais) e a doença de Binswanger (associada às alterações cerebrais relacionadas com os enfartes e é causada por hipertensão arterial, estreitamento das artérias e por uma circulação sanguínea deficitária) são as mais comuns (Alzheimer Portugal, 2015a).

A Demência Secundária a Um Estado Físico Geral está associada a um estado físico que pode ser devido ao Vírus da Imunodeficiência Humana, a Traumatismo Craniano, a doença de Parkinson (perturbação progressiva do sistema nervoso central, caracterizada por tremores, rigidez nos membros e articulações, problemas na fala e dificuldade na iniciação de movimentos) ou doença de Huntington (doença degenerativa e hereditária que afeta o cérebro e o corpo) (Alzheimer Portugal (2015a); DMS-IV-TR (2002)).

A Demência Secundária a Múltiplas Etiologias ou Demência sem Outra Especificação apresentam uma etiologia indeterminada (DMS-IV-TR, 2002).

A Demência com Corpos de Lewy é causada pela degeneração e morte das células cerebrais e caracteriza-se pela presença de corpos de Lewy (estruturas esféricas anormais) que se desenvolvem dentro das células cerebrais. As pessoas com este tipo de demência podem ter alucinações visuais, rigidez ou tremores e a sua condição é oscilante, variando bruscamente num curto período de tempo (Alzheimer's Association, 2015; Alzheimer Portugal, 2015a).

A **Demência Frontotemporal** é a degeneração de um ou de ambos os lobos cerebrais frontal e temporais (Alzheimer Portugal, 2015a).

3. DOENÇA DE ALZHEIMER

Um dos tipos mais comuns de demência é a doença de Alzheimer em que há uma alteração global das capacidades cognitivas levando a repercussões na vida profissional, social e familiar do portador.

3.1 O Que É A Doença De Alzheimer

A doença de Alzheimer é uma doença neuro-degenerativa que induz a uma perda progressiva e irreversível das funções cognitivas levando à dependência total. (Alzheimer Europe, 2015). Doença em que a maioria das células vão sofrendo uma redução, de tamanho e número, formando-se no seu interior tranças neurofibrilares e placas senis no espaço exterior. Estes fatores levam ao comprometimento da comunicação dentro do cérebro, tendo por consequência alterações nas conexões entre as células cerebrais, levando à sua morte. Assim, vão sendo afetadas várias áreas cerebrais traduzindo-se na incapacidade de recordar a informação e de executar funções (Alzheimer Portugal, 2015b).

Este tipo de demência é caracterizado por um declínio progressivo das funções cognitivas, como a memória, o pensamento, a compreensão, o cálculo, a linguagem, a capacidade de aprendizagem, entre outras. A doença é diagnosticada essencialmente quando este declínio das funções cognitivas compromete as atividades pessoais e a vida diária dos indivíduos (WHO, 2001)

A doença de Alzheimer, normalmente, progride por fases, que trazem mudanças na vida da pessoa e da sua família. Esta doença afeta cada indivíduo de forma diferente e os sintomas, a ordem pela qual estes aparecem e a duração de cada fase da doença varia de pessoa para pessoa. Na maioria dos casos, a doença progride lentamente e os sintomas de cada etapa podem sobrepor-se, muitas vezes, passando de um estágio para outro de forma subtil (Alzheimer Society, 2015).

Nas fases iniciais, os sintomas de Doença de Alzheimer podem ser muito ténues uma vez que começam por alterações da memória verbal que são difíceis de distinguir das alterações mnésicas normais do envelhecimento (Sequeira, 2010). Estes sintomas agravam-se à medida que a ativação cerebral fica comprometida. A capacidade de execução de atividades vai gradualmente diminuindo levando, por consequência, a dependência de terceiros, conduzindo à morte (Alzheimer Portugal, 2015b; Sequeira, 2010). Geralmente a duração da doença é entre sete a dez anos, não sendo regra uma vez que depende dos casos (Alzheimer Portugal, 2015b).

3.2 Estádios da Doença de Alzheimer

O impacto do diagnóstico de Alzheimer no doente, família e núcleo de relações sociais é enorme e varia em função das características da doença e os diferentes estádios que poderemos identificar. Embora, as pessoas com a doença de Alzheimer, não sofram os mesmos sintomas pela mesma ordem, ou com o mesmo grau de gravidade, existe um padrão geral de evolução da doença, que permite identificar os diferentes estádios.

O primeiro estágio caracteriza-se por problemas moderados de memória, tais como o esquecimento de nomes e de números de telefone, mas dada a natureza subtil destes problemas, pode ser considerado uma consequência natural do envelhecimento. No entanto, posteriormente há um agravamento das capacidades de atenção sendo que uma combinação destes dois problemas pode conduzir a dificuldades em desempenhar tarefas e até mesmo em seguir o fluxo de uma conversa. Nesta fase o paciente procura palavras para dialogar passando a usar palavras mais simples e frases curtas (Gil, Mendes, & Instituto de Segurança Social, 2005; Sérgio & Valença, 2003).

Em relação às atividades, as pessoas com doença de Alzheimer frequentemente aborrecem-se por terem vontade de executar atividades e não conseguirem concretizá-las. A orientação no tempo não é muito afetada neste estágio, mas os pacientes

começam a mostrar indícios de desorientação no espaço (delirando, e até mesmo perdendo-se num ambiente familiar). Desenvolvem gostos estranhos (por exemplo, em roupa) e alguns mostram uma preferência por cores berrantes. Outros podem mostrar uma falta de espontaneidade, de ação e desenvolvem uma tendência para olhar fixamente em frente, notando-se incapacidade para mudar a posição dos olhos (Gil, Mendes, & Instituto de Segurança Social, 2005; Sérgio & Valença, 2003)

Os pacientes começam a ter problemas com a representação abstrata e é-lhes difícil associar formas geométricas a objetos reais (Gil, Mendes, & Instituto de Segurança Social, 2005; Sérgio & Valença, 2003).

No segundo estágio, há um agravamento dos sintomas anteriormente identificados na sua generalidade, levando ao comprometimento na execução da sua atividade profissional levando uma perda significativa de autonomia ficando, assim, dependente de terceiros para a realização das atividades de vida diária (Gil, Mendes, & Instituto de Segurança Social, 2005; Sérgio & Valença, 2003).

Os problemas de memória acentuam-se, embora a memória para acontecimentos distantes permaneça intacta por mais tempo. A perda de memória pode induzir os pacientes a pensarem que os seus familiares e amigos já não os visitam há muito tempo quando, de facto, acabaram de sair bem como têm dificuldade em reconhecê-los, uma vez que desaparece a associação entre o rosto e o nome. Torna-se mais difícil interpretar os estímulos (tato, paladar, vista e audição) levando à perda de apetite, incapacidade para ler e alucinações visuais/auditivas. A insónia pode tornar-se um problema, uma vez que a diferença entre dia e noite perde o significado ficando assim a noção de tempo e de espaço afetada (Gil, Mendes, & Instituto de Segurança Social, 2005; Sérgio & Valença, 2003).

As atividades diárias, tais como lavar e vestir, tornam-se impossíveis de executar sem ajuda, por causa da perda de memória, da confusão e da dificuldade em manipular objetos. Os movimentos passam a ser cada vez menos, menos precisos e menos coordenados. Assim, os pacientes vão tendo cada vez menos estabilidade postural e podem ter acidentes porque passam a ter diplopia. Pode ocorrer incontinência, quer em resultado das falhas de memória, problemas de comunicação e dificuldades de ordem prática, ou em resultado de uma lesão cerebral, em que os sinais não são mais

registados, nem reconhecidos. Os pacientes tendem a discutir frequentemente e podem recusar ajuda. Podem tornar-se agitados e agressivos, ou vagar de um lado para o outro, no quarto, durante todo o dia (Gil, Mendes, & Instituto de Segurança Social, 2005; Sérgio & Valença, 2003).

Os problemas de linguagem surgem mais marcados nesta fase sendo que a incapacidade para compreender o que lhes é dito ou o que está escrito, assim como dificuldade em falar e escrever ficam comprometidas (Gil, Mendes, & Instituto de Segurança Social, 2005).

No terceiro estágio as funções cognitivas desaparecem quase por completo. Há uma perda da capacidade de entender ou utilizar a linguagem e podendo repetir os finais das frases, sem compreender o significado das palavras. A incontinência é total e torna-se incapaz para andar, sentar, sorrir e engolir. A vulnerabilidade aumenta e a predisposição a uma pneumonia também. Corre o risco de fazer úlceras de decúbito (escarear), caso não seja regularmente posicionado uma vez que se tornam rígidos. Perdem os reflexos aos estímulos e podem tornar-se agitados e irritáveis. (Gil, Mendes, & Instituto de Segurança Social, 2005).

3.3 Diagnóstico Da Doença De Alzheimer

Relativamente ao diagnóstico, ainda não existe nenhum exame que permita identificar de modo definitivo a doença de Alzheimer sendo que a única forma de o fazer é através do exame do tecido cerebral, obtido através de uma biopsia ou necropsia. De momento, o diagnóstico desta doença faz-se através da exclusão de outras causas de demência, ou seja, através da análise dos antecedentes pessoais da pessoa, de análises sanguíneas, tomografia computadorizada ou ressonância magnética. Existem também exames que através de testes genéticos, podem revelar a probabilidade do indivíduo vir a ter a doença de Alzheimer (Portal da Saúde, 2015).

Normalmente procede-se a uma avaliação neuropsicológica de modo a identificar possíveis problemas de memória, linguagem, planificação e atenção. Utiliza-se, frequentemente, um teste simples denominado de Mini Avaliação do Estado Mental (*Mini-Mental State Examination*). No entanto, este não pode, por si só, conduzir ao diagnóstico, sendo necessário utilizar Exames Complementares de Diagnóstico (Gil, Mendes, & Instituto de Segurança Social, 2005).

3.4 Doença De Alzheimer E Apoios Sociais

A Doença de Alzheimer para além de ser um dos principais motivos de dependência nos idosos é desgastante para as famílias dos utentes e para quem presta cuidados aos mesmos.

Segundo a Alzheimer Portugal (2015c), “em Setembro de 2008, a Doença de Alzheimer foi reconhecida pelo Conselho da União Europeia como uma prioridade, tendo os Estados membros sido convidados a assumir o compromisso conjunto de combater as doenças neurodegenerativas, em especial a Doença de Alzheimer”.

As necessidades com que os doentes de Alzheimer e as suas famílias se confrontam no seu quotidiano são de cariz social, ao nível das prestações sociais e no acesso aos serviços (de apoio social, de saúde e de segurança social). As dificuldades económicas, a dificuldade no acompanhamento médico e as necessidades psicológicas (a solidão, a falta de convívio e a falta de apoio psicológico), a falta de informação sobre a doença e sobre os apoios existentes a nível estatal bem como as acessibilidades e os tempos livres são fatores também apontados pelos cuidadores no estudo desenvolvido por Gil, Mendes e Instituto de Segurança Social (2005). A oferta de serviços no setor público é desequilibrada e insuficiente sendo que, no setor privado, os custos são elevados, tornando o acesso aos mesmos socialmente desigual (Gil, Mendes, & Instituto de Segurança Social, 2005).

A valência **Estrutura Residencial**, vulgarmente nomeada de “Lar” constitui uma resposta social desenvolvida em alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia. Pretende proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática dos idosos, contribuindo para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento e desenvolver os apoios necessários às famílias dos mesmos de modo a fortalecer a relação inter-familiar, assim como promover a integração do Lar na comunidade (Segurança Social, 2015).

O **Centro de Dia** é uma resposta social que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar. Este pretende que a prestação de serviços satisfaçam as necessidades básicas, prestem apoio

social e fomentem as relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, evitando o isolamento (Segurança Social, 2015).

Os **Centros de noite**, correspondendo à resposta social desenvolvida num equipamento a partir de uma estrutura já existente e integrada com outras respostas sociais, é dirigida a idosos que desenvolvem as suas atividades de vida diária no domicílio de modo autónomo, mas que durante a noite, por motivo de isolamento, necessitam de algum acompanhamento. Tem como objetivos: acolher durante a noite pessoas com autonomia, assegurar o bem-estar e segurança do utilizador bem como fomentar a permanência do utilizador no seu meio (Segurança Social, 2015).

O **Apoio Domiciliário**, é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e família quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as atividades de vida diária. Este serviço visa contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos utentes e famílias; prevenir situações de dependência e promover a autonomia. São prestados cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar assim como colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde (Segurança Social, 2015).

É de salientar a existência de algumas instituições específicas para acolher utentes com a Doença de Alzheimer. Integram uma equipa pluridisciplinar na qual constam técnicos de Psicologia, Serviço Social, Psiquiatria, Arte-Terapia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Enfermagem, Direção Técnica e Médico de Clínica Geral sendo a título exemplificativo a Casa do Alecrim (Alzheimer Portugal, 2016).

No estudo levado a cabo por Gil, Mendes e Instituto de Segurança Social (2005) dos 544 questionário avaliado, “mais de metade da população (61%) *não recebe apoio social*, nomeadamente, de serviços de apoio domiciliário, centros de dia ou outros serviços. Dos 209 indivíduos que recebem apoio social, 43% estão integrados em lar, 38% usufruem de serviços de apoio domiciliário e somente 15% se encontram em centro de dia”.

Contrariando o que seria expectável e perante os dados demográficos já apresentados, é de salientar que no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 para 2020, as demências não vêm expressamente previstas (Alzheimer Portugal, 2015d).

Os esforços para melhorar a qualidade e disponibilidade de cuidados, assim como os esforços para procurar tratamentos mais eficazes para a doença de Alzheimer e outras demências, devem ser realizados em conjunto com um investimento urgente em medidas de prevenção primárias da doença. É necessária uma intervenção primária (deve centrar-se nos objetivos sugeridos pelas atuais evidências: fatores de risco de doença vascular, incluindo hipertensão, tabagismo, diabetes tipo II e hiperlipidemia (Alzheimer's Disease International, 2009), o acompanhamento mais permanente na habitação do utente e o acompanhamento às famílias.

4. ESTRUTURAS RESIDENCIAIS DE ACOLHIMENTO A IDOSOS

Com a diminuição das capacidades cognitivas e conseqüente aumento do grau de dependência, as Estruturas Residenciais são uma resposta social de apoio ao portador da doença de Alzheimer e à sua família.

4.1 Institucionalização

Há muito tempo que se verifica um enfraquecimento dos laços familiares e uma diminuição cada vez maior das redes naturais de suporte dos idosos, sendo a instituição, a rede de suporte formal a realizar esse papel de prestação de cuidados (Berger & Mailloux, 1995; Cardão, 2009).

Muitas vezes o internamento em lares é o reflexo da perda do companheiro, filhos, familiares e/ou amigos bem como de situações de fragilidade em que o idoso com incapacidade funcional vai sendo isolado do circuito familiar e/ou rede social e que muitas vezes o leva à dependência (Medeiros, 2012).

Neste contexto, o idoso tem que modificar o seu estilo de vida para residir numa instituição. O processo de institucionalização da pessoa idosa é sem dúvida um fator de *stress* que acarreta a inúmeras alterações a nível psicossocial, ainda que o ambiente institucional tente oferecer uma base segura e adaptar-se às necessidades físicas e emocionais da mesma (Cardão, 2009).

A institucionalização pode ser entendida como um recurso a serviços sociais, onde se recebe assistência ou como vivência de perda sendo que esta muitas vezes leva a estados depressivos (Cardão, 2009).

Entre os fatores de risco para institucionalização, a presença de declínio cognitivo e o *stress* dos familiares cuidadores são dois fatores relevantes. Além disso, morar só, ter suporte social precário, baixa renda, doenças crônico-degenerativas e as suas sequelas, hospitalizações recentes e recorrentes, a dependência para realizar as atividades de vida diária também são fatores determinantes (Ferretti, 2004; Chaimowicz & Greco, 1999).

Considerando que são muitos os fatores que podem levar à institucionalização, a grande maioria dos equipamentos não se encontram preparados para proporcionar aos seus utentes serviços individualizados tendo em linha de conta a sua personalidade, privacidade e estilo de vida segundo (Pimentel, 2005).

Assim, o ambiente físico de uma instituição que não está adaptada para receber utentes com demência pode tornar-se um desafio para os mesmos. A Alzheimer's Australia (2004) crê que num ambiente projetado para atender especificamente às suas necessidades, acabam por estarem estimulados à utilização das suas capacidades com o mínimo de frustração e experimentar a mais alta qualidade de vida possível.

Há uma visão geral de que unidades preparadas para acolher utentes com demência, com pessoal especializado têm o ambiente mais adequado para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos mesmos. No entanto, estudos revelam que apesar de esta abordagem diminuir as alterações emocionais e de agitação, trazem perdas no que concerne ao estado funcional, capacidade de linguagem e no relacionamento social quando comparadas com as abordagens em instituições comuns (Kok, Berg, & Scherder, 2013).

Para que a integração do idoso na instituição ocorra da melhor forma, é essencial ter em atenção algumas dimensões, nomeadamente o estabelecimento de relações sociais, quer com os restantes residentes da instituição, quer com as pessoas da comunidade envolvente (Pimentel, 2005).

No nosso país, cerca de 51 017 pessoas idosas residem em lares, num total de 1.702.120 pessoas com mais de 65 anos. Este grupo é maioritariamente constituído por mulheres (69%), e 85% dos residentes têm mais de 85 anos de idade (Ferreira, 2011).

O índice de dependência de idosos, ou seja, o número de idosos (indivíduos com 65 ou mais anos de idade) por cada 100 indivíduos em idade ativa (dos 15 aos 64 anos de idade) é um indicador estatístico que nos indica que a dependência tem crescido nos últimos tempos sendo que em 2011 é de 28,8%. (INE, 2011).

Nos lares predomina o estatuto de entidade particular com alvará (45%) e sem alvará (13%). As Instituições Particulares de Solidariedade Social surgem, em 2.º lugar, como as entidades mais representadas (Gil, Mendes, & Instituto de Segurança Social, 2005).

No estudo desenvolvido por Gil, Mendes e Instituto de Segurança Social (2005) do total de 1.370 respostas ao inquérito com questões de escolha múltipla, ou seja um mesmo inquirido pode considerar mais do que uma necessidade ao nível dos serviços, dos 89 utentes que residem em valência de lar, a maioria (79%) são mulheres com idades compreendidas entre os 71 – 80 anos e os 61 – 70 anos. Da análise dos serviços prestados nesta resposta social, o *apoio nas atividades da vida diária* sobressai em primeiro lugar tal como o apoio comum à maioria dos doentes. O apoio médico e de enfermagem é usufruído por mais de metade dos doentes, ao invés dos serviços de reabilitação (mais especificamente, terapia ocupacional, fisioterapia) e apoio psicológico, que são privilégio de uma pequena minoria (Gil, Mendes, & Instituto de Segurança Social, 2005).

No que concerne às mensalidades pagas pelos utentes oscilam entre os €149,64 e os €1,496,4. A maioria (70%) dos doentes paga mensalidades superiores a €598, enquanto que 20% paga uma mensalidade inferior a €299,3. Esta maior variação poderá estar relacionada com a própria entidade jurídica do lar. Para além dos serviços de apoio nas atividades da vida diária dos doentes (higiene pessoal, vestir, refeições, lavagem da roupa), o apoio médico e o apoio de enfermagem são os serviços mais contemplados na mensalidade. São poucos os lares que têm integrados na sua mensalidade quer serviços de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional) quer outras despesas relacionadas com os cuidados prestados tais como, fraldas, medicamentos, produtos de dermatologia, entre outros. Estes bens e serviços são quase sempre considerados como despesas extra para além da mensalidade paga pelos doentes (Gil, Mendes, & Instituto de Segurança Social, 2005).

4.2 Ambiente Físico E Doença De Alzheimer

Existem evidências de que se for tomado em conta o ambiente físico e social dos idosos com limitação cognitiva, estes podem manter as suas capacidades funcionais, dignidade e bem-estar (Calkins, 1988; Cohen & Wiseman, 1991; Zeisel, Silverstein, Hyde, Levkoff & Holmes, 2003).

Segundo Coons (1991) a filosofia terapêutica é basicamente um ambiente vivencial que seja positivo e suportável, dentro do possível para indivíduos com a Doença de Alzheimer. Essa filosofia reconhece que todos os elementos do ambiente físico imediato podem ter algum efeito sobre o paciente. Ainda Ziesel et al. (2003) referem que o tratamento farmacológico associado a medidas terapêuticas comportamentais e ambientais parece ser mais eficaz no controlo dos sintomas da Doença de Alzheimer, proporcionando uma melhoria na saúde, no comportamento e na qualidade de vida da pessoa. Uma dessas medidas terapêuticas está relacionada ao ambiente físico em que o doente de Alzheimer vive.

Segundo Cohen e Wiseman (1991) um número crescente de literatura indica que o *design* arquitetónico e os fatores do ambiente físico nos locais, onde são assistidos os doentes de Alzheimer, podem afetar o comportamento e funcionamento dos mesmos. Por essa razão, algumas instituições têm experimentado executar o seu trabalho diário em ambientes especialmente adaptados, o que sem dúvida torna mais fácil a tarefa de cuidar de indivíduos com a patologia em causa.

Os princípios básicos para a conceção de instalações específicas passam por compensar a deficiência, maximizar a independência, reforçar a identidade pessoal e melhorar a auto estima/confiança, demonstrar cuidado para a equipa, permitir uma fácil orientação e compreensão, receber bem a família e comunidade, controlar/equilibrar estímulos, manter a familiaridade com as rotinas e proporcionar algumas atividades úteis (Alzheimer Portugal, 2015e; Marshall, 2001).

Loveday, Kitwood e Bowe (1998) salientam que o utente com demência demonstra bem-estar quando são capazes de expressar os seus desejos numa forma aceitável, iniciar contatos sociais e ter prazer em aspetos da vida quotidiana.

Segundo Brawley (1997), aquando do projeto de iluminação de um edifício devem ter-se em atenção alguns fatores, nomeadamente: aumentar o nível de iluminação (os níveis

de iluminação devem ser aumentados para compensar a perda de visão); fornecer iluminação indireta de forma consistente (iluminação desigual ou irregular pode produzir reflexos de sombras e/ou criar ilusões de degraus ou bloqueios à frente, o que pode aumentar o nível de agitação e confusão do indivíduo); eliminar brilhos e reflexos (a redução de reflexo contribui para um maior conforto, minimiza as possibilidades de quedas e maximiza a atenção no foco podendo evitar alterações de comportamento); promover o acesso da luz natural (ajuda na homeostasia do organismo) e elevar o rendimento das cores provenientes das fontes de iluminação (a iluminação artificial deve manter as cores verdadeiras do ambiente).

No que diz respeito ao ruído, este pode causar irritabilidade, perda de apetite, insônia, distúrbios circulatórios e reduzir a capacidade de concentração do indivíduo (Quevedo, 2002). Assim, devem limitar-se as distrações e controlar o barulho, tentar que não exista mais do que uma fonte de ruído ao mesmo tempo, nem ruídos simultâneos durante uma conversação deve manter-se o volume baixo dos aparelhos elétricos (por exemplo, aspiradores, televisão, etc). Caso o utente esteja perturbado com o barulho pode optar-se por tampões para os ouvidos de forma a reduzir o nível do barulho, providenciar uma música ambiente agradável, colocar vídeos da natureza calmos ou até mesmo cantar pode ter um efeito tranquilizador (Alzheimer Portugal, 2015e).

Uma decoração adequada pode também ser útil para reduzir a confusão do utente com Doença de Alzheimer. Assim, utilizar cores lisas e sem padrões, cores contrastantes, para ajudar a pessoa a ver onde acaba o chão e começa a parede e cores fortes mas calmas podem ser grandes facilitadores (Alzheimer Portugal, 2015e).

No que diz respeito ao quarto é facilitador a utilização de mobiliário que é familiar para os utentes. Deve proporcionar-se a oportunidade de os utentes personalizarem seu quarto, assegurar que estes são grandes o suficiente para minimizar a confusão, de fácil limpeza e identificação do mesmo a partir do exterior (Alzheimer's Australia, 2004).

Relativamente à sala de jantar/refeitório é de salientar que grandes áreas de jantar são barulhentos e torna-se complicado para as pessoas com demência pois não promovem uma atmosfera de calma e as refeições não se tornam agradáveis. Assim, a existência de pequenos espaços de jantar facilmente reconhecíveis vai aumentar a capacidade dos indivíduos nos tempos de executarem a refeição e melhorar a sua nutrição. Devem ter-se

em conta alguns aspetos como por exemplo o facto de as mesas serem quadradas de modo a identificar o espaço de cada pessoa, cadeiras de jantar que ofereçam estabilidade e suporte, boa iluminação e cores contrastantes na louça e utensílios de cozinha de modo a identifica-los (Alzheimer's Australia, 2004).

As casas de banho devem ter um ambiente que facilite a independência na realização da higiene pessoal o que irá aumentar a auto-estima e minimizar a sensação de fracasso. Desta forma, devem ser visíveis, grandes e de fácil acesso, ter sistemas de canalização que permitam o controlo da água e da temperatura, corrimãos junto das sanitas e bases de chuveiro. As portas devem fornecer fácil acesso e visibilidade e reconhecimento à noite e ainda devem ser usadas as cores para o reconhecimento de equipamento, por exemplo: bacias e bancos (Alzheimer's Australia, 2004).

As salas de estar são áreas que devem ser idênticas às de uma casa doméstica. Um espaço social bem-sucedido irá fornecer pequenos espaços que suportem mais de uma atividade ao mesmo tempo e atividades tanto passivas como ativas. (Alzheimer's Australia, 2004).

O espaço exterior pode ser um recurso muito benéfico e, para ser utilizado com êxito, o espaço ao ar livre deve ser visível, acessível e de fácil utilização. Ainda deve ser seguro, atraente e interessante, propicio a atividades e projetado para facilitar o retorno ao interior. Deve ser grande o suficiente para satisfazer uma necessidade de caminhar por longos períodos e quando possível, torna-se interessante, a existência de uma área onde a rega, jardinagem e outras atividades sejam incentivadas (Alzheimer's Australia, 2004).

Com um ambiente facilitador e adaptado aos utentes com doença de Alzheimer ou outro tipo de quadro demencial haverá uma compensação no que concerne às alterações cognitivas e há um aumento da consciencialização e orientação, promoção de sentimentos, proteção e segurança, oportunidade de contato social significativa e apoio/estímulo para as capacidades funcionais (Cohen & Wiseman, 1991).

4.3 Equipas Multidisciplinares

Nas equipas multidisciplinares existe uma inter-relação entre os diferentes profissionais envolvidos sendo que devem considerar o doente como um todo tendo uma atitude

humanizada e uma abordagem mais ampla e resolutiva possível do cuidado (Saraiva, 2015).

Para que o trabalho das equipas multidisciplinares seja realizado de modo democrático, agregador, cooperativo, com qualidade e eficiência, devem ser considerados três fatores essenciais: capacitação profissional (relacionada com a formação académica, com a qualidade das instituições de ensino, com os projetos pedagógicos dos cursos e com o controle social que deve ser exercido sobre os profissionais), a interface do trabalho dos profissionais (áreas de competências de cada profissional, que são claras na grande maioria dos procedimentos e não geram dúvidas ou sobreposições) e a autonomia dos profissionais (cada elemento da equipa deve ter absoluta autonomia de trabalho naquilo que é claramente a sua área de competência) (Veloso, 2005).

Para além do exposto, cada equipa multidisciplinar pode possuir características próprias e o seu próprio fluxo de trabalho, porém a troca de experiências, o diálogo, o comprometimento e participação ativa são elementos fundamentais para o aprimoramento individual e coletivo de todos os membros da equipa (Saraiva, 2015).

Para Júnior (2003) as ações multidisciplinares que visam uma atenção integral na saúde só serão efetivas se a equipa adotar alguns valores nas relações entre os seus membros, com especial destaque para a equidade, excelência, solidariedade, respeito e integridade.

Hoje em dia encontramos diferentes técnicos nas Estruturas Residenciais nomeadamente assistentes sociais, psicólogos, animadores culturais, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais são alguns destes, que trabalham em equipa para proporcionar todos os cuidados necessários. Para além destes temos as auxiliares de ação direta, as auxiliares de serviços gerais e o serviço administrativo.

4.4 Plano Individual

O PI é um instrumento formal que tem como objetivo organizar, operacionalizar e integrar todas as respostas às necessidades, expectativas e potenciais de desenvolvimento do utente, identificadas pelo próprio e/ou família e instituição A elaboração do PI é dinamizada pelo gestor do processo, em colaboração e articulação com todos os intervenientes: equipa técnica constituída por elementos dos vários sectores/áreas da Organização e elementos externos; ajudantes de ação direta; o cliente

e/ou significativos e outros colaboradores de outros serviços ou Entidades (Segurança Social, 2009).

Quando é realizado, reavaliado ou implementado um PI, deve ter-se em linha de conta a individualização e personalização do mesmo uma vez que, os valores e interesses variam consoante o utente. O individuo deve ser tido como um todo, ou seja, deve ser visto de forma holística. Tanto o utente como os seus significativos devem ter uma participação ativa na realização do mesmo.

O PI contém vários elementos, entre eles: identificação do cliente constante no Processo Individual; a síntese da avaliação diagnóstica; os objetivos gerais de intervenção e respetivos indicadores; as atividades de intervenção/serviços a prestar ao cliente e respetivos objetivos específicos, indicadores e calendarização; ações por atividade/serviço; definição dos responsáveis pela elaboração, implementação, monitorização, avaliação e revisão do PI; formas de participação do cliente e significativos na intervenção; data de avaliação/revisão do Plano e assinatura de todos os intervenientes (Segurança Social, 2009).

Para cada objetivo geral é/são definido (s) o(s) indicador(es) respetivos, cuja fonte são os vários registos de informação e de monitorização. O responsável pela avaliação, juntamente com a equipa, define os indicadores de avaliação, assim como os instrumentos metodológicos específicos, como por exemplo: entrevistas/questionários aos clientes e significativos, parecer técnico em domínios específicos (avaliação cognitiva e funcional do utente) e análise dos resultados da monitorização (Segurança Social, 2009).

A Estrutura Residencial, como já foi referido, deve procurar promover sempre a participação, envolvimento e implicação do cliente e significativos nas atividades/serviços que presta, através da sua implicação/co-responsabilização nas atividades e, especialmente, nas ações. Para o efeito, devem definir e articular previamente com todos os serviços da Estrutura Residencial que não devem debilitar ou substituir as redes de apoio do cliente já existentes. Devem antes potenciá-las e promover, sempre que possível, relações de parceria, boa vizinhança e voluntariado (preferencialmente com formação neste domínio) (Segurança Social, 2009).

O objetivo da avaliação é verificar em que medida os objetivos propostos foram alcançados e o impacto que o PI está a ter no cliente. As necessidades e expectativas do mesmo na Estrutura Residencial vão-se alterando ao longo do tempo devido alterações na sua condição física e cognitiva, nos seus próprios interesses, nas relações familiares e sociais. Assim, uma instituição que tenha por objetivo satisfazer os seus utentes, assegurar o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, define metodologias e processos que permitam avaliar estas novas necessidades e expectativas periodicamente. Surge assim a necessidade de proceder à monitorização, avaliação e revisão do PI (Segurança Social, 2009).

O PI é monitorizado continuamente, nas reuniões de equipa, através dos registos efetuados pelos colaboradores nos impressos, livro de registos e outros instrumentos criados para o efeito, constantes no processo do utente. O período de avaliação do PI deve ser decidido por todas as partes, aquando do seu planeamento ou posteriores momentos de avaliação, visto que depende do grau de complexidade do mesmo. Deve ainda ser avaliado e revisto sempre que tal seja solicitado ou que se verifiquem ocorrências que o justifiquem. Não obstante, o PI deve ser revisto, no mínimo, semestralmente (Segurança Social, 2009).

4.5 Atividades De Estimulação/Ocupação

A instituição, ao estruturar e planificar o conjunto de atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal para os utentes, deve ter em atenção alguns princípios. Devem respeitar as diferenças religiosas, étnicas e culturais dos utentes promovendo a autonomia e a qualidade de vida bem como fomentar a ativação e estimulação dos mesmos. As atividades devem respeitar o utente quanto à sua individualidade, capacidades, potencialidades, hábitos, interesses e expectativas promovendo a sua participação ativa e/ou dos seus significativos nas diversas fases de planificação das atividades e ainda promover a comunicação, convivência e ocupação do seu tempo livre (Segurança Social, 2009).

Assim, o planeamento correto de uma atividade e a promoção de convívio em espaços sociais são fatores que possibilitam um aumento do interesse na atividade, orientação para o tempo e para o espaço, promove a atividade física, estimulação equilibrada e minimização dos distúrbios de comportamento (Alzheimer's Australia, 2004).

No caso de alguns utentes com Doença de Alzheimer as atividades têm um efeito tranquilizador como por exemplo: caminhar, utilização de uma bicicleta ergométrica, pescar, praticar atividades musicais, praticar atividades ao ar livre, fazer tarefas domésticas, ler ou serem lidos livros à pessoa, pintar, esculpir barro ou entreter-se com caixas de atividades (Alzheimer Portugal, 2015e).

4.6 Família E Institucionalização

O cuidar de um familiar com dependência surge, em muitas situações, de forma inesperada. O familiar, muitas vezes, não tem formação prévia, não se encontra preparado sendo que é essencial o papel dos profissionais de saúde no colmatar de algumas necessidades e dificuldades que surgem. Assim, os familiares do utente devem receber apoio ao nível da informação/formação, treino de competências e habilidades possibilita o familiar para um melhor desempenho e acompanhamento (Sequeira, 2010).

Uma das fortes razões para a institucionalização é assim, o esgotamento dos cuidados familiares (Karsh, 2003) tornando-se imprescindível que o cuidador, à semelhança do idoso, seja considerado alvo prioritário de intervenção (Sequeira, 2010).

Assim, a atenção à família configura-se como uma dimensão importante para o sucesso do ingresso do idoso na instituição, devendo os profissionais envolvidos auxiliar os familiares a gerir emoções bem como fatores externos (económicas, culturais) relacionadas ao cuidado (Cortelletti et al., 2010; Norris, 2009; Querosz, 2010 e Zarit, 2009 citado em Silva, Fratezi & Lopes, 2013).

Envolver a família no quotidiano da instituição e fortalecer o vínculo entre os idosos portadores de doença de Alzheimer e seus familiares constitui um desafio (Norris, 2009 citado em Silva, Fratezi & Lopes, 2013). Segundo Rowles e Teaster (2016) os membros da família ficam satisfeitos quando a equipa de trabalho da instituição é amável, fazem sugestões sobre os cuidados e tratamentos e passam informações aos membros da família espontaneamente.

Os programas desenvolvidos com familiares e cuidadores destacam a importância de se veicular informações sobre a saúde do idoso, refletir sobre os métodos de enfrentamento do *stress* relacionado ao cuidado e desmistificar os mitos a respeito da institucionalização, oferecendo alternativas para a inserção da família no cuidado

(Cortelletti et al., 2010; Ducharme *et al.*, 2005; Norris, 2009; Queroz, 2010 e Zarit, 2009 citado em Silva, Fratezi & Lopes, 2013).

Numa revisão de literatura realizada por Gaugler (2005) concluiu-se que o aumento da participação da família é positivo e leva à qualidade de vida e de atendimento dos residentes.

É de salientar que por mais que a instituição procure (re)fazer e proporcionar uma vida familiar não é possível. Desta forma, o objetivo da mesma não é então, substituir a família mas sim tornar-se como uma ampliação da mesma estabelecendo laços e vínculos (Creutzberg, Gonçalves, Sobottka, Santos, & Beatriz, 2007).

.

CAPÍTULO II: METODOLOGIA

O presente capítulo tem como objetivo enquadrar metodologicamente a presente investigação. Assim, será primeiramente apresentada a problemática com a pergunta de partida e respetivos objetivos. Depois expõem-se e justificam-se as opções metodológicas e as técnicas de recolha de dados, as delimitações do estudo, procedimentos e técnica de tratamento de dados.

1. PROBLEMÁTICA E PERGUNTA DE PARTIDA

O envelhecimento tem vindo a ganhar uma crescente importância na nossa sociedade e o mesmo acontece com as patologias a ele associadas, apesar de não serem exclusivas do mesmo. Apesar da diversidade, uma das principais patologias existentes nos idosos é a demência (Abreu, Forlenza, & Barros, 2005).

Na sociedade atual, a prevalência da demência é de 5% nos países Ocidentais sendo a da Doença de Alzheimer de 3% (Touchon & Portet, 2002). É de salientar que nas regiões industrializadas, a doença de Alzheimer, provavelmente registará um aumento considerável na próxima década, com visíveis repercussões na sociedade, sendo que atualmente já é a forma mais comum de Demência, constituindo cerca de 50% a 70% de todos os casos (Gil, Mendes, & Instituto de Segurança Social, 2005).

É então, a Estrutura Residencial, uma das respostas sociais desenvolvida para o acompanhamento de utentes com doença de Alzheimer. Neste tipo de equipamento são proporcionados serviços permanentes e adequados às diferentes necessidades de cada indivíduo (Segurança Social, 2015). O principal problema destas instituições são as infra-estruturas desadequadas para lidar com o problema bem como o facto de não possuírem técnicos especializados suficientes para darem a devida resposta a utentes com doença de Alzheimer (Cunha, 2012).

Assim, sendo a Estrutura Residencial uma resposta social para utentes com doença de Alzheimer e que ainda não está adequada aos mesmos, torna-se pertinente saber de que

modo estão preparadas ou não para o acolhimento e acompanhamento deste tipo de doentes. Assim surge a questão: “Qual a Intervenção das Estruturas Residenciais no Diagnóstico e Acompanhamento de Utentes com Doença de Alzheimer?”.

2. OBJETIVOS DE ESTUDO

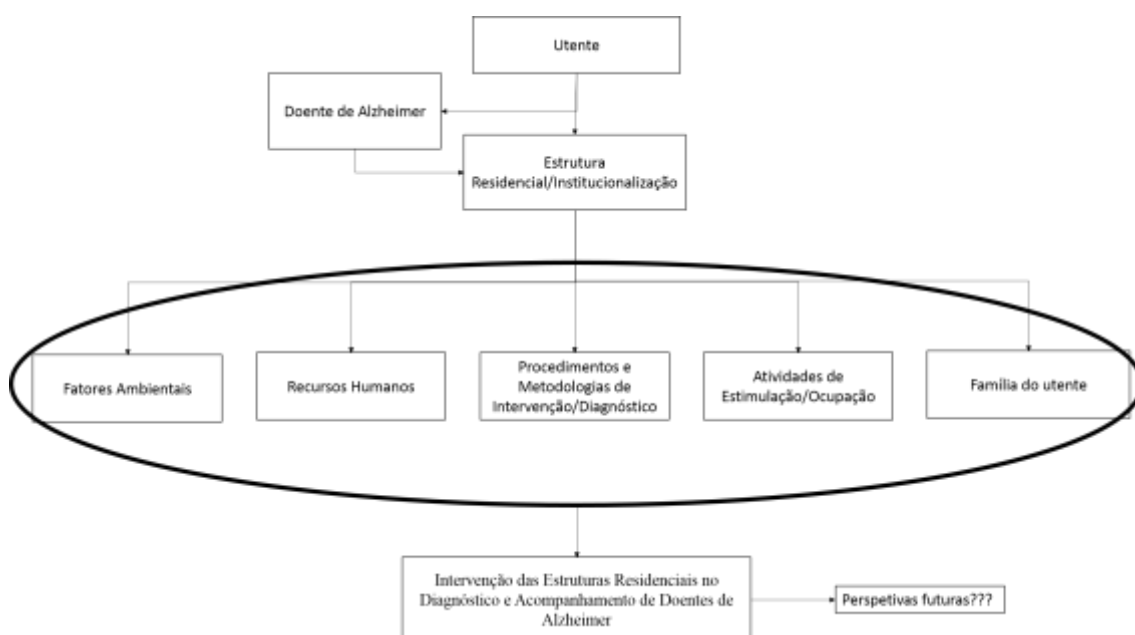
Tendo em consideração a pergunta de partida apresentada, definiu-se como objetivo geral:

Compreender a intervenção no diagnóstico e acompanhamento de utentes com doença de Alzheimer nas Estruturas Residenciais.

Após estabelecida a pergunta de partida e o objetivo geral é importante definir o mapa conceitual para entender a interligação entre os diferentes conceitos a serem abordados. Assim, segundo Tavares (2007, p.72) “o mapa conceitual é uma estrutura esquemática para representar um conjunto de conceitos imersos numa rede de proposições. Ele é considerado como um estruturador do conhecimento, na medida em que permite mostrar como o conhecimento sobre determinado assunto está organizado na estrutura cognitiva de seu autor, que assim pode visualizar e analisar a sua profundidade e a extensão. Ele pode ser entendido como uma representação visual utilizada para partilhar significados, pois explicita como o autor entende as relações entre os conceitos enunciados”.

Neste sentido, apresenta-se o mapa conceitual da presente investigação:

Figura 1: Mapa conceitual



Analisando a Figura 1 evidencia-se que o utente, com doença de Alzheimer, quando integra uma Estrutura Residencial, está sujeito ao processo de institucionalização. Este processo, para que seja bem sucedido, inclui diversos fatores (fatores ambientais, recursos humanos, procedimentos e metodologias de intervenção/diagnóstico, atividades de estimulação/ocupação e a família do utente) que caracterizam a intervenção das Estruturas Residenciais no diagnóstico e acompanhamento de doentes de Alzheimer. Para além dos fatores que caracterizam a intervenção das Estruturas Residenciais tornou-se pertinente a análise de outro fator relacionado com as perspetivas futuras de intervenção com doentes de Alzheimer.

É através destes fatores que se pretende compreender a intervenção no diagnóstico e acompanhamento de utentes com doença de Alzheimer em Estruturas Residenciais. Assim, de seguida cada um dos referidos fatores será apresentado mais pormenorizadamente.

- **Fatores ambientais:** compreender de que modo é que a instituição está adaptada a utentes com doença de Alzheimer nomeadamente no que diz respeito à acessibilidade, segurança, luminosidade, sinalética, entre outros. Também se pretende identificar aspetos positivos e negativos ou seja, necessidades e capacidades do ambiente físico da estrutura residencial;
- **Recursos humanos:** reconhecer o número de técnicos superiores e de auxiliares de ação direta bem como a formação existente em Doença de Alzheimer/Demências. Perceber se o número de técnicos e auxiliares de ação direta existentes é o suficiente, bem como a formação dos mesmos;
- **Procedimentos e metodologias de intervenção/diagnóstico:** compreender o modo e condições de acolhimento do idoso na instituição e respetivo processo de integração. Analisar a metodologia de avaliação clínica e social dos técnicos ao idoso institucionalizado. Compreender se os recursos humanos da instituição que estão em contato com o utente estão alerta para identificarem os primeiros sinais de um possível diagnóstico de doença de Alzheimer;
- **Atividades de estimulação/ocupação:** identificar o tipo de atividades que são realizadas bem como os seus destinatários;
- **Família do utente:** compreender o modo como é feita a articulação entre a instituição e a família do idoso com doença de Alzheimer

Para além destes fatores, tornou-se pertinente, ao longo da recolha de dados, identificar **perspetivas futuras** de intervenção com este tipo de doentes.

Neste sentido, identificam-se como objetivos específicos:

- Analisar de que forma é que a estrutura residencial está adaptada a utentes com doença de Alzheimer;
- Identificar as necessidades de adaptação do meio ambiental da instituição;
- Compreender se o número e formação dos técnicos superiores e auxiliares de ação direta na estrutura residencial é adequada à população;
- Compreender o modo como é realizada a integração e o acolhimento do idoso na estrutura residencial;
- Analisar a metodologia utilizada na avaliação dos idosos institucionalizados com doença de Alzheimer;
- Compreender se os primeiros sinais da doença de Alzheimer são facilmente identificados pelos colaboradores da instituição;
- Identificar as atividades existentes na instituição destinadas a utentes com doença de Alzheimer;
- Compreender o modo como é realizada a articulação entre a instituição e a família do idoso;
- Identificar perspetivas futuras para intervenção com doentes de Alzheimer

Tabela 1: Operacionalização dos conceitos

Conceito	Dimensões	Indicadores
Intervenção das Estruturas Residenciais no diagnóstico e Acompanhamento de Doentes de Alzheimer	Fatores ambientais	<ul style="list-style-type: none"> • Acessibilidade e segurança no interior e exterior da instituição • Necessidades de adaptação do meio físico • Aspetos físicos adaptados à população em estudo, como por exemplo: luminosidade, sinalética, casas de banho adaptadas, quartos individuais, quartos personalizados, espaços apropriados para a realização de atividades
	Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Constituição da equipa técnica e auxiliares de ação direta • Formação da equipa técnica e auxiliares de ação direta

		<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de aumentar o número de recursos humanos e formação dos mesmos
	Procedimentos e metodologias de intervenção/diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Método de acolhimento do idoso na instituição • Metodologia de avaliação do idoso por parte dos técnicos • Identificação dos sinais da doença de Alzheimer no estágio I na estrutura residencial
	Atividades de estimulação/ocupação	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades de estimulação destinadas a doentes de Alzheimer
	Articulação instituição/família	
	Perspetivas futuras de intervenção nas estruturas residenciais	

3. OPÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 Paradigma Do Estudo

O paradigma qualitativo baseia-se no método indutivo “...porque o investigador pretende desvendar a intenção, propósito da ação, estudando-a na sua própria posição significativa isto é, o significado tem um valor enquanto inserido nesse contexto” (Pacheco, 1993, citado em Coutinho, 2014, p. 28) adotando a postura de quem “...tenta compreender a situação sem impor expectativas prévias ao fenómeno estudado (Mertens, 1998, citado em Coutinho, 2014, p. 28).

A colheita de dados consiste em obter as perspetivas e pontos de vista dos indivíduos em estudo (emoções, prioridades, experiências...). O investigador formula perguntas abertas, recolhe dados, descreve e analisa os mesmos para que sejam transformados em temas relacionados (Sampieri, Collado, & Lucio, 2013).

Neste sentido, o investigador quando utiliza o paradigma qualitativo utiliza técnicas de colheita de dados como a observação, entrevista, revisão de documentos, discussão de grupo, registo de histórias de vida entre outras (Sampieri, Collado, & Lucio, 2013).

Em suma, o paradigma qualitativo fundamenta-se numa perspetiva centrada na compreensão das ações dos seres vivos principalmente no que concerne ao ser humano e às suas instituições (busca interpretar aquilo que vai captando ativamente) (Sampieri, Collado, & Lucio, 2013).

3.2 Estudo De Caso

O estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado (Gil, 1999).

Esta metodologia de investigação tem o seu próprio procedimento e desenho uma vez que são estudos que ao utilizarem os diferentes processos de pesquisa (qualitativa, quantitativa ou mista), analisam profundamente um ou vários casos para responder à formulação do problema, testar hipóteses e desenvolver teorias (Sampieri & Mendoza 2008, citado em Sampieri, Collado & Lucio, 2013).

Os estudos de caso têm vindo a ser muito utilizados por investigadores da área social uma vez que exploram situações da vida real, descrevem situações concretas e explicam variáveis causais de determinado fenómeno em situações complexas que não a utilização de levantamentos ou experiências (Gil, 1999).

Neste sentido o estudo de caso permitirá ao investigador compreender de forma mais exaustiva os diferentes aspetos que integram uma Estrutura Residencial no processo de acompanhamento e diagnóstico a utentes com Doença de Alzheimer.

É de salientar que estão associados aspetos negativos ao estudo de caso nomeadamente falta de rigor metodológico, dificuldade de generalização e dispendio de tempo elevado para a pesquisa (Yin, 1981 citado em Gil, 1999).

4. TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS

Tendo em linha de conta o paradigma e o método de estudo a utilizar na presente investigação é de igual forma importante definir as técnicas de recolha de dados. A recolha de dados trata-se de saber “o que “ e “como” vão ser recolhidos os dados, que instrumentos vão ser utilizados, sendo que estes fatores classificarão a qualidade científica dos resultados e conclusões do estudo (Almeida & Freira, 1997; Black, 1999).

A recolha de dados implica a elaboração de um plano detalhado de procedimentos que proporcionam a aquisição de dados com um propósito científico (Sampieri, Collado, & Lucio, 2013).

No presente estudo foi selecionada a entrevista com guião semi-estruturado e o inquérito por questionário como técnicas de recolha de dados.

4.1 Entrevista Com Guião Semi-Estruturado

As entrevistas são uma poderosa técnica de recolha de dados porque pressupõem uma interação entre o entrevistado e o investigador, possibilitando a este último a obtenção da observação que nunca seria conseguida através de um questionário, uma vez que pode sempre pedir esclarecimentos adicionais ao inquirido no caso da resposta obtida não ser suficientemente esclarecedora (Silverman, 2000, citado em Coutinho, 2014). Este método pode mesmo gerar informação nova que implique uma reconceptualização dos tópicos em estudo, e por isso podem ser importantes na fase inicial de estudo de tópicos com os quais o investigador ainda não está suficientemente familiarizado ou escasseia de investigação prévia (Teddlie e Tashakorri, 2009, citado em Coutinho, 2014).

As entrevistas semi-estruturadas baseiam-se num roteiro de assuntos ou perguntas e o investigador tem a liberdade de fazer outras perguntas para apurar conceitos ou obter mais informação sobre temas desejados, ou seja, nem todas as perguntas estão predeterminadas (Sampieri, Collado, & Lucio, 2013).

Tradicionalmente as entrevistas são realizadas face a face mas também podem ser implementadas por telefone ou pela internet (Coutinho, 2001, citado em Coutinho, 2014). Posterior à gravação da entrevista, esta deve ser transcrita para análise e interpretação (Coutinho, 2014).

Perante o enquadramento acima efetuado foi criada uma entrevista com guião semi-estruturado (Apêndice I – Guião semi-estruturado da entrevista) para aplicar às Diretoras Técnicas das Estruturas Residenciais em estudo. O guião foi realizado tendo por base blocos principais que indiciavam ao tema a abordar, posteriormente as questões a serem colocadas e os objetivos das mesmas.

É importante referir que esta técnica de recolha de dados também tem limitações, nomeadamente: falta de motivação do entrevistado a responder às perguntas que são feitas, inadequada compreensão do significado da pergunta, fornecimento de respostas falsas, inabilidade ou mesmo incapacidade do entrevistado para responder adequadamente, influência exercida pelo aspeto pessoal do entrevistador sobre o entrevistado, influência das opiniões pessoais do entrevistador sobre as respostas do entrevistado, custo com a prática e aplicação da entrevista. Todavia, em função da flexibilidade própria da entrevista, muitas destas dificuldades podem ser contornadas (Gil, 1999).

4.2 Inquérito Por Questionário

As técnicas de recolha de dados em que a informação é obtida inquirindo os sujeitos podem ser agrupadas sob a designação geral de técnicas de inquirição ou inquérito (Ghiglione & Matalon, 1997 citado em Coutinho, 2014).

Gil (1999) refere que a construção do questionário deve ter em consideração: a forma e o conteúdo das questões, a quantidade e ordenação das questões, a sua apresentação e a realização de um pré-teste. As perguntas devem ser formuladas de forma clara, concreta e precisa, deve ter-se em consideração o sistema de referência do interrogado bem como do nível de informação. A pergunta deve possibilitar uma única interpretação, referir-se a uma única ideia de cada vez e não deve sugerir respostas.

No presente estudo pretende-se aplicar um questionário (Apêndice II – Questionário) para obter informação em relação à situação socio-demográfica das Estruturas Residenciais. Deste modo, o questionário é constituído por questões abertas sobre a caracterização da instituição e caracterização dos seus recursos humanos.

5. DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

O presente estudo foi realizado no distrito de Leiria uma vez que, para além de ser favorável à investigadora, não existem estudos similares alguma vez realizados no distrito.

Segundo a Carta Social, à data de 22 de Novembro, existiam no distrito de Leiria 153 Estruturas Residenciais de resposta a idosos com uma capacidade total de 5 147 utentes

sendo que são 4810 os que residem nas mesmas. Deste universo, foram selecionadas quatro Estruturas Residências, tendo em consideração os seguintes critérios: uma estrutura residencial privada, duas estruturas residenciais com vagas da segurança social e vagas privadas, uma estrutura residencial com a totalidade de vagas da segurança social. As estruturas residenciais foram denominadas por ER-A, ER-B, ER-C, ER-D, sendo caracterizadas seguidamente (dados recolhidos através do inquérito por questionário de caráter socio-demográfico sobre as Estruturas residenciais).

Tabela 2: Caracterização da amostra

	ER-A	ER-B	ER-C	ER-D
Tipologia da resposta social	Privada	IPSS	IPSS	IPSS
Anos de atividade	27 Anos	33 Anos	43 Anos	30 Anos
Nº de utentes	27	83	70	74
Nº de utentes com doença de Alzheimer	3	3	30	14
Certificação de qualidade	Não	Sim	Não	Não
Localização	Rural	Urbana	Urbana	Rural

Através da Tabela 2 podemos constatar que os anos de atividade das instituições está entre os 27 e os 43 anos e o número de utentes varia entre 27 e 83 utentes. Apenas a ER-B é certificada pela qualidade e duas localizam-se em meio rural e outras duas em meio urbano. Todas têm utentes com diagnóstico de Doença de Alzheimer sendo que a instituição com maior número é a ER-C.

6. PROCEDIMENTOS

Primeiramente, foi consultada a carta social e foi selecionado um grupo de instituições que podiam integrar no presente estudo. Seguidamente, a investigadora contactou via *e-mail* seis instituições, por questões de proximidade e conveniência, explicando o objetivo do estudo e no que consistia o mesmo. Nesse mesmo *e-mail*, a investigadora questionava acerca da tipologia da instituição e, caso obtivesse resposta afirmativa das instituições e se estas se enquadrassem na tipologia pretendida, avançava-se com a investigação.

Para formalizar o pedido foi entregue em cada instituição o pedido de autorização para realização do trabalho (Apêndice III – Pedido de autorização).

No que concerne às técnicas de recolha de dados – inquérito por questionário e entrevista – foram sujeitos a um pré-teste numa Estrutura Residencial de acolhimento a idosos, com o intuito de verificar o entendimento e compreensão do sujeito entrevistado. Tanto o questionário como a entrevista foram aplicados no dia 16 de Outubro de 2015 à diretora técnica da instituição, formada em Serviço Social com o objetivo de perceber se as questões aplicadas estavam perceptíveis e de fácil compreensão. O pré-teste teve duração aproximada de 22 minutos. Constatou-se que havia questões que estavam mal formuladas motivo pelo qual se procedeu à sua reformulação.

No fim de realizado o pré-teste, foram selecionadas as quatro instituições que preenchiam os requisitos para o estudo. Estabeleceu-se contato com as respetivas diretoras técnicas e agendou-se a entrevista e questionário. A recolha de dados foi realizada entre os dias 31 de Outubro de 2015 e 27 de Janeiro de 2016 nas respetivas Estruturas Residenciais. No dia em que se recolheu os dados entregou-se o questionário aos técnicos, sendo que os mesmos o enviaram posteriormente por *e-mail* devidamente preenchido.

As entrevistas foram realizadas no espaço de trabalho (gabinete) das diretoras técnicas. No início da conversa, a investigadora apresentou-se expondo a temática do estudo procurando sempre um momento descontraído e empático, no qual se tentou colocar à vontade para o esclarecimento de dúvidas. Em seguida explicou-se que as entrevistas eram somente para um trabalho de investigação e tudo seria confidencial bem como todos os nomes que seriam mencionados eram substituídos através de letras. Solicitou-se a autorização para gravar a entrevista utilizando para o efeito o gravador do telemóvel.

As entrevistas tiveram duração média de 29,34 minutos. Ao longo da realização das mesmas houve necessidade de reformular questões e até mesmo acrescentar. As entrevistadas estiveram descontraídas, interessadas e à vontade nas respostas sendo que as mesmas foram dadas de forma espontânea.

Por fim, foi realizada a transcrição, o mais íntegra possível, das entrevistas sendo que por vezes se tornou complicada a perceção de certas palavras devido a sobreposição de

falas ou riso. Os nomes das instituições bem como dos técnicos que foram nomeados no decorrer da entrevista foram substituídos por nomes fictícios ou pelas iniciais.

7. TÉCNICAS DE TRATAMENTO DE DADOS

As técnicas de tratamento de dados utilizadas no presente estudo foram: o programa informático – Microsoft Office Excel 2013, no caso dos questionários e a análise de conteúdo para as entrevistas. Os dados recolhidos nos questionários foram tratados através de gráficos e de tabelas.

A análise de conteúdo é um método que contempla um conjunto de técnicas que permitem analisar o conteúdo do material textual recolhido de forma a quantificar os aspetos chave que visam uma comparação a realizar posteriormente. A ideia base desta técnica é a de que as unidades de análise podem organizar-se em categorias conceptuais e essas categorias podem representar aspetos que se pretendem testar (Coutinho, 2014).

Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo de tipo exploratório é realizada em três fases sucessivas: pré-análise, exploração de material e tratamento de dados (inferência e interpretação).

Deste modo, após a transcrição das entrevistas (Apêndice IV-Transcrição das Entrevistas), procedeu-se à leitura das mesmas e ao registo das categorias e subcategorias em análise (Apêndice V – Categorias e Subcategorias). No fim de os dados recolhidos estarem organizados, de acordo com os objetivos do estudo, realizou-se o tratamento de dados. Através das categorias e subcategorias, já definidas anteriormente, procedeu-se à análise de conteúdo (Apêndice VI – Grelhas de análise de conteúdo). Os resultados obtidos a partir da análise de conteúdo serão expostos e discutidos no próximo capítulo.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se apresentar, analisar e discutir os resultados obtidos através dos questionários e entrevistas, sendo que a análise interpretativa e compreensiva tem, essencialmente, por base a revisão de literatura apresentada no capítulo I. Assim, é apresentada, discutida e apresentada uma discussão de resultados de cada categoria e subcategoria sendo destacados os aspetos mais relevantes de cada uma delas e devidamente sustentados com literatura.

1. FATORES AMBIENTAIS

1.1 Acessibilidade E Segurança

À exceção da ER-A, todas as outras instituições referem que o espaço não está devidamente adaptado a utentes com doença de Alzheimer. Na ER-A *é acessível o espaço* sendo que esta é uma instituição mais recente e com menos capacidade de admissão do que as restantes tendo sido, desde a sua construção, resolvidas as questões de acessibilidade.

Em contrapartida, a ER-B, ER-C e ER-D são instituições com uma maior capacidade e mais antigas sendo que foram reestruturadas ao longo dos anos. Estas instituições ainda padecem de barreiras arquitetónicas que não são possíveis de alterar do ponto de vista arquitetónico tendo em conta a sustentabilidade do edificado. A ER-B é uma (...) *escadas: em tudo quanto é sítio (...) os elevadores dão acesso a todos os andares (...) pessoas que estão por exemplo na sala se saírem não podem deambular à vontade porque há um risco de irem para as escadas e caírem.* Também a ER-C é uma *instituição (...) antiga (...) em termos de barreiras arquitetónicas tem imensas (...) uma parte do edifício (...) é antiga (...) não tem as dimensões ajustadas à legislação que está agora em vigor (...) A parte nova já tem outras condições (...) de há uns tempos a esta parte fizemos melhorias muito significativas (...) mas continua a ser um edifício com muitas barreiras, confuso (...).*

Verifica-se que o *design* arquitetônico e os fatores do ambiente físico nos locais, onde são assistidos os doentes de Alzheimer, podem afetar o comportamento e execução das tarefas diárias dos mesmos. Sendo assim, já há uma evidente preocupação por parte de algumas instituições em executar a prestação de serviços em ambientes adaptados. (Cohen & Wiseman, 1991). De acordo com Zeisel, et al. (2003) o ambiente interno é um grande potencial a ser explorado, que pode contribuir com a melhora dos sintomas da doença de Alzheimer.

Segundo a portaria n.º 67/2012 do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social a estrutura residencial deve estar inserida na comunidade, preferencialmente em local servido por transportes públicos e ter acesso fácil a pessoas e viaturas. Na implantação da estrutura residencial deve ter-se em conta a proximidade a outros estabelecimentos de apoio social, de saúde e de âmbito recreativo e cultural, a coesão do edifício na malha e envolvente urbana, por forma a favorecer a integração, a comunicabilidade e as relações de proximidade e vizinhança bem como proporcionar a proximidade de parques urbanos, jardins públicos e outros espaços naturais suscetíveis de proporcionar passeio e convivência social.

No entanto, segundo Gil, Mendes e Instituto de Segurança Social, (2005) algumas das normas de segurança obrigatórias nas estruturas residenciais acabam por interferir com a segurança dos utentes com doença de Alzheimer uma vez que estes se encontram, na maioria das vezes, desorientados no espaço e no tempo e a probabilidade de saírem da instituição sem saberem onde vão ou onde estão é muito elevada. Esta possibilidade é confirmada pela diretora técnica da ER-A, *onde as portas de emergência que são muito complicadas porque não podemos fechá-las e os doentes de Alzheimer conseguem a maioria deles abrir portas de emergência*. No entanto a mesma explica que os utentes estão seguros, *podem apanhar chuva mas não estão em perigo. Estão sempre “fechados” (gesticulou as aspas (“))*. Em contrapartida as outras três instituições apresentam lacunas ao nível da segurança, *pode acontecer às vezes as portas não ficarem bem trancadas e acontecer alguma saída assim como a nossa porta da capela*. (ER-B), *há muita facilidade de circulação para entrada e saída. Em termos de intrusões é fácil...e depois como temos a estrada muito perto* (ER-C).

A localização das instituições que, por vezes traz grandes benefícios devido há existência de alguns postos comerciais ou espaços agradáveis para o quotidiano dos

utentes também podem trazer desvantagens em relação à segurança dos mesmos nomeadamente no que diz respeito à proximidade de estradas movimentadas. A ER-D encontra-se localizada *em cima da nacional nº 8. É aqui uma estrada com muito movimento e que traz alguns perigos por isso nós tentamos canalizar tudo mais para as traseiras (...)* bem como a ER-C em que tem *a entrada virada para a rotunda, que há muito trânsito.*

A segurança é uma necessidade que não pode ser negligenciada numa instituição com portadores da doença de Alzheimer. Assim, devem ser tidas em conta algumas precauções para minimizar os possíveis riscos de acidentes, como remover ou reposicionar itens que possam causar quedas ou ser perigosos. (Ageing Disability & Home Care & Alzheimer's Australia, 2011).

1.2 Aspetos Arquitetónicos Positivos e Negativos da Instituição /Necessidade de Adaptação

As instituições apresentam todos espaços exteriores propícios ao vislumbre de paisagens e/ou prática de atividades ao ar livre. Esse espaço ao ar livre encontra-se segundo as características nomeadas pela Alzheimer's Australia (2004). São visíveis, facilmente acessíveis e de fácil utilização. São seguros, propícios a atividades, convidativos e garantem a segurança de quem os utiliza (Alzheimer's Australia, 2004). Em conformidade com o mencionado, a ER-A tem um *espaço exterior que está fechado. Eles podem ir até à rua mas não têm acesso ao espaço público*, a ER-B tem um *espaço (...) que é ao ar livre portanto, é no interior de todo o edifício, mas é ao ar livre (...)*, a ER-C tem um *pátio interior, que não é exterior, é interior. É ao ar livre mas é dentro do edifício que permite também estar aqui com chapéus-de-sol, com um ambiente mais ou menos protegido e com alguma privacidade* e na ER-D *as traseiras até têm, tem espaços agradáveis, tem vistas agradáveis (...)*.

Destaca-se também o facto de as instituições possuírem muita luminosidade (à exceção da ER-A em que *é terrível a luminosidade*), a sinalética obrigatória, casas de banho adaptadas. A ER-A destaca que *as nossas casas de banho são muito boas (...)*, na ER-B *as salas são luminosas temos muita claridade (...) [casas de banho adaptadas] Sim (...)* A sinalética obrigatória está (...), a ER-C tem (...) *Tem muitas janelas (...) muita visão do exterior (...) tem muitas salas, tem muitos cantos, muitos recantos, muitos espaços*

que é possível as pessoas estarem (...) as pessoas não estão confinadas ao mesmo espaço (...) e por fim a ER-D apresenta um edifício onde existe muita luz (...) zona envidraçada o que, pronto, traz luz, traz alegria (...) faz com que as pessoas estejam sempre a ver o exterior (...) As casas de banho estão todas adaptadas (...) a sala de atividades é uma sala ampla (...) temos a sala da zona da fisioterapia (...) o refeitório também está (...).

Em conformidade com as instituições em estudo, destaca-se a existência de alguns estudos, como Ancoli-Israel, Gehrman, Martin, Shochat, Marler, Corey-Bloom e Levi (2003), realizado com um grupo de 92 pacientes com demência em instituições de longa permanência, e de Sloane, Williams, Mitchell, Preisser, Wood, Barrick e Zimmerman (2007), realizado com um grupo de 66 pacientes que demonstraram efetivamente que o aumento da exposição à luz durante o dia tem efeitos benéficos sobre o sono e ritmo cardíaco de pacientes com demência.

Segundo a Alzheimer's Australia (2004), a qualidade de vida das pessoas com demência é expressa através de sua resposta ao seu meio ambiente. Quanto mais adaptado estiver o meio à sua condição, mais ajustados são os comportamentos dos doentes de Alzheimer e menores são os seus níveis de *stress* e ansiedade.

Em contrapartida, as diretoras técnicas das diferentes instituições apontam também alguns aspetos negativos a considerar e a adaptar. Alguns aspetos que referem gostar de poder adaptar também são, em parte, difíceis de concretizar tal adaptação, uns por motivos de legislação obrigatória de segurança, *gostava de não ter tantas portas de acesso à rua especialmente as portas de emergência que são muito complicadas porque não podemos fechá-las e os doentes de Alzheimer conseguem a maioria deles abrir portas de emergência (...)* (ER-A), outros por questões de estabilidade arquitetónica do edificado, *corredores estreitos e largura de portas (...) tem as barreiras arquitetónicas que vamos melhorando mas há algumas que não podem ser solucionadas, são mesmo muito difíceis de solução devido à construção de pilares (ER-C), estrutura física que é quase um labirinto (...) este tipo de estrutura física em si não é propriamente adaptada (...) mudava as rampas tornava tudo muito mais plano (...)* (ER-D).

A ER-A e a ER-B destacam a necessidade de ter mais salas na instituição e a sonoridade como aspeto negativo, *as salas neste momento estão... as pessoas queixam-se com*

barulho (...) (ER-B), nós gostávamos de ter mais espaços de salas, melhores espaços (...) (ER-A).

Segundo Pascale (2002), indivíduos com perdas auditivas ficam confusos e assustados quando ouvem um barulho, porém ao identificá-lo e analisá-lo podem reagir de forma apropriada. Segundo Quevedo (2002), os indivíduos com doença de Alzheimer têm dificuldade na identificação do barulho e em reagir de forma adequada. O ruído pode causar irritabilidade, perda de apetite, insônia, distúrbios circulatórios e reduzir a capacidade de concentração do indivíduo.

À exceção da ER-D todas as restantes instituições referem que as cores podiam ser uma mais valia na orientação do utente com doença de Alzheimer dentro da instituição, *é importante para pessoas com demência haver cor, haver sinalização com cor, haver identificação de áreas por cores (...) (ER-C). A ER-A gostava muito de ter os espaços identificados com cores para ser mais fácil para os utentes identificarem (...).* Na ER-B *temos três andares. Todos eles têm a mesma cor, têm o mesmo aspeto (...) uma das coisas que nós queremos fazer é pelo menos, uma parede pintar com uma cor diferente de maneira que as pessoas sintam que não estão no andar delas.*

Segundo material publicado pela University of Stirling (2013), problemas de perceção visual são comuns em pessoas com Alzheimer e isso faz com que estes interpretem de forma incorreta o que estão a ver. O uso das cores e contrastes pode ajudar na interpretação do ambiente e, conseqüentemente, na orientação espacial.

Segundo a portaria n.º 67/2012 do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, o edificado deve ser implantado em zona de boa salubridade e longe de estruturas ou infraestruturas que provoquem ruído, vibrações, cheiros, fumos e outros poluentes, considerados perigosos para a saúde pública e que perturbem ou possam interferir no normal quotidiano dos residentes.

2. RECURSOS HUMANOS

2.1 Formação Dos Técnicos/Colaboradores e Necessidade de Acrescentar Recursos Humanos

Todas as instituições têm colaboradores em diversas áreas e com diversas funções. Cada instituição em estudo apresenta, na tabela seguinte, o número de: colaboradores (as),

AAD e técnicos das diferentes áreas bem como, os dados relativos à suficiência de AAD e técnicos para dar resposta às necessidades.

Tabela 3: Caracterização dos recursos humanos

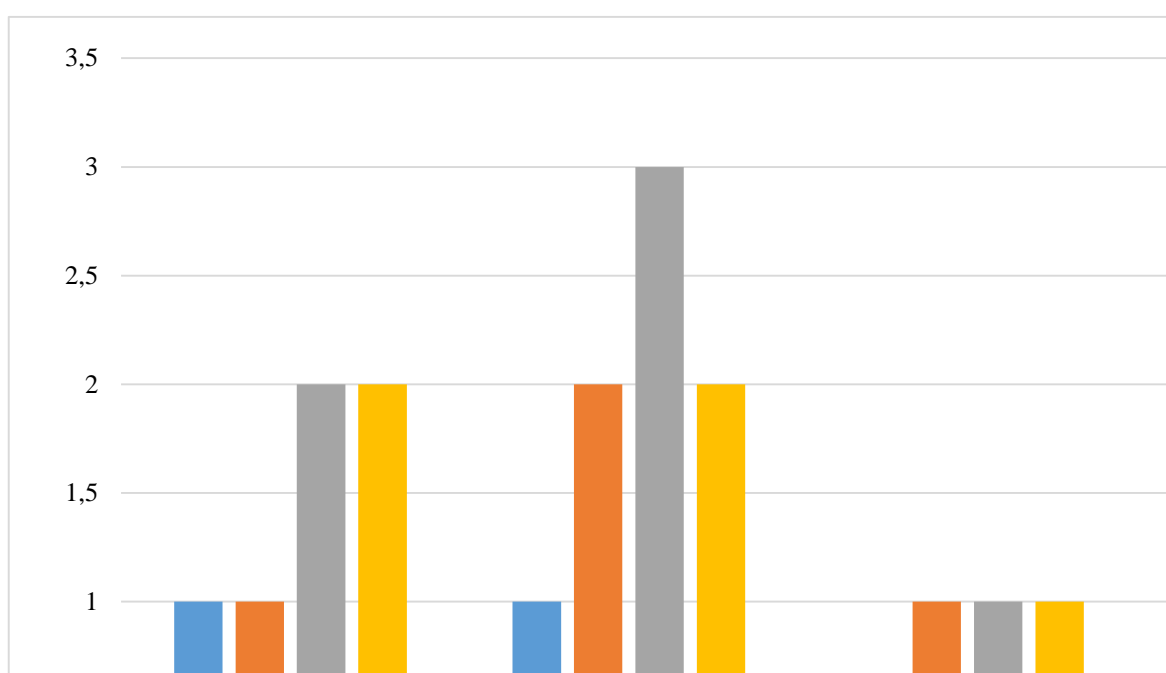
	ER-A	ER-B	ER-C	ER-D
Nº total de colaboradores (as)	14	50	47	42
Nº de AAD	9	26	14	12
Nº de AAD suficientes para responder às necessidades	Sim	Sim	Sim	Sim, mas se possível acrescentaria colaboradoras
Nº de técnicos (as) com formação superior	4	6	8	7
Nº de técnicos suficientes para responder às necessidades	Não	Não	Não	Sim

Referentemente à tabela 3 acerca dos recursos humanos das diferentes instituições podemos constatar que a instituição com maior número de colaboradores (as) é a ER-B coincidindo também com a instituição com maior número de utentes. No que concerne ao número de técnicos com formação superior é a ER-C que apresenta o maior número. Todas as ER consideram que o número de AAD é suficiente para responder às necessidades enquanto que, em relação à constituição da equipa técnica apenas a ER-D revela que o número de técnicos com formação superior é o suficiente para responder às necessidades e que não acrescentaria mais nenhum técnico ao quadro, *[Ah, acrescentaria mais algum técnico à equipa?] Não, não, não acrescentaria.*

Segundo a portaria n.º 67/2012 do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, uma ER, para além do diretor técnico, deve dispor no mínimo de: um(a) animador(a) sociocultural ou educador(a) social ou técnico de geriatria, a tempo parcial por cada 40 residentes; um(a) enfermeiro(a), para cada 40 residentes e um(a) ajudante de ação direta, por cada 8 residentes, entre outros. Assim, os dados apresentados das ER estão em conformidade com as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos. Cada vez mais, hoje em dia, as instituições se preocupam a cumprir os mínimos exigidos por lei uma vez que têm que gerir custos com os colaboradores como refere a técnica superior da ER-D, *temos que pensar na sustentabilidade porque as instituições cada vez lutam mais com dificuldades em*

relação à sua própria sustentabilidade. Portanto, os subsídios que vêm da segurança social que são mensais são bons mas nos últimos dez anos praticamente não tem havido aumentos (...) As reformas também não aumentam (...) em ordem em manter o edifício com qualidade, desde os cuidados de higiene, a alimentação à parte da saúde etc, tudo isso está, enfim, mais ou menos abrangido de uma forma tranquila e de uma maneira que nós tenhamos tranquilidade para dar a resposta quer aos idosos quer aos próprios familiares ah, também temos que ponderar às vezes o número de colaboradoras. Se é “q.b.” se não.

Gráfico 1: Quadro de Técnicos Superiores



Assim, analisando o gráfico 1 consta-se que todas as ER têm no seu quadro técnico um médico (a) de clinica geral e familiar e um (a) animador (a) sociocultural. Todas têm pelo menos um (a) enfermeiro (a) e um (a) técnico (a) de serviço social. Apenas a ER-A não tem fisioterapeuta no seu quadro técnico no entanto revela a necessidade da existência do mesmo: *precisávamos de um fisioterapeuta do lar (ER-A)*.

São múltiplos os fatores que têm um impacto elevado na rotina do doente de Alzheimer sendo que é essencial o acompanhamento dos doentes de Alzheimer por uma equipa multidisciplinar de modo a que haja um acompanhamento mais eficaz (Jurkowski, 1998).

No que diz respeito à formação dos colaboradores e técnicos na vertente da Doença de Alzheimer é quase inexistente no entanto têm, na sua maioria, formação em demências, *nós tivemos envolvidos no projeto “Vidas” (...) foi uma formação intensa sobre a demência (...) houve uma área dedicada aos técnicos, uma área dedicada à direção e outra para alguns colaboradores. Portanto os colaboradores tiveram formação, ah todos nós tivemos formação (...) e vamos ter agora também sobre Alzheimer (...) com a associação de Alzheimer (ER-B).*

Segundo Barbosa, Figueiredo, Cruz, Marques, Mendes e Sousa (2012) cuidar de pessoas com demência é um fator de *stress* para aqueles que intervêm diretamente com este tipo de utentes. Este fator deve-se essencialmente às características da doença bem como à insuficiente formação especializada dos prestadores de cuidados. A The National Care Forum (NCF) (2007) considera que é a instituição que deve desenvolver a aprendizagem, reflexão e desenvolvimento dos prestadores de cuidados, uma vez que é essencial uma abordagem centrada na pessoa com demência e uma prestação de cuidados realizada de forma consciente.

Instituições como a Alzheimer Portugal fornecem apoio, informação, formação e aconselhamento para as pessoas afetadas pela demência, sejam os próprios doentes ou os seus familiares. Este apoio pode ter uma grande importância na forma de gerir a doença (Alzheimer Portugal, 2015b)

3. PROCEDIMENTOS E METODOLOGIAS DE INTERVENÇÃO/ DIAGNÓSTICO

3.1 Método de Acolhimento do Idoso na Instituição

Em todas as instituições é feito um acolhimento ao idoso e à família em que é *a diretora técnica, que faz o acolhimento, ah normalmente à família e ao utente e tentamos dar o acompanhamento possível (ER-A)*. Nesse momento de acolhimento é preenchido uma ficha de avaliação diagnóstica inicial (gostos, *hobbies*, vícios, etc) como confirma a diretora técnica da ER-C, *numa fase inicial perguntamos naquela, numa folhinha que chamamos plano individual de cuidados (...) está no processo, no dossier individual no quarto de cada um*. A informação que consta nessa ficha, na maioria das instituições em estudo, é partilhada em parte ou na totalidade com as AAD e equipa técnica, *é partilhada com a equipa técnica e depois a informação que seja relevante para as*

colaboradoras será transmitida (...) Há uma ficha que é fixada na sala das colaboradoras onde tem todas essas informações (ER-B). Desta forma, é evidente a preocupação das ER em compreender o utente como um todo para que haja uma intervenção holística e centrada no utente.

Como confirma a Alzheimer's Society (2016a) e Dröes (2007) uma intervenção centrada no utente com demência deve passar por conhecer os desejos, necessidades e preferências de cada utente bem como por integrar os prestadores de cuidados e/ou família no desenvolvimento do plano de cuidados. Esta abordagem é caracterizada por valorizar as pessoas com demência, tratando-os como indivíduos, vendo o mundo a partir do seu ponto de vista e criando uma atmosfera psicossocial favorável aos mesmos (por exemplo, integração em atividades e diálogo com outras pessoas).

3.2 Metodologia de Avaliação Clínica e Social do Idoso

Verificou-se que em todas as instituições há uma entrevista inicial e avaliação por parte de todos os técnicos, no entanto os registos das mesmas e a execução bem-sucedida do PI fica aquém do que é exigido pela Segurança Social, *Não! Claramente não (...) na prática até o fazemos de uma forma muito informal mas depois passar isso para um documento a coisa complica-se um bocadinho (ER-C).* Assim, só a ER-B cumpre todos os critérios do PI, *temos um plano individual que é atualizado semestralmente ou sempre que se justifique (...) é realizado por toda a equipa técnica.* Conforme refere Segurança Social (2009) depois de realizada a avaliação e identificação das necessidades do cliente deve proceder-se à elaboração do PI. Este deve ser revisto semestralmente, caso não haja necessidade antecipadamente.

Verificou-se também que grande parte das instituições demonstraram que era difícil de cumprir todos os formalismos técnicos para a realização desse mesmo PI, como nos refere a ER-C, *perde-se demasiado tempo, temos dificuldade temos.*

Segundo a portaria n.º 67/2012 do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, no artigo 9º consta que “é obrigatória a elaboração de um processo individual do residente, com respeito pelo seu projeto de vida, suas potencialidades e competências” no qual consta, entre outros pontos, a elaboração do PI, avaliação e revisão do mesmo.

3.3 Identificação dos Sinais da Doença de Alzheimer no Estádio I e Posterior Acompanhamento

Tabela 4: N° de Idosos com Doença de Alzheimer

	ER-A	ER-B	ER-C	ER-D
N° Total de idosos institucionalizados com Doença de Alzheimer	3	3	30	14
N° de idosos com doença de Alzheimer já diagnosticado antes da admissão na ER	3	2	6	10
N° de idosos com doença de Alzheimer diagnosticado após admissão na ER	0	1	24	4

Analisando a tabela 4, verificou-se que o diagnóstico da doença de Alzheimer já estava, na maioria dos casos, realizado aquando da admissão na instituição, excetuando-se a ER-C em que o diagnóstico foi realizado em larga escala na instituição.

Constatou-se que as AAD (colaboradoras que passam mais tempo com os utentes) estão alerta para as primeiras alterações de comportamento e que posteriormente alertam os técnicos para a ocorrência de tal facto como nos confirma a diretora técnica da ER-B *Se calhar não conseguem chegar ao ponto de dizer que a senhora não está bem se calhar é o inicio de...agora que a pessoa tenha alguns comportamentos diferentes isso acho que sim. Elas às vezes vêm dizer “olhe aquela senhora... não sei mas fez isto ou fez aquilo, parece que não encaixava muito bem naquilo que a senhora costumava fazer” (...)* até porque são elas que estão diariamente com eles, estão na sala com eles e apercebem-se mais do que nunca dos comentários que eles fazem, das conversas que têm (...) Do esquecimento, dessas alterações.

Quando há alterações no comportamento dos utentes e essa alteração é reconhecida pelas AAD, esse registo é transmitido a um técnico que posteriormente reportará ao médico e família. Na ER-C *as alterações que nós precisamos que registem são alterações já contínuas no tempo, discurso incoerente, desorientação espaço, um quadro depressivo, prostração, mais choro, mais confuso, discurso alterado (...)* Depois fazer chegar à equipa de saúde. À semelhança também a ER-D *elas apercebem-se dessas alterações, por norma comunicam-me, eu comunico aos enfermeiros que*

posteriormente falam com o nosso médico e contactamos a família. O médico avalia e se achar pertinente contactamos o neurologista.

Os utentes com diagnóstico de Doença de Alzheimer ou alterações de comportamento em que há suspeita da mesma, são todos acompanhados por um médico neurologista externo às ER até estabilizarem o estado geral. Quando estabilizada a situação são acompanhados, em média, semestralmente como refere a diretora técnica da ER-B *depende como eles estiverem! Se a situação estiver controlada se calhar vão lá de seis em seis meses. Se a situação estiver mais complicada tem que se telefonar e tentar encontrar aqui.*

Segundo Scinto e Daffner (2000) é cada vez mais importante o diagnóstico precoce e preciso da doença de Alzheimer para que haja um tratamento mais direcionado e eficaz. A Alzheimer Association (2016a) sugere que o diagnóstico precoce irá identificar os sinais e sintomas do utente, permitir um tratamento imediato dos sintomas reversíveis, um acompanhamento psicológico e social quando necessário bem como resolver questões do foro financeiro e legal.

4. ATIVIDADES DE ESTIMULAÇÃO ESPECÍFICAS PARA OS UTENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER

Todas as instituições têm atividades promovidas e, na maioria das vezes, planeadas pela animadora sociocultural. São planeadas para o grupo em geral mas não são pensadas, por norma, em específico para os doentes de Alzheimer. Na sua generalidade são executados trabalhos manuais/motricidade fina, ginástica, musicoterapia, passeios, atividades religiosas. Tome-se por exemplo a ER-C em que *temos aquelas de grande grupo, hora do conto...atividades manuais, motricidade. Temos neste momento trabalho de escrita, de estimulação cognitiva, pequenos exercícios, jogos de palavras. Depois há fichas individuais, fichas feitas com todo um conjunto de testes oficiais e que são testados e que são postos, aplicados a estes, sobretudo a essas pessoas com défices cognitivos (...) visitas aos quartos das pessoas mais dependentes com música, com exercícios de relaxamento também.*

De acordo com a Alzheimer's Society (2016b) as atividades como dar um passeio, cozinhar ou pintar podem ajudar a preservar a dignidade e auto-estima. Algumas das atividades mais benéficas podem ser tarefas simples, diárias, como arrumar a mesa para

uma refeição ou dobrar roupas. Eles podem ajudar uma pessoa com demência se sentem ligados à vida normal e pode maximizar a escolha e controle.

Segundo Fernández-Ballesteros (2011) para além da estimulação cognitiva, as atividades sociais e de lazer aplicadas nos idosos têm, conjuntamente, um efeito bastante positivo no funcionamento cognitivo e são um fator de prevenção contra a deterioração cognitiva.

5. ARTICULAÇÃO ENTRE A ESTRUTURA RESIDENCIAL E FAMÍLIA

No que diz respeito a esta subcategoria, denota-se que as famílias estão presentes e, na generalidade, há uma boa articulação com a instituição no entanto, nem todas entendem a dimensão da doença, chegando mesmo à negação. *Felizmente... não sei se é por ser Alzheimer... as situações todas que nós temos tido com Alzheimer a família é extremamente presente.* (ER-B).

A visão da diretora técnica da ER-A é de que *a família está mais desperta para a problemática do Alzheimer e já não é uma doença tão desconhecida*, contrapondo-se com a técnica superior de serviço social da ER-D que refere que *quando o familiar tem dificuldade temos que tratar do residente ou do doente de Alzheimer e tratar da família porque as pessoas não têm formação*.

Ao aparecimento dos primeiros sintomas, a família não sabe o que está a acontecer diante das manifestações do seu familiar, gerando sentimentos de agressividade e irritação. Por outro lado portador da doença de Alzheimer pode perceber as próprias limitações, correndo o risco de depressão. À medida que a doença vai evoluindo, ocorre a busca por um diagnóstico, porém, os familiares nem sempre o aceitam havendo a possibilidade de negação. Após a aceitação do diagnóstico, pode haver uma sensação de catástrofe no entanto, as famílias reagirão de maneiras diferentes, dependendo das próprias características (Goldfarb & Lopes, 1996 citado em Cruz & Hamdan, 2008).

Segundo a diretora técnica da ER-D quando a família nega a doença projeta os problemas para os prestadores de cuidados: *quer nós temos dificuldade em lidarmos com eles, quer as famílias têm dificuldade e as famílias quando têm dificuldades em vez de entenderem e aceitar o doente como ele é muitas vezes tentam projetar para quem está a cuidar dele os problemas existentes*. Goldfarb e Lopes (1996) citado em Cruz e Hamdan (2008) afirmam que os cuidadores formais estão sujeitos a passar por diversos

conflitos com a família do paciente, podendo ser objeto de projeção de culpas e frustrações que não podem ser aceites na família

Bottino, Carvalho, Alvarez, Avila, Zukauskas, Bustamante, Andrade, Hototian, Saffi e Camargo (2002) alertam para a importância da realização de intervenções com as famílias do utente com demência uma vez que, os trabalhos realizados com grupos de familiares e cuidadores ajudam a lidar melhor com a sobrecarga emocional e ocupacional reduzindo inclusivamente os sintomas psiquiátricos.

6. PERSPETIVAS FUTURAS DE INTERVENÇÃO

Esta última subcategoria foi acrescentada ao quadro inicial uma vez que todas as entrevistadas referiram esta temática, o que originou pertinência na sua exploração.

Assim, algumas das entrevistadas fazem referência à necessidade de serem criadas Estruturas Residenciais específicas para doentes de Alzheimer, *eu acho que era importante termos técnicos especializados com doentes de Alzheimer, adoro a ideia de os espaços físicos estarem adaptados (...) concordo com a dissociação das instituições porque quem está mais especializado acaba por trabalhar melhor...ah e mais técnicos para trabalhar mais tempo com esses idosos (ER-A).*

A diretora técnica da ER-B refere que *é um bocadinho reticente ao mesmo tempo porque eu acho que as pessoas são mais estimuladas quando estão numa sala com outras pessoas que estão bem. Nós já tivemos uma experiência que tínhamos utentes completamente dependentes numa sala e não se passava nada nessa sala. E eu acho que quando eles estão e veem as outras pessoas aquilo também é uma estimulação para eles.*

Muitas pesquisas se focam na necessidade de adaptar o ambiente físico para idosos e portadores de necessidades físicas, porém os portadores de demências, apesar de serem na sua maioria idosos e possuírem alguma dificuldade de locomoção, necessitam de um ambiente especificamente pensado para compensar os seus défices cognitivos.

Assim, Kok, Berg e Scherder (2013), no resultado de uma revisão de literatura, concluíram que utentes com demência que vivem em instituições especializadas apresentam mais agitação/agressão, mais depressão, ansiedade e um maior declínio cognitivo quando comparado com instituições que não estão especializadas para receber

este tipo de utentes. Demonstraram que há uma tendência para um melhor estado funcional e qualidade de vida em instalações adaptadas e com cuidados especializados. Nos estudos longitudinais, analisados nesta revisão de literatura, mostraram um aumento do número de casos neuropsiquiátricos, mais utentes com deterioração do comportamento e resistência no cuidar em instituições especializadas, no entanto, ocorre um menor declínio das atividades de vida diária. Esta revisão justifica a distinção entre pacientes com e sem demência com base em diferentes variáveis comportamentais, cognitivas e funcionais.

CAPÍTULO IV - CONCLUSÃO

Com o aumento da taxa de envelhecimento da população a nível Mundial muitos são os casos de demência que surgem. De entre os vários tipos de demência surge a doença de Alzheimer como uma das mais comuns nos dias de hoje.

A doença de Alzheimer acarreta consigo inúmeras alterações nas capacidades cognitivas do indivíduo, havendo uma progressiva deterioração das mesmas e, por consequência, a dependência nas vivências e tarefas do dia-a-dia. O utente com doença de Alzheimer necessita de cuidados e vigilância permanente e o ato de cuidar torna-se desgastante para quem cuida. Assim, a doença tem também um impacto na família dos doentes havendo a necessidade de recorrer às respostas sociais existentes como por exemplo, as Estruturas Residenciais.

Um ambiente físico adequado, recursos humanos com formação especializada e em número suficiente, atividades de estimulação planeadas com base nos défices físicos e cognitivos dos utentes são fatores cruciais para uma intervenção mais direcionada de modo a retardar/atenuar as perdas. Para além destes fatores, é de salientar a importância da realização do PI entre equipa multidisciplinar, família e utente para que a intervenção seja mais individualizada/personalizada e para que o utente seja visto como um todo.

Neste estudo e com base nestes princípios, foram estabelecidas categorias de avaliação (ambiente físico; recursos humanos, procedimentos e metodologias de intervenção/diagnóstico; atividades de estimulação; articulação instituição/família e perspectivas futuras de intervenção nas estruturas residenciais) e realizadas entrevistas com guião semi-estruturado e inquéritos por questionário às diretoras técnicas de quatro Estruturas Residenciais para a respetiva recolha de dados. Depois da análise e discussão de resultados surgiram as conclusões nas respetivas categorias.

Ambiente Físico

No que concerne ao ambiente físico foram realizadas modificações ao longo dos anos no entanto, devido a questões arquitetónicas ainda se encontram barreiras que dificultam a vivência diária do idoso, incluindo alguns problemas de segurança. Evidencia-se então

que grande parte das Estruturas Residenciais analisadas não estão adaptadas para acolher utentes com Doença de Alzheimer. Existem inúmeras necessidades de adaptação do meio, nomeadamente no que diz respeito à segurança do edificado, identificação dos espaços por cores e até mesmo acessibilidade que, por consequência, pode pôr em risco a segurança dos utentes. Segundo a Alzheimer's Australia (2004), as instalações devem estar adaptadas para lidar com a evolução da doença desde os estádios mais precoces até aos mais avançados.

Recursos Humanos

Nas estruturas residenciais em estudo as AAD estão em número suficiente contrapondo-se ao facto de haver falta de técnicos superiores especializados para intervir especificamente com estes utentes. Salienta-se a falta de formação das AAD uma vez que são estas que têm mais contacto com o idoso, e por conseguinte as que mais facilmente se apercebem das alterações de comportamento do mesmo, tomando assim, uma posição bastante importante no diagnóstico precoce da doença. Apesar disto, as diretoras técnicas das instituições em estudo referem que as mesmas estão alerta e informam os técnicos superiores aquando dessas alterações.

Sendo o objetivo geral de intervenção em utentes com Doença de Alzheimer manter a máxima funcionalidade e minimizar as alterações cognitivas e comportamentais, é de salientar que uma abordagem multidisciplinar para o tratamento e cuidado deste tipo de utentes é imprescindível (Jurkowski, 1998).

Procedimentos e metodologias de investigação

Relativamente aos procedimentos e metodologias de intervenção, constatou-se que apesar de haver o preenchimento de uma ficha inicial de acolhimento ao idoso na instituição, existem dificuldades no cumprimento dos PI's. Constatou-se que há a necessidade de realizar avaliações, mesmo que seja de forma informal. No entanto, o tempo e recursos humanos disponíveis bem como o sistema burocrático para preenchimento dos PI's, exigido pela Segurança Social, ainda dificultam a execução dos mesmos.

Salienta-se assim, a necessidade de num futuro próximo serem projetados programas informáticos com formulários de simples preenchimento, onde constem as categorias de avaliação dos PI's, Assim, cumprir-se-iam os requisitos da Segurança Social, realizava-

se uma avaliação formal, fazendo com que a intervenção fosse mais direcionada, personalizada e individualizada. A formação dos técnicos, AAD e famílias é imprescindível para que haja uma intervenção e acompanhamento mais adequado perante utentes com doença de Alzheimer.

Constatou-se ainda que a avaliação clínica dos doentes de Alzheimer é realizada e acompanhada por médicos neurologistas, no mínimo, semestralmente.

Atividades de Estimulação

Denotou-se que as atividades de estimulação não são planeadas nem direcionadas exclusivamente para os doentes de Alzheimer, ou seja, não há uma abordagem personalizada e/ou individualizada. Ainda assim, são realizadas atividades de estimulação cognitivas, atividades ocupacionais e físicas para os residentes das instituições.

É de salientar a existência de programas de estimulação cognitiva existentes que têm a finalidade de prevenir o declínio cognitivo global consequente de doenças progressivas neuro degenerativas como são exemplo as demências (Nordon, Guimarães, Kozonoe, Mancilha, & Neto, 2009).

Articulação instituição/família

As famílias estão cada vez mais presentes no entanto, há necessidade de formar/informar as mesmas acerca dos diferentes aspetos da doença como por exemplo, estádios da doença, alterações comportamentais, etc. Segundo Norris (2009) citado em Silva, Fratezi e Lopes (2013) a atenção à família torna-se fundamental, pois a saúde mental dos idosos institucionalizados é afetada pelos vínculos familiares. Assim, no contexto das Estruturas Residenciais, o desafio dos profissionais baseia-se em dar apoio emocional ao idoso e família fazendo com que se rompam o sentimento de afastamento, isolamento e abandono familiar (Norris, 2009 citado em Silva, Fratezi & Lopes, 2013).

Considerações finais e perspetivas futuras

À exceção de uma diretora técnica todas as restantes acreditam que no futuro deverão haver mais instituições específicas para acolher utentes com doença de Alzheimer de modo a que haja uma abordagem mais holística.

Seria pertinente, uma vez que os casos de demência estão a aumentar e que muitas vezes só são diagnosticados após a institucionalização, as Estruturas Residenciais do futuro já estarem pensadas para este tipo de situações. Poderiam ser criados espaços mais direcionados para os utentes com este tipo de patologia mas que também houvesse espaços comuns para contacto com os restantes residentes, estimulando as relações sociais. Iriam assim, evitar a segregação de uma patologia numa só instituição não isolando só utentes de Alzheimer num determinado espaço. Como referido anteriormente nas citações relativas ao estudo de Kok, Berg e Scherder (2013) há um menor declínio cognitivo, menos agitação/depressão e ansiedade em instituições que não são específicas para utentes com doença de Alzheimer. No entanto também referem há um melhor estado funcional e qualidade de vida em instalações adaptadas e com cuidados especializados. Desta forma, e agrupando ideias, instalações adaptadas, com cuidados especializados mas em contacto com utentes sem a patologia poderiam ser hipóteses a testar.

Através da investigação realizada pode concluir-se que há dificuldades no que respeita ao apoio prestado a utentes com doença de Alzheimer nas Estruturas Residenciais. As instalações, colaboradores, atividades de estimulação/ocupação são iguais para todos os residentes não havendo assim, um apoio individualizado e personalizado em detrimento das necessidades específicas de cada um, conforme o que deveria ser estabelecido como objetivos no PI.

Assim, as instituições que prestam cuidados a idosos não estão “desenhadas” nem preparadas para acolher e acompanhar este tipo de utentes com necessidades especiais. No entanto, é de salientar os esforços realizados ao longo dos anos para a adaptação dos espaços bem como do recrutamento de técnicos cada vez mais especializados (mesmo que ainda em número insuficiente). É de igual forma importante o facto de, apesar do défice de formação, as AAD estarem alerta para os primeiros sinais da doença favorecendo um encaminhamento e diagnóstico rápido, bem como uma intervenção o mais precoce possível, de modo a retardar as perdas.

As conclusões do estudo são um contributo para a compreensão da intervenção das instituições que recebem utentes com doença de Alzheimer. Salientam a importância da investigação relativa à compreensão da envolvência dos diferentes fatores para o

sucesso da institucionalização do indivíduo favorecendo um envelhecimento ativo, não obstante à condição de saúde inerente.

Surgem assim como sugestões, a realização de estudos futuros com uma amostra maior, e aliar, à entrevista e ao inquérito por questionário, a observação. Seria interessante compreender o panorama nacional, ou seja, aplicar o estudo em diversos distritos de diferentes regiões de Portugal.

Sugere-se, em detrimento do que foi investigado, que num futuro próximo seja realizado um manual de boas práticas para a intervenção das Estruturas Residenciais com doentes de Alzheimer.

Limitações ao estudo

No que diz respeito às condicionantes do estudo salienta-se o facto de a amostra ser pequena uma vez que, com uma amostra desta dimensão a generalização não é possível. O facto de as instituições pertencerem ao mesmo distrito e relativamente próximas geograficamente faz com que fatores culturais e de localização sejam muito idênticos, podendo limitar os resultados de pesquisa.

A entrevista e o inquérito revelaram-se boas técnicas de recolha de dados no entanto, sugere-se que em estudos futuros seja usada também a observação estruturada. A observação estruturada permitiria ao investigador partir para o terreno com um protocolo de observação avaliando as mesmas dimensões (Kumar, 2011 citado em Coutinho, 2014) em estruturas residenciais diferentes

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, I. D., Forlenza, O. V., & Barros, H. L. (2005). *Demência De Alzheimer: Correlação Entre Memória e Autonomia*. Brasil: Revista de Psicologia Clínica.
- Ageing Disability & Home Care, N., & Alzheimer's Australia, N. (2011). *At home with dementia : a manual for people with dementia and their carers* (3ª ed.). Sydney: ADHC.
- Almeida, L., & Freira, T. (1997). *Metodologias da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT.
- Alzheimer Europe. (29 de Junho de 2015). Obtido de <http://www.alzheimer-europe.org>: <http://www.alzheimer-europe.org/Dementia/Alzheimer-s-disease/Who-is-affected-by-Alzheimer-s-disease>.
- Alzheimer Portugal. (2009). *Plano Nacional de Intervenção Alzheimer - Trabalho preparatório para a Conferência "Doença de Alzheimer: que políticas?"*. Lisboa: Alzheimer Portugal.
- Alzheimer Portugal. (2015a). *Demência*. Obtido em 04 de Outubro de 2015, de Alzheimer Portugal: <http://alzheimerportugal.org/pt/demencia>
- Alzheimer Portugal. (2015b). *A Doença de Alzheimer*. Obtido em 05 de Outubro de 2015, de Alzheimer Portugal: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-30-14-a-doenca-de-alzheimer>
- Alzheimer Portugal. (2015c). *Conferência "Doença de Alzheimer – A Caminho de uma Política Integrada?"*. Obtido de Alzheimer Portugal: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-17-84-206-conferencia-doenca-de-alzheimer-a-caminho-de-uma-politica-integrada>
- Alzheimer Portugal.(2015d). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Obtido em 12 de Junho de 2015, de Alzheimer Portugal: <http://alzheimerportugal.org>
- Alzheimer Portugal. (2015e). *Adaptar o Ambiente*. Obtido em 13 de Outubro de 2015, de Alzheimer Portugal: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-15-23-129-criar-um-ambiente-tranquilo>
- Alzheimer Portugal. (2015f). *Criar um ambiente tranquilo*. Obtido de Alzheimer Portugal: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-15-23-129-criar-um-ambiente-tranquilo>
- Alzheimer Portugal. (2016). *Lar e Centro de Dia "Casa do Alecrim"*. Obtido em 23 de Janeiro de 2016, de Alzheimer Portugal: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-10-54-87-lar-e-centro-de-dia-casa-do-alecrim>
- Alzheimer Society. (2015). *Alzheimer's disease*. Obtido de Alzheimer Society Canada : <http://www.alzheimer.ca/en/About-dementia/Alzheimer-s-disease>

- Alzheimer's Association. (2016). *Diagnosis of Alzheimer's Disease and Dementia*. Obtido de Alzheimer Association: http://www.alz.org/alzheimers_disease_diagnosis.asp#steps
- Alzheimer's Australia. (2004). *Dementia Care and the Built Environment*.
- Alzheimer's Disease International. (2009). *World Alzheimer Report 2009*. London: Alzheimer's Disease International.
- Alzheimer's Disease International. (2015). *World Alzheimer Report 2015*. London: Alzheimer's Disease International.
- Alzheimer's Association. (2015). *Types of Dementia*. Obtido em 04 de Outubro de 2015, de Alzheimer's Association: <http://www.alz.org/dementia/types-of-dementia.asp>
- Alzheimer's Society. (2016a). *Treating behavioural and psychological symptoms of dementia*. Obtido em 13 de Fevereiro de 2016, de Alzheimer's Society: Alzheimer's Society
- Alzheimer's Society. (2016b). *Staying involved and active*. Obtido em 14 de Fevereiro de 2016, de Alzheimer's Society: https://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=115
- Ancoli-Israel, S., Gehrman, P., Martin, J., Shochat, T., Marler, M., Corey-Bloom, J., & Levi, L. (2003). Increased light exposure consolidates sleep and strengthens circadian rhythms in severe Alzheimer's disease patients. *Behavioral Sleep Medicine*, 22-36.
- Alzheimer Europe. (2015). *How is it diagnosed?* Obtido em 2015 de Outubro de 2015, de Alzheimer Europe: <http://www.alzheimer-europe.org/Dementia/Alzheimer-s-disease/How-is-Alzheimer-s-disease-diagnosed#fragment3>
- Barbosa, A., Figueiredo, D., Cruz, J., Marques, A., Mendes, A., & Sousa, L. (2012). Supporting staff caring for institutionalised people with dementia: a psycho-educational approach. *Conferência Internacional sobre o Envelhecimento* (pp. 49-58). Lisboa: Fundação D. Pedro IV.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Berger, L., & Mailloux, D. (1995). *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global-Processo de Enfermagem por Necessidades*. Lisboa: Lusodidacta.
- Black, T. (1999). *Doing quantitative research in the Social Sciences: An integrated approach to research design, measurement and statistics*. London: Sage Publications.
- Bottino, C. M., Carvalho, I., Alvarez, A., Avila, R., Zukauskas, P., Bustamante, S., Andrade, F., Hototian, S., Saffi, F., Camargo, C. (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 70-79.
- Brawley, E. (1997). *Designer for Alzheimer's disease: strategies for creating better care environments*. New York: John Wiley & Sons.

- Calkins, M. (1988). *Design for demencia: planning environments for the elderly and the confused*. Maryland: National Health Publishing.
- Cancela, D. M. (2007). *O Processo de Envelhecimento*. Obtido de Psicologia: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: coisas de Ler.
- Cardoso, T., Alarcão, I., & Celorico, J. (2010). *Revisão da Literatura e Sistematização do conhecimento*. Porto: Porto Editora.
- Chaimowicz, F., & Greco, D. (1999). Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte. *Rev. Saúde Pública*, 454-460.
- Cohen, U., & Wiseman, G. (1991). *Holding on to home: designing environments for people with dementia*. Johns Hopkins University Press, Maryland.
- Coons, D. (1991). *Specialized dementia care units*. Johns Hopkins University Press, Maryland.
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Creutzberg, M., Gonçalves, L. H., Sobottka, E., Santos, L., & Beatriz, R. (2007). A comunicação entre a família e a Instituição de Longa Permanência para Idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 147-160.
- Cruz, M., Hamdan, A. (2008). O Impacto da Doença de Alzheimer no Cuidador. *Psicologia em Estudo*, 223-229.
- Cunha, P. (2012). *O Múltiplo Olhar Institucional Sobre os Doentes de Alzheimer*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais, Viseu.
- DMS-IV-TR, A. P. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Dröes, R. M. (2007). Insight in coping with dementia: listening to the voice of those who suffer from it. *Aging and Mental Health*, 115-118.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive aging: objective, subjective and combined outcomes. *E-Journal of Applied Psychology*, 22-30.
- Ferreira, Z. (2011). *Percepção do estado de saúde da pessoa idosa institucionalizada*. Faculdade Ciências Médicas Universidade Nova de Lisboa.
- Ferretti, C. E. (2004). *Identificação de fatores de risco envolvidos no processo de institucionalização do portador de demência*. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: s.d.
- Gaugler, J. (2005). Family Involvement in Residential Long-Term Care: A Synthesis and Critical Review. *Aging Ment Health*, 105-118.
- Gil, A. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas.
- Gil, A., Mendes, A., & Instituto de Segurança Social, I. (2005). *Situação dos Doentes de Alzheimer: um estudo exploratório*. Quinta Dimensão.

- INE. (2011). Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011). Obtido em 11 de Outubro de 2015, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicador&contexto=ind&indOcorrCod=0006042&selTab=tab10
- INE. (2002a). Óbitos pela Doença Alzheimer. (INE, Ed.)
- INE. (2002b). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População.
- INE. (2009). Projecções de população residente em Portugal 2008-2060. *Destaque*. Obtido em Janeiro de 2016, de www.ine.pt.
- INE. (2012). Risco de morrer. *Destaque*. Obtido em Janeiro de 2016, de www.ine.pt.
- INE. (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. *Destaque*. Obtido em Janeiro de 2016, de www.ine.pt.
- Júnior, J. (2003). *As características das acções multidisciplinares do Programa de caminhada orientada da Universidade Federal JF na atenção Integral da saúde*. Minas Gerais: Centro de Atenção à Saúde.
- Jurkowski, C. (1998). A Multidisciplinary Approach to Alzheimer's Disease: Who Should Be Members of the Team? *The American Journal of Medicine*, 13S-16S.
- Karsh, U. (2003). Idosos Dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 861-866.
- Kok, J., Berg, I., & Scherder, E. (2013). Special Care Units and Traditional Care in Dementia: Relationship with Behavior, Cognition, Functional Status and Quality of Life – A Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 360-375.
- Loveday, B., Kitwood, T., & Bowe, B. (1998). Improving Dementia Care: A Resource for Training and Professional Development. *Hawker Publications*.
- Marshall, M. (2001). Environment: how it helps to see dementia as a disability. *The Journal of Dementia Care*.
- Medeiros, P. (2012). Como estaremos na velhice? Reflexes sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polémica*, 439-453. Obtido de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/3734/2616>
- Ministério da Saúde. (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde-Despacho Ministerial de 8 de Junho de 2004.
- NCF, T. N. (2007). *Statement of best practice: Key principles of person-centred dementia care*. Coventry: National Care Forum.
- Nordon, D., Guimarães, R., Kozonoe, D., Mancilha, D., & Neto, V. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 5-8.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório de Saúde no Mundo-saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva: OMS.

- Pascale, M. (2002). *Ergonomia e Alzheimer: A contribuição dos fatores ambientais como recurso terapêutico nos cuidados de idosos portadores da demência do tipo Alzheimer*. Dissertação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. Coimbra: Quarteto.
- Portal da Saúde. (2015). *O que é a doença de Alzheimer?* Obtido em 06 de Outubro de 2015, de Portal da Saúde: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministerio+saude/doencas/doencas+degenerativas/oqueeadoencadealzheimer.htm>
- Portaria n.º 67/2012 do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social de 21 de Março (2012) de 2015, Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas. Diário da República. Série I. N.º 58. (21/03/2012), 1324-1329.
- Quevedo, A. (2002). *Residência para Idosos: Critérios de Projeto*. Dissertação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Porto Alegre.
- Rowles, G., & Teaster, P. (2016). *Long-Term Care in an Aging Society: Theory and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, M. (2013). *Metodologia de pesquisa* (5ª ed.). Porto Alegre: Penso.
- Saraiva, D. (14 de Abril de 2015). *A importância das equipas multidisciplinares*. Obtido de Atlas da Saúde: <http://www.atlasdasaude.pt/publico/content/importancia-das-equipas-multidisciplinares>
- Scinto, L., & Daffner, K. R. (2000). *Early Diagnosis of Alzheimer's Disease*. New Jersey: Humana Press.
- Segurança Social. (2009). *Manual de Processos-Chave: Estrutura Residencial para Idosos*. Obtido em 15 de Outubro de 2015, de http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13337/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_Procesos-Chave
- Segurança Social. (1 de Outubro de 2015). *Apoios Sociais e Programas*. (S. Social, Editor) Obtido em 7 de Outubro de 2015, de <http://www4.seg-social.pt/idosos>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Sérgio, J., & Valença, A. (2003). *Alguns Conselhos sobre a Doença de Alzheimer*. Associação Portuguesa dos Familiares e Amigos dos Doentes de ALZHEIMER. Obtido em 22 de Janeiro de 2016, de http://alzheimerportugal.org/public/files/alguns_conselhos_sobre_a_doenca_de_alzheimer.pdf
- Silva, H., Fratezi, F., & Lopes, A. (2013). Idosos com doença de Alzheimer e família: uma proposta de prática gerontológica na promoção de vínculos e comunicação. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, 18, 45-62.

- Sloane, P., Williams, C. S., Mitchell, C. M., Preisser, J. S., Wood, W., Barrick, A. L., . . . Zimmerman, S. (2007). High-Intensity Environmental Light in Dementia: Effect on Sleep and Activity . *Journal of the American Geriatrics Society*, 1524–1533.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). *Qualidade de vida e Bem-estar dos Idosos: um estudo exploratório na população portuguesa*. Aveiro: Revista de Saúde Pública.
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Tavares, R. (2007). Construindo mapas conceituais. *Ciências & Cognição*, 72-85.
- Touchon, J., & Portet, F. (2002). *Guia prático da doença de Alzheimer*. Lisboa: Climepsi Editores.
- University of Stirling. (2013). *Dementia Services Development Centre. Improving the design of housing to assist people with dementia*. Escócia: The Publishing Bureau.
- Veloso, C. (2005). *Equipe Multiprofissional de Saúde*. Minas Gerais: Confef.
- WHO. (2001). *The world health report:2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO Library Cataloguing.
- WHO. (2002). *Active Ageing: a policy framework*. Madrid: WHO.
- WHO. (2012). *Dementia: a public health priority*. Geneva: World Health Organization.
- Zeisel, J., Silverstein, N., Hyde, J., Levkoff, S., Lawton, M., & Holmes, W. (2003). Environmental Correlates to Behavioral Health Outcomes in Alzheimer's Special Care Units. *The Gerontologist*, 697–711.

APÊNDICES

APÊNDICE I – GUIÃO SEMI-ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

Guião da Entrevista Semi-estruturada

A presente entrevista é realizada no âmbito da dissertação do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo da Escola Superior de Saúde e Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria sobre a temática: Perfil das Estruturas Residenciais no Diagnóstico e Acompanhamento de Utentes com Doença de Alzheimer.

Eu, Ana Carolina de Sousa Cordeiro, investigadora responsável por esta entrevista, solicito a sua colaboração para a concretização deste estudo. Os dados recolhidos serão apenas usados na presente investigação, assegurando sempre o seu anonimato. Também solicito a autorização para que a entrevista seja gravada.

Grata pela colaboração,

Ana Carolina Cordeiro

Data: ____/____/____

Hora de início: _____

Hora do fim: _____

Tempo de gravação: _____

Nome da Instituição: _____

Tipo de instituição: _____

Localização: _____

1. Ambiente físico

Considera que o espaço físico da instituição está acessível a utentes com Alzheimer?

Que aspetos negativos e positivos tem a considerar? O que mudaria de imediato e o que é que considera que está apropriado/adaptado à população em estudo?

(luminosidade, áreas ao ar livre seguras, sinalética, casas de banho adaptadas, quartos individuais, quartos personalizados, espaços apropriados para a realização de atividades)

Permitem que o/a utente traga objetos pessoais, mobília para o seu quarto?

O/a utente pode circular pela instituição em segurança, sozinho/a?

2. Caracterização dos recursos humanos

- Considera que o nº de técnicos (as) formados (as) na área em questão é adequado à população em estudo existente na instituição?

Existe a necessidade de acrescentar técnicos (as) à equipa tendo em consideração esta população?

- Se sim, que tipo de técnicos (as)?

Considera que a formação existente por parte das (os) auxiliares de ação direta é adequada à população em estudo existente na instituição?

Existem voluntários (as) que colaboram com a instituição?

- Se sim, têm algum papel/função destinada aos doentes de Alzheimer?
Qual?

3. Diagnóstico

Os (as) colaboradores (as) têm conhecimento dos primeiros sinais/sintomas da doença de Alzheimer a ponto de os identificarem e alertarem os profissionais de saúde numa fase inicial da mesma?

4. Aspetos clínicos

Existe um(a) técnico(a) responsável pelo acolhimento do idoso?

No momento do acolhimento, é preenchida alguma ficha de registo inicial, onde estejam nomeados os gostos, hobbies, vícios etc, do utente?

- Se sim, essa ficha é partilhada com todos (as) os (as) cuidadores (as)?

É realizada uma avaliação inicial por todos (as) os (as) técnicos (as)?

É realizado o Plano individual?

- Se sim, é reavaliado e estabelecem-se novos objetivos?
- Qual a frequência das reavaliações?

Os/as utentes com doença de Alzheimer têm acompanhamento de médicos(as) especialistas?

- Se sim, de quanto em quanto tempo?

5. Atividades de Estimulação

As atividades são prestadas individualmente ou em grupo?

Que tipo de atividades são organizadas na instituição? (passeios, jogos, trabalhos manuais, leitura, escrita)

- Quais as componentes que são maioritariamente trabalhadas? (motricidade fina, memória, linguagem, capacidade motora)

Algumas dessas atividades estão especialmente destinadas aos utentes com doença de Alzheimer? Ou são adaptadas a este tipo de utentes?

- Quais os objetivos gerais das atividades para este tipo de utentes? (motricidade fina, memória, linguagem, capacidade motora, atividades da vida diária)
- Quem é que planeia e executa estas atividades?

6. Como é que é feita a articulação entre o idoso com Alzheimer institucionalizado e a sua família?

Tendo em conta o trabalho desenvolvido na instituição com os doentes de Alzheimer, o que é que acha que deveria ser melhorado num futuro próximo? Que medidas devem ser tomadas?

APÊNDICES II – QUESTIONÁRIO

Questionário

O presente questionário é realizado no âmbito da dissertação do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo da Escola Superior de Saúde e Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria sobre a temática: Perfil das Estruturas Residenciais no Diagnóstico e Acompanhamento de Utentes com Doença de Alzheimer.

Eu, Ana Carolina de Sousa Cordeiro, investigadora responsável por este questionário, solicito a sua colaboração para a concretização deste estudo. Os dados recolhidos serão apenas usados na presente investigação, assegurando sempre o seu anonimato.

Grata pela colaboração,

Ana Carolina Cordeiro

Tipo _____ **de**
instituição: _____

7. Caraterização da instituição

Anos de atividade da instituição: _____

É certificada pela qualidade? _____

Nº de idosos: _____

Nº de idosos com diagnóstico de Doença de Alzheimer (Utentes que tomam medicação para a mesma): _____

Nº de idosos que integraram a valência lar com a Doença de Alzheimer já diagnosticada: _____

8. Caraterização dos recursos humanos

Nº de colaboradores (as): _____

Nº de técnicos (as) com formação superior: _____

- Área de formação dos técnicos (as):
- Algum (a) dos (as) técnicos (as) é especializado (a) ou tem formação em doença de Alzheimer? Se sim, quais e qual a formação?

Nº de auxiliares de ação direta: _____

- Nº de auxiliares com formação na área da geriatria? _____
- Algum (a) dos (as) auxiliares de ação direta é especializado (a) ou tem algum tipo de formação em doença de Alzheimer? Se sim, quais e qual a formação?

Obrigada pelo seu contributo!

APÊNDICE III – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Declaração de Consentimento

Data: ___/___/___

Eu, Ana Carolina de Sousa Cordeiro, aluna do Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo da Escola Superior de Saúde e da Escola Superior de educação e Ciência Sociais do Instituto Politécnico de Leiria, pretendo aplicar-lhe um inquérito por questionário e um inquérito por entrevista para a concretização da minha dissertação com a temática - Intervenção das Estruturas Residenciais no Diagnóstico e Acompanhamento de Utentes com Doença de Alzheimer. Neste sentido solicito o seu consentimento para fazer parte deste trabalho de investigação.

Mais informo que os dados recolhidos serão tratados e divulgados com carácter de anonimato. O inquérito por entrevista será em formato áudio com a possibilidade de registo de notas.

Eu, Ana Carolina de Sousa Cordeiro, portadora do cartão de cidadão nº 13779940, declaro que me comprometo ao devido sigilo perante os dados recolhidos através dos inquéritos por entrevista e questionário junto da instituição _____ . Tal como me comprometo a eliminar as gravações se assim o entenderem.

A Aluna

(Ana Carolina de Sousa Cordeiro)

Eu, _____ portador (a) do cartão de cidadão nº _____ declaro participar de livre vontade no trabalho de investigação sobre a temática “Intervenção das Estruturas Residenciais no Diagnóstico e Acompanhamento de Utentes com Doença de Alzheimer”. Mais declaro ter recebido a informação prévia e esclarecedora acerca dos procedimentos a serem assumidos pela estudante na aplicação dos inquéritos por entrevista e por questionário.

Solicito que as gravações _____ eliminadas no fim do trabalho.

O/A Entrevistado (a)

APÊNDICE IV – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

Transcrição da entrevista

Estrutura Residencial A

Observações:

Data: 31 de Outubro de 2015

Local: Gabinete da Diretora Técnica

Duração: 16m24s

Desenvolvimento da Entrevista

A: Investigadora

B: *Diretora Técnica*

A: (Nome da diretora técnica), relativamente ao ambiente físico considera que o espaço físico da instituição esta acessível aos utentes com doença de Alzheimer, que é fácil circular dentro da instituição?

B: *É acessível o espaço.*

A: A nível de barreiras arquitetónicas?

B: *O espaço onde os utentes estão não. Só para eles irem aos quartos é que eles têm que utilizar o elevador de resto é tudo acessível.*

A: Que aspetos positivos e negativos tem a considerar relativamente à estrutura? O ambiente, o jardim...

B: *Nós gostávamos de ter mais espaços de salas, melhores espaços. Mas estamos bem com os espaços que temos. Não estamos mal.*

A: Mas, considera que os espaços que tem são apropriados e estão adaptados da melhor forma a este tipo de utentes?

B: *Não, podiam estar muito melhor.*

A: Em que aspetos?

B: *Gostava muito de ter os espaços identificados com cores para ser mais fácil para os utentes identificarem, deslocarem-se para uma casa de banho. Já tenho algumas casas de banho assim e gostava de não ter tantas portas de acesso à rua especialmente as portas de emergência que são muito complicadas porque não podemos fechá-las e os doentes de Alzheimer conseguem a maioria deles abrir portas de emergência.*

A: Então esses acessos à rua estão lhes facilitados?

B: *Exatamente, não posso fechar portas de emergência, mas tenho o espaço exterior que está fechado. Eles podem ir até à rua mas não têm acesso ao espaço público. Mas se estiver a chover eles têm acesso ao espaço exterior*

A: Exato, e vão lá para fora.

B: *(Anuiu)*

A: Relativamente à luminosidade, a casas de banhos?

B: *As nossas casas de banho são muito boas, são todas novas e têm, pronto, têm as condições todas para qualquer idoso. A nível de luminosidade a nossa instituição é muito antiga e portanto tem janelas muito pequenas, pouca luz, tem vários corredores, vários...pronto, não favorece a luz de todo. É terrível a luminosidade. (risos)*

A: (risos) permitem que o utente traga objetos pessoais para o seu quarto, para que consiga personalizar um bocadinho o seu espaço?

B: *Sim, nós deixamos trazer tudo o que a pessoa quiser e possa ter dentro do quarto que não perturbe a instituição.*

A: os quartos são individuais ou são...

B: *duplos ou triplos.*

A: duplos ou triplos, Ah, e então dentro da instituição o utente pode circular de forma segura?

B: *Sim, sim, sim, sim*

A: apesar dessa desvantagem de saírem e puderem apanhar chuvas mas quando saem...

B: *Sim, podem apanhar chuva mas não estão em perigo. Estão sempre “fechados” (gesticulou as aspas (“))*

A: Há segurança, não saem da instituição, não é fácil saírem da instituição!

B: *Não!*

A: Relativamente aos recursos humanos, ah...considera que o número de técnicos é adequado à população existente?

B: *Não, é insuficiente.*

A: Em que aspeto?

B: *Ah, nós precisávamos de um animador a mais tempo no lar, precisávamos de um fisioterapeuta do lar e gostava de ter uma psicóloga no lar, umas horas. Ah, gostava de ter vários técnicos que não tenho. Temos enfermagem, animadora algumas horas...*

A: Enfermagem está mais ou menos quanto tempo?

B: *A nossa enfermeira vai todos os dias cerca de uma hora, exceto aos fins de semana. Médico uma vez por semana, ah, e eu a tempo inteiro e a animadora, duas vezes por semana. Só, é os técnicos que temos!*

A: Quantas horas a animadora?

B: *Quatro horas por semana.*

A: Quatro horas. E são os técnicos que têm?

B: *Sim!*

A: Então sentia mesmo necessidade de acrescentar. Ah, considera que a formação existente por parte das auxiliares de ação direta é adequada à população do estudo? Elas têm formação?

B: *Não, não têm formação. A formação da maioria delas é dada na instituição com colegas que já têm mais experiência.*

A: Ou seja, é com a prática...

B: *É com a prática, sim! E com as formações pontuais que a instituição vai dando mas que não são suficientes.*

A: E as auxiliares estão em número suficiente?

B: *Sim!*

A: Ah, existem voluntários na instituição?

B: *Não!*

A: Não, e gostariam de ter um grupo de voluntariado ou acha necessidade?

B: *Aliás eu tenho um senhor que é voluntário lá que faz uma celebração religiosa todas as semanas mas não faz outro tipo de trabalho. Eu não gostava de ter voluntários a não ser para conversar com eles, fazer assim algumas atividades porque depois perturba a rotina da instituição.*

A: Ah, relativamente ao diagnóstico da doença de Alzheimer Ah, os colaboradores têm conhecimento? Tantos os técnicos como os auxiliares de ação direta têm conhecimento dos primeiros sinais e sintomas da doença a ponto de conseguirem identificar e alertarem os profissionais de saúde ou até as próprias famílias para a tal predisposição à doença? Os primeiros sintomas e sinais...

B: *Normalmente, nós não temos pessoas que entrem em lar sem ser, ou normalmente quando têm alzheimer já vai detetado e toda a gente já está a par disso. Ah, pontualmente há pessoas que vão ficando dementes mas não tenho tido casos na minha vida profissional de pessoas em que mais tarde se descubra que têm alzheimer de qualquer forma eu acho que as minhas funcionárias estão muito atentas a qualquer mudança, de alguma desorientação...*

A: Até mesmo aos que já entram com a doença?!

B: *Exatamente. Elas estão muito preparadas e atentas a esse tipo de questões.*

A: Ótimo. Ah, relativamente aos aspetos clínicos existe um técnico responsável pelo acolhimento do idoso na instituição?

B: *Ah, sou sempre eu, a diretora técnica, que faz o acolhimento, ah normalmente à família e ao utente e tentamos dar o acompanhamento possível.*

A: Ah, no momento de, do acolhimento é preenchida alguma ficha de registo inicial onde sejam nomeados os gostos, os *hobbies*, os vícios do utente?

B: *Ah, sim, nós temos uma ficha para esse efeito normalmente a família... ah, os utentes que consigam dizer nós não fazemos isso inicialmente e vamos fazendo de forma mais natural sem a pessoa ter que nos debitar isso. Os outros utentes é muito difícil as famílias dizerem-nos o que é que eles gostam, normalmente dizem o que eles não gostam de comer e pronto não costumam dizer muito mais.*

A: Ah, e essa, essa ficha é partilhada com todos os cuidadores de...

B: *Não!*

A: Não...fica então portanto...

B: *Fica no processo individual arquivado.*

A: Quem é que tem conhecimento dessa ficha com estes dados mais específicos?

B: *O diretor técnico e a gerência se quiser, e só.*

A: Só...Ah, é realizada uma avaliação inicial por todos os técnicos?

B: *Ah, de forma informal, não é...ah, não há registos do...por exemplo, a enfermagem não faz nenhum registo nem a animadora mas fazem uma avaliação informalmente.*

A: E é realizado o plano individual de intervenção?

B: *É, embora seja muito difícil de cumprir, ele é realizado para todos os utentes no prazo previsto. Às vezes é difícil é dar cumprimento aos nossos objetivos nomeadamente a nível mental que é difícil estabelecermos uma meta ah...no mini mental por exemplo. Nós estabelecemos que...uma meta que dificilmente conseguimos alcançar essa meta porque a pessoa tende a regredir em vez de evoluir não é?!*

A: Ah, e o plano individual é preenchido por toda a equipa técnica?

B: *Sim, a equipa técnica: eu, o médico, a animadora...*

A: E, porque é que acha que, que os objetivos não são tão facilmente conseguidos, ou seja, pelo menos nem que seja retardar a doença?

B: *Se calhar também não há uma intervenção adequada não é?! Nós não temos, não temos técnicos se calhar tão preparados assim para lidar com pessoas, utentes de alzheimer. Nós fazemos, a animadora sobretudo e eu, estudamos um bocadinho e vamos*

fazendo o que conseguimos. Não somos técnicos especializados para intervir nestas doenças e conseguir que retardassem ser com medicação adequada.

A: Ah, esse plano é reavaliado e estabelecem-se objetivos?

B: *Sim, sim é sempre...o plano é avaliado de seis em seis meses e é revisto de ano a ano. E estabelecem-se novos objetivos de acordo com o estado atual da pessoa.*

A: Ah, os utentes com doença de Alzheimer têm acompanhamento por médicos especializados?

B: *Se a família fizer esse acompanhamento sim. O lar só disponibiliza o médico de clínica geral.*

A: Tem noção de mais ou menos de quanto em quanto tempo é que eles vão a esses médicos especializados? Assim em média...

B: *De seis em seis meses em média por causa da medicação.*

A: Pois, porque é necessária as receitas...

B: *As receitas com portarias sim!*

A: Ah, relativamente às atividades. As atividades são prestadas individualmente ou em grupo?

B: *As duas...*

A: As duas...

B: *Temos as duas sim!*

A: Que tipo de atividades são organizadas na instituição?

B: *Os passeios sim, nós fazemos passeios com alguma frequência. Ah, fazemos atividades de expressão plástica. Temos agora várias atividades a nível cognitivo. Temos ginástica uma vez por semana. Temos atividades religiosas também uma vez por semana, ah pronto tentamos ir um bocadinho a todos os níveis que eles consigam ainda trabalhar.*

A: Ah, quais as componentes que são maioritariamente trabalhadas nessas atividades? Ao nível de motricidade, de memória...

B: *Memória sim, trabalhamos muito a memória. A motricidade fina nos trabalhos manuais, eles gostam muito. Ah, ao nível da ginástica...*

A: A parte motora?!

B: *A parte motora, exatamente!*

A: E a linguagem?

B: *A linguagem acho que não trabalhamos muito.*

A: Não têm musica?

B: *Não.*

A: Não...ah, relativamente às atividades mais destinadas à cognição, ah que tipo de atividades costumam fazer?

B: *Olhe, atividades, a última...fizemos uma atividade há pouco tempo que era com sons, identificação de sons, que para eles...para nós é fácil mas para eles já é muito difícil...*

A: É complicado...

B: *Ah...fizemos uma também que era com umas pecinhas e tinham que identificar...juntar triângulos, juntar quadrados com cores que também é extremamente difícil e que puxa muito pelo intelecto deles.*

A: Ah, alguma dessas atividades são planeadas especificamente para os utentes de alzheimer? Ou são pensadas em grupo?

B: *Ah, elas são pensadas em grupo e, e pronto...a animadora tenta apoiar mais os doentes de alzheimer que têm mais dificuldades nas atividades cognitivas.*

A: Ah, pronto...relativamente às atividades como não são destinadas a utentes com Alzheimer iria perguntar-lhe novamente os objetivos, caso tivessem mais específicas... então quem planeia e executa essas atividades é ...

B: *É a animadora!*

A: É a animadora...

B: *É...*

A: Não há registos desses planeamentos?

B: *Há registo e avaliação da, do...posterior à atividade avalia-se individualmente cada idoso sobre o que é que conseguiu fazer, o que é que não conseguiu, o que é que se poderá melhorar, aspetos que têm mais dificuldade.*

A: Como é que é feita a articulação entre o idoso com Alzheimer institucionalizado e a sua família? De que modo é que vocês articulam: instituição, lar e família? De que modo é que...

B: *É difícil às vezes trabalhar. Depende das famílias! Temos famílias em que conseguimos trabalhar muito bem, conseguimos que o idoso vá uma vez por semana a casa, continua a reconhecer a casa dele... ah, mas temos outras famílias que estão muito tempo ausentes. Portanto vamos tentando trabalhar de acordo com as famílias...*

A: E as famílias... acha que as famílias são muito exigentes? Que banalizam e que os deixam... estão preocupadas ou não com a situação deste tipo de utentes?

B: *Eu acho que hoje em dia a família preocupa-se mais, acompanha mais e especialmente os doentes de alzheimer até estabilizarem a família está muito presente. Quando a pessoa estabiliza, conhece a instituição e encontra ali um equilíbrio a família tende a desligar um bocadinho, julgo por estar mais descansada e a acompanhar mais pontualmente. Mas no início eu tenho famílias muito preocupadas...*

A: Como é que acha que as famílias encaram a doença?

B: *Eu acho que, eu acho que hoje em dia...não é não nos preocuparmos tanto...a família está mais desperta para a problemática do alzheimer e já não é uma doença tão desconhecida... já há mais informação, ah já, os médicos também estão muito mais preparados e vão dando essa informação à família e eu acho que já se lida com esta doença de uma forma muito natural, como uma outra qualquer doença, ao fim e ao cabo é a doença mais vulgar que nós temos nos nossas lares e acho que isto já é, começa a ser muito natural.*

A: Ah, tendo em conta o trabalho desenvolvido na instituição com os doentes de alzheimer o que é que acha que deveria ser melhorado num futuro próximo? Que medidas devem ser tomadas tanto ao nível da instituição como a nível, a nível de regras que são impostas aos lares? (em todos estes campos que falámos)

B: *Nós deveríamos...eu acho que era importante termos técnicos especializados com doentes de alzheimer, adoro a ideia de os espaços físicos estarem adaptados doentes de alzheimer, ah... tenho visto muito aquela instituição da associação dos doentes de Alzheimer que abriu preparada para doentes de alzheimer que faz...concordo com a dissociação das instituições, porque quem está mais especializado acaba por trabalhar melhor...ah e mais técnicos para trabalhar mais tempo com esses idosos...ah mas pronto a maioria dos lares proporciona tudo: a higiene, o tratamento de roupas, mas ficam ainda um bocadinho aquém a nível cognitivo, de trabalhar a parte cognitiva do idoso...*

A: *A nível de estimulação...*

B: *Sim, sim, sim...*

Transcrição da entrevista

Estrutura Residencial B

Observações:

Data: 2 de Novembro de 2015

Local: Gabinete da Diretora Técnica

Duração: 26m30s

Desenvolvimento da Entrevista

A: Investigadora

B: *Diretora Técnica*

A: relativamente ao ambiente físico, ao espaço da instituição, ah, considera que o espaço físico da mesma está acessível a utentes com Alzheimer?

B: *Não! É assim, isto é uma instituição que foi construída antes de 67 portanto escadas: em tudo quanto é sítio; rés do chão, primeiro, segundo e terceiro andar. Portanto, foram feitas adaptações mais ou menos de acordo com as necessidades que fomos sentido e com as que eram possíveis de fazer. Portanto, os elevadores dão acesso a todos os andares, é certo. Ah, mas a pessoas que estão por exemplo na sala se saírem não podem deambular à vontade porque há um risco de irem para as escadas e caírem. Temos um espaço exterior agradável mas que ainda não está de todo explorado porque é isolado de tudo o resto portanto podemos fazer algumas atividades no Verão, eles podem deambular, podem estar à vontade só que...*

A: não é de fácil acesso?!

B: *é de fácil acesso, mas tem de lá estar alguém na mesma...*

A: os três andares não conseguem ir lá?

B: *não, portanto nós candidatámos até a um projeto que era: este mesmo espaço que nós temos que é ao ar livre portanto, é no interior de todo o edifício, mas é ao ar livre, de tentar arranjar uma cobertura que fosse possível (isto é um bocadito utópico, eu sei), que fosse possível fechar de maneira que no inverno aquele espaço pudesse ser*

utilizado e pudesse ser transformado numa sala mas que no verão se pudesse abrir e estar ao ar livre. Mas pronto, não tivemos sucesso!

A: *isso é mesmo uma ideia espetacular...*

B: *era, porque o espaço é muito bom só que está ali no meio e está aberto. No verão utilizamos, no inverno não podemos utilizar...*

A: *Claro...*

B: *Gostaríamos de transformar aquele espaço numa sala sim, com vários espaços para que as pessoas pudessem estar, estas pessoas com mais demência, que precisam de deambular, nesse espaço de forma que as outras salas pudessem ficar um pouco mais libertas*

A: *Mais sossegadas*

B: *Mais sossegadas também... é uma das nossas dificuldades também! As salas neste momento estão... as pessoas queixam-se com barulho, ah que as pessoas levantam-se, que as pessoas gritam, que as pessoas fazem barulho e as pessoas que estão bem também não querem sair da sala porque estão e estão ali.*

A: *Pois, são pouco flexíveis...*

B: *Sim, sim!*

A: *Ah, que aspetos negativos e positivos tem a considerar? O que é que mudaria já, o que é que mudava já e que, que acha prioritário e o que é que acha que até está adequado dentro de ...*

B: *Eu penso que em termos de atividades ah nós temos uma variedade de atividades que nos permite chegar tanto aos utentes com demências como aos utentes mais independentes. Depois é assim, como a instituição tem tantos utentes tem pessoas muito independentes que precisam de um tipo de atividades e tem pessoas dependentes que precisam de outras... dependentes e com demência. E acho que é um aspeto positivo da casa é exatamente essa variedade de atividades que nós temos.*

A: *Mas, relativamente ao ambiente físico, à estrutura...*

B: *Ambiente físico portanto. Ah, o que mudaria, pronto, as escadas eu não as posso mudar! Ah, o que eu mudaria era para já... Aqui não acho que haja muita coisa que possamos mudar. Há uma coisa que pretendemos fazer e que pode ser em termos físicos, não em termos de acessibilidade mas é a questão das cores...*

A: *Sim, sim...*

B: *Nós temos três andares. Todos eles têm a mesma cor, têm o mesmo aspeto. As pessoas saem do elevador e de vez em quando ficam perdidas sem saber se estão no 1º, no 2º ou no 3º... uma das coisas que nós queremos fazer é pelo menos, uma parede pintar com uma cor diferente de maneira que as pessoas sintam que não estão no andar delas.*

A: *Pois porque para eles são todos iguais*

B: *Até nós...nós vimos a descer pelas escadas, realmente está em pequenino 1º andar, 2º andar, que mal se nota...se viermos a descer de repente... "eh pah" não sei se estou no 1º se estou no 2º. Conosco acontece-nos exatamente a mesma coisa. Eu acho que pelo menos uma parede é aquilo que nós também temos projetado e é uma coisa fácil de concretizar...*

A: *Exatamente.*

B: *Uma parede...nós até já pensámos: o 1º andar em azul, o 2º em salmão e o 3º é o verde. A pessoa vai sair e já vai achar "eh pah o meu corredor é o salmão" pronto, isso é um dos pontos fáceis de resolver! Ah, depois o resto... a questão das escadas nós não podemos e eventualmente se nós conseguíssemos rentabilizar o tal espaço...*

A: *Ah falamos da luminosidade, do espaço ao ar livre*

B: *A luminosidade acho que nós temos, eu até acho que as salas são luminosas temos muita claridade*

A: *As casas de banho estão adaptadas?*

B: *Sim...*

A: *Sim, relativamente?!*

B: *Relativamente...*

A: A nível de sinalética?

B: *A sinalética obrigatória está...*

A: Pois, mas por exemplo, ah, os utentes com demência, com doença de Alzheimer ah, rapidamente identificam o seu quarto?

B: *Isso é outro ponto que já está encomendado também... que é aqueles acrílicos que vamos pôr no quarto, para pôr o nome e uma fotografia ou naqueles que conseguem escolher uma imagem que eles queiram. Podem não querer a fotografia mas uma imagem. Até já vieram só que entretanto o senhor enganou-se nas medidas e eram muito pequeninos mal conseguiam ver e nós mal conseguíamos ver...portanto agora já é maior. Para os quartos duplos será mais ou menos assim em A5, para ter este tamanho de fotografia e nome*

A: Permitem que o utente traga objetos pessoais, mobília para o quarto?

B: *Mobília, não. Já houve tempo em que traziam quando os nossos quartos não estavam todos mobilados mas neste momento estão mobilados, não tem sido possível trazer a mobília. Objetos pessoais como fotografias, essas coisas sim... quadros que queiram, colcha, aquilo que eles possam trazer que não seja preciso grande trabalho até podem trazer. Às vezes há determinadas coisas que eles pedem para trazer mas que não é possível pôr no quarto! Às vezes é uma cadeira elétrica, aqueles cadeirões...há uma situação ou outra que nós permitimos que tragam mas tem que ficar num local que não seja o quarto.*

A: Exatamente... ah, o utente pode circular pela instituição em segurança? Ou seja, desde a acessibilidade às escadas que parece estar...

B: *A parte das escadas é a parte mais...de resto pode circular em segurança, mesmo a questão...*

A: E a nível de saída da instituição?

B: *É assim, nós temos um um... as portas estão fechadas, ah nós com a nossa impressão digital abrimos a porta, eles não conseguem abrir. Ah, pode acontecer às vezes as portas não ficarem bem trancadas e acontecer alguma saída assim como a nossa porta da capela. A capela é do lar mas está aberta ao exterior pelo menos na*

hora da missa poderá acontecer algum utente sair por lá. Aqui as portas, aqui estas mais acessíveis estão fechadas, a principal e esta aqui a lateral.

A: Ah, relativamente aos recursos humanos, considera que o número de técnicos formados na área da geriatria, da demência é adequada à população que existe na instituição, adequada à população de alzheimer que existe, ao número?

B: *Eu penso que sim...penso que me faltam um ou dois técnicos mas pronto, pelo menos um era a prioridade...era um neurologista, alguém dessa área. Porque acho que é mais fácil eles conseguirem ajustar a medicação conhecendo, acompanhando mais do que uma consulta de x em x tempo só com as nossas indicações.*

A: E, e relativamente aos técnicos já existentes? Ah, a assistente social, a fisioterapeuta, as enfermeiras têm alguma formação relativa, na área das demências, da doença de Alzheimer?

B: *É assim, nós tivemos envolvidos no projeto “Vidas”. O projeto “vidas” foi um projeto que foi lançado essencialmente nas santas casas da misericórdia, nós somos a única que participámos e portanto foi uma formação intensa sobre a demência. Ah, portanto o objetivo era recolher toda a informação necessária para poderem apresentar através de um projeto com... ou seja eles questionavam-nos por exemplo “que outros técnicos é que nós deveríamos ter para podermos acolher mais pessoas com demência?”. E neste seguimento deste, houve uma área dedicada aos técnicos, uma área dedicada à direção e outra para alguns colaboradores. Portanto os colaboradores tiveram formação, ah todos nós tivemos formação, todos os que estavam envolvidos neste projeto. Portanto, a direção por um lado através da questão do ambiente, da estrutura física: o que é que se poderia alterar em função dos doentes com demência. Os técnicos tiveram também formação na área mais da saúde. E as colaboradoras também. Portanto numa forma geral eu penso que... e vamos ter agora também sobre Alzheimer já dia 11 e 12 e dia 17 e 19 também aqui em casa com a associação de Alzheimer.*

A: Espetacular (risos)

B: (risos)

A: Também posso assistir? (risos)

B: *(Risos) não, não pode. Se calhar vocês também têm acesso, não?! É aquele da união das IPSS's que eles estão a organizar. É pago um valor de 20 euros, acho eu, por colaborador ou o que é que é... um valor mais acessível...*

A: Isso era espetacular...tenho que falar disso lá!

B: *Eles mandaram-nos, nós inscrevemo-nos na formação. Não sei quantas horas é que são...*

A: Isso era espetacular porque eu acho que...

B: *É um agora e outro em Fevereiro. Acho que nem é tanto a questão da formação é tentar sensibilizar para a realidade em si.*

A: Ótimo, isso é mesmo ótimo. Ah, sente que para além do neurologista, sente que há necessidade de acrescentar mais técnicos à equipa?

B: *Eh pah, é assim, nós somos sempre ambiciosos não é?! Um terapeuta ocupacional também ajudava, um psicólogo também ajudava, mas pronto já me vou ficar por aqui. Acho que em termos de equipa nós neste momento até estamos com uma boa equipa. Temos uma fisioterapeuta, temos a animadora, temos uma agente de gerontologia que tirou um daqueles CET's, duas enfermeiras, ah, pronto depois temos o médico. Se conseguirmos trabalhar bem, assim em conjunto acho que... algumas instituições nem conseguem ter estes números de equipa técnica mas claro gostaríamos de mais. (risos)*

A: (risos) Ambição acima de tudo! Ah, e considera que as suas colaboradoras estão capazes de identificar os primeiros sinais logo assim... os primeiros sinais de Alzheimer? Ou alertar os técnicos “olhe aquele senhor...”

B: *Que há, que haja, ou que a pessoa não está bem ou que há ali alguma coisa sim... se calhar não conseguem chegar ao ponto de dizer que a senhora não está bem se calhar é o inicio de...agora que a pessoa tenha alguns comportamentos diferentes isso acho que sim. Elas às vezes vêm dizer “olhe aquela senhora...” não sei mas fez isto ou fez aquilo, parece que não encaixava muito bem naquilo que a senhora costumava fazer.*

A: Pois, notam ali alguma alteração

B: *Alguma coisa... até porque são elas que estão diariamente com eles, estão na sala com eles e apercebem-se mais do que nunca dos comentários que eles fazem, das conversas que têm...*

A: Claro...

B: *Do esquecimento, dessas alterações...*

A: As colaboradoras estão em número suficiente?

B: *Sim, Sim!!*

A: Existem voluntários, um grupo de voluntários aqui na instituição?

B: *Temos apenas duas três pessoas que fazem algum voluntariado mas é mais na área da receção.*

A: Pois, não é tão com eles...

B: *Já foi com os utentes mas neste momento é so na receção.*

A: Quando era com os utentes faziam algum trabalho específico com utentes de Alzheimer ou era no geral?

B: *O trabalho que eles faziam era acompanhar as pessoas à rua. As pessoas que estão qui vêm muito à procura de ir ao santuário e nem sempre conseguimos ir lá tantas vezes quantas eles gostariam, então seleccionámos um grupo de pessoas e era uma voluntária que vinha 4 dias por semana das duas, mais ou menos, até às cinco. E então o que ela fazia era chegar, estava bom tempo: ok. Então vamos até ao santuário, até ao santuário. Ia vinha, ia com outro, vinha. Mais por aí...*

A: Pois. Ah, relativamente aos aspetos clínicos. Existe para cada utente, ou melhor, o acolhimento aos utentes, quando ele chega à instituição existe um técnico responsável pelo seu acolhimento?

B: *Sim, eu sou a técnica responsável. Eu e a enfermeira que estiver de serviço, somos as técnicas responsáveis pelo acolhimento, por todo o processo de admissão. Portanto são as duas, normalmente sou o elo de ligação entre o fora da instituição e a instituição porque fazemos a visita, fazemos algum, algum acolhimento ainda antes de vir. Depois no dia da admissão portanto é recebido sempre por mim e pela enfermeira.*

A: Ah, nesse momento da admissão, ah é preenchida alguma ficha de registo inicial onde conste os gostos, os *hobbies*, os vícios do utente?

B: *É assim, nós definimos que tínhamos até ao fim do primeiro mês para preencher a nossa ficha de avaliação diagnóstica. Sempre que temos essa informação logo na primeira semana nós vamos registando, se não tivermos, temos o primeiro mês e aí nós vamos recolhendo todas essas informações: o que é que fez na sua vida, o que é que gosta de fazer, que atividades fazia em casa, ah, o que é que gostaria de fazer, tipo de música até que gostaria de, que ouvia e que lhe é familiar para podermos trabalhar também um bocadinho e irmos ao encontro.*

A: Ah e essa ficha relativamente aos gostos, aos vícios, aos *hobbies*, em relação a isso tudo que esteve a enumerar é partilhada com as colaboradoras?

B: *É partilhada com a equipa técnica e depois a informação que seja relevante para as colaboradoras será transmitida. Normalmente não é tanto esta ficha. O levantamento que é feito antes é que é transmitido às colaboradoras portanto como é que elas vão proceder, a que horas é que vão levantar, a mesa onde vai tomar as refeições... esse tipo de informação é que é partilhado às colaboradoras. A outra informação mais sobre estes gostos que normalmente encaminham mais para as atividades. Depois as colaboradoras não estão tão envolvidas nas atividades, e aí assim é que é importante esta, especialmente este da música...claro que há outras coisas. Se for os gostos em termos de alimentação aí sim já são informações que possam ser partilhadas com as colaboradoras.*

A: Até mesmo algum vício a nível tabágico ou alcoólicos

B: *Por acaso não temos aqui nenhuma situação mas até mesmo ao nível do vinho, aqueles que bebem vinho à hora da refeição ou que gostam de beber não tem problema, essa informação é partilhada. Há uma ficha que é fixada na sala das colaboradoras onde tem todas essas informações.*

A: Ah, e é realizada, pronto já nos disse, mas a avaliação inicial e essa tal ficha diagnóstica é feita só por si...

B: *É recolhida por mim e depois é também recolhida toda a informação junto dos familiares, junto do utentes e depois é assinada pelo utente ou pelos familiares.*

A: E todos os técnicos avaliam, fazem uma avaliação inicial?

B: *Depois cada técnico faz uma avaliação na sua área.*

A: E há registos dessa avaliação?

B: *Há registos dessa avaliação a fisioterapeuta faz a sua avaliação, faz a escala de Barthel e utiliza as escalas que estão predefinidas para isso. A animadora depois já explora outras áreas dentro da animação. Assim como depois a enfermeira... inicialmente é só aquela informação mais básica, depois cada uma desenvolve na sua área.*

A: Ok! É realizado o plano individual de intervenção?

B: *Temos um plano individual que é atualizado semestralmente ou sempre que se justifique.*

A: E é realizado por toda a equipa técnica?

B: *É realizado por toda a equipa técnica. Estão todos os elementos à exceção por exemplo como temos duas enfermeiras, ou está uma ou está outra mas toda a equipa técnica e um elemento da direção.*

A: Ah já nos disse ainda há pouco que os utentes de Alzheimer são acompanhados normalmente por médicos no exterior. Tem noção, mais ou menos, de quanto em quanto tempo é que eles vão...?

B: *Depende como eles estiverem! Se a situação estiver controlada se calhar vão lá de seis em seis meses. Se a situação estiver mais complicada tem que se telefonar e tentar encontrar aqui... esta senhora tem ido, foi para ai há uns três meses agora foi novamente porque não estava estável, muito agressiva.*

A: Relativamente às atividades de estimulação. Ah, são prestadas individualmente ou em grupo ou as duas coisas?

B: *Ah, neste momento estamos um bocadinho paradas com essas atividades. Nós temos atividades de estimulação cognitiva que eram desenvolvidas pela fisioterapeuta. Ela agora não tem feito porque tem-se dedicado mesmo mesmo à fisioterapia e deixou este grupo. Mas era feito em grupo.*

A: Isto quando falo de estimulação, tanto da parte de estimulação como relativamente às atividades mais ocupacionais, mais relativamente á animação...

B: *Normalmente é mais em grupo. Há depois algumas atividades mais individuais por exemplo quando sai a animadora à sala e vai fazer um jogo só com aquela pessoa então aqui temos aqui alguns acompanhamentos individuais. As grandes atividades de animação normalmente são mais em grupo. Portanto a musicoterapia por exemplo que é um grupo pequenino, a musicoterapia para os mais dependentes são só 3 ou 4 utentes. Ah o snoezelen que já é individualmente ou com dois utentes no máximo mas é quase sempre individualmente.*

A: Ah, portanto sabendo que, pronto, uma animadora para 83 utentes já sabemos que a maioria provavelmente...

B: *É assim, por isso esta rapariga que eu estava a dizer que tinha tirado um CET de agente de gerontologia está a apoiar a animadora*

A: Ah pois, assim já é mais fácil! Porque torna-se complicado...

B: *É assim há alguns utentes que não têm praticamente atividades de estimulação mas que têm atividades com a fisioterapeuta. Ah...*

A: Tentam ir um bocadinho a cada lado...

B: *Um bocadinho... se nos olharmos todos os utentes têm alguma coisa. Claro que há uns que têm o registo todo preenchido porque participam em todas as atividades e mais algumas e outros têm uma atividade ou outra esporádica.*

A: Pois, porque se calhar o interesse também é menor...

B: *E a capacidade também é menor...*

A: Ora aí está o estado...

B: *As pessoas mais independentes, tudo o que é saídas, tudo o que é atividades, tudo o que é festas estão em todas. (risos)*

A: (risos) E ainda bem! Que tipo e atividades são organizadas na instituição? já nos falou das idas ao santuário...

B: *Então é assim... temos os jogos...*

A: Nesses jogos trabalham...quais é que são mais ou menos os objetivos?

B: *Normalmente estes jogos são mais individuais e são mais neste sentido de, de alguma estimulação cognitiva do que é possível fazer. Encaixes, puzzles...depois temos o grupo que, este mais autónomo, que deixamos as sopas de letras lá em cima da mesa da animação e eles vão e fazem. Ah depois temos os homens com jogos das cartas e do dominó. Depois temos as saídas à rua e os passeios, temos saído bastante. Fizemos férias no Algarve este ano, tivemos uma semana de férias. Ah, temos o snoozlen, temos a culinária de vez em quando... temos os filmes, todos os meses passamos um filme no nosso auditório com pipocas... ah, depois também temos a vertente da espiritualidade que é uma vertente forte aqui na casa. Portanto, nós temos missa todos os dias. Ah, e há muitos utentes que vão à missa e as atividades têm que ser um bocadinho orientadas nesse sentido. Naquela hora é complicado. Ah, têm ginástica, têm musicoterapia...para os dependentes eu entendo que seja musicoterapia, para o grupo grande não é bem musicoterapia, é animação...*

A: Exatamente...

B: *E depois temos todas as outras atividades... aquelas de expressão plástica, os trabalhos de natal, que vão fazendo para a época de natal...*

A: Vão trabalhando a motricidade fina...

B: *Sim, a motricidade fina...*

A: Muito bem! Alguma destas atividades são especialmente destinada a utentes com doença de Alzheimer?

B: *Ah, só para utentes de Alzheimer não! Para utentes com demências sim! Especialmente a musicoterapia para estas situações...e o snoozlen! Estão mais vocacionadas mas não quer dizer que só eles vão.*

A: Quem é que planeia essas atividades?

B: *É assim, o plano de atividades em si é feito por mim e pela animadora...*

A: E depois quem as executa é ela depois com a tal colega...

B: *É ela e depois entretanto comigo com mais alguma atividade que possa interferir, que depois estamos todas... quando é as saídas quem tem mais disponibilidade é que acompanha naquele dia.*

A: Hum... como é que é feita a articulação entre o idoso com alzheimer institucionalizado e a família?

B: *É assim, felizmente... não se é por ser Alzheimer... as situações todas que nós temos tido com Alzheimer a família é extremamente presente. Temos uma situação que a filha vem cá todos os dias e anda com a senhora no corredor, ah... aliás quase todas as situações que eu tenho tido com demência as pessoas são muito presentes, muito presentes e acompanham o idoso, deambulam com ele, acompanham-no... quase todas as situações. Engraçado! Algumas também são, quando já não há uma outra forma de ocupar o tempo às vezes também têm ido ao snoozlen com a família. Às vezes temos, vão para lá, estão lá um bocadinho... fica a família com o utente para não estar no meio da sala. Ah, pronto é esta a articulação quando é preciso alguma coisa contacta-se a família mas isso é como qualquer outro utente.*

A: Tendo em conta o trabalho desenvolvido na instituição o que é que acha que deveria ser melhorado num futuro próximo? Ah, que medidas devem ser tomadas não só a nível da instituição, não só alterações da instituição tanto a nível de pessoal, de estruturas aqui global que falámos e para além disso também ao nível de regras, de... ao nível mesmo da segurança social, daquilo que permitem ou não fazer... ah...

B: *Bem, a segurança social... a questão da discriminação positiva que eles já andam a falar há tanto tempo mas também nunca se chegou a evidenciar porque eu acho que realmente deveria valorizar-se algo nas instituições sobretudo se estamos a valorizar esta questão da independência, a questão de admitir mais técnicos... porque nós achamos que é importante mas não temos mais valias por causa disso. Para a segurança social nós termos um fisioterapeuta ou não termos é exatamente a mesma coisa. Ok, há técnicos que são exigidos por eles e obrigatórios mas nós entendemos que é importante termos e há este esforço que não é depois valorizado da parte da segurança social. Para eles é indiferente que tenha ou não tenha...*

A: Ah e relativamente à instituição? Há as tais estruturas físicas, falou-nos também do técnico mais direcionado para a parte da neurologia...

B: *Da neurologia sim...há aqui uma questão que a mim ainda me deixa com algumas reticências, mas que estou constantemente a ouvir os idosos e se calhar eles têm alguma razão. Hoje em dia já se fala muito da separação das pessoas com demências e das pessoas sem demências. Eu sou um bocadinho reticente ao mesmo tempo porque eu acho que as pessoas são mais estimuladas quando estão numa sala com outras pessoas que estão bem. Nós já tivemos uma experiência que tínhamos utentes completamente dependentes numa sala e não se passava nada nessa sala. E eu acho que quando eles estão e veem as outras pessoas aquilo também é uma estimulação para eles. É verdade que depois há a outra parte, a outra parte das pessoas que são independentes e que sentem que eles estão todos malucos como eles costumam dizer e que não deviam sequer estar aqui. Ah, para as pessoas independentes realmente deveria ser bom ter aqui mais alguma divisão. Ah, mesmo no refeitório estávamos um dia destes a pensar nisso, devia haver aqui alguma divisão porque as pessoas incomodam-se pelas outras que estão a gritar, pelas outras que não conseguem ter um comportamento... nas salas passe-se exatamente a mesma coisa. E a questão do gritar durante a noite. Temos pessoas que às vezes gritam durante a noite e incomodam as outras.*

A: *Tem os dois versos...depois se vamos colocar...*

B: *Se vamos colocar todas as pessoas dementes e dependentes ali num canto deixam de ter o estímulo e até qualquer técnico para fazer uma atividade vai-se desmotivando. E nós já tivemos essa experiência: eram 4 ou 5 utentes que estavam numa sala e toda a gente fugia daquela sala. Ninguém queria ir àquela sala porque não funcionava e é verdade que eles estão ali, eles entram eles saem, eles ouvem aqueles a falar, resmungam, mas eu acho que isto lhes dá vida.*

A: *Sim, porque eles acabam por estar alerta nem que seja com o olhar, o ouvir...*

B: *Sim... Ele falou, aquele falou, entrou alguém...*

A: *Há circulação como se costuma dizer... muito obrigada!*

B: *De nada, ora essa*

Transcrição da entrevista

Estrutura Residencial C

Observações:

Data: 19 de Novembro de 2015

Local: Gabinete da Diretora Técnica

Duração: 32m28s

Desenvolvimento da Entrevista

A: Investigadora

B: *Diretora Técnica*

A: Dr^a F. considera que o espaço físico da instituição está adaptado a utentes com doença de Alzheimer?

B: *Não, claramente não está. Ah, porque é uma instituição com...portanto antiga! Iniciou o próprio...ah, em termos de barreiras arquitetónicas tem imensas embora... para começar a instituição, o Lar C, é a instituição mais velha da cidade de Leiria abriu com este objetivo de acolher pessoas idosas em 1972. Começando por aí, foi crescendo gradualmente por etapas. Há uma parte do edifício, esta parte deste lado, é antiga, muito antiga, portanto com...não tem as dimensões ajustadas à legislação que está agora em vigor relativamente aos equipamentos Estrutura Residencial para idosos, este tipo de equipamento. A parte nova já tem outras condições, foi sendo feita a partir do edifício que foi sempre acrescentado, remodelado. Foi sempre sujeito a inúmeras alterações. De facto de há uns tempos a esta parte fizemos melhorias muito significativas em termos de quarto, de acessibilidade nos quartos, nas casas de banho, a forma de equipar as casas de banho, saídas de emergência, etc mas continua a ser um edifício com muitas barreiras, confuso em termos de...por exemplo uma pessoa que tenha já por si, como é característico, das pessoas com demência tipo Alzheimer, têm dificuldades de orientação no espaço portanto...para pessoas que fica um corredor para um lado, um corredor para o outro ah...tudo muito igual, ah, a sinalização toda muito igual, portanto é um espaço confuso, não é potenciador de uma melhor orientação para estas pessoas. Isto só para o ponto de vista da orientação no espaço.*

Ah, em termos também do próprio edificado é assim, ah, estando pessoas com problemas de demência, pessoas com problemas motores, pessoas com problemas a outros níveis... défices neurológicos e etc, o edifício continua a não estar adaptado. Para isso tinha que ser construído um edifício de raiz não vale a pena, por muitas melhorias que façamos...ah, as pessoas acabam por circular muito dentro daquele espaço, está muito confinado àquela área e há muita desorientação dos próprios utentes dentro do edifício. É uma coisa que se nota bem! Completamente! Não há dúvidas!

A: Quais é que são os principais aspetos negativos que foca da instituição a nível de edifício? De espaço físico?

B: *Espaço físico...*

A:Aspetos mais negativos...

B: *Mais negativos...na parte antiga do edifício há dois ou três aspetos muito muito negativos que é corredores estreitos e largura de portas. Não estão em conformidade com a legislação. Ah, logo aqui são dois aspetos muito negativos. Por outro lado tenho características muito positivas.*

A:Era isso que ia questionar a seguir...

B: *Muita luz, muita luz, as pessoas têm muita...facilmente ao deambular têm muita visão para o exterior. Tem muitas janelas, tem muita luz direta natural, isso é muito bom e tem muita visão do exterior, porque realmente a grande vantagem que temos neste edifício, será a principal mais valia desta casa, é a localização. É central, inserida na comunidade, facilita a entrada e saída de pessoas. É uma casa sempre com muito movimento, ah é muito fácil às pessoas da comunidade virem ver, aos próprios familiares. Há muita interação com o espaço exterior, com a comunidade institucional. Portanto, para mim é a grande mais valia. Depois o restante espaço não tanto. Tem muita luz, tem muitas salas, tem muitos cantos, muitos recantos, muitos espaços que é possível as pessoas estarem. Quem entra não tem noção de que nós temos aqui uma população residente de 71 pessoas mais uma média de 10 a 12 utentes em centro de dia porque a casa de facto é grande, há muitas salas e as pessoas não estão confinadas ao mesmo espaço. Por aí não têm a noção deste aglomerado ou concentrado de pessoas. Depois tem as barreiras arquitetónicas que vamos melhorando mas há algumas que*

não podem ser solucionadas, são mesmo muito difíceis de solução devido à construção de pilares porque em termos arquitetónicos não sei avaliar. Sei que não são possíveis portanto...

A: E na parte nova?

B: *Na parte nova é perfeitamente acessível...ah, são corredores largos, espaçoso... talvez a uniformização, tudo muito igual, não haver muita cor, não haver cor...daquilo que sei, penso que é importante para pessoas com demência haver cor, haver sinalização com cor, haver identificação de áreas por cores, setinhas, coisas desse género. Esse tipo de sinalética, é esse o termo, que não temos. Aí já podemos de facto vir a fazê-la porque podemos ajustar, são coisas que se moldam, que se conseguem fazer.*

A: Ah, relativamente a espaços exteriores?

B: *Espaços exteriores?! Nós temos aqui um pátio interior, que não é exterior, é interior. É ao ar livre mas é dentro do edifício que permite também estar aqui com chapéus de sol, com um ambiente mais ou menos protegido e com alguma privacidade. Temos este bocadinho de jardim no seguimento da entrada. Depois no espaço, vamos ali muito para o jardim, para aquele jardim ali do rio, todo aquele espaço envolvente ao rio que é nosso, é como se fosse nosso. Porque de facto as pessoas vão para lá, circulam...*

A: Saem?

B: *Saem com regularidade e vão em cadeira de rodas perfeitamente, vão a pé, vão em grupo, sem problema nenhum. Há familiares inclusive que vêm cá, está o tempo bom: “olhem vou levar o meu pai até ali rio e vamos ali ao café da “não sei quê”. Pronto, é de facto, temos esta vantagem. Toda a zona envolvente do rio é como se fosse também nossa porque é tão próxima e é tão ligada que permite isso. Embora dentro do próprio edifício não temos muito espaço.*

A: Os quartos são individuais ou são em grupo?

B: *Individuais, duplos e triplos. Temos todas as situações.*

A: Ah, permitem que o utente traga objetos pessoais para o quarto?

B: *Sim, objetos pessoais, mobiliário, ah...algum, quer dizer tudo com conta, peso e medida, mas sim. Ah, perfeitamente, podem trazer um cadeirão ou outro, ah, uma televisão que queiram, ah, uma mesinha com determinado pronto, ah, uma mantinha, uma colchinha, uma roupa dali, uma roupa da...isso sempre fomos muito flexíveis, aliás a nossa casa tem mesmo essa característica, não tem nada igual. É tudo muito, portanto a não ser talvez os cortinados que vamos mudando e vamos pondo tudo igual mas me termos do...e estamos a mudar mobiliário, vamos anualmente mudando mobiliário, mobiliário mais funcional sobretudo para as pessoas que estão cada vez mais dependentes, tipo camas articuladas mas depois cada um pode ter a sua colchinha, o seu édredon, uma...concretamente, tenho aqui uma utente que trouxe alguns objetos mais clássicos, trouxe um camiseiro que quis, mais um oratório que tem em cima do camiseiro. Aquilo esteticamente não fica nada a combinar com nada, mas também não me parece que seja importante. O importante é que a pessoa entre ali e que aquilo lhe diga alguma coisa. E de facto diz-lhe porque aquilo foi comprado por não sei quem, as imagens religiosas, pronto...desde que não, na medida em que não perturbe, não ponha em causa a segurança ponto um e não perturbe o espaço do outro porque os quartos regra geral são com duas camas, não tenho nenhum impedimento em relação a isso. Nenhum!*

A: *E relativamente à segurança, considera a instituição segura ou seja, os utentes podem sair em segurança?*

B: *Não! Não podem! (risos) é assim, podem sair, podem, agora que seja em segurança duvido porque é muito fácil sair, a casa é grande...desde as traseiras, desde aqui a entrada virada para a rotunda, que há muito trânsito, a entrada do piso de cima...portanto há muita facilidade de circulação para entrada e saída. Em termos de intrusões é fácil...e depois como temos a estrada muito perto o utente com demência que saia para o exterior corre sempre o risco de se meter logo à estrada até porque esta rotunda aqui as pessoas, os carros vêm muito, às vezes aqui com muita velocidade de puder haver vítimas de atropelamento. Já tivemos aqui um utente, aqui há uns tempos, não com demências mas de facto o senhor até ia na passadeira e foi atropelado. Curiosamente ia na passadeira, cumpriu as regras e foi atropelado, mas não é de facto uma zona muito segura, não é.*

A: Ah, relativamente aos recursos humanos, considera que os técnicos que exercem funções na instituição ah, têm formação necessária para lidar com utentes com doença de Alzheimer?

B: *É assim, ah, técnicos, equipa técnica eu acho que sim. Nós até este ano, aliás, no final de 2014 como projeto para 2015 propusemos, fizemos uma candidatura, de um estágio profissional em psicologia e um técnico em serviço social só para trabalhar toda a parte cognitiva, comportamental, acompanhar mesmo pessoas portadoras de demência de que tipo seja. Porque temos realmente muita gente com demência, vários tipos de demência, porque isto a demência tipo Alzheimer ou está mesmo bem diagnosticada, ou temos um relatório médico que confirma a situação ou não tendo, como é óbvio, é sempre por exclusão, na parte das outras demências temos outros tipos de demências: vasculares, temos um senhor com demência fronto-temporal e depois há sobretudo as vasculares...AVC's e tudo isso. Para trabalhar portanto ao nível da estimulação cognitiva, porque nós achamos que essa área estava um bocadinho descorada. Ah e portanto tem sido um trabalho muito giro e tem tido resultados muito muito, francamente, positivos. Ah, as formações vamos fazendo. A equipa técnica em si tem consciência, tem formação e procura sempre ajudar as colaboradoras nesse sentido. Depois em termos de quem trabalha diretamente com esta população é assim, de facto as formações vão tendo. Fala-se, aborda-se qualquer coisa e há sempre conteúdos que hoje é transversal em qualquer formação falar um bocadinho sobre como comunicar com um utente portador de demência, como o abordar, como... mas teoricamente isto resulta durante um tempo, depois ah, é preciso relembrar que quotidianamente essas situações. E de facto trabalhar com este tipo de pessoas implica um esforço muito grande do ponto de vista, um envolvimento muito grande e um esforço muito grande, não sob o ponto de vista físico para mim mas mais do ponto de vista emocional. A parte emocional, perceber que está ali uma pessoa, que está ali um ser humano, que tem vontade própria mas que não está capaz de naquele momento de decidir que...temos que respeitar enquanto tal, isto é muito complexo. Isto é muito complexo. Não podemos tomar todas as decisões por ele, temos que o estimular para ele continuar a ser uma pessoa com direitos com deveres, isso é muito complicado. Não é propriamente fácil de quotidianamente acompanhar e respeitar isso na íntegra.*

A: Pois, depois com as regras da instituição, com os horários que têm que cumprir, os *timings*...

B: *Até mesmo, as colaboradoras: “ai meu deus que ele vai levantar-se e vai cair. Vamos imobilizar”, por exemplo. mas vamos imobilizar porquê? Temos que imobilizar porque deambula?! Não. Temos que estar com atenção porque a pessoa de facto circula, vai no corredor para cima e para baixo tranquilo, tudo muito bem, até está a estimular a marcha. Não quer estar naquela atividade, está a ficar agitado, vamos retirá-lo! Não vai para o exterior, não temos que imobilizar, não temos que martirizar de algum modo, temos que lhe dar algum espaço. Se ele gosta de rasgar papeis, simplesmente porque rasga, então vamos pôr-lhe papéis. Ele está ocupado a fazer isso, portanto pelo menos trabalha a motricidade fina, pronto...mas isto teoricamente sabemos que é assim, mas na prática nem sempre conseguimos salvaguardar, tenho perfeita consciência que não conseguimos salvaguardar.*

A:As colaboradoras têm alguma formação ao nível de geriatria?

B: *Vão tendo algumas, nem todas. Mas isto, vão tendo, vão tendo! Não na totalidade, não na totalidade.*

A: Pois, também provavelmente vão sempre rodando...

B: *Pois... mas não tanto quanto seria desejável.*

A:Ah, que tipo de técnicos acrescentaria à equipa?

B: *Neste momento acrescentaria ah...se calhar até faria o seguinte: isto teoricamente, retiraria um animador sociocultural e colocaria um terapeuta ocupacional. E depois um fisioterapeuta também. Curiosamente sim, porque há uma parte motora muito importante que é comum a todos os residentes independentemente das patologias que tenham, porque hoje em dia, regra geral, a perda motora e funcional é muito acentuada. E a tendência foi desde a entrada na instituição foi aumentar um bocadinho a inatividade...portanto há que contrariar isso. A parte da terapia ocupacional porque pode trabalhar outra dimensão cognitiva, outro tipo de projetos mais na área cognitiva, sensorial, etc.*

A: Ah, acha que o número de colaboradoras está adequado à população existente na instituição?

B: *É assim, acho e não acho. Já tive momentos em que tive mais colaboradoras e nem por isso a qualidade dos serviços resultava melhor. Não sei! Não é tanto o número mais a articulação da própria equipa para ser sincera. Já fui mais apologista do número e agora até sou menos, da quantidade e agora até sou menos. Ah, porque de facto já tivemos alturas em que tivemos mais colaboradoras por turno e por muita orientação e muita divisão de tarefas nem sempre resultava num ganho efetivo em termos de acompanhamento individualizado etc. ah, não tanto pelo número de AAD's por exemplo, não tanto por aí, mais pelo número se calhar de técnicos que acompanhem que individualizem a intervenção, que direcionem, que orientem, mais por aí se calhar*

A: Mais pela parte técnica, não pela parte das AAD's...

B: *Tenho um número razoável de colaboradoras.*

A: Existem voluntários na instituição?

B: *Poucos. Muito poucos.*

A: E o trabalho deles é...

B: *Não é tanto. Neste momento tenho uma voluntária de acompanhamento a consultas externas no hospital. Idas ao hospital, realização de meios complementares de diagnóstico de acompanhamento. Depois há uma outra senhora que vem pontualmente que apenas tem as tarefas de ajudar no lanche da manhã, chamar a colaboradora porque a casa é grande para deslocar à casa de banho, ah, tocar campainha numa ou outra situação. Ah conversar, realizar uma pequena tarefa de compra de um ou outro objeto pessoal individualizado, ah, mais por aí. Muito pontual, não há ...*

A: Não intervêm diretamente...

B: *Não, não, não...de todo!*

A: Ah, relativamente ao diagnóstico ah, acha que as colaboradoras da instituição estão preparadas para, estão alerta para os primeiros sinais da doença de Alzheimer? Para alertar ou poder alertar os técnicos?

B: *Não para alertar em relação à doença de Alzheimer.*

A: Não, mas estão alerta das alterações dos comportamentos...

B: *Estão alerta nas alterações do comportamento em geral. Porquê? E eu passo a explicar. Porque é assim, às vezes temos pessoas, colaboradoras que são um bocadinho excessivas na...porque a pessoa dormiu mal, tem que se ver porque precisa de vigilância médica porque precisa de medicação para dormir. Porque não sei quê! Às vezes não se dá tempo. As alterações que nós precisamos que registem são alterações já contínuas no tempo, discurso incoerente, desorientação espaço, um quadro depressivo, prostração, mais choroso, mais confuso, discurso alterado, mais por aí. Depois fazer chegar à equipa de saúde e depois aí a tomada de decisão já será mais por aí.*

A: Ah, relativamente aos aspetos clínicos. Ah, existe um técnico responsável pelo acolhimento do idoso, pelo utente?

B: *Ah, posso ser eu ou a colega que está ao serviço. Somos sempre nós. É a assistente social que cá está.*

A: São duas assistentes sociais?!

B: *Sim, sim!*

A: No momento de acolhimento é preenchida alguma ficha de registo inicial onde constem os *hobbies*, os gostos, os vícios do utente?

B: *Mais ou menos. Fazemos isso na ficha diagnóstica do utente mais em detalhe, mais tarde. Mas numa fase inicial perguntamos naquela, numa folhinha que chamamos plano individual de cuidados. Se a pessoa não come isto porque não gosta, está habituado por exemplo a deitar tarde, se só bebe chá ou se bebe só leite, se não gosta de leite, se está habituado a comer a meio da tarde uma sopinha não sei de quê. Portanto, tentamos que haja algum gosto pessoal...*

A: E as colaboradoras têm acesso a essa ficha?

B: *Têm, está no processo, no dossier individual no quarto de cada um.*

A: Ah, o dossier está no quarto de cada utente?!

B: *Têm, de cada um, cada um.*

A: Ok! Ah, e é realizada uma avaliação inicial por parte de todos os técnicos?

B: *Ah, mais pela área social, não tanto ...ah, a área da saúde avalia mas mais tarde, depois de termos a informação toda, vai ser recolhida na parte da saúde. O histórico todo...*

A: *E é realizado o PI?*

B: *Sim, bastante incompleto ainda mas estamos a dar passos nesse sentido.*

A: *E já conseguem reavaliar e estabelecer novos objetivos?*

B: *Não! Claramente não.*

A: *Ah, porque não? Sentem dificuldade em realizar? Acham que é difícil, perde-se demasiado tempo...?*

B: *Perde-se demasiado tempo, temos dificuldade temos! Depois na prática até o fazemos de uma forma muito informal mas depois passar isso para um documento a coisa complica-se um bocadinho.*

A: *É preciso reuniões multidisciplinares...*

B: *É um processo muito complexo ainda, não chegámos a esse patamar.*

A: *Ah, os utentes com doença de Alzheimer têm acompanhamento por médicos especialistas?*

B: *Têm, todos praticamente são seguidos. Ah, só numa fase mais tardia, numa fase de total dependência em que a pessoa está ...até o seu próprio médico diz que já não faz sentido seguir aquele tipo de terapêutica ou porque já não há reversão ou qualquer hipótese, mesmo numa fase muito final. Mas todos são seguidos por médico neurologista no exterior.*

A: *Mais ou menos de quanto em quanto tempo tem noção?*

B: *Olhe neste momento até tenho aqui uma senhora que está a ser seguida mensalmente porque isto está muito confuso. Tem havido alterações tão significativas que o diagnóstico não está completamente avançado. Depois tem tido vários internamentos no meio. Tenho aqui alguns que está de meio em meio ano, tenho alguns de ano a ano. Mais ou menos. Desde que estejam estáveis, depois a situação mantém. Depois tem a ver mais a ver com a própria prescrição terapêutica e o próprio médico*

diz-nos que no caso de haver alguma alteração mais significativa que o podemos contactar. A instituição pode contactar o especialista.

A:Relativamente às atividades de estimulação, ah, as atividades na instituição são prestadas individualmente ou em grupo?

B: *Há...neste momento temos em grupo e temos individuais. Com pessoas que apresentam um défice cognitivo maior tem que ser individual. Claramente individual.*

A:E que tipo de atividades são organizadas na instituição?

B: *Variadas. Ah, temos aquelas de grande grupo, hora do conto...atividades manuais, motricidade. Temos neste momento trabalho de escrita, de estimulação cognitiva, pequenos exercícios, jogos de palavras. Depois há fichas individuais, fichas feitas com todo um conjunto de testes oficiais e que são testados e que são postos, aplicados a estes, sobretudo a essas pessoas com défices cognitivos.*

A:E a nível de linguagem?

B: *De linguagem, musicoterapia...temos, temos. Ah, esqueci-me, temos temos. Hora do conto, temos visitas aos quartos das pessoas mais dependentes com música, com exercícios de relaxamento também. A musicoterapia tem um ganho efetivo, tem, tem um ganho muito efetivo. É das áreas que vale a pena investir.*

A:Mesmo nas pessoas que estão acamadas...

B: *Mesmo, mesmo. Que não comunicam já verbalmente, há uma lágrima, há uma emoção. Há uma manifestação de emotividade clara.*

A:Ah, tem atividades realizadas em grupo destinadas só a utentes de Alzheimer?

B: *Não!*

A:Ou com demência?!

B: *Não!*

A:Quem é que planeia estas atividades?

B: *A animadora. Neste momento temos uma psicóloga portanto que tem intervindo nisso praticamente na totalidade mas também com o nosso parecer, com a equipa de serviço social.*

A:Ah, como é que é feita a articulação entre o idoso com doença de Alzheimer institucionalizado e a sua família?

B: *Até tem corrido bem. Nós tentamos sempre passar informação, o feedback como se está a sentir o seu pai ou a sua mãe, a pessoa vai dizendo...nós também dizemos: houve esta alteração ou não houve. Ah o familiar também se sente à vontade, regra geral, para dizer acho que está melhor, acho realmente que não vale a pena aquele medicamento, não está a dar efeito...o que é que diz o que é que não diz...há muita abertura a esse nível, há, há...*

A:Acha que as famílias hoje em dia já estão mais, com uma mente mais aberta à doença de Alzheimer?

B: *Olhe eu nem sei muito bem. Eu encontro famílias que ao mínimo sinal de esquecimento acham que é tudo Alzheimer. Hoje temos estes “Se’s”. Há famílias e há pessoas que por qualquer centímetro, por qualquer falha, por qualquer alteração de comportamento...pronto, já tem sinais de doença de Alzheimer, quando não tem que ser necessariamente. Mas nós temos que perceber que a pessoa, nós vamos perdendo faculdades, que é normal que aconteça...a própria mudança de ambiente, de contexto onde a pessoa vive é potenciadora de alguns ajustes iniciais. Portanto, não é por aí. Portanto temos que famílias que é logo: “é doença de Alzheimer” e temos aquelas famílias que entram em negação. Nós temos de tudo! Famílias que entram em negação: “não, não. Isto não está a acontecer, isto não é verdade. Não vale a pena estar a tomar as medicações. Para que é que isso serve?”. Processo de negação, recusa. Aquelas que logo é tudo Alzheimer e depois há aqueles que já vêm seguidos, portanto quando entram já vêm com esse processo devidamente diagnosticado, com essa patologia devidamente acompanhada e clinicamente etc...portanto, que é sereno, é pacífico. O grande problema está na serenidade, na recusa, na negação “não, não, o meu pai não. Jamais” e aquelas que, pronto...é complicado, eu acho que não é fácil. E cada caso é um caso. E cada caso é um caso.*

A:Completamente!

B: *Completamente! Não há regras...*

A:E as famílias aceitam ah, quando o pai tem que ser imobilizado ou quando...

B: Não, não aceitam bem. Temos que explicar sempre. Dar uma explicação sempre, sempre, sempre. Sem dúvida uma grande capacidade de comunicação. Se falhar aí, falha tudo. Ou seja, isto implica um trabalho tremendo, um justificar, um chamar, um acompanhar. Claro que a maior parte das famílias são presentes mas aquelas que não são aí é que está o problema. Que vêm só ocasionalmente, que não acompanham, isso é muito complexo. E aí temos um outro problema, não sei...aquelas famílias numerosas em que há uma grande divergência, há uma grande disputa, há conflito. Portanto um filho pode entender, o outro pode ficar assim assim, o outro pode discordar...portanto isto é um processo muito complicado. É preciso promover uma grande comunicação. Reuniões com as famílias, explicar as coisas, chamar também para ser explicado pelo próprio médico, pela equipa de saúde etc. nós tentamos sempre fazer este acompanhamento de uma forma muito informal. Os familiares conhecem-nos a todos, vêm à noite falar com a enfermeira...andam à vontade, acompanham, pronto... quando a família, não é uma família presente, aí sim cria-se uma forma muito mais formal, muito mais, rigorosa, escrito muitas vezes. Não são muitos os casos mas existem alguns. Portanto em famílias mais problemáticas, mais ausentes temos que as chamar de forma a fazer uma reuniãozinha e expor “o ponto da situação é esta”, “Tem havido este tipo de modelo de intervenção, não está a resultar, os senhores estão à vontade”... comprometer sempre a família...”tem uma opinião diferente? Se quiser levar a outro médico...se quiserem outra abordagem”...envolver, que é para também para se responsabilizarem neste processo...

A:Para não estar só ...

B: Não estarem ali “vocês é que sabem” ...não é isso! A família tem que ser chamada. Uma família deve vir às consultas, deve! Deve!

A:Ah, tendo em conta o trabalho desenvolvido na instituição com os utentes com doença de Alzheimer, o que é que acha que deveria ser melhorado num futuro próximo? Que medidas? Até mesmo ...

B: Primeiro, há uma ideia que eu defendo há muitos anos. Era: as equipas de colaboradores deviam ter acompanhamento regular. Eu já não falo na perspectiva da formação, de acompanhamento regular para ajudar a que a pessoa possa pôr cá fora as suas dúvidas. Do ponto de vista emocional. Com exemplos concretos: “perante esta

situação agi assim, não agi assim. Como é que deveria ter agido.” Alguém fora da instituição, isento, que pudessem partilhar as coisas negativas, experiências mais traumáticas, “o que é que eu deva fazer? O que é que eu posso fazer? O que é que eu não posso? Como é que eu...?”. Esta ansiedade, “como é que eu perante esta situação...se eu não consigo resolver como é que eu posso gerir?”. Ou seja, cuidar dos cuidadores. Acho que era fundamental. Da saúde mental de quem trabalha nesta área. Acho que era fundamental. Mas tinha que ser muito fora, isto é um bocadinho utópico, mas deveria ser fora. Por outro lado a formação será sempre um trabalho a consolidar e a avançar, não digo que não! Ah, porque eu acho que informação há. Há vídeos, há documentários, há guiões, há coisas muito simples, há tudo isso...

A:*Há reportagens na televisão...*

B:*Há reportagens, há tanta coisa, tanta coisa, tanta coisa... mas na prática é outra coisa. Por outro lado, quebra-se muitas vezes o elo da própria família com os cuidadores. Quase que está um do lado e outro do outro, isto não devia ser assim! Também se devia trabalhar um bocadinho...e permitir que as famílias acompanhem também mas, já é muito teórico. Há famílias que não acompanham mas...porque se a família acompanha quase diariamente ou com regularidade nós...vai percebendo e não vai exigir, porque encontra aquilo que é inerente ao próprio processo de envelhecimento e de evolução da própria doença. Por outro lado, a formação dada para este tipo de patologias não pode ser só para os cuidadores também tem que ser para as famílias. E isso como é que se faz?! Também não sei! Mas que seria interessante seria...*

A:*E relativamente a medidas ao nível de, até mesmo, de exigências que fazem ao nível da segurança social?*

B:*Ah, o que eu acho é que é difícil para uma instituição como esta...nós temos pessoas com demência num estado muito avançado, temos pessoas com uma autonomia ah, pessoas com uma ligeira perda de autonomia em termos físicos...portanto a própria coabitação de pessoas com patologia tão díspares também não criam bom ambiente institucional. A própria aceitação entre os próprios residentes não é muito fácil...*

A: Acha ...qual é a sua opinião, é mais por aí, em relação a instituições só direcionadas para uma determinada patologia? Até como já há instituições só preparadas para acolher utentes de Alzheimer...

B: *É importante dizer que isso pode ser um fator de exclusão mas eu acho que não. Já pensei nisso em dada altura mas acho que não. “ah pode ser um fator de preconceito, meter as pessoas todas no mesmo espaço!” Não, se calhar tendo instituições só direcionadas, com um perfil de cuidadores a trabalhar com aquelas pessoas, com um quadro técnico ajustado, com... o próprio edifício ter uma configuração ajustada só para aquelas pessoas pode permitir uma melhor qualidade de vida das próprias. Eu já vejo um bocadinho assim porque já noutros países também já é um bocadinho assim. Já não é...podemos considerar um fator de exclusão, mas eu acho que não. Acho que não. Acho que não está tão errado assim esta ideia e se calhar devemos caminhar para isso porque o futuro...no início eu pensei que pudesse ser um fator de exclusão mas acho que não, hoje acho claramente que não! Porque os próprios idosos mais autónomos e mais...não entendem o comportamento do outro que está ao seu lado, que fisicamente até pode estar muito bem, mas que vai ao prato dele e tira a comida, por exemplo. Ou porque se senta no seu cadeirão e fica a olhar para ele. Ou porque se despe na sala à frente dos outros e não percebemos porquê. Por mais que se explique aos outros que isso não é porque se quer ou por mau feitio, que é uma doença...não é fácil que o outro idoso aceite isso!*

Transcrição da entrevista

Estrutura Residencial D

Observações:

Data: 27 de Janeiro de 2016

Local: Gabinete da Diretora Técnica

Duração: 42m56s

Desenvolvimento da Entrevista

A: Investigadora

B: *Diretora Técnica*

A: Ah, considera que o espaço físico da instituição está acessível a utentes com Doença de Alzheimer?

B: *Está acessível ou está preparado?*

A: Se está preparado, se é acessível para eles circularem, para eles fazerem o dia a dia deles, as atividades de vida diária....

B: *Tenho que ser sincera não?! Sim...tentámos adaptar o edifício...*

A: Pode ser sincera à vontade porque isto é mesmo anonimato, ninguém sabe nada....

B: *Tentámos adaptar o edifício porque efetivamente quando estes edifícios foram construídos, principalmente este que já tem uns bons aninhos era uma realidade muito recente, o doente de Alzheimer. Apesar de já existirem na altura ainda o número não, era inferior e não recorriam tanto às instituições na altura, recorriam às instituições pessoas com autonomia e que precisavam de cuidados básicos e portanto como tal o edifício estava preparado para receber pessoas com autonomia e que depois ao longo dos anos iam perdendo essa autonomia por diversos motivos não é?! Mas era uma doença que não era falada e portanto ao longo dos anos quando se começou a perceber que havia necessidade e começaram a surgir os primeiros internamentos, pedidos de internamento tivemos que adaptar o edifício a essas situações mas continuamos com*

algumas falhas, lacunas como queiramos chamar. Temos, o edifício digamos que em termos de saídas e entradas controlado com sistemas de portas automáticas de forma a que as pessoas não possam sair sem nós termos conhecimento. Ah, mas no entanto continuam sempre a existir alguns perigos, porque como digo, não foi construído de início e pensado para esse tipo de doentes, porque esse tipo de doentes precisam de circular, precisam de ir ao exterior, precisam de apanhar ar livre e têm que ser sempre muito bem acompanhados porque são pessoas que não podem estar sozinhas e portanto este tipo de edifício neste caso, o nosso, com tantas entradas e saídas e que, pronto, ah.... Os objetivos iniciais eram completamente diferentes ah, a ideia era criar um edifício onde estivesse portanto ah, o máximo ah, portanto ah, de conforto mas também que obrigasse as pessoas a circular... obrigasse as pessoas a circular porque havia aquela tendência de contrariar o envelhecimento e das pessoas se acomodarem, ficarem sentadinhas e então o edifício tem uma estrutura física que é quase um labirinto, as pessoas têm que realmente percorrer bastantes espaços para ir a determinadas zonas... o que não é bom para este tipo de doentes, é completamente o oposto. Este tipo de doentes tem que ter salas amplas e portanto onde possam circular mas sempre sob vigilância e este tipo de estrutura física em si não é propriamente adaptada portanto, torna-se mais difícil para quem trabalha poder supervisiona-los.

A: E até mesmo para os utentes não é?! Para eles próprios...

B: *E até para eles próprios, para eles próprios quando eles percebem, porque quando chega a uma certa, há uma certa fase da doença em que eles já não percebem e portanto eles só têm aquilo que nós lhes fazemos. Não percebem o que é que está certo e o que é que está errado e portanto começam a precisar de alguém que cuide deles em todos os aspetos e eles não sabem se o facto de irem para aquela zona é perigoso ou não é perigoso. Eles quando vão para determinadas salas ou para determinadas portas é com o objetivo de, muitas vezes, ir para casa, enquanto essa memória lá existe, é ir para casa...*

A: Exatamente...

B: *É ir para casa de infância nem é para casa onde viviam nos últimos anos com a família... é a casa da infância!*

A:Ah, que aspetos positivos e negativos tem a considerar do espaço físico da instituição? O que é que mudaria de imediato na instituição? Até mesmo coisas que não possam ser mudadas porque há coisas que dá vontade de tirar e pôr mas que não....

B: *O que eu tenho aqui que noto mais no nosso espaço físico são as... não existem propriamente barreiras, o que existe são as, podem-se considerar barreiras, são as.... Nós temos o edifício construído numa zona inclinada e como tal há algumas rampas.... Foi a única maneira de se construir de forma a que não houvesse os obstáculos das escadas etc etc... portanto, se pudesse, mudava as rampas tornava tudo muito mais plano, muito mais plano de forma a que as pessoas não se cansassem tanto porque as rampas faz cansar muito. Faz cansar os idosos, que às vezes é bom ter uma pequena rampa mas faz cansar os idosos. Uma pessoa que vai com uma cadeira de rodas, que vai com um andarilho que já tem dificuldade, se vai subir uma rampa é o dobro ou o triplo da dificuldade e as colaboradoras quando têm que subir as rampas com as cadeiras de rodas também se torna mais complicado para elas.*

A:Ah esse é um aspeto negativo...mais aspetos negativos a nível do ambiente ah da estrutura física?

B: *Depois é o local onde estamos inseridos. Não devia estar a dizer isto mas é verdade, estamos inseridos numa aldeia...que não é que seja negativo! Viver numa aldeia não é negativo só que não tem digamos que, a lojinha, a montra, o café, o espaço verde, ah, o cinema, ah, aquelas zonas que as cidades e as vilas têm. Principalmente as vilas não é?! Faz com que as pessoas possam circular, principalmente os que têm mais autonomia e o nosso, a nossa situação aqui limita isso e depois também estamos aqui em cima da nacional nº 8. É aqui uma estrada com muito movimento e que traz alguns perigos por isso nós tentamos canalizar tudo mais para as traseiras...*

A:O interior do edifício...

B: *Porque as traseiras até têm, tem espaços agradáveis, tem vistas agradáveis também mas as saídas tem que ser sempre aqui pela parte principal e faz-nos criar esta, ter esta preocupação...*

A:Também há-de haver coisas boas no edifício, conte-me lá...

B: *As coisas boas é ter muita luz. É um edifício onde existe muita luz. Foi sempre, mas essa preocupação existiu logo no início. Criar, portanto, espaço onde existisse muita luz e portanto os corredores como está construído em tipo de “U” aberto, não é?! Portanto há toda a zona que percorre os corredores, nesse tal “U” aberto, ah, metade é cimento, é uma construção e o resto é zona envidraçada o que, pronto, traz luz, traz alegria, etc ...faz com que as pessoas estejam sempre a ver o exterior, ver o exterior. Ah, a outra situação é estarmos inseridos numa zona onde tem a serra. A serra lindíssima não é?! A serra é lindíssima e dá para fazer passeios com eles lá para fora e falar-lhes da serra e da natureza, das flores etc etc etc...*

A: Eles adoram...

B: *Dos passarinhos e disso tudo. Exato.*

A: Ao nível das casas de banho estão todas adaptadas?

B: *As casas de banho estão todas adaptadas, todas... quer para cadeiras de rodas, quer para pessoas com mais deficiência... desde os, portanto, os lavatórios, as bases de, as sanitas, as bases de chuveiro ah... todas estão adaptadas quer com ah, portanto, barras para as pessoas se puderem agarrar e as, portanto, os tais polibãs que existiam anteriormente foram todos eliminados. Portanto as casas de banho são de um só...*

A: São amplas...

B: *São amplas! São consideradas uma base digamos única. Com inclinação suficiente para a água correr claro!*

A: Ah, as ...

B: *Sem cortinados e sem nada que... (riso)*

A: As áreas ou espaço... as áreas que estão livres, o jardim, o espaço mais livre é seguro?

B: *É, é, é...*

A: Ok, ah e os espaços estão apropriados mesmo para a realização de atividades?

B: *Estão, estão preparados e estão...ah, mesmo as salas, a sala de atividades é uma sala ampla, bastante espaçosa onde eles podem, pode-se fazer vários tipos de*

atividades, jogos, bolas etc...usar diversos equipamentos sem haver problemas de obstáculos ah... depois temos a sala da zona da fisioterapia que também está muito bem preparada para essa finalidade... o refeitório também está... nós fizemos obras à relativamente pouco tempo portanto quer refeitório quer salas circundas estão todas preparadas e, e pensadas em ter além do conforto ter a tal luz que é muito importante nestas casas. Haver luz e haver ah espaços em que eles vejam o exterior. Não estejam as salas muito fechadas.

A: Eles estão todos confinados ao mesmo espaço? Ou há...

B: *Nós temos divididos por salas. Por um lado temos divididos aqueles que, apesar de não querermos fazer segregação temos mesmo que dividir porque eles próprios pelas situações em que se encontram já se, eles é que criam essa divisão digamos... portanto, aqueles que estão mesmo mesmo mais dependentes, porque nós temos muitos que estão mesmo mesmo mesmo mais dependentes e que não têm condições já para virem para o rés do chão, estão em salas do primeiro andar, onde nesse caso têm uma vigilância contínua e das colaboradoras e mais segura. Ah, no rés do chão portanto as salas estão divididas por... eles próprios também se dividem. Eles próprios vão-se agrupando, vão fazendo, eles próprios às vezes é que fazem a divisão... ah, ou por amizade, ou por conhecimentos, ou por gostos...ah, eles próprios é que fazem a divisão. Alguns permanecem mais na sala de estar perto do refeitório ou porque a distância já é para eles um problema e portanto já estão próximos do refeitório de forma a que não tenham que percorrer tanto para chegar à sala de refeições com as casas de banho relativamente perto. Depois temos uma sala intermédia, que nós chamamos a sala dos jogos que tem mesas preparadas para eles jogarem e também é mais ou menos frequentada por determinadas pessoas e depois é a sala de atividades. Eles próprios é que procuram o espaço onde se sentem melhor.*

A: Ah, permitem que o utente traga objetos pessoais, mobílias, quadros para o seu quarto?

B: *Dentro do possível, dentro do possível! Já permitimos mais. Já permitimos mais. A experiência ensinou-me que ser flexível e permitir que as pessoas trouxessem determinadas, nomeadamente, imaginemos, portanto... não, a fotografia, tudo isso é aconselhável mas mesmo assim está sujeito a partir-se, está sujeito a estragar-se e*

muitas vezes as pessoas depois têm dificuldade em aceitar que as coisas se partam. Porquê?! Porque não são limpas nem cuidadas por eles. Mas depois trazem a televisão e depois é um problema se a televisão avaria. Depois se trazem a televisão o colega já quer ver outro programa enquanto que se a televisão for da instituição eles já não têm tanto aquela ideia do poder e de controlar a situação. Portanto, o facto de trazerem nós sempre permitimos isso mas ultimamente temos controlado mais para evitar estes problemas. Portanto, é bom mas às vezes (risos), o sermos muitos abertos, muito flexíveis, também traz problemas. Aliás é como tudo!

A:Exatamente! Qualquer utente, desde utente com mais demência, utente que circule mesmo de cadeira de rodas pode circular pela instituição em segurança? Não corre perigos ao circular pela instituição?

B: *Não, desde que não vá para zonas, por exemplo: se há um utente que se lembra de subir uma rampa sozinho e que vem de cadeira de rodas, que já tem acontecido. Ah corre riscos porque pode desequilibrar. Mas isso já é porque ele talvez não tenha noção que aquilo é um perigo porque nós tentamos alertar não é?! São as tais rampas que eu acho que realmente são... nós não conseguimos evitar...*

A:Rampas e escadas...

B: *Escadas são um perigo mas têm os corrimãos para eles se agarrarem e tentamos acompanhá-los e supervisionar essas situações. Portanto, e eles utilizam muito pouco as escadas, utilizam mais os elevadores. Habituarão-se ao bom dos elevadores...*

A:Ao bom dos elevadores...

B: *Exato... agora o perigo são realmente as pessoas, quem circula de cadeira de rodas e não ter noção e às vezes a cadeira de rodas quando faz a marcha atrás pode magoar alguém que está na parte de trás, mas isso já vai com a limitação da própria pessoa.*

A:Nem mais... relativamente aos recursos humanos da instituição ah, considera que o número de técnicos superiores que tem na instituição é o suficiente para a dimensão da população e para o tipo de problemas que a população tem?

B: *Eu penso que sim que neste momento sim, que estamos à altura de dar uma cobertura. Desde técnicos de serviço social à parte de enfermagem, o médico, a fisioterapeuta... não temos psicólogo mas tentamos que essa área seja de certa forma*

resolvida ou colmatada entre o técnico de serviço social e o próprio enfermeiro e o médico. Portanto acho que sim, que estamos. Neste momento...

A: Ah e acrescentaria mais algum técnico à equipa?

B: *Não, não, não acrescentaria. Neste momento o que acrescentaria talvez era colaboradores em determinadas situações. Isso sim era capaz de acrescentar.*

A: Então acha que o número de colaboradoras não está em número suficiente?

B: *Temos “q.b.”. porque depois também temos que pensar na sustentabilidade porque as instituições cada vez lutam mais com dificuldades em relação à sua própria sustentabilidade. Portanto, os subsídios que vêm da segurança social que são mensais são bons mas nos últimos dez anos praticamente não tem havido aumentos. Portanto e tudo tem aumentado. As reformas também não aumentam. Portanto em ordem em manter o edifício com qualidade, desde os cuidados de higiene, a alimentação à parte da saúde etc, tudo isso estar, enfim, mais ou menos abrangido de uma forma tranquila e de uma maneira que nós tenhamos tranquilidade para dar a resposta quer aos idosos quer aos próprios familiares ah, também temos que ponderar às vezes o número de colaboradoras. Se é “q.b.” se não.*

A: E as colaboradoras têm formação na área da geriatria?

B: *Sim, sim. Pelo menos nos últimos anos, as últimas admissões têm sido feitas nesse sentido porque também através do centro de emprego, nos últimos anos tem havido um incentivo às senhoras que estão no desemprego ou que saem das fábricas e que estão motivadas para trabalhar de lhes dar formação. Portanto de há uns anos a esta parte as pessoas estavam a receber os subsídios de desemprego e estavam em casa. Agora há essa preocupação de lhes dar formação em determinadas áreas, há um leque variado...*

A: E nota diferença nas colaboradoras das que há uns anos não tinham formação para agora, para as que têm?

B: *Noto, noto! Apesar de, de, de... apesar de eu entender que se as pessoas vêm com gosto, ah, e interesse e empenhamento adaptam-se e vão captando e vão aprendendo quer com as outras quer com a própria realidade do dia-a-dia porque muitas vezes aquilo que se aprende depois na realidade é um bocadinho diferente de tudo o que nós conhecemos. Apesar de, dos princípios básicos serem sempre importantes, ah portanto,*

no entanto, a instituição também dá bastante formação ao longo dos anos foi sempre uma aposta que nós fizemos. Nós estamos a funcionar há 30 e digamos que há vinte anos, há perto de vinte anos a esta parte nós damos formação. Começámos com poucas horas, mas ultimamente temos dado bastante formação.

A:*Acha que as colaboradoras estão alerta para os primeiros sinais da doença de Alzheimer? Capazes de alertar o enfermeiro, a técnica de serviço social e dizer “olhe aquele senhor, o comportamento dele está alterado “...*

B:*Cada vez mais sim, cada vez mais sim... sim, as pessoas estão porque é uma situação muito falada nos últimos tempos, é muito falada mesmo ao nível dos órgãos de comunicação social, também é uma situação muito falada. Depois a própria realidade nas instituições também as vai sensibilizando para isso porque elas vão percebendo que aqueles doentes que têm sinais de desorientação e confusão também é uma preocupação para elas. E portanto também lhes abre mais o leque da experiência e da sensibilidade para essas situações.*

A: *Existem voluntários na instituição?*

B: *Muito poucos! O voluntário quanto a mim, e realmente gostava que existissem mais, deve ser uma pessoa com boa formação e que venha com olhos e não veja, com ouvidos e não ouça e que saiba estar. E é difícil encontrar alguém assim é tal e qual como o próprio colaborador, também é muito difícil. A pessoa portanto saber estar sem fazer comentários depois inadequados à frente do cliente ou do idoso, inadequados com a própria colega ou com as colegas, inadequados depois ao saírem da instituição portanto são riscos que nós corremos não é?! Ah , mas as nossas colaboradoras e são elas que estão aqui todos os dias a dar também o seu. Agora o voluntário que vem e que nos traga alguns problemas é preferível não vir. Então tem que ser um bom voluntário e não é fácil encontrar esse tipo de voluntário.*

A:*Neste momento têm algum?*

B: *Digamos que temos umas duas, três pessoas que passam. E que podemos chamar voluntários. Temos um senhor que vem dar a sagrada comunhão todas as semanas e portanto é um voluntário.*

A:*Sim, exatamente.*

B: *Temos uma senhora que participa nas festas e na parte de atividades recreativas, lúdicas, aquilo que lhe queiramos chamar assim. É uma senhora que participa bastante porque ela em casa também faz e vem com ideias engraçadas e gosta de participar. Mas temos muito pouco, é uma localidade. Eu acho que a própria localidade também não está fisicamente, portanto ah, ou geograficamente definida. É uma localidade que, portanto, se estende ao longo da estrada. Não é comunidade...*

A: *Não é central, é difusa...*

B: *Central, em que as pessoas estão mais, tenho ali o vizinho ao meu lado e com quem eu converso e troco impressões e que crio laços de amizade. Portanto, estende-se ao longo da estrada e isso também tem influência nos comportamentos. E depois as pessoas também têm muita dificuldade em aceitar, quer queiramos quer não, por isso é que eu digo: se estivéssemos numa cidade ou numa vila talvez fosse diferente. Eu acho que a instituição às vezes tem que trabalhar quase o dobro, digamos, para conseguir o mesmo que os outros que estão inseridos nessas localidades porque as pessoas vêm com muita dificuldade e têm muita dificuldade em aceitar os lares. Os lares ainda têm uma carga negativa muito desagradável e por isso é que agora é chamada a estrutura residencial. Porque aquela ideia do lar em que a pessoa vai para lá...*

A: *Vai para morrer...*

B: *Vai para morrer, exatamente. Mas também nós andamos cá todos é para morrer num lado ou noutra não é?! E o que é certo é que ultimamente as pessoas vêm de facto muito envelhecidas e realmente estão cá poucos anos mas durante digamos que, no princípio, tivemos pessoas que chegaram a estar na instituição 15, 20 anos. Portanto não vieram para morrer, vieram para viver.*

A: *Nem mais... Exatamente...*

B: *Vieram para viver!*

A: *Vieram dar-lhes anos de vida...*

B: *Exatamente! Tudo depende da, do estado em que a pessoas vem. Se vem realmente com saúde em que possa ainda, ser digamos que com uma boa alimentação, de um bom acompanhamento, ainda viva alguns anos com qualidade ou se já vem realmente com doenças, nomeadamente na área das neoplasias etc e que já estão, digamos com...*

A:Um estado mais avançado...

B: *Um estado mais debilitado e que já partem mais rapidamente.*

A:Exactamente! Relativamente às atividades de estimulação, que tipo de atividades é que são organizadas na instituição?

B: *São poucas! Talvez a parte portanto, nesse aspeto a animadora tenha que trabalhar um bocadinho mais. Ah, em estimulá-los. Porque quer dizer, ainda no outro dia falava com alguém sobre isso. Eu acho que todos nós temos que ter estímulos para nos levantarmos de manhã e para, e para fazermos a nossa vida não é?! E os idosos também! Portanto têm que ter estímulos...ah, nem que seja o namoro, o gosto por alguém cá dentro e portanto levanta-se e arranja-se para ele... ou, e portanto, paralelamente a instituição tem por obrigação criar os estímulos para realmente e aí existe as atividades em que lhes são chamados a participar.*

A: Que tipo de atividades? Passeios, jogos...

B: *Ah, mais portanto, quer dizer temos as festas que são relativas, portanto, que são quase comuns a todas as instituições porque são referentes às festas anuais. Depois são as atividades que são programadas, desde os jogos que estava a referir, os jogos ah, a ginástica também é uma atividade. É feita com alguma limitação mas é feita. E depois, portanto, há todo aquele tipo de atividades que depois se vai desenrolar. Agora está a aproximar-se o Carnaval, vão-se fazer máscaras e vão-se fazer trabalhos...*

A:Eles próprios trabalham a nível manual?

B: *Sim, sim... se sair por aqui e descer aqui o corredor há-de ver aqui um vasinho que está ali feito. Por acaso foi posto hoje em que portanto, neste caso não foi a animadora, mas é como se fosse e foi feito com a participação deles. Pintado, cortado... e depois temos ainda algumas pessoas que conseguem trabalhar a nível manual.*

A:Ah, algumas destas atividades são destinadas a utentes com doença de Alzheimer? São planeadas para eles?

B: *Pouco! Muito pouco! Até porque os doentes de Alzheimer que nós temos na instituição, que por acaso estive a ver em termos de medicação, por acaso até à bocadinho estive a ver, em termos de medicação e de outros afins, esses doentes ah,*

portanto já estão em determinado grau da doença digamos, que já não lhes permite a participação muitas vezes. Portanto, são estimulados. Ou porque já estão muito envelhecidos ou porque ouvem mal ou porque veem mal e já há alguma dificuldade em mante-los ocupados. Apesar de, desde que eles tenham condições para isso são inseridos no grupo, não são marginalizados... estão inseridos no grupo. Conforme o estado físico em que se encontram.

A: Ah, é feita alguma atividade ao nível de música na instituição, musicoterapia?

B_ *Ah, não. Muitas vezes pensamos nisso, musicoterapia portanto musicoterapia é importante, musicoterapia é importante. Ah, pronto quando se fazem jogos muitas vezes ou quando se faz ginástica muitas vezes tentamos inserir musica mas aqueles que estão mais lúcidos muitas vezes não aceitam. Têm alguma dificuldade em aceitar. Porquê?! Porque a música para eles é o baile, é festa. Não é propriamente a ginástica com música. Não está nos hábitos deles. Nós já tentámos que, fazer ginástica com música. Mas por exemplo se fizermos uns jogos, aquele jogo das cadeiras em que há música... isso sim, porque eles sabem que a música faz parte do jogo. Aquelas músicas que são dos tempos deles, também lhes diz alguma coisa. Agora a música, digamos música clássica ou outra música que seja preparada... eles não! Ou porque não está nos hábitos deles, não noto que...agora tivemos aqui uma experiência que veio aí uma técnica fazer várias sessões quando nós fizemos 25 anos de funcionamento e foi realmente bastante interessante, muito interessante... mais para os doentes de Alzheimer. Mais para os doentes com demência. Essas digamos que aproveitaram mais, os outros são capaz de achar isso como uma patetice, digamos...patetice. “para que é que aquilo serve?” enquanto esses doentes serve como estímulo.*

A: E a nível de jogos de memória, costumam fazer?

B: *Sim, sim fazem jogos de memória. Dentro dos jogos, fazem jogos de memória.*

A: E a nível de treino de atividades de vida diária?

B: *Ah, como assim?*

A: Estimulá-los a vestirem, a abotoar, a descalçar...

B: *Exato. Fazemos isso, tentamos nem que seja mal feita... é tal e qual como a cama não é?! Mas depois eles dizem “eu vim, paguei e é para me ser feito”*

A:Depois há essa perspetiva também!

B: *É, é...e depois há...para se combater isso não é muito fácil. Mas desde que eles possam fazer e isso é uma ideia que é transmitida continuamente, desde que possam fazer tem que ser feito. Porque enquanto puder fazer, é feito por ele. A partir do momento que deixa de ser feito por ele, passa a ser feito por outra pessoa já está a depender... para ir à casa de banho tem que ser acompanhado, para isto tem que ser acompanhado. Enquanto ele se conseguir limpar e fazer, enfim, o que é básico é autonomia. Faz quando quer e bem lhe apetece.*

A:Exactamente.

B: *Quando precisar de outro é muito mais triste... e depois há uma sobrecarga para as colaboradoras. É o que lhes estou sempre a dizer! Não os ponham nas cadeiras de rodas, não os ponham nas cadeiras de rodas! “ah mas ele anda mais depressa” mas isso não interessa!*

A:Exactamente!

B: *É uma luta um bocadinho aí... o que é mais fácil, o que é mais rápido e o que é que, portanto, obter uma resposta mais rápida não é propriamente o que é melhor para a pessoa.*

A: Quem é que planeia as atividades?

B: *Mas se isso não for feito assim muitas vezes eles também questionam “então mas eu pago e agora...” Pronto! É a tal situação que às vezes é ambígua. Relativamente às atividades à partida são planeadas pela animadora. Há reuniões periódicas e há ideias que saem dos outros técnicos e que, nomeadamente o gabinete técnico e não só e portanto são postas em prática!*

A: Relativamente a aspetos clínicos, existe um técnico responsável pelo acolhimento do idoso?

B: *Sim, existe!*

A: É o técnico que está no gabinete de apoio técnico e sou eu também não é?! Ou seja, técnicos de serviço social?

B: *Sim, são técnicos de serviço social. Portanto quando o utente entra há sempre uma preocupação de o acompanhar e de fazer, de explicar o que é necessário não é?! E o acompanhamento nos primeiros dias e depois ele entretanto entra na rotina. Aí já não precisa de amuleto.*

A: *Exatamente! No momento de acolhimento ah, é preenchida alguma ficha de registo inicial onde conste os gostos, os hobbies, os vícios do utente?*

B: *Exatamente, isso é feito logo aquando da primeira entrevista quase. Quando é feita a primeira entrevista, nós tentamos ficar com uma ideia porquê?! Porque o utente pode vir frequentar o centro de dia e pode ser logo no dia seguinte e então nós temos que estar minimamente preparados para saber como é que aquela pessoa vai reagir ou o que é que é preciso e quais são os gostos dele, normalmente a alimentação. E isso é feito...uma primeira abordagem! Depois mais pormenorizadamente no dia a dia.*

A: *E essa ficha, essa informação...*

B: *Faz parte do processo técnico...*

A: *E todos têm acesso ao processo ou é só a equipa técnica?*

B: *É só a equipa técnica!*

A: *As colaboradoras...*

B: *As colaboradoras têm acesso à ficha inicial que se preenche... quando o utente entra há uma ficha que faz parte do plano individual ah, em que é descrito, portanto quais são...vejamos os parâmetros que estão...portanto é a alimentação, os cuidados de higiene, os hábitos, ah, portanto as dependências, os gostos... e aí nós descrevemos nessa ficha aquilo que nos é dado a conhecer quer pelo familiar quer pelo idoso.*

A: *Que é para elas terem noção...*

B: *Que é para elas terem conhecimento. E essa ficha permanece na sala delas pelo menos 4/5 dias, até todas terem oportunidade de ler e reler e assinarem e depois regressa ao processo do idoso.*

A: *Elas assinam a ficha?*

B: *Assinam a ficha!*

A: Como prova de que leram a ficha...

B: *Como prova em que a leram... posso-lhe mostrar uma se quiser!*

A: Ah, é realizada uma avaliação inicial por parte de todos os técnicos?

B: *É, basicamente é. Mesmo que não seja assim pronto, vamo-nos sentar, mas é feito é... há uma preocupação inclusivamente de transmitir logo à equipa de enfermagem também que tipo de doente é, como vem, como não é... até porque depois também é elaborado um processo clínico e tem que ser na base daquilo que é passada a informação. Isto tem que funcionar tudo em articulação!*

A: Ah, e é realizado o plano individual de intervenção?

B: *É, é, é! Minimamente, é! (risos)*

A: (risos) E por todos os técnicos ou é só um técnico que realiza pelos outros?

B: *Não, é porque... pedimos a colaboração dos outros até pedimos a opinião das colaboradoras também! Porque o plano individual nunca está terminado e às vezes quando está terminado o idoso está a falecer! O plano individual é extenso, é uma coisa...pronto, existe...*

A: O que acha do plano individual?

B: *Acho que tem o seu interesse. Acho que acima de tudo o que tem interessa é que existe um processo em que as pessoas, em que eu pego naquele processo... ou eu ou outra pessoa portanto que tenha direito a isso...e que consiga perceber o que é que se passa com aquele doente no dia a dia. E portanto aqueles processos com alguma dificuldade, eles são atualizados pelo menos duas, três vezes, quatro por ano, conforme as necessidades de forma a que a pessoa que venha e que vá ler que fique com uma ideia de como é que aquela pessoa era no início, como é que se foi desenrolando, como é que se foi adaptando, se é conflituosa, se não é conflituosa, os gostos que tem blábláblá... pronto, isso é que eu acho importante. A ficha que é preenchida inicialmente para elas terem conhecimento também é importante porque nos dá uma ideia de como é que o idoso é apesar de muitas vezes as pessoas variarem com o tempo não é?! Ah, agora depois o plano individual quer dizer, aquele minucioso plano individual que eu já tive nas mãos e que chegámos à conclusão que devíamos era tentar*

sintetizar tudo numa folha ou duas se não estávamos não sei quantos dias a escrever, porque há coisas que não são, não são minimamente...

A: Práticas...

B: *Nem práticas, nem necessárias e deixam de ter interesse porque é o sim, não, sim, não... e acho que são pronto, acabámos por neste momento o nosso plano individual está muito diferente do que estava há meia dúzia de anos a esta parte. Portanto eles foram, começaram a exigir o plano individual... porque processos clínicos e processos ah, processos ao nível da parte dos casos sociais sempre tivemos não é?! Nós sempre tivemos processos, podiam não estar tão bem elaborados não é?! As fichas individuais também não estavam tão bem elaboradas como estão agora mas sempre tivemos.*

A: E esse plano individual já me disse que é reavaliado, mas é reavaliado por todos os técnicos de X em X tempo ou há um técnico que vai modificando uma coisa ali, outra acolá?

B: *É mais ou menos duas vezes por ano. Mais ou menos duas vezes por ano. É, é revisto.*

A: Os utentes com doença de Alzheimer, tem ideia de terem acompanhamento por parte de algum médico especializado?

B: Tenho, são sim senhora.

A: No exterior?

B: *Não, vem aqui por acaso.*

A: Vem aqui...

B: *Vem...*

A: E mais ou menos de quanto em quanto tempo tem ideia?

B: *Ah, da frequência com que são feitas as consultas?*

A: Sim...

B: *Ah, se não tiver agravamentos são feitas uma média de duas por ano, se tiver agravamento muitas vezes são feitas com. Contacto telefónico...não está correto não*

é?! Mas muitas vezes o enfermeiro fala com o médico, neste caso com o neurologista, e explica como está a situação e ele muitas vezes telefonicamente dá umas dicas.

A: *Pois, é a forma de abreviar um bocadinho a coisa não é?! Como é que é feita a articulação entre o idoso com Alzheimer institucionalizado e a sua família?^como é que vocês fazem esta articulação?*

B: *É das situações mais complicadas que nós temos. Porque, porque ninguém está preparado para esse tipo de doente e como a pessoa tem dificuldade em verbalizar as suas dificuldades porque o que ele tem presente é o passado e é um passado mais ou menos recente...ah, quer nós temos dificuldade em lidarmos com eles quer as famílias têm dificuldade e as famílias quando têm dificuldades em vez de entenderem e aceitar o doente como ele é muitas vezes tentam projetar para quem está a cuidar dele os problemas existentes. E às vezes complica a situação em si. Ah, se o familiar é compreensivo e pronto, até percebe que, que o seu idoso ou a sua idosa ou residente ah, está limitado e portanto está esquecido e tem fases em que está mais desorientado e que às vezes até precisa de estar imobilizado para sua segurança...as coisas correr bem. Quando o familiar tem dificuldade temos que tratar do residente ou do doente de Alzheimer e tratar da família porque as pessoas não têm formação. É uma situação muito recente digamos. Sabem que há confusão. Por exemplo, nós temos uma senhora que está cá na casa há pouco tempo e veio para internamento e nós temos uma preocupação enorme em que ela se desoriente um dia e saia por uma porta e nós não nos possamos, não conseguimos controlar e a senhora se perca e desaparece e anda fugida ou desaparecida durante umas horas. Isso aqui na instituição é inaceitável no entanto, isto aconteceu em casa da idosa duas vezes pelo menos, antes de terem recorrido ao equipamento. E nessa altura as pessoas até aceitam tudo e compreendem. Quando vêm para aqui, como estão a pagar e estão colaboradoras a tomar conta, deduzem à partida que essas situações estão completamente resolvidas mas nunca estão completamente resolvidas. Porque nós não conseguimos livrar, nem as crianças conseguimos livrá-los do perigo não é?! Muitas vezes também não conseguimos livrar os idosos muitas vezes destas situações preocupantes. E as famílias aí às vezes têm dificuldade de dizer-nos “sim senhora se isso acontecer é perfeitamente normal” mas não é nada normal porque quando acontece vêm logo ter connosco apontam-nos o dedo e dizem-nos logo “os responsáveis são os senhores”. Portanto é uma situação um*

bocado complicada e daí algumas instituições não aceitarem ou terem alguma, fazerem um certo travão a esse tipo de admissões.

A: Ah, tendo em conta o trabalho desenvolvido na instituição com os doentes de Alzheimer...

B: *Talvez, talvez portanto...no nosso país e como em todos nós andámos um bocadinho ao contrário. Eu costumava dizer isso há uns anos a esta parte. Estas instituições foram criadas no início para pessoas autónomas quando deveria ter sido ao contrário. Porque os autónomos podem se manter em casa...deviam ter sido criadas para pessoas com alguma dependência e que já não podem estar nas suas casas. Portanto...*

A: E os autónomos adaptam-se aos dependentes ...

B: *Exatamente! O apoio domiciliário surge mais tarde quando devia surgir primeiro. Surgiu primeiro o lar, depois mais tarde surgiu o apoio domiciliário, tudo bem... depois é que entretanto ah...portanto isto andámos um bocadinho ao contrário! E agora também com os doentes de Alzheimer. Em vez de serem criadas, isto também traz outros custos e outras responsabilidades para toda a gente não é?! Principalmente custos para as instituições e para poder fazer face...e custos, nomeadamente também para a segurança social que suporta parte dessas despesas. Portanto ao estado ou como lhe queiramos chamar. Portanto, o ter cá portanto, eu acho que há muita falta... começam-se a dar, talvez, os primeiros passos...eu não sei se existem lares que sejam criados de raiz para essa finalidade...para doentes de Alzheimer, para doentes com demência...existem?*

A: Já existem, mas poucos...

B: *Mas poucos...*

A: Muito poucos!

B: *Muito poucos...e esse, é uma necessidade muito grande. Cada vez mais existe essa necessidade e os outros vão os recebendo mas é quase a medo porque é uma aprendizagem e não estamos preparados e não temos...*

A: Então de certa forma é a favor que haja uma certa separação?

B: *Ai acho que sim! Acho que sim, que deve haver. Até para os proteger, porque eles muitas vezes tomam atitudes que são menos racionais digamos, podemos chamar assim, que acabam por ofender entre aspas os outros que não percebem. Como por exemplo lembrar-se de fazer xixi num canto...pronto, cuspir para o lado...há tantas coisas que eles fazem que os outros não percebem e nós temos que os proteger e o facto de os estarmos a colocar num outro espaço preparado para eles, mas é em condições não é pô-los numa sala ali paradinhos não é?! Com condições, é estar a trabalhar para eles, para o problema deles e para as necessidades deles, não é estar a segrega-los.*

A: *Ah, pois porque nesse aspeto, às vezes...estão a separá-los, estão a negligenciá-los, estão a pô-los todos juntos...*

B: *Não, não, não... eu costumo dizer “estamos a protege-los”. E estamos efetivamente a protege-los.*

A: *Ah tendo em conta o trabalho desenvolvido na instituição com os doentes de alzheimer o que é que acha que deveria ser melhorado num futuro próximo? Que medidas é que deviam ser tomadas na instituição?*

B: *A instituição em si também tem dificuldade em melhorar nesse sentido porque isso exige investimentos, exige investimentos e nós nem sempre estamos à altura...nem sempre as instituições têm capacidade para alterar as suas estruturas, os seus espaços para isso. Mas ah, já falámos muitas vezes isso...criar uma sala para eles e depois... estão limitados a essa sala?! Não pode ser. Portanto, uma instituição que seja criada ou um espaço que seja criado para essa finalidade tem toda uma estrutura preparada para eles e eles circulam entre salas entre casas de banho, entre refeitório...que é tudo para eles. Nós temos alguma dificuldade digamos. Podíamos fazer mas como e em quê?! Criar mais espaços?*

A: *Falou que o facto de ser um labirinto, isto para eles deve ser confuso não?!*

B: *É, é... inicialmente foi criado com esse objetivo, de os obrigar a andar, pensar...*

A: *Pois, só que não se lembraram destes casos que...*

B: *Esqueceram-se que isto ia acontecer... repare...eu não vou nomear a instituição. Há uma instituição no distrito de Leiria ah, portanto, muito conceituada que quando começou a funcionar aquilo parecia um hotel...ah, portanto as pessoas até mudavam de*

fato durante o dia...ah, portanto ao pequeno almoço levavam um fato, ao almoço levavam outro, ao jantar levavam outra...os guardanapos eram de pano e eram colocados em bolsinhas...portanto aquilo tudo XPTO. Entretanto não duraram meia dúzia de anos, nem tanto...os idosos começaram a tombar, começaram a cair, começaram a aparecer AVC's, pernas partidas e outras situações nomeadamente demências e eles começaram a ficar assustados...não sabiam como é que deviam lidar com aquilo! Então criaram uma clinica paralela para receber esses doentes que estavam em situações de maior debilidade. Portanto isto é a realidade do nosso país.

A: *Exatamente. Eles aqui na instituição já aconteceu perderem-se?*

B: *Mas tem-se feito muito. Repare, eu não estou a dizer mal. Tem-se feito muito mas vão-se aprendendo com os erros...*

A: *Exato... eles, já aconteceram perderem-se dentro da instituição? Utentes com...*

B: *Utentes mais lúcidos?*

A: *Não, não, não. Os utentes com demência, com doença de Alzheimer...*

B: *Ai nem me diga, claro! (risos) às vezes andamos à procura deles e estão numa casa de banho e estão num sítio que nós não esperamos não é?!*

A: *E nem eles esperavam estar...*

B: *Nem eles esperavam, exatamente... apesar de nós tentarmos ao máximo vigiá-los... e depois quer queiramos quer não, critiquem-nos ou não critiquem os doentes que oferecem riscos nós temos imobilizados. Não todo o dia mas a maior parte do tempo...*

A: *Que é para os protegerem, a si...a eles e a vocês!*

B: *Exatamente! Porque eles levantam-se, caem, partem uma perna. O que é que é melhor? Vamos correr esse risco? Não vamos...*

A: *Já pensaram em haver cores diferentes ao longo do, do edifício de forma a...os utentes identificarem melhor os diferentes espaços?*

B: *Será que eles iriam identificar com as cores?*

A: *Poderia ser um facilitador...*

B: *Não sei... até que ponto seriam capaz de registar isso. Porque eu acho que o problema destes doentes ao longo dos anos é a dificuldade precisamente em registar. Eles portanto, eles têm registado as referências do que, do que acontecia até entrarem para aqui, inclusivamente a própria casa não é?! Porque a doença não aparece de um dia para o outro não é?! Eles têm registado mas depois têm dificuldade em começar a registar coisas novas.*

A: Exato!

B: *Têm muita dificuldade! Portanto, o facto das cores não sei, sinceramente não sei! Para lhe ser sincera, para lhe estar a dizer que sim, que era importante as cores...*

A: Não sabe se iria solucionar o problema...

B: Não...

A: Muito obrigada!

APÊNDICE V – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE

Categorias e Subcategorias de Análise

Categorias	Subcategorias
Fatores Ambientais	Acessibilidade e Segurança Aspetos arquitetónicos positivos da instituição Aspetos arquitetónicos negativos da instituição/Necessidades de adaptação
Recursos Humanos	Formação dos técnicos/colaboradores e necessidade de acrescentar recursos humanos
Procedimentos e metodologias de intervenção/diagnóstico	Método de Acolhimento do idoso na Instituição Metodologia de avaliação clínica e social do idoso Identificação dos sinais da doença de Alzheimer no estágio I e acompanhamento médico
Atividades de estimulação/ocupação	Atividades de estimulação específicas para os utentes com doença de Alzheimer
Articulação Instituição/família	
Perspetivas futuras de intervenção nas estruturas residenciais	

APÊNDICE VI – GRELHAS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

CATEGORIA DE ANÁLISE: FATORES AMBIENTAIS

Subcategoria: Acessibilidade	ER	Diretoras Técnicas
	ER-A	É acessível o espaço (...) Só para eles irem os quartos é que eles têm que utilizar o elevador de resto é tudo acessível
	ER-B	Não! (...) instituição que foi construída antes de 67 (...) escadas: em tudo quanto é sítio; rés do chão, primeiro, segundo e terceiro andar (...) os elevadores dão acesso a todos os andares, é certo. Ah, mas a pessoas que estão por exemplo na sala se saírem não podem deambular à vontade porque há um risco de irem para as escadas e caírem (...) Temos um espaço exterior (...) é isolado de tudo o resto.
	ER-C	Não, claramente não está. (...) instituição com...portanto antiga (...) em termos de barreiras arquitetónicas tem imensas (...) uma parte do edifício (...) é antiga, muito antiga (...) não tem as dimensões ajustadas à legislação que está agora em vigor (...) A parte nova já tem outras condições (...) de há uns tempos a esta parte fizemos melhorias muito significativas (...) mas continua a ser um edifício com muitas barreiras, confuso (...) têm dificuldades de orientação no espaço portanto (...) ah, a sinalização toda muito igual, portanto é um espaço confuso, não é potenciador de uma melhor orientação para estas pessoas (...) em termos também do próprio edificado (...) o edifício continua a não estar adaptado (...) ah, as pessoas acabam por circular muito dentro daquele espaço, está muito confinado àquela área e há muita desorientação dos próprios utentes dentro do edifício. É uma coisa que se nota bem! Completamente! Não há dúvidas!
	ER-D	Tentámos adaptar o edifício (...) o edifício estava preparado para receber pessoas com autonomia (...) tivemos que adaptar o edifício a essas situações mas continuamos com algumas falhas, lacunas (...) termos de saídas e entradas controlado com sistemas de portas automáticas de forma a que as pessoas não possam sair sem nós termos conhecimento (...) continuam sempre a existir alguns perigos (...) tantas entradas e saídas (...)

Subcategoria: Segurança	ER	Diretoras Técnicas
	ER-A	[então dentro da instituição o utente pode circular de forma segura?] Sim, sim, sim, sim (...) podem apanhar chuva mas não estão em perigo. Estão sempre “fechados” (gesticulou as aspas (“))
	ER-B	A parte das escadas é a parte mais...de resto pode circular em segurança (...) as portas estão fechadas, ah nós com a nossa impressão digital abrimos a porta, eles não conseguem abrir. Ah, pode acontecer às vezes as portas não ficarem bem trancadas e acontecer alguma saída assim como a nossa porta da capela. A capela é do lar mas está aberta ao exterior pelo menos na hora da missa poderá acontecer algum utente sair por lá.
	ER-C	[considera a instituição segura?] Não! (...) é assim, podem sair, podem, agora que seja em segurança duvido porque é muito fácil sair, a casa é grande...desde as traseiras, desde aqui a entrada virada para a rotunda, que há muito transito, a entrada do piso de cima...portanto há muita facilidade de circulação para entrada e saída. Em termos de intrusões é fácil...e depois como temos a estrada muito perto
	ER-D	Estamos aqui em cima da nacional nº 8. É aqui uma estrada com muito movimento e que traz alguns perigos por isso nós tentamos canalizar tudo mais para as traseiras (...) as saídas tem que ser sempre aqui pela parte principal e faz-nos criar esta, ter esta preocupação (...) saídas e entradas controladas com sistemas de portas automáticas (...) (investigador: as áreas que estão livres, o jardim, o espaço mais livre é seguro?) É, é, é (...)[Não corre perigos ao circular pela instituição?] Não, desde que não vá para zonas (...) São as tais rampas

Subcategoria: Aspectos arquitetônicos positivos da instituição	ER	Diretoras Técnicas
	ER-A	Estamos bem com os espaços que temos (...) tenho o espaço exterior que está fechado. Eles podem ir até à rua mas não têm acesso ao espaço público (...) As nossas casas de banho são muito boas (...) nós deixamos trazer tudo o que a pessoa quiser e possa ter dentro do quarto que não perturbe a instituição.
	ER-B	Este mesmo espaço que nós temos que é ao ar livre portanto, é no interior de todo o edifício, mas é ao ar livre (...) A luminosidade acho que nós temos (...) as salas são luminosas temos muita claridade (...) (casas de banho adaptadas) Sim (...) A sinalética obrigatória está (...) [Sinalética dos quartos?] ponto que já está encomendado também... que é aqueles acrílicos que vamos por no quarto, para pôr o nome e uma fotografia
	ER-C	Muita luz, muita luz, as pessoas têm muita... facilmente ao deambular têm muita visão para o exterior. Tem muitas janelas, tem muita luz direta natural (...) muita visão do exterior (...) será a principal mais valia desta casa, é a localização (...) Há muita interação com o espaço exterior, com a comunidade institucional (...) tem muitas salas, tem muitos cantos, muitos recantos, muitos espaços que é possível as pessoas estarem (...) as pessoas não estão confinadas ao mesmo espaço (...) Nós temos aqui um pátio interior, que não é exterior, é interior. É ao ar livre mas é dentro do edifício que permite também estar aqui com chapéus de sol, com um ambiente mais ou menos protegido e com alguma privacidade
	ER-D	As traseiras até têm, tem espaços agradáveis, tem vistas agradáveis (...) edifício onde existe muita luz (...) zona envidraçada o que, pronto, traz luz, traz alegria (...)faz com que as pessoas estejam sempre a ver o exterior, ver o exterior (...)estarmos inseridos numa zona onde tem a serra (...)dá para fazer passeios com eles lá para fora e falar-lhes da serra e da natureza, 5das flores etc (...)As casas de banho estão todas adaptadas (...)a sala de atividades é uma sala ampla, bastante espaçosa onde eles podem, pode-se fazer vários tipos de atividades (...)usar diversos equipamentos sem haver problemas de obstáculos (...) temos a sala da zona da fisioterapia que também está muito bem preparada para essa finalidade... o refeitório também está (...)

Subcategoria: Aspectos arquitetônicos negativos da instituição/Necessidades de adaptação	ER	Diretoras Técnicas
	ER-A	Nós gostávamos de ter mais espaços de salas, melhores espaços (...) Gostava muito de ter os espaços identificados com cores para ser mais fácil para os utentes identificarem (...) gostava de não ter tantas portas de acesso à rua especialmente as portas de emergência que são muito complicadas porque não podemos fechá-las e os doentes de Alzheimer conseguem a maioria deles abrir portas de emergência (...) A nível de luminosidade a nossa instituição é muito antiga e portanto tem janelas muito pequenas, pouca luz, tem vários corredores, vários...pronto, não favorece a luz de todo. É terrível a luminosidade
	ER-B	Este mesmo espaço que nós temos que é ao ar livre portanto, é no interior de todo o edifício, mas é ao ar livre (...) tentar arranjar uma cobertura que fosse possível (isto é um bocadito utópico, eu sei), que fosse possível fechar de maneira que no inverno aquele espaço pudesse ser utilizado e pudesse ser transformado numa sala mas que no verão se pudesse abrir e estar ao ar livre (...) de forma que as outras salas pudessem ficar um pouco mais libertas (...) é uma das nossas dificuldades também! As salas neste momento estão... as pessoas queixam-se com barulho (...) as escadas eu não as posso mudar! (...) Aqui não acho que haja muita coisa que possamos mudar (...) a questão das cores (...) Nós temos três andares. Todos eles têm a mesma cor, têm o mesmo aspeto (...) uma das coisas que nós queremos fazer é pelo menos, uma parede pintar com uma cor diferente de maneira que as pessoas sintam que não estão no andar delas
	ER-C	Na parte antiga do edifício há dois ou três aspetos muito muito negativos que é corredores estreitos e largura de portas (...) tem as barreiras arquitetónicas que vamos melhorando mas há algumas que não podem ser solucionadas, são mesmo muito difíceis de solução devido à construção de pilares (...) Na parte nova (...) talvez a uniformização, tudo muito igual, não haver muita cor, não haver cor (...)é importante para pessoas com demência haver cor, haver sinalização com cor, haver identificação de áreas por cores, setinhas, coisas desse género. Esse tipo de sinalética, é esse o termo, que não temos (...) Espaços exteriores?! (...) Dentro do próprio edifício não temos muito espaço.

	ER-D	Uma estrutura física que é quase um labirinto (...)este tipo de estrutura física em si não é propriamente adaptada (...)mudava as rampas tornava tudo muito mais plano (...) o local onde estamos inseridos (...)não tem digamos que, a lojinha, a montra, o café, o espaço verde (...)estamos aqui em cima da nacional nº 8. É aqui uma estrada com muito movimento e que traz alguns perigos por isso nós tentamos canalizar tudo mais para as traseiras (...) as saídas tem que ser sempre aqui pela parte principal e faz-nos criar esta, ter esta preocupação
--	------	--

CATEGORIA: RECURSOS HUMANOS

Subcategoria: Formação dos técnicos/colaboradores e necessidade de acrescentar recursos humanos	ER	Diretoras Técnicas
	ER-A	Nós precisávamos de um animador a mais tempo no lar, precisávamos de um fisioterapeuta do lar e gostava de ter uma psicóloga no lar, umas horas. Ah, gostava de ter vários técnicos que não tenho (...) (formação das colaboradoras) Não, não têm formação. A formação da maioria delas é dada na instituição com colegas que já têm mais experiência (...) É com a prática, sim! E com as formações pontuais que a instituição vai dando mas que não são suficientes (...) Nós não temos, não temos técnicos se calhar tão preparados assim para lidar com pessoas, utentes de alzheimer. Nós fazemos, a animadora sobretudo e eu, estudamos um bocadinho e vamos fazendo o que conseguimos. Não somos técnicos especializados para intervir nestas doenças e conseguir retardar sem ser com medicação adequada
	ER-B	Faltam um ou dois técnicos mas pronto pelo menos um era a prioridade...era um neurologista, alguém dessa área (...), nós tivemos envolvidos no projeto “Vidas” (...) foi uma formação intensa sobre a demência (...) houve uma área dedicada aos técnicos, uma área dedicada à direção e outra para alguns colaboradores. Portanto os colaboradores tiveram formação, ah todos nós tivemos formação (...) e vamos ter agora também sobre Alzheimer (...) com a associação de Alzheimer (...)Um terapeuta ocupacional também ajudava, um psicólogo também ajudava (...)nós neste momento até estamos com uma boa equipa. Temos uma fisioterapeuta, temos a animadora, temos uma agente de gerontologia que tirou um daquetes CET’s, duas enfermeiras, ah, pronto depois temos o médico.
	ER-C	(formação dos técnicos) É assim, ah, técnicos, equipa técnica eu acho que sim (...) fizemos uma candidatura, de um estágio profissional em psicologia e um técnico em serviço social só para trabalhar toda a parte cognitiva comportamental, acompanhar mesmo pessoas portadoras de demência (...) as formações vamos fazendo. A equipa técnica em si tem consciência, tem formação e procura sempre ajudar as colaboradoras nesse sentido (...) quem trabalha diretamente com esta população é assim, de facto as formações vão tendo (...) teoricamente isto resulta durante um tempo, depois ah, é preciso relembrar que quotidianamente essas situações (...) retiraria um animador sociocultural e colocaria um terapeuta ocupacional.

		E depois um fisioterapeuta também. (...) Tenho um número razoável de colaboradoras.
	ER-D	[Ah, acrescentaria mais algum técnico à equipa?] Não, não, não acrescentaria. Neste momento o que acrescentaria talvez era colaboradores em determinadas situações. (...) Sim, sim. Pelo menos nos últimos anos, as últimas admissões têm sido feitas nesse sentido porque também através do centro de emprego, nos últimos anos tem havido um incentivo às senhoras que estão no desemprego ou que saem das fábricas e que estão motivadas para trabalhar de lhes dar formação (...) a instituição também dá bastante formação ao longo dos anos foi sempre uma aposta que nós fizemos (...)há perto de vinte anos a esta parte nós damos formação. Começámos com poucas horas mas ultimamente temos dado bastante formação

CATEGORIA: PROCEDIMENTOS E METODOLOGIAS DE INTERVENÇÃO/DIAGNÓSTICO

Subcategoria: Método de Acolhimento do idoso na Instituição	ER	Diretoras Técnicas
	ER-A	Sou sempre eu, a diretora técnica, que faz o acolhimento, ah normalmente à família e ao utente e tentamos dar o acompanhamento possível (...) nós temos uma ficha para esse efeito (...) [...é partilhada com todos os cuidadores?] Não! (...) Fica no processo individual arquivado.
	ER-B	Sim, eu sou a técnica responsável. Eu e a enfermeira que estiver de serviço, somos as técnicas responsáveis pelo acolhimento, por todo o processo de admissão (...) sou o elo de ligação entre o fora da instituição e a instituição porque fazemos a visita, fazemos algum, algum acolhimento ainda antes de vir (...) nós definimos que tínhamos até ao fim do primeiro mês para preencher a nossa ficha de avaliação diagnóstica. Sempre que temos essa informação logo na primeira semana nós vamos registando, se não tivermos, temos o primeiro mês e aí nós vamos recolhendo todas essas informações (...) É partilhada com a equipa técnica e depois a informação que seja relevante para as colaboradoras será transmitida (...) Há uma ficha que é fixada na sala das colaboradoras onde tem todas essas informações
	ER-C	Eu ou a colega que está ao serviço. Somos sempre nós (...) Fazemos isso na ficha diagnóstica do utente mais em detalhe, mais tarde. Mas numa fase inicial perguntamos naquela, numa folhinha que chamamos plano individual de cuidados (...) está no processo, no <i>dossier</i> individual no quarto de cada um
	ER-D	É o técnico que está no gabinete de apoio técnico e sou eu também (...)quando o utente entra há sempre uma preocupação de o acompanhar e de fazer, de explicar o que é necessário não é?! E o acompanhamento nos primeiros dias e depois ele entretanto entra na rotina

Subcategoria: Metodologia de avaliação clínica e social do idoso	ER	Diretoras Técnicas
	ER-A	A enfermagem não faz nenhum registo nem a animadora mas fazem uma avaliação informalmente (...) (plano individual de intervenção) É, embora seja muito difícil de cumprir, ele é realizado para todos os utentes no prazo previsto (...) o plano é avaliado de seis em seis meses e é revisto de ano a ano. E estabelecem-se novos objetivos de acordo com o estado atual da pessoa.
	ER-B	Cada técnico faz uma avaliação na sua área (...) Há registos dessa avaliação a fisioterapeuta faz a sua avaliação, faz a escala de <i>Barthel</i> e utiliza as escalas que estão predefinidas para isso. A animadora depois já explora outras áreas dentro da animação. Assim como depois a enfermeira... inicialmente é só aquela informação mais básica, depois cada uma desenvolve na sua área (...) Temos um plano individual que é atualizado semestralmente ou sempre que se justifique (...) é realizado por toda a equipa técnica
	ER-C	Mais pela área social, não tanto ...ah, a área da saúde avalia mas mais tarde, depois de termos a informação toda, vai ser recolhida na parte da saúde. O histórico todo... (...) [Realização do Plano Individual?] Sim, bastante incompleto (...) [Reavaliação do plano individual?] Não! Claramente não (...) Perde-se demasiado tempo, temos dificuldade temos! Depois na prática até o fazemos de uma forma muito informal mas depois passar isso para um documento a coisa complica-se um bocadinho.
	ER-D	Quando é feita a primeira entrevista, nós tentamos ficar com uma ideia (...) Porque o utente pode vir frequentar o centro de dia e pode ser logo no dia seguinte e então nós temos que estar minimamente preparados para saber como é que aquela pessoa vai reagir ou o que é que é preciso e quais são os gostos dele, normalmente a alimentação. E isso é feito...uma primeira abordagem! Depois mais pormenorizadamente no dia-a-dia (...) há uma preocupação inclusivamente de transmitir logo à equipa de enfermagem também que tipo de doente é, como vem, como não é... até porque depois também é elaborado um processo clínico e tem que ser na base daquilo que é passada a informação. Isto tem que funcionar tudo em articulação (...) (investigador: é realizado o plano individual de intervenção?) É, é, é! Minimamente, é! (...) Mais ou menos duas vezes por ano. É, é revisto (...)

Subcategoria: Capacidade de identificação dos sinais da doença de Alzheimer no estágio I e acompanhamento médico	ER	Diretoras Técnicas
	ER-A	Eu acho que as minhas funcionárias estão muito atentas a qualquer mudança, de alguma desorientação... (...) Se a família fizer esse acompanhamento sim. (...) De seis em seis meses em média por causa da medicação
	ER-B	Se calhar não conseguem chegar ao ponto de dizer que a senhora não está bem se calhar é o início de... agora que a pessoa tenha alguns comportamentos diferentes isso acho que sim. Elas às vezes vêm dizer “olhe aquela senhora...” não sei mas fez isto ou fez aquilo, parece que não encaixava muito bem naquilo que a senhora costumava fazer (...) até porque são elas que estão diariamente com eles, estão na sala com eles e apercebem-se mais do que nunca dos comentários que eles fazem, das conversas que têm (...) Do esquecimento, dessas alterações (...) Depende como eles estiverem! Se a situação estiver controlada se calhar vão lá de seis em seis meses. Se a situação estiver mais complicada tem que se telefonar e tentar encontrar aqui... esta senhora tem ido, foi para ai há uns três meses agora foi novamente porque não estava estável, muito agressiva.
	ER-C	Estão alerta nas alterações do comportamento em geral (...) As alterações que nós precisamos que registem são alterações já contínuas no tempo, discurso incoerente, desorientação espaço, um quadro depressivo, prostração, mais choroso, mais confuso, discurso alterado, mais por aí. Depois fazer chegar à equipa de saúde e depois aí a tomada de decisão já será mais por aí (...) todos praticamente são seguidos (...) neste momento até tenho aqui uma senhora que está a ser seguida mensalmente porque isto está muito confuso. Tem havido alterações tão significativas que o diagnóstico não está completamente avançado. Depois tem tido vários internamentos no meio. Tenho aqui alguns que está de meio em meio ano, tenho alguns de ano a ano. Mais ou menos. Desde que estejam estáveis, depois a situação mantém. Depois tem a ver mais a ver com a própria prescrição terapêutica e o próprio médico diz-nos que no caso de haver alguma alteração mais significativa que o podemos contactar.
	ER-D	Cada vez mais sim... sim, as pessoas estão porque é uma situação muito falada nos últimos tempos, é muito falada mesmo ao nível dos órgãos de comunicação social, também é uma situação muito falada. Depois a própria realidade nas instituições também as vai sensibilizando para isso porque elas vão percebendo que aqueles doentes que têm sinais de desorientação e confusão também é uma preocupação para elas. E portanto também lhes abre mais o leque da experiência e da sensibilidade para essas situações. Elas

		<p>apercebem-se dessas alterações, por norma comunicam-me, eu comunico aos enfermeiros que posteriormente falam com o nosso médico e contactamos a família. O médico avalia e se achar pertinente contactamos o neurologista. (...) se não tiver agravamentos são feitas uma média de duas por ano, se tiver agravamento muitas vezes são feitas com contacto telefónico...não está correto não é?! Mas muitas vezes o enfermeiro fala com o médico, neste caso com o neurologista, e explica como está a situação e ele muitas vezes telefonicamente dá umas dicas</p>
--	--	---

CATEGORIA: ATIVIDADES DE ESTIMULAÇÃO/OCUPAÇÃO

Subcategoria: Atividades de estimulação específicas para os utentes com doença de Alzheimer	ER	
	ER-A	Os passeios (...) atividades de expressão plástica (...) atividades a nível cognitivo. Temos ginástica (...) Temos atividades religiosas (...) tentamos ir um bocadinho a todos os níveis que eles consigam ainda trabalhar (...) trabalhos manuais (...) são pensadas em grupo e, e pronto...a animadora tenta apoiar mais os doentes de alzheimer que têm mais dificuldades nas atividades cognitivas.
	ER-B	Nós temos atividades de estimulação cognitiva que eram desenvolvidas pela fisioterapeuta. Ela agora não tem feito porque tem-se dedicado mesmo mesmo à fisioterapia e deixou este grupo. Mas era feito em grupo. (...)Temos aqui alguns acompanhamentos individuais (...) a musicoterapia (...)o snoezelen (...) se nós olharmos todos os utentes têm alguma coisa. Claro que há uns que têm o registo todo preenchido porque participam em todas as atividades e mais algumas e outros têm uma atividade ou outra esporádica. (...) Temos os jogos (...)Encaixes, puzzles (...)jogos das cartas e do dominó (...)temos as saídas à rua e os passeios (...)Fizemos férias no Algarve este ano, tivemos uma semana de férias (...) temos os filmes (...)temos missa todos os dias(...)têm ginástica (...) expressão plástica (...) só para utentes de Alzheimer não! Para utentes com demências sim! Especialmente a musicoterapia para estas situações...e o snoezelen! Estão mais vocacionadas mas não quer dizer que só eles vão.
	ER-C	Com pessoas que apresentam um défice cognitivo maior tem que ser individual. Claramente individual (...) temos aquelas de grande grupo, hora do conto...atividades manuais, motricidade. Temos neste momento trabalho de escrita, de estimulação cognitiva, pequenos exercícios, jogos de palavras. Depois há fichas individuais, fichas feitas com todo um conjunto de testes oficiais e que são testados e que são postos, aplicados a estes, sobretudo a essas pessoas com défices cognitivos (...) visitas aos quartos das pessoas mais dependentes com música, com exercícios de relaxamento também (...) (atividades realizadas em grupo destinadas só a utentes de Alzheimer) Não!
	ER-D	(investigador: atividades de estimulação) São poucas! (...) Temos as festas que são relativas, portanto, que são quase comuns a todas as instituições porque são referentes às festas anuais. Depois são as atividades que são programadas, desde os jogos (...) a ginástica (...) temos ainda algumas pessoas que conseguem trabalhar a nível manual (...) (investigador: atividades específicas para utentes com Doença de Alzheimer?) Pouco! Muito pouco! Até porque os doentes de Alzheimer que nós temos na instituição (...) esses doentes ah, portanto já estão em determinado grau da doença digamos, que já não lhes permite a participação muitas vezes. (...) Desde que eles tenham condições para isso são inseridos no grupo, não são marginalizados... estão

		inseridos no grupo. Conforme o estado físico em que se encontram (...) fazem jogos de memória (...)
--	--	---

CATEGORIA: ARTICULAÇÃO INSTITUIÇÃO/FAMÍLIA

ER	Diretoras Técnicas
ER-A	É difícil às vezes trabalhar. Depende das famílias! Temos famílias em que conseguimos trabalhar muito bem, conseguimos que o idoso vá uma vez por semana a casa, continua a reconhecer a casa dele... ah, mas temos outras famílias que estão muito tempo ausentes. Portanto vamos tentando trabalhar de acordo com as famílias... (...) a família está mais desperta para a problemática do alzheimer e já não é uma doença tão desconhecida... já há mais informação, ah já, os médicos também estão muito mais preparados e vão dando essa informação à família e eu acho que já se lida com esta doença de uma forma muito natural, como uma outra qualquer doença, ao fim e ao cabo é a doença mais vulgar que nós temos nos nossas lares e acho que isto já é, começa a ser muito natural
ER-B	Felizmente...não se é por ser Alzheimer... as situações todas que nós temos tido com Alzheimer a família é extremamente presente. (...) Aliás quase todas as situações que eu tenho tido com demência as pessoas são muito presentes, muito presentes e acompanham o idoso, deambulam com ele, acompanham-no...quase todas as situações. Engraçado! (...)Ah, pronto é esta a articulação quando é preciso alguma coisa contacta-se a família mas isso é como qualquer outro utente.
ER-C	Até tem corrido bem. Nós tentamos sempre passar informação, o feedback como se está a sentir o seu pai ou a sua mãe, a pessoa vai dizendo...nós também dizemos: houve esta alteração ou não houve. Ah o familiar também se sente à vontade, regra geral, para dizer acho que está melhor, acho realmente que não vale a pena aquele medicamento, não está a dar efeito...o que é que diz o que é que não diz...há muita abertura a esse nível, há, há
ER-D	É das situações mais complicadas que nós temos. (...) Quer nós temos dificuldade em lidarmos com eles quer as famílias têm dificuldade e as famílias quando têm dificuldades em vez de entenderem e aceitar o doente como ele é muitas vezes tentam projetar para quem está a cuidar dele os problemas existentes. E às vezes complica a situação em si. (...) Se o familiar é compreensivo e pronto, até percebe que, que o seu idoso ou a sua idosa ou residente ah, está limitado e portanto está esquecido e tem fases em que está mais desorientado e que às vezes até precisa de estar imobilizado para sua segurança...as coisas correm bem. Quando o familiar tem dificuldade temos que tratar do residente ou do doente de Alzheimer e tratar da família porque as pessoas não têm formação. É uma situação muito recente digamos. Sabem que há confusão. (...) E as famílias aí às vezes têm dificuldade de dizer-nos “sim senhora se isso acontecer é perfeitamente normal” mas não é nada normal porque quando acontece vêm logo ter connosco apontam-nos o dedo e dizem-nos logo “os responsáveis são os senhores”. Portanto é uma situação um bocado complicada e daí algumas instituições não aceitem ou terem alguma, fazerem um certo travão a esse tipo de admissões.

CATEGORIA: PERSPETIVAS FUTURAS DE INTERVENÇÃO NAS ESTRUTURAS RESIDENCIAIS

ER	Diretoras Técnicas
ER-A	<p>Eu acho que era importante termos técnicos especializados com doentes de alzheimer, adoro a ideia de os espaços físicos estarem adaptados doentes de alzheimer, ah... tenho visto muito aquela instituição da associação dos doentes de Alzheimer que abriu preparada para doentes de alzheimer que faz...concordo com a dissociação das instituições porque quem está mais especializado acaba por trabalhar melhor...ah e mais técnicos para trabalhar mais tempo com esses idosos...ah mas pronto a maioria dos lares proporciona tudo: a higiene, o tratamento de roupas mas ficam ainda um bocadinho aquém a nível cognitivo, de trabalhar a parte cognitiva do idoso...</p>
ER-B	<p>Há aqui uma questão que a mim ainda me deixa com algumas reticências mas que estou constantemente a ouvir os idosos e se calhar eles têm alguma razão. Hoje em dia já se fala muito da separação das pessoas com demências e das pessoas sem demências. Eu sou um bocadinho reticente ao mesmo tempo porque eu acho que as pessoas são mais estimuladas quando estão numa sala com outras pessoas que estão bem. Nós já tivemos uma experiência que tínhamos utentes completamente dependentes numa sala e não se passava nada nessa sala. E eu acho que quando eles estão e veem as outras pessoas aquilo também é uma estimulação para eles. É verdade que depois há a outra parte, a outra parte das pessoas que são independentes e que sentem que eles estão todos malucos como eles costumam dizer e que não deviam sequer estar aqui. Ah, para as pessoas independentes realmente deveria ser bom ter aqui mais alguma divisão. Ah, mesmo no refeitório estávamos um dia destes a pensar nisso, devia haver aqui alguma divisão porque as pessoas incomodam-se pelas outras que estão a gritar, pelas outras que não conseguem ter um comportamento... nas salas passe-se exatamente a mesma coisa. E a questão do gritar durante a noite. Temos pessoas que às vezes gritam durante a noite e incomodam as outras. (...) Se vamos colocar todas as pessoas dementes e dependentes ali num canto deixam de ter o estímulo e até qualquer técnico para fazer uma atividade vai-se desmotivando. (...) Ninguém queria ir àquela sala porque não funcionava e é verdade que eles estão ali, eles entram eles saem, eles ouvem aqueles a falar, resmungam mas eu acho que isto lhes dá vida.</p>
ER-C	<p>Eu acho é que é difícil para uma instituição como esta...nós temos pessoas com demência num estado muito avançado, temos pessoas com uma autonomia ah, pessoas com uma ligeira perda de autonomia em termos físicos...portanto a própria coabitação de pessoas com patologia tão díspares também não criam bom ambiente institucional. A própria aceitação entre os próprios residentes não é muito fácil... (...) É importante dizer que isso</p>

	<p>pode ser um fator de exclusão mas eu acho que não. Já pensei nisso em dada altura mas acho que não. “ah pode ser um fator de preconceito, meter as pessoas todas no mesmo espaço!” Não, se calhar tendo instituições só direcionadas, com um perfil de cuidadores a trabalhar com aquelas pessoas, com um quadro técnico ajustado, com... o próprio edifício ter uma configuração ajustada só para aquelas pessoas pode permitir uma melhor qualidade de vida das próprias. Eu já vejo um bocadinho assim porque já noutros países também já é um bocadinho assim. Já não é...podemos considerar um fator de exclusão mas eu acho que não. Acho que não. Acho que não está tão errado assim esta ideia e se calhar devemos caminhar para isso porque o futuro...no início eu pensei que pudesse ser um fator de exclusão mas acho que não, hoje acho claramente que não! Porque os próprios idosos mais autónomos e mais...não entendem o comportamento do outro que está ao seu lado, que fisicamente até pode estar muito bem mas que vai ao prato dele e tira a comida, por exemplo. Ou porque se senta no seu cadeirão e fica a olhar para ele. Ou porque se despe na sala à frente dos outros e não percebemos porquê. Por mais que se explique aos outros que isso não é porque se quer ou por mau feitio, que é uma doença...não é fácil que o outro idoso aceite isso!</p>
ER-D	<p>Acho que sim, que deve haver [Separação]. Até para os proteger, porque eles muitas vezes tomam atitudes que são menos racionais digamos, podemos chamar assim, que acabam por ofender entre aspas os outros que não percebem. Como por exemplo lembrar-se de fazer xixi num canto...pronto, cuspir para o lado...há tantas coisas que eles fazem que os outros não percebem e nós temos que os proteger e o facto de os estarmos a colocar num outro espaço preparado para eles, mas é cm condições não é pô-los numa sala ali paradinhos não é?! Com condições, é estar a trabalhar para eles, para o problema deles e para as necessidades deles, não é estar a segrega-los. (...) Eu costumo dizer “estamos a protege-los”. E estamos efetivamente a protege-los.</p>