



Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo

**Promoção do desenvolvimento cognitivo em idosos
com a doença de Alzheimer – as práticas e os
contextos de Estruturas Residenciais para Idosos**

Autora

Daniela Patrocínio Pinheiro

Leiria, Março, 2016

Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo

**Promoção do desenvolvimento cognitivo em idosos
com a doença de Alzheimer**

Dissertação de mestrado

Autora: Daniela Patrocínio Pinheiro

Professora Orientadora: Doutora Maria Isabel Alves Rodrigues Pereira

Leiria, Março, 2016

AGRADECIMENTOS

O meu primeiro agradecimento é, sem dúvida, para a professora Isabel Pereira, por ter aceitado embarcar nesta viagem comigo, pela disponibilidade, tranquilidade que sempre me transmitiu e pelo seu profissionalismo.

Aos meus “velhos” pois são o motivo pelo qual me inscrevi neste mestrado, para lhes poder dar o melhor de mim.

Aos participantes no estudo, por toda a disponibilidade e compreensão.

À Joana e à Carolina pelos momentos partilhados durante esta viagem, que elas também faziam.

Ao Centro Paroquial de Assistência do Reguengo do Fétal e ao Centro de Apoio Social da Azoia pela flexibilidade de horários que me proporcionaram, facilitando a realização deste trabalho.

À minha família...que esteve sempre comigo nesta viagem. Que me tolerou, compreendeu, apoiou e incentivou a lutar por novas conquistas. Por todo o amor...

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito.

Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes”.

Marthin Luther King

RESUMO

O crescimento da fatia da população com idade superior a 65 anos tem levado a uma maior atenção sobre as consequências sociais, económicas, políticas, principalmente nos países desenvolvidos.

O estudo que se apresenta é uma abordagem predominantemente qualitativa e tem características descritivas. Pretendemos conhecer de que forma as estruturas residenciais para idosos promovem o desenvolvimento cognitivo em idosos com a doença de Alzheimer através de atividades de estimulação cognitiva.

Foram realizadas entrevistas em profundidade aos técnicos responsáveis por quatro estruturas residenciais de idosos (ERPI), da zona centro de Portugal e os dados recolhidos foram triangulados com a análise documental e a observação naturalista realizada pela investigadora, dado que desenvolve a sua atividade profissional neste contexto

Os resultados revelam que as estruturas residenciais para idosos estão sensíveis à importância de criar momentos de estimulação cognitivas para idosos com a doença de Alzheimer. Esta tarefa está dificultada não só pela lacuna na formação específica dos técnicos, como também pelo aumento de utentes com estas e outras necessidades, condicionando a ação individualizada destes técnicos. As estruturas residenciais para idosos, consideram que é necessário fazer uma adaptação do processo de institucionalização quando se trata de um utente com esta demência. Existe também uma grande preocupação em manter a capacidade motora, estimulação cognitiva, mantendo assim por mais tempo as capacidades de cada idoso por forma a ter uma melhor qualidade de vida e autonomia.

Palavras-chave: Envelhecimento; Alzheimer; institucionalização; desenvolvimento cognitivo.

ABSTRACT

The growth of the part of the population aged over 65 years has taken to more focus in consequences on the social, economic, political, especially in developed countries.

The presented study is a predominantly qualitative approach and has descriptive characteristics. We intend to know how the senior residential structures promote cognitive development in senior patients with Alzheimer's disease through stimulation of cognitive activities.

Were realized profundity interviews to technicians responsible for four senior residential structures, from geographical center of Portugal and the collected data were triangulated with document analysis and naturalistic observation made by the researcher, due her develop her professional activity in this context.

The results show that the senior residential structures are sensitive to the importance of creating cognitive stimulation times for senior people with Alzheimer's disease. This task is made difficult not only by the gap in specific training for technicians, as well as the increase of wearers with these and other needs, conditioning the individual action of these technicians. Senior residential structures, consider that is necessary to make an adaptation of the institutionalization process when it is a wearer with this dementia. There is also a big concern in maintaining motor skills, cognitive stimulation, keeping longer the capabilities of each senior in order to have a better quality of life and autonomy.

Keywords: Aging; Alzheimer; institutionalization; cognitive development.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD – Atividade Vida Diária

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

IPSS – Instituição de Particularidade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

PI – Plano Individual

TOR – Terapia de Orientação na Realidade

TR – Terapia de Reminiscência

TV – Terapia da Validação

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 Tipo de ERPI 37

GRÁFICO 2 N.º total de utentes 37

GRÁFICO 3 Utentes com doença de Alzheimer 38

GRÁFICO 4 Relação entre total de utentes e utentes com e sem a doença de Alzheimer
38

GRÁFICO 5 ERPI Cantinho dos Avós 39

GRÁFICO 6 ERPI Envelhecer 39

GRÁFICO 7 ERPI Acolhedora 40

GRÁFICO 8 ERPI Cantinho do Repouso 40

GRÁFICO 9 Técnicos com formação superior 41

GRÁFICO 10 Técnicos de ação direta 42

INDÍCE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
1. ENVELHECIMENTO	5
2. DEMÊNCIA E ALZHEIMER	8
3. INSTITUCIONALIZAÇÃO	13
3.1. CUIDADOS AO RECEBER UM DOENTE DE ALZHEIMER.....	17
4. DESENVOLVIMENTO COGNITIVO	19
4.1. ATENÇÃO.....	19
4.2. MEMÓRIA.....	20
4.3 INTELIGÊNCIA	21
4.4 ALTERAÇÕES SENSORIAIS E PERCEÇÃO.....	22
5. ESTIMULAÇÃO COGNITIVA	24
5.1 TERAPIA DE ORIENTAÇÃO NA REALIDADE (TOR).....	25
5.2 TERAPIA DA REMINISCÊNCIA (TR).....	26
5.3 TERAPIA DE VALIDAÇÃO (TV)	26
CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO	28
1. CONTEXTO E PROBLEMATIZAÇÃO.....	29
2. METODOLOGIA DE ESTUDO	30
2.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DE ESTUDO.....	31
2.2. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS	32
2.3. ANÁLISE DE CONTEÚDO	33
2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA	34
2.4. CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRA	35
2.4.1. Breve contextualização das instituições.....	35
2.4.2. Caracterização das Estruturas Residenciais para Idosos.....	36
2.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	44
3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADO	45
CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
ANEXOS.....	70
ANEXO I - Guião de entrevista semiestruturada	2

INTRODUÇÃO

A esperança média de vida tem vindo a crescer, levando a um aumento significativo de pessoas idosas. Deste modo, têm-se sentido a necessidade de estudar melhor este processo de envelhecimento para melhor o entender e dar as respostas mais adequadas.

O envelhecimento é um processo complexo que acarreta várias mudanças, tanto a nível biológico, como psicológico e social. Este processo é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) como “prolongamento e término de um processo representado por um conjunto de modificações fisiomórficas e psicológicas ininterruptas à ação do tempo sobre as pessoas”. É ainda considerado, pela OMS, idoso “todo o indivíduo com idade superior a 65 anos independentemente do estado de saúde e sexo” (Neto & Corte-Real, 2015)

A velhice constitui, sem dúvida, “um período de grandes mudanças a nível biológico, psicológico e social, bem como no plano das relações interpessoais, essencialmente nas mais ligadas ao exterior. Estas mudanças exigem ao idoso um esforço de adaptação às novas condições de vida, tratando-se de um momento de adaptação para a reconfiguração identitária e bem-estar social” (Vieira, 2009^a et all citado em Vieira, 2014, p. 118).

Deste modo, envelhecer é assim um facto irreversível e inevitável, uma vez que ocorre todos os dias. Planear uma velhice saudável e tranquila, é assim importante, devendo ser uma preocupação de todos, dos indivíduos e da sociedade (Grippio & Hill, 2008).

Deste modo, à medida que as pessoas vivem mais tempo, aumenta de forma dramática os casos de demência, como por exemplo a doença de Alzheimer. O risco de contrair uma demência aumenta com a idade e calcula-se que entre 25% a 30% das pessoas com mais de 85 anos ou mais têm um grau de deterioração a nível cognitivo (OMS, 2015).

A doença de Alzheimer é, assim bastante comum em pessoas idosas e define-se por ser “uma doença neurodegenerativa, em que as alterações e destruições do tecido nervoso são graduais e progressivas, iniciando-se a partir de um momento indeterminado da vida adulta (Barreto, 2005 citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005). O início da doença ocorre, normalmente, após os 65 anos de idade, embora por vezes se manifeste mais cedo. Não se pode afirmar que seja uma consequência do envelhecimento mas com o avançar da idade a sua incidência aumenta (Instituto da Segurança Social, 2005).

Considerando estas questões e ainda as alterações que têm ocorrido a nível familiar, tem sido cada vez mais difícil, cuidar dos idosos em casa. Antigamente, a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas era da própria família, mas tal tem vindo a mudar. Com a integração da mulher no mercado de trabalho e famílias menos numerosas, leva a que as estas tenham que tomar a decisão, muitas vezes dolorosa, de institucionalizar os seus idosos, sendo assim a única forma de garantir aos mesmos bem-estar e qualidade de vida.

Deste modo, surgiu uma rede formal de apoio ao idoso de modo a colmatar estas necessidades cada mais sentidas no nosso quotidiano. No entanto, mesmo com todos os serviços que estas estruturas residenciais para idosos oferecem (cuidados médicos, atividades de reabilitação, apoio psicológico) muitas vezes estes idosos sentem-se sozinhos e isolados, sendo que por vezes estes não se sintam bem e satisfeitos com a sua vida.

Considerando esta problemática, muitos têm sido os estudos e as investigações neste âmbito por forma de encontrar soluções e por conseguinte conseguir oferecer aos idosos uma envelhecimento ativo e qualidade de vida.

A escolha do tema, “promoção do desenvolvimento cognitivo de idosos com a doença de Alzheimer” é justificada por todos os elementos apresentados assim como por motivações pessoais da investigadora.

Assim, perante esta realidade que é cada vez mais presente no nosso quotidiano, e que requer a presença e intervenção das famílias e de outras estruturas sociais para obter as melhores soluções para questões relacionadas com a população idosa, formulámos a seguinte questão de investigação:

De que forma as estruturas residenciais para idosos promovem o desenvolvimento cognitivo de idosos com a doença de Alzheimer?

Para responder a esta questão definiram-se os seguintes objetivos.

- Conhecer as rotinas e dinâmicas internas de cada estrutura residencial para idosos que tenham como objetivo a promoção do desenvolvimento cognitivo de idosos com a doença de Alzheimer;
- Identificar os procedimentos que as diretoras técnicas têm relativamente ao planeamento e acolhimento de idosos com doença de Alzheimer;
- Elencar as atividades de estimulação cognitiva desenvolvidas nas estruturas residenciais para idosos.

Optou-se, nesta investigação, por uma abordagem predominantemente qualitativa, apoiando-se num estudo descritivo. Para colmatar a subjetividade deste tipo de investigação optou-se por triangular a recolha de dados, utilizando a entrevista (um instrumento bastante comum em investigações de natureza qualitativa), a análise documental e a observação naturalista que a investigadora realizou no âmbito da sua experiência profissional.

Esta dissertação está organizada em duas partes. Na primeira fazemos o enquadramento teórico onde são apresentados os conceitos importantes para melhor compreender a temática do envelhecimento, da demência Alzheimer, e das questões relacionadas com a institucionalização. Na segunda parte apresentamos o estudo empírico, especificando a metodologia usada, a problematização, as questões de investigação, os objetivos do estudo, os instrumentos e procedimentos de recolha e tratamento de dados, assim como a apresentação e discussão dos resultados, terminando com a conclusão, referências bibliográficas e anexos.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ENVELHECIMENTO

Nos últimos tempos, a população com idade superior a 65 anos tem vindo a crescer substancialmente, sobretudo em países desenvolvidos. Deste modo, esta faixa etária tem beneficiado de uma maior preocupação no que diz respeito às políticas de saúde assim como da organização de serviços neste âmbito, por forma a melhorar o apoio à população idosa. (Universidade Ciências Médicas, 2012).

Podemos considerar o envelhecimento como demográfico ou individual. Ao envelhecimento demográfico está associado a diminuição tanto das taxas de natalidade bem como de mortalidade (aumento de pessoas idosas), enquanto o individual está associado a uma maior longevidade (aumento da esperança média de vida) (Conselheiro Manuel Lemos, 2013)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), devido ao aumento da esperança média de vida e à diminuição da taxa de fecundidade, o número de pessoas com mais de 60 anos está a aumentar. Este envelhecimento da população pode ser considerado um êxito das políticas de saúde e do desenvolvimento socioeconómico, mas também pode ser considerado um desafio para a sociedade, pois esta deve adaptar-se para melhorar a saúde e a capacidade funcional das pessoas idosas, assim como a sua participação social e segurança (OMS,2015).

Tal como consta no relatório da OMS (2015), entre o ano de 2000 e o ano de 2050 o número de habitantes do planeta com idade superior a 60 anos irá duplicar, passando de 11% para 22%. Neste período, por exemplo, o número de pessoas com 80 anos ou mais irá aumentar quase quatro vezes até chegar aos 395 milhões.

Segundo os censos de 2011, a população idosa aumentou e a população jovem diminuiu, sendo que, 15% da população que reside em Portugal pertence ao grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo etário dos mais idosos (65anos ou mais). Deste modo, o índice de envelhecimento de Portugal é de 128, o que significa que, por cada 100 jovens existem 128 idosos (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

“Envelhecer com saúde, autonomia e independência o mais tempo possível, constitui, assim, hoje um desafio à responsabilidade individual e coletiva (...)” Deste modo, “o envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da

estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (Direção Geral da Saúde, 2004, p. 3).

Fala-se do envelhecimento como sendo um estado que caracteriza a «terceira idade» ou «quarta idade», mas o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial. Afeta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo. Não é, deste modo possível datar o seu início pois, de acordo com o nível em que se situa a sua velocidade e gravidade variam (Fontaine, 2000).

O envelhecimento humano nunca poderá ser descrito, explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológica, psicológica e social que lhe estão inerentes e, se é verdade que no estudo do envelhecimento a biologia tem prevalecido, por comparação com a psicologia ou outras ciências sociais, o funcionamento humano não pode ser entendido pela sua redução à dimensão biológica” (Birren, 1995, citado em Fonseca, 2004, p. 53)

Como afirma Pimentel (2005) é difícil delimitar o período em que o ser humano se torna idoso, pois o envelhecimento é um fenómeno que ocorre a vários níveis e varia de pessoa para pessoa. Para a biologia, o envelhecimento é um fenómeno natural, universal e necessário. No entanto, não se pode reduzir este processo apenas à vertente biológica.

Deste modo, podemos afirmar que existem três componentes no processo de envelhecimento. Como foi referido anteriormente, estas componentes são de ordem social, biológica e psicológica. A componente social diz respeito aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário; a componente biológica (senescência), reflete uma vulnerabilidade crescente e de onde resulta uma maior probabilidade de morrer e por fim a componente psicológica que se define pela capacidade de autorregulação do indivíduo face ao processo de senescência (Schroots e Birren, 1980, citados em Fonseca, 2004, p. 55).

Birren e Cuningham (1985) citados em Fontaine (2000) consideram que cada indivíduo não tem apenas uma idade mas sim três idades diferentes: a idade biológica, a idade social e a idade psicológica. A idade biológica está relacionada com o envelhecimento orgânico. Cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida e a capacidade de autorregulação. A idade social refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, sendo fortemente determinada pela cultura e pela história de um país. Por fim a idade psicológica diz respeito às competências comportamentais que a pessoa

pode mobilizar em resposta às mudanças que vão ocorrendo no ambiente. Inclui as capacidades mnésicas (memória), as capacidades intelectuais (inteligência) e as motivações para o empreendimento.

Associa-se ao termo envelhecimento conceitos com a diminuição da reserva funcional biológica, aumento da suscetibilidade às agressões externas e aumento da morbidade em geral. O envelhecimento constitui um processo de degenerescência progressiva e variável dos vários subsistemas vitais (Universidade Ciências Médicas, 2012).

Podemos dizer que o envelhecimento se divide em dois grupos, são eles o envelhecimento normal e o envelhecimento patológico. O envelhecimento normal, uma mudança num sistema físico deve ser universal, progressiva e irreversível, não efeito de outro processo, ou modificável com o tratamento. Esta mudança contribui para a vulnerabilidade, à incapacidade e à doença, não havendo possibilidade de se adaptar ou de a compensar. Embora não seja uma doença, pode levar a um aumento na suscetibilidade à morte por doenças específicas (Sherman, 2003, citado em Simões, 2006).

Relativamente ao envelhecimento patológico, é caracterizado por doenças ou estilos de vida inadequados. Enquanto o envelhecimento normal segue uma trajetória definida por mudanças previsíveis, o envelhecimento patológico representa uma alteração nessa trajetória, tornando-se instável e menos previsível (Puente, 2003, citado em Simões, 2006).

Nos dias de hoje, não é fácil definir os limites em que começa ou acaba a terceira idade, uma vez que se, há uns tempos idade da reforma (65 anos) era um marco, atualmente as pessoas reformam-se cada vez mais cedo por razões não afetas à idade (Pimentel, 2005).

“Uma pessoa idosa é sempre uma pessoa com mais idade que a maioria daqueles que a rodeiam (...). É uma pessoa que sabe que o tempo que tem para viver é mais curto do que o que já viveu e do que o que a maioria das pessoas que a rodeiam têm para viver” (Philibert, 1984, citado em Pimentel 2005, pp. 42).

“A velhice pode ser um período de desabrochar, mas pode também ser acompanhada por perturbações psicopatológicas graves” (Fontaine, 2000, pp. 172).

2. DEMÊNCIA E ALZHEIMER

“A doença de Alzheimer é um naufrágio lento e inexorável da pessoa humana” (Fontaine, 2000, pp. 172).

À medida que as pessoas vivem mais tempo, aumenta de forma dramática os casos de demência, como por exemplo a doença de Alzheimer. O risco de contrair uma demência aumenta com a idade e calcula-se que entre 25% a 30% das pessoas com mais de 85 anos ou mais têm um grau de deterioração a nível cognitivo (OMS, 2015)

Como afirma Castro-Caldas, “importa compreender o que é a demência.” O autor recorre à Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde, definindo demência como “uma síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva no qual se registam alterações de múltiplas funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio. O estado de consciência não está enevoado. As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes precedidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação” (OMS, International Classification of Diseases, 1992 citado em Castro-Caldas, 2005, p. 1). A perda de células é um processo natural no envelhecimento mas nas doenças que levam a demência este processo ocorre de forma muito mais rápida, levando a que o cérebro deixe de funcionar como o habitual (Europeia & Europe, 1999). O idoso vai perdendo a sua independência, não consegue desenvolver uma vida autónoma e mais tarde, requer uma ajuda constante e a supervisão de outras pessoas (Casanova, 1999).

“Demência não é uma doença determinada, é uma síndrome, que quer dizer, um conjunto mais ou menos homogéneo de sintomas e sinais, que pode ter diversas causas e assim abranger vários tipos de doenças” (Barreto, 2005, p. 28 citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005).

Embora existam diversas causas de demência, a doença de Alzheimer é a mais comum em pessoas idosas, no entanto outras entidades devem ser mencionadas como causa de demência. Segundo a classificação das demências, estas podem ser classificadas em duas categorias, demências reversíveis e demências não reversíveis. Nas demências reversíveis incluem-se as doenças endocrínicas (tiroide, paratiroide, suprarrenal...); deficiências vitamínicas (vitamina B12 e ácido fólico); infecciosas (sífilis, brucelose, borreliose, meningite tuberculosa); tóxica (metais pesados, alumínio, cobre, álcool); neoplásica

(tumores primários e secundários do SNC, síndromes para neoplásticas); hidrocefalo de pressão normal e hematoma subdural crônico. Nas demências não reversíveis estão presentes demências preveníveis, ou seja a demência vascular, a pós-traumática e a demência associada a infecção pelo vírus VIH. Sendo que também existem as demências não preveníveis, sendo elas a doença de Alzheimer, demências frontotemporais, demência com corpos de Lewy e outras doenças extrapiramidais com demência (doença de Parkinson) e doenças de Priões (Santana, 2005 citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005).

Como já foi referido anteriormente a doença de Alzheimer é bastante comum em pessoas idosas sendo definida por “uma doença neuro degenerativa, em que as alterações e destruições do tecido nervoso são graduais e progressivas, iniciando-se a partir de um momento indeterminado da vida adulta (Barreto, 2005 citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005). O início da doença ocorre, normalmente, após os 65 anos de idade, embora por vezes se manifeste mais cedo. Não se pode afirmar que seja uma consequência do envelhecimento mas com o avançar da idade a sua incidência aumente. A doença de Alzheimer, sendo uma doença crónica tem uma evolução média de 2 a 10 anos (Instituto da Segurança Social, 2005).

Existem três possibilidades para o diagnóstico da doença de Alzheimer são eles: *doença de Alzheimer possível*, baseado na observação de sintomas clínicos e na deterioração de duas ou mais funções cognitivas; *doença de Alzheimer provável*, que tem por base os mesmos critérios da doença de Alzheimer possível mas na ausência de uma segunda doença e a *doença de Alzheimer definitiva* que se baseia na identificação de placas e entrançados característicos no cérebro (Instituto da Segurança Social, 2005) “O diagnóstico desta doença só é feito após o estudo neuropatológico *post mortem* do tecido cerebral e através deste estudo é possível identificar, ou não as características neuropatológicas da doença de Alzheimer, que são as placas senis e as “tranças” neurofibrilares” (Moreira & Oliveira, 2005, citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005, pp. 44).

De acordo com Santana, (2005) citado em Castro-Caldas e Mendonça, (2005, pp. 74,75)

“As tranças neurofibrilares foram descritas por Alzheimer como aglomerados intraneuronais de fibrilhas, facilmente coráveis pela prata. O aumento progressivo do seu volume determina a destruição da célula e a libertação para o meio extracelular. Através de técnicas ultramorfológicas estas fibrilhas foram

posteriormente caracterizadas como agregados de neurofilamentos de 10-13 nm de diâmetro, emparelhados e com uma conformação helicoidal presentes igualmente nas dendrites distróficas das placas senis. Estes filamentos são constituídos por uma forma hiperfosforilada e anormalmente agregada da proteína tau, uma proteína que na sua forma normal (não fosforilada) promove a agregação e estabilidade dos microtúbulos no sistema nervoso central. Os mecanismos exatos que conduzem à fosforilação da tau e à constituição do PHF (Filamentos Helicoidais Emparelhados) não estão esclarecidos. Sugere-se a concorrência de mecanismos de natureza genética e ambiental, nomeadamente mecanismos de excitotoxicidade, stresse oxidativo e alteração do metabolismo do cálcio. Como consequência destes processos, verifica-se uma alteração funcional e estrutural progressiva do citoesqueleto e, por fim, a desagregação estrutural da própria célula. O transtorno induzido na capacidade de transporte poderá ter um papel chave na fisiopatologia da doença: condiciona o transporte de fatores de crescimento, essenciais à sobrevivência dos neurónios colinérgicos, e poderá alterar o metabolismo da proteína β -amilóide e assim contribuir decisivamente para a génese das placas senis. As placas senis foram definidas como estruturas esféricas, extracelulares, constituídas pelo núcleo central de amilóide e perifericamente por uma coroa de estruturas que se coravam pela prata e que, morfológicamente, correspondiam a células microgliais, astrócitos ativados e corpúsculos argirofilos. O principal constituinte do seu núcleo central é a forma fibrilar da proteína β -amilóide e cujo processamento anormal conduz à formação de fragmentos amiloidogénicos. A β -amilóide parece ser uma proteína fulcral na doença, intervindo diretamente na degenerescência dos terminais sinápticos através de mecanismos citotóxicos ainda mal esclarecidos”.

“A causa da doença de Alzheimer é heterógena; existem causas genéticas e causas não genéticas. Apesar da diversidade de causas que podem gerar esta doença, vários autores colocam em evidência a ativação de uma cascata de acontecimentos bioquímicos que conduzem a uma alteração das células cerebrais, a perda das suas conexões” (Casanova, 1999).

Apesar de nem todos os doentes de Alzheimer apresentarem os mesmos sintomas, foi definido um padrão geral da evolução da doença, determinando assim três estádios da mesma. Estádio I: Ligeiro – Neste primeiro estágio o doente apresenta problemas de

memória, ficando mais presente a memória de acontecimentos mais antigos. A incapacidade real de aprender ou memorizar coisas novas também se instala. A capacidade de comunicação, principalmente a verbal, também começa a ser afetada, assim como a capacidade de ler, escrever e resolver problemas matemáticos. O doente nesta fase também apresenta alguma desorientação espaciotemporal assim como algumas alterações de comportamento (ansiedade, depressão, frustração, apatia, desconfiança, medo, impaciência) (Instituto da Segurança Social, 2005). Relativamente às atividades, as pessoas que sofrem desta doença aborrecem-se pois querem executar as tarefas mas não conseguem. Nesta fase a vida social vai-se tornando mais confusa, a preocupação com a sua aparência torna-se menos frequente e também estão presentes algumas perturbações do humor (Barreto, 2005, citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005 pp. 33). Estádio II: Moderado – Nesta fase, a gravidade dos sintomas leva a que o doente já não possa exercer a sua atividade profissional e tem uma perda significativa da sua autonomia. A memória no que diz respeito a eventos mais antigos ainda permanece intacta ao contrário das memórias mais recentes, como acontecia no primeiro estágio. A dificuldade em reconhecer a família surge, pois a associação entre o nome e o rosto vai-se perdendo. Começa a sentir dificuldade em movimentar-se e a aumentar a descoordenação, sendo que por este motivo começa a ser preciso ajuda para as suas atividades diárias. Surge a incapacidade de compreender a palavra escrita e falada como também a dificuldade em falar e escrever. A noção de espaço e tempo é afetada, sendo que ficam assim impossibilitados de sair à rua sozinhos. Os delírios, alucinações, agressividade, agitação, alterações sexuais, deambulação surgem (Instituto da Segurança Social, 2005). Começa a estar presente a apraxia, agnosia, afasia, distorções preceptivas (o doente vê objetos que não existem, por exemplo), fenómenos delirantes (o doente acredita que está a ser roubado por exemplo) e perturbação do ritmo sono-vigília (o doente está desperto durante algumas horas durante a noite e adormece superficialmente por curtos períodos durante o dia) (Barreto, 2005 citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005).

Por último, Estádio III: Severo – as funções cognitivas desaparecem quase por completo. O doente perde a capacidade de entender ou utilizar linguagem, podendo repetir os finais das frases mas sem compreender o significado das palavras. Perde a capacidade de andar, sentar, sorrir, engolir (os doentes podem esquecer-se de mastigar ou de engolir). Apresenta rigidez, perde os reflexos aos estímulos e torna-se agitado e irritável. Pode

verificar-se uma perda de peso e a redução de massa muscular (Instituto da Segurança Social, 2005). O doente entra em total mutismo e raramente dá sinal de reconhecer as pessoas. A alimentação torna-se difícil, podendo chegar a ter de se recorrer a sonda. A incontinência, se não surgiu antes, instala-se agora. As complicações médicas aparecem ou acentuam-se: obstipação tenaz, infeções respiratórias ou urinárias, úlceras de decúbito. Por fim, deixa de reagir aos estímulos e a vida torna-se praticamente vegetativa” (Barreto, 2005, citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005, , pp. 33).

Para melhor entendermos alguns dos conceitos que anteriormente foram referidos, relativamente às várias alterações que vão decorrendo nos três diferentes estádios da doença de Alzheimer, é apresentada assim, algumas definições. São elas, Apraxia, Agnosia, Afasia. Define-se então a apraxia como a dificuldade em organizar atos motores intencionais; agnosia define-se como a dificuldade em interpretar uma informação sensorial, levando a incapacidade de reconhecer objetos e lugares, de identificar sons e cheiros; por fim a afasia é a restrição da linguagem, levando a incapacidade de comunicar verbalmente (Barreto, 2005, citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005, pp. 32).

A doença de Alzheimer é incurável, embora existam fármacos para o tratamento sintomático de grande parte das alterações cognitivas e comportamentais. Estes não conseguem evitar a progressiva perda neuronal, mas podem ajudar a estabilizar e a minimizar alguns sintomas (Barreto, 2005, citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005).

“A doença de Alzheimer é incurável, porque está associada a lesões cerebrais irreversíveis, apesar dos progressos farmacológicos” (Fontaine, 2000, pp. 172).

Neste sentido, o tratamento da doença de Alzheimer deve conciliar a intervenção farmacológica com a intervenção não-farmacológica.

Intervenção Farmacológica - Nos últimos anos as perspetivas de investigação em relação à doença têm sido abordadas com um certo otimismo realista, tendo em vista as possibilidades de a Medicina retardar ou atenuar os seus sintomas, além de poder vir, num futuro não muito distante, a controlar as suas causas (Mendonça e Couto, 2005, citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005).

Intervenção Não-Farmacológica - conjunto de intervenções com o objetivo de maximizar o funcionamento cognitivo e o bem-estar da pessoa, bem como ajudá-la no processo de adaptação à doença. As atividades desenvolvidas têm como fim a estimulação das capacidades da pessoa, preservando, pelo maior período de tempo possível, a sua

autonomia, conforto e dignidade (Guerreiro, 2005, citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005).

3. INSTITUCIONALIZAÇÃO

A velhice tem-se tornado num problema social diz respeito as alterações das relações familiares. Nos dias de hoje, as relações da comunidade tendem a perder importância e onde existia solidariedade baseada no parentesco passa a haver individualismo. Cada vez mais os indivíduos se relacionam de forma impessoal (Pimentel, 2005).

Nas sociedades tradicionais, as redes de interação eram em grande parte dos casos, suficiente para garantir apoio àqueles que necessitavam (idosos). Atualmente, a tendência é que estas formas de interação diminuam, sendo que esta transformação da sociedade e o isolamento a que muitas pessoas estão sujeitas, leva a um agravamento dos problemas dos idosos, que são os mais afetados com a falta deste suporte relacional (Pimentel, 2005).

“O duplo envelhecimento da população causa um desequilíbrio entre o peso relativo das diferentes gerações e poderá estar na origem de graves problemas sociais” (Pimentel, 2005, pp. 35).

Com todas as transformações que veem surgindo na sociedade, a velhice passou a ser considerada um problema social, sendo que está vulgarmente associada a ideia de pobreza ou, pelo menos, de escassez de meios materiais, solidão, doença e também de certo modo, a segregação social (Fernandes, 1997).

Tendo em conta todas estas questões e ainda as alterações que têm ocorrido a nível familiar, tem sido cada vez mais difícil, cuidar dos idosos em casa. Antigamente, a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas era da própria família, mas tal tem vindo a mudar. Com a integração da mulher no mercado de trabalho e famílias menos numerosas, leva a que as estas tenham que tomar a decisão, muitas vezes dolorosa, de institucionalizar os seus idosos, sendo assim a única forma de garantir aos mesmos bem-estar e qualidade de vida.

Em Portugal a institucionalização é desenvolvida em grande parte por entidades privadas lucrativas e não lucrativas, destacando-se deste modo as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) que foram criadas em 1976 e, são atualmente as instituições que possibilitam um maior número de serviços para a população idosa (Neto & Corte-Real, 2015).

Deste modo, apresenta-se alguns serviços que se encontram disponíveis para a população idosa. De acordo com a Segurança Social (2015), são eles:

Serviço de Apoio Domiciliário - Consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e/ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física/psíquica, que não seja capaz de assegurar as suas necessidades básicas e atividades instrumentais da vida diária. Objetivos: contribuir para a qualidade de vida das famílias e conciliação da vida familiar e profissional; contribuir para a permanência das pessoas no seu meio; promover estratégias de autonomia; prestar serviços adequados às necessidades dos idosos.

Centro de Convívio - Apoia as atividades sociais e recreativas e culturais, contando com a participação ativa das pessoas idosas que residem em determinado local. Objetivos: prevenir a solidão e o isolamento; fomentar relações interpessoais; retardar o internamento em instituições; incentivar a participação dos idosos.

Centro de Dia - Presta serviços que preveem a manutenção do idoso no seu meio, a pessoas com 65 e mais anos. Objetivos: prevenir situações de dependência e promover a autonomia; fomentar relações interpessoais; retardar o internamento em instituições; incentivar a participação dos idosos; promover estratégias para desenvolver a autonomia.

Centro de Noite - Equipamento de acolhimento noturno; idosos que durante o dia permaneçam no seu lar e que durante a noite necessitam de acompanhamento. Objetivos: retardar o internamento em instituições; acolher pessoas com autonomia durante a noite, promovendo a sua segurança.

Acolhimento Familiar - Integrar, temporária ou de forma permanente o idoso em famílias capazes de proporcionar um ambiente seguro. Objetivos: acolher pessoas idosas que se encontrem em situação de dependência, sem apoio social e familiar; garantir m ambiente social, familiar e afetivo propício à satisfação das suas; retardar o internamento em instituições.

Estruturas Residenciais - Alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos. Objetivos: proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; potenciar a integração social.

Apesar de ser cada vez mais frequente recorrer aos lares, estes são conotados com imagens negativas, e são poucas as pessoas que aceitam o processo de institucionalização de forma serena. Quando chega o momento do idoso entrar para uma instituição, é sentido como se fosse a última etapa da sua trajetória de vida, sem expectativas ou possibilidade de retorno. O internamento definitivo das pessoas idosas em lares implica um rutura com a sua vida quotidiana e impõe-se como uma situação inevitável (Pimentel, 2005).

A institucionalização dos idosos é ainda tabu, pois muitas famílias, por vezes, adiam o processo de institucionalizar apenas para evitar represálias ou para não se gerarem rumores. Deste modo, este processo torna-se inúmeras vezes como sendo uma problemática familiar e também social, pois criam tensões e sentimentos de culpa, podendo assim, levar ao isolamento do idoso e à dificuldade de se adaptar ao meio institucional. O processo de institucionalização também pode ser uma decisão difícil. Existe a pressão social e a consciência individual é confrontada com o dever de reciprocidade e solidariedade (Pimentel, 2005). “ O peso dos costumes e a experiência levam a que mesmo os idosos em difíceis condições de vida não se mostrem muito interessados em sair da sua casa ou da sua família para se entregarem aos cuidados de estranhos. A família, mesmo nas piores condições, organiza-se para assumir o que considera a sua obrigação – retribuir o sacrifício aos pais. Fá-lo muitas vezes para dar o exemplo aos filhos ou para evitar represálias dos vizinhos” (Hespanha, 2005).

Este processo surge, no entanto, por norma para a família ou para idosos sem família, como a última alternativa. A perda de autonomia física é um fator decisivo neste processo, assim como a falta de recursos económicos e habitacionais. O isolamento também surge como sendo uma grande causa. A inexistência de rede de interações que facilitem a integração social e familiar do idoso é em muitos dos casos o motivo que leva à institucionalização (Pimentel, 2005).

A institucionalização exige ao idoso um processo de adaptação, e sendo que essa capacidade se vai reduzindo com o avançar da idade, as probabilidades de surgirem desajustes ao meio institucional, é bastante.

“Para muitos a institucionalização traz a descontextualização, a falta de referências, o desinteresse (...)” (Vieira, 2011, pp.114). Mesmo sendo, muitas vezes um ambiente com melhores condições do que a casa onde viveram os idosos não conseguem construir a sua qualidade de vida. Não atribuem sentido às coisas porque não se revêm nelas (Vieira, 2011). “A grande maioria dos equipamentos não está preparada para proporcionar aos

seus utentes serviços individualizados e que respeitem a personalidade, a privacidade e modos de vida diversificados. A perda (total ou parcial) de todas as suas construções simbólicas representa para os idosos um corte com o seu mundo de relações e com a sua história” (Pimentel, 2005, pp. 61).

“A institucionalização é um acontecimento que marca a trajetória de uma vida. Muitas vezes acontece de forma brusca, quando os familiares dos idosos assim o decidem. Outras vezes, ocorre através da negociação, quando os idosos não querem ser um fardo para os familiares, ou porque estes não lhes podem, de facto, prestar a ajuda de que necessitam” (Vieira, 2014, pp. 117).

De acordo com “Manual de boas práticas – guia para o acolhimento residencial de pessoas mais velhas (2005), “o acolhimento dos idosos deve minimizar riscos, como a perda de identidade, vínculos afetivos, desenraizamento, receio de mudança, tendência a rejeitar a integração, auto culpabilização ou sensação de estar a sofrer uma punição. Para que tal aconteça, os responsáveis por estas estruturas devem ter em conta o carácter e a personalidade do novo residente, incluindo assim a sua história, as suas recordações e a relação que tinha com a comunidade da qual se separou e com a sua família”.

“A rede de solidariedade tecida durante a vida (...) transforma-se em lembranças, que muitas vezes é (re) alimentada apenas por visitas escassas, não restando aos sujeitos outras alternativas além do isolamento, da solidão e das recordações. À medida que se envelhece, vai-se perdendo cada vez mais o passado” (Vieira, 2014, pp. 116).

Muitos dos nossos idosos sentem-se como “fardos” para as famílias e alguns também o sentem quando estão numa instituição. “Este ‘fardo’ é carregado pelos idosos a darem-se conta da rutura com a sua vida passada, com a falta de sentimento de utilidade e do seu debilitamento físico ou isolamento social” (Vieira, 2014, pp. 118).

“A pessoa idosa não deve ser vista como uma pessoa envelhecida, denegrada e despersonalizada mas sim como uma pessoa com características próprias e com um manancial de conhecimentos e de experiências (...)” (Vieira, 2014, p. 111).

A falta de sensibilização dos agentes institucionais para a especificidade da experiência de cada indivíduo (...), podem ser sentidas como mais penalizadoras do que a ausência de condições materiais ótimas. As necessidades de nível social, afetivo ou sexual por exemplo, são remetidas para o esquecimento e, em alguns casos, são reprimidas (...). O próprio idoso tem dificuldade em assumir alguns aspetos da sua vivência enquanto pessoa

completa, e remete-se para o isolamento afetivo e social, negando ou desvalorizando as suas capacidades (Pimentel, 2005).

Existe um conformismo por parte dos idosos no processo de institucionalização. Mesmo quando é dado espaço aos idosos para desenvolverem os seus interesses estes recorrem à fuga. A imagem que estes têm da instituição não é suprimida, pois sentem-se limitadas ao círculo das relações internas e quando existe um contato frequente com os familiares ou amigos, como decorre em meio institucional os idosos sentem-se completamente afastados do seu meio familiar (Pimentel, 2005).

Deste modo, e de acordo com Pimentel (2005), muitas vezes os técnicos das instituições que têm a seu cargo a promoção de atividades de ocupação e animação sentem-se, algumas vezes frustrados, pois não conseguem entender quais os interesses e motivações dos idosos. O grau de participação é muito variável (...) e dificilmente as pessoas adotam uma iniciativa voluntária, pois não se sentem responsáveis pelo bom funcionamento do lar.

“Para que a integração do idoso na instituição seja positiva, é essencial ter em atenção diversas dimensões, nomeadamente o estabelecimento de relações sociais, quer com os seus pares no interior da instituição, quer com pessoas da comunidade envolvente” (Pimentel, 2005, pp. 62).

“Os idosos são uma espécie de sobreviventes do passado. Os idosos tiveram que vencer muitas etapas da vida para chegarem à velhice que é o seu presente. Ser velho significa que se teve sucesso, que se sobreviveu e venceu desafios específicos das outras anteriores” (Silva, 2005, citado em Vieira, 2014, pp.119).

3.1. CUIDADOS AO RECEBER UM DOENTE DE ALZHEIMER

Quando recebemos um idoso numa estrutura residencial para idosos é necessário ter alguns cuidados e especial atenção em alguns aspetos no seu acolhimento. Quando a este idoso, vem diagnosticado a doença de Alzheimer esses cuidados devem ser redobrados pois estes utentes necessitam de rotinas e hábitos diários, essenciais para alcançar uma melhor qualidade.

As instituições que acolhem utentes com a doença de Alzheimer requerem, uma maior equipa de profissionais para conseguir prestar aos residentes um cuidado mais focado na pessoa. Os cuidados centrados no residente fornecem uma abordagem individualizada da

prestação de cuidados à pessoa de modo a garantir a sua integridade física e o seu bem-estar social, cultural e mental. A equipa precisa de formação e competências na prestação de cuidados na demência e na gestão de necessidades especiais para poder proporcionar bons cuidados (Alzheimer Portugal, 2016).

A demência afeta as pessoas de forma diferente. Porém, por norma, os sintomas de confusão e desorientação podem afetar a segurança da pessoa com demência. Deste modo, é importante, que o ambiente onde o utente com a doença de Alzheimer vive, seja ser familiar, facilitando os acessos, permitindo ao idoso saber onde está e para onde quer ir. Deste modo, quaisquer alterações que sejam introduzidas poderão resultar em confusão e desorientação (Alzheimer Portugal, 2016).

Torna-se assim importante que o ambiente onde o utente com a doença de Alzheimer está inserido seja adaptado, facilitando assim o seu dia-a-dia e melhorando a sua qualidade de vida.

A Associação Portuguesa de familiares e amigos dos doentes de Alzheimer indica algumas sugestões para manter um ambiente calmo e tranquilo, como por exemplo:

- Manter a familiaridade com as rotinas;
- Minimizar a confusão reduzindo a desorganização, ruído, brilhos intensos e as possibilidades de escolha;
- Ajudar o utente a concentrar-se e a descansar;
- Proporcionar atividades úteis.
- A flexibilidade em relação às refeições, aos horários de visita não restritos;
- À existência de privacidade e espaço para o residente e visitantes passarem algum tempo juntos. (Alzheimer Portugal, 2016).

No que diz respeito as atividades para os utentes com a doença de Alzheimer, estas podem ter um efeito muito tranquilizador. Como por exemplo caminhar, pescar, participar em atividades musicais, em atividades ao ar livre, fazer algumas tarefas domésticas, ocupar-se com caixas de atividades, entre outras. Estas atividades devem ter em conta alguns princípios, tais como: compensar as atividades que o utente já não consegue fazer, promover a autoestima, manter as competências que já existem não envolvendo novas aprendizagens, oferecer oportunidades de diversão, prazer e contato social e claro, ter sempre em conta a origem cultural da pessoa, assim como as suas preferências e gostos (Alzheimer Portugal, 2016).

4. DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

A palavra envelhecimento está frequentemente relacionada à perda de capacidade cognitivas no idoso, como também ao comprometimento do seu comportamento e autonomia.

De acordo com Umphred, (2009) a cognição é definida como consciência, percepção, raciocínio e julgamento crítico, tendo em conta que o desenvolvimento cognitivo envolve processos de percepção, atenção, ação, solução de problemas, memória e a formação de imagens mentais.

Através das funções cognitivas que estabelecem-se processos pelos quais o indivíduo recebe, armazena e utiliza a informação da realidade bem como de si mesmo (Molina & Tarrés, 2004).

Ao contrário do que se possa pensar, os adultos mais velhos mantém o seu potencial cognitivo necessário ao desempenho satisfatório das tarefas diárias. Quando se fala em potencial cognitivo, falamos de processos que implicam o conhecimento da realidade, adaptar-se aos estímulos dela recebidos, como a atenção, registo de informação e sua retenção, o que inclui envolver-se com os processos de aprendizagem, memorização e capacidade de refletir ao relacionar ideias e resolver novos problemas (inteligência) (Simões, 2006).

Estas habilidades resultam de processos de associação e integração superior que se produzem no cérebro e que permitem a receção de informação através dos sistemas somatossensorial e motor (Fernández-Ballesteros 2009).

4.1. ATENÇÃO

A atenção quer dizer, estender para, orientar os nossos sentidos para a fonte de informação. Esta orientação é o processo mais básico de atenção, pois sintoniza os recetores sensoriais com a realidade (Simões, 2006).

A atenção pode estar dividida em quatro categorias, são elas a atenção seletiva, atenção focalizada, atenção sustentada e atenção dividida.

Para Simões (2006) a atenção seletiva é o processo de filtragem de um elemento de um conjunto de informações/estímulos. Consiste em processar uma informação e dispensar as outras. Esta função é considerada a função mais básica, pois temos que estar sempre

concentrados em determinados objetos. Em tarefas mais complexas, que necessitem de uma atenção seletiva, os idosos têm um rendimento inferior ao dos jovens.

No que diz respeito a atenção focalizada, esta exige que se focalize numa informação, abstraindo-se de todas as outras, levando a que o indivíduo, em certos casos, se esquece do que se passa à sua volta. Neste caso, existe sempre uma informação alheia mas sabe-se onde vai aparecer a informação-alvo. Esta capacidade mantém-se intacta, e os estudos têm concluído que não há diferenças de performance entre adultos mais jovens e mais velhos (Simões, 2006).

Relativamente à atenção sustentada, também designada por vigilância, é considerada um tipo de concentração numa determinada fonte de informação, por um período relativamente longo. No que diz respeito às diferenças entre idosos e jovens os estudos não são concordantes: alguns estudos detetaram diferenças enquanto outros não detetaram (Simões, 2006).

Por fim, “a atenção dividida, consiste na capacidade de concentrar o espírito em vários objetos ao mesmo tempo.” Relativamente às diferenças entre jovens e idosos, não se encontram diferenças quando se trata de tarefas mais simples, mas se as tarefas forem mais complexas os jovens ficam em vantagem (Simões, 2006, p. 56).

4.2. MEMÓRIA

Para Villar (2007), a memória define-se como o sistema de grandes subdivisões do sistema cognitivo que se encontram relacionadas com estruturas determinadas do sistema nervoso e que executam tarefas de memória, ou seja, de armazenamento e recuperação de informação.

A memória, enquanto habilidade cognitiva, constitui uma premissa central para se formar a identidade e a autonomia, convertendo-se, assim, em algo decisivo para as pessoas adultas. Do ponto de vista psicológico a memória pode ser distinguida de acordo com aspetos que se resumem a armazenar, memorizar e recordar informações e experiências (Castro, 2007).

É neste domínio onde são mais frequentes são as queixas dos mais velhos e onde mais abundam os preconceitos a seu respeito. Uma falha de memória num jovem é considerado um simples lapso de memória mas quando se trata de um idoso é senilidade e decrepitude (Simões, 2006).

Para Simões (2006) a memória pode ser dividida em dois níveis: o nível estrutural e o nível processual. Relativamente ao nível estrutural existem vários sistemas de memória, são eles: memória sensorial, memória a curto termo (primária) e memória a longo termo (secundária). A memória sensorial consiste no registro de informação proveniente de estimulação sensorial, sendo que com o avançar da idade poucas diferenças são detetadas. No que concerne à memória a curto prazo (primária) é considerada um «armazém» com o intuito de manter, por um período de pouco tempo uma quantidade de informação. De acordo com Fontaine (2000) tem uma capacidade limitada e as informações são para serem em atividades imediatas. Por fim, a memória a longo termo (secundária) consiste em recordar-se de acontecimentos ocorridos há dias, horas ou meses (Simões, 2006). Para Fontaine (2000, pp. 119) “é dotada de uma capacidade ilimitada e de tempo de retenção, fazendo referências a novas aprendizagens.” É nesta função que residem as dificuldades mais sérias dos idosos. Deste modo, é pertinente referimos a perspetiva processual da memória pois existem três processos mnésicos: a codificação, ou seja a aquisição da informação sob uma forma determinada; a retenção (armazenamento) diz respeito à colocação de informação codificada em certos «armazéns» com o objetivo de a utilizar mais tarde; e a evocação (deteção) que exige que se detete e reconheça informação armazenada. É na codificação e evocação de informação que reside a maior dificuldade dos idosos e não no seu armazenamento (Simões, 2006).

Para Schacter e Tulving, (1994) citado por Simões (2006) a memória a longo prazo pode ser dividida em dois sistemas mnésicos: a memória episódica e a memória semântica, sendo que estes dois tipos de memória estão associadas a trajetórias de desenvolvimento diferentes. A memória episódica está relacionada com acontecimentos específicos que ocorrem em determinado tempo e lugar na vida do indivíduo. É assim uma memória contextualizada e autobiográfica. No que diz respeito à memória semântica, está relacionada a eventos desligados do contexto, a fator e objetivos gerais.

4.3 INTELIGÊNCIA

No que diz respeito à inteligência, esta é definida, do ponto de vista filosófico como a capacidade de pensar em abstrato, o que faz com que esta capacidade seja exclusiva do ser humano, mais especificamente dos adultos. Sendo que do ponto de vista psicológico está relacionada com a conduta e a capacidade para resolver, de forma satisfatória

situações ou problemas com os quais nos vamos deparando (Yuste Rossell, Herrera e Rico, 2004).

Para Fernández-Ballesteros, (2009) a inteligência é definida como a interação sinérgica entre fatores biológicos e socioculturais, resultando de processos cognitivos como a atenção, percepção, aprendizagem, memória, afetos e motivação.

Segundo Fontaine (2000) existem dois tipos de inteligência, são eles a inteligência cristalizada e a inteligência fluida. No que diz respeito à inteligência cristalizada esta é revelada através de um grande número de atividades associadas à profundidade do saber e da experiência, do julgamento, da compreensão das relações sociais, e da habilidade de comportamento. As aptidões primárias associadas a este tipo de inteligência são a compreensão verbal, a formação de conceitos, o raciocínio lógico e o raciocínio geral. Relativamente à inteligência fluida, é revelada através de atividades de compreensão das relações entre novos dados da natureza espacial ou verbal, de construção de inferências e de implicações. Neste tipo de inteligência as aptidões primárias que lhe estão associadas são o completamento, o raciocínio indutivo, a flexibilidade figurativa, a integração e o raciocínio lógico, o raciocínio em geral.

4.4 ALTERAÇÕES SENSORIAIS E PERCEÇÃO

Lieury (1990) citado em Fontaine (2000, pp. 61) definiu a percepção como “o conjunto dos mecanismos fisiológicos e psicológicos cuja função geral é a recolha de informações no ambiente ou no próprio organismo”.

A percepção não é uma receção passiva das mensagens provenientes do ambiente, mas o conjunto de atividades complexas de receção e de análise. As percepções são polis sensoriais, ou seja, são produto de uma integração de mensagens sensoriais diversas (Fontaine, 2000).

Com o avanço da idade, as diferentes atividades precetivas e sensoriais vão sofrendo alterações. O autor Fontaine (2000, pp. 64- 77) descreve assim algumas alterações que vão surgindo.

Gosto - Os recetores situam-se na língua e na parede da boca. Existe, ao envelhecer um ligeiro aumento dos limiares percetivos, ou seja, a mesma sensação é provocada no idoso por uma concentração mais forte do sabor considerado.

Olfato - É um sentido que permite a detecção de um número ilimitado de odores. O recetores estão localizados na mucosa nasal. Nos idosos, observa-se um declínio ligeiro, mas significativo, sendo que esta modalidade é mais sensível ao envelhecimento.

Cinestesia - Define-se como a percepção que temos dos nossos movimentos. Os seus recetores estão localizados nos músculos e nos tendões. Distinguem-se os movimentos passivos (mobilização de uma ou mais partes do corpo) e movimentos ativos (mobilização pelo próprio indivíduo do seu corpo). Verifica-se que com a idade existe um declínio nos movimentos passivos, sendo que nos movimentos ativos não se verifica alterações.

Audição – É bastante sensível ao envelhecimento, pois existe uma degenerescência do aparelho auditivo e por dificuldades de audição chamadas de presbiacusia.

Visão – É uma modalidade sensorial tão importante com a audição para a espécie humana e é bastante sensível ao efeito da idade. A estrutura ótica tem a função de produzir na retina uma imagem focada e nítida do mundo exterior. Uma das alterações que surge com a idade é a transmissividade do olho e a sua capacidade de acomodação, traduzindo-se em problemas na percepção dos objetos mais distantes, na profundidade e na sensibilidade à ofuscação e às cores.

O envelhecimento precetivo é bastante diferencial. Ao passo que algumas capacidades são pouco afetadas, como o olfato, outras sofrem uma maior alteração, como a audição. O processo de senescência afeta principalmente três modalidades: o equilíbrio, a audição e a visão. O seu envelhecimento tem consequências importantes, por vezes graves, a nível psicológico e social. Os défices sensoriais a nível auditivo e visual são causas importante de declínio geral no funcionamento das atividades intelectuais (Fontaine, 2000, p. 77).

5. ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Com o avançar da idade há um aumento progressivo da incapacidade funcional e cognitiva, associado à demência, mais especificamente à doença de Alzheimer (Cummings e Benson, 1992, citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005).

Deste modo têm surgido programas de intervenção para idosos que sofram de alguma incapacidade e de programas de reabilitação específicos para doentes com demência, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos idosos em geral, assim como os idosos com demência (Guerreiro, 2005, citada em Castro-Caldas e Mendonça, 2005).

O termo estimular é definido como o ato de instigar, ativar, animar e encorajar os sujeitos. A melhor forma de conseguir diminuir os efeitos adversos do envelhecimento é a estimulação e, conseqüentemente, a promoção do aumento da qualidade de vida (Zimerman, 2000).

O principal objetivo dos programas de estimulação cognitiva para as pessoas idosas é ajudá-las a melhorar o desempenho das atividades da vida diária, para que não necessitem da assistência de uma outra pessoa, ou a minimizar a necessidade dessa mesma assistência. Com as intervenções, tenta-se maximizar as funções intatas e aumentar os recursos das funções, que estando a diminuir, ainda não estão perdidas, prolongando assim a sua independência, autonomia. A reabilitação de uma pessoa com demência deverá ser diferente da reabilitação de uma pessoa com défices cognitivos. No entanto, em ambos os casos esta intervenção deverá optar por uma abordagem biopsicossocial. Nenhuma pessoa pode ser reduzida à cognição nem deve ser visto apenas na perspectiva de défices cognitivos. É necessário ter em conta que os doentes com doenças degenerativas demenciais perdem capacidades cognitivas de forma gradual e com um ritmo diferente de doente para doente. Seja qual for a intervenção, deve ter em conta “o sujeito biológico, o sujeito cognitivo, o sujeito emocional, o sujeito inserido no seu contexto familiar e social, o homem como um todo” (Guerreiro, 2005, citada em Castro-Caldas e Mendonça, 2005, pp. 124-125).

São conhecidos uma enorme variedade de métodos de intervenção para melhorar ou manter o desempenho cognitivo e funcional nos doentes de Alzheimer. As técnicas mais usadas incluem treino intensivo das capacidades diminuídas e uso das capacidades preservadas.

Tendo em conta a gravidade da demência, as técnicas a utilizar são condicionadas. Ou seja, num doente com demência ligeira terá de ser usada uma metodologia de nível diferente, comparando com um doente que esteja num nível de demência mais acentuado. Sendo assim, é importante que em qualquer plano terapêutico se tenha em conta os resultados da avaliação neuropsicologia. Deste modo, encontram-se disponíveis vários métodos e técnicas que permitem melhorar ou manter o desempenho cognitivo e funcional em doentes com Alzheimer. As técnicas usadas com estes doentes incluem o treino intensivo das capacidades diminuídas (mas ainda não perdidas) e o uso das capacidades preservadas como “portas de entrada” para a estimulação (Guerreiro, 2005, citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005).

Na área da reabilitação/estimulação em doentes com demência pode-se considerar que existem duas orientações básicas, sendo que uma delas é mais direcionada para os aspetos relacionais e emocionais, mais numa linha psicoterapêutica e psicossocial e outra é mais ao nível cognitivo. As terapias psicoterapêuticas são usadas com o objetivo de melhorar funções cognitivas, mas essencialmente de melhorar a capacidade do doente cuidar de si próprio, melhorando o seu bem-estar emocional (Guerreiro, 2005, citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005).

Tendo em conta o nível de demência em que os idosos se encontram, é necessário ajustar o tipo de intervenção. Deste modo, as teorias que são abordadas quando se trata de doentes com demência, doentes com Alzheimer são: Terapia de Orientação na Realidade (TOR); Terapia da Reminiscência (TR) e Terapia de Validação (TV) (Guerreiro, 2005, citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005).

5.1 TERAPIA DE ORIENTAÇÃO NA REALIDADE (TOR)

Esta terapia visa “uma aprendizagem de informação sobre a orientação de modo a melhorar o sentido de controlo e de auto estima. De certo modo, é uma intervenção psicossocial em doentes com alterações de memória e com desorientação pessoal, espacial e temporal” (Guerreiro, 2005, citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005, pp. 133). Esta técnica pode ser aplicada de modo informal em sessões diárias de 30 a 40 minutos.

5.2 TERAPIA DA REMINISCÊNCIA (TR)

Esta terapia é descrita como um processo mental, que ocorrendo naturalmente, permite aos idosos falar das suas experiências passadas e conflitos. Estes acontecimentos são recordados e vão-se desenvolvendo assuntos tendo em conta a informação recordada. Para que tal aconteça, podem ser utilizadas fotografias, música, vídeos, revistas e outros estímulos que possam ser benéficos (Guerreiro, 2005, citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005).

5.3 TERAPIA DE VALIDAÇÃO (TV)

É uma terapia que foi desenvolvida com o intuito de estimular a comunicação entre idosos com defeito cognitivo. O técnico deverá ouvir o doente e compreender a noção que este tem do seu significado individual e da realidade do doente. Esta terapia baseia-se em alguns pressupostos que são: 1- todas as pessoas são únicas, devendo ser tratadas com individualidade e a sua especificidade; 2 - todas as pessoas têm o seu valor independentemente do seu grau de desorientação; 3 - todas as pessoas têm capacidade de raciocínio; 4 - o comportamento dos idosos não reflete só as alterações que ocorrem no cérebro, mas de uma combinação de alterações; 5 - as pessoas idosas não devem ser forçadas a mudar o seu comportamento; 6 - as pessoas idosas devem ser aceites sem julgamento; 7- algumas tarefas estão relacionadas com fases da vida, sendo que a incapacidade de as realizar pode levar a alterações psicológicas; 8 - quando a memória falha, podem restabece-la através da evocação de memórias mais antigas; 9 - os sentimentos dolorosos quando são compreendidos por alguém diminuem; 10 - a empatia constrói confiança, reduz a ansiedade e restitui dignidade.

Existem vários tipos de intervenção e diversas técnicas. No entanto, como foi referido anteriormente, estas devem ser ajustadas a cada pessoa, de modo a promover uma intervenção individualizada e adequada às necessidades de cada caso, valorizando a sua história, personalidade, saúde física e mental (Guerreiro, 2005, citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005).

Deste modo, aquando a institucionalização de um idoso, deverá ser feito um plano individual (PI) que tem como objetivo, “estabelecer regras gerais a observar na elaboração, implementação, monitorização, avaliação e revisão de desenvolvimento individual do cliente. A monitorização do processo deve ser realizada através de

indicadores que devem ser definidos pela instituição. São assim definidos os responsáveis pela sua coordenação, elaboração, análise, implementação, monitorização, avaliação e revisão, e deve estar incluída uma metodologia para a gestão e prevenção de negligência (Segurança Social, 2009).

O PI deve ser analisado pelo cliente ou por pessoas próximas destes, assim como com os colaboradores envolvidos na sua implementação, devendo ser assim aprovado por todos. É, deste modo, um instrumento que visa que os serviços prestados ao cliente promova a sua autonomia e qualidade de vida, respeitando o projeto de vida, hábitos, gostos, confidencialidade e privacidade da pessoa. Deve ainda ser adequada às necessidades, hábitos, interesses e expectativas de cada utente, nunca esquecendo que este é um ser único e individual. É importante que sejam definidos um conjunto de atividades e ações que respeitem o género, religião, identidade e cultura do cliente devendo-se respeitar os seguintes princípios:

- Promover atividades e ações que respeitem a autonomia, o projeto de vida, hábitos, interesses, expectativas, competências e potencialidades do cliente;
- Promover a participação do cliente e de pessoas próximas em todas as fases da planificação das atividades;
- Considerar que a ocupação quotidiana do tempo do cliente depende do seu projeto de vida, competências e potencialidades, dos hábitos de vida e lazer, bem como dos estímulos oferecidos;
- Estabelecer e desenvolver atividades que promovam a comunicação e a convivência (Segurança Social, 2009).

Ao longo do tempo, tanto as expectativas como as necessidades dos idosos vão-se alterando, resultado das alterações na sua condição física e cognitiva, como também dos seus interesses. Por forma a assegurar o bem-estar como a qualidade de vida dos idosos é necessário definir novas metodologias e processos que permitam avaliar novas necessidades e expectativas com alguma periodicidade. Para isto deverá ser feita a monitorização, avaliação e revisão do mesmo. Esta avaliação tem como objetivo verificar de que forma os objetivos propostos foram atingidos e que impacto o PI está a ter no idoso (Segurança Social, 2009).

Deverá ser tido em conta, que o idoso, antes de entrar na estrutura residencial já tem o seu projeto de vida, pelo que o PI deve garantir a sua continuidade, ajustando o que se considera necessário. (Segurança Social, 2009).

CAPÍTULO II

ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTO E PROBLEMATIZAÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a população do planeta, com idade superior a 60 anos, irá duplicar entre o ano 2000 e o ano de 2050. Prevê-se que a população com 80 ou mais anos aumente quatro vezes, chegando aos 395 milhões (OMS, 2015). Posto isto, a população idosa, tem sido alvo de discussões sobre as políticas de saúde, assim como dos seus serviços no geral, de modo a melhorar estes mesmos serviços que servem esta faixa etária. (Universidade Ciências Médicas, 2012).

O risco de contrair uma demência aumenta com a idade e calcula-se que entre 25% a 30% das pessoas com mais de 85 anos ou mais têm um grau de deterioração a nível cognitivo (OMS, 2015), como é o caso da doença de Alzheimer.

A doença de Alzheimer é, assim bastante comum em pessoas idosas e define-se por ser “uma doença neurodegenerativa, em que as alterações e destruições do tecido nervoso são graduais e progressivas, iniciando-se a partir de um momento indeterminado da vida adulta (Barreto, 2005 citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005). O início da doença ocorre, normalmente, após os 65 anos de idade, embora por vezes se manifeste mais cedo. Não se pode afirmar que seja uma consequência do envelhecimento mas com o avançar da idade a sua incidência aumente (Instituto da Segurança Social, 2005).

Neste estudo, pretende-se conhecer de que forma as estruturas residenciais para idosos, em Portugal, promovem o desenvolvimento cognitivo em idosos com a doença de Alzheimer através de atividades de estimulação cognitiva.

2. METODOLOGIA DE ESTUDO

De acordo com Coutinho (2014, pp. 24, 25) “os paradigmas de investigação constituem o sistema de pressupostos e valores que guiam a pesquisa, determinando as várias opções que o investigador terá que tomar no caminho que o conduzirá rumo às “respostas” do “problema/questão” a investigar (...). “

A metodologia tem como objetivo a análise e a descrição de métodos, alertando deste modo para os limites e recursos, a elucidação das consequências e descrever as potencialidades onde o conhecimento é mais confuso. Ou seja, permite a compreensão, no sentido mais amplo do termo, do processo em si e não dos seus resultados (Kaplan, 1998 citado em Coutinho 2014).

A escolha da metodologia é essencial num trabalho de investigação, pois é a base, o alicerce da mesma, levando-nos às informações e respostas que são procuradas ao problema que à partida foi definido. De acordo com Fortin (2009), a metodologia engloba um conjunto de modos e técnicas que servem de linha orientadora no decorrer da investigação científica.

Esta investigação é uma investigação predominantemente qualitativa, apoiando-se num estudo descritivo onde se pretende verificar de que forma é que as direções técnicas das estruturas residenciais para idosos promovem o desenvolvimento cognitivo em idosos com a doença de Alzheimer.

Uma investigação qualitativa “baseia-se método indutivo... porque o investigador pretende desvendar a intenção, o propósito da ação, estudando-a na sua própria posição significativa, isto é significado tem um valor enquanto inserido nesse contexto” (Pacheco, 1993, p. 28 citado em Coutinho, 2014, p. 28) Ainda de acordo com Pacheco (1993, citado em Coutinho 2014, p. 29) “numa investigação qualitativa não se aceita a uniformização dos comportamentos mas a riqueza da diversidade individual.”

De acordo com Fortin (2009) na investigação de índole qualitativa o investigador foca-se na compreensão absoluta do fenómeno em causa. Assim ele observa, descreve e interpreta tanto o fenómeno como também o meio em que este está inserido, sem os controlar. Neste caso, o investigador mais que avaliar, pretende descrever e interpretar, assumindo dar um sentido ao fenómeno.

Numa abordagem qualitativa, o investigador não se coloca como perito, uma vez que se trata de uma nova relação, sujeito-objeto, reconhecendo que esta relação é marcada pela intersubjetividade. Esta intersubjetividade marca uma posição inovadora no que diz respeito ao conhecimento. Numa abordagem qualitativa investiga-se «com» e não «para» as pessoas. (Fortin, 1999)

Num estudo descritivo pretende-se descrever um fenómeno ou um conceito, referente a uma comunidade, por forma a conhecer a características da mesma. Neste tipo de estudo é necessário especificar conceitos que vão decorrendo e elaborar um quadro conceptual, que para além de definir a perspetiva do estudo faz a ligação entre os conceitos e a sua descrição (Fortin, 1999)

No presente estudo, o investigador pretende descrever o processo de institucionalização dos doentes de Alzheimer, analisando de que forma, é feita a estimulação cognitiva nos mesmos.

2.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DE ESTUDO

Assim, perante esta realidade que é cada vez mais presente no nosso quotidiano, e que requer a presença e intervenção das famílias e de outras estruturas sociais para obter as melhores soluções para questões relacionadas com a população idosa, formulámos a seguinte questão de investigação:

De que forma as estruturas residenciais para idosos promovem o desenvolvimento cognitivo de idosos com a doença de Alzheimer?

Para responder a esta questão definiram-se os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Conhecer as rotinas e dinâmicas internas de cada estrutura residencial para idosos que tenham como objetivo a promoção do desenvolvimento cognitivo de idosos com a doença de Alzheimer;

Objetivos Específicos:

- Identificar os procedimentos que as diretoras técnicas têm relativamente ao planeamento e acolhimento de idosos com doença de Alzheimer;
- Elencar as atividades de estimulação cognitiva desenvolvidas nas estruturas residenciais para idosos.

2.2. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

Para colmatar a subjetividade deste tipo de investigação optou-se por triangular a recolha de dados, utilizando a entrevista (um instrumento bastante comum em investigações de natureza qualitativa), a análise documental e a observação naturalista que a investigadora realizou no âmbito da sua experiência profissional.

A triangulação dos dados consiste numa colheita junto de diversas fontes de informação com o intuito de estudar um mesmo fenómeno (Denzin, 1989, citado em Fortin, 1999). A triangulação provoca um discurso científico interessante que permite estabelecer uma finalidade de investigação suscetível de satisfazer a diversidade e a complexidade dos fenómenos. Deste modo, a triangulação pode realçar os laços entre a teoria, a investigação e a prática, dado que permite examinar as questões em diversos contextos (Banik, 1993; Kimchi e col, 1991, citado em Fortin, 1999).

A entrevista realizada a quatro diretoras técnicas de estruturas residenciais para idosos da zona centro, foi estruturada para responder aos objetivos delineados pela investigadora. Na sua versão preliminar, as questões da entrevista foram testadas junto de profissionais que não vieram a participar no estudo final. Posteriormente ao pré-teste, foi necessário reescrever algumas questões no sentido de as tornar mais claras.

Como afirmou Teddlie & Tashakorri (2009) citado em Coutinho (2014, pp. 141) as entrevistas “ podem mesmo gerar informação nova que implique uma reconceptualização dos tópicos em estudo (...)”.

A entrevista tem como propósito a aquisição de informação através de questões que são aplicadas ao inquirido pelo investigador, sendo que estas questões podem ser de carácter aberto, fechado ou ambas (Coutinho, 2014).

De acordo com Silverman (2000) citado em Coutinho (2014, pp. 141) a entrevista é uma poderosa técnica de recolha de dados porque pressupõe uma interação entre o entrevistado e o investigador, possibilitando, a este último a obtenção de informação que nunca seria conseguida através de um questionário, uma vez que pode sempre pedir esclarecimentos adicionais ao inquirido no caso de a resposta obtida não ser suficientemente esclarecedora.”

Por norma as entrevistas são realizadas face a face, mas também podem ser implementadas por telefone ou pela internet, não esquecendo todas as implicações que daí podem surgir. Por conseguinte, as entrevistas devem ser gravadas e transcritas para posteriormente poderem ser analisadas e interpretadas, recorrendo as técnicas de análise de conteúdo (Coutinho, 2014). No caso deste estudo, optámos por gravar as entrevistas e transcrevê-las depois.

2.3. ANÁLISE DE CONTEÚDO

Os dados recolhidos através da entrevista às diretoras técnicas das ERPI foram organizados em categorias, através da técnica de análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é “muito utilizada para a análise de texto, e utiliza-se na análise de dados de estudos em que os dados tornam a forma de texto dito ou escrito” Krippendorf (1980); Marshall & Rossman (1989); Schutt (1999) citados em Coutinho (2014), pp. 217.

A análise de conteúdo “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 1977, pp. 38). É um tratamento da informação contida nas mensagens, não se limitando apenas ao conteúdo, efetuando deduções lógicas e justificadas relacionadas com a origem das mensagens. A análise de conteúdo toma em consideração as significações, procura conhecer aquilo que está por detrás das palavras que estuda, procura outras realidades através das mensagens.

Nesta técnica existem dois tipos de análise: aquele que intervém com categorias pré definidas (anteriormente à análise em si) e aquele em que as categorias emergem aquando da análise, tendo, muitas vezes, um carácter puramente exploratório estando isentos de qualquer referência a um quadro teórico pré estabelecido” (Ghiglione & Matalon, 1997, referidos por Coutinho 2014,).

De acordo com Bardin (1977) a análise do conteúdo de um estudo que seja de carácter exploratório, é realizado em três fases: a pré- análise, a exploração do material, o tratamento de resultados obtidos e interpretação.

Por norma, à pré-análise estão associadas três missões: escolher os documentos, formulação de hipóteses e objetivos e elaborar indicadores que fundamentem a interpretação final. Estes fatores não surgem obedecendo a uma ordem obrigatória mas estão ligados uns aos outros. A pré-análise tem como objetivo organizar de forma oposta

a exploração sistemática dos documentos. A exploração do material consiste essencialmente em operações de codificação, desconto ou enumeração, de acordo com regras previamente formuladas. Por fim, na fase do tratamento dos resultados obtidos e a sua interpretação, estes mesmos resultados brutos são tratados com o objetivo de serem válidos. Tanto as operações estatísticas simples (ex., percentagens) como as mais complexas (ex., análise fatorial) permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos que condensam a informação necessária para análise (Bardin, 1977).

A análise de conteúdo é portanto um conjunto de técnicas que permitem analisar de forma sistemática um corpo de material textual, de forma a desvendar e quantificar a ocorrência de palavras/frases/ temas considerados ‘chave’ que possibilitem um posterior comparação. O principal objetivo é que signos/símbolos/palavras, ou seja, as consideradas unidades de análise, se possam organizar em categorias conceptuais, e estas se possam representar aspetos de uma teoria que se pretende testar (Coutinho, 2014).

De acordo com Bardin (1977, pp. 117-119)

“A categorização é uma operação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e seguidamente por reagrupamento segundo o género com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esses efetuado em razão dos caracteres comuns desse elemento. Classificar elementos em categorias, impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com os outros. O que vai permitir esse agrupamento é a parte comum existente entre eles. A categorização tem como primeiro objetivo, fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos.”

Deste modo, no nosso estudo, optámos por definir as categorias previamente, de acordo com o que foi inquirido na entrevista. Este processo facilitou o tratamento, análise e discussão de resultados. Posto isto, os dados recolhidos foram organizados por essas mesmas categorias, permitindo assim verificar e comparar o discurso das quatro diretoras técnicas inquiridas.

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Fortin (1999), a amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas é escolhido com o intuito de obter informações relacionadas com um fenómeno.

Conceitos que se relacionam com este procedimento são a população e a amostra. Deste modo, a autora afirma que a população é um conjunto de sujeitos que partilham características em comum, sendo que se essa população particular for submetida a um estudo define-se como população-alvo. Inclui-se nesta população-alvo os elementos que satisfazem os critérios previamente definidos pelo investigador. Por outro lado, a amostra é um subconjunto de sujeitos que fazem parte da mesma população, podendo ser considerada uma réplica em miniatura da população-alvo.

A amostra deste estudo é constituída pelas diretoras técnicas de quatro estruturas residenciais para idosos, inseridas na zona centro do país, com quem a investigadora tinha vínculo, sendo considerada assim, uma amostra de conveniência. As participantes no estudo mostraram disponibilidade para serem entrevistadas. A entrevista semiestruturada foi realizada, a todas as participantes, de forma presencial, sendo a mesma gravada.

2.4. CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRA

2.4.1. Breve contextualização das instituições

O presente estudo decorreu em estruturas residenciais para idosos, da zona centro de Portugal. O anonimato das instituições foi salvaguardado, tendo sido atribuído um nome fictício a cada uma. A informação que se segue sobre as estruturas residenciais foi recolhida junto das mesmas, depois de consultados os documentos que atestavam a sua história.

A primeira estrutura residencial para idosos (ERPI) que apresentamos denomina-se “Envelhecer” e foi fundada a 24 de Julho de 1990, como o intuito de responder às necessidades sentidas pela população local, pois as famílias não tinham onde deixar os seus filhos. Atualmente presta apoio a crianças, com a valência de Jardim de Infância e a idosos em apoio domiciliário, centro de dia e lar. É composta por dois edifícios interligados, estando inserida numa zona montanhosa arbórea, conferindo deste modo um ambiente tranquilo e confortável. Esta instituição tem acordos de cooperação com a Segurança Social para todas as suas valências e para todos os seus utentes

A segunda ERPI, denominada “Acolhedora” foi fundada no ano de 1944, com a valência de infância. Inicialmente, começou por ser uma creche, acolhendo as crianças de famílias e agricultores carentes da zona, passando entre 1959 e 1968 a internato, chegando ainda a ser um jardim-de-infância e escola primária até 1982. Ao mesmo tempo, num edifício

em anexo, funcionava uma hospedagem que mais tarde foi transformada num lar para acolher idosos. Atualmente, o lar dedica-se inteiramente às pessoas idosas, sendo assim uma instituição de particular de solidariedade social. Tem como objetivo de promover a saúde, o acolhimento, o bem-estar, a espiritualidade e as relações interpessoais respeitando a dignidade de cada pessoa.

A terceira ERPI, denominada “Cantinho do Repouso” foi fundada em 1987 com o intuito de prestar bens e serviços aos idosos que não tinham ainda oferta nesta área. A esta instituição, foi atribuído um dos primeiros alvarás da Segurança Social para a terceira idade, tendo capacidade para vinte utentes. No ano de 1998, foram feitas obras de remodelação na instituição, aumentando a sua capacidade para trinta e um utentes, a verificar-se no ano de 2000. O Cantinho do Repouso pretendeu melhorar os serviços prestados e garantir o acolhimento necessários para que todos os utentes se sintam bem, como seres únicos e no seio de uma família.

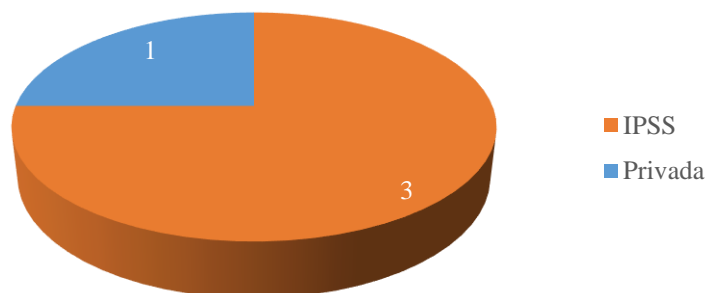
A quarta ERPI denomina-se “Cantinho dos Avós” e tem capacidade para receber setenta e seis idosos. A instituição procura dar qualidade de vida e ajudar a população sénior a enfrentar novos desafios que lhe vão surgindo como adaptar a forma de fazer, de cuidar, às novas realidades e a um novo perfil de utente, em alguns casos, vítima de doenças neurológicas degenerativas. Atualmente é uma instituição que possui as valências de lar e centro de dia, mas o seu trabalho vai mais além, através do voluntariado junto da população local, procura responder às necessidades de quem a procura.

2.4.2. Caracterização das Estruturas Residenciais para Idosos

De seguida, irá ser apresentada a caracterização das estruturas residenciais para idosos, que participaram neste estudo.

No gráfico 1, é apresentado o tipo de estruturas residenciais que foram investigadas neste estudo, privadas ou públicas.

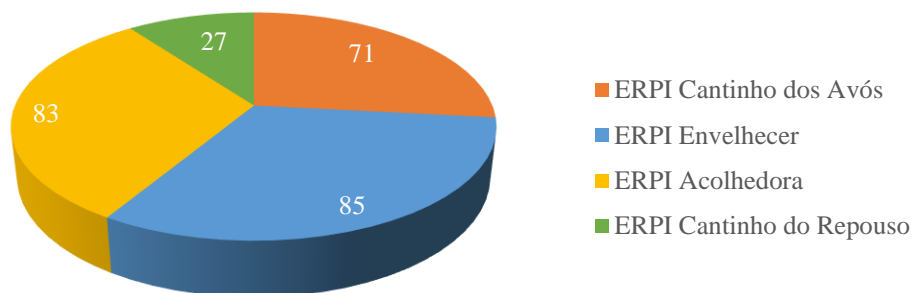
Gráfico 1 - Tipo de ERPI



Do total das quatro estruturas que participaram nesta investigação, apenas uma é uma entidade privada, estando em destaque as instituições de particularidade social (IPSS). Para melhor compreensão e análise dos restantes gráficos, referimos que as estruturas residenciais que são de carácter público são: ERPI Cantinho dos Avós, ERPI Envelhecer e ERPI Acolhedora, sendo que a ERPI Cantinho do Repouso é de carácter privado.

De seguida, no gráfico 2 é apresentado o número total de utentes que cada estrutura residencial possuía ao tempo em que os dados foram recolhidos.

Gráfico 2 - Total de utentes por ERPI

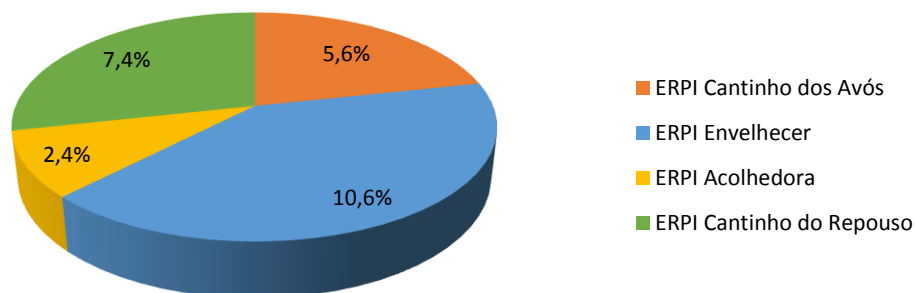


As estruturas residenciais que são de carácter público têm um maior número de utentes, sendo que apenas uma destas estruturas (ERPI Cantinho dos Avós) não está na sua capacidade máxima, podendo ainda receber mais alguns utentes.

De forma a ir ao encontro da problemática desta investigação procurou-se saber quantos utentes com a doença de Alzheimer estão nestas estruturas.

Assim, no gráfico 3, é apresentada a percentagem de utentes com a doença de Alzheimer de cada estrutura, relativamente ao total de utentes.

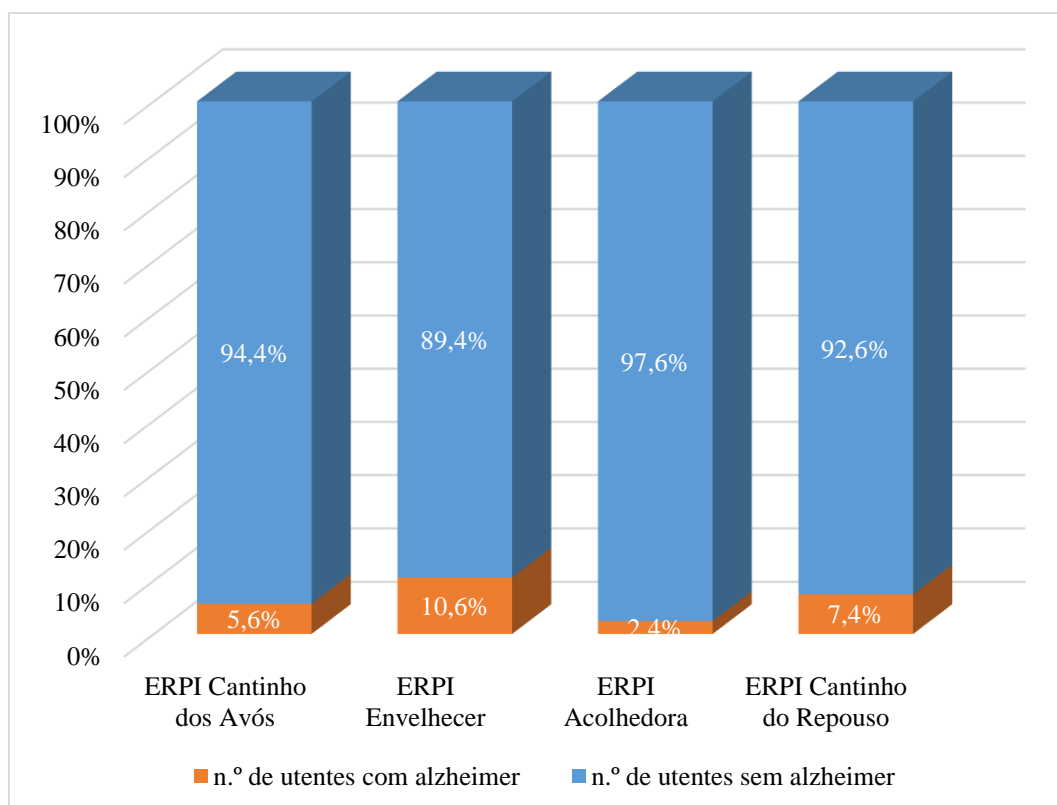
Gráfico 3 - Utentes com doença de Alzheimer



Tendo em consideração o gráfico nº2 e nº 3, podemos concluir que apesar de a entidade privada (ERPI Cantinho do Repouso) ter um número total de utentes inferior às restantes estruturas, a sua percentagem de utentes com a doença de Alzheimer é superior a duas estruturas de carácter público (ERPI Acolhedora e ERPI Cantinho dos Avós). Apenas a ERPI Envelhecer apresenta um maior número total de idosos como também uma maior percentagem de idosos com a doença de Alzheimer.

No gráfico 4 apresenta-se a relação entre o número total de utentes e os utentes com e sem doença de Alzheimer.

Gráfico 4 - Relação entre total de utentes e utentes com e sem a doença de Alzheimer



Posto isto, podemos concluir que a ERPI Cantinho dos Avós e a ERPI Acolhedora, apesar de terem o total de utentes mais, elevado das quatro estruturas estudadas, são as que têm uma menor percentagem de idosos com a doença de Alzheimer. Sendo que a ERPI Cantinho de Repouso é a que tem um número total de utentes, inferior a todas as outras estruturas, e é a segunda estrutura com um número maior de utentes com a doença de Alzheimer. A estrutura com uma percentagem de utentes com a doença de Alzheimer é a ERPI Envelhecer, sendo esta também a que tem um número total de utentes, maior.

De seguida, a investigadora irá fazer a apresentação de gráficos, onde é se pode observar o número de colaboradores de cada estrutura, sendo estes separados por auxiliares de ação direta, técnicos com formação superior e os colaboradores afetos a outras valências.

Nos gráficos nº 5, nº 6, nº 7 e nº 8, que se encontram em baixo, são apresentados o número de colaboradores da ERPI que participaram neste estudo.

Gráfico 5 - ERPI Cantinho dos Avós

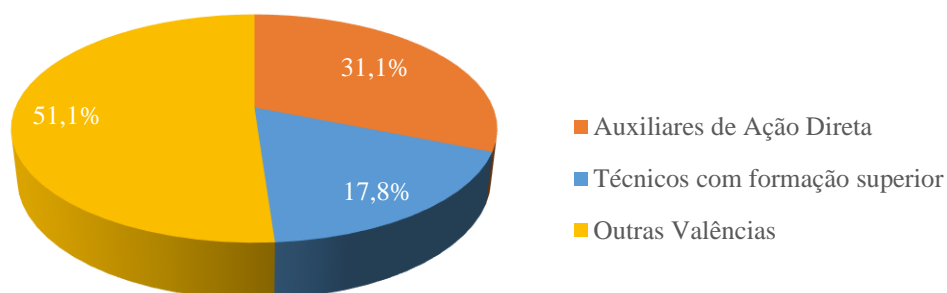


Gráfico 6 - ERPI Envelhecer

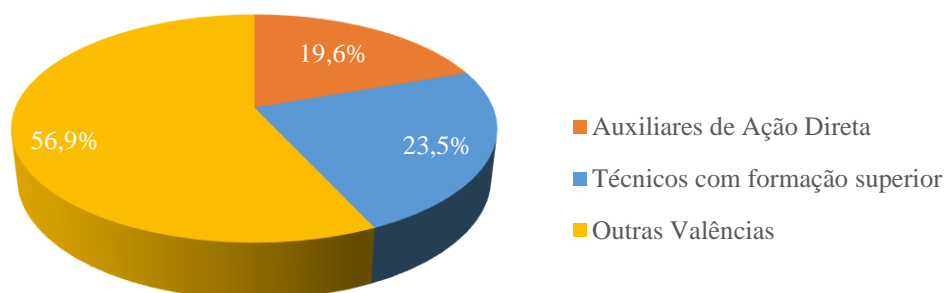


Gráfico 7 - ERPI Acolhedora

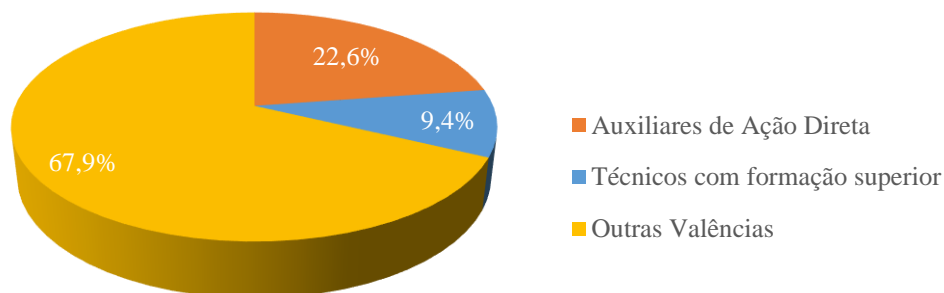
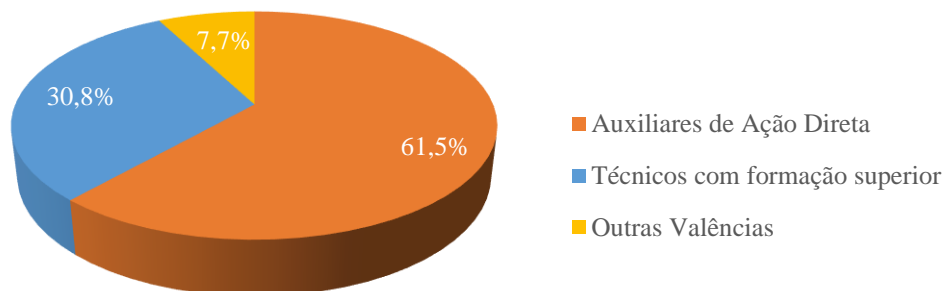


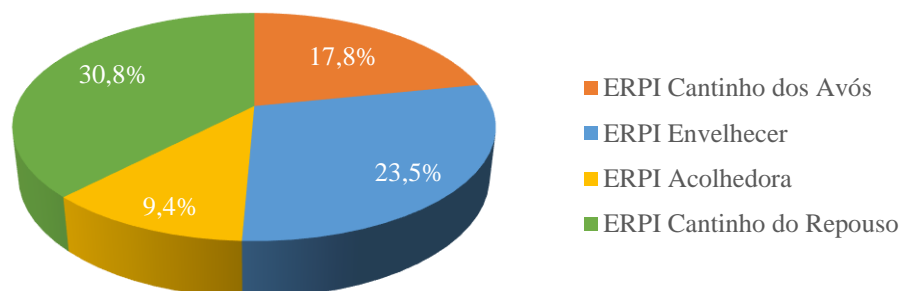
Gráfico 8 - ERPI Cantinho do Repouso



De seguida, tendo em consideração a informação apresentada anteriormente, o investigador faz uma análise comparativa das estruturas residenciais participantes, tendo em conta a relação entre o número total de utentes com os utentes com e sem doença de Alzheimer, assim como do número de técnicos de ação direta e técnicos com formação superior.

No gráfico nº9 é feita a comparação das quatro ERPI relativamente ao número de técnicos com formação superior.

Gráfico 9 - Técnicos com formação superior



No que concerne à formação superior a ERPI Cantinho dos Avós refere que neste momento “estou eu, (assistente social), uma colega também com serviço social temos uma animadora sociocultural e depois temos a equipa de saúde, 3 enfermeiros, um médico e uma fisioterapeuta e temos neste momento um estágio profissional de psicologia e uma de serviço social”. A ERPI Envelhecer referiu que a equipa é composta por “Medicina Geral e familiar, Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social, Psicologia, TOC e animadora sociocultural”. A ERPI Acolhedora referiu que na equipa neste momento “estou eu, (assistente social), temos duas enfermeiras, temos a fisioterapeuta e temos médico.” Por último, a ERPI Cantinho do Repouso afirma que a formação dos técnicos que fazem parte da sua equipa são “assistente social que é também a diretora técnica, a enfermeira, a animadora socioeducativa e o médico”.

Tendo em consideração as percentagens apresentadas anteriormente relativamente ao número de idosos com Alzheimer de cada estrutura residencial, será feita uma comparação entre a percentagem de idosos com a doença de Alzheimer e o número de técnicos com formação superior de cada estrutura.

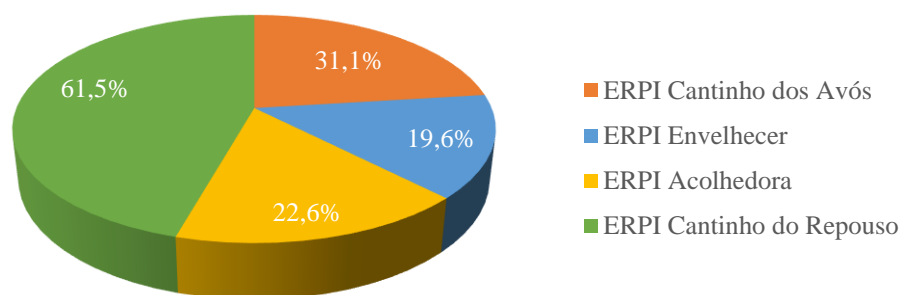
Neste campo, torna-se pertinente fazer uma separação das estruturas residenciais no que concerne ao seu carácter (público ou privado) uma vez que apenas uma é de carácter privado tornando-se uma comparação um pouco indevida. É natural que uma estrutura de carácter privado tenha uma gestão diferente de uma estrutura de carácter público, podendo ter mais recursos, tanto financeiros como de recursos humanos. E é mesmo isso que se verifica nestes gráficos. A ERPI Cantinho do Repouso é a que tem um menor número de utentes na sua totalidade, mas é sem dúvida a que tem um maior número de profissionais com formação superior (30.8%) em comparação às restantes estruturas residenciais

(públicas). No entanto tem a segunda maior percentagem de utentes com a doença de Alzheimer (7.4%)

Comparando agora as restantes estruturas, de carácter público, verifica-se que a ERPI Envelhecer, é de todas a que tem um maior número de utentes no total, como também uma maior percentagem de utentes com a doença de Alzheimer (10.6%), no entanto não é a estrutura que detém um maior número de profissionais com formação superior (23.5%). De seguida a ERPI com maior número de profissionais com formação superior (17.8%) é o Cantinho dos Avós, estando esta também em segundo lugar no que diz respeito à percentagem com utentes com a doença de Alzheimer (5.6%). Por último a ERPI Acolhedora fica em segundo lugar no que concerne ao número total de utentes, no entanto tem a menor percentagem de utentes com a doença de Alzheimer (2.4%) sendo que é também a que tem menos percentagem no que diz respeito aos técnicos com formação superior (9.4%).

No gráfico nº 10 que se segue é feita uma comparação das quatro ERPI relativamente ao número de técnicos de ação direta.

Gráfico 10 - Técnicos de ação direta



Neste campo, torna-se novamente pertinente fazer uma separação das estruturas residenciais no que concerne ao seu carácter (público ou privado) uma vez que apenas uma é de carácter privado tornando-se uma comparação indevida. Mais uma vez, tal como aconteceu no gráfico referente aos técnicos com formação superior, a ERPI Cantinho do Repouso se destaca na percentagem de técnicos de ação direta (61,5%). É, como foi já foi referido a estrutura com um menor número de utentes na sua totalidade mas no entanto é a segunda estrutura residencial com o maior número de utentes com a doença de Alzheimer, podendo ser esta também uma justificação para o maior número de profissionais, tanta com formação superior como de ação direta. Na totalidade destas duas

categorias, esta estrutura apresenta uma percentagem total de técnicos especializados de 92.3%.

Comparando agora as restantes estruturas, de carácter público, a ERPI Cantinho dos Avós destaca-se na percentagem de técnicos de ação direta (31.1%). Esta estrutura, não sendo a que detém o maior número de utentes com a doença de Alzheimer, possui um maior número de técnicos de ação direta que as restantes.

A estrutura que detém o maior número de utentes com a doença de Alzheimer, a ERPI Envelhecer, possui uma percentagem de técnicos de ação direta de 19.6% sendo esta a percentagem menor no universo das estruturas de carácter público. No entanto, é esta que detém a percentagem maior de utentes com a doença de Alzheimer (10.6%).

A ERPI Acolhedora possui uma percentagem de 22.6% de técnicos de ação direta, superior a ERPI Envelhecer, no entanto é a que possui a percentagem menor de utentes com a doença de Alzheimer.

Tendo em consideração estes dados apresentados, podemos concluir que, no universo das estruturas de carácter público a que detém a maior percentagem de idosos com a doença de Alzheimer é que tem uma maior percentagem de técnicos com formação superior, no entanto é a que detém a menor percentagem de técnicos de ação direta. Quando é feita a soma das duas categorias, a ERPI Envelhecer é a que possui uma menor percentagem, de 43.1%.

Relativamente às duas outras estruturas residenciais de carácter público, apesar de terem menos utentes no total e uma percentagem menor de utentes com a doença de Alzheimer, possuem uma percentagem maior de técnicos de ação direta. No entanto apresentam menos técnicos com formação superior, mas fazendo a soma destas duas categorias a ERPI Acolhedora e a ERPI Cantinho dos Avós detém uma maior percentagem (60.3% e 48.9% respetivamente).

2.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para que um trabalho de investigação seja realizado é necessário que este cumpra os pressupostos formais e éticos. Deste modo, a participação dos sujeitos neste estudo foi opcional, salvaguardando-se a informação disponibilizada assim como o anonimato dos sujeitos.

As entrevistas foram realizadas nas respetivas instituições. Previamente à entrevista, a investigadora trocou algumas mensagens com os participantes no estudo, via correio eletrónico para solicitar a sua colaboração e apresentar os objetivos da investigação.

Posto isto, e com o consentimento confirmado, que deve ser conseguido de forma livre e esclarecida, prosseguiu-se para a marcação e posterior realização das entrevistas.

3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No presente estudo foram realizadas entrevistas a quatro diretoras técnicas de estruturas residenciais para idosos, situadas na zona centro.

Primeiramente foi feita uma breve caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo.

1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica dos participantes, as idades variam entre 51 anos, (interveniente 1 – ERPI Cantinho dos Avós), 44 anos (interveniente 2 – ERPI Envelhecer), 36 anos, (interveniente 3 – ERPI Acolhedora) e 28 anos (interveniente 4 – ERPI Cantinho do Repouso).

Dos quatro entrevistados todos eles são formados em Serviço Social, sendo a sua função nestas estruturas de Assistente Social. Apenas uma das entrevistadas, ERPI Envelhecer, referiu ser também diretora de Serviços.

Relativamente à experiência profissional dos quatro sujeitos, o Sujeito 1 – ERPI Cantinho dos Avós, afirma que *“sempre trabalhei na área da população idosa desde que iniciei a minha atividade profissional. Trabalhei, inicialmente por um período muito curto com doentes do foro psiquiátrico numa ação de formação durante 9 meses, em Leiria, depois disso tive no antigo Lar Residencial de Alcobaça, que era uma estrutura residencial para indivíduos do sexo masculino com diversas patologias onde havia muita gente com patologias do foro psiquiátrico (...) depois disso tive um tempo numa IPSS no Reguengo do Fétal, quando abriu, em 1990, interrompi de 1994 a 1997 e em 1999 vim para aqui, portanto já lá vão uns anos”*. O interveniente 2 - ERPI Envelhecer, refere que a sua experiência tem passado unicamente por instituições de particularidade social (IPSS). O interveniente 3 - ERPI Acolhedora, diz que *“trabalhei um ano numa associação em Tomar, portanto no apoio domiciliário e centro de dia, depois trabalhei num centro, em part-time, num centro de deficientes e simultaneamente num lar de crianças e jovens e simultaneamente no lar...portanto tinhas estes três trabalhos ao mesmo tempo, em três part-times, depois entretanto foi-me proposto ficar a tempo inteiro aqui no lar e acabei por deixar as duas outras áreas”* e por último o interveniente 4 - ERPI Cantinho do Repouso, refere que trabalha como Assistente Social há cinco anos.

2. Formação dos intervenientes na área de saúde mental

No que diz respeito à formação que as quatro entrevistadas têm na área de saúde mental, dois dos intervenientes afirmam que não têm qualquer formação, sendo que os restantes intervenientes referem que têm, não considerando que esta seja suficiente.

O interveniente 1 - ERPI Cantinho dos Avós refere que *“fiz uma pós-graduação em gerontologia social e tive já nessa altura, foi aí que eu comecei a ter muito contato com instituições que tinham e que acolhiam pessoas com patologia degenerativa, nomeadamente demência, foi aí que comecei a ver, aliás eu pude na altura visitar uma instituição que estava tipicamente direcionada para doentes de Alzheimer, a própria instituição em termos arquitetónicos tinha uma configuração própria (...) tudo o que era formações lembro-me perfeitamente de ir a formações sobre demência, como lidar com familiares de doente com demência, com atitudes do cuidador, como cuidar de um doente com uma demência tipo Alzheimer... a comunicação com o doente e tudo mais”*.

O interveniente 3 - ERPI Acolhedora, afirma que *“temos uma formação, não é uma formação específica, não foi uma formação avançada mas foi uma formação no âmbito do projetos vidas... nós recebemos formação em equipa técnica, alguns ajudantes de lar e direção e neste momento estou a tirar também uma formação na área do envelhecimento, da deteriorização cognitiva e estimulação cognitiva”*

O interveniente 2 - ERPI Envelhecer e o interveniente 4 - Cantinho do Repouso afirmam que não têm qualquer formação nesta área.

3. Diagnóstico

Nesta categoria, a investigadora tem como objetivo entender em que medida as colaboradoras das estruturas residenciais para idosos têm alguma formação tanta na área de geriatria como na doença de Alzheimer por forma a ajudar os técnicos no diagnóstico.

Esta questão é justificada pelo facto de que são estas colaboradoras que ajudam os utentes no seu dia-a-dia, na sua higiene, no autocuidado, alimentação, no seu bem-estar, passando assim muito tempo com eles, sendo em alguns momentos destas atividades da vida diária que se salientam algumas alterações no idoso.

No que diz respeito a ERPI Cantinho dos Avós foi referido que *“vai-se fazendo algumas formações mas nunca é suficiente...devia-se estar em constante formação”*. Relativamente à ERPI Envelhecer também foi afirmando que *“não, não têm formação”*, assim como a ERPI Acolhedora e a ERPI Cantinho do Repouso referem que as auxiliares

não têm formação, que é insuficiente e que deveria ser contínua *“Não...a formação devia ser contínua”*.

É evidente que todas os intervenientes consideram que a formação existente não é suficiente, devendo esta ser contínua.

Quando questionadas se os colaboradores da sua instituição 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, as respostas não variam muito.

No caso da ERPI Cantinho dos Avós foi afirmado que *“Ah sim isso têm...reparam se a pessoa está a guardar muitas coisas, se veste o soutien por cima da camisola, se está com alterações de comportamento...sim conseguem associar e percebem quando estão a perder a lógica de certas coisas como por exemplo nas atividades da vida diária”*. Sendo que a ERPI Envelhecer apenas considera que alguns colaboradores têm essa capacidade *“Alguns colaboradores sim”*. Relativamente à ERPI Acolhedora foi referido que *“é assim que associem os primeiros sintomas à doença de Alzheimer talvez não, agora encontrem alguns sintomas que não são normais naquela pessoa e que deem o alerta, isso sim”*. Por fim, a ERPI Cantinho do Repouso afirmou que *“Sim, sim, elas têm alguma sensibilidade e têm experiência e vão adquirindo esses conhecimentos com a experiência, não têm formação mas têm conhecimentos dos sintomas e sinais...são muito atentas a essas coisas e alertam a equipa técnica.”*

Portanto apesar de estas colaboradoras, que auxiliam os utentes na maior parte das suas atividades da vida diária e estão presentes nas suas rotinas, não terem nenhuma formação específica, tanto na área da geriatria como no que diz respeito à doença de Alzheimer, os intervenientes responsáveis destas instituição consideram que são capazes de reconhecer sinais e sintomas, são capazes de detetar mudanças de comportamentos nos utentes de modo a alertarem os profissionais de saúde, assim como a equipa técnica.

Como podemos observar no gráfico nº9 e nº 10, é possível verificar, através da comparação que o número de técnicos de ação direta é superior ao número de técnicos com formação superior. Portanto, seria útil tanto para os idosos como para as estruturas residenciais que estes técnicos de ação direta realizassem formações na área da geriatria por forma a garantir um melhor acompanhamento.

4. Atividades

Nesta entrevista foram realizadas questões relativamente as atividades de estimulação e desenvolvimento cognitivo, sendo que a primeira questão tinha como objetivo conhecer as atividades que são desenvolvidas na instituição.

Relativamente a esta questão foi referido pela ERPI Cantinho dos Avós que *“temos algumas atividades como musicoterapia, fisioterapia, animação sociocultural, estimulação sensorial, exercícios cognitivos, estimulação motora, neurológica, estimulação cognitiva, treino de escrita, ...”*

A ERPI Envelhecer referiu que *“todas as atividades previstas no plano de atividades e orientadas pela médica e fisioterapeuta....Ou seja, atividades de expressão plástica, ginástica duas vezes por semana, uma vez por mês temos música, fisioterapia, uma vez por semana somos visitados pelo Padre da Paróquia que nós dá eucaristia aqui na nossa igreja.”* Sendo que a ERPI Acolhedora afirmou que *“apenas algumas, muito pequenas tarefas é que são direcionadas a esta questão da estimulação cognitiva, embora muitas das outras atividades terão momentos de estimulação, a nível dos jogos, jogos cognitivos que se vão realizando, algumas fichas que se vão fazendo também e até mais com os utentes que ainda não estão nesta fase da demência (...). Especificamente para a estimulação cognitiva temos os jogos que são feitos na sala, alguma estimulação cognitiva que associamos também à estimulação sensorial que fazemos no snoozlen, temos a sala de snoozlen e pronto é mais ou menos isso”*.

Por fim, a ERPI Cantinho do Repouso declarou que *“nós temos as atividades normais, de expressão plástica, passeios, e tentamos trabalhar a parte cognitiva, com jogos, adivinhas, provérbios, sopas de letras”*.

De forma a complementar esta questão, foi questionada aos intervenientes que componentes são mais trabalhadas na instituição, tendo sido dadas como exemplo as seguintes categorias: estimulação cognitiva, motricidade fina, memória, linguagem, capacidade motora.

A ERPI Cantinho dos Avós referiu que as componentes mais trabalhadas são *“a nível motor essencialmente, a não perda de capacidades e a sua manutenção mas também o treino de escrita, fazem muitas sopas de letras por exemplo...costumamos deixar algumas atividades na sala e por vezes encontramos um grupo a fazer sopas de letras por iniciática própria...é muito bom”*. O interveniente que representa a ERPI Envelhecer *“é*

mais trabalhada a parte motora e a expressão plástica.” No que diz respeito a ERPI Acolhedora este afirma que “as saídas, os jogos, os filmes, a parte motora, quer dizer são mais preponderantes”. Por fim, a ERPI Cantinho do Repouso refere que se “trabalha mais a parte cognitiva, também temos aulas de ginástica e portanto tentamos trabalhar mais a parte cognitiva em detrimento de expressão plástica.”

Tendo em consideração as atividades que as estruturas possuem, verifica-se que há uma preocupação em manter a capacidade física dos idosos, por forma a possibilitar aos mesmos alguma autonomia e qualidade de vida. No entanto, também se verifica, pelas respostas obtidas nas entrevistas que já há uma grande preocupação em procurar fazer atividades de estimulação cognitiva, tendo sido referida este género de atividades por três das quatro ERPI participantes neste estudo. Apenas a ERPI Envelhecer não referiu a existência desta atividade.

Considerando este facto, de a ERPI Envelhecer não ter referido a existência de atividades de estimulação cognitiva, torna-se pertinente referir que no universo das três estruturas residenciais de carácter público, esta é a que possui uma percentagem mais elevada de técnicos com formação superior. Esta estrutura é ainda composta por técnicos de Medicina Geral e familiar, Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social, Psicologia, animadora sociocultural e TOC. É ainda interessante realçar que a ERPI Envelhecer, das quatro estruturas residenciais participantes é a única que possui um psicólogo, e é também a única que não refere ter atividades de estimulação cognitiva.

5. Atividades em grupo ou individualmente

Tendo em conta as respostas acima referidas, foi questionado às entrevistadas, se estas atividades eram realizadas em grupo ou individualmente.

As respostas são similares, sendo que o interveniente da ERPI Cantinho dos Avós afirmou que *“a nível individual e em pequenos grupos...em grandes grupos torna-se difícil porque por norma o grupo é muito heterogéneo e é difícil conseguir cativar com a mesma atividade um grande grupo”*.

O interveniente da ERPI Envelhecer referiu que *“depende do doente e da atividade, mas essencialmente são em grupo”*. O interveniente da ERPI Acolhedora referiu que *“em grupo e em individualmente, embora a maioria seja em grupo, às vezes o que se faz, é se queremos fazer uma coisa mais específica, será com uma ou duas pessoas, mesmo nos jogos que realizamos na sala às vezes conseguimos muito bem conciliar dois idosos...um*

que já não consegue desenvolver tão bem o pensamento e o outro que já não consegue desenvolver tão bem a parte motora”.

Por último, o interveniente da ERPI Cantinho do Repouso afirmou que *“nós trabalhamos em grupo, estamos a tentar é fazer grupos dos que sabem ler e escrever e grupos com os que são analfabetos para conseguirmos direcionar mais as atividades, mas sempre em grupo, não individual”.*

Nesta campo as respostas não diferem muito de estrutura para estrutura. Todas as estruturas residenciais referem que trabalham em grande parte das vezes em grupo, no entanto reconhecem que trabalhar em pequenos grupos ou até mesmo individualmente é mais benéfico. Como foi referido anteriormente pela ERPI Cantinho do Repouso *“em grandes grupos torna-se difícil porque por norma o grupo é muito heterogéneo e é difícil conseguir cativar com a mesma atividade um grande grupo”.*

6. Atividades direcionadas para doentes de Alzheimer

Depois de conhecer e analisar as atividades realizadas em cada instituição e de que forma estas são realizadas, questionamos aos intervenientes destas instituições se algumas destas atividades que são desenvolvidas são destinadas apenas para doentes de Alzheimer.

A esta questão o interveniente da ERPI Cantinho dos Avós respondeu que *“sim, algumas... estimulações através de cheiros, motricidade fina e capacidade física essencialmente”.* O interveniente da ERPI Envelhecer referiu que *“tentamos que sim, mesmo sem termos formação específica para isso. Todos os técnicos do se empenham para que os utentes de Alzheimer possam receber tratamento que retarde os sintomas”.* Foi referido pelo interveniente da ERPI Acolhedora que não há atividades direcionadas para os doentes de Alzheimer. Por fim, o interveniente da ERPI Cantinho do Repouso afirmou que *“nós tentamos mas não fazemos muito isso porque sempre que a animadora está também tem que se disponibilizar para todos, uma vez que só vem dois dias por semana”.*

Ainda sobre as atividades desenvolvidas para os doentes com Alzheimer, a investigadora tentou saber se existe algum planeamento de atividades da vida diária (AVD) específico, sendo que apenas o interveniente da ERPI Cantinho do Repouso respondeu que sim, que era feito esse planeamento.

Neste aspeto, o discurso dos intervenientes é bastante similar. Das quatro ERPI participantes apenas uma, ERPI Acolhedora, admite que não há atividades destinadas

apenas para doentes de Alzheimer. Somente a ERPI Cantinho dos Avós refere que têm algumas atividades para doentes de Alzheimer, sendo que a ERPI Envelhecer e a ERPI Cantinho do Repouso referem que tentam que sejam realizadas estas atividades mas admitem não ser fácil, devido à falta de formação específica neste sentido e, no caso da ERPI Cantinho do Repouso a impossibilidade da animadora estar apenas para alguns, pois como disse o interveniente da *“porque sempre que a animadora está também tem que se disponibilizar para todos uma vez que só vem dois dias por semana”*.

Estes dados, remete-nos para o gráfico nº9, técnicos com formação superior e gráfico nº4, relação entre o número total de utentes com os utentes com e sem doença de Alzheimer.

A ERPI Cantinho do Repouso (carácter privado) tem uma percentagem de idosos com a doença de Alzheimer de 7.4% e uma percentagem de técnicos com formação superior de 30.8%. no entanto, o interveniente desta ERPI refere que apenas tem a animadora dois dias por semana. Apesar de se ter verificado no gráfico nº 9 que a ERPI Cantinho do Repouso teria mais recursos humanos (técnicos com formação superior), e foi até referido pelo investigador que este facto poderia estar relacionado com o carácter da estrutura (privado), verifica-se agora que isto não acontece, pois apenas nesta estrutura residencial o animador não está a tempo inteiro mas sim parcial.

Relativamente à ERPI Acolhedora, que admite não existir atividades para idosos com a doença de Alzheimer, tem a menor percentagem tanto no que diz respeito aos utentes com a doença de Alzheimer (2.4%) como também no que concerne aos técnicos com formação superior (9.4%).

A ERPI Envelhecer, que detém a maior percentagem de utentes com a doença de Alzheimer (10.6%) e a maior percentagem de técnicos com formação superior (23.5%), no universo das estruturas de carácter público, conta que tentam que existam atividades direcionadas para estes idosos. No entanto, no ponto quatro, onde é abordado o tópico relacionado com as atividades, constatou-se que a ERPI Envelhecer era a única, ainda no universo das estruturas de carácter privado, que não tinha atividades de estimulação cognitiva.

7. Objetivos das atividades

O interveniente da ERPI Cantinho dos Avós respondeu que *“são essencialmente promover a qualidade de vida mas também a manutenção da capacidade física”*. O interveniente da ERPI Envelhecer afirmou ser *“essencialmente manter a autonomia e*

combater o sedentarismo”. No que concerne ao interveniente da ERPI Acolhedora refere que *“é prevenir para já o sedentarismo e sobretudo que eles estejam ocupados com alguma coisa que gostem e que lhes previna realmente esse envelhecimento mais patológico e um envelhecimento saudável, ativo,”* assim como o interveniente da ERPI Cantinho do Repouso, afirma que *“é manter alguma autonomia nas atividades que é uma coisa que nós nos lares tendemos muitas vezes a perder, porque lhes fazemos tudo. Eu tenho incutir junto das funcionárias, que os utentes por exemplo no banho consigam esfregar algumas partes dos corpo, que ajudem a vestir a camisola...tentamos manter alguma autonomia”*.

Neste aspeto, todos os intervenientes têm uma opinião muito similar. Pretendem essencialmente, prevenir o sedentarismo, proporcionar qualidade de vida e preservar as capacidades dos utentes, mantendo alguma autonomia.

8. Organização e execução das atividades

As respostas dos intervenientes não diferem muito, sendo as atividades organizadas pela equipa técnica mas realizadas essencialmente pelas animadoras. No caso em que as instituições têm um fisioterapeuta, estes também assumem algumas atividades.

O interveniente da ERPI Cantinho dos Avós afirmou *“pela animadora e fisioterapeuta...mas a equipa técnica tentar estar toda envolvida e ir ajudando”*, o interveniente da ERPI Envelhecer afirma ser *“essencialmente pela animadora e a fisioterapeuta”*, sendo que o interveniente da ERPI Acolhedora referiu que *“as atividades são organizadas pela equipa técnica, e depois dependendo de cada área, cada técnica assume as suas atividades. Nós dividimos, embora a maior parte das atividades passe mais pela animadora”*, e o interveniente da ERPI Cantinho do Repouso afirmou que *“as da vida diária quem planeia sou eu e executadas pelas ajudantes de ação direta e as atividades de animação é a animadora socioeducativa.”*

Neste campo, é importante salientar que o interveniente da ERPI Cantinho do Repouso, volta a referir as atividades da vida diária. Já no ponto nº seis, atividades direcionadas para doentes de Alzheimer, este interveniente foi o único a referir que era feito um planeamento das atividades da vida diária.

9. Institucionalização

No capítulo da entrevista que é referente ao processo de institucionalização foram colocadas várias questões de modo a facilitar o conhecimento do procedimento deste

processo no geral mas também no processo de acolhimento de idosos com a doença de Alzheimer.

No processo de institucionalização, o investigador tentou perceber se existe algum técnico designado pela instituição para acolher o idoso e assim fazer uma apresentação das instalações, conhecer outros idosos, as colaboradoras, ou seja, facilitar a integração dos mesmos. Neste aspeto, foi referido que são tanto as animadoras afetas à instituição, assim como as diretoras técnicas, no entanto não existe nenhum técnico apenas para esta função.

Podemos verificar este aspeto nas declarações dos intervenientes. A ERPI Cantinho dos Avós referiu que *“só para isso não mas a animadora costuma acompanhar esse processo”*. Apenas a ERPI Acolhedora refere mais um técnico para acompanhar este processo, para além da diretora técnica ou animadora, referindo que *“existem duas pessoas destacadas para fazer o acolhimento, sou eu e é a enfermeira que estiver de serviço...eu porque faço o elo de ligação porque já conheço normalmente, já acompanho todo o processo anterior e é a única pessoa de referência que eles conhecem e a enfermeira porque é importante, tudo o que é da área da saúde para depois transmitir logo, portanto no dia da admissão somos sempre duas”*.

Ainda relativamente ao processo de acolhimento, foi questionado se é feito um registro inicial sobre o idoso, sendo que todos os entrevistados responderam que sim.

ERPI Acolhedora referiu ainda que este registro é *“uma ficha de avaliação de diagnóstico onde nós registamos toda a informação que conseguimos recolher até aí...o que gosta, os seus interesses, aquilo que gostavam de fazer, o que faziam em casa, um bocadinho da sua história de vida, do seu percurso para depois aproveitar também um pouco daí para darmos seguimento às atividades.”*

Quando questionado se esta ficha era partilhada com todos os cuidadores, os quatro entrevistados têm respostas semelhantes. Todos referem que a ficha na sua totalidade não é partilhada, mas sim um resumo da mesma.

O interveniente da ERPI Cantinho dos Avós referiu que *“é partilhada uma outra ficha com informações mais objetivas, mais específicas sobre por exemplo a alimentação, medicação, com observações sobre o acompanhamento que deve ser feito em determinadas situações ou tarefas, que tem um risco elevado de queda e é preciso ter uma atenção redobrada, gostos,...”*, o interveniente da ERPI Acolhedora declara que *“não é tudo partilhado, há uma parte que é partilhada, portanto toda a informação que*

é recolhida de âmbito prático, os cuidados que devem ter, dos dias em que é o banho, de todos esses cuidados práticos que as funcionárias devem ter acesso é depois elaborada uma ficha onde é transmitida essa informação, para quarto é que vai, come dieta, não come dieta, número de roupa, aquelas informações práticas. A parte mais dos gostos, dos interesses que podemos encaminhar para as atividades é partilhada pela equipa técnica”. O interveniente da ERPI Cantinho do Repouso afirma que “dou a informação que eu entendo que é necessária saberem mas a nível escrito não há informação sobre a pessoa.”

10. Processo de institucionalização de um idoso com a doença de Alzheimer

A investigadora pretende perceber se o acolhimento e a integração de um doente com a doença de Alzheimer é feita da mesma forma que os outros utentes, no que diz respeito por exemplo às rotinas diárias, alimentação, higiene, horários, organização do quarto, entre outros.

Dos quatro entrevistados três afirmam que é igual ou bastante semelhante. Apenas o interveniente da ERPI Cantinho dos Avós afirma que o processo de integração é diferente. *“Não, tentamos sempre adequar a integração, ajustar horários, se o utente é mais agitado de noite alterar a hora da medicação para dormir para mais tarde, se está habituado a deitar-se mais cedo ou mais tarde tentar manter... cada utente é um utente. É sempre diferente”.*

Os restantes entrevistados apesar de referirem que o processo é semelhante, admitem que por vezes é necessário adequar, como afirma o interveniente da ERPI Acolhedora *“o acolhimento é feito da mesma maneira, agora é assim, é claro que a situação que nós tivemos de doentes de Alzheimer que chegou que tivemos de alterar tudo aquilo que era possível. O procedimento é o mesmo, vamos tentar conhecer passando pelos vários espaços, vamos tentar mostrar o quarto, o procedimento é o mesmo, não é diferente”.*

O interveniente da ERPI Cantinho do Repouso afirma *“é semelhante, é, é verdade, porque nós não conseguimos focar, nós não temos capacidade para fazermos uma admissão...nós tentamos fazer as admissões o mais personalizadas possíveis e mais atentas mas de igual forma para um doente de Alzheimer e um outro utente, sempre o mais próximo possível...é claro que há utentes que pedem mais de nós e nós damos mais mas de regra geral não há um tratamento diferente”.*

Tendo em consideração estes dados, torna-se pertinente afirmar que a estrutura que detém uma maior percentagem de utentes com a doença de Alzheimer, a ERPI Envelhecer (10.6%) não refere nenhuma diferença no que diz respeito por exemplo às rotinas diárias, alimentação, higiene, horários, organização do quarto, e no processo de institucionalização, afirmando que este é exatamente feito da mesma forma para todos os utentes.

11. Plano Individual

No que diz respeito à realização de um plano individual para cada utente, todas as ERPI, à exceção da ERPI Envelhecer, afirmam que é feito.

Este plano é reavaliado, com o estabelecimento de novos objetivos de 6 em 6 meses, não sendo por vezes fácil encontrar novos objetivos para alguns utentes. O interveniente da ERPI Cantinho dos Avós referiu o seguinte: *“sim, é avaliado e são estabelecidos novos objetivos de 6 em 6 meses”*, sendo que o interveniente da ERPI Acolhedora afirmou que *“o plano individual de intervenção é avaliado de 6 em 6 meses, ou se a situação se alterar consideravelmente terá de ser reavaliado antes dos seis meses mas nós normalmente fazemos de 6 em 6 meses. Estabelecemos novos objetivos, avaliando aqueles e estabelecemos outros, que não é fácil às vezes estipular muitos objetivos novos, novas expectativas com determinados utentes”*.

12. Necessidades específicas dos doentes com Alzheimer

A investigadora tentou ainda perceber quais as necessidades específicas que estes técnicos sentem ao acolher um idoso com a doença de Alzheimer que não sentem num idoso que não tenha a doença de Alzheimer. Foram identificadas várias dificuldades, desde a capacidade motora, alterações de comportamento e uma maior exigência a nível de segurança.

Foi referido pelo interveniente da ERPI Cantinho dos Avós que *“existe alterações na fala, alguma dificuldade na coordenação ao nível físico, esquecem-se de várias coisas, alterações de comportamento... e exigem muito mais acompanhamento”*, sendo que o interveniente da ERPI Envelhecer afirmou que *“exigem um trabalho especializado em bolha direcionado para cada caso e utente, de acordo com estágio da evolução da doença, formação especializada para as colaboradoras que prestam o cuidado direto ao doente, dar a conhecer a doença, e ajudá-las perante algumas situações, nomeadamente no que diz respeito ao timing para execução das tarefas pelo próprio, como agir em determinadas situações específicas”*.

O interveniente da ERPI Acolhedora diz que *“nós temos de ir ao encontro daquilo que ele nos vai permitindo fazer e decididamente são eles que mandam na nossa rotina. É ir deixando e tentando ir acompanhando aquilo que eles querem fazer, para não contrariar, porque quanto mais contrariado mais agressivo se torna...ela exige mais, muito mais que os outros utentes...”* sendo que o interveniente da ERPI Cantinho do Repouso afirma que *“é um utente que nos exige mais a nível de segurança na instituição e um cuidado maior nas deslocações dentro do lar, e portanto eles exigem-nos mais atenção...diminuímos o espaço para os podermos controlar”*.

13. Dificuldades no acolhimento de doentes com Alzheimer

No que concerne às dificuldades sentidas no acolhimento de idosos com a doença de Alzheimer, as entrevistadas identificam várias dificuldades.

O interveniente da ERPI Cantinho dos Avós afirma que *“a bem dizer cada doente de Alzheimer devia ter um colaborador para eles a tempo inteiro...isso serio ótimo e eles precisavam. Necessitam de muito acompanhamento e nem a equipa técnica nem as auxiliares conseguem, não têm tempo. Agora que temos estes dois estágios nota-se uma melhoria e era assim que deveria ser”*. O interveniente da ERPI Envelhecer refere que *“a aceitação pelos pares; conhecer os hábitos e rotinas (apesar de alguma informação ser passada, no dia a dia, sentimos muitas lacunas); as colaboradoras conseguirem lidar com as situações desconhecidas e com os mesmos hábitos, de não conseguirem entender e lidar com a manifestação de perda por parte destes doentes, muitas vezes expresso por agressividade”*.

O interveniente da ERPI Acolhedora refere que *“a estrutura física não ajuda, nós temos um resto-chão, primeiro e segundo andar, com escadas, temos elevador mas a questão é, começa a ser um bocadinho arriscado, eles não podem deambular. Depois é assim, o lar tem corredores enormes felizmente para as pessoas poderem circular, às vezes depois falta é pessoas disponíveis para poder acolher, atender logo na situação imediata”*.

Por último, o interveniente da ERPI Cantinho do Repouso que *“ao deitar...não é um doente que tende a ficar logo na cama, levanta-se, levanta-se da mesa, em relação aos outros....Perturbam a rotina não é...? Nós tamos a dar a refeição e estarem dois ou três de pé perturbam o lar, perturbam os outros utentes...as saídas de emergência, as pessoas saem pelas saídas de emergência e essas nós não podemos fechar a chave e saem por todo o lado, escadas...essas coisas são as mais difíceis”*.

Resumindo todas as informações, podemos afirmar que os intervenientes deste estudo consideram que a formação existente das equipas que integram as estruturas residenciais para idosos é insuficiente, tanto no que diz respeito aos técnicos com formação superior como também dos técnicos de ação direta. No entanto, consideram que apesar desta insuficiência de formação, os técnicos de ação direta conseguem reconhecer sinais e sintomas, são capazes de detetar mudanças de comportamentos nos utentes de modo a alertarem os profissionais de saúde, assim como a equipa técnica.

Como refere a bibliografia, as instituições que acolhem utentes com a doença de Alzheimer requerem, uma maior equipa de profissionais para conseguir prestar aos residentes um cuidado mais focado na pessoa. Os cuidados centrados no residente fornecem uma abordagem individualizada da prestação de cuidados à pessoa de modo a garantir a sua integridade física e o seu bem-estar social, cultural e mental. A equipa precisa de formação e competências na prestação de cuidados na demência e na gestão de necessidades especiais para poder proporcionar bons cuidados (Alzheimer Portugal, 2016).

Deste modo, seria pertinente uma maior preocupação em formar os colaboradores das estruturas residenciais para idosos no geral, mas os técnicos de ação direta principalmente pois são eles que auxiliam os utentes na maior parte das suas atividades da vida diária e estão presentes nas suas rotinas.

No que diz respeito ao processo de institucionalização, conclui-se que não há um técnico designado para esta função, passando essencialmente pela animadora ou pela diretora técnica. Todas as estruturas referem que é feita um registo inicial do idoso, no entanto a ficha não é partilhada na sua totalidade, mas sim um resumo da mesma.

Quando um idoso é institucionalizado deverá ser feito um plano individual (PI) que tem como objetivo, “estabelecer regras gerais a observar na elaboração, implementação, monitorização, avaliação e revisão de desenvolvimento individual do cliente. Deve ser adequada às necessidades, hábitos, interesses e expectativas de cada utente, nunca esquecendo que este é um ser único e individual. É importante que sejam definidos um conjunto de atividades e ações que respeitem o género, religião, identidade e cultura do cliente. Por forma a assegurar o bem-estar como a qualidade de vida dos idosos é necessário definir novas metodologias e processos que permitam avaliar novas necessidades e expectativas com alguma periodicidade. Esta avaliação tem como objetivo

verificar de que forma os objetivos propostos foram atingidos e que impacto o PI está a ter no idoso (Segurança Social, 2009).

Relativamente ao PI, concluiu-se que as estruturas residenciais para idosos participantes neste estudo, consideram-no importante, sendo este feito, reavaliado e sendo estabelecidos novos objetivos. Apenas a ERPI Envelhecer não o concretiza.

Quando nos referimos ao processo de institucionalização de utentes com a doença de Alzheimer, conclui-se que cada vez mais as estruturas estão sensíveis à problemática de demência, em concreto à doença de Alzheimer, considerando que é necessário fazer uma adaptação do processo de institucionalização quando se trata de um utente com essa mesma demência. Referem que nem sempre é fácil essa adaptação mas tenta-se que seja feito, pois como disse o interveniente da ERPI Cantinho dos Avós *“cada utente é um utente. É sempre diferente.”*

Como afirma Pimentel (2005, pp. 61) *“a grande maioria dos equipamentos não está preparada para proporcionar aos seus utentes serviços individualizados e que respeitem a personalidade, a privacidade e modos de vida diversificados. A perda (total ou parcial) de todas as duas construções simbólicas representa para os idosos um corte com o seu mundo de relações e com a sua história”*.

De acordo com *“Manual de boas práticas – guia para o acolhimento residencial de pessoas mais velhas (2005), “o acolhimento dos idosos deve minimizar riscos, como a perda de identidade, vínculos afetivos, desenraizamento, receio de mudança, tendência a rejeitar a integração, auto culpabilização ou sensação de estar a sofrer uma punição. Para que tal aconteça, os responsáveis por estas estruturas devem ter em conta o carácter e a personalidade do novo residente, incluindo assim a sua história, as suas recordações e a relação que tinha com a comunidade da qual se separou e com a sua família”*.

“Para que a integração do idoso na instituição seja positiva, é essencial ter em atenção diversas dimensões, nomeadamente o estabelecimento de relações sociais, quer com os seus pares no interior da instituição, quer com pessoas da comunidade envolvente” (Pimentel, 2005, pp. 62).

A demência afeta as pessoas de forma diferente. Porém, por norma, os sintomas de confusão e desorientação podem afetar a segurança da pessoa com demência. Deste modo, é importante, que o ambiente onde o utente com a doença de Alzheimer vive, seja ser familiar, facilitando os acessos, sendo possível ao idoso saber onde está e para onde

quer ir. Deste modo, quaisquer alterações que sejam introduzidas poderão resultar em confusão e desorientação (Alzheimer Portugal, 2016).

Torna-se assim importante que o ambiente onde o utente com a doença de Alzheimer está inserido seja adaptado, facilitando assim o seu dia-a-dia e melhorando a sua qualidade de vida.

A flexibilidade em relação às refeições, aos horários de visita, ou à existência de privacidade e espaço para o residente e visitantes passarem algum tempo juntos, são fatores que facilitam o bem-estar do utente com a doença de Alzheimer (Alzheimer Portugal, 2016).

No que diz respeito às atividades realizadas nas estruturas residenciais para idosos, prendem-se essencialmente com fisioterapia, animação sociocultural, estimulação sensorial, exercícios cognitivos, estimulação motora, neurológica, estimulação cognitiva, treino de escrita, atividades de expressão plástica, ginástica, snoozlen e passeios. Estas ficam por norma a cargo da animadora, ou caso a estrutura tenha, da fisioterapeuta, mas sempre com o apoio de toda a equipa técnica. Por norma, estas atividades são realizadas em grupo, mas em pequenos grupos essencialmente ou até mesmo por vezes individualmente, sendo assim mais benéfico. Como afirmou o interveniente da ERPI Cantinho do Repouso *“em grandes grupos torna-se difícil porque por norma o grupo é muito heterogéneo e é difícil conseguir cativar com a mesma atividade um grande grupo”*.

Conclui-se que existe por parte das estruturas residenciais para idosos uma grande preocupação em manter a capacidade motora, estimulação cognitiva, mantendo assim por mais tempo as capacidades de cada idoso por forma a ter uma melhor qualidade de vida e autonomia. Apenas a ERPI Envelhecer refere que não planeia atividades de estimulação cognitiva, no entanto esta é a única ERPI que possui um psicólogo.

No que diz respeito as atividades para os utentes com a doença de Alzheimer, estas podem ter um efeito muito tranquilizador. Como por exemplo caminhar, pescar, participar em atividades musicais, em atividades ao ar livre, fazer algumas tarefas domésticas, ocupar-se com caixas de atividades, entre outras (Alzheimer Portugal, 2016).

Estas atividades devem ter em conta alguns princípios, tais como: compensar as atividades que o utente já não consegue fazer, promover a autoestima, manter as competências que já existem não envolvendo novas aprendizagens, oferecer

oportunidades de diversão, prazer e contato social e claro, ter sempre em conta a origem cultural da pessoa, assim como as suas preferências e gostos (Alzheimer Portugal, 2016).

No que diz respeito às atividades direcionadas para os utentes com a doença de Alzheimer apenas uma estrutura (ERPI Cantinho dos Avós) referiu que algumas delas são para estes utentes. No entanto, ERPI Envelhecer e a ERPI Cantinho do Repouso referem que tentam que sejam realizadas atividades para os doentes de Alzheimer mas admitem não ser fácil, pois a falta de formação específica neste sentido.

Com o avançar da idade há um aumento progressivo da incapacidade funcional e cognitiva, associado à demência, mais especificamente à doença de Alzheimer (Cummings e Benson, 1992, citado em Castro-Caldas e Mendonça, 2005).

Deste modo têm surgido programas de intervenção para idosos que sofram de alguma incapacidade e de programas de reabilitação específicos para doentes com demência, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos idosos em geral, assim como os idosos com demência (Guerreiro, 2005, citada em Castro-Caldas e Mendonça, 2005).

O principal objetivo dos programas de estimulação cognitiva para as pessoas idosas é ajudá-las a melhorar o desempenho das atividades da vida diária, para que não necessitem da assistência de uma outra pessoa, ou a minimizar a necessidade dessa mesma assistência. Com as intervenções, tenta-se maximizar as funções intatas e aumentar os recursos das funções, que estando a diminuir, ainda não estão perdidas, prolongando assim a sua independência, autonomia. A reabilitação de uma pessoa com demência deverá ser diferente da reabilitação de uma pessoa com défices cognitivos. No entanto, em ambos os casos esta intervenção deverá por uma abordagem biopsicossocial. Nenhuma pessoa pode ser reduzida à cognição nem deve ser visto apenas na perspetiva de défices cognitivos. É necessário ter em conta que os doentes com doenças degenerativas demenciais perdem capacidades cognitivas de forma gradual e com um ritmo diferente de doente para doente. Seja qual for a intervenção, deve ter em conta “o sujeito biológico, o sujeito cognitivo, o sujeito emocional, o sujeito inserido no seu contexto familiar e social, o homem como um todo” (Guerreiro, 2005, citada em Castro-Caldas e Mendonça, 2005, pp. 124-125).

Quando o investigador questiona os intervenientes relativamente às necessidades específicas que estes conseguem identificar nos utentes com a doença de Alzheimer evidencia-se uma necessidade... exigem um maior acompanhamento. Referem que é

necessário mais formação especializada para as colaboradoras que prestam o cuidado direto ao doente, dar a conhecer a doença, ajudando-as perante algumas situações do dia-a-dia. No que diz respeito às dificuldades sentidas quando acolhem um utente com a doença de Alzheimer, os intervenientes também são unânimes. Consideram que este utente necessitam de muito mais acompanhamento mas que nem a equipa técnica nem as auxiliares conseguem dar esse acompanhamento por falta de tempo, foi até referido pela ERPI Cantinho dos Avós que *“a bem dizer cada Doente de Alzheimer devia ter um colaborador para eles a tempo inteiro...isso serio ótimo e eles precisavam.”* O fato de as colaboradoras não terem formação específica dificulta pois não conseguem lidar com as situações desconhecidas, com a rotina e os hábitos destes utentes. Também foi referido que estes utentes perturbam a rotina. Foi salientado que estrutura física não ajuda, tendo sido dado o exemplo das saídas de emergência, pois estas não podem ser fechadas e os utentes saem por estas portas, exigindo mais dos colaboradores ao nível da segurança.

Por fim, os intervenientes referiram aspetos, que no seu ponto de vista deveriam ser melhoradas nestas estruturas. A ERPI Cantinho dos Avós volta a referir a questão do acompanhamento, *“como disse devia haver mais acompanhamento, devíamos ter uma fisioterapeuta a tempo inteiro”*. A ERPI Envelhecer considera que se deveria *“promover a autonomia quando esta ainda é possível, realizar trabalho direcionado para cada utente com um plano personalizado, estimular as capacidades existentes, de forma a tentar preservá-las o máximo de tempo possível”*

A ERPI Acolhedora considera que *“era importante que houvesse mais alguém que estivesse mais vocacionado só para aquela situação. Eu acho que faz imensa falta nas instituições um neurologista, (...) que faça muito bem a questão da medicação sem ser o aumentar a medicação ou reduzir drasticamente”*

Por último a ERPI Cantinho Repouso disse *“eu concordo que houvesse espaços específicos para doente de Alzheimer, não segregação, mas com condições específicas, sem escadas, sem portas de emergência, com símbolos que a pessoa conseguisse identificar...faltam aqui pormenores que facilitem a autonomia do idoso no dia-a-dia e depois também falta nós termos mais calma e mais tempo para eles que não é fácil termos...as obrigações que nos ocupam o dia-a-dia não dá para nós nos dedicarmos como eles merecem, como todos mas como o doentes de Alzheimer exigem mais de nós, nós sentimos que estamos a falhar mais com eles.*

CONCLUSÃO

Na nossa sociedade, a população idosa tem vindo crescer significativamente, acarretando cada vez mais problemas de saúde e demências, algumas delas do tipo de Alzheimer, que muitas vezes levam à dependência. As mudanças que ocorrem nos idosos a nível cognitivo e psicológico conduzem à institucionalização. Deste modo, torna-se pertinente entender de que modo estruturas residenciais para idosos promovem o desenvolvimento cognitivo em idosos com a doença de Alzheimer.

O facto de um idoso viver numa instituição não é necessariamente um aspeto negativo. Mas, por vezes, a distância dos seus familiares, amigos e até mesmo do seu meio ambiente habitual (a sua casa) levam muitas vezes ao isolamento e à solidão. As estruturas residenciais para idosos estão aptas para responder a questões mais centradas na alimentação, cuidados de higiene, administração de medicação. Contudo, os idosos também precisam de apoio psicológico, atividades que os estimulem cognitivamente e fisicamente, por forma a manterem as capacidades que ainda possuem, proporcionando, assim, um envelhecimento saudável, ativo e qualidade de vida.

Com este estudo pretendeu-se conhecer e confirmar se existe essa preocupação com a saúde mental do idoso. Para isso, foram entrevistados os responsáveis de quatro estruturas residenciais para idosos (ERPI) para conhecer as suas práticas e os contextos em que promovem o desenvolvimento cognitivo em idosos com a doença de Alzheimer.

Perante esta realidade que está cada vez mais presente no nosso quotidiano, e que requer a presença e intervenção das famílias e de outras estruturas sociais para obter as melhores soluções para questões relacionadas com a população idosa, formulámos a seguinte questão de investigação:

De que forma as estruturas residenciais para idosos promovem o desenvolvimento cognitivo de idosos com a doença de Alzheimer?

Para responder a esta questão definiram-se os seguintes objetivos:

- Conhecer as rotinas e dinâmicas internas de cada estrutura residencial para idosos que tenham como objetivo a promoção do desenvolvimento cognitivo de idosos com a doença de Alzheimer;
- Identificar os procedimentos que as diretoras técnicas têm relativamente ao planeamento e acolhimento de idosos com doença de Alzheimer;

- Elencar as atividades de estimulação cognitiva desenvolvidas nas estruturas residenciais para idosos.

Analisadas as respostas das responsáveis pelas quatro ERPI participantes no estudo, triangulando os dados com o conhecimento e com a experiência profissional da investigadora, conclui-se que a) há cada vez mais as estruturas residenciais para idosos sensíveis a esta problemática, b) tem sido incrementados momentos de estimulação cognitivas para idosos com a doença de Alzheimer, embora sem a sustentabilidade requerida; c) há lacunas na formação específica dos técnicos; d) escasseia o tempo que os técnicos têm para fazer um trabalho mais individualizado; e) os técnicos asseguram uma diversidade de tarefas e de utentes, pelo que são mais raros os momentos de trabalho intencional com os doentes de Alzheimer; f) há uma consciencialização positiva dos dirigentes das ERPI para que as respetivas instituições se adaptem e promovam o desenvolvimento cognitivo dos utentes com esta demência.

Em conclusão, a estimulação cognitiva existente é feita, essencialmente, através de atividades como musicoterapia, fisioterapia, animação sociocultural, estimulação sensorial através do snoozlen, exercícios cognitivos, estimulação motora, neurológica, estimulação cognitiva, treino de escrita, jogos cognitivos, algumas fichas, adivinhas, provérbios, sopas de letras. Existe por parte das estruturas residenciais para idosos uma grande preocupação em manter a capacidade motora e estimulação cognitiva, mantendo assim por mais tempo as capacidades de cada idoso por forma a ter uma melhor qualidade de vida e autonomia.

A estimulação cognitiva fica a cargo essencialmente da animadora ou até mesmo da fisioterapeuta quando esta faz parte da equipa técnica. Apenas uma estrutura tem na sua equipa um psicólogo, não lhe sendo atribuída a responsabilidade por estas atividades.

Todos os entrevistados consideram que os idosos com a doença de Alzheimer necessitam de muito mais acompanhamento mas que nem sempre a equipa técnica e as auxiliares conseguem dar esse acompanhamento por falta de tempo.

Deste modo, é pertinente referir que a integração das pessoas idosas em estruturas residenciais para idosos deve ser considerada muito importante, como também é importante que sejam criados, para estes idosos, programas de atividade física, de estimulação cognitiva e atividades da vida diária, por forma a retardar a incapacidade, mantendo assim uma melhor qualidade de vida.

Considerando os objetivos, é possível afirmar que se respondeu à questão de investigação formulada. . No entanto, há limitações que devem ser referidas. Uma delas teve a ver com a limitação de tempo. Com mais tempo, teria sido possível alargar esta investigação a mais estruturas. O universo foi reduzido limitando o estudo. A análise seria mais abrangente permitindo assim ao investigador conclusões mais claras e consistentes sobre o tema de investigação. No entanto, este estudo permite concluir que é reconhecida, pelas técnicas dirigidas, a importância das atividades de estimulação cognitiva nos idosos que residem em estruturas residenciais e que estas atividades de estimulação são ainda mais benéficas em idosos com a doença de Alzheimer.

A investigadora considera que seria pertinente, noutras investigações futuras, uma maior aproximação às estruturas residenciais para idosos, fazendo parte das rotinas, podendo assim obter mais informações através da observação das dinâmicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alzheimer Portugal. (24 de Fevereiro de 2016). *Boa prestação de cuidados em contexto residencial*. Obtido de Alzheimer Portugal: <http://alzheimerportugal.org/pt/sou-cuidador>
- Banik, B. (1999). Applying triangulation in nursing research. Em M.-F. Fortin, *O processo de investigação - da concepção à realização* (p. 323). Loures: Lusociência.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barreto, J. (2005). Os sinais da Doença e a sua Evolução. Em A. Castro- Caldas, & A. d. Mendonça, *A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal* (pp. 27-40). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, lda.
- Birren, J. (1995). New models of aging: comment on need and creative efforts. Em A. M. Fonseca, *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica* (pp. 53-55). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Birren, J. E. (2000). Research on the psychology of aging: principles, concepts and theory. Em R. Fontaine, *Psicologia do Envelhecimento* (pp. 20-32). Lisboa: Climepsi Editores.
- Casanova, J.-P. (1999). *Enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Fundación "la Caixa".
- Castro, F. V. (2007). *Psicologia y Mayores. Revista de Psicología nº 2*. Badajoz: INFAD.
- Castro-Caldas, A., & Mendonça, A. (2005). *A doença de alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.
- Conselheiro Manuel Lemos. (2013). *Parecer de iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população*. Lisboa: Conselho Económico e Social.
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina S.A.
- Denzin, N. (1989). The research act: A theoretical intrudution to sociological methods. Em M.-F. Fortin, *O Processo de Investigação - da concepção à realização* (p. 323). Loures: Lusociência.
- Direção Geral da Saúde. (2 de Julho de 2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Obtido em 2015 de Outubro de 3, de Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas:

<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

- Europeia, C., & Europe, A. (1999). *Care Manual*. Lisboa: A.P.F.A.D.A.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade. Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2009). *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Piramide.
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento : uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação - da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação - da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Ghiglione, R. M. (2014). O inquérito: Teoria e prática. Em C. Countinho, *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (p. 217). Coimbra: Edições Almedina S.A. .
- Grippio, K. P. (2008). Self-objectification, habitual body monitoring, and body dissatisfaction in older European American women: exploring age and feminism as moderators. *Body Image*, pp. 173-182.
- Grupo de coordenação do plano de auditoria Social; CID - Crianças, Idosos e Deficientes - Cidadania, Instituições e Direitos. (2005). *Manual de boas práticas - guia para o acolhimento residencial de pessoas mais velhas*. Obtido em 14 de Outubro de 2015, de Manual de boas práticas - guia para o acolhimento residencial de pessoas mais velhas: http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2010/02/manual_bp_pessoasmaisvelhas.pdf
- Guerreiro, M. (2005). Terapêutica não farmacológica da demência. Em A. Castro-Caldas, & A. Mendonça, *A doença de alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 121-148). Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.
- Hespanha, M. J. (2005). Para além do estado: a saúde e a velhice na sociedade-providência. Em L. Pimentel, *O lugar do Idoso na Família* (p. 60). Coimbra: Quarteto.
- Instituto da Segurança Social. (2005). *Situação Social dos Doentes de Alzheimer - um estudo exploratório*. Lisboa: Fundação Montepio Geral.

- Instituto Nacional de Estatística. (21 de Março de 2012). *Associação de Empresas de Ginásios e Academias de Portugal*. Obtido de http://www.agap.pt/images/userfiles/files/20Censos2011_res_definitivos.pdf
- Kaplan, T. S. (2014). The conduct of inquiry: Methodology for behavioral science. Em C. Coutinho, *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (pp. 24-25). Coimbra: Edições Almedina S.A.
- Kimchi, J. P. (1999). Triangulation: Operational definitions. Em M.-F. Fortin, *O Processo de Investigação - da concepção à realização* (p. 323). Loures: Lusociência.
- Krippendorff, K. (2014). Content Analysis: an introduction to its methodology. Em C. Coutinho, *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (p. 217). Coimbra: Edições Almedina S.A. .
- Lieury, A. (2000). Manuel de psychologie générale. Em R. Fontaine, *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mendonça, A., & Couto, F. S. (2005). Terapêutica Farmacológica da demência . Em A. Castro-Caldas, & A. Mendonça, *A doença de alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 111-120). Lisboa: Lidel - edições técnicas. lda.
- Molina, P. D., & Tarrés, P. (2004). *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica 2ª Ed.* Madrid: Masson.
- Moreira, P. I., & Oliveira, C. R. (2005). Fisiopatologia da Doença de Alzheimer e outras Demências. Em A. Castro-Caldas, & A. d. Mendonça, *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal* (pp. 41-60). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Neto, M. J., & Corte-Real, J. (14 de Outubro de 2015). *Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia*. Obtido de A Pessoa Idosa Institucionalizada: Depressão e Suporte Social: <http://www.spgg.com.pt/UserFiles/file/A%20pessoa%20idosa%20institucionalizada.pdf>
- Oliveira, C. (Dezembro de 2006). Optimizando a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Virtual textos e contextos n°6*.
- OMS. (1992). *International Classification of Diseases*. Organização Mundial de Saúde.
- OMS. (2015). *Organização Mundial de Saúde*. Obtido em 17 de Setembro de 2015, de Temas de saúde - envelhecimento: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Pacheco, J. A. (2014). O pensamento e a ação do professor em formação (Tese de doutoramento). Em C. P. Coutinho, *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (p. 28). Coimbra: Edições Almedina S.A.

- Philibert, M. (1984). Le statut de la personne âgée dans la sociétés antiques et pré-industrielles. Em L. Pimentel, *O lugar do Idoso na Família* (p. 42). Coimbra: Quarteto.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do Idoso na Família*. Coimbra: Quarteto.
- Puente, A. E. (2003). Neuropsychology: Introducing aging into study of brain and behavior. Em A. Simões, *A nova velhice - um novo público a educar* (p. 32). Porto: AMBAR - ideias no papel S.A.
- Santana, I. (2005). A Doença de Alzheimer e outras Demências - diagnóstico diferencial. Em Castro-Caldas., & A. d. Mendonça, *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal* (pp. 61-82). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Schacter, D. L., & Tulving, E. (2006). What are the memory systems of 1994? Em A. Simões, *A nova velhice - um novo público a educar* (p. 61). Porto: AMBAR - ideias no Papel S.A.
- Schroots, J. B. (2004). A psychological point of view toward human aging and adaptability. Em A. M. Fonseca, *O envelhecimento: uma abordagem psicológica* (pp. 53- 55). Lisboa: Univesidade Católica Portuguesa.
- 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_Proces-sos-Chave
- Segurança Social. (21 de Junho de 2015). *Apoios Sociais e Programas*. Obtido de Segurança Social: <http://www4.seg-social.pt/idosos>
- Sherman, A. M. (2006). Infusing aging content into health psychology courses. Em A. Simões, *A nova velhice - um novo público a educar* (p. 32). Porto: AMBAR - ideias no papel S.A.
- Silva, M. E. (2014). Saúde Mental e idade avançada. Uma prespetiva abrangente. Em R. Vieira, *Integração Social na Terceira Idade. Ambientes promotores de envelhecimento ativo* (p. 119). Porto: APTSES e Fronteira do caos editora.
- Silverman, D. (2014). Doing qualitative research: a practical guide. Em C. Coutinho, *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (p. 141). Coimbra: Edições Almedina S.A. .
- Simões, A. (2006). *A nova velhice - um novo público a educar*. Porto: AMBAR - ideias no papel S.A.

- Teddle, C. T. (2014). Foundations of mixed methods research: integration quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences. Em C. Coutinho, *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (p. 141). Coimbra: Edições Almedina S.A.
- Uphred, D. A. (2009). *Reabilitação Neurológica*. São Paulo: Elsevier.
- Universidade Ciências Médicas. (2012). *Conferência Internacional sobre o Envelhecimento*. Lisboa: Fundação D. Pedro VI.
- Vieira, R. (2011). Educação e Diversidade Cultural. Em R. Vieira, *Integração Social na Terceira Idade. Ambiente promotores de envelhecimento ativo* (p. 114). Porto: Afrontamento.
- Vieira, R. (2014). Integração Social na Terceira Idade. Ambientes promotores de envelhecimento ativo. Em S. Azevedo, & F. Correia, *Educação e Integração Social* (pp. 107-121). Porto: APTSES e Fronteira do caos editora.
- Vieira, R. e. (2009). Envelhecimento e Autonomia. Em R. R. Vieira, *Diferenças, Desigualdades, Exclusões e Inclusões* (p. 118). Porto: Afrontamento.
- Villar, C. T. (2007). *Psicologia de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial .
- Yuste Rossell, N. H. (2004). *Introducción a la psicogerontologia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

ANEXOS

ANEXO I - GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Guião da Entrevista Semiestruturada

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: Promoção do desenvolvimento cognitivo em idosos com a doença de Alzheimer – as práticas e os contextos de Estruturas Residenciais para Idosos.

Eu, Daniela Patrocínio Pinheiro, 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,

Daniela Patrocínio Pinheiro

Data ____/____/____

Hora de início _____

Hora do fim _____

Tempo de gravação: _____

Nome da Instituição _____

Tipo de Instituição _____

1. Caracterização Sociodemográfica do Entrevistado

1.1. Idade _____

1.2. Profissão _____

1.3. Experiência Profissional _____

1.4. Formação na área da saúde mental (demências)

2. Caracterização da Instituição

2.1. Anos de atividade da instituição _____

2.2. É certificada pela qualidade? _____

2.3. Número de utentes _____

2.4. Número de utentes com doença de Alzheimer _____

3. Caracterização dos recursos humanos

3.1. Número de colaboradores _____

3.2. Nº de técnicos com formação superior: _____

3.2.1. Qual é a área de formação dos técnicos? _____

3.2.2. Algum dos técnicos é especializado ou tem formação em doença de Alzheimer?

3.3. Nº de auxiliares de ação direta: _____

3.3.1. Nº de auxiliares com formação na área da geriatria? _____

3.3.2. Algum dos auxiliares de ação direta é especializado ou tem algum tipo de formação em doença de Alzheimer?

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

4. Diagnóstico

4.1. Os colaboradores 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?

5. Atividades de estimulação / desenvolvimento cognitivo

5.1. Que tipo de atividades são organizadas na instituição? (motricidade fina, memória, linguagem, capacidade motora)

5.1.1. Quais as componentes mais trabalhadas?

5.2. As atividades são desenvolvidas em grupo ou individualmente?

5.3. Algumas das atividades desenvolvidas são destinadas apenas para os doentes de Alzheimer?

5.3.1. Existe um planeamento específico para com estes doentes para a execução das atividades da vida diária?

5.3.2. Quais são os objetivos gerais destas atividades? (Promovem o desenvolvimento cognitivo?)

5.3.3. Por quem são organizadas e executadas estas atividades?

6. Institucionalização

6.1. Existe um técnico designado para o acolhimento do idoso? (Apresentação das instalações)

6.2. No momento do acolhimento é feito algum registo inicial sobre o Idoso?

- 6.2.1. Se sim, essa ficha é partilhada com todos os cuidadores?
- 6.3. A integração do doente de Alzheimer é realizada da mesma forma que os outros utentes? (rotinas diárias como a alimentação, higiene e horários, organização do quarto?)
- 6.4. É realizado o plano individual intervenção?
 - 6.4.1. Se sim, é reavaliado e estabelecem novos objetivos?
 - 6.4.2. Com que frequência reavaliam?
- 6.5. Que necessidades específicas conseguem identificar nos doentes de Alzheimer?
- 6.6. Que dificuldades sentem no acolhimento dos doentes de Alzheimer?
- 6.7. Tendo em conta a sua experiência com os doentes de Alzheimer o que considera que deveria ser melhorado?

Daniela Patrocínio Pinheiro