

ANA LUÍSA DRUMOND PESTANA

**A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas
com Doença de Alzheimer:**

O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

Orientadora: Professora Doutora Isabel Vieira

Mestrado de Serviço Social: Gestão de Unidades Sociais e de Bem-Estar

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Instituto de Serviço Social**

Lisboa
Maio, 2020

ANA LUÍSA DRUMOND PESTANA

**A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas
com Doença de Alzheimer:**

O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social – Gestão de Unidades Sociais de Bem-Estar conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 15 de Maio de 2020, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação nº 52/2020, de 13 de Fevereiro de 2020, com a seguinte composição:

Presidente: Prof.^a Doutora Hélia Augusta de Magalhães Correia
Bracons Carneiro

Arguente: Prof.^a Doutora Felipa Lopes dos Reis

Orientadora: Prof.^a Doutora Isabel de Freitas Vieira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Instituto de Serviço Social

Lisboa

Maio, 2020

Luísa Drumond

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

“O essencial é invisível aos olhos. Só se vê bem com o coração”

Antoine Saint-Exupéry

Índice

AGRADECIMENTOS

RESUMO

INTRODUÇÃO..... 1

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E BENCHMARKING 5

1. Envelhecimento, Demência e Doença de Alzheimer 5

1.1. O processo de Envelhecimento 7

1.2. As Demências 8

1.3. A Doença de Alzheimer..... 11

2. Gestão de Instituições Particulares de Solidariedade Social 17

2.1. Gestão de IPSS de Apoio a Pessoas Idosas 17

2.2. Equipamentos de Economia Social e Solidária de Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer 23

3. A Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer 25

3.1. Perfil de Competências e Competências Específicas para a Prestação de Cuidados Formais a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer 28

4. O Serviço Social e a Gestão de IPSS's..... 35

4.1. Gestão da resposta social Centro de Dia para Pessoas Idosas com DA: pessoas, relações e recursos 36

4.2. Serviço Social e prestação de cuidados a pessoas idosas com DA 39

5. Benchmarking: Boas Práticas no Tratamento de Práticas na Doença de Alzheimer 44

CAPÍTULO II – QUADRO METODOLÓGICO..... 48

1. Metodologia de Investigação 48

1.1. Estudo de Caso 49

1.2. Campo Empírico de Observação - Centro de Dia “Lugar de Memórias”: Garouta do Calhau, ADCF 51

1.3. Universo de Análise 53

1.4. Técnicas e Instrumentos 54

1.5. Tratamento e Análise de Dados 55

CAPÍTULO III – DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 58

1. Apresentação dos Resultados 58

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

1.1. Identificação das Pessoas Idosas com DA do CD Lugar de Memórias.....	58
1.2. Identificação dos Entrevistados	60
1.3. Análise Categorial das Entrevistas	63
2. Análise dos Resultados de Investigação	89
 CAPÍTULO IV – REFLEXÃO E RECOMENDAÇÕES	 99
 BIBLIOGRAFIA	 103
APÊNDICES	109

ÍNDICE DE APÊNDICES

- **Apêndice 1:** Mapa Conceptual – problemática: conceitos e sua relação.....118
- **Apêndice 2:** Guiões das Entrevistas por categoria profissional.....119

ÍNDICE DE FIGURAS

• Figura 1: Projeção da Demência no Mundo, País e RAM.....	16
• Figura 2: Componentes afetados pela demência e tipos de demência.....	19
• Figura 3: Principais riscos para desenvolver Doença de Alzheimer.....	22
• Figura 4: Fases da Doença de Alzheimer.....	25
• Figura 5: Principais Funções de Gestão.....	29
• Figura 6: Níveis de Gestão.....	30
• Figura 7: As IPSS's e os subsistemas que a envolvem.....	32
• Figura 8: Relação de Prestação de Cuidados.....	41
• Figura 9: Quadro Conceptual.....	57
• Figura 10: Dimensões de Análise dos Resultados.....	101
• Figura 11: Níveis de Gestão do Centro de Dia Lugar de Memórias.....	103

ÍNDICE DE TABELAS

• Tabela 1: Atitudes e Competências de um Cuidador Formal.....	42
• Tabela 2: Estratégias colocadas em prática em diversos contextos e situações do dia-a-dia de pessoas idosas com DA.....	43
• Tabela 3: Guia de Boas práticas – Benchmarking: área da demência e DA.....	56
• Tabela 4: Atividades desenvolvidas em contexto de Centro de Dia.....	63
• Tabela 5: Grelha de Análise das Entrevistas.....	67
• Tabela 6: Princípios que contribuem para a excelência das organizações.....	109

ÍNDICE DE GRÁFICOS

• Gráfico 1: Género dos utentes.....	68
• Gráfico 2: Idades dos utentes.....	68
• Gráfico 3: Tipo de Demência dos Utentes.....	69
• Gráfico 4: Entrevistados.....	70
• Gráfico 5: Género dos Entrevistados.....	70
• Gráfico 6: Idades dos entrevistados.....	70
• Gráfico 7: Habilitações Literárias.....	71
• Gráfico 8: Tempo de Trabalho no CD.....	71
• Gráfico 9: Horário de Trabalho.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- **AAD** – Auxiliar de Ação Direta
- **ADCF** – Associação de Desenvolvimento Comunitário do Funchal
- **AS** – Assistente Social
- **AVD's** – Atividades de Vida Diária
- **AVDI's** – Atividades de Vida Diária Instrumentais
- **CD** – Centro de Dia
- **CF** – Cuidador Formal
- **DA** – Doença de Alzheimer
- **ESS** – Economia Social e Solidária
- **IPSS** – Instituição Particular de Solidariedade Social
- **ISS** – Instituto de Segurança Social
- **ISSM** – Instituto de Segurança Social da Madeira
- **PDI** – Plano de Desenvolvimento Individual
- **PIDA** – Pessoa Idosa com Doença de Alzheimer
- **RAM** – Região Autónoma da Madeira
- **SS** – Serviço Social

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Isabel Vieira por todo o acompanhamento, apoio, incentivo e disponibilidade mostrados ao longo desde percurso.

À Direção da Associação de Desenvolvimento Comunitário do Funchal – ADCF pela autorização concedida ao pedido de realização das entrevistas.

À equipa do Centro de Dia “Lugar de Memórias” pela simpatia, disponibilidade e sentido de ajuda e colaboração, sobretudo na resposta às entrevistas realizadas. Estou muito grata pelos momentos de aprendizagem partilhados com os utentes e a equipa.

Às minhas amigas, em especial à Inês, por ter estado sempre presente desde o início do Mestrado e por todo o apoio e motivação. Sou muito grata pela amizade e conexão que criamos.

À minha Mãe e ao António por todo o suporte, apoio, compreensão, amor e por me terem facultado todas as ferramentas essenciais à realização deste Mestrado. Aos meus avós por todo o amor, carinho e ensinamentos. À minha família. Sem eles nada disto seria possível.

Ao João Pedro, por ser o meu tudo e por ter sido o meu porto seguro, onde podia todos os dias voltar.

Um muito obrigado a todos.

RESUMO

O envelhecimento demográfico sendo um tema urgente nos dias de hoje, merece especial destaque na presente dissertação, sobretudo a temática das demências – Doença de Alzheimer. Tendo em conta a prevalência deste tipo de demência, surgiu a necessidade de compreender melhor a realidade do Centro de Dia Lugar de Memórias, visto ser uma resposta especializada na DA, que presta cuidado a 14 pessoas idosas com demência.

O presente estudo aborda teoricamente, o envelhecimento, a demência e a doença de Alzheimer, a importância da prestação de cuidados a pessoas idosas com doença de Alzheimer, a gestão de IPSS's e o Serviço Social na prestação de cuidados a pessoas idosas com DA.

O objetivo principal desta investigação passa por compreender como é que se processa a gestão do apoio e dos cuidados a pessoas idosas com doença de Alzheimer e, ainda, que competências específicas devem ter os cuidadores formais para lidarem com esta demência.

A investigação desenvolveu-se através de um estudo de caso, descritivo, no Centro de Dia “Lugar de Memórias” localizado na RAM, tendo sido realizada observação direta e entrevistas semi-diretivas a 8 profissionais de diferentes categorias profissionais do CD. A metodologia seguida foi a qualitativa, através de uma lógica indutiva.

Relativamente aos resultados obtidos, é de referir que a equipa, de uma forma geral, possui as competências necessárias para prestar o cuidado adequado aos utentes do CD, estando normalmente motivada para a realização do mesmo.

Porém, apresentam algumas necessidades que, colmatadas, poderiam contribuir para uma melhor relação de cuidados e para o aumento da qualidade dos serviços prestados. A título de exemplo podemos adiantar a necessidade de facultar aos cuidadores formais mais momentos formativos e um maior acompanhamento por parte da direção técnica através das reuniões de equipa e da monitorização das práticas, por forma a assegurar os objetivos de intervenção propostos e de modo a contribuir para a garantia de serviços de qualidade que maximizem o bem-estar do utente. Um líder presente e atento é essencial para a garantia do sucesso das instituições.

PALAVRAS-CHAVE:

Demência, Doença de Alzheimer, Gestão da Prestação de Cuidados, Cuidadores Formais, IPSS, Centro de Dia.

ABSTRACT

Demographic ageing is an urgent issue nowadays and deserves special emphasis in this dissertation, especially the theme of dementias - Alzheimer's disease. Taking into account the prevalence of this type of dementia, there was a need to better understand the reality of the "Lugar de Memórias" day centre, since it is a specialised response in Alzheimer Disease, which provides care to 14 elderly people with dementia.

This study theoretically addresses ageing, dementia and Alzheimer's disease, the importance of caring for older people with Alzheimer's disease, the management of Private Institution of Social Solidarity and the role of Social Service in providing care to older people with AD.

The main objective of this research is to understand how support and care management for older people with Alzheimer's disease is carried out and also what specific skills formal caregivers should have to deal with this dementia.

The research was carried out through a descriptive case study at the "Lugar de Memórias", day centre located in the Autonomous Region of Madeira, with direct observation and semi-directive interviews with 8 professionals from different professional categories of the day centre. The methodology followed was qualitative, through an inductive logic.

With regard to the results obtained, it should be noted that, in general, the team has the necessary skills to provide adequate care to the users of the day centre and is usually motivated to do so.

However, they do have some needs which, if plugged, could contribute to a better care relationship and an increase in the quality of the services provided. As an example, we can advance the need to provide formal caregivers with more training moments and greater supervision by the technical management through team meetings and monitoring of practices, in order to ensure the intervention objectives proposed and contribute to the guarantee of quality services that maximize the patient's well-being. A present and attentive leader is essential to ensure the success of the institutions.

KEY-WORDS:

Dementia, Alzheimer's Disease, Care Management, Formal Caregivers, Private Institution of Social Solidarity, Day Center.

INTRODUÇÃO

A presente dissertação surge no âmbito do Mestrado de Serviço Social: Gestão de Unidades Sociais e Bem-Estar na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Instituto de Serviço Social e intitula-se por “A Gestão no Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer: o caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”.

O envelhecimento da população representa, nos dias de hoje, um fenómeno demográfico cada vez mais preocupante no século XXI, não pelo envelhecimento em si enquanto processo natural de vida, mas sim pelas consequências que dele advêm. Uma destas consequências, e tema central da presente dissertação, é o aumento significativo das pessoas com demência, sobretudo doença de Alzheimer, trazendo novos desafios às Instituições e cuidadores formais que prestam apoio à terceira idade, instituições e cuidadores formais que na sua maioria não estão preparadas para lidar com estas demências da forma mais adequada e especializada.

Para tal, esta investigação tem como principal objetivo compreender como é que se processa a gestão do apoio a pessoas idosas com Doença de Alzheimer no Centro de Dia Lugar de Memórias – CD específico para a DA, procurando compreender quais os desafios e necessidades existentes na prestação dos cuidados a estas pessoas e que competências são necessárias, por parte dos vários técnicos e profissionais (cuidadores formais), para prestar o melhor cuidado possível a pessoas idosas com Doença de Alzheimer, indo ao encontro com as necessidades individuais e de cada pessoa.

Como objetivos específicos para a presente investigação foram definidos quatro e são os seguintes:

- Determinar como se processa a Gestão Institucional (pessoas, relações, recursos), por parte da Direção do Centro de Dia, e compreender que papel têm na promoção do bem-estar da pessoa idosa com Doença de Alzheimer.
- Identificar as dificuldades, os problemas, as necessidades e os desafios existentes na definição do PDI e na prestação de cuidados a idosos com Doença de Alzheimer, na resposta social de Centro de Dia.
- Identificar as competências atuais e as competências necessárias dos/aos cuidadores formais para a prestação de cuidados, no Centro de Dia “Lugar de Memórias”.

- Perceber como é que o Assistente Social na área das Demências gere equipas de cuidadores formais, mais especificamente em Centro de Dia que presta apoio a pessoas idosas com Doença de Alzheimer.

Sendo as pessoas idosas com demência, mais especificamente com DA, o objeto de estudo desta investigação visto serem eles a razão de toda a intervenção, tornou-se importante também nesta investigação dar relevo às necessidades e desafios pelos quais os cuidadores formais passam, ao lidarem diariamente com esta problemática. Dá-se igual importância à gestão de IPSS, ao lugar e funções da direção técnica, de modo a compreender os fatores que podem influenciar o desempenho das equipas, nomeadamente através da motivação e competências dos colaboradores para garantirem uma boa qualidade relacionais e prestativa.

É essencial, para que haja qualidade nos serviços prestados, sobretudo quando falamos em IPSS ou instituições que prestam cuidados diretos a pessoas, que os gestores de topo – nível estratégico (níveis de gestão), tenham a formação e as competências necessárias para conseguirem gerir e liderar equipas, que dado a intensidade das problemáticas em que intervêm, muitas vezes desmotivam porque não vêm as suas necessidades e dificuldades a serem correspondidas.

Com a presente dissertação pretendeu-se dar resposta à seguinte pergunta de partida: “Como se processa a gestão do apoio a pessoas idosas com Doença de Alzheimer e que competências específicas devem ter os cuidadores formais?”.

Numa tentativa de responder à questão de partida, surgem outras questões de investigação que tentamos que fossem respondidas: que mudanças precisam de ser feitas? Que necessidades, desafios e problemas são sentidos por parte da equipa do CD? Que competências são essenciais para lidar com a DA? De que forma os serviços estão a promover o bem-estar e qualidade de vida dos utentes? Entre outras questões que ao longo da investigação tentamos dar resposta.

A investigação apresenta como abordagem a metodologia qualitativa, seguindo uma lógica indutiva, pesquisa descritiva através de um estudo de caso, que segundo Stake (2007), *“o verdadeiro objetivo do estudo de caso é a particularização, não a generalização”* (Amado, 2014: 139).

A informação foi recolhida através da realização de entrevistas semi-diretivas aos profissionais do CD Lugar de Memórias e da observação direta do local escolhido para realizar esta investigação.

Quanto às motivações que levaram à realização desta dissertação:

A nível pessoal e profissional a problemática do envelhecimento, e sobretudo das demências, exerce especial interesse e preocupação, na medida em que é um tema urgente e cada vez mais carente de respostas adaptadas e especializadas para dar resposta e apoio às pessoas com DA e às suas famílias.

A nível social, existiu a necessidade de compreender se os cuidados prestados em respostas sociais, mais concretamente em centros de dia, estão a ser prestados de acordo com o respeito pela dignidade e pelos direitos humanos das pessoas idosas e de forma individualizada e especializada e, se estão a prestar os seus serviços de acordo com os objetivos definidos para a sua intervenção, zelando pela eficácia, eficiência e humanização dos serviços que prestam.

A nível académico e científico, apesar de já haver alguns estudos (apesar de poucos) realizados na área do Alzheimer, das demências e dos cuidados formais, considerou-se ser uma investigação pertinente visto se pretender compreender a realidade de um Centro de Dia específico para pessoas com DA sediado na RAM, o que por si já é um fator de pertinência devido aos poucos estudos realizados na região.

Ainda de referir que a intenção da investigação foi não só dar a conhecer a realidade vivida no CD, tendo em conta vários aspetos essenciais à prestação de um bom cuidado e de serviços de qualidade, como também facultar ferramentas e recomendações que possam ser úteis, não só para o centro de dia em questão, mas também para outras respostas sociais que possam estar numa fase inicial da sua prática, como é o caso do presente CD, e que por isso se identifiquem com o que nesta dissertação foi retratado.

Concluindo, é fulcral estar cada vez mais atento à necessidade de mais respostas sociais adaptadas às várias demências existentes, perspetivando-se um aumento exponencial de casos de pessoas com demência. É também essencial facultar formação aos cuidadores formais e profissionais da área social que diariamente lidam com as pessoas idosas e que por isso precisam de garantir a qualidade dos cuidados prestados, havendo um especial foco para uma boa gestão organizacional para que os serviços prestados sejam cada vez mais de qualidade.

Perante todos os aspetos acima evidenciados, a presente dissertação encontra-se organizada em quatro capítulos:

- **Capítulo I: Enquadramento Teórico e Benchmarking** – o presente capítulo encontra-se dividido em cinco pontos, começando pela referência ao envelhecimento, demência e doença de Alzheimer; de seguida é abordado o tema da gestão de

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

Instituições Particulares de Solidariedade Social – Gestão de IPSS de apoio a pessoas idosas e equipamentos de economia social e solidária de apoio a pessoas idosas com DA, o seguinte ponto aborda a prestação de cuidados a pessoas idosas com Doença de Alzheimer e o perfil de competências e competências específicas para a prestação de cuidados formais. O ponto quatro aborda o SS e a Gestão de IPSS's, fazendo referência à gestão da resposta social centro de dia para pessoas idosas com DA e ao SS na prestação de cuidados a pessoas idosas com DA; por fim, o último ponto do quadro teórico diz respeito ao benchmarking de boas práticas no tratamento de práticas na demência e DA.

- **Capítulo II: Quadro Metodológico** – onde são abordadas as hipóteses e que metodologia de investigação foi utilizada: estudo de caso, campo empírico de observação, universo de análise, técnicas e instrumentos e tratamento de dados.

- **Capítulo III: Discussão e análise dos resultados** – neste capítulo são apresentados os resultados da investigação obtidos através da observação e das entrevistas e posteriormente analisados os resultados obtidos com o estudo, articulando com a teoria.

- **Capítulo IV: Reflexão e recomendações** – o último capítulo corresponde à reflexão sobre tudo o que foi experienciado ao longo deste percurso e sobre a análise realizada. Neste capítulo ainda apresentamos algumas recomendações, que de acordo com as boas práticas, poderão contribuir para a melhoria dos serviços prestados.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E BENCHMARKING

No presente capítulo, denominado de enquadramento teórico e Benchmarking, pretende-se abordar os vários temas essenciais à construção do quadro conceptual: o processo de envelhecimento, as demências e a Doença de Alzheimer, a gestão dos equipamentos de Economia Social e Solidária (ESS) de apoio a pessoas idosas, a prestação de cuidados a pessoas idosas com Doença de Alzheimer, a especificidade do Serviço Social na área das demências e por fim a realização de um benchmarking de boas práticas.¹

1. Envelhecimento, Demência e Doença de Alzheimer

Temos vindo a denotar, ao longo dos últimos anos, que a área da Gerontologia enquanto área de conhecimento, de intervenção e de natureza multidisciplinar tem vindo a se tornar cada vez mais uma área de relevo devido às exigências colocadas à comunidade relativamente ao envelhecimento demográfico que se faz sentir em Portugal e as consequências que advêm desse processo.

Segundo Kirkwood (1988) *“O envelhecimento é um processo cujo resultado é óbvio, mas cujo mecanismo permanece desconhecido”*. (PAÚL, 1997: p. 10)

O estudo do envelhecimento começou a ganhar uma posição científica a partir de 1980, aquando o aparecimento dos primeiros manuais que abordavam a temática dos idosos e sobre o processo de envelhecimento, tendo-se começado a perceber que, desde então, havia a necessidade de se adotar uma visão pluridisciplinar. (Paúl, 2001).

É do conhecimento geral que o estudo das pessoas idosas e do processo de envelhecimento é alvo de uma abordagem transversal, onde as várias ciências como a medicina, economia, a psicologia, o direito, o serviço social, a sociologia, entre outras, se cruzam, por forma a que, e com esta base multidisciplinar, a gerontologia consiga estudar e compreender os fenómenos biológicos, psicológicos e sociais que advêm da velhice e do envelhecimento.

O envelhecimento populacional é evidente, e cada vez mais, a sociedade deve estar alerta e preparada para conseguir lidar com as consequências e desafios que o envelhecimento demográfico e as suas repercussões estão a produzir no nosso país.

Importa, ainda, mencionar que quando falamos de envelhecimento da população, deparamo-nos com duas situações distintas, mas que se correlacionam. Por

¹ Ver esquema do mapa conceptual – apêndice 1

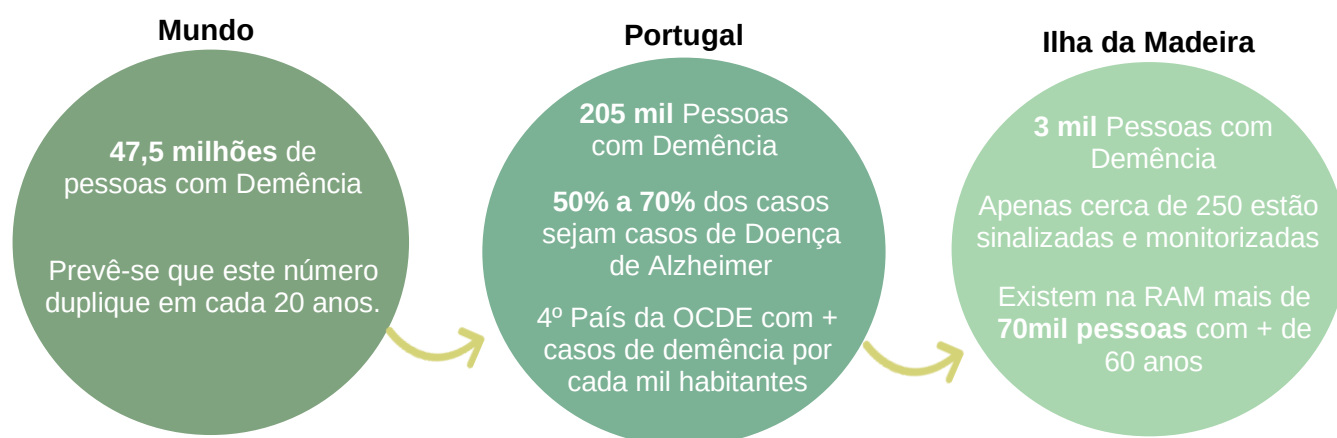
A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

um lado, um aumento da esperança média de vida, que é positivo, mas por outro lado mais doenças e demências vão sendo diagnosticadas e consigo acarretam dificuldades e desafios para a própria pessoa idosa, como para quem assume o seu cuidado e apoio.

Ainda de acrescentar o facto de esta problemática se apresentar como uma prioridade de Saúde Pública e, por isso mesmo ser um tema de máxima atenção e dedicação, justificando assim a pertinência da investigação.

De acordo com a figura 1, e de acordo com dados recolhidos do site da Associação Alzheimer Portugal e da resolução da Assembleia Legislativa da RAM – 15 de Julho de 2016, é possível percebermos a projeção que a demência e mais especificamente a DA tem a nível mundial, nacional e regional.

Figura 1: Projeção da Demência no Mundo, País e RAM



É de salientar que os números são altos, preocupantes e alarmantes, dado o envelhecimento demográfico que temos vindo a presenciar, e por isso mesmo, é pertinente e urgente falarmos e abordarmos este tema, de forma a descobriremos práticas mais eficazes e eficientes de lidar com a demência.

Ainda de destacar que em todo o país são apenas três os lares devidamente preparados para acolher especificamente pessoas idosas com demência: o Lar e CD Casa do Alecrim e as residências Montepio e Fátima – que são de cariz privado. Na RAM existem 25 equipamentos oficiais de apoio a idosos, sendo que 21 são IPSS's e as restantes 4 de cariz privado e acomodam no total 1300 utentes. Contudo a RAM tem, desde 2017, um Centro de Dia para Doentes de Alzheimer, que surge de uma parceria entre a ADCF, Garouta do Calhau, a Associação Alzheimer Portugal e o ISSM, e apoia cerca de 15 utentes com demência, sendo este o local onde foi realizada a presente investigação. Porém, perspetiva-se que no próximo ano, sejam criados dois novos lares com respostas adaptadas à população com DA.

É sobre o processo de envelhecimento, a demência e, mais concretamente sobre a Doença de Alzheimer, que os seguintes subpontos se irão basear, de forma a constituirmos um quadro de referência sobre a problemática da investigação em causa.

1.1. O processo de Envelhecimento

O estudo do envelhecimento começou a ganhar um estatuto científico sobretudo a partir de 1980, com o surgimento dos primeiros manuais que abordavam e sistematizavam os conhecimentos disponíveis sobre o processo de envelhecimento.

O impacto que o envelhecimento tem sobre o organismo humano está estritamente relacionado com a interação entre os processos de envelhecimento celular – de órgãos e sistemas, com fatores ambientais, infeção, dieta e fatores físicos, psíquicos e sociais. É por isso que à medida que vamos envelhecendo a nossa capacidade de recuperação e reparação de uma lesão – seja ela onde for, vai se tornando cada vez mais complicada.

Assim, e segundo as autoras Catarina Oliveira e Anabela Pinto (2014) *“o envelhecimento é considerado como uma alteração da capacidade adaptativa do organismo face às agressões a que está sujeito ao longo da vida”* (Veríssimo, 2014: 17).

Tendo em conta o aumento da esperança média de vida uma das prioridades e desafios atuais passam por compreender as *“bases biológicas do envelhecimento”*², procurando entender o que desencadeia as alterações das células, das moléculas e da morfologia da pessoa idosa, levando ao surgimento de doenças, normalmente associadas ao envelhecimento, como é exemplo as demências.

Podemos então afirmar que o envelhecimento se caracteriza por um conjunto de alterações que ocorrem na anatomia e fisiologia dos indivíduos, que ao longo dos anos vão surgindo. De acordo com os autores António Bernardes e Susana Pinheiro, que na obra *“Geriatría Fundamental”* coordenada por Miguel Veríssimo (2014), abordam a temática - anatomia do envelhecimento, o mesmo diz respeito:

“(...) ao conjunto de alterações anatómicas e fisiológicas que surgem normal e inevitavelmente com o decorrer dos anos, afetando universalmente todos os indivíduos. Representa a deterioração gradual, contínua e irreversível das funções celulares e dos vários processos fisiológicos, conduzindo a um aumento da vulnerabilidade do

² Oliveira & Pinto (2014: 17) in Veríssimo (2014)

organismo e agressões exteriores/ambientais e, conseqüentemente, a doenças crónicas e, em última instância, à morte.” (Veríssimo, 2014: 41).

Porém, e dada a vulnerabilidade e a deterioração das funções que, com o avançar da idade, vão aumentando, muitos são os riscos que surgem no envelhecimento e que se apresentam como desafios para quem fica a cargo das pessoas idosas.

Um desses riscos passa pela dependência – quer física quer mental - que advém de diversos fatores também associados à velhice como a diminuição do rendimento, solidão, inatividade, saída do mercado de trabalho (reforma/aposentamento), assume-se como *“um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou Atividades de Vida Diária”*³ (Amaro da Luz, 2014: 71-72 in Veríssimo, 2014).

Enquanto que o conceito de envelhecimento é e sempre foi um conceito que pressupõe controvérsias, sobretudo devido às poucas teorias de suporte existentes, o conceito de demência é algo concreto e que é cada vez mais conhecido a nível universal devido ao envelhecimento progressivo das populações nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, concretizando-se no grande aumento das pessoas idosas que apresentam demência.

É sobre demência, mais concretamente da Doença de Alzheimer (DA) que o próximo ponto se irá focar, numa tentativa de explanar todos os temas e conceitos importantes para a consolidação deste quadro teórico, sendo um tema cada vez mais urgente e necessário a ser abordado.

1.2. As Demências

Pode-se definir demência como uma patologia que decorre do envelhecimento, acentuando-se no grupo de pessoas com mais idade, apesar de ser cada vez mais comum em pessoas idosas com menos idade. Porém, *“não é componente do envelhecimento, mas prevalece e aumenta com a idade dos indivíduos.”* (Phaneuf, M. 2010: 3 in Antunes, A. 2011: 3)

No entendimento da American Psychiatric Association (2006) *“a característica fulcral da demência é o desenvolvimento de diversos défices cognitivos que abrangem*

³ Recomendação do Conselho de Ministros aos Estados Membros Relativa à Dependência, 1998, cit. por Nogueira, 2009, p. 8;

uma diminuição da memória (sintoma precoce proeminente) e pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou perturbação da capacidade de execução.” (Paulos, 2010: 154). Representa-se, portanto, pela perda de diversas componentes da capacidade intelectual, que sequentemente afetam a parte física e motora.

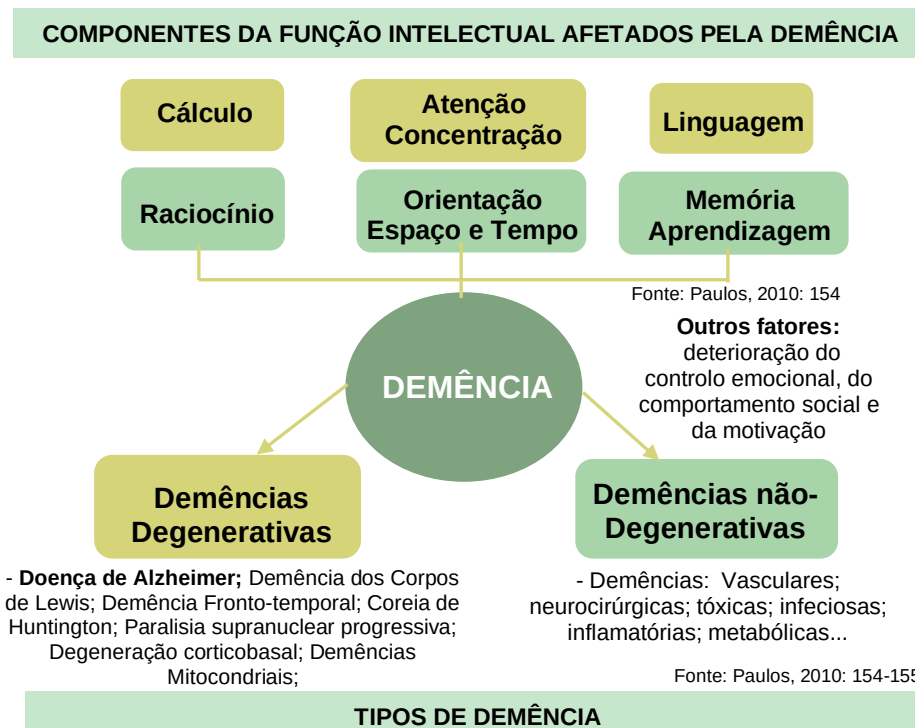
De acordo com a Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde (ICD 10, WHO 1992)⁴, demência é definida como:

“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 enevado. As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes precedidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação.”

(Castro-Caldas e Mendonça, 2005: 1)

Por outras palavras, podemos afirmar que a demência vai-se agravando e vai deteriorando as funções cognitivas, o desenvolvimento de sintomas psicológicos, comportamentais, neurológicos e a perda de autonomia.

Figura 2: Componentes afetados pela demência e tipos de demência



Fonte: Esquema de construção própria com base nos autores referenciados

⁴ Diz respeito à 10ª edição da *International Classification of Diseases* da *World Health Organization*.

De acordo com Paulos (2010) e com base na figura 2 existem dois tipos de demência: as demências degenerativas e as demências não-degenerativas.

A doença de Alzheimer, demência degenerativa com prevalência na investigação realizada, é o tipo de demência mais comum representando 45% das demências em geral e 75% das demências degenerativas (Touchon & Portet, 2002 *in* Paulos, 2010: 154).

Partindo do ponto de vista da autora Belina Nunes (2014), quando falamos de demência falamos de uma perda de competências que já eram adquiridas, mas que se perdem devido à doença. Ou seja, a demência implica sempre uma perda em relação aquilo que já era adquirido, apesar de significar também uma progressão. (Mestre, 2015: 32).

No que diz respeito ao diagnóstico de demência, para que o mesmo aconteça é necessário que existam múltiplos défices cognitivos, para além da perda de memória como por exemplo: a **afasia** – deterioração das capacidades de compreensão ou utilização da linguagem oral ou escrita; **apraxia** – dificuldade na execução de atividades motoras; **agnosia** – dificuldade/déficé na capacidade de reconhecimento ou identificação de objetos e cores; e ainda algumas **dificuldades executivas** (execução de tarefas como por exemplo cozinhar, escrever, ...) (Paulos, 2010: 158). Apenas de reforçar que a perda de capacidades cognitivas não acontece de modo imediato quando se fala de demência. É um processo degenerativo do cérebro que acontece de forma progressiva, sendo diferente de pessoa para pessoa, ao longo da evolução da demência.

Segundo a autora Tessa Perrin (2000), *“A pessoa idosa num processo de demência pode ser encarada como um viajante que deixa de estar atuante na sua vida para apenas estar...para apenas ser... não são constituídos apenas de memórias. Têm sentimentos, vontade, sensibilidade e moral. E aqui é onde poderá tocar-lhes e ver uma mudança profunda.”* (Mestre, 2015: 33).

Finalizando a abordagem geral às demências, de forma a introduzirmos a doença de Alzheimer no quadro teórico que estamos a construir, é ainda de referenciar que *“a demência é um dano no funcionamento intelectual acompanhado de uma perda importante de memória, de mudanças da personalidade e da afetividade, mas também no plano do reconhecimento das pessoas, de desorientações temporal, espacial e de uma incapacidade de resolver problemas ou de manifestar os comportamentos apropriados às situações.”* (Phaneuf, M., 2010: 26 *in* Antunes, A., 2011: 3)

Importa ainda referir que mundialmente, estimam-se que existam cerca de 47,5 milhões de pessoas com Demência, prevendo-se que duplique em cada 20 anos visto que de 3 em 3 segundos são diagnosticados 9,9 milhões de novos casos em todo o mundo.⁵

Sendo a demência irreversível, é um problema pelo qual é urgente o surgimento de respostas, sobretudo quando falamos de Doença de Alzheimer, visto que representa cerca de 60% a 70% de todos os casos de demência (*World Health Organization [WHO], 2015*)⁶.

Em Portugal, devido ao facto de não existir até à data um estudo epidemiológico que retrate a situação do problema, podemos ter por base o relatório “*Health at a Glance 2017*” da OCDE (10 de Novembro de 2017) que refere que existam mais de 205 mil pessoas com demência.

Dado que a investigação terá incidência na RAM, importa também referir os dados desta região, estimando-se que existam cerca de 3 mil pessoas com demência, sendo que apenas cerca de 250 pessoas estão sinalizadas e a serem acompanhadas e monitorizadas pelas instituições locais (não havendo muitas respostas adaptadas a esta realidade).⁷

É importante deixar claro que o tema das demências, sobretudo o da Doença de Alzheimer, que de seguida será abordado em maior profundidade, devido ao aumento inevitável das pessoas idosas, faz deste assunto uma prioridade de saúde pública que merece e tem de ser abordado de forma a se desenvolver cada vez mais respostas, políticas e práticas de apoio que estejam preparadas para esta população e situação.

1.3. A Doença de Alzheimer

O termo “Doença de Alzheimer” teve origem em 1906, por parte do Doutor Alois Alzheimer (patologista alemão, 1864-1915), que por meio de uma pesquisa no seu laboratório sobre estudos no cérebro, identificou, numa senhora de 50 anos que apresentava perda de memória, desorientação e alucinações, uma doença incomum no córtex cerebral.

É considerado o tipo de demência mais comum e mais frequente, representando 50 a 70% de todas as demências nas pessoas idosas, sendo considerada uma demência degenerativa cortical irreversível e progressiva (Rovira & Mestre, 2004). É irreversível pois não é possível voltar à normalidade, ao invés vai se deteriorando ao

⁵ Informação retirada do site da Alzheimer Portugal: <http://alzheimerportugal.org/pt/prevalencia>;

⁶ Portugal é o 4º país da OCDE com mais casos de demência por cada mil habitantes;

⁷ Informação retirada da Resolução da Assembleia Legislativa da RAM – 15 de Junho de 2016;

longo do tempo, apesar de ser possível retardar os efeitos da doença/demência. É progressiva visto que muitas das vezes os sintomas iniciais são geralmente confundidos com o processo “normal” de envelhecimento, acabando por serem desvalorizados dificultando o diagnóstico precoce.

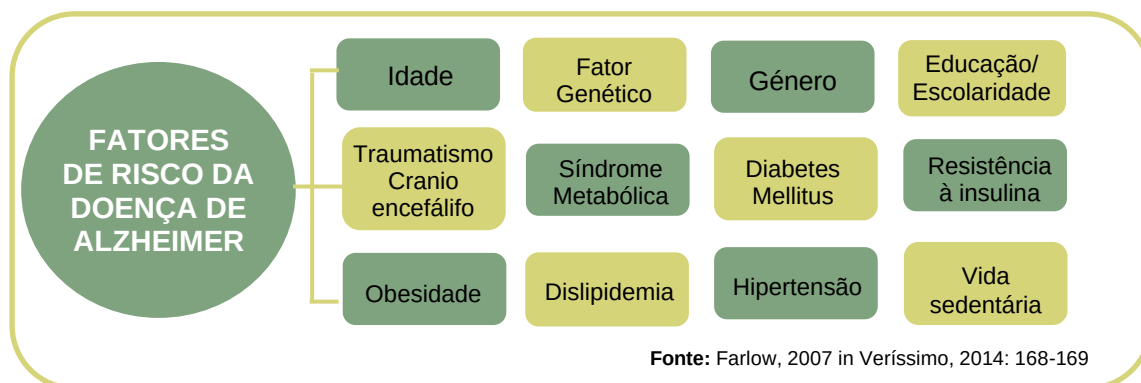
De acordo com as autoras Isabel Santana e Diana Duro, “*o mais importante fator de risco para a DA é a idade. O início dos seus sintomas acontece raramente antes dos 50 anos, mas a prevalência aumenta rapidamente depois dos 65 anos para 1 a 2%, e 15% aos 75 anos, estimando-se que cerca de 35 a 50% da população com 85 anos esteja afetada.*” (Veríssimo, 2014:168).

Contudo, apesar do esquecimento estar associado ao avançar da idade, o mesmo não significa que pessoas idosas com mais de 80 anos desenvolvam necessariamente demência, porém, e devido ao aumento da esperança média de vida, o número de pessoas com demência e DA vai possivelmente aumentar. Todavia, é importante deixar claro que envelhecer não significa desenvolver demência ou doença de alzheimer, visto que depende muito de pessoa para pessoa consoante o estilo de vida que a pessoa levou e de acordo com fatores hereditários/genéticos e não só.

Para além do fator de risco - idade, existem outros fatores que aumentam a probabilidade de irmos a desenvolver a DA. Alguns desses fatores podem ser controlados/evitados se optarmos por um estilo de vida menos sedentário, se tivermos uma alimentação saudável e houver uma prática de exercício físico de forma a evitar a obesidade, hipertensão e outros. Porém, existem fatores como a genética, o género e outras patologias que ao longo da vida vão surgindo que estão fora do nosso controlo e que por essa razão aumentam a probabilidade de podermos vir a desenvolver DA.

A figura 3, sintetiza os principais riscos existentes quando falamos de Doença de Alzheimer.

Figura 3: Principais riscos para desenvolver Doença de Alzheimer



Antes de abordarmos as fases da DA, importa primeiro referir que a DA pode assumir duas formas: **familiar** e **esporádica**.

A forma familiar caracteriza-se por iniciar-se precocemente e por desenvolver perturbações neurológicas mais complexas. Se associada ao cromossoma 21 ou 1, é comum surgir por volta dos 50 anos. Por outro lado, se associada ao gene da presenilina 1 sobre o cromossoma 14, a DA surge mais cedo (muitas vezes a partir dos 30 anos) manifestando-se rapidamente devido ao aparecimento rápido de sintomas e sinais neurológicos.

No que diz respeito à forma esporádica, a mesma é caracterizada por apresentar uma grande heterogeneidade visto que pode aparecer precocemente ou tardiamente (forma pré-senil: antes dos 65 anos ou forma senil: após os 65 anos). A sua evolução pode tanto ser rápida como lenta e é muito mais comum do que a forma familiar.

A evolução da DA é marcada pela *“manifestação de novas alterações cognitivas e funcionais tais como desorientação no tempo seguida por desorientação no espaço, alterações de linguagem falada e escrita (afasia)⁸, alteração das capacidades motoras (apraxia⁹), alterações da integração das perceções (agnosia¹⁰) e do cálculo mental.”* (Rovira & Mestre, 2004 in Paulos, 2010: 158).

O diagnóstico da DA é realizado clinicamente, tendo por base a história clínica, a exploração física e neurológica, a avaliação neuropsicológica e funcional e a realização de exames complementares ao paciente/doente.

De acordo com o que ao longo deste ponto tem vindo a ser referido, a DA *“sendo uma doença neurodegenerativa em que a destruição do tecido nervoso é progressiva e as manifestações surgem de forma insidiosa, desenrola-se ao longo de um determinado período de tempo até culminar na morte do doente, passando por várias fases, cada uma das quais caracterizada pelo progressivo agravamento dos sintomas.”* (Paulos, 2010: 166).

Embora as pessoas com doença de Alzheimer não apresentem os mesmos sintomas da mesma forma, pela mesma ordem ou com o mesmo grau de intensidade existe um padrão geral da evolução da doença que descreve os três principais estádios,

⁸ Perturbação da capacidade de utilizar ou compreender a linguagem oral ou escrita. Pode reportar-se à expressão, à compreensão ou à repetição; (Paulos, 2010: 158)

⁹ Perda da capacidade de execução de atos motores complexos, não secundária a paralisia, perturbação sensorial, acinesia, movimentos anormais ou perturbação da compreensão; (Paulos, 2010: 158)

¹⁰ Perturbação do reconhecimento não atribuída a alterações sensoriais ou atencionais, nem a dificuldades de denominação relacionadas com a afasia; (Paulos, 2010: 158)

segundo a lógica de Catarina Fonseca Paulos (2010): (1) **fase inicial**; (2) **fase intermédia ou moderada** e por fim (3) **estádio grave ou severo**.

A **fase inicial** costuma caracterizar-se pela existência de algumas alterações de memória. São notórias algumas dificuldades em aprender ou adquirir conhecimentos e são desenvolvidos alguns esquecimentos de acontecimentos recentes. A atenção é também uma das capacidades afetadas, que conjugada com a moderada perda de memória pode conduzir a dificuldades em desempenhar algumas tarefas e em dar continuidade a uma conversa, devido à dificuldade em articular palavras. Nesta fase da demência os doentes apresentam ainda algumas dificuldades em recordar acontecimentos mais recentes e em descrever pormenores de situações (como por exemplo: datas e locais), bem como é afetada a orientação no tempo e a orientação espacial.

Na **fase declarada** (intermédia ou moderada), a doença de Alzheimer torna-se notória. A cognição é afetada e vai-se alterando progressivamente, levando a que o utente/doente perca a autonomia para a realização das AVD's.

O esquecimento progressivo, a incapacidade de reter novas informações, os défices de atenção, a dificuldade em nomear pessoas e objetos e em encontrar palavras para um discurso lógico, a disrupção do ciclo sono-vigília, uma maior agitação no fim do dia¹¹, o pouco cuidado com a higiene e cuidado pessoal e o aparecimento de sintomatologia psiquiátrica (agitação, delírio, alucinações...) são algumas das principais características desta fase, sendo essencial para os doentes de alzheimer terem figuras de referência que consigam reconhecer ou confiar (Veríssimo, 2014: 169).

Já no que diz ao estágio ou **fase grave ou severo**, é notória uma perda total da autonomia, já não ocorre comunicação (mutismo), o doente de DA não reconhece as pessoas/familiares mais próximos, são apresentadas dificuldades na alimentação e na mobilidade, sendo que *“apenas as funções sensoriais e motoras básicas permanecem até ao fim da doença (...)”* (Veríssimo, 2014:169).

De acordo com algumas investigações desenvolvidas por Brookmeyer, Corrada, Curriero e Kawas (2002), *“o tempo médio de vida após o diagnóstico da doença de Alzheimer está relacionado com a idade do doente aquando do diagnóstico. Assim, o tempo médio de vida ronda os 8 anos no caso de indivíduos cujo diagnóstico ocorreu*

¹¹ **Fenómeno do Sun-Downing**: comportamento agitado ao anoitecer, muitas vezes desenvolvido após uma mudança ou alteração da rotina; sintomas: inquietação, desconfiança, desorientação, confusão, insegurança;

aos 65 anos. Em indivíduos cuja descoberta desta patologia foi efetuada aos 90 anos, o tempo médio de vida localiza-se à volta dos três anos." (Paulos, 2010: 174).

A figura 4, descreve alguns dos sintomas característicos de cada fase da DA, de forma a ser mais perceptível e visível o que acima foi abordado.

Figura 4: Fases da Doença de Alzheimer



Fonte: Construção Própria com fundamento em Veríssimo (2014)

Porém, os doentes de Alzheimer não manifestam os mesmos sintomas pela mesma ordem ou com a mesma intensidade, visto que não existe um padrão geral da DA. As fases acima referidas descrevem, de forma geral, os sintomas manifestados ao longo do decorrer da doença de Alzheimer.

Para além desta perspetiva, são vários os autores que atribuem denominações diferentes às fases da evolução da DA.

Touchon & Porter (2002) defendem que a evolução da DA ocorre igualmente em três fases, contudo, atribui denominações diferentes: fase assintomática, fase pré-demencial e por fim a fase demencial. Por outro lado, Phaneuf (2010), sugere que as fases da evolução da DA sejam divididas em quatro estádios: estágio pré-clínico; estágio inicial; estágio moderado e por fim estágio avançado. Relativamente à sintomatologia que ocorre nas diferentes fases identificadas, os sintomas desenvolvidos são idênticos aos já identificados, realçando que a DA é progressiva e a evolução da doença é diferente de utente para utente.

Para além das duas propostas acima referidas, Reisberg, Ferris, Leon e Crook (1982) desenvolveram a “Escala Global de Deterioração” (*Global Deterioration Scale*), que demonstra uma perspetiva dos estádios de funcionamento cognitivo na demência degenerativa primária (ex: DA). Os autores propõem **7 estádios de deterioração**:

- Ausência de declínio cognitivo;
- Declínio cognitivo muito ligeiro (défices de memória associados ao envelhecimento);
- Declínio cognitivo ligeiro (défice cognitivo ligeiro);
- Declínio cognitivo moderado (demência ligeira);
- Declínio cognitivo moderadamente grave (demência moderada);
- Declínio cognitivo grave (demência moderadamente grave);
- Declínio cognitivo muito grave (demência grave).

Os autores defendem que os estádios 1 ao 3 são considerados pré-demência e os estádios 4 ao 7 são estádios de demência, sendo que a partir do 5º o doente com demência necessita de apoio para a continuação digna da sua vida. (Paulos, 2010: 175)

Partindo da lógica de Santana (2005), e reforçando a ideia de que um diagnóstico clínico precoce é essencial para que os efeitos da demência sejam retardados, a autora refere que este diagnóstico pode ser dividido em quatro etapas: história clínica, avaliação neuropsicológica e estudo laboratorial e de imagem.

Infelizmente ainda não existe uma cura para a doença de Alzheimer. Porém, os tratamentos desenvolvidos consistem em retardar a evolução dos sintomas e preservar as funções cognitivas do doente de Alzheimer, por isso é essencial que a doença seja diagnosticada precocemente, para que os resultados do tratamento sejam eficazes e consigam retardar o desenvolvimento da DA.

Para além dos medicamentos disponibilizados nas unidades de saúde de todos o país, como é o caso da Rivastigmina (adesivo transdérmico), a Donepezila, Galantamina, Rivastigmina e da Memantina que, apesar de muitas vezes levarem a efeitos secundários, ajudam a controlar alguns dos sintomas desenvolvidos com a progressão da demência, a estimulação cerebral do doente de Alzheimer é essencial para que o número de conexões criadas entre as células nervosas (neurónios) aumente, ampliando a possibilidade de contornar as lesões cerebrais.

Portanto, manter o cérebro ativo com atividades que estimulem cognitivamente, ter hábitos e estilos de vida saudáveis, uma vida social ativa entre outros aspetos é um contributo essencial para retardar ou inibir a manifestação da demência.

No seguinte capítulo, será abordado o tema da gestão de equipamentos de Economia Social e Solidária de apoio a pessoas idosas com doença de Alzheimer, de forma a desconstruir o que tem sido abordado ao longo destes pontos, mas em concreto como é que a gestão de IPSS é realizada ou deveria ser realizada de forma a potenciar a prática e contribuir consecutivamente para o bem-estar da pessoa idosa com demência.

2. Gestão de Instituições Particulares de Solidariedade Social

2.1. Gestão de IPSS de Apoio a Pessoas Idosas

Para conseguirmos cumprir com os objetivos necessários para a consolidação deste ponto, é pontar identificar os principais conceitos que se pretendem abordar e relacionar, sendo estes: o conceito de IPSS, começando por uma breve contextualização e enquadramento histórico, definição e objetivos das IPSS; e o outro conceito é o de gestão, dado que importa perceber como é que é realizada a gestão de Instituições Particulares de Solidariedade Social pretendendo-se abordar as funções de gestão e os níveis de planeamento das organizações.

Pretende-se, portanto, explanar a importância que uma boa gestão organizacional tem no público-alvo no qual pauta a sua intervenção, sendo que neste caso concreto o foco está com as IPSS que prestem apoio a pessoas idosas, mais especificamente com demência, apesar de nesta parte introdutória nos focarmos essencialmente no conceito de IPSS e no conceito de gestão e como é que juntas podem potenciar a intervenção que é prestada nas organizações sociais do nosso país.

Foi em 1979 que foi aprovado o 1º estatuto das IPSS, que posteriormente foi revisto em 1983 – em vez de Privadas passam a Instituições Particulares de Solidariedade Social, tendo-se alargado os objetivos definidos para as IPSS – prestação de serviços de promoção e proteção da saúde, educação e formação e problemas habitacionais.

Tendo por base o estatuto das IPSS aprovado pelo Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de Fevereiro, são instituições particulares de solidariedade social, as pessoas coletivas, sem finalidade lucrativa, constituídas exclusivamente por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de justiça e de solidariedade, contribuindo para a efetivação dos direitos sociais dos cidadãos, desde que não sejam administradas pelo Estado ou por outro organismo público.

De acordo com o ISS, IP (2019), as IPSS's *“são instituições constituídas por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, com o propósito de dar expressão*

*organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir, entre outros, os seguintes objetivos: apoio a crianças e jovens, apoio à família, proteção dos cidadãos na velhice e invalidez (...) promoção e proteção da saúde (...), educação e formação profissional dos cidadãos, resolução dos problemas habitacionais das populações.”*¹²

De salientar que estas instituições têm um papel muito relevante de forma a *“preencher algumas lacunas do Estado no que diz respeito às respostas sociais adequadas às necessidades concretas da população, geralmente em situações de extrema carência ou urgência, constituindo assim um ponto crucial de garante ao equilíbrio social ao facultarem respostas sociais aos indivíduos mais desfavorecidos.”*¹³

Com a Economia Social e Solidária, muitas foram as melhoras no que diz respeito ao combate das desigualdades sociais, a melhoria da eficácia e eficiência da proteção social, havendo uma melhor articulação entre pessoas e instituições e ainda uma promoção da economia do terceiro setor com a aposta no empreendedorismo social, porém ainda são muitos os desafios e as dificuldades que se encontram e que comprometem a intervenção dos profissionais, sobretudo da área social.

São vários os desafios/dificuldades existentes como foi referido, desde o envelhecimento demográfico do nosso país que faz com que já estejamos atrasados no que diz respeito a respostas suficientes e adaptadas a esta realidade, aliada à pouca “formação” das famílias para conseguirem intervir também nesta situação de modo a conseguirem atenuar os efeitos da velhice – privilegiando a manutenção das pessoas idosas o maior tempo possível em casa e criando modelos que promovam cada vez mais o envelhecimento ativo; a falta de equipamentos sociais suficientes para garantir resposta a todas as problemáticas e a má distribuição dos mesmos pelos diferentes concelhos do nosso país juntamente com a grande massa populacional em determinados distritos e problemas a nível financeiro e económico;

Contudo, e sendo este um dos temas que se pretende abordar neste ponto, um dos principais problemas quando falamos diretamente das instituições, advém de questões relacionadas com o pouco conhecimento e a pouca formação que os profissionais possuem em gestão, sobretudo nos cargos de topo (direção e chefias), o que acaba por

¹² Informação retirada do site da Segurança Social - <http://www.seg-social.pt/ipss>

¹³ Informação retirada de um Projeto financiado pelo Programa Operacional de Assistência Técnica (POAT) – A Economia Social e a sua Sustentabilidade como fator de Inclusão Social;

influenciar não só a sustentabilidade das instituições, como também afeta o bem-estar e a prestação de cuidados dos utentes para o qual as IPSS's prestam um serviço.

É aqui que entra o conceito de gestão de modo a complementar a importância da mesma nestas instituições e de modo a percebermos que lógica deviam seguir todas as direções/cargos de topo no que concerne a gerir uma instituição, englobando todos os sistemas envolventes das IPSS's.

Para tal, o conceito de gestão pode-se expressar de variadas formas, porém Reis e Silva (2014) definem gestão como *“um processo pelo qual se alcançam resultados (bens ou serviços) com o empenho dos membros da organização, isto é, a gestão compreende um conjunto de tarefas que procura garantir a prossecução de um bom desempenho por parte dos recursos organizacionais, no intuito de serem atingidos os objetivos previamente estabelecidos.”* (Reis & Silva, 2014: 23).

Para que uma organização consiga alcançar os objetivos de intervenção que tem para a sua prática de forma a satisfazer todos os intervenientes envolvidos – desde os técnicos aos utentes, é necessário que, sobretudo a direção (gestão de topo), se oriente e tenha noção dos princípios e funções da gestão, de forma a orientar a sua prática.

Figura 5: Principais funções de Gestão



Fonte: construção própria com fundamento em Reis & Silva (2014)

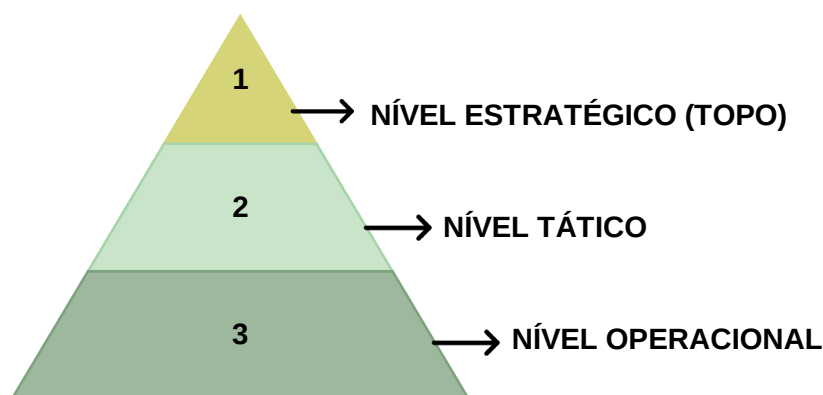
Segundo a figura 5, e seguindo a lógica das autoras Reis & Silva (2014), são quatro as principais funções de gestão: planeamento (definição de objetivos a atingir),

organização (definição das relações e interações entre as pessoas, das tarefas, e de quem compete tomar decisões), direção (influenciar o comportamento das pessoas através da: motivação, liderança, comunicação e negociação), e controlo (definição e avaliação das atividades face aos objetivos definidos).

Quando abordamos o tema da gestão de organizações, associamos de imediato esta gestão aos gestores, administradores e diretores (gestão de topo) das mesmas. Porém, dentro de uma organização, a gestão pode ocorrer em diversos níveis, de acordo com as responsabilidades e do trabalho desenvolvido por cada trabalhador, sendo que existe gestão quando alguém na organização consegue que outras pessoas desenvolvam o trabalho definido. Para tal, segundo Reis & Silva (2014), existem três níveis de gestão, segundo a figura 6:

- O estratégico: gestores de topo de uma organização – tomam decisões estratégicas e de planeamento de longo prazo, promovem a missão da organização fazendo a ligação da mesma ao meio envolvente;
- O tático: situação intermédia de uma organização, entre a gestão de topo e os gestores de 1ª linha. Os gestores de nível tático coordenam os gestores de base, tomam decisões a nível médio, preparam planos a curto prazo – os planos efetuados pelos gestores de topo são transformados em objetivos e atividades específicas (componentes táticas);
- O operacional: gestores de 1ª linha. Competências: tomada de decisão rotineira e execução de tarefas e operações de caráter imediato, orientam os técnicos que estão envolvidos na prática da organização e põem em prática o plano estabelecido pelos níveis superiores;

Figura 6: Níveis de Gestão



Fonte: Reis & Silva, 2014: 26

Para tal, é cada vez mais exigido aos gestores, sobretudo aos de topo, que tenham competências que contribuam para o “sucesso” da organização, através da aquisição de novas habilidades e de uma atitude que se adeque à equipa que gere de

forma a motivá-la e orientá-la com sucesso para a concretização dos objetivos planeados.

Para que ocorra um bom desempenho e que o mesmo seja bem-sucedido, existem três habilidades básicas: técnicas, humanas e conceituais. A habilidade técnica é *“a capacidade de utilizar conhecimentos, métodos ou técnicas necessárias para a realização de tarefas específicas”* (Reis & Silva, 2014: 29), sendo que se relaciona com a execução.

Quanto à habilidade humana, a mesma diz respeito à capacidade de um gestor/líder se relacionar interpessoalmente e em grupo, de acordo com a adoção das sub-funções da função direção, descritas na figura 5: comunicação, motivação coordenação e negociação.

Por fim, a habilidade conceptual relaciona-se com a *“capacidade de compreender a complexidade das organizações no seu todo, trabalhando com ideias, conceitos, teorias e abstrações”* (Reis & Silva, 2014: 29). Com esta habilidade um gestor tem a capacidade de compreender de que forma é que a organização ou instituição, neste caso falamos de IPSS's, se relaciona com o ambiente e com os subsistemas da mesma, e como é que uma mudança ou uma situação negativa sentida numa determinada área influencia todo o meio envolvente.

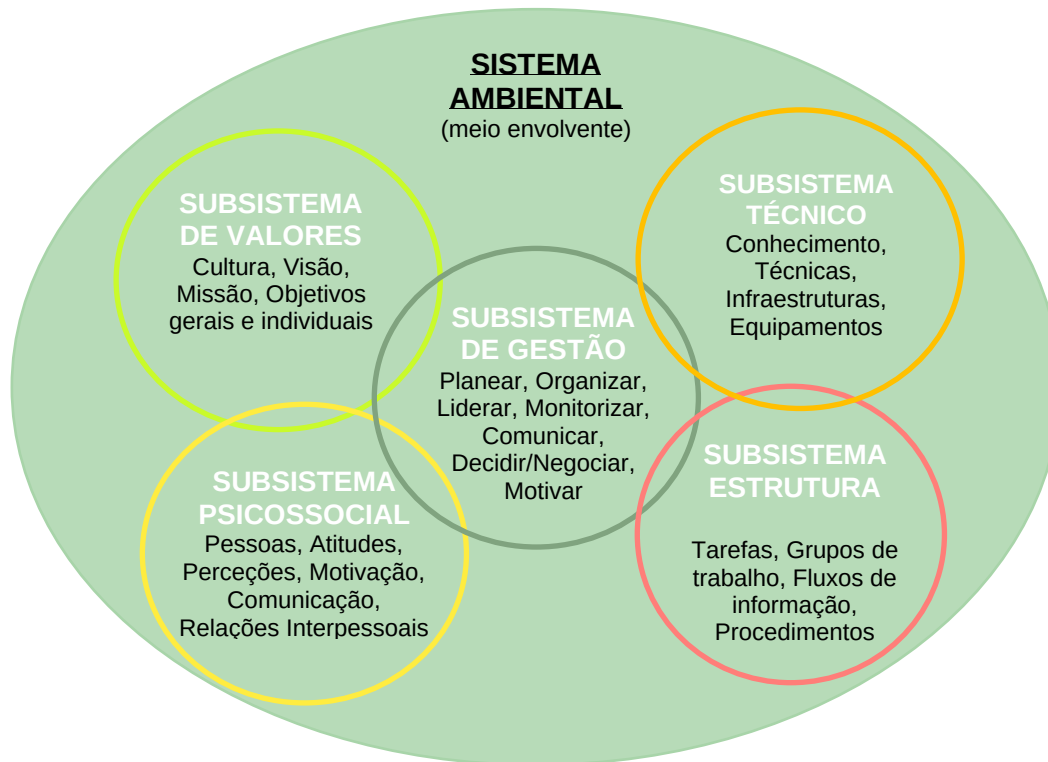
Para que o objetivo das IPSS's se alcance com sucesso é essencial que ocorra uma maximização da eficiência e da eficácia no que diz respeito em pôr em prática os objetivos de intervenção. Aos objetivos próprios da gestão – eficácia e eficiência, associam-se os objetivos da inter-relação entre todos os intervenientes e atores presentes na organização.

Segundo Meneses (2016), *“hoje, a perspetiva prevalecente é a de que as organizações são sistemas abertos complexos. A teoria sistémica¹⁴ olha a organização como um todo, isto é, no conjunto de relações entre as suas diversas componentes ou subsistemas e das suas interações com o meio envolvente, enfatizando propriedades como a interdependência, a complexidade, o caos, a contingência, o holismo e a sinergia.”* (Meneses, 2016: 37).

¹⁴ A teoria dos sistemas foi criada na década de 1930 para sustentar que o caráter fundamental e distintivo dos seres vivos era a sua organização interna, a qual não podia ser analisada pela forma tradicional e redutora de decomposição e estudo parcelar. Mais tarde, aplicaram-se os princípios dos sistemas vivos a outros tipos de organismos, tais como grupos sociais e organizações. (Meneses, 2016: 37)

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

Figura 7: As IPSS's e os subsistemas que a envolvem



Fonte: Meneses, 2016: 37

A figura 7, acima ilustrado, demonstra a interação existente entre os vários subsistemas que estão inscritos no meio envolvente de uma IPSS. Para que uma IPSS cumpra os seus objetivos, sobretudo no que diz respeito à satisfação e bem-estar da população alvo para o qual presta os seus serviços, é essencial que todos os subsistemas: de valores, técnico, de gestão, psicossocial e estrutura; estejam em sintonia e funcionem de forma a potenciar a eficácia e eficiência da intervenção pretendida. Para tal, é necessário que haja uma gestão eficaz, de forma a que todos os outros subsistemas cumpram os seus objetivos.

Sendo uma IPSS um “sistema aberto e complexo”, os autores Nicolau, Sepúlveda & Cruz (2010), referem que:

“Os seus processos de transformação e mudança incluem e são influenciados pelos inputs – recursos que a organização investe de ordem financeira, colaboradores, técnicos e voluntários, tempo materiais, equipamentos e parceiros, e pelos outputs – serviços que a organização presta e para quem, assim como pelos mecanismos de feedback, ou seja, os resultados que, por seu lado, determinam os inputs necessários para novos processos de mudança.” (Figueira, 2017: 44-45 in Nicolau, *et al.*, 2010)

De ressaltar que uma das partes mais complexas quando falamos de gestão de organizações, é a gestão das pessoas e das relações das mesmas, visto que cada pessoa é única e tem interesses próprios – podendo-se proporcionar conflitos entre os

colaboradores que vão pôr em causa a eficiência e eficácia da organização, caso não ocorra uma boa gestão do conflito.

Portanto, quando falamos da gestão de uma IPSS podemos afirmar que a mesma exige que se compreenda muito bem o meio envolvente à organização, de modo a conciliar ambiente interno, relação entre os colaboradores e dos colaboradores com os utentes e estes entre si, com o ambiente externo, incluindo as famílias e todos os parceiros e fornecedores da organização.

2.2. Equipamentos de Economia Social e Solidária de Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer

De forma a dar continuidade à lógica de pensamento do presente ponto, importa fazer uma breve referência à história da Economia Social e Solidária, tentando perceber de que se trata e ainda a importância que a Economia Social e a Economia Solidária têm enquanto conceito agregador de economia, sobretudo quando falamos em mudança social.

“By combining the solidarity economy perspective with the social tradition, it becomes possible to renew the conception of social change.” (Aleixo, 2014: 39 in Laville, 2013: 2).

Segundo o autor Laville (2013), a Economia Social e a Economia Solidária são dois conceitos que, embora articuláveis, não se deviam confundir, porém é importante que funcionem juntas, mas sem que deixemos de questionar uma e outra.

Relativamente ao conceito de Economia Social, o mesmo é um conceito com expressão em França, Bélgica, Québec, Canadá e Portugal, Espanha, Itália e Suécia (Defourny, 2001)¹⁵, tendo surgido no século XIX em França. Atribui-se, normalmente, a sua paternidade a Charles Gide (1847-1932) que define a economia social como um ramo da ciência económica, distinto da economia política.

Este conceito surge na Europa Continental como alternativa ao conceito de Terceiro Setor. Segundo Ferreira (2009), *“enquanto a abordagem do setor não lucrativo centra-se na lucratividade, a economia social centra-se nos direitos de propriedade, sendo esta coletiva, já que o conceito de terceiro setor exclui as cooperativas e associações mutualistas que admitem uma redistribuição de excedente dentro de determinados limites entre os membros cooperantes ou associados se assim por eles*

¹⁵ Informação retirada de um Projeto financiado pelo Programa Operacional de Assistência Técnica (POAT) – A Economia Social e a sua Sustentabilidade como fator de Inclusão Social;

for decidido, características que se integram no conceito de economia social.” (Vieira et al., 2017: 108).

Segundo o Centro Internacional de Pesquisa e Informação sobre Economia Pública, Social e Cooperativa (CIRIEC), economia social define-se como o:

“conjunto de empresas privadas organizadas formalmente, com autonomia de decisão e liberdade de filiação, criadas para servir as necessidades dos seus associados através do mercado, fornecendo bens e serviços, incluindo seguros e financiamentos, e em que a distribuição pelos sócios de eventuais lucros ou excedentes realizados, assim como a tomada de decisões, não estão diretamente ligadas ao capital ou às cotizações dos seus associados, correspondendo um voto a cada um deles.” inclui ainda “(...) empresas privadas organizadas formalmente, com autonomia de decisão e liberdade de filiação, que prestam serviços de “não mercado” a agregados familiares e cujos eventuais excedentes realizados não podem ser apropriados pelos agentes económicos que as criam, controlam ou financiam”.¹⁶

Portanto, a economia social engloba várias formas associativas de empresas definidas por um conjunto de princípios e valores, tais como: cooperativas, mútuas, associações, fundações de solidariedade social e ainda, as empresas sociais. Ou seja, são organizações da economia social: as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), as mutualidades ou associações mutualistas, as instituições de desenvolvimento local, as misericórdias, as cooperativas, as associações, as fundações e as organizações sem fins lucrativos.

Já no que diz respeito ao conceito de Economia Solidária, o mesmo distingue-se visto que enfatiza as especificidades das novas gerações de organizações no que diz respeito à intervenção junto dos grupos mais excluídos. Este termo tornou-se mais utilizado em alguns países da América Latina, visto que olham para a economia solidária como uma *“força para a mudança social”* (Vieira, et al., 2017: 109).

No que concerne ao caso Europeu, a economia solidária vem complementar o conceito de economia social *“ao reforçar e dar visibilidade a novas formas de se fazer economia, tomando como base os princípios da solidariedade e da reciprocidade. (...) A economia solidária pode ser definida como um modo de produção que tem como característica central a igualdade.”* (Vieira, et al., 2017: 109).

A economia solidária constitui-se por diversas organizações: associações, cooperativas, empresas autogestionárias, movimentos sindicais, instâncias governamentais ligadas à federação, Estado e Municípios, redes, ligas ou uniões, entidades de apoio e fomento, e fóruns. (Vieira, et al., 2017: 109 *in* Lechat, 2002).

¹⁶ Informação retirada de um Projeto financiado pelo Programa Operacional de Assistência Técnica (POAT) – A Economia Social e a sua Sustentabilidade como fator de Inclusão Social;

Porém, e segundo a perspetiva de Campos e Ávila (2012), a economia solidária quando comparada com a economia social distingue-se em essencialmente 3 aspetos:

1. Nas necessidades sociais a que tenta responder;
2. Nos atores que desenvolvem essas iniciativas;
3. No desejo explícito de mudança social;¹⁷

Sendo assim, *“a economia solidária pode ser definida como o conjunto das atividades económicas submetidas a uma vontade ou agir democrático, onde as relações sociais de solidariedade têm primazia sobre o interesse individual ou o lucro material.”* (Laville, 2007a in Aleixo, 2014: 32).

A economia social e solidária *“tem a perspetiva de uma economia plural, combinando lógicas económicas variadas (reciprocidade, redistribuição e mercado) e é um convite à recusa da hegemonia crescente das lógicas mercantis: as crises das últimas décadas deram origem a novas iniciativas de economia solidária que renovam o projeto do associativismo”* (Aleixo, 2014: 81).

No ponto seguinte, será abordado um tema de extrema importância quando nos referimos às demências e mais em concreto à DA – a prestação de cuidados a pessoas idosas com doença de Alzheimer. Devido aos desafios que a doença de Alzheimer acarreta, ao longo da sua progressão, é essencial olhar para o ato de cuidar como algo essencial para que se consiga retardar ao máximo os efeitos da mesma e ao mesmo tempo fornecer os cuidados que os doentes de Alzheimer precisam para que possam manter a sua vida normal, digna e em segurança.

3. A Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer

Quando falamos do ato de cuidar podemos considerá-lo um ato de vida, uma atitude e uma forma de agir e de estar na vida e no mundo, que nos coloca lado a lado com o outro e conosco próprios. Segundo Sequeira (2018), *“cuidar não é apenas mais uma função ou uma tarefa, mas sim uma forma de “estar no mundo”, um ato solidário que envolve respeito, reciprocidade e complementaridade”* (Sequeira, 2018: 170 in INSERSO, 1995). O ato de cuidar está, assim, presente em todas as culturas, porém manifesta-se e expressa-se de forma diferente em todas elas.

Cuidar, sendo um ato complexo e multidisciplinar, é um conceito que engloba várias vertentes do ser humano: afetivo, relacional, ética, sociocultural, terapêutica e

¹⁷ Vieira, et al., 2017: 111.

técnica. Para tal, o mesmo pode-se definir como uma “ação humana mobilizadora que se traduz por respeitar o sofrimento, os princípios, os valores e a dignidade do dependente, proporcionando-lhe uma melhor qualidade de vida e, simultaneamente, ter qualidade de vida enquanto cuidador. Esta ação implica entrega, dedicação, empenho, criatividade por parte de quem cuida para com o dependente” (Loureiro, 2016: 18 *in* Saraiva, 2011).

Os estudos científicos sobre o cuidado e sobre os cuidadores tem sido um dos temas mais abordados na atualidade, devido ao grande aumento do número de pessoas idosas dependentes, sendo que a perspetiva é aumentar para vez mais o número destes casos. Segundo a WHO (2004), *“o cuidador é entendido como aquele que cuida, que presta apoio e assistência a um indivíduo em situação de dependência, podendo esta situação de dependência ser temporária ou definitiva e irreversível”* (Sousa, 2011: 22).

Segundo Schulz & Quittner (1998) *“a prestação de cuidados reflete cuidados extraordinários, tendo em consideração que os mesmos não se inscrevem nas responsabilidades normativas de um cônjuge ou de um filho. Estes transformam-se em cuidadores, a partir do momento em que a relação de reciprocidade se transforma numa relação de dependência”* (Mestre, 2015: 46).

O ato de cuidar por si só já se caracteriza por ser complexo e exigente, prestar cuidados a pessoas idosas com demência, mais concretamente com DA, em relação a outras doenças físicas ou crónicas é considerada mais stressante e dificultada pela especificidade das características que os cuidados exigem, a nível físico mas também psicológico, por parte do cuidador. *“Cuidar de idosos demenciados está associado a elevados níveis de stress, sobrecarga física* (Rolland et al., 2007) *e insatisfação laboral nos cuidadores formais, devido à grande dependência e frequentes distúrbios comportamentais (agitação, deambulação, discurso repetitivo, agressão verbal e física) que acompanham a doença* (Davison, McCabe, Visser, Hudgson & George, 2007; Kuske et al., 2009)” (Barbosa et al., 2011: 120). Dada a exigência da Doença de Alzheimer, e dada a prevalência de idosos com esta demência, são colocados novos desafios às instituições que prestam cuidados a idosos e, mais especificamente, aos cuidadores formais visto que prestam o cuidado direto aos utentes.

Contudo, e devido ao facto de ser um trabalho exigente e que obriga a uma especialização e formação de forma a ser prestado um cuidado adequado à pessoa com DA, importa referir que, em Portugal, muitos dos cuidadores formais que prestam cuidado direto a estas pessoas não possuem qualquer formação específica na área e caracterizam-se por terem baixa escolaridade, prestando o cuidado na base da

experiência adquirida através da observação e do conhecimento transmitido por colegas de trabalho, o que por vezes pode levar a práticas ineficazes e pouco adequadas à realidade vivida. (Barbosa, A. et al., 2011)

Porém, e apesar de cada vez mais se notar o esforço para que as equipas tenham acesso a formação específica para conseguirem lidar com a demência, ainda é notória uma desvalorização quanto ao stress e sobrecarga emocional e física destes cuidadores, levado muitas vezes a que ocorra uma desmotivação para o trabalho que realizam, que por sua vez contribui para que a prática seja influenciada.

Para além deste facto, denota-se uma insuficiência no conhecimento das necessidades de saúde e reabilitação (estimulação cognitiva, estimulação multissensorial e intervenção motora) das pessoas com demência, o que demonstra que é necessário haverem mais momentos de formação para os cuidadores formais e demais equipa, de forma a adquirirem competências que lhes permitam adequar os cuidados às reais necessidades dos idosos, contribuindo ao mesmo tempo para a diminuição da sobrecarga subjacente ao ato de cuidar.

Por isso, mais importante do que facultar ferramentas para a realização de uma boa prática, importa fornecer suporte emocional aos cuidadores, para que os mesmos se sintam compreendidos e possam praticar o ato de cuidar com qualidade, eficácia e motivação.

Importa constituir cada vez mais respostas sociais de qualidade para a população idosa portadora de demências de forma a corresponder o quanto antes às novas exigências resultantes do envelhecimento demográfico, tentando combater o aparecimento de doenças que levem à dependência. Assim sendo, os cuidados prestados devem ser realizados pensando no utente de forma holística, devem ser humanizados e realizados de forma individualizada. Porém, *“a implementação bem sucedida das políticas de cuidados só acontecerá, no entanto, quando se alcançar uma situação de estreita articulação entre a área social e a área de saúde”* (Firth, 2005 in Sousa, 2011: 22) visto que ambas as áreas são essenciais para se atingir a excelência no plano de cuidados prestado ao utente.

É evidente que as necessidades do ato de cuidar variam ao longo do ciclo vital de uma pessoa, visto que são maiores no início da nossa existência – quando somos crianças, e no final do ciclo – quando envelhecemos. Dado a este envelhecimento, ocorre uma maior probabilidade de desenvolver doenças que aumentam o risco de dependência e daí ser necessário apoio e cuidado de outra pessoa que garanta o bem-estar, possível através da prestação de cuidados.

De referir que a prestação de cuidados a pessoas idosas que possuem demência, em relação a outras doenças, é considerada mais difícil, stressante e desgastante para quem presta o cuidado direto, devido às especificidades de cuidados que a doença exige do cuidador. É de extrema importância que o cuidador da pessoa idosa com doença de Alzheimer consiga compreender os sentimentos das pessoas com demência e orientar a sua prática de acordo com o que é mais adequado para o idoso, de acordo com os aspetos do ambiente que a pessoa demonstra preferir e quais os que considera negativos. (Loureiro, 2016)

Portanto, as funções que um cuidador deve possuir ao cuidar de pessoas idosas passam por: prevenir, controlar e tentar alterar alguns dos comportamentos característicos da DA (Paulos, 2010: 185 in Fernández, 2004), através da mudança de comportamentos, introdução de técnicas que vão de encontro às necessidades dos idosos.

No ponto que se segue, será feita uma análise ao perfil de competências que os cuidadores formais de pessoas idosas com doença de Alzheimer devem possuir, de forma a que o cuidado prestado seja eficiente, único e adaptado a cada pessoa.

3.1. Perfil de Competências e Competências Específicas para a Prestação de Cuidados Formais a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer

A prestação de cuidados formais, segundo Sequeira (2018), *"é habitualmente executado por profissionais devidamente qualificados (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, etc.), os quais são designados por cuidadores formais, uma vez que existe uma preparação específica para o desempenho deste papel e que estão integrados no âmbito de uma atividade profissional"* (Sequeira, 2018: 167)

O cuidador formal define-se, segundo Sommerhalder (2001), pela *"prestação de serviços de índole profissional em instituições direccionadas para a prestação de cuidados, enquanto os cuidadores informais poderão ser familiares, amigos, vizinhos, que cuidam do idoso em ambiente familiar"* (Mestre, 2015: 48).

Face à sobrecarga que os idosos com demência (DA) exigem, sobretudo numa fase mais avançada da doença, aos cuidadores informais (familiares), o cenário mais comum é a institucionalização do idoso em instituições específicas para o efeito.

Os cuidadores formais, assumem nestas instituições (lares, centros de dia, centros comunitários, entre outros...) um papel de extrema importância no

acompanhamento constante destes idosos. Contudo, cuidar de pessoas idosas com demência está associado a elevados níveis de stress, sobrecarga física e insatisfação laboral nos cuidadores formais, devido à grande dependência e frequentes distúrbios comportamentais (agitação, deambulação, discurso repetitivo, agressão verbal e física) que acompanham a doença. (Davison, McCabe, Visser, Hudgson, & George, 2007; Kuske et al., 2009 in Mestre, 2015)

Em Portugal, como em outros países europeus, os cuidados a pessoas idosas com DA (com demência), são prestados em lares com pessoas idosas ainda cientes das suas capacidades, sobretudo por profissionais com baixa escolaridade e pouca formação especializada, o que contribui para que os serviços não detenham as características necessárias para o acompanhamento e cuidado de idosos com características específicas como é o caso da DA.

Segundo a autora Maria Manuela Sousa (2011), *“os cuidadores formais são, então, profissionais contratados, com carácter remuneratório, para a prestação de cuidados no domicílio ou em instituição (Sousa, 2004), pelo que existe uma preparação específica para o desempenho deste papel, e estão integrados no âmbito de uma atividade profissional, na qual incluem as atividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com competências próprias (Sequeira, 2007)”*.

Contudo, apesar de se denominar cuidador formal a todos os técnicos que a instituição detenha, desde o Assistente Social, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicomotricista, Enfermeiro/Médico (...), são os Auxiliares de Ação Direta ou Técnicos de Serviços Gerais que prestam a maioria dos cuidados diretos às pessoas idosas com demência.

Estes profissionais, sob orientação de um Técnico Superior (diretor técnico, gerontólogo, médico ou enfermeiro), prestam cuidados de higiene e conforto aos utentes, asseguram a alimentação, colaboram nos cuidados de saúde, procede à limpeza dos espaços, substitui roupas de cama e de casa de banho e do vestuário dos utentes (em situação de ERPI), fazem companhia aos utentes e apoiam também nas atividades, de forma a contribuir diariamente para a promoção do bem-estar destas pessoas, juntamente com os restantes cuidadores formais. (Loureiro, 2016: 19)

Para tal, o cuidador formal deverá adquirir o maior conhecimento possível da história de vida das pessoas idosas com demência que presta o cuidado, as especificidades que cada um tem, as necessidades individuais, deverá deter conhecimentos sobre todas as fases, alterações de comportamento e sintomas da

doença de alzheimer, de forma a estar preparado para prestar os devidos cuidados diários às pessoas idosas com DA.

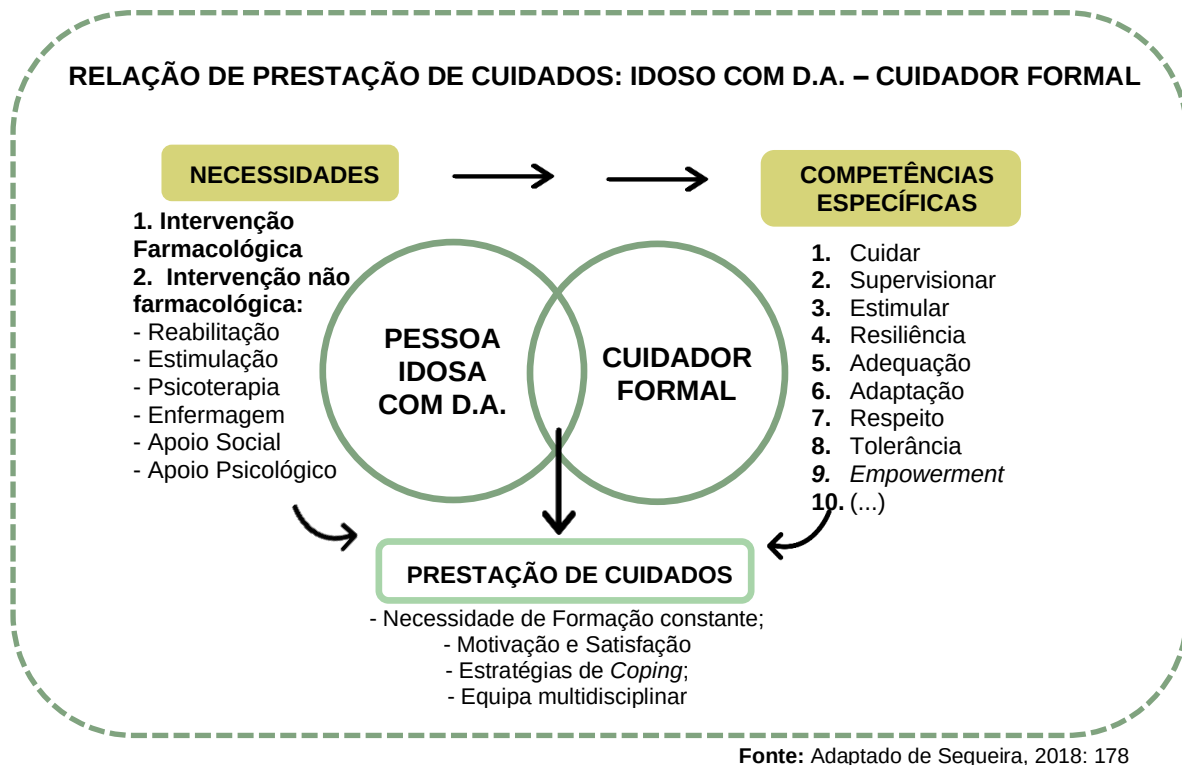
No que diz respeito às competências, importa referir que os conceitos de profissionalização e profissionalismo surgem associados ao conceito de competência, visto que um profissional é bom quando é competente pois domina as competências de um determinado saber (saber-fazer, saber-ser e saber-estar). Por isso mesmo, é urgente dotar os cuidadores, sejam formais ou informais, de competências necessárias para prestar o cuidado às pessoas idosas. O conceito de competência *“poderá, então, ser entendido como a capacidade para utilizar de modo eficaz a experiência, os conhecimentos, e as qualificações”* (Sousa, 2011: 31 in Comissão das Comunidades Europeias, 2011).

Portanto torna-se essencial formar os profissionais que prestem apoio direto a pessoas idosas, sobretudo com Doença de Alzheimer, para que possam intervir de forma especializada e adequada às necessidade de intervenção da pessoa idosa que estão a prestar o apoio de acordo com a aquisição de competências específicas e estratégias de intervenção essenciais na demência de Alzheimer, tendo por base o bem-estar e salvaguardando sempre a dignidade da pessoa a ser cuidada.

A seguinte figura 8, adaptado de um modelo de análise das variáveis em interação na relação de prestação de cuidados de Carlos Sequeira (2018), pretende exemplificar a relação de cuidados entre idoso com DA e respetivo cuidador formal. Demonstra que, para haver uma prestação de cuidados por parte do cuidador formal é necessário que o mesmo possua competências específicas para conseguir lidar com a demência, tendo sempre como fim as necessidades que a pessoa idosa tem – intervenção farmacológica e não farmacológica.

Para que esta prestação de cuidados seja continuada e eficaz é necessário haver formação constante, é necessário que a própria instituição zeze pela motivação e satisfação da equipa, é essencial que os cuidadores possuam estratégias de *coping*, ou seja, tenham a capacidade de se adaptarem a circunstâncias adversas ou potenciadoras de stress, e ainda detenham o apoio de uma equipa multidisciplinar que possa trabalhar com base na comunicação, de forma unida e em prol do bem-estar do utente e da potencialização das AVD's dos mesmos.

Figura 8: Relação de Prestação de Cuidados



De salientar que os cuidadores formais de pessoas idosas com Doença de Alzheimer devem possuir atitudes e competências que os capacitem para conseguirem gerir as perturbações cognitivas e comportamentais dessas pessoas.

Para tal, na seguinte tabela (1) estão presentes algumas características – atitudes e competências, essenciais para a prática de cuidados dos cuidadores formais de pessoas idosas com Doenças de Alzheimer, que fomentam uma prática mais adequada e adaptada às necessidades específicas que cada utente/pessoa com D.A. possua.

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

Tabela 1: Atitudes e Competências de um Cuidador Formal

ATITUDES E COMPETÊNCIAS DE UM CUIDADOR FORMAL DE PESSOAS IDOSAS COM DEMÊNCIA
• Empatia, perseverança, amabilidade, carinho; • Procurar compreender as causas e o significado dos comportamentos; • Atitude reflexiva; • Flexibilidade Comportamental; • Ter expectativas realistas relativamente às capacidades do doente; • Tolerância perante determinados comportamentos; • Fomentar a autonomia e o <i>Empowerment</i>; • Permitir que o idoso perceba que pode controlar a sua vida e o ambiente que o rodeia; • Procurar que o idoso esteja integrado nas atividades quotidianas da Instituição; • Respeito pelo idoso; • Sentido de humor; • Preocupação pelo bem-estar da pessoa; • Desenvolver e manter uma estrutura de apoio emocional; • Capacidade para exprimir os sentimentos e reconhecer as limitações pessoais; • Capacidade para obter sentimentos de satisfação com as atividades inerentes à função de cuidar de uma pessoa com demência; • Criatividade; • Capacidade para analisar e detetar fatores desencadeantes de perturbações; • Capacidade de resolver problemas/ resiliência.

Fonte: Paulos, 2010: 188, adaptado de Castellón & Ferrer, 2004

Contudo, para além de um conjunto de atitudes e competências específicas que um profissional que preste o cuidado formal a pessoas idosas com demência/doença de Alzheimer tenha que possuir para prestar um cuidado adequado e eficaz, e de forma a resumir o que nos parágrafos anteriores foi abordado, um cuidador formal deve:

- Possuir conhecimentos específicos acerca das pessoas que cuida, de forma a prestar um cuidado individualizado e focado nas necessidades da pessoa com demência em questão;
- Estar bem informado relativamente a todos os aspetos relacionados com a situação e condição da pessoa idosas com DA, desde o seu historial, as necessidades específicas que tem, e aos aspetos diários que ocorrem, daí ser essencial uma boa comunicação entre a equipa multidisciplinar que presta o cuidado;
- Não tentar, de forma alguma, substituir a família ou amigos devido à importância que os mesmos têm para estas pessoas, visto serem (na maioria dos casos) as pessoas de referência das pessoas idosas com DA. Porém alguns utentes também têm como pessoas de referência os cuidadores formais.
- Para além de prestar o cuidado ao outro, não se pode esquecer de cuidar de si também, devido à exigência do cuidado, pois se o cuidador não estiver bem, o cuidado pode ficar prejudicado;
- Adotar uma atitude positiva e resiliente, face às situações diárias que vivencia, visto ser uma problemática complicada e difícil de gerir e lidar.

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

- Saber conhecer os seus limites e saber quando pedir ajuda, quando sentir que não detém as capacidades necessárias para resolver determinada situação;

Fonte: redigido com fundamento em Paulos (2010) e Sequeira (2018)

No decorrer do dia-a-dia numa instituição que presta cuidados geriátricos a pessoas idosas com doença de Alzheimer, são diversos os contextos e as situações que ocorrem que desafiam os cuidadores formais no que diz respeito à intervenção que devem pôr em prática.

Para tal, e quando falamos especificamente na Doença de Alzheimer e na forma específica que devemos atuar, existem algumas estratégias que os profissionais, e não só, devem ter em conta de forma a conseguirem prestar os cuidados da forma mais adequada, adaptada e específica a cada pessoa que tenha esta demência.

A seguinte tabela, resume algumas das estratégias a utilizar nos diversos contextos que envolvem as pessoas: comunicação, cuidados pessoais, ocupação do tempo, alterações de comportamento e algumas questões práticas.

Tabela 2: Estratégias colocadas em prática em diversos contextos e situações do dia-a-dia de pessoas idosas com DA

ESTRATÉGIAS COLOCADAS EM PRÁTICA EM DIVERSOS CONTEXTOS E SITUAÇÕES DO DIA-A-DIA DE PESSOAS IDOSAS COM DOENÇA DE ALZHEIMER		
	SITUAÇÕES	ESTRATÉGIAS
COMUNICAÇÃO	COMO AJUDAR	- Ser paciente e proporcionar apoio; mostrar interesse; adotar uma postura tranquilizadora; dar tempo para responder sem interromper; evitar criticar; evitar argumentar; encorajar a comunicação não verbal; reduzir as distrações e os ruídos; focar-se nos sentimentos e emoções;
	COMPORTAMENTOS A ADOPTAR	- Apresentar-se à pessoa, chamar a pessoa pelo nome, utilizar frases curtas e em tom calmo; dar orientações de forma clara; colocar uma questão de cada vez; transformar as questões em respostas; transformar frases negativas em positivas; evitar usar palavras vagas; evitar movimentos bruscos; manter contacto visual; ter cuidado com a postura; evitar surpreender a pessoa; identificar-se quando se aproximar;
CUIDADOS PESSOAIS	BANHO	- Planear o banho com antecedência; escolher um dia em que a pessoa esteja calma; estabelecer uma rotina; preparar todos os materiais necessários antes de iniciar o banho; explicar à pessoa todos os procedimentos a que vai ser sujeita;
	VESTUÁRIO	- Vestir todos os dias à mesma hora para criar uma rotina; incentivar a vestir sozinha; oportunidade de escolha; organizar a roupa pela ordem a ser vestida; dar orientações;
	ALIMENTAÇÃO	- Ambiente calmo e silencioso; mesa de refeições simples; utilizar pratos fundos; ser paciente; utilizar auxiliares de memória para que a pessoa se lembre dos horários das refeições;
	INCONTINÊNCIA	- Estabelecer rotina para levar a pessoa à casa de banho; estar atento a sinais; quando ocorrem acidentes ser compreensivo; garantir que há sempre casas de banho por perto;
OCUPAÇÃO DO TEMPO	ATIVIDADES	- Ter em consideração as aptidões e capacidades da pessoa; tomar especial atenção às atividades que despertam satisfação; averiguar se a pessoa inicia atividades sem um objetivo/sentido; esteja atento a problemas físicos;
	EXERCÍCIO FÍSICO	- Incorporar exercício físico na rotina do dia-a-dia; optar por exercícios que proporcionam satisfação; ser realista; dar espaço e autonomia à pessoa para executar exercícios ao ar livre; elogie a pessoa sempre que realiza um exercício;

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

ALTERAÇÕES DE COMPORTAMENTO	AGRESSÃO	- Identificar a causa do comportamento; foco nos sentimentos; não se chatear; limitar as distrações; desenvolver uma atividade relaxante;
	AGITAÇÃO	- Diminuir a quantidade e complexidade de estímulos; fale devagar e de forma tranquilizadora; diminuir a carga sensorial do ambiente;
	CONFUSÃO	- Permaneça calmo; explicar de forma simples; mostre fotos e objetos que ajudem a recordar;
	QUEIXAS E INSULTOS	- Tentar compreender o que está por detrás das queixas;
	PERGUNTAS REPETITIVAS	- foque-se na emoção e não no comportamento; acalme e distraia a pessoa; dê resposta; aceite o comportamento e incorpore-o na rotina do dia-a-dia;
	ALUCINAÇÕES E DELÍRIOS	- Evite discutir com a pessoa sobre o que ouve e vê; distrair a pessoa; tranquilizar a pessoa; certificar-se que não existam objetos perigosos à mão;
	DEAMBULAÇÃO	- assegure-se que o idoso leva sempre consigo a identificação; guarde fotografias recentes do idoso; aumentar a atividade da pessoa durante o dia;
	DIFICULDADES DE ORIENTAÇÃO	- Reoriente a pessoa no espaço e tempo; chame a pessoa pelo nome preferido; identifique-se; mantenha uma rotina diária; coloque em locais visíveis calendários e relógios;
	AGRAVAMENTO AO ENTARDECER	- Diminuir a atividade dos utentes durante este período do dia e colocá-los num lugar calmo;
	PERTURBAÇÃO DO SONO	- Não deve dormir a sesta; e ter o máximo de atividades possíveis durante o dia; deve de ir à wc antes de se deitar; estabelecer um horário e rotina de ir para a cama;
QUESTÕES PRÁTICAS	SEGURANÇA	- Fechaduras de segurança nas janelas e portas; etiquetas nos medicamentos; manter as divisões arrumadas;
	DIAS FESTIVOS	- Mantenha ou adapte as tradições familiares; motive os familiares e amigos a visitarem a pessoa; evite mudanças de rotina e ambientes estranhos;
	IDAS AO MÉDICO	- Marcar para o momento do dia que a pessoa se sente melhor; não refira a consulta à pessoa até ao dia da mesma;
	VISITAS	- Manter a pessoa calma; estabelecer contacto visual e chamar a pessoa pelo próprio nome; respeite o espaço pessoal da pessoa e não se aproximar demasiado;

Fonte: informação retirada de Paulos, 2010: 189-207

Em suma, podemos concluir que o cuidador de uma pessoa idosa com doença de Alzheimer, é a pedra-chave para o tratamento da mesma e para que esta doença seja vivida de forma mais cuidada e adequada às necessidades que advêm da mesma, visto ser a demência com mais prevalência.

Segundo os autores Alexandre Castro-Caldas e Alexandre de Mendonça (2012), *“o cuidador é a pessoa que mantém as necessidades básicas do doente, que o orienta, que o vigia e que pode ser um instrumento muito valioso no seu tratamento. O cuidador pode, com a atitude apropriada a cada momento, evitar crises de agitação e agressividade do doente, pode ajudar a resolver problemas de insónias, pode fazer estimulação cognitiva, pode reconhecer a presença de doenças concomitantes capazes de induzirem síndromes confusionais agudas.”* (Caldas & Mendonça, 2012: 229). Para tal, é necessário que as instituições invistam na formação da equipa, sobretudo a que diariamente lida com os idosos com doença de alzheimer, visto ser fulcral para que a intervenção seja centrada e pensada em cada caso.

Porém, ainda nos deparamos com uma falta de “investimento” neste tema e área visto implicar, sobretudo, custos para as instituições, continuando a haver ainda uma

escassez ou ausência de oferta formativa para os profissionais; *“a ausência ou insuficiente quadro técnico nas instituições, capaz de assegurar a conceção e execução de planos de formação interna para os funcionários; o reduzido número de efetivos face ao volume de trabalho, o que impede entidades empregadoras de dispensar funcionários para frequência de formação em horário laboral; a fraca motivação dos funcionários para frequência de formação em horário pós-laboral (uma vez que não veem nesse esforço contrapartidas concretas); a fraca sensibilidade dos órgãos de gestão e direções relativamente à importância da formação; a formação vista como despesa e perda de tempo, e finalmente, a carência de programas e de formadores com preparação técnico-pedagógica nesta área.”* (Cardim, 1990 in Sousa, 2011: 29).

Todos estes aspetos, vão obviamente influenciar a qualidade dos cuidados prestados, visto que continuam a ser prestados com base na experiência e naquilo que cada cuidador formal considera ser a abordagem mais correta, havendo disparidades na forma de cuidar não havendo, na maioria das instituições, um modelo comum a seguir por todos os profissionais, tornando as práticas desadequadas e desencontradas, de acordo com a revisão da literatura e de acordo com o que pudemos observar.

De seguida será apresentado o ponto referente ao Serviço Social e à Gestão de IPSS's, destacando a importância da gestão da resposta social de Centro de Dia para pessoas idosas com DA – pessoas relações e recursos e para o Serviço Social e a prestação de cuidados a pessoas idosas com DA

4. O Serviço Social e a Gestão de IPSS's

Neste ponto pretende-se abordar a importância do Assistente Social nas IPSS que prestam apoio a pessoas idosas com demência na medida em que exerce um papel fundamental como potenciador da mudança, dadas as competências profissionais exigidas.

Abordamos ainda a dualidade que a maioria dos Assistentes Sociais enfrentam nestas instituições dado que muitos acumulam igualmente funções de Direção Técnica, deixando a prática e o cuidado direto com as pessoas de lado em prol da gestão das instituições e por fim, abordamos especificamente como se processa a gestão da resposta social de Centro de Dia para pessoas Idosas com DA, enfatizando a gestão de pessoas, relações e recursos.

4.1. Gestão da resposta social Centro de Dia para Pessoas Idosas com DA: pessoas, relações e recursos

Por forma a dar início ao presente ponto, importa, antes demais, definir e enquadrar a resposta social Centro de Dia, para então posteriormente se abordar como se processa a gestão da resposta social de Centro de Dia.

Segundo o Manual de Processos-Chave de Centro de Dia, o mesmo é definido como uma *“Resposta Social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida, visando a promoção da autonomia e a prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento.”*¹⁸. O centro de dia, assume-se nos dias de hoje, uma resposta social de grande importância visto que vem facilitar a gestão familiar na medida em que possibilita apoio a pessoas idosas na ocupação do seu dia-a-dia possibilitada através de uma oferta de serviços de proximidade diversificada, evitando e retardando a integração das pessoas idosas em Lar.

É ainda uma resposta que dá a possibilidade às pessoas para o qual é prestado o serviço, o acesso a novos relacionamentos e elos de ligação – seja com os colaboradores, voluntários, utentes ou pessoas do meio envolvente, sendo essencial que, para além desta relação de extrema importância para o processo relacional dos utentes, a qualidade da intervenção seja uma exigência obrigatória na gestão deste tipo de resposta social.

De forma a haver uma boa utilização das sinergias que existem no contexto de Centro de Dia, no que diz respeito às pessoas, colaboradores, estrutura e funcionamento, é essencial que a intervenção realizada neste equipamento, corresponda a critérios de qualidade como os que de seguida são apresentados, de acordo com aquilo que se encontra descrito no Manual de Processos-Chave do Centro de Dia:

1. Garantir o exercício de cidadania e o acesso aos direitos humanos dos clientes (p.e. autonomia, privacidade, participação, confidencialidade, individualidade, dignidade, igualdade de oportunidades);
2. Respeitar as diferenças de género, socioeconómicas, religiosas, culturais, sexuais dos clientes e/ou pessoas próximas.
3. Respeitar o projeto de vida definido por cada cliente, bem como os seus hábitos de vida, interesses, necessidades e expectativas.

¹⁸ Instituto de Segurança Social, I.P., (2010) Manual de Processos-Chave de Centro de Dia (2ª edição)

4. Transmitir e garantir aos clientes um clima de segurança afetiva, física e psíquica durante a sua permanência na Resposta Social.
5. Estabelecer uma parceria e articulação estreita com o cliente e/ou pessoa(s) próxima(s), a fim de recolherem a informação necessária sobre as necessidades, expectativas, capacidades e competências; coresponsabilizá-los no desenvolvimento de atividades/ações no âmbito dos serviços prestados; participarem na gestão da Resposta Social.
6. Desenvolver os cuidados ao nível da qualidade das relações que o cliente vai estabelecer com todos os intervenientes (colaboradores internos e externos, voluntários, entre outros), para que os clientes possuam segurança e sentimento de pertença, assim como se sintam valorizadas para aderir ao processo de cuidados.
7. Compreender a individualidade e personalidade de cada cliente, para criar um ambiente que facilite a interação, a criatividade e a resolução de problemas por parte destes. Só desta forma o cliente se pode sentir bem no âmbito dos cuidados prestados pela Resposta social. Isto implica:
 - Pensar o cliente como um ser afetivo e ativo, que, independentemente da idade ou situação de dependência, possui um projeto de vida e gosta de ser respeitado na sua maneira de ser e estar. Personalizar os serviços, afigura-se como um imperativo.
 - Dinamizar ações que proporcionem oportunidades para que o cliente possa comunicar os seus sentimentos e pensamento.
 - Criar um ambiente calmo, flexível e responsável que possa ser adaptado aos interesses e necessidades de cada cliente, promovendo o acesso a um leque de oportunidades de escolhas, que lhe permita continuar o seu desenvolvimento individual, de acordo com as suas expectativas.

Fonte: Instituto de Segurança Social, 2010

Quando falamos de uma resposta social adaptada a uma determinada área, como é o exemplo do caso de estudo da presente dissertação – Centro de Dia adaptado a pessoas com Alzheimer, a intervenção deve seguir a mesma lógica acima abordada, porém é necessário que haja uma preparação específica e adaptada à realidade em questão, de forma a que os profissionais consigam lidar com a especificidade e contribuir para o retardamento, neste caso da Doença de Alzheimer, através de atividades de estimulação cognitiva e não só.

Por ser uma realidade específica e uma realidade que cada vez mais exige cuidados específicos e adaptados a cada utente, é essencial que os órgãos de gestão da resposta social Centro de Dia e os colaboradores e auxiliares estejam atentos às necessidades, sobretudo, de quem presta o cuidado mais direto (cuidadores formais), possibilitando momentos de formação, potenciando uma boa relação entre a equipa de forma a evitar conflitos, devido também à exigência que a demência em causa acarreta e tendo um papel ativo no planeamento e organização da intervenção objetivada para a resposta, tendo sempre um olhar holístico sobre todo o meio envolvente à organização, de forma a potenciar uma gestão eficaz, eficiente e sustentável, que vá de encontro com a missão, valores e cultura organizacional.

É, portanto, de extrema importância para a gestão eficaz de uma IPSS – Centro de Dia, que ocorra uma gestão de pessoas e relações adequada à realidade de cada instituição. Segundo Chiavenato (2009), e relativamente ao conceito de gestão de pessoas, existem três aspetos essenciais para a concretização de uma boa gestão: **(1)** cada pessoa é única e tem uma personalidade própria – ou seja, diferentes habilidades, conhecimento e competências necessárias à gestão dos recursos organizacionais; **(2)** cada pessoa tem a capacidade de aprender e de se adaptarem ao mundo em mudança; **(3)** as pessoas fazem parte da organização e por isso devem comprometer-se com a mesma de forma a receber o retorno da sua intervenção através de salários, incentivos, carreira profissional etc. (Chiavenato, 2009, *in* Figueira, 2017: 46).

É ainda importante destacar que não existem instituições se não houver pessoas e as pessoas precisam das instituições para conseguirem viver, dada a sua importância a vários níveis. Por isso, a gestão organizacional deve ser orientada de forma a motivar as pessoas a desenvolverem o seu trabalho, a se envolverem e participarem na tomada de decisão e a potenciar uma cultura organizacional baseada em valores como a confiança, trabalho em equipa, eficácia, profissionalismo, ética, respeito (...).

Os gestores têm que ter a capacidade de gerir equipas e orientá-las a exercerem as funções definidas, alertando para a prática de acordo com a missão e os valores da instituição. Quanto maior for a valorização dos recursos humanos, mais a gestão de recursos humanos/pessoas é influenciada pelas motivações e necessidades dos colaboradores, daí ser essencial dar prioridade à satisfação da equipa visto que são os profissionais que, em instituições de âmbito social, vão prestar os cuidados aos utentes.

Dado que muitas das problemáticas são complexas e exigem muito dos cuidadores formais, é essencial que um gestor acompanhe de perto a relação cuidador

formal – utente, visto que pode por vezes se tornar desgastante e exigente e haja a necessidade de renovar as práticas. (Figueira, 2017).

No contexto específico de um Centro de Dia adaptado a pessoas idosas com doença de Alzheimer é essencial que a equipa seja constituída por uma grande diversidade de áreas, desde Assistentes Sociais (que na sua maioria assumem a direção, ou seja, o papel de gestores), Psicólogos, Animadores Socioculturais, Psicomotricista, Enfermeiros, Médicos, Terapeutas Ocupacionais e Auxiliares de Serviços Gerais/Auxiliares de Ação Direta e ainda outros profissionais que complementem a prática através, por exemplo, da musicoterapia, yoga, educação física, informática (entre outros...).

O ponto que se segue pertence apenas abordar a importância que a área do Serviço Social tem quando falamos na prestação de Cuidados a pessoas idosas com Doença de Alzheimer, dado que em muitas IPSS's são os Assistentes Sociais que assumem os cargos de direção ou de topo hierárquico, daí ser essencial fazermos uma breve abordagem a este tema.

4.2. Serviço Social e prestação de cuidados a pessoas idosas com DA

Dada a evolução demográfica, o envelhecimento tornou-se um desafio que o Serviço Social tem de enfrentar nos últimos tempos, com visão num futuro próximo, pois há consciência, por parte do Serviço Social, que novas e complexas estratégias de intervenção social terão de ser tomadas para dar resposta a esta problemática, que ano após ano reflete a dimensão da problemática e do quão necessário é a intervenção especializada do Serviço Social na área Gerontológica.

Sendo assim, para o cumprimento deste desafio, é necessário que se criem esforços no que toca à consolidação de bases teóricas e metodológicas que levem a melhorar a qualidade da intervenção junto da população idosa, visto que nunca é em demasia, especialmente nesta profissão, obter mais conhecimento pois é uma prática comprometida com os direitos humanos e com a justiça social.

Portanto, o objeto do Serviço Social gerontológico é a pessoa idosa, quer individual, quer coletivamente, que *“em interação com um meio concreto, vive uma situação determinada como necessidade ou como desejo de a melhorar e que quer superar e desenvolver a sua funcionalidade social, cooperando na transformação da situação, das circunstâncias que a geraram, e, sobretudo, desenvolvendo as suas potencialidades numa perspetiva positiva”* (Carvalho, 2013: 179).

Em Julho de 2014, a IFSW e a IASSW concordaram em adotar a seguinte definição de Serviço Social:

“O Serviço Social é uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da Pessoa. Os princípios de justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade são centrais ao Serviço Social. Sustentado nas teorias do serviço social, nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, o serviço social relaciona as pessoas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social. Esta definição de Serviço Social pode ser ampliada ao nível nacional e/ou ao nível regional.”¹⁹

Portanto, face à unicidade e dificuldade que emerge quando se fala no cuidado de pessoas com Doença de Alzheimer, o Assistente Social assume aqui um papel de cuidador formal que promove uma intervenção interdisciplinar, com capacidade de liderança e de gestão de todas as situações e ainda detenha a capacidade de avaliação de situações e de comunicação.

São várias as teorias que sustentam a intervenção que o profissional de Serviço Social pode assumir, contudo, o essencial para que a intervenção tenha sucesso é que o profissional coloque no centro da mesma a pessoa e o seu papel enquanto ator da sua própria vida. Assim sendo, o Assistente Social assume-se como um ator social co-construtor da mudança (Guadalupe, 2009). Para tal, e de acordo com a autora, é essencial que o profissional se “dispa” da condição de técnico, procurando promover uma relação com o utente menos rígida, menos diretiva e mais horizontal em que *“o utente não é um objeto de estudo ou de intervenção, mas sim ator co-envolto no processo de conhecimento”* (Fruggeri, 1987 in Guadalupe, 2009).

O Assistente Social, e segundo Amaro (2015), apresenta diversas funções que constituem o seu perfil profissional: relacionais, de acompanhamento, assistenciais, políticas, técnicas e operativas e reflexivas. (Amaro, 2015: 139 in Vieira, 2019: 14).

Ainda de acrescentar, e de acordo com Amaro (2015), *“a característica da relação remete para a mediação que o Assistente Social faz entre sujeitos, entre profissões, entre instituições e entre elementos de cada um destes grupos; cabe, efetivamente, a este profissional a articulação destes diferentes níveis de relação, sendo que o nível interpessoal se constitui como parte integrante do processo de intervenção profissional”* (Amaro, 2015: 144).

¹⁹ Definição retirada do site do espaço do Assistente Social: <https://www.eas.pt/servico-social/>

Segundo Pardeck, Murphy e Choi (1999), *“os utentes não devem ser apenas consultados recorrendo ao uso de planos de intervenção individualizado, mas fornecem também o contexto interpretativo que se exige para determinar a natureza do problema apresentado, para uma intervenção adequada ou para obtenção de um resultado positivo da intervenção. Esta é uma intervenção verdadeiramente centrada no utente.”* (Guadalupe, 2009).

Para tal é necessário que haja um grande trabalho de escuta e de diálogo – competências profissionais de um AS (Santos, Albuquerque & Almeida, 2013), não só com a pessoa idosa, mas também com os familiares que assumem, na maior parte dos casos, o papel de maior sobrecarga dos cuidados e que, por isso mesmo, precisam de ferramentas, informação básica sobre a DA, formação em cuidados, “estratégias de coping” para lidarem com a mudança de “papéis”, precisam de adquirir formas de como comunicar com o seu familiar doente de Alzheimer, para que consigam gerir o dia-a-dia da doença e consigam adequar as suas vidas à mudança inevitável que a DA acarreta consigo.

O papel do Assistente Social é, portanto, o de criar condições para que a relação entre as pessoas e o meio envolvente se estabeleça, através da *“articulação com os indivíduos, as famílias, as redes de apoio, os stakeholders na comunidade”* (Santos, Albuquerque & Almeida, 2013). O profissional de Serviço Social é um elemento essencial no processo de mudança social e bem-estar do utente.

Segundo Maria Inês Amaro (2012), o Assistente Social é considerado *“como agente de mudança, não só das sociedades, mas também das vidas dos indivíduos, das famílias e das comunidades, construindo para isso um sistema integrado de valores, teoria e práticas”* (Amaro, 2012: 69). Valores como a justiça social, democracia e a dignidade humana que formam a base de toda a intervenção do profissional e que potenciam o empoderamento das pessoas, através de um caminho de ajuda na satisfação das necessidades e desenvolvimento das capacidades individuais da pessoa, através de uma abordagem holística, integral e centrada na pessoa. (Amaro, 2012).

Contudo, o mundo contemporâneo traz com ele novos e complexos problemas sociais que, segundo Iamamoto (1996):

“atribuem um perfil mais perverso à questão social e que afetam o Serviço Social em dois níveis fundamentais: ao nível do campo profissional, a profissão é chamada a responder a novas problemáticas e a reposicionar-se em termos de projetos sociais defendidos; ao nível da carreira profissional, os próprios Assistentes Sociais ficam sujeitos às pressões da competitividade e do

individualismos (que apelam para um perfil cada vez mais técnico e instrumental e cada vez menos político)” (Amaro, 2012: 70)

Os cargos de Direção Técnica das IPSS's e demais respostas sociais, são nos dias de hoje, maioritariamente ocupadas por Assistentes Sociais, apesar de academicamente não ser abordado este assunto, assumindo que a profissão é abrangente, ampla e generalista. *“Sendo as direções técnicas das IPSS ocupadas maioritariamente por profissionais de SS, os seus atributos como assistentes sociais são subalternizados, daí o desempenho como diretor(a) técnico(a) não poder ser vinculado às suas competências profissionais.”* (Carvalho, 2013: 31).

Assim, é essencial que nas instituições e nas respostas sociais de apoio a pessoas idosas, e não só, o exercício profissional do AS/Diretor(a) Técnico(a) seja dividido em duas funções essenciais: a gestão de instituições – competência do DT, e a intervenção no terreno – ou seja, o cuidado direto com os utentes, como competência essencial para a prática de um AS. Desta forma, evitamos que as competências essenciais e específicas do AS se anulem face à gestão da resposta social, na medida em que se houver equilíbrio e uma boa gestão o profissional consiga fazer face aos objetivos de intervenção.

Portanto, é fulcral que o profissional de Serviço Social, considere diariamente a importância de procurar se informar sobre as mudanças que vão ocorrendo e tente se adaptar à realidade do momento, de forma a pôr em prática formas de intervir adaptadas e específicas para as pessoas destinatárias da sua intervenção. Quando falamos de utentes com doença de Alzheimer a aprendizagem e adaptação, por parte do Assistente Social, tem de ser constante devido às implicações que esta doença exerce.

“A natureza do Serviço Social baseia-se numa prática estruturada, que assenta em teorias, métodos, técnicas, princípios e valores. O Serviço Social situa-se entre o mundo da vida e o mundo dos sistemas e requer uma prática comunicativa” (Habermas, 1987 in Carvalho & Pinto, 2014: 440).

É através da intervenção do Assistente Social que a relação com o utente acontece, sendo essencial que seja uma relação de ajuda individualizada e centrada na pessoa. Para tal, a intervenção na área das demências deve ser pautada por uma abordagem centrada na pessoa, dada a especialização necessária no cuidado destas pessoas.

Segundo C. Rogers, o profissional deve ser capaz de *"ver através dos olhos da outra pessoa, perceber o mundo tal como lhe aparece, aceder, pelo menos parcialmente, ao quadro de referência interno da outra pessoa"* (Santos, 2004: 19). É através da empatia e da ajuda que o profissional é capaz estabelecer a relação com o utente, e é através dela (empatia) que é possível intervir de forma centrada na pessoa.

"A relação de ajuda é uma relação interpessoal que se concretiza através do relacionamento entre duas pessoas ou mais e onde ambas as partes agem uma sobre a outra." (Garcia & Romero, 2012 in Carvalho & Pinto, 2014)

É após esta relação empática e de ajuda, essencial para a intervenção realizada, que se procede à construção do diagnóstico social, onde o Assistente Social deve definir objetivos e estratégias de intervenção, de acordo com as preferências e necessidades específicas de cada utente.

Especificamente com a intervenção com pessoas idosas com DA e as suas famílias, o Assistente Social *"baseia-se numa intervenção individualizada, a qual assente numa relação de ajuda (intervenção direta e intervenção indireta), pois o Serviço Social desenvolve o trabalho mediante o uso de relações pessoais em que as pessoas, através das redes sociais de apoio, aprendem a ajudar-se a si mesmas"* (Caparrós, 1992 in Carvalho & Pinto, 2014: 441)

Ainda de destacar o conceito de *empowerment*, que segundo Carvalho e Pinto (2014), a sua aplicação na intervenção do SS *"parte do pressuposto de que por muito que a situação física/psíquica da pessoa com demência esteja muito debilitada, o utente é sempre um ser humano, sujeito provido de direitos e deveres, a quem não deve ser negada a possibilidade de fazer as suas opções quanto ao atendimento e apoio que necessita, gostaria e tem direito a que seja garantido."* (Carvalho & Pinto, 2014: 442). De ressaltar que este *empowerment* deve ser dirigido tanto à pessoa com demência como aos seus cuidadores, familiares e amigos.

Outro aspeto a destacar como essencial na prática do Serviço Social com pessoas com demência é a relação de colaboração multidisciplinar e o trabalho em rede.

"No trabalho com pessoas com demência é de extrema importância que a equipa seja multidisciplinar e que dela façam parte médicos de família e especialistas, enfermeiros, psicólogos, neuropsicólogos, juristas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, gerontólogos, entre outros" (Carvalho & Pinto, 2014: 442).

Nesta relação multidisciplinar o papel do Assistente Social é essencial para o sucesso da intervenção da restante equipa, na medida em que o contributo do AS passa

por realizar um relatório e diagnóstico social da situação do utente, de forma holística e geral de modo a compreender mais a fundo e a adquirir o máximo de aspetos relevantes para a prática com determinado utente.

Concluindo, cabe aos Assistentes Sociais terem um olhar atento sobre esta problemática e estarem alerta relativamente à necessidade emergente de haverem mais respostas que garantam o apoio a todos os familiares e pessoas que se encontram nesta situação de fragilidade e de doença, sendo o profissional de SS o principal responsável pela garantia dos direitos e da dignidade das pessoas com DA e das suas famílias, enquanto agente mobilizador e interventor para a mudança. (Carvalho & Pinto, 2014: 448)

5. Benchmarking: Boas Práticas no Tratamento de Práticas na Doença de Alzheimer

De forma sucinta reunimos os principais contributos do que consideramos serem boas práticas de cuidados com fundamento na revisão da literatura e nas experiências aqui identificadas (ver tabela 3).

Relativamente às boas práticas destacadas a nível Nacional: a Associação Alzheimer Portugal; e projetos: Cuidar Melhor, Participação de Pessoas com Demência, Informar e Apoiar Mais, Café Memória) importa destacar os seguintes fatores, presentes da prática e intervenção das mesmas:

- 1. *Princípios e Valores:*** Respeito absoluto pelos direitos fundamentais à liberdade e autodeterminação, abordagem centrada na Pessoa com Demência; Respeito pela dignidade humana e personalização da intervenção
- 2. *Atitudes e comportamentos de estimulação da Pessoa DA:*** Maximizar o funcionamento cognitivo da pessoa, bem como ajudá-la no processo de adaptação à doença através da ocupação e do envolvimento social e cultural; Impacto positivo para as pessoas com demência ao nível da prestação de cuidados de forma mais adequada; Exercer um papel ativo na defesa da Doença de Alzheimer: na promoção dos direitos de doente e cuidadores
- 3. *Práticas relacionais:*** Individação e personalização - Inovador e com preocupação em especificar cada caso/situação como única e específica; Interação entre as pessoas com experiências semelhantes, potenciando as atividades de grupo e companheirismo; Valorização do enriquecimento mútuo, partilha, aprendizagem

4. *Práticas ocupacionais e formativas:* Intervenção Multidisciplinar: complementaridade dos saberes profissionais; Promover a partilha das melhores práticas; Promover atividades culturais e recreativas de integração e valorização das emoções e sentimentos; Atendimento telefónico e atendimento presencial, com esclarecimento de dúvidas e apoio personalizado em tempo útil; Realização de sessões de grupo e apoio psicológico aos cuidadores; Locais de encontro com partilhas de experiências e suporte múltiplo; Apoio e valorização das competências dos familiares e cuidadores formais; Realizar ações de formação e encontros de partilha de experiências; Realizar campanhas nacionais de informação e divulgação de direitos das PIDA; Incentivar e contribuir para a definição e concretização do Plano Nacional para apoiar pessoas com demência ou doença mental.

A nível internacional, o Centro Alzheimer – Fundação Rainha Sofia pauta a sua intervenção de acordo com três principais eixos, que juntos constituem três áreas fundamentais de trabalho:

1. *Investigação:* desenvolver mais estudos e investigações sobre a temática de forma a conhecer mais informações importantes sobre a área de intervenção; valoriza a aprendizagem e a partilha de conhecimentos; unidade de investigação;
2. *Formação:* valoriza a formação como elemento essencial para a prática, de forma a renovar as formas de intervir; centro de formação especializado em demências;
3. *Serviço Assistencial:* presta serviços de apoio e cuidado de longa permanência direcionado às pessoas idosas com DA; complexo assistencial de referência no Alzheimer; residência de estadia permanente e centro de dia, e vagas para descanso familiar.

Ao longo da pesquisa bibliográfica, este Centro sediado em Espanha, destacou-se dado os serviços de qualidade que presta, englobando, no mesmo espaço, todas as áreas absolutamente necessárias para que se prestem serviços de qualidade e específicos para a população com que se trabalha.

É uma instituição de exemplo, dada a intervenção que realiza, e deveria ser replicada, sobretudo em Portugal devido às escassas respostas existentes para prestar apoio direcionada às demências e tão completas no âmbito da sua intervenção quanto a Fundação Rainha Sofia.

Assim sendo, é essencial cada vez mais procurarmos identificar boas práticas que facilitem e potenciem a intervenção em determinadas áreas de atuação, sendo que o êxito da intervenção *“depende da qualidade de uma cultura de pensamento e ação, ao*

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

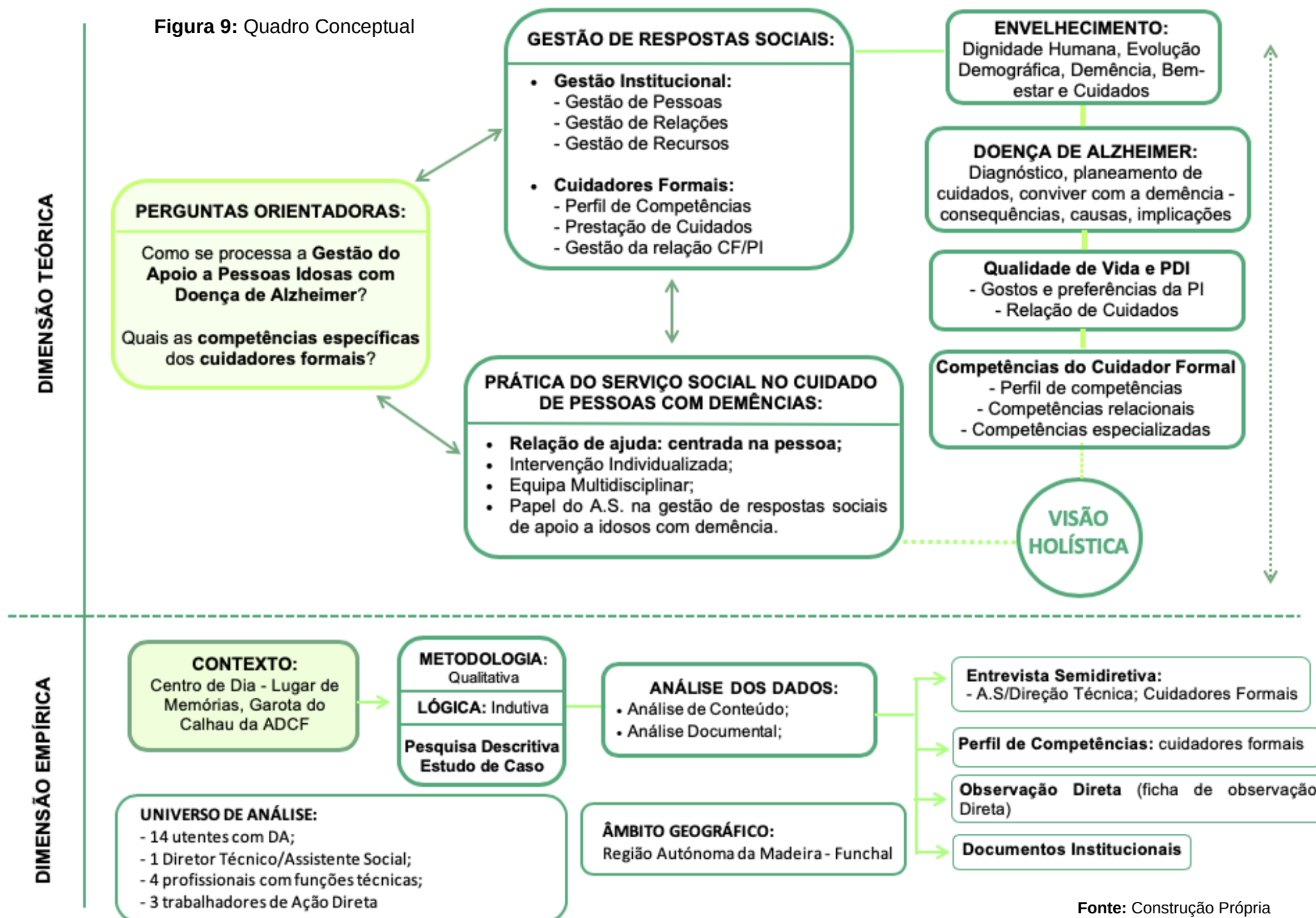
nível institucional e pessoal, traduzida na conceção e concretização de boas práticas, a todos os níveis” (Instituto de Segurança Social, I.P, 2005)

Uma atuação humanizada, personalizada e que tenha em conta as necessidades individuais e específicas de cada utente, colocando o utente ou a pessoa idosa como o centro de toda a intervenção, olhando para o mesmo de forma holística, são característicos de uma boa prática e contribuem para que seja uma resposta pautada pela excelência e qualidade.

Tabela 3: GUIA DE BOAS PRÁTICAS – BENCHMARKING – ÁREA DA DEMÊNCIA/ALZHEIMER			
PROJETO/ORGANIZAÇÃO	LOCAL	OBJETIVOS E FINALIDADES	POTENCIALIDADES
NACIONAIS			
PROJETO – CUIDAR MELHOR	Portugal	Contribuir para a inclusão e promoção dos direitos das pessoas com demência, bem como para o apoio e valorização dos familiares e profissionais que lhes prestam cuidados.	- Intervenção Multidisciplinar - Valores: parceria, respeito pela dignidade humana e personalização da intervenção - Cafés Memória
ASSOCIAÇÃO ALZHEIMER PORTUGAL	Portugal	- Sensibilizar para a urgência de um Plano Nacional Alzheimer; - desenvolver campanhas nacionais e locais de informação sobre a doença; - desenvolver ações de formação para cuidadores; criação de serviços e equipamentos modelo com vista à aprendizagem e partilha das melhores práticas;	- Exerce um papel ativo na defesa da Doença de Alzheimer: doente e cuidadores - Princípios: respeito absoluto pelos direitos fundamentais à liberdade e autodeterminação, abordagem centrada na Pessoa com Demência; - Revista Alzheimer
Projeto - Promoção da Participação das Pessoas com Demência (projeto cofinanciado pelo INR)	Portugal	- Promove o acesso de pessoas com demência a atividades de promoção e integração sócio cultural. - Realização de sessões de grupos de suporte/apoio psicológico com vista ao <u>acompanhamento dos cuidadores</u>;	- Maximizar o funcionamento cognitivo da pessoa, bem como ajudá-la no processo de adaptação à doença através da ocupação e do envolvimento social e cultural.
Projeto “Informar e Apoiar Mais” (financiado pelo INR e pela Fundação EDP)	Portugal	- Serviço base de atendimento telefónico nacional com atendimentos presenciais e consultas de apoio psicológico. Procura dar resposta imediata aos pedidos de informação de todos os que a contactem (incluindo as pessoas com demência);	- Impacto positivo para as pessoas com demência ao nível da prestação de cuidados de forma mais adequada; - Inovador e com preocupação em especificar cada caso/situação;
CAFÉ MEMÓRIA (iniciativa da Associação Alzheimer Portugal e da Sonae Sierra)	Portugal	- Local de encontro destinado a pessoas com problemas de memória ou demência, bem como aos respetivos familiares e cuidadores, para partilha de experiências e suporte mútuo.	- Interação entre as pessoas com experiências semelhantes; - Participação em atividades - Realização de “Cafés Memória” em todo o país; - Enriquecimento, partilha, aprendizagem;
INTERNACIONAIS			
CENTRO ALZHEIMER – FUNDAÇÃO RAINHA SOFIA	Espanha	- Primeiro centro de atendimento de longa permanência, em Espanha, dedicado à doença de Alzheimer; - Neste centro aborda-se a doença de Alzheimer a partir de três prismas complementares: investigação, formação e serviço assistencial para os doentes.	- Centro que se preocupa com todas as vertentes necessárias ao Alzheimer: investigação (conhecer mais), formação (aprender mais) e serviço assistencial (cuidar mais e melhor); - Único Centro em Espanha direcionado para o Alzheimer;

Fonte: Construção Própria com fundamento na revisão da literatura

Figura 9: Quadro Conceptual



CAPÍTULO II – QUADRO METODOLÓGICO

No presente capítulo da dissertação serão apresentadas as opções metodológicas que constituíram a base da investigação que foi desenvolvida. De destacar a figura 8 - quadro conceptual, acima representado, que evidencia de forma geral os pontos essenciais abordados na dimensão teórica e os pontos essenciais da dimensão empírica, de seguida abordada, servindo como linha orientadora para a estruturação da presente dissertação.

Sinteticamente, a abordagem metodológica escolhida para este estudo foi a metodologia qualitativa, seguindo uma lógica indutiva através de um estudo de caso. Pretendeu-se compreender com este estudo como é que é gerido o apoio a pessoas idosas com Doença de Alzheimer, ou seja, como é que a prestação de cuidados é realizada, desde a prestação de cuidados direta até à gestão por parte da direção.

A recolha de informação foi realizada através de entrevistas semidiretivas aos membros da equipa que lida diretamente com os utentes de uma IPSS – Centro de Dia “Lugar de Memórias”, da análise documental e através da observação Direta. Com este estudo, pretendeu-se essencialmente demonstrar a realidade vivida num Centro de Dia específico que presta o cuidado a pessoas idosas com Doenças de Alzheimer e que desafios e dificuldades são sentidos pelos cuidadores formais, contribuindo para alertar para a importância de haver uma boa gestão para que exista qualidade nos serviços que são prestados.

1. Metodologia de Investigação

A metodologia utilizada nesta investigação foi a metodologia qualitativa, através de uma lógica hipotético-indutiva, ou seja, partiu do particular para o geral. Assentou num paradigma holístico-indutivo, visto que procurou interpretar o fenómeno/problema através dos dados facultados pelos intervenientes e do significado que os mesmos atribuíram à situação em si.

Esta metodologia é utilizada sobretudo para descobrir e refinar as questões de pesquisa e *“utiliza coleta de dados sem medição numérica para descobrir ou aperfeiçoar questões de pesquisa e pode ou não provar hipóteses em seu processo de interpretação”* (Sampieri, R., Collado, C. & Lucio, P., 2006: p. 5). Este tipo de investigação considera ainda que existe uma *“relação dinâmica entre o mundo real e o*

sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números.” (Reis, 2010: 63)

Tendo em conta o fio condutor seguido nesta investigação, considerou-se ser uma pesquisa descritiva – *“visa a descrição do fenómeno em estudo, a especificação dos conceitos decorrentes do mesmo e a elaboração de um quadro conceptual que, (...) serve de ligação entre os conceitos e a sua descrição.” (Reis, 2010: 61)* mas também uma pesquisa exploratória *“(...) fazem-se estudos no terreno, em contacto com situações reais, baseando-se na observação. Visa proporcionar maior familiaridade com o problema em estudo, com vista a torná-lo explícito ou a construir as hipóteses. (...) assume em geral as formas de pesquisas bibliográficas e casos de estudo. Este tipo de pesquisa estuda a relação entre fenómenos com o objetivo de verificar, ou não, a relação de causalidade entre eles.” (Reis, 2010: 62).*

Ainda de destacar que, para além de uma pesquisa descritiva, a presente investigação seguiu a lógica de um estudo de caso, que no seguinte ponto será abordado em maior pormenor.

1.1. Estudo de Caso

A presente investigação realizou-se através de um estudo de caso, sendo que o mesmo consiste *“numa investigação de uma organização ou de um grupo de forma a responder às interrogações sobre um fenómeno ou um acontecimento.” (Reis, 2010: 111).*

Surgiu a necessidade de recorrer ao estudo de caso, na medida em que se pretendeu compreender em mais profundidade um determinado contexto e um determinado fenómeno social, de forma a *“preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real, tais como, ciclos de vida individuais ou processos organizacionais. E também permite extrair relações entre variáveis e verificar hipóteses através da análise completa que produz.” (Reis, 2010: 111).*

O estudo de caso é uma *“investigação empírica (Yin, 1994) que se baseia no raciocínio indutivo (Gómez et al., 1996) que depende fortemente do trabalho de campo (Punch, 1998), que não é experimental (Ponte, 1994) que se baseia em fontes de dados múltiplas e variadas (Yin, 1994). (Coutinho, 2014: 336)*

Segundo Yin (1994), o estudo de caso é a estratégia mais adequada a adotar quando queremos descobrir o porquê? e o como? de acontecimentos sobre o qual o investigador tem pouco ou nenhum controlo. (Coutinho, 2014: 335).

Uma das características que melhor caracteriza e distingue esta abordagem metodológica é o *“facto de se tratar de um plano de investigação que envolve o estudo intensivo e detalhado de uma entidade bem definida: o caso”* (Coutinho & Chaves, 2002: 223). As autoras ainda referem que quase tudo pode ser considerado um caso – um indivíduo, um personagem, um grupo pequeno, uma organização, uma comunidade ou uma nação.

Um estudo de caso distingue-se pela sua particularidade, dado que se distingue das restantes abordagens metodológicas. Segundo Yin (1989), *“o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro de um contexto de vida real, quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são claramente evidentes, e no qual são utilizadas múltiplas fontes de evidência”* (Amado, 2014: 125).

No presente estudo de caso, e tal como a própria denominação o indica, procurou-se examinar o caso (Centro de Dia Lugar de Memórias) *“em detalhe, em profundidade, no seu contexto natural, reconhecendo-se a sua complexidade e recorrendo-se para isso todos os métodos que se revelem apropriados”* (Yin, 1994; Punch, 1998; Gomez, Flores & Jimenez, 1996 in Coutinho & Chaves, 2002: 223). Ainda de destacar que a finalidade da investigação é sempre holística – sistémica, ampla e integrada, ou seja, *“visa preservar e compreender o “caso” no seu todo e na sua unicidade”* (Coutinho & Chaves, 2002: 223).

Os autores afirmam ainda que *“o estudo de caso não é uma metodologia específica, mas uma forma de organizar dados preservando o carácter único do objeto social em estudo”* (Yin, 1994; Punch, 1998; Gomez, Flores & Jimenez, 1996 in Coutinho & Chaves, 2002: 223).

O estudo de caso é de cariz descritivo, através de “descrições compactas” (thick description) do caso (Mertens, 1998: 161 in Coutinho & Chaves, 2002: 223), o que não impossibilita que possam ter *“um profundo alcance analítico, interrogando a situação, confrontando-a com outros casos já conhecidos ou com teorias existentes, ajudando a gerar novas teorias e novas questões para futura investigação”* (Ponte, 1994: 4 in Coutinho & Chaves, 2002: 223).

1.2. Campo Empírico de Observação - Centro de Dia “Lugar de Memórias”: Garouta do Calhau, ADCF

O Centro de Dia “Lugar de Memórias”, criado em novembro de 2017, é uma valência da Associação de Desenvolvimento Comunitário do Funchal, especificamente constituída para promover a qualidade de vida das pessoas com demência e dos seus cuidadores.

Resulta de uma parceria entre a Associação de Desenvolvimento Comunitário do Funchal (Garouta do Calhau), a Associação Alzheimer Portugal – Delegação da Madeira e o Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM.

Dado ser uma valência da ADCF, importa fazer referência às finalidades estatutárias da Associação. É um Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos, de utilidade pública, fundada em Março de 2003. Nasceu da necessidade de responder às situações problemáticas subjacentes à existência de grupos sociais vulneráveis e pretende implementar Projetos de Intervenção Social Intergeracional na comunidade, através da dinamização de atividades adequadas à população alvo.

No intuito de promover estes projetos, a ADCF impulsionou a dinamização de seis Centros Comunitários, nomeadamente: Murteiras, Viveiros, Quinta Falcão, Romeiras, Santo Amaro e Várzea inseridos em Bairros Sociais, no Concelho do Funchal.

Com o intuito de alargar o seu campo de intervenção, a ADCF investe na promoção de projetos a nível regional, direcionados a crianças, jovens, adultos, idosos, técnicos e população em geral, desenvolvendo as seguintes atividades:

- Promove a integração e o desenvolvimento social de grupos sociais mais desfavorecidos e em situações de risco;
- Promove a articulação entre as várias instituições locais com vista a uma melhor rentabilização dos recursos da sociedade e a garantia de um processo de desenvolvimento integrado nas comunidades locais;
- Implica a população por forma a que esta desenvolva uma atitude participativa e consciente dos seus problemas, necessidades e competências;
- Implementa, colabora e acompanha programas e projetos de âmbito local, que visem a formação, educação, ocupação de tempos livres e animação sociocultural das populações mais desfavorecidas.

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

Relativamente ao Centro de Dia “Lugar de Memórias”, localiza-se no mesmo espaço que o Centro Comunitário da Várzea, no Bairro da Nazaré. Direciona a sua intervenção para 14 pessoas idosas com demência e rege-se pelos princípios que constam no regulamento interno acordado entre as entidades parceiras (ADCF, Associação Alzheimer Portugal e ISS, IP-RAM):

- Respeito absoluto pelo direito à autodeterminação da Pessoa com demência e abordagem centrada na pessoa, adotando uma perspetiva holística da pessoa, com respeito pela sua história, pelo seu contexto social e cultural, pelas suas emoções, desejos e vontades.

Tem como princípios o respeito absoluto pelo direito à autodeterminação da Pessoa com Demência e a Abordagem Centrada na Pessoa, ou seja, uma perspetiva holística da Pessoa, com respeito pela sua história, pelo seu contexto social e cultural, pelas suas emoções, desejos e vontades.

Destaca-se o papel da Delegação da Madeira, da Associação Alzheimer Portugal na assessoria técnica ao Centro de Dia, cuja especificidade de serviços disponibilizados requer conhecimento e competências diferenciadas na área da demência, a fim de serem facultados apoios qualificados e dignificantes das pessoas que frequentam a estrutura.

Neste sentido, os utentes beneficiam de várias formas de intervenção, realizadas por uma equipa multidisciplinar, que promovem a ocupação e o bem-estar dos utentes, definindo atividades adequadas às suas capacidades, interesses e necessidades individuais, com vista ao retardamento da progressão da doença e à manutenção da qualidade de vida e da autonomia da pessoa.

A intervenção do Centro de Dia Lugar de Memórias tem como objetivo primordial a prestação de cuidados a pessoas com demência, incluindo, entre outros, a estimulação motora, sensorial e cognitiva; a facilitação do envolvimento em atividades estimulantes e prazerosas; a promoção da saúde e bem-estar; a estimulação da comunicação/ interação; o desenvolvimento do sentido de autoeficácia e autonomia; a estruturação de hábitos e rotinas; a prevenção de défices e deformidades e a promoção do envolvimento das famílias.

A estimulação é sempre adaptada ao grau de autonomia de cada utente, desde a estimulação sensorial, até à estimulação das capacidades cognitivas e físicas. É dada relevância a uma relação calorosa e afetuosa, onde está sempre presente um contacto físico securizante, com vista ao conforto do utente.

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

Com base nas atividades significativas para cada um, é criado um plano terapêutico de estimulação adequado às suas capacidades. De acordo com o plano, são promovidas diversas atividades pelos técnicos, tais como:

Tabela 4: Atividades desenvolvidas em contexto de Centro de Dia

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE CENTRO DE DIA
• Estimulação Cognitiva Individual e Grupo/ Reminiscência • Atividades de Orientação para a Realidade • Sessões de Snoezelen (Estimulação Multisensorial e Relaxamento) • Sessões de Movimento • Treino de AVD's e AVDI's • Enfermagem • Atividades Expressivas • Cuidados de Imagem • Atividades de Culinária • Atividades de Jardinagem Terapêutica • Atividades de Música • Atividades com Audiovisuais • Jogos de Mesa/ Dinâmicas de Grupo • Atividades Intergeracionais • Sessões de Ioga • Passeios no exterior e Visitas • Encontros de Cuidadores • Aniversários e Comemorações de épocas festivas

Fonte: Construção Própria com base na informação recolhida dos documentos institucionais

O trabalho realizado no Centro de Dia é desenvolvido por uma equipa constituída por profissionais da área da Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Psicomotricidade, Enfermagem e Animação, o que permite uma abordagem multidisciplinar. Fazem ainda parte da equipa o Motorista e as Ajudantes de Ação Direta, que diariamente prestam um apoio determinante para a qualidade de vida dos utentes, e merecem uma especial atenção por parte da equipa técnica sendo diário o seu acompanhamento e supervisão, de forma a se garantir a sua motivação e qualidade dos serviços prestados. O CD conta ainda com o apoio de outros colaboradores da Associação e voluntários.

1.3. Universo de Análise

Segundo Reis (2010), *“a população-alvo, ou o universo alvo, designa a totalidade dos indivíduos que possuem as mesmas características ou partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios, isto é, toda a população que o investigador está interessado em pesquisar.”* (Reis, 2010: 75)

Assim sendo, numa análise qualitativa os participantes na investigação são o conjunto de pessoas que pelas suas características específicas permitem responder às questões de investigação de acordo com a definição do objeto de estudo.

De acordo com o esquema da dimensão empírica, o universo de análise abrangido nesta investigação foram no total 8 membros da equipa (cuidadores formais) do Centro de Dia e 14 utentes com DA.

1.4. Técnicas e Instrumentos

Quando o investigador chega ao momento da escolha dos instrumentos de recolha dos dados, deverá tentar responder às seguintes questões: *“Que tipo de informação deve ser recolhida? Qual a profundidade da mesma? Qual a melhor forma de obter essa informação? Oral e/ou Escrita? A informação que procura tem uma finalidade imediata ou destina-se à tomada de decisões a longo prazo?”* (Reis, 2010: 78).

Segundo Reis (2010), a definição dos instrumentos de recolha dos dados depende sempre dos objetivos definidos para a investigação e do universo de análise de investigação. A autora afirma ainda que, quando a investigação pressupõe um estudo de caso, devem ser utilizados diversos instrumentos de recolha de dados por forma a que os resultados sejam convenientes, utilizando desde a observação, a experimentação à análise de documentos.

Na presente investigação utilizou-se como técnicas e instrumentos de investigação: a entrevista semidirigida²⁰, análise documental e a observação direta, como meio para alcançar os resultados obtidos com esta investigação.

No que diz respeito à observação, é de referir que *“a observação científica não é a simples observação dos fenómenos”* visto que a ciência não observa simplesmente os fenómenos, a ciência formula problemas sobre os mesmos. (Reis, 2010: 79). A observação pode ser de três tipos: observação direta, observação participante e observação não participante. A observação utilizada nesta investigação foi a observação direta visto que *“propõe o estudo de factos aproveitando a dinâmica do local em termos materiais e humanos”* (Reis, 2010: 79).

No que concerne à análise documental é de referir que os documentos são uma *“ferramenta utilizada na procura de elementos para o enriquecimento da dissertação de mestrado, que serão fonte de inspiração para a elaboração de diretrizes, no sentido de uma argumentação que viabilize a utilização de dados e informação.”* (Reis, 2010: 80)

²⁰ Guiões das Entrevistas em anexo 2;

Portanto, este instrumento serviu para complementar a informação obtida pelos outros instrumentos de investigação, utilizando toda a informação retirada dos documentos pertinente para a investigação. Na condição de estudo de caso, a utilização da análise documental permite a valorização de evidências vindas de outras fontes, sendo importante saber qual o objetivo dos documentos e a quem se destinam.

Relativamente à entrevista, é de referir que são várias as formas de descrever e classificar os vários tipos de entrevista que existem. Porém, e com auxílio aos vários autores que abordam o tema, a entrevista semi-diretiva (ou semi-estruturada) foi o tipo de entrevista posto em prática nesta investigação (Reis, 2010).

Neste tipo de entrevista o entrevistador segue, de forma aleatória, um conjunto de questões que provêm de um quadro teórico pré-estabelecido. Os intervenientes, neste tipo de entrevista, assumem um papel ativo, introduzindo alguma dinâmica, contribuindo para que o discurso e o pensamento do entrevistado possam “*ser interrompidos com uma ou outra questão, de modo a balizar a informação que se pretende recolher*” (Reis, 2010: 86). Ainda de acrescentar que uma das vantagens deste tipo de entrevista é que se pode juntar perguntas abertas com perguntas fechadas e permite ainda a comparação entre respostas devido à sua abordagem muito completa.

Contudo, e devido ao facto de não ter sido possível encontrar um momento para entrevistar todos os elementos da equipa do CD Lugar de Memórias presencialmente, algumas das entrevistas tiveram que ser enviadas em formato escrito por e-mail.

O Diário de Bordo, apesar de pessoal, assumiu um papel muito importante nesta investigação no sentido em que foi registado tudo o que foi sentido e observado durante o período passado no CD, facilitando a interpretação e análise de dados.

1.5. Tratamento e Análise de Dados

O tratamento e análise de dados diz respeito à “*tentativa de evidenciar as relações existentes entre o fenómeno estudado e outros fatores*” (Reis, 2010: 106). Nesta fase o objetivo é verificar se os dados e as informações obtidas conseguem confirmar as hipóteses formuladas, na medida em que se pretende compreender e perceber se os resultados observados correspondem aos resultados esperados (Reis, 2010: 106).

A análise de conteúdo, segundo Bardin (2009), é “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens*” (Bardin, 2009: 44 in Mestre, 2015: 71).

O tratamento dos dados na presente investigação foi realizado através da análise de conteúdo, com a realização de uma análise descritiva, através de uma análise temática e de uma análise categorial e, de seguida, uma análise explicativa de forma a tentar encontrar explicação para os dados e resultados obtidos através das entrevistas e da observação direta. A análise de conteúdo pressupõe que se analise as respostas obtidas, neste caso através da entrevista semi-diretiva, de modo a encontrar indicadores, dimensões, categorias de análise que permitam a interpretação dos dados recolhidos.

Após a realização das entrevistas aos 8 elementos da equipa do CD, as respostas obtidas foram transcritas, tendo sido feita primeiramente uma análise descritiva – primeiro analisou-se individualmente cada entrevista, e posteriormente realizou-se uma análise categorial onde se cruzaram as respostas das várias entrevistas e se enquadraram em categorias e dimensões comuns a todos os entrevistados, formando a descrição e apresentação dos resultados. Por fim, analisou-se os dados obtidos e procurou-se explicar os motivos e causas dos dados obtidos.

Importa ainda referir que, de forma a avaliarmos se os objetivos definidos foram ou não alcançados, e se todas as perguntas realizadas obtiveram resposta recorreremos às hipóteses de investigação definidas no âmbito do projeto de investigação e que neste cenário foram fundamentais para relacionarmos as respostas obtidas nesta fase de análise dos resultados.

Portanto, as hipóteses definidas como linha orientadora para a investigação realizada foram as seguintes:

1. A prestação de cuidados a Pessoas idosas com Doença de Alzheimer exige uma formação específica e especializada por parte dos cuidadores formais/auxiliares de ação direta, dadas as competências necessárias.
2. A intervenção do Serviço Social junto das pessoas idosas com Demência exige uma especialização e um treino de competências específicas.
3. A gestão de equipas de cuidadores formais de pessoas com Doença de Alzheimer requer cuidados especializados e individualizados.
4. Os cargos da Direção exercem um papel estruturante na gestão das equipas e das relações, relativamente à intervenção realizada pelos cuidadores formais no Centro de Dia.

A seguinte tabela, tabela 5 – grelha de análise das entrevistas, diz respeito às dimensões, categorias e sub-categorias, que constituem a análise realizada às

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

entrevistas, de acordo com as tabelas em apêndice²¹ e, que contribuem para a análise e interpretação dos dados.

TABELA 5: GRELHA DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS		
DIMENSÕES	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
MOTIVAÇÃO E DESEMPENHO	Motivação	Escala de Motivação: 1 a 10
		Experiência de vida
		Realização profissional
		Vocação
		Resiliência e Persistência
		Contribuir para o bem-estar das pessoas
	Perfil e Personalidade	Valores éticos
		Valores e Forças
	Avaliação do Desempenho	Personalidade
		Observação e avaliação pelos superiores
		Reunião de Equipa
	Supervisão das AAD's	Inexistência de avaliação formal
Desafios		
RELAÇÃO COM O TRABALHO	Realização Pessoal e Profissional	Problemas
		Benefícios gerados para os utentes
	Organização do Trabalho	Dificuldades no Desempenho Profissional
		Tarefas realizadas e responsabilidades
		Adequação do Horário de Trabalho
COMPETÊNCIAS E FORMAÇÃO	Competências profissionais especializadas	Gestão da Equipa
		Competências e qualidades essenciais
	Formação	Facultada pelo CD
		Externa ao CD
	Propostas de Melhoria	Recursos Humanos
		Espaços e atividades disponíveis/necessários
		Formação
		Relação
RELAÇÃO COM OS COLEGAS	Pares	Haver mais reuniões
		Nada a melhorar
	Interpares	Cooperação, colaboração e objetivo comum
		Grupo
RELAÇÃO DE CUIDADOS COM A PESSOA IDOSA COM DOENÇA DE ALZHEIMER	Tipo de relação Cuidador Formal – Pessoa Idosa com DA	Responsabilidade, cuidados, segurança e respeito
		Positiva, Cumplicidade, Empatia
		Importância do cuidado direto
		Importância da comunicação verbal e não-verbal
		Satisfação das necessidades
	Prestação de Cuidados	Abordagem Centrada na Pessoa
		Existência (ou não) de competências para intervir na crise
		Estratégias para intervir na crise
		Exemplos de Situações de Crise
DEFINIÇÃO DO PDI	Acompanhamento e Revisão	Dificuldades sentidas pelo CF na prestação de cuidados
		Reuniões Multidisciplinares
	Concretização	Plano de Intervenção
		Processo de Construção do PDI
		Desafios/Dificuldades
	Contributo das Famílias	
	Contributo das/para as PIDA	

Fonte: Construção Própria com base na informação recolhida das respostas às entrevistas

²¹ Ver apêndice 1, 2 e 3 em formato digital (CD)

CAPÍTULO III – DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

1. Apresentação dos Resultados

De acordo com que anteriormente foi descrito, no ponto do campo empírico de observação, o centro de dia Lugar de Memórias presta apoio a 14 utentes e conta com o apoio de 5 técnicos de áreas de intervenção diferenciadas e 3 colaboradoras que prestam apoio aos técnicos.

Neste capítulo começamos por apresentar uma breve caracterização das pessoas idosas que frequentam o CD Lugar de Memórias, bem como dos colaboradores entrevistados. Posteriormente é apresentada a análise categorial das entrevistas, com recurso à teoria de modo a justificar o porquê de acontecer de determinada forma e, por fim, a análise dos resultados da investigação onde tentamos responder às questões de investigação e percebemos se os resultados esperados foram ou não alcançados.

1.1. Identificação das Pessoas Idosas com DA do CD Lugar de Memórias

O Centro de Dia “Lugar de Memórias”, tem capacidade para dar apoio a 15 utentes, porém, no momento da observação prestava apoio a 14 utentes com diagnóstico de Demência.

De acordo com os dados recolhidos, sobretudo em conversas informais e através da observação realizada no CD, dos 14 utentes - 4 utentes são do género masculino e 10 utentes do género feminino. Relativamente às idades, os utentes têm idades compreendidas entre os 59 anos e os 93 anos, perfazendo uma média de idades de 76 anos. Sendo que a maioria dos utentes tem entre 65-69 anos e 75-79 anos.

Gráfico 1: Género dos utentes

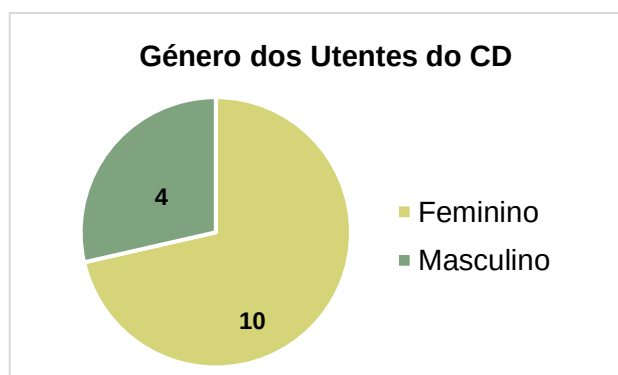
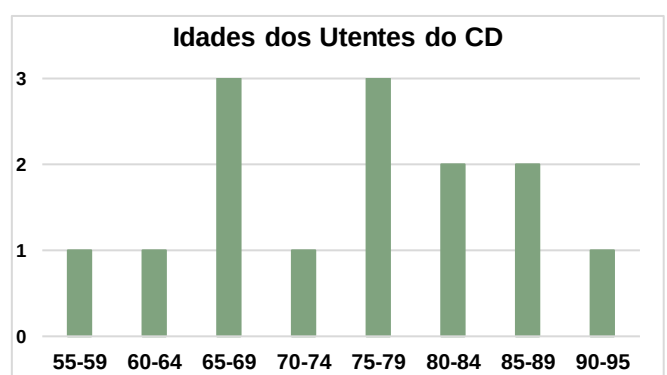


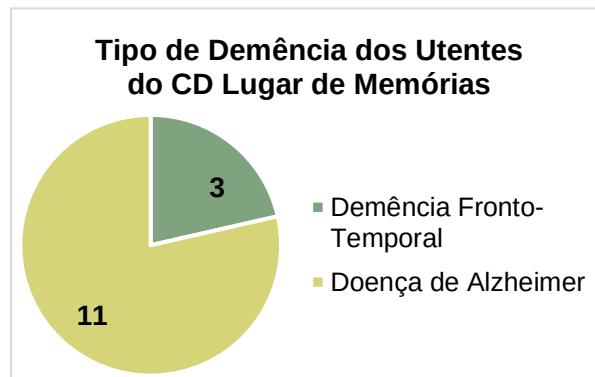
Gráfico 2: Idades dos utentes



A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

De referir que é um grupo de utentes muito heterogéneo com necessidades e características muito distintas, possível também verificar pelo leque de idades distintas e pela demência que apresentam, e por isso mesmo dificulta o trabalho realizado pelos cuidadores formais, devido ao constrangimento em adequar a prática e fazer atividades de grupo.

Gráfico 3: Tipo de Demência dos Utentes



De acordo com o tipo de demência e, apesar de ser uma resposta especializada para pessoas idosas com DA, 11 dos utentes têm um diagnóstico de Doença de Alzheimer – apesar de estarem em estádios diferentes da doença, e os restantes 3 utentes têm um diagnóstico de demência frontotemporal, outro tipo de demência degenerativa, tal como a DA.

A maioria dos utentes apresentam histórias de vida complicadas e momentos traumáticos ao longo da sua vida (por ex.: morte de filhos, problemas com o alcoolismo...) o que pode ter contribuído para o despoletar da demência, e que atualmente causam, por vezes, estados depressivos e de stress por parte dos mesmos. Ainda de referir que, de acordo com o observado, a maior parte dos utentes tem um grande suporte familiar, na sua maioria filhos e cônjuges.

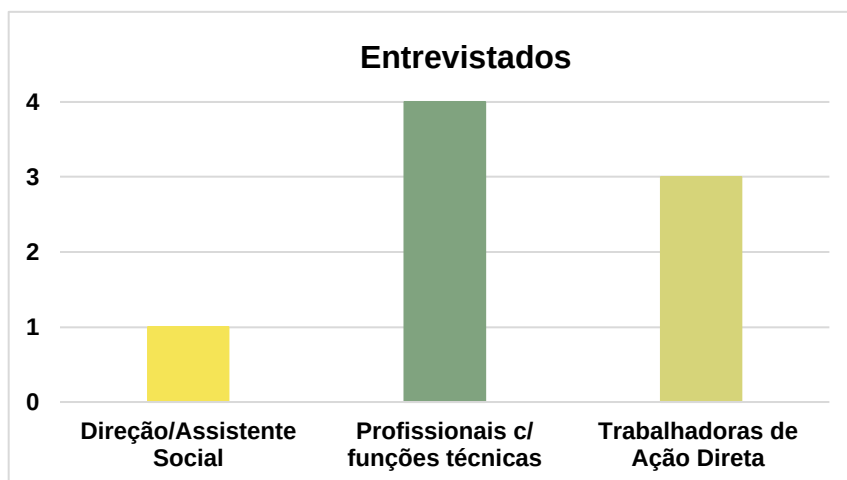
Visto ser uma resposta que tem em vista a ocupação diária dos utentes através da realização de atividades de estimulação cognitiva, entre outras, de forma a contribuir para o retrocesso da demência, foi notório que alguns utentes, devido ao estado já avançado da DA, não se encontram na resposta adequada às suas necessidades visto apresentarem um grau de dependência superior aos restantes utentes, dificultando o trabalho realizado pela equipa.

Ainda de referir que como não foi possível o acesso aos PDI's dos utentes, não foi possível obter mais informações sobre os mesmos, para além daquela observada e possível através de conversas informais com os técnicos.

1.2. Identificação dos Entrevistados

Foram realizadas entrevistas a 8 elementos da equipa do Centro de Dia “Lugar de Memórias”. De acordo com o gráfico 4, 1 Diretor Técnico que acumula funções de Assistente Social, 4 profissionais com funções técnicas e 3 trabalhadoras de Ação Direta e de assistência técnica.

Gráfico 4: Entrevistados



A maioria dos entrevistados são do sexo feminino - 87% (7), sendo que apenas 1 elemento é do sexo masculino (13%). Relativamente às idades é de referir que se apresenta por ser uma equipa jovem, sendo que a maioria tem idades compreendidas entre os 25-29 anos (4), 2 pessoas têm idade compreendida entre os 20-24 anos, 1 pessoa entre os 35-39 anos e 1 pessoa entre os 40 e os 44 anos.

Gráfico 5: Género dos Entrevistados

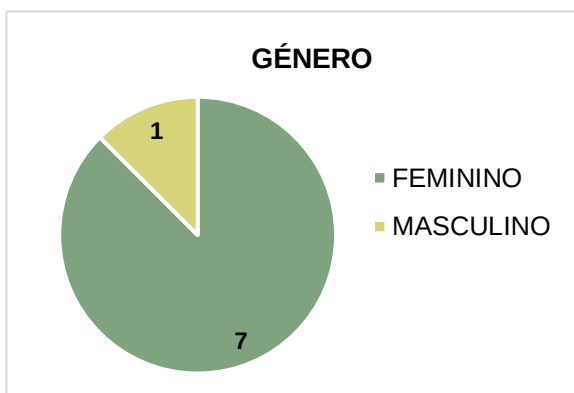
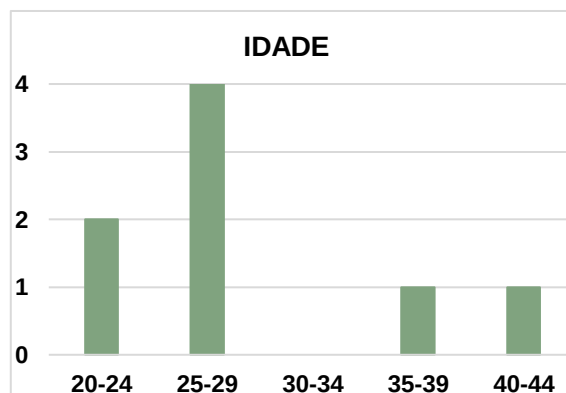


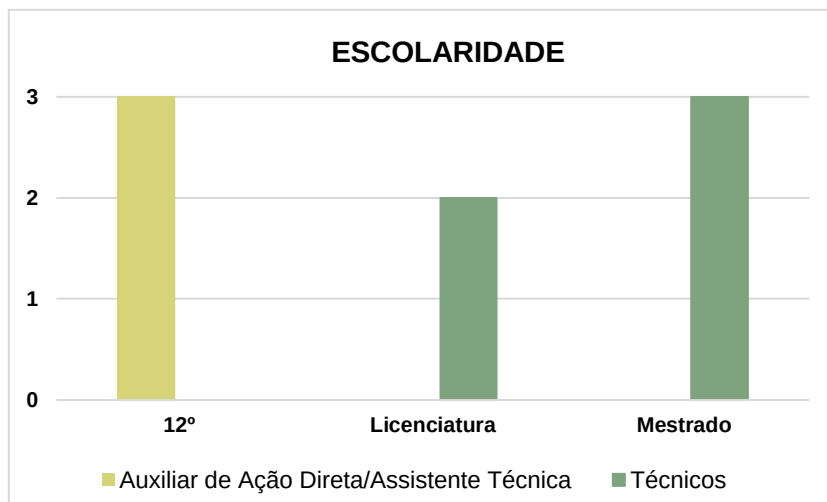
Gráfico 6: Idades dos Entrevistados



Quanto às Habilitações literárias, importa referir que 3 dos oito profissionais entrevistados têm o 12º ano (Auxiliares de Ação Direta/Assistente Técnica), 2 pessoas têm Licenciatura (técnicos) e os restantes 3 (técnicos) têm Mestrado nas áreas no qual exercem.

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

Gráfico 7: Habilitações Literárias



Relativamente ao tempo de trabalho no CD, visto ser uma resposta que inaugurou em Novembro de 2017, ou seja, à cerca de 1 ano e 9 meses à data da realização das entrevistas, alguns dos profissionais estão desde o início, mais concretamente 3 profissionais exercem funções no CD à mais de 1 ano e meio, 2 profissionais estão a trabalhar no CD entre 1 ano – 1 ano e 5 meses e os restantes três foram contratados à menos de 1 ano.

Já no que diz respeito ao horário de trabalho por parte dos profissionais, 2 dos elementos da equipa fazem um horário rotativo, ou seja, das 8h30-16h30 ou das 9h30-17h30; 2 dos outros elementos fazem um horário das 9h30-17h30; outros 2 profissionais fazem o horário das 9h00-17h00, sendo que os últimos 4 fazem um horário fixo; os restantes dois profissionais têm um horário parcial – das 9h00-12h30, visto que acumulam funções com a Associação Alzheimer Portugal, Delegação da Madeira.

Gráfico 8: Tempo de Trabalho no CD

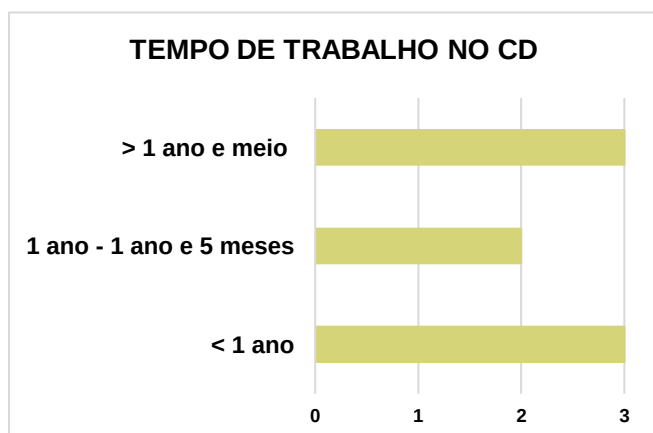
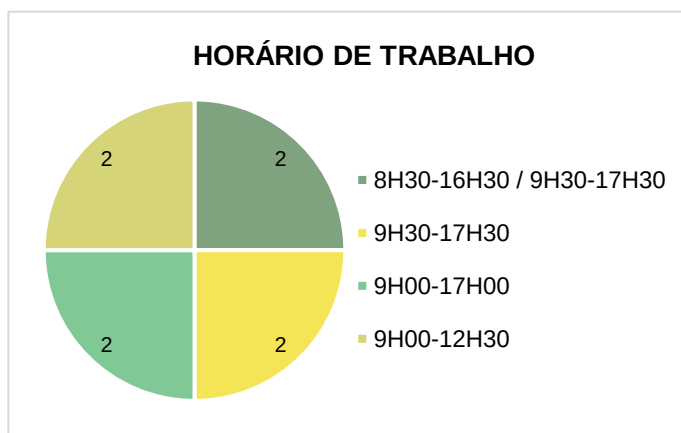


Gráfico 9: Horário de Trabalho



A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

De forma geral, caracteriza-se por ser uma equipa unida, cúmplice, com uma grande e ampla diversidade de áreas de intervenção, essenciais e cruciais para o desenvolvimento diário dos utentes e que, entre si se complementam e acrescentam conhecimentos.

Ainda de acrescentar que no CD seguem uma estratégia para que todos os técnicos tenham um espaço/momento de gabinete semanalmente para organizarem o plano de intervenção com os utentes. Os técnicos organizam-se de acordo com uma tabela que define o dia e horário disponível para cada técnico.

Outro aspeto importante de realçar é o facto de cada técnico gerir 4 ou 5 casos de utentes (gestores de caso) em que dão especial atenção e fazem uma intervenção mais especializada, apesar de prestarem iguais cuidados a todos os utentes.

Para concluir, e de acordo com o que foi observado e possível recolher da observação, a equipa destaca a importância de os utentes serem divididos em dois grupos – os mais e os menos autónomos, de forma a facilitar a intervenção e os cuidados prestados.

De seguida serão apresentados os resultados obtidos de acordo com as 8 entrevistas semi-diretivas, realizadas à equipa do Centro de Dia Lugar de Memórias.

1.3. Análise Categorical das Entrevistas

De seguida será apresentada e realizada a análise das 8 entrevistas semi-diretivas, realizadas aos elementos da equipa do Centro de Dia “Lugar de Memórias”, possível através das principais categorias e dimensões identificadas nas respostas obtidas.²²

1.3.1. MOTIVAÇÃO E DESEMPENHO

Na dimensão – Motivação e Desempenho, são quatro as principais categorias destacadas nas respostas obtidas pelas entrevistas realizadas: motivação, perfil e personalidade, avaliação do desempenho e supervisão das AAD's.

1.3.1.1. Motivação

A motivação, segundo Reis & Silva (2014), *“pode ser definida como algo que implica um movimento do indivíduo para a ação. O individuo tem uma necessidade, um desejo, um instinto, um impulso, ou seja, existe uma força que impeliu o individuo a agir”* (Reis & Silva, 2014: 179). As pessoas sentem-se motivadas tanto por fatores externos (ambiente) como por fatores internos inerentes à personalidade de cada um.

Assim sendo, na presente categoria pretendeu-se compreender de que forma é que a motivação surge e a que fatores, externos e internos, está associada. Para tal, podemos afirmar, de acordo com as respostas obtidas, que a mesma surge associada aos seguintes fatores:

a) Experiência de vida

Muito daquilo que somos e daquilo que fazemos e gostamos advém da experiência que tivemos ao longo da nossa vida e como tal a nossa motivação está também diretamente relacionada com a nossa experiência de vida, tendo sido destacado na seguinte resposta: *“Convivi com a minha avó durante toda a minha infância, ela precisava de algum acompanhamento a nível de ir à casa de banho, tomar banho ou simplesmente fazer companhia. E sempre achei que nos dávamos muito bem e que tínhamos muito para dar uma à outra.”* (E1).

b) Realização profissional

Relativamente à realização profissional os principais pontos a destacar de acordo com as respostas obtidas corresponde ao facto de ser uma área no qual se identificam mais (área do envelhecimento e saúde): *“adoro trabalhar, mas trabalhar na área que*

²² Ver tabela 5 – grelha de análise das entrevistas

mais me identifico é melhor ainda" (E1), *"Os motivos que me levaram a trabalhar nesta área foi o facto de gostar da área da saúde, principalmente gerontologia"* (E3); e ainda o facto de se sentirem motivados pelas atitudes positivas demonstradas pelos utentes *"sinto-me todos os dias motivada pelos meus utentes, pelas suas atitudes de carinho, pela evolução que apresentam com o nosso trabalho diário com eles"* (E3) apesar de ser um trabalho complexo e desafiante e que exige muito por parte de quem cuida: *"experiência emocionalmente desgastante"* (E8).

c) Vocação

Relativamente à vocação, foi possível perceber através das respostas obtidas, que sem vocação torna-se muito complicado conseguir lidar com a demência e para tal, é essencial se ter vocação para trabalhar nesta área:

"A motivação é encontrada diariamente quando acordo e penso que vou ajudar pessoas (...) qualquer profissão que esteja relacionada com a prestação de cuidados, requer na minha opinião, vocação. Sem vocação não é possível desempenhar um bom trabalho com esta população tão especial (...) sempre foi isto que quis fazer" (E4)

d) Resiliência e persistência

Sendo a resiliência a capacidade de ultrapassar os constrangimentos e problemas e a persistência a capacidade de não desistir facilmente, as mesmas apresentam-se como características essenciais para se trabalhar com pessoas, sobretudo com áreas tão intensas e complexas como a demência.

Assim sendo, os entrevistados apresentam características que permitem se auto motivarem na medida em que procuram arranjar estratégias para ultrapassar as barreiras existentes. De destacar a *"importância do cultivar e cuidar do nosso bem-estar físico e psicológico"* (E4), visto ser essencial estarmos bem para darmos o nosso melhor; *"a falta de recursos para material terapêutico e um espaço muito restrito é também algo que desmotiva (...) apesar de gostar do que faço, os obstáculos e desafios são constantes, o que hoje resultou, amanhã pode já não fazer a diferença. A resiliência e a persistência em lutar por aquilo em que acredito ser o melhor para os meus utentes, sem nunca esquecer o que para eles é de mais significativo."* (E5)

e) Contribuir para o bem-estar das pessoas

É essencial nos trabalhos que envolvam o cuidado direto a outras pessoas, seja em que área for contribuir para o máximo bem-estar do público-alvo com que se intervém. Para tal, nas respostas obtidas aos 8 profissionais do CD Lugar de Memórias, foi

possível perceber que todos trabalham com o objetivo comum de maximizar o bem-estar dos utentes que diariamente prestam cuidado, possível confirmar através das seguintes citações:

- **“Promover a autonomia aos meus utentes (...) ajudando-os a fazê-las (AVD’s) e a recordar-lhes de como fazem sei que estou a ajudá-los a fazê-las nos dias em que não estou. É muito gratificante quando os meus utentes o fazem autonomamente, sem necessitarem de nenhum tipo de orientação.”** (E3)

- **“(...) vontade de querer fazer mais e melhor, em prol dos utentes, dos familiares e dos meus colegas (...) Ninguém conhece melhor as necessidades dos utentes, que os profissionais que trabalham no terreno”** (E4).

- **“O bem-estar da pessoa com demência é a prioridade, o perceber quais as necessidades que necessitam de ser colmatadas e tentar dar a resposta adequada. (...) saber ouvir uma pessoa com demência faz toda a diferença. É importante valorizar o que dizem. Uma pessoa com demência é capaz de fazer muito, e se devidamente estimulada e acompanhada é capaz de obter resultados muito positivos. Acredito que o nosso trabalho contribui para que a pessoa tenha momentos em que experiencia bem-estar e sinta que alguém a entende e valoriza.”** (E6).

De ressaltar o facto de que trabalhar com gosto e com o objetivo de contribuir para o bem-estar máximo dos utentes, a motivação diária será muito maior para o desempenho das funções, pois a demonstração de resultados será mais visível.

f) Valores éticos

Uma conduta ética é essencial para que a prática seja orientada e realizada da forma mais adequada e adaptada àquilo que defendemos ser o mais correto e lógico a seguir em determinadas situações. É a conduta ética que guia, ou deveria guiar, toda a intervenção que é realizada. **“Uma conduta ética é a principal força que orienta a minha ação, tanto na vida pessoal, como profissional”** (E8).

Dado que a motivação dos colaboradores está diretamente relacionada com o desempenho dos mesmos, é essencial que os gestores ou diretores tenham a capacidade de motivar a sua equipa, de forma a que os objetivos delineados sejam alcançados – dado que a produtividade aumenta e o desempenho melhora. (Reis & Silva: 2014).

De acordo com Ferreira (2012), **“o principal motor da motivação entre os cuidadores formais de idosos está essencialmente relacionado com a possibilidade de prestar cuidados a quem precisa. Foi ainda mencionada a possibilidade de adquirir novas aprendizagens (desenvolvimento de competências e habilidades) como fator motivacional.”** (Rodrigues, 2014: 35).

Contudo, dado que cada pessoa é única na sua forma de se relacionar e pensar, é essencial que quem gere a equipa tenha a capacidade de adequar a sua intervenção de forma a manter e desenvolver as condições essenciais para que cada técnico esteja motivado.

1.3.1.2. Perfil e Personalidade

Todos os profissionais têm um perfil e personalidade único e cada um apresenta características que são essenciais à prática e que são imprescindíveis. Ou seja, cada profissional de acordo com os valores e personalidade que apresenta e que ao longo da vida e da experiência foram adquirindo, atuam de forma única com os utentes.

De forma geral, as forças e valores destacados nas respostas às entrevistas e, que de certa forma constituem o perfil que um cuidador de pessoas idosas com DA deve ter, foram os seguintes:

- | | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| • Humildade | • Resiliência |
| • Humanidade | • Integridade |
| • Compreensão | • Igualdade |
| • Empatia | • Equidade |
| • Profissionalismo | • Tolerância |
| • Respeito pelo próximo | • Respeito pelo trabalho dos outros |
| • Responsabilidade | • Capacidade de reconhecer os erros |
| • Cumplicidade | • Cooperação |
| • Humanismo | |

De acordo com as respostas obtidas:

*“Valorizo o **humanismo**, que consiste muito no tentar entender a pessoa, no colocar-se no lugar dela e perceber como posso dar a melhor resposta. O **desmistificar estereótipo negativos** também é um dos objetivos.”* (E6);

*“**respeito pelo próximo, responsabilidade, humildade, empatia** (toda a relação que é construída entre terapeuta e utente) observada pela cumplicidade e pelo carinho/olhar/sorriso que nos transmitem.”* (E5)

*“Os valores essenciais que orientam a realização do meu trabalho são o **respeito pelo outro, sua dignidade e direitos; conhecimento sobre o seu diagnóstico e história de vida; empatia** em forma de capacidade de se colocar no lugar do outro e **ver a vida da sua perspetiva; gosto pela área** do envelhecimento em geral”* (E7)

Relativamente à personalidade individual:

*“Sou muito extrovertida e falastrona (...) Pessoalmente, acho que a minha personalidade alegre e bem-disposta ajuda os utentes a se sentirem bem. E eu sou uma **pessoa muito positiva, bem-disposta e extrovertida**. Como estamos no mundo*

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

do trabalho (esta personalidade) muitas vezes acho que leva a que haja conflito de personalidade, neste serviço, talvez seria melhor ser mais discreta.” (E1)

*“No meu caso específico gostaria de ser **menos observadora, interventiva e impulsiva.**” (E4)*

*“Diariamente, no meu contacto com pessoas com demência, tento apresentar-me sempre com uma **postura afetuosa e positiva**, permanecer calma e falar de forma clara e gentil, utilizando frases curtas e simples, durante uma conversa posicionar-me ao mesmo nível que o utente, mantendo o contacto ocular e respeitar os seus direitos e a sua dignidade.” (E7)*

De acordo com a tabela 1: atitudes e competências de um cuidador formal, apresentada no enquadramento teórico, os valores e forças aqui referidos pelos entrevistados, vão de encontro com as atitudes que um cuidador formal de pessoas idosas com demências deve possuir de forma a ter as capacidades necessárias para trabalhar com esta área tão específica.

De forma a resumir a análise da categoria da motivação, é importante referir que de forma geral e de acordo com a observação realizada a equipa encontra-se motivada para o desempenho das suas funções. Apesar de nem sempre terem ao seu dispor as condições de trabalho que consideram necessárias para garantir o máximo bem-estar dos utentes e a qualidade dos serviços, nem terem a supervisão ou apoio por parte da DT que gostariam de ter, conseguem arranjar estratégias para realizarem o trabalho da melhor forma possível.

De destacar as respostas à pergunta: “Numa escala de 1 a 10, como classifica a sua motivação para a realização do seu trabalho?”, que apesar de ter sido realizada apenas a seis dos entrevistados, foi possível compreender que de forma geral todos os profissionais (à exceção de um que avaliou em 7) avaliaram a sua motivação em 8.

“Classifico (a minha motivação) numa escala de 8.” (E2)

“Oito” (E4)

“Classifico em 8” (E5)

“Oito” (E6)

“Classifico a minha motivação para a realização do meu trabalho em 7 valores.” (E7)

“Classifico por isso a minha motivação com oito valores.” (E8)

Portanto, apesar de equipa demonstrar de forma geral estar motivada para a realização das suas tarefas, muito devido ao prazer em verem os utentes felizes e acompanhados, a longo prazo, uma direção técnica ausente poderá levar à desmotivação da equipa devido ao facto de não haver uma supervisão recorrente das práticas e do desempenho, apresentando-se como algo essencial neste contexto, de acordo com a observação e análise realizadas.

1.3.1.3. Avaliação do Desempenho

Relativamente à avaliação do desempenho a mesma será analisada de acordo com três principais subcategorias: (a) observação e avaliação pelos superiores, (b) reuniões de equipa e (c) inexistência de avaliação formal.

a) Observação e avaliação pelos superiores

A presente subcategoria advém das respostas à pergunta: "O seu trabalho é considerado e avaliado pelos seus superiores? De que forma?".

De forma geral, a equipa considera que está constantemente a ser observada e avaliada não só pelos superiores, como também pelos colegas e pelos utentes e familiares.

"Estamos constantemente a ser observados e avaliados, não só pelos superiores, mas também pelos colegas e utentes. (...) O meu trabalho é considerado e respeitado pelos superiores". (E4)

"Somos constantemente observados pelos superiores (...)" (E5)

"Sim, considero que o meu trabalho e o da restante equipa é avaliado e considerado importante pelos nossos superiores. A avaliação é importante e vista por todos como um estímulo ao desenvolvimento pessoal e à melhoria da qualidade do serviço." (E8)

Porém, denotou-se que, face à avaliação por parte dos superiores, existem algumas lacunas na coordenação: *"algumas lacunas nomeadamente as dúvidas constantes por parte de quem coordena, por falta de conhecimento ou da procura do mesmo."* (E4).

b) Reuniões de Equipa

Relativamente às reuniões de equipa, as mesmas acontecem de forma regular segundo as respostas obtidas das entrevistas:

"Sim, (avaliação do desempenho) através de reuniões regulares." (E6)

*"As reuniões de equipa **acontecem de forma regular** e têm sido oportunidades para tomar medidas mais assertivas para a resolução dos problemas identificados, para reconhecer e valorizar a equipa e encorajá-la a desenvolver continuamente o seu potencial, e desafiá-la a ir mais longe." (E8)*

Porém, de acordo com a observação realizada e algumas das respostas às perguntas da entrevista, denota-se uma necessidade de mais reuniões de equipa de forma a haver um maior acompanhamento e supervisão.

*"Pertinente que a **coordenação** realizasse uma **avaliação formal, semanal ou mensalmente** a cada membro da equipa (...) dar-nos-ia outra **motivação e o***

trabalho de todos seria monitorizado (...) diálogo que incluiria críticas construtivas e possíveis estratégias de intervenção." (E4)

Dado que a coordenação realiza um horário parcial (9h-12h30), e devido ao facto de ser uma equipa nova e uma resposta criada há pouco tempo, a equipa demonstra sentir falta de mais tempo com a coordenação e de uma maior monitorização.

c) Inexistência de avaliação formal

Algumas respostas indicam que não ocorre uma avaliação formal onde é discutida a prática e intervenção realizada, havendo apenas algum feedback nas reuniões de equipa.

"Não existe uma avaliação formal, porém nas reuniões de equipa os nossos superiores dão o seu feedback tendo em consideração a evolução do estado clínico dos utentes de uma forma geral e dentro de cada especialidade." (E7)

Segundo Reis & Silva (2014), *"a organização deve estabelecer os limites e dar o respetivo feedback sobre o progresso do trabalho desenvolvido pelos colaboradores"* (Reis & Silva, 2014: 141). Assim sendo, e de acordo com o que a teoria refere e com o que foi observado no contexto, denotou-se uma necessidade de haver mais momentos de reunião com a equipa, de supervisão, avaliação, acompanhamento e monitorização das práticas do desempenho da equipa. É essencial que ocorra uma liderança com foco para os objetivos a alcançar, que oriente a equipa para a ação que tenha a capacidade de ser criativo, inovador e flexível. (Reis & Silva, 2014)

Porém neste contexto específico, apesar de a direção técnica estar ciente destas necessidades e da importância que os aspetos acima referidos têm na gestão organizacional, o horário que a mesma pratica impede que consiga apoiar a equipa da forma desejada e considera essencial, de acordo com o que a mesma refere.

1.3.1.4. Supervisão das Auxiliares de Ação Direta

Relativamente à supervisão das Auxiliares de Ação Direta, realizada sobretudo pela coordenação, é de destacar o facto de serem as profissionais que possivelmente mais sobrecarga sentem durante a sua prática visto terem a responsabilidade direta na higiene das pessoas idosas e nas AVD's, sendo uma tarefa que fisicamente exige muito das mesmas.

Para tal, é essencial que as mesmas se sintam motivadas para a realização das tarefas e que saibam como devem agir e qual a melhor forma de facilitar as tarefas que realizam. Essa motivação advém não só do apoio da equipa em geral, mas sobretudo da coordenação, responsável por gerir a equipa e atender às suas necessidades.

Assim sendo, as respostas recolhidas das entrevistas indicam os desafios e os problemas sentidos na coordenação e supervisão das AAD's:

*"O trabalho das AAD é, sem dúvida, um trabalho exigente, pois são elas que atuam com maior proximidade junto dos utentes nas diferentes atividades de vida diária. A **complexidade das tarefas que assumem, exige um esforço físico e mental e, como tal, acarreta dificuldades.**" (E8)*

*"O grande desafio para as auxiliares passa por encontrar formas adequadas de cuidar da pessoa com demência, com o mínimo desgaste para si próprias. Uma supervisão e acompanhamento constante destas profissionais é fundamental, no entanto esta gestão nem sempre é fácil (...) **falta de tempo para prestar-lhes maior atenção e dificuldade na organização ao nível de regras**, devido às constantes mudanças de estratégias que vão de encontro ao bem-estar dos utentes." (E8)*

"Para colmatar estas dificuldades e mantê-las motivadas no desempenho das suas tarefas, procuro estar atenta, orientar, encorajar, ajudar na resolução de problemas, integrar em atividades com os utentes e, acima de tudo, demonstrar disponibilidade para ouvir." (E8)

Resumindo, o trabalho realizado pelas AAD's é um trabalho exigente visto serem as profissionais que prestam um cuidado mais direto às pessoas idosas e, por isso mesmo, o maior desafio que sentem é o de encontrar formas mais corretas de prestar o cuidado. Porém, por parte de quem supervisiona, encontrar tempo para prestar a devida atenção e dificuldade de organização no que diz respeito a regras, são os principais constrangimentos sentidos na supervisão das AAD's.

No que diz respeito às necessidades e dificuldades específicas das AAD's, segundo aquilo que foi percecionado por parte de quem as supervisiona, é de destacar que:

- As AAD's apresentam uma falta de tempo para se dedicarem aos utentes, não se limitando apenas a procedimentos quotidianos impostos pelas rotinas do Centro;
- O facto de viverem situações de stress no que diz respeito a cumprir horários e realizar todas as tarefas que necessitam realizar;
- Falta de reconhecimento pelo trabalho que realizam;
- Dificuldades na interação com os utentes.

Assim sendo, o motivo que consegue explicar as necessidades e dificuldades que são sentidas pelas auxiliares, como também por quem as supervisiona na medida em que dificulta a gestão, prende-se com a necessidade de terem mais formação específica na área das demências, de modo a adquirirem ferramentas que facilitem e agilizem o

trabalho diário que realizam. O pouco acompanhamento e supervisão das práticas também poderá contribuir, a longo prazo, para a desmotivação e para a prestação de cuidados pouco comprometida com as necessidades reais dos utentes.

1.3.2. RELAÇÃO COM O TRABALHO

Na dimensão – Relação com o Trabalho, foram identificadas duas categorias essenciais: realização pessoal e profissional e a organização do trabalho.

1.3.2.1. Realização Pessoal e Profissional

A realização, pessoal e profissional, de acordo com os dados obtidos com as respostas às entrevistas, surge associada a alguns fatores como: os benefícios que são gerados para os utentes - na medida em que a intervenção que realizam produz resultados positivos nos utentes, contribuindo para que os profissionais se sintam realizados a nível profissional e consequentemente a nível pessoal; porém destacou-se também que existem algumas dificuldades que associadas à motivação, levam a que o desempenho profissional não seja o melhor levando à desmotivação da equipa e a se sentirem pouco realizados com o que fazem, apesar do gosto geral em garantirem o bem-estar do utente.

a) Benefícios gerados para os utentes

Sendo o bem-estar do utente o objetivo final da intervenção realizada, todos os técnicos e profissionais intervêm de acordo com as necessidades individuais de cada utente, gerando benefícios para os utentes. As seguintes citações descrevem os benefícios que os entrevistados geram para os utentes:

*“(...) **trabalho multidisciplinar** em busca da autonomia e qualidade de vida dos utentes” (E2)*

*“Pontos-chave a **autonomia e a manutenção e/ou regressão da perda de competências motoras**, a relação interpessoal estabelecida com cada utente (...) vê o **ser humano como um todo**, pelo que, quando trabalha com um utente, equaciona todas as respostas viáveis mediante o contexto familiar e pessoal, tendo sempre em mente **os interesses e gostos pessoais de cada pessoa**.” (E4)*

*“(...) **habilitar a pessoa para a ocupação**, ou seja, **contribuir na promoção de autonomia nas diferentes ocupações de vida diária**. (...) ao intervir na pessoa idosa com DA irá **reestabelecer e/ou manter capacidades funcionais, desenvolver estratégias de adaptação nos diferentes contextos, promover o bem-estar físico, mental e social** – contribuindo para uma participação mais ativa e consequentemente qualidade de vida. (E5)*

*“Por outro lado, a **heterogeneidade também se pode revelar num aspeto positivo**, uma vez que pode despertar interesse entre os utentes. A **capacidade empática é fundamental**. A **escuta ativa é fundamental**. Não é ouvir apenas com os ouvidos, é ouvir e sentir o que a pessoa está a dizer. (...) conhecer as pessoas e identificar e validar as suas necessidades. Proporcionar momentos de ocupação (...) num contexto em que se sintam seguras e motivadas na realização das tarefas. **Motivar os utentes é um dos papéis fundamentais para que estes se sintam envolvidos** (...) é importante que estes sintam que têm alguém que os compreende e os pode ajudar nas suas dificuldades, nas suas preocupações. (...) Relativamente ao Centro de Dia, que é o único da RAM dedicado às pessoas com demência, **é uma resposta extremamente positiva para estas pessoas bem como para os seus cuidadores**. E creio que quer a intervenção quer os resultados que temos obtido têm trazido bastantes benefícios aos nossos utentes.” (E6)*

*“(...) acesso à memória musical e **validação de identidade pessoal e social**, atraso do declínio dos processos cognitivos, promoção da comunicação verbal e não-verbal, criação de oportunidades de socialização e interação com os outros, gestão e/ou redução dos sintomas provenientes das alterações psico-comportamentais associadas à demência (...) **desenvolvimento e fortalecimento da motricidade fina e grossa e aumento da estabilidade emocional e sensação de bem-estar**. (...) é notável uma crescente motivação e disponibilidade para a sessão, bem como uma maior interação e comunicação entre pares, no contexto das sessões de musicoterapia pela maioria.” (E7)*

Assim sendo, destacam-se: o trabalho multidisciplinar visto ser uma mais valia para a garantia da qualidade de vida dos utentes; o trabalho em busca da autonomia e manutenção e/ou regressão da perda de competências motoras; o olhar para o utente de forma holística com base nos interesses e gostos pessoais de cada pessoa; promover a ocupação e participação mais ativa dos utentes; heterogeneidade do grupo como aspeto positivo visto poder contribuir para despertar interesse nos utentes; capacidade empática e a escuta ativa; motivar os utentes; o facto de ser a única resposta na RAM de apoio a pessoas com demência e se apresentar como uma resposta muito positiva para estas pessoas e seus cuidadores; validação da identidade pessoal e social; desenvolvimento e fortalecimento da motricidade fina e grossa e aumento da estabilidade emocional e sensação de bem-estar.

b) Dificuldades no Desempenho Profissional

Como é normal, existem sempre dificuldades inerentes ao desempenho profissional e para tal, quando falamos de intervenções que exigem muito a nível psicológico, físico e emocional, a existência de dificuldades é normal.

Sendo assim, as principais dificuldades apontadas pelos entrevistados foram as seguintes:

- **Falta de conhecimento da realidade por parte dos superiores**, das dinâmicas e necessidades dos utentes, como também da equipa; (E4)
- **Desinteresse dos cuidadores informais** relativamente às necessidades dos utentes, face aos pedidos realizados pelos técnicos; (E4)
- **Poucos recursos terapêuticos** para estimulação/manutenção de capacidades e produtos de apoio; (E5)
- Haver **mais auxílio e apoio nas atividades de grupo** por parte dos restantes elementos da equipa – intervenção individualizada. (E6)
- Necessidade de haver **mais tempo para preparação das sessões**, *“o que muitas vezes não é possível devido à falta de recursos humanos”* (E7)
- **Reduzido número de salas** – *“o que na minha opinião dificulta a intervenção consistente de todos os técnicos da Instituição, principalmente no período da manhã”* (E7)
- (...) **ter mais confiança em mim. (...) melhor gestão do tempo**, *por forma a ser mais eficiente, otimizar a realização das minhas tarefas e conseguir fazer mais coisas, com qualidade, no menor tempo possível (...) investir mais no meu desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional.* (E8)

De acordo com o que já tem vindo a ser referido ao longo da apresentação de resultados, algumas das dificuldades evidenciadas no que diz respeito ao desempenho profissional vão de encontro com alguns dos aspetos já referenciados e que reforçam a necessidade de uma coordenação/direção mais presente, necessidade de recursos humanos e materiais de modo a haver mais apoio nas atividades e mais materiais adequados e espaços físicos, e de maior investimento na formação profissional.

Os dados obtidos corroboram o que Carneiro et al. (2009) afirma na medida em que refere que “os cuidadores formais apontam como principais dificuldades neste tipo de trabalho a falta de formação adequada, a má remuneração, a falta de recursos materiais e a falta de conhecimentos que gera desmotivação.” (Carneiro et al., 2009 in Rodrigues, 2014: 70)

1.3.2.2. Organização do Trabalho

A organização do trabalho implica que haja um esforço por parte da equipa a cumprir e realizar o que lhe compete. Assim sendo, esta subcategoria, dividiu-se em quatro aspetos essenciais, de acordo com as respostas obtidas, que são essenciais para a organização do trabalho: tarefas realizadas, responsabilidades dos membros da equipa, horário de trabalho e adequação do mesmo de modo a potenciar a prática, e a gestão da equipa – processo essencial para uma boa gestão organizacional.

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

a) Tarefas realizadas

Relativamente às tarefas realizadas, e devido à diversidade de áreas de intervenção distintas que constitui a equipa do CD Lugar de Memórias: serviço social, psicologia, psicomotricidade, terapia ocupacional, musicoterapia, animação sociocultural e auxiliar de ação direta, cada técnico tem por isso tarefas específicas de acordo com os objetivos definidos para a sua intervenção junto dos utentes.

“De manhã, dou as boas vindas aos utentes, pergunto-lhes se dormiram bem, (ajudo) no pequeno-almoço, vou com os utentes à casa de banho, convivo com os utentes antes do almoço. (...) Almoço dos utentes, levo-os à casa de banho, preparo o lanche, e convivo com os utentes. De manhã (...), depois faço a limpeza do centro, pequeno-almoço, arrumo a louça do almoço, e (apoio no) Almoço dos utentes, lavo a louça, ajudo a colega do outro centro, faço mais limpeza no centro, preparo o lanche, limpo as casas de banho” (E1)

“As principais tarefas que realizo passam por apoiar nas atividades de estimulação cognitiva, sendo os utentes a fazerem os próprios jogos; elaboração de jogos de mesa, como por exemplo o jogo da glória; decoração do espaço alusiva aos temas; atividades lúdicas entre outras atividades. Ocupando o restante tempo com o transporte e acompanhamento de alguns utentes às suas casas. (...) procura organizar atividades do foro educativo e cultural, integrando os indivíduos, havendo uma intervenção sociopedagógica.” (E2)

“Limpeza de todas as áreas, promoção do conforto e higiene do utente, prestação de apoio nas horas das refeições, transporte dos utentes, apoio aos técnicos nas suas tarefas...” (E3)

“Observação constante do comportamento dos utentes, bem como de possíveis alterações dos mesmos, a dinamização de sessões de movimento (...treino da marcha, a prevenção de quedas, noções espaço-temporais, através de estimulação cognitiva, a realização de movimentos que envolvem o trabalho de fatores psicomotores desde o trabalho mais amplo (praxia global) até um trabalho de competências mais específico (praxia fina). (...) dinamizar sessões de snoezelen, que envolvem a realização de estimulação multissensorial de todos os sentidos, massagem terapêutica (...) realização de atividades de estimulação cognitiva (nomeação de palavras relacionadas com atividades ou objetos que sejam ainda significativos para a vida diária dos utentes (...))” (E4)

“(...) responsável pelo treino de AVD’s (...) treino de AVDI’s (...) adaptando as tarefas e ambiente de forma a promover a autonomia e manutenção de capacidades funcionais. Atividades com base na ocupação (culinária terapêutica, jardinagem terapêutica), como forma de estimular competências sensório-motoras, cognitivas e sociais, estimulação cognitiva (...) sessões de movimento e estimulação sensorial (snoezelen) de modo a promover o uso de competências motoras e de práxis, bem como dos canais sensitivos.” (E5)

“As principais tarefas passam por uma avaliação Neuropsicológica (e reavaliações cognitivas periódicas aos utentes – avaliações menos extensas que a avaliação inicial), dinamização de grupos, estimulação cognitiva individual e em grupo, apoio psicológico a pessoas com demência e a familiares/cuidadores.” (E6)

“Avaliação musicoterapêutica de diversos casos clínicos, implementação, planificação e dinamização de sessões de musicoterapia, individualmente e em grupo, a dinamização de atividades musicais em contexto de sala de convívio e a

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

supervisão e acompanhamento dos utentes, no interior e exterior da instituição.” (E7)

“coordenação técnica do Centro de Dia, supervisão de todo o pessoal, planificação de atividades, articulação institucional e apoio aos familiares/cuidadores.” (E8).

b) Responsabilidades

Todos os membros da equipa têm responsabilidades distintas e relacionadas com os objetivos que têm para a sua intervenção, contudo **“garantir o bem-estar dos utentes”** (E3) assume-se como a responsabilidade comum de toda a equipa.

*“Todas as tarefas devem de ser devidamente planeadas, de forma, a **dar apoio aos técnicos**, no entanto **algumas das atividades são preparadas por mim** com a devida frequência.” (E2)*

c) Adequação do Horário de Trabalho

Relativamente a este tema, as opiniões são diferenciadas visto que os horários também são distintos entre a maioria dos colaboradores do CD. Por um lado, alguns afirmam que deveria de haver uma melhor adequação do horário – sugerindo por exemplo a jornada contínua e, por outro, estão satisfeitos com o horário de trabalho apesar de por vezes ser essencial haver uma rotatividade para alteração de rotinas.

*“Não. Devido às especificidades e dificuldades com as quais nos deparamos com esta população, considero que **a jornada contínua seria a opção mais viável para todos, contrariamente ao horário que estou a realizar agora** (9h30-12h30; 13h30-17h30). (...) Além deste horário apresentar um maior desgaste para os técnicos (...) repercussões ao nível da relação e da disponibilidade psicológica e afetiva para os utentes, bem como para os restantes membros da equipa.” (E4)*

*“**Encontro-me satisfeita com o horário que me foi atribuído**, o fato de entrar às 9h faz com que tenha logo contacto com os utentes conseguindo realizar atividades com os primeiros que chegam ao centro de dia. No entanto, o horário **deveria ser rotativo na medida que com o passar do tempo torna-se muito pesado as mesmas rotinas/atividades/espacos** o que nos desgasta muito emocionalmente, mas também fisicamente.” (E5)*

*“**Para realizar apoio ao cuidador o horário poderá não ser o mais favorável**, uma vez que aqueles que exercem funções laborais podem eventualmente ter alguma dificuldade em encontrar disponibilidade para uma sessão (...) ainda assim tenho conseguido dar resposta sempre que necessário de forma presencial (...) contacto telefónico. Relativamente aos utentes, tento rentabilizar ao máximo o tempo, de modo a que realizem atividades em que se sintam à vontade para os fazer.” (E6)*

*“Relativamente ao horário de trabalho, **considero que deveria haver uma melhor adequação do mesmo, nomeadamente, de tempo inteiro para parcial.** (...) esta alteração proporcionaria uma preparação mais completa e eficaz das sessões de musicoterapia, tanto a nível musical como de pesquisa específica da área, de forma*

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

a personalizar a intervenção terapêutica o mais possível às necessidades do utente.” (E7)

*“Exerço as minhas funções no Centro de Dia a 50%, o que em termos legislativos, dada a capacidade desta estrutura, **seria suficiente**. No entanto sendo um projeto recente, com uma equipa jovem, com menor experiência na área da demência, **uma acessória técnica maior seria mais vantajosa**.” (E8)*

Ainda de referir que no período de almoço, e de acordo com a observação realizada no CD, existem alguns constrangimentos dada a sobreposição do período de descanso dos colaboradores. Ainda de referir que foi notória a necessidade de haver mais apoio no período de almoço, visto ser um momento que exige muito dos profissionais dadas as necessidades dos utentes.

d) Gestão da Equipa

Gerir uma equipa é uma tarefa complexa e difícil e que exige competências necessárias para o conseguir realizar com eficácia e eficiência e de forma a corresponder às necessidades do contexto e da equipa em si.

*“Temos uma equipa multidisciplinar formada por seis técnicos – psicólogo, psicomotricista, terapeuta ocupacional, enfermeiro, musicoterapeuta e animadora sociocultural – e duas auxiliares (...) **cabe-me gerir toda a equipa, assumindo a responsabilidade pela sua coordenação e supervisão**, a fim de serem facultados apoios qualificados e dignificantes das pessoas que frequentam o CD.” (E8)*

*“(...) **conhecer todos os membros da equipa, saber quais as suas competências, métodos de trabalho e personalidades**. Descobrir quais as forças e constrangimentos na equipa. **A comunicação, motivação, satisfação e bem-estar no local de trabalho, são condições necessárias à coesão do grupo e respetiva eficácia e eficiência da equipa**. (...) tenho procurado promover o relacionamento saudável entre todos, através do incentivo de **práticas marcadas pela confiança, respeito mútuo e honestidade**.” (E8)*

Existem algumas estratégias que, de acordo com a resposta à entrevista, são essenciais para uma boa gestão da equipa: *empatia, escuta ativa, linguagem positiva, evitando discursos destrutivos, aceitação das diferenças do outro, ausência de julgamentos, zelo e reconhecimento pelas funções de cada um, partilha de ideias, não impor métodos de trabalho, estabelecer uma relação de confiança e estimular a autonomia*. (E8)

*“**A equipa é a força motriz de qualquer instituição**. No entanto, gerir pessoas não é uma tarefa fácil. Lidar com as subjetividades da equipa, com uma diversidade de especialidades, compreender as suas necessidades, considerar que as emoções influenciam no desempenho das tarefas e no relacionamento interpessoal, que a vida pessoal tem um impacto direto na vida profissional e que é impossível separar*

peçoal e profissional, exige um trabalho constante de reflexão e procura de soluções” (E8)

Resumindo, lidar com uma equipa tão heterogénea, com diferentes personalidades, ideais, valores, necessidades e com histórias de vida distintas não é uma tarefa fácil. Especificamente no CD, a direção técnica assume essa tarefa, porém, apesar da boa relação de confiança e honestidade com os elementos da equipa e do esforço em garantir resposta a todos os assuntos que necessitam resolução por parte da direção técnica, denota-se por parte da equipa que existe pouca supervisão e apoio, devido ao facto de a direção técnica fazer um horário parcial (9h-12h30).

“A liderança cada vez mais desempenha um papel chave, numa equipa ou numa organização. (...) Assim, constituir a própria equipa de trabalho, analisar e planear as tarefas, motivar os colaboradores, monitorar desempenhos e recompensar a eficiência são atributos da liderança.” (Reis & Silva, 2014: 141-142)

Assim sendo, haver uma maior presença da direção diariamente, assume-se como uma necessidade essencial de forma a haver uma melhor gestão das práticas e da equipa, pelo menos numa fase inicial da organização, no sentido de garantir uma cultura organizacional.

1.3.3. COMPETÊNCIAS E FORMAÇÃO

Relativamente às competências e formação, esta categoria subdivide-se em três subcategorias: competências profissionais especializadas (que competências específicas deveriam ou devem ter os profissionais); a formação (que formação os profissionais tiveram e necessidades); e propostas de melhoria (que melhorias consideram que deveriam ser feitas no CD Lugar de Memórias).

1.3.3.1. Competências profissionais especializadas

De acordo com as competências e qualidades especializadas e específicas de um profissional que trabalhe na área das demências, os entrevistados destacaram as seguintes competências como sendo essenciais para a prática na Demência:

- Ser pessoas disponíveis, bem-dispostas e calmas (E3);
- Devem ter conhecimentos básicos em saúde e experiência com pessoas idosas; (E3)
- Empatia boa disposição e respeito pelo utente; (E3)
- *“Requer uma disponibilidade e uma saúde mental muito forte” (E4);*
- *“disponível, empático, criativo e muito observador” (E4);*

- *“Ter a capacidade de construir uma relação terapêutica com o utente, familiares e cuidadores informais, como base para o processo terapêutico”* (E5);
- *“A escuta ativa, o comunicar corretamente com a pessoa com demência, a capacidade empática, o identificar necessidades, ter ferramentas necessárias para lidar com a sintomatologia depressiva, com a ansiedade, com as frustrações e com a incerteza são competências essenciais”* (E6);
- Saber ouvir a pessoa com demência; (E6)
- *“facilitar o desenvolvimento e funcionamento do utente em áreas não-musicais”* (E7)
- Preocupação com o contexto social em que os problemas dos indivíduos ocorrem; (E8)
- Ter em consideração as questões humanas, sociais e políticas inerentes à problemática (E8)

De forma geral, e de acordo com as leituras realizadas, os entrevistados demonstram saber quais as competências essenciais e necessárias para prestarem cuidados a pessoas idosas com Demência, e que constituem o perfil de um cuidador formal. De destacar a importância da definição de um perfil profissional através da identificação das competências essenciais para determinada categoria profissional exercer a sua profissão

1.3.3.2. Formação

No que diz respeito à formação, foi possível constatar que alguns elementos da equipa têm acesso a várias formações que ocorreram sobre a área de intervenção:

“Foram disponibilizados alguns momentos de formação” (E2)

“Sim, são disponibilizados momentos de formação” (E5)

“São disponibilizados momentos de formação, que são bastante importantes” (E6)

“Sim desde que estou a trabalhar no CD Lugar de Memórias foram-me disponibilizados vários momentos de formação” (E7)

“A formação dos cuidadores formais é fundamental, daí que têm sido disponibilizados diferentes momentos de formação à equipa” (E8)

Relativamente à formação dos cuidadores formais, este grupo profissional *“inicia na maioria das vezes a sua atividade profissional sem nenhuma ação de preparação específica, assim como, desempenha funções sem nenhuma ou pouca formação específica”* (Jacob, 2007; Menne, et al., 2007; Ron & Lowenstein, 2002; Scott, et al., 2007 in Pinheira & Beringuinho, 2017).

Porém alguns colaboradores afirmam que não tiveram ainda acesso a formação específica por parte do Centro de Dia, apesar de afirmarem que, mesmo com pouca formação, têm alguma experiência.

“Formação específica não tenho muita, mas tenho alguma experiência” (E1)

“Relativamente a estas temáticas não tive nenhuma formação dada pelo centro” (E3)

Ainda de destacar que apesar das formações disponibilizadas, existe a necessidade de haver uma maior aposta por parte do Centro de Dia na formação dos cuidadores formais, visto ser tão essencial para renovar as práticas e os conhecimentos.

“a meu ver deveriam apostar mais nisso, uma vez que traz até aos profissionais momentos de aprendizagem estando, estes, mais bem preparados para atuar em determinados momentos” (E2)

“julgo que a Associação deverá preocupar-se ainda mais com esta questão” (E4)

De acordo com Barbosa (2011) os *“programas que integram informação e suporte emocional são os mais eficazes na melhoria das competências dos cuidadores formais e da qualidade dos cuidados prestados”* (Ferreira, 2012: 56).

Porém, surgem alguns constrangimentos no que diz respeito a facultar formação à equipa e ao benefício que seria a participação da equipa em conjunto em momentos formativos, constrangimentos esses apontados nas respostas às entrevistas:

“o tempo surge invariavelmente como o principal obstáculo à participação da equipa em intervenções mais integradas (...) não é fácil integrar a equipa numa formação de grupo, pois não podemos retirar o pessoal do Centro de Dia” (E8)

Na área da formação é positivo o facto da equipa sentir a necessidade de ter mais formação e de se encontrar receptiva à receção da mesma, sendo essencial e prioritário desenvolver mais formações específicas sobretudo na informação e aquisição de conhecimentos e competências específicas no contexto dos cuidados na demência e também no desenvolvimento de estratégias que promovam o autocuidado e a gestão de stress e sobrecarga emocional.

“Apesar da aposta na formação poder trazer custos adicionais, a longo prazo com a maior produtividade e com a menor frequência de baixas médicas e absentismo laboral, este esforço financeiro pode ser recompensado, sobretudo em situações de cuidado que impliquem maiores desafios, como é o caso da saúde mental (demência, depressão, entre outros.” (Martín & Brandão, 2012 in Pinheira & Beringuilho, 2017).

1.3.3.3. Propostas de Melhoria

De acordo com as propostas de melhoria, as respostas obtidas apontam para seis principais aspetos: recursos humanos, espaços e atividades disponíveis e/ou necessários, formação, relação, haver mais reuniões e o facto de não haver nada a melhorar.

Relativamente aos recursos humanos foi apontada a necessidade de haver mais uma auxiliar *“para melhorar o cuidado com os utentes”* (E1).

No que diz respeito aos espaços e atividades disponíveis e necessários, vários entrevistados apontaram a necessidade haver mais salas e espaços de trabalho, bem como atividades/materiais específicos:

“mais atividades específicas e mais espaço” (E1)

“Um dos aspetos que eu acho que deverá melhorar é a urgência de uma sala para que possa existir uma separação do grupo (os mais autónomos dos mais dependentes) (...) ter acesso a mais uma sala e pelo menos a mais uma casa de banho.” (E2)

“O centro deveria ter mais salas de atividades, mais materiais adequados aos vários estádios da doença, para ninguém estar limitado” (E3)

“Criação de mais salas de trabalho, fornecimentos de mais recursos terapêuticos e humanos” (E5)

“maior organização e distribuição das funções e tarefas laborais, bem como um maior número de salas” (E7)

Alguns entrevistados também referem a importância de haver mais formação: *“considero que com maior formação teria mais estratégias para cuidar e por vezes acalmar com mais facilidade os utentes”* (E3) e *“deverá ter mais momentos de formação”* (E4).

Outro aspeto destacado está relacionado com a relação entre a equipa e a necessidade da equipa se focar mais nos seus objetivos de intervenção e relativizar os problemas que surgem diariamente (E4).

Relativamente ao facto de haver mais reuniões, apontaram a necessidade de haver mais *“reuniões de equipa interna semanais.”* (E5) e consideram ainda *“pertinente que a coordenação realizasse uma avaliação formal, semanal ou mensalmente a cada membro da equipa (...) dar-nos-ia outra motivação e o trabalho de todos seria monitorizado (...) diálogo que incluiria críticas construtivas e possíveis estratégias de intervenção.”* (E5).

Por fim, alguns colaboradores afirmam que estão, de forma geral, reunidas as condições necessárias para que os serviços prestados sejam de qualidade.

"Penso que de uma forma geral, estão reunidas as condições necessárias para que o cuidado prestado à pessoa com demência seja meritório." (E6)

"A melhoria do serviço é contínua, há sempre algo que pode ser melhorado ou aperfeiçoado. Contudo, acredito que o mais importante está a ser feito." (E8)

1.3.4. RELAÇÃO COM OS COLEGAS

A relação com e entre os colegas foi analisada em três categorias: pares, interpares e grupo.

1.3.4.1. Pares

De forma geral, todos os profissionais afirmam que existe cooperação e colaboração entre a equipa, à exceção de um colaborador que *"considero que, por vezes, existe pouca colaboração e fraco espírito de equipa"* (E7).

*"Acho que tenho uma **relação de empatia** com os meus colegas (...)" (E1)*

*"Sinto-me **motivada pelo bom ambiente de equipa** que temos entre colegas no Centro (...)Tenho uma **relação positiva** (colegas), pois estão sempre dispostos a ajudar e aconselham-me de maneira a que eu melhore." (E3)*

*"**Existe sim** (cooperação e colaboração), talvez em demasia. A ocorrência de imprevistos, faz com que as tarefas acabam por se sobreporem mais do que seria esperado. (...) se assim não fosse não nos apoiáramos tanto." (E4)*

*"**Existe cooperação e colaboração** entre a equipa (...) sempre com o mesmo objetivo, trabalhar em prol do utente, na promoção da sua autonomia e qualidade de vida." (E5)*

*"Temos uma **equipa multidisciplinar** (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, psicomotricista, musicoterapeuta, enfermeiro, animadora) que é uma **mais-valia na realização das tarefas existindo cooperação e colaboração.**" (E6)*

*"Sem dúvida que sim, (existe cooperação e colaboração) num **ambiente colaborativo e cooperativo**, todos trabalham para um objetivo comum: acolher e estimular os utentes, comprometendo-se ativamente na melhoria do dia-a-dia destas pessoas. A equipa sabe ouvir o outro, respeitam o trabalho do colega, partilham informações e as decisões são realizadas em conjunto." (E8)*

1.3.4.2. Interpares

Na relação interpares, foram identificadas algumas necessidades que colmatadas poderiam contribuir para uma relação ainda melhor entre a equipa e para a melhoria e agilização da intervenção diária que realizam:

- *“Seria importante **haver uma certa maturidade no que toca à relação interpessoal**, de forma a que ninguém seja sob carregado com os problemas profissionais, sendo assim, a **diretora técnica ou o coordenador do centro a resolver determinadas questões**.” (E2)*
- *“**Maior frontalidade, separação das relações pessoais e de trabalho**, mantendo a imparcialidade mesmo quando existe amizade (E3)*
- *“Parece-me que deveríamos **comunicar mais num contexto mais formal (...)** diminuir alguns desentendimentos ou sobreposição de tarefas (...) **haver um maior distanciamento interpessoal entre todos**. (E4)*
- *“**Mais tempo para nos reunir enquanto equipa técnica** que trabalha diariamente com estes utentes (partilhando mais estratégias e informações) (...) Melhorar a comunicação entre tarefas, **necessidade de maior frontalidade que por vezes não existe (...)**” (E5)*

Ainda de acrescentar que existe a dificuldade por parte de um colaborador em se integrar na equipa afirmando ser uma equipa *“pouco recetiva à introdução de novos elementos, dificultando o bom ambiente laboral”* (E7).

1.3.4.3. Grupo

Quanto à relação enquanto grupo, de destacar o facto de todos intervirem com o mesmo objetivo grupal: o bem-estar e a qualidade de vida do utente e o apoio mútuo entre os elementos da equipa.

“sinto que todos nós temos trabalhado para o bem-estar dos nossos utentes, executando o melhor possível as funções específicas da sua área de formação”. (E7)

Porém, existe uma certa reticência em *“chamar à atenção relativamente a um comportamento desadequado (sendo) condicionado pelo receio que têm da má recetividade da outra pessoa a essa observação.”* (E5), muito devido à personalidade individual de cada um e possivelmente à dificuldade de assumir o erro.

De forma geral, é uma equipa coesa e que procuram o colega quando necessitam de apoio em alguma tarefa, existindo cooperação e colaboração entre todos.

1.3.5. RELAÇÃO DE CUIDADOS COM AS PESSOAS IDOSAS COM DA

A análise da dimensão – Relação de cuidados com as pessoas idosas com DA, divide-se em duas principais categorias: o tipo de relação entre o Cuidador Formal e a Pessoa Idosa com DA e a Prestação de Cuidados mais concretamente.

1.3.5.1. Tipo de relação entre Cuidador Formal e Pessoa Idosa com DA

De uma forma geral, a relação dos cuidadores formais com os utentes é muito positiva, pautado por respeito, cumplicidade, confiança, tranquilidade e empatia.

*"No meu ponto de vista, e em geral, a minha relação com os utentes é **positiva** e **otimista**." (E2)*

*"Considero ser uma **boa relação**, para mim considero-os mesmo como familiares." (E3)*

*"Julgo que a minha relação com os utentes é de muita **cumplicidade** e que me respeitam enquanto profissional e ser humano." (E4)*

*"A minha relação com os utentes traduz-se numa **relação de tranquilidade, harmonia e de confiança**, fruto da empatia criada ao longo de todo o processo terapêutico." (E5)*

*"De uma forma geral a minha relação com os utentes é **bastante positiva**." (E6)*

Na sua maioria, todos os colaboradores consideram que o cuidado direto com os utentes é de extrema importância para a manutenção de uma boa relação e de um bom cuidado, sendo a "peça" essencial e necessária para atingir os objetivos da intervenção.

"É importante o contacto direto com o utente, uma vez que deve ser criada uma relação entre o técnico com o utente facilitando assim o trabalho em prol do objetivo do profissional." (E2)

*"Para **uma intervenção centrada no utente é imprescindível o contacto direto** com os utentes, pois só assim conseguimos identificar de forma holística todas as suas competências e limitações." (E5)*

*"A relação com os utentes é sem qualquer dúvida a **chave para o sucesso da intervenção**, para o envolvimento nas atividades e para a colaboração dos utentes nas atividades propostas. O contacto direto com a Pessoa com Demência é assim fundamental para construirmos e mantermos a relação. A construção da relação dependerá muito pela forma como comunicamos com a pessoa com demência." (E6)*

*"O contacto direto com os utentes é de **extrema importância para o serviço prestado no Centro de Dia**. A qualidade dos cuidados depende muito da relação entre as pessoas cuidadas, a equipa e os cuidadores/familiares. Mesmo não intervindo diretamente com os utentes, é esta a abordagem (abordagem centrada na pessoa) que aplico no Centro de Dia." (E8)*

Ainda de destacar a importância da comunicação verbal, mas sobretudo da comunicação não verbal, visto ser por vezes a forma mais fácil, por parte de quem trabalha com pessoas com demência, de conseguir compreender as pessoas é através do toque, da observação e do olhar atento às manifestações perante as situações.

Para além disso, todos os profissionais estão atentos às necessidades dos utentes e procuram satisfazê-las da forma mais correta e adaptada possível.

"Qualquer um de nós está atento às necessidades do utente e atento à eventual necessidade de readaptar as tarefas. A prioridade é, para além do desacelerar a evolução da doença, obviamente o bem-estar da pessoa com demência e estamos a intervir nesse sentido. (...) Todas as pessoas sentem necessidades, e tal como qualquer pessoa, também a pessoa com Demência tem necessidades, que precisam de ser preenchidas – Vínculo, conforto, identidade, ocupação, inclusão, amor – que acredito que podem ser preenchidas também num contexto de centro de dia." (E6)

A abordagem Centrada na Pessoa é, de uma forma geral, a abordagem que todos os técnicos utilizam na sua relação com o utente e na prestação dos cuidados, visto ser essencial nesta demência olhar para o utente de forma holística, procurando satisfazer as necessidades individuais do mesmo.

*"A prestação de cuidados não se trata apenas da execução de tarefas, mas essencialmente de uma relação que se cria com quem os recebe. Nos cuidados às pessoas com demência, **mais do que fazer, é ter a capacidade de ser**, de estar presente. **O foco é sempre a pessoa** e não a doença."* (E8)

1.3.5.2. Prestação de Cuidados

De acordo com Sommerhalder (2001), a atividade profissional de um cuidador formal *"é essencialmente levada a cabo por profissionais qualificados, por existir uma preparação prévia específica para a atividade profissional que desempenham, sendo esta atividade variada de acordo com o contexto onde se encontram. O cuidador formal define-se pela prestação de serviços de índole profissional em instituições direcionadas para a prestação de cuidados."* (Mestre, 2015: 129)

A prestação de cuidados pressupõe que existam competências para saber lidar com situações adversas ou que fogem do controlo por parte de quem os presta. Assim sendo, os colaboradores por um lado afirmam ter as competências necessárias para atuar numa situação de crise:

*"Sim, **considero que tenho as competências necessárias** para atuar numa situação de crise com um utente com Doença de Alzheimer."* (E7)

*"No meu ponto de vista **reúno as competências para lidar em alguns momentos de crise**, e quando considero que não os tenho peço ajuda aos técnicos superiores. Sou da opinião que as competências profissionais vão se aperfeiçoando em campo."* (E2)

“O reforço da capacidade de cuidado requer um staff adequado, competente e especializado, e está diretamente relacionado à qualidade na prestação de serviços.”
(Martín & Brandão, 2012 in Pinheira & Beringuilho, 2017).

Por outro lado, alguns afirmam que apesar de possuírem as competências necessárias para intervir na área das demências, mesmo que seja essencialmente com a experiência que se adquire as ferramentas essenciais, não possuem todas as competências necessárias para lidar e resolver uma situação de crise, muito devido à imprevisibilidade dos comportamentos por parte dos utentes.

*“Só com o **decorrer do tempo é que vamos aprofundando conhecimentos**, ganhando experiências e ferramentas (...) Neste momento apesar de reunir competências para trabalhar com esta população estou consciente que não apresento as ferramentas e estratégias para todas as possíveis situações de crise (...) **importância de frequentar formações**, partilhar informações entre técnicos da mesma área, mas também de áreas diferentes.”* (E5)

Identificam como principais **estratégias** para intervir na crise as seguintes:

- Manter a calma e ser o mais racional possível (E2)
- Entender o que despoletou a situação de crise; (E6)
- Ouvir a pessoa e não a contrariar/desafiar; (E6)
- Mudar o foco para alguma conversa ou atividade do interesse da pessoa (E6);
- Ter a capacidade de ser criativo na resolução do problema, devido à unicidade das situações (E6);
- Ser paciente e flexível e aceitar a situação como uma realidade da doença (E8);

É com a prática e com a vivência de situações mais complicadas e que exigem mais dos profissionais que os mesmos aprendem e adquirem ferramentas para conseguirem lidar com futuras situações semelhantes ou de grau mais elevado.

Ainda para mais, a equipa do CD, é uma equipa jovem que na sua maioria não apresentam muita experiência e por isso mesmo, surgem dificuldades associadas às situações de crise visto serem complicadas de resolver devido à instabilidade e imprevisibilidades dos comportamentos dos utentes, dificultando o delineamento de um plano de intervenção por parte dos cuidadores formais.

Os cuidadores formais destacaram os seguintes aspetos como as principais **dificuldades** sentidas na prestação de cuidados aos utentes com DA:

- O facto de ser difícil de lidar a nível psicológico e a nível físico;

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia "Lugar de Memórias"

- O estado dos utentes em determinados dias, visto influenciar na concentração do utente para a realização de determinada atividade, focando-se nos estímulos externos.
- Dificuldade com alguns utentes na ida à casa de banho, devido à confiança necessária;
- Comunicação com os utentes mais dependentes e em estados mais avançados da demência;
- O facto de a ocorrência de comportamentos repetitivos e de verbalizações constantes ser muito desgastante para os cuidadores;
- Imprevisibilidades dos comportamentos, baixa autoestima e fraca motivação para a execução de tarefas;
- Ser uma realidade emocionalmente desgastante;
- Heterogeneidade do grupo;
- Adequar o plano terapêutico às necessidades específicas do utente;

De forma geral, todos os colaboradores, apesar de uns possuírem mais e outros menos experiência, têm as competências necessárias para intervirem na área das demências e especificamente para intervirem neste CD e satisfazerem as necessidades dos utentes.

O facto de ser uma equipa tão heterogénea é uma mais valia para contribuírem mutuamente e positivamente para a intervenção do colega, através da ajuda e cooperação. A existência de uma equipa multidisciplinar é um ponto a favor para a garantia da prestação de um bom cuidado, com qualidade e com sucesso, maximizando e potencializando o bem-estar dos utentes.

1.3.6. DEFINIÇÃO DO PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL (PDI)

A definição do Plano de Desenvolvimento Individual é uma competência exclusiva da equipa técnica, porém a restante equipa e os familiares têm um papel também fundamental para a construção e concretização do mesmo.

O Plano Individual é, *“um instrumento formal que visa organizar, operacionalizar e integrar todas as respostas às necessidades, expectativas e potenciais de desenvolvimento identificadas em conjunto com o cliente”* (Instituto de Segurança Social, 2010).

1.3.6.1. Acompanhamento, Revisão e Concretização

É através das reuniões multidisciplinares que é realizado o acompanhamento e revisão dos PDI's dos utentes e, quando necessário reformulado o plano de intervenção de acordo com as necessidades e/ou evolução do utente, sendo realizada uma avaliação semestral dos planos.

*“O acompanhamento é constante, mas **mediante reuniões multidisciplinares discutimos e adaptamos o plano de intervenção.** As mudanças de humor, eventuais comportamentos mais difíceis de lidar, possível necessidade de reajustar a medicação (...) podem constituir um percalço na execução do plano.” (E6)*

Os PDI's são concretizados de acordo com as informações recolhidas pelos técnicos ao longo da sua intervenção e contacto direto com os utentes, considerando a individualidade de cada utente – necessidades individuais, preferências, dificuldades.

*“(...) **cada técnico define o processo individual do utente**, elaborando um plano terapêutico com objetivos e estratégias específicas tendo em conta as necessidades/dificuldades de cada utente.” (E7)*

Cada técnico define a estratégia individual que melhor funciona para a construção do PDI dos utentes, sendo que cada técnico possui objetivos únicos de intervenção e por isso, distintos dos objetivos dos restantes colegas, apesar de cada técnico ser responsável por gerir 4 ou 5 utentes.

*“Defino os meus objetivos para cada utente (...) **incidindo com maior cuidado, nos cinco casos pelos quais sou responsável.**” (E4)*

Assim sendo, é essencial que comuniquem de forma a cada um partilhar os objetivos para cada utente de modo a que a intervenção individualizada ocorra em sintonia entre todos, apesar de afirmarem que o tempo é pouco para conseguirem executar o PDI da melhor forma.

*“Realizo a avaliação inicial para admissão, reavaliações periódicas, identifico as áreas cognitivas mais mantidas e as mais comprometidas, e através da intervenção individual e em grupo procuro identificar eventuais necessidades. (...) **a troca de informação com a equipa é essencial.**” (E6)*

Neste processo a família tem também um papel fundamental na medida em que são eles que melhor conhecem os utentes e por isso mesmo, apoiam os técnicos na concretização do PDI facultando informações únicas e essenciais para o plano de intervenção.

*“os familiares desempenham um papel importante, pois é necessário identificar aspetos da história de vida da pessoa com demência. **É o familiar quem melhor conhece os gostos, interesses e hábitos**, informações fundamentais para integração no plano de intervenção. (...) para além dos contactos permanentes com*

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

cada familiar, periodicamente, são realizados encontros de familiares, um espaço de partilha e ajuda mútua.” (E8)

Resumindo, os técnicos partilham a opinião de que o PDI contribui para humanizar e personalizar o cuidado prestado aos utentes e por isso mesmo é tão essencial seguir uma lógica de intervenção centrada na pessoa e nas necessidades e interesses individuais de cada um, sendo uma forma de garantir uma resposta de qualidade e que garante a qualidade de vida, a autonomia e o bem-estar dos utentes.

*“Como profissional da saúde, considero que **os cuidados devem ser individualizados**, tendo em conta as capacidades, áreas fortes, dificuldades e gostos pessoais de cada utente (...) recolhidas junto dos mesmos, ou através dos cuidadores.” (E4)*

*“(...) contribui para **humanizar e personalizar os cuidados** à pessoa idosa com DA, pois deste modo existe uma maior adequação dos objetivos clínicos às necessidades do quadro demencial individual, que é único e com uma evolução variável de utente para utente.” (E7)*

*“Os planos de intervenção constituem **mecanismos de reabilitação e de estimulação** que visam minimizar as perdas ao nível do desempenho e retardar o desenvolvimento da doença.” (E8)*

Ainda de acrescentar que não foi possível aceder aos Planos de Desenvolvimento Individual dos utentes do Centro de Dia “Lugar de Memórias”, visto que os técnicos não tinham recebido autorização por parte da direção técnica que se encontrava em período de férias. Porém, as informações relevantes relativamente aos utentes foram de forma geral facultadas.

2. Análise dos Resultados de Investigação

O Centro de Dia, é uma resposta social desenvolvida em equipamento que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar, que tem como objetivos a prestação de serviços que satisfaçam necessidades básicas, prestação de apoio psicossocial e fomento das relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento.²³

A chave para o sucesso das organizações nos dias de hoje, centra-se essencialmente na gestão da equipa, por forma a que as instituições se tornem autossustentáveis e primem pela garantia de serviços de qualidade aos seus utentes. De acordo com o quadro teórico realizado, existem 3 aspetos, que segundo Chiavenato (2009), são essenciais para a concretização de uma boa gestão de pessoas:

1. Cada pessoa é única e tem uma personalidade própria – ou seja, diferentes habilidades, conhecimento e competências necessárias à gestão dos recursos organizacionais;
2. Cada pessoa tem a capacidade de aprender e de se adaptarem ao mundo em mudança;
3. As pessoas fazem parte da organização e por isso devem comprometer-se com a mesma de forma a receber o retorno da sua intervenção através de salários, incentivos, carreira profissional, etc. (Figueira, 2017: 46);

Assim sendo, e de acordo com os resultados obtidos através das respostas às entrevistas realizadas à equipa do CD, podemos afirmar que os objetivos principais da resposta estão, de forma geral, a ser garantidos visto que todos os profissionais estão a prestar os seus serviços tendo sempre como fim o bem-estar do utente, tentando ao máximo individualizar os cuidados, apesar de haverem alguns aspetos que melhorados seriam uma mais-valia para a intervenção realizada.

Portanto, de forma a facilitar a leitura e análise dos resultados obtidos com o presente estudo, identificou-se três eixos ou dimensões que se evidenciaram como os pontos com mais destaque ao longo das entrevistas e também ao longo da observação direta, e que vão de encontro com os objetivos específicos definidos para a investigação:

a) Gestão Organizacional, Direção Técnica e relação entre a Equipa; b) Prestação de Cuidados e Cuidadores Formais: dificuldades, necessidades e desafios; c) Avaliação do

²³ Bonfim & Saraiva, (Dezembro, 1996), Guião da DGAS - Centro de Dia: condições de localização, instalação e funcionamento, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação – Direção-geral da ação social

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

Desempenho e Formação. A presente análise pretende destacar sobretudo as potencialidades observadas, as barreiras e dificuldades identificadas e as necessidades demonstradas.

Figura 10: Dimensões de Análise dos Resultados



Fonte: construção própria com fundamento nos resultados obtidos

a) Gestão Organizacional e Direção Técnica

A gestão organizacional e o controlo por parte dos cargos de gestão apresentam-se como estratégias absolutamente necessárias para que a organização consiga garantir e realizar os objetivos e para os colaboradores serem direcionados e motivados para a realização das suas tarefas (Reis & Silva, 2014).

Assim sendo, a liderança assume-se como um dos aspetos de relevo quando falamos em gerir uma organização, havendo uma cooperação por parte dos colaboradores *“com o objetivo de motivá-los e consequentemente aumentar a produtividade, comprometê-los no trabalho para atingir metas, motivando-os para que possam trabalhar com satisfação. A organização deve estabelecer os limites e dar o respetivo feedback sobre o progresso do trabalho desenvolvido pelos colaboradores.”* (Reis & Silva, 2014: 141).

No CD Lugar de Memórias a gestão da organização a nível estratégico é levada a cabo pela diretora técnica, que acumula funções de Assistente Social. A Direção técnica é comumente assegurada por um técnico com formação superior em ciências sociais e que, preferencialmente tenha experiência para o exercício das suas funções. Compete-lhe dirigir o estabelecimento, tem a responsabilidade pela programação das atividades e coordena e supervisiona toda a equipa, procurando estabelecer o modelo de gestão técnica que mais se adequa ao funcionamento da instituição.

Por isso mesmo, os cargos de direção são o motor da equipa, na medida em que estabelecem um papel estruturante na gestão das pessoas, das relações e dos recursos, de acordo com a hipótese 4.

Apesar de as funções de um Diretor Técnico poderem ser exercidas a 50% quando a capacidade da instituição for inferior a 30 utentes, como é o caso do CD escolhido para fazer este estudo, foi possível concluir, de acordo com as necessidades da equipa e também de acordo com a opinião da direção técnica, que seria essencial haver uma direção e supervisão mais presente e mais participativa nas atividades diárias do centro de dia, de forma a apoiar mais a equipa em situações que exigem uma maior orientação.

A longo prazo, uma direção parcialmente ausente, pode contribuir para que ocorra uma despersonalização e perda da realização pessoal da equipa e os serviços não sejam prestados com qualidade devido à falta de supervisão e acompanhamento. Seria uma mais valia para a gestão organizacional, se a direção tivesse um horário mais alargado, por forma a estar mais presente e gerir a equipa, procurando manter as práticas de qualidade – através do foco no utente e da valorização diária da equipa, prevenindo estados de *burnout*²⁴ ou possíveis conflitos entre equipa.

Quanto à direção (técnica), é uma direção que, apesar de estar parcialmente ausente devido ao horário que pratica, prima pela disponibilidade, pela simpatia e pela preocupação em tentar garantir o bem-estar da equipa em geral. Porém, o tempo apresenta-se como uma ameaça para conseguir garantir todos os objetivos e tarefas que tem para realizar, contribuindo para que a equipa sinta falta da presença da direção técnica, colmatando numa comunicação ineficaz e no desconhecimento de assuntos importantes que contribuem para o retrocesso nas práticas.

De acordo com as hipóteses 3 e 4 definidas: (3) *“a gestão de equipas de cuidadores formais de pessoas com Doença de Alzheimer requer cuidados especializados e individualizados”* e (4) *“os cargos da Direção exercem um papel estruturante na gestão das equipas e das relações, relativamente à intervenção realizada pelos cuidadores formais no Centro de Dia”*, podemos referir que a gestão de equipas requer realmente um perfil específico por parte de quem a realiza, neste caso concreto a Direção Técnica.

O desafio das instituições de hoje passa então pela formação e melhoria contínua, valorização da fase de recrutamento, de forma a selecionar profissionais que apresentem o perfil adequado para intervir em determinada área e garantir que as

²⁴ Síndrome de exaustão emocional, despersonalização e perda de realização pessoal que ocorre em profissionais de ajuda (Maslach & Jackson).

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

peessoas (equipa) estão motivadas, voltando a destacar a importância de um planeamento estratégico adaptado à equipa e aos objetivos da instituição.

Assim sendo, é da responsabilidade da direção técnica (nível estratégico) garantir que as necessidades dos profissionais do nível tático e do nível operacional estão a ser correspondidas e que os objetivos definidos para cada profissional sejam claros, por forma a contribuir para o crescimento da instituição e para eficácia e garantia máxima do bem-estar do utente, de acordo com a figura 11.

Figura 11: Níveis de Gestão do Centro de Dia Lugar de Memórias



Fonte: construção própria com fundamento em Reis & Silva, 2014

Porém, dado que a direção técnica acumula igualmente funções de Assistente Social (nível tático) é essencial que haja um maior equilíbrio entre a realização das funções de direção técnica face às funções enquanto Assistente Social, na medida a que a burocracia não se sobreponha à intervenção de proximidade e de contacto direto com as pessoas.

É essencial que este profissional, para além de gerir a equipa e a organização – tarefas inerentes ao cargo de diretor técnico, não descure a essência do Serviço Social, sendo a *“necessidade de aprofundar a sua capacidade reflexiva e, consequentemente, de entendimento do mundo em que se insere”* (Amaro, 2012: 249) um dos desafios e questões colocadas ao Serviço Social. Esta dualidade de tarefas (direção técnica e Serviço Social) apresenta-se com uma mais valia para a prática, sendo crucial que o profissional consiga se situar e dar igualmente importância à prática do Serviço Social, dada a complementaridade que produz para a gestão de uma organização.

Portanto, no Centro de Dia Lugar de Memórias, era essencial que a direção técnica pudesse ter mais contacto com a realidade diária dos utentes e da sua equipa,

na medida em que contribuiria para que possuísse mais competências e conhecimentos para delinear melhores e mais adaptados planos de intervenção.

Relativamente à hipótese: *“a intervenção do Serviço Social junto das pessoas idosas com Demência exige uma especialização e um treino de competências específicas”*, sendo que a AS do centro de dia acumula funções também como diretora técnica é possível afirmar, e de acordo com o testemunho da própria, que mesmo não intervindo diretamente com os utentes considera ser essencial possuir competências específicas, sobretudo em áreas tão “especiais” como a área das demências.

O Assistente Social, nesta área específica e neste contexto, tem sobretudo de ter a capacidade de capacitar as pessoas, facultar as ferramentas essenciais para a garantia do bem-estar dos utentes, desenvolver estratégias de *coping* que o ajude e à restante equipa a gerir as situações diárias, tendo uma prática com base na pessoa e na mudança – garantindo o bem-estar dos utentes, mas também da equipa.

De realçar a teoria de Carl Rogers (2010) – abordagem centrada na pessoa, como sendo a teoria base para a intervenção do CD, referida pelos profissionais e presente nos documentos institucionais do CD. Esta abordagem encara a pessoa de forma holística, como um todo, englobando a sua história de vida, família, condições de saúde, situação económica, gostos pessoais, entre outros aspetos inerentes à pessoa.

b) Prestação de Cuidados e Cuidadores Formais: dificuldades, necessidades e desafios

Cuidar de uma pessoa com demência é uma tarefa que exige muito por parte de quem o faz, envolvendo uma sobrecarga intensa a nível psicológico, emocional e físico (Alzheimer Portugal – Plano Nacional de Intervenção Alzheimer, 2009), por isso, é urgente o desenvolvimento de programas de intervenção com os cuidadores formais que tenham o objetivo de potenciar os conhecimentos e as competências específicas na área dos cuidados na demência, mas também facultar estratégias para prevenção de situações de stress e sobrecarga emocional que promovam a qualidade dos serviços prestados aos utentes e que garantam, igualmente, o bem-estar dos idosos e dos cuidadores – formais e informais.

A equipa do CD é constituída por profissionais competentes, com excelentes capacidades de evolução e que se relacionam com os utentes como se de familiares se tratassem, sempre respeitando a sua individualidade e necessidades individuais. Consideram a relação direta cuidador formal – utente de extrema importância para estabelecerem uma relação de confiança e respeito de forma a poderem exercer a sua

prática da melhor forma possível, apesar de considerarem que nem sempre têm as condições totais para conseguirem seguir os planos de intervenção delineados no PDI de cada utente.

Para uma prática adequada e específica com esta população, é essencial possuir um conjunto de competências especializadas que contribuem para a prestação de cuidados de qualidade e adaptados às necessidades dos utentes. Assim sendo, a equipa do CD, apesar de ser na sua maioria uma equipa jovem e com pouca experiência na área, demonstram possuir as competências essenciais para prestarem um cuidado com base no profissionalismo e qualidade. Porém, afirmam ser essencial que o CD proporcione mais momentos de formação de modo a renovar e atualizar conhecimentos e a prestarem serviços de qualidade para os utentes que frequentam o CD.

A falta de espaços para as atividades, a necessidade de mais uma casa de banho, a necessidade de um maior acompanhamento por parte da direção de forma a poder orientar melhor a equipa nas práticas diárias, a necessidade de formação e a instabilidade e o estado dos utentes em determinados dias são uns dos principais motivos que contribuem para muitas vezes não consigam cumprir com o plano de cuidados estabelecido.

Segundo Jacob (2004), o saber-ser e o saber-estar que pressupõem o gostar de pessoas idosas, ter respeito e empatia, saber trabalhar em equipa, respeitar a confidencialidade e humanidade, bem como o saber-fazer (pôr em prática os conhecimentos adquiridos) são competências que o cuidador formal deve possuir por forma a lidar com pessoas. (Loureiro, 2016: 18).

De forma geral, a equipa encontra-se motivada para a realização do seu trabalho, sendo o utente, a maior motivação, dadas as significativas mudanças e alterações no utente, que surgem devido ao trabalho e cuidado diário que os cuidadores formais prestam.

c) Avaliação de Desempenho e Formação

Outro aspeto essencial, e que foi demonstrado pelos entrevistados é a necessidade de haver uma maior avaliação do desempenho e supervisão de forma a potenciar a motivação para a realização das tarefas e de modo a readequar práticas.

“É importante que a organização disponha de instrumentos de avaliação capazes de apreciar o trabalho desenvolvido pelos profissionais e, através desse processo, de os incitar à aprendizagem e aperfeiçoamento sistemáticos” (Vieira, 2018: 394)

Porém, é importante ressaltar que quando falamos em avaliação do desempenho, não falamos exclusivamente em avaliar se os objetivos foram alcançados ou não, na medida em que na área social o que importa realmente avaliar é se os profissionais estão a garantir o bem-estar e dignidade dos utentes (objeto da intervenção), independentemente de não serem cumpridos os objetivos na totalidade, dada também a imprevisibilidade da doença. É essencial pensar na humanização dos serviços e na forma mais adequada a prestar o cuidado a determinada pessoa, de acordo com as necessidades individuais.

O desafio passa então pela criação de ferramentas eficazes de comunicação de modo a motivar a equipa e ultrapassando a barreira do pouco tempo, sendo também essencial procurar humanizar cada vez mais as instituições, valorizando as pessoas para que as mesmas se sintam peças integrantes e importantes do processo, contribuindo para a garantia do bem-estar de todos: dos utentes, da equipa em geral e dos familiares.

De acordo com as hipóteses definidas em fase de construção do projeto de investigação, agora verificarmos a veracidade das mesmas, dados os resultados obtidos com a presente investigação.

Assim sendo, a primeira hipótese: *“A prestação de cuidados a Pessoas idosas com Doença de Alzheimer exige uma formação específica e especializada por parte dos cuidadores formais/auxiliares de ação direta, dadas as competências necessárias”* evidencia, de facto, o tema que já tem sido abordado ao longo da dissertação como um ponto fulcral para a prestação de cuidados – a formação, especializada e específica na área da demência/DA.

Portanto, e de acordo com o que a observação e a análise das entrevistas expõem, os cuidadores formais referem-se à formação como algo essencial e absolutamente necessário para a continuidade da garantia de serviços de qualidade, bem como para a motivação diária para exercer a profissão e, por isso mesmo, uma formação específica e especializada é necessária para a prestação de cuidados a pessoas idosas com DA.

Apesar da importância que a formação contínua exerce na prática dos colaboradores e das pessoas que constituem a equipa, é essencial garantir que a equipa está motivada e orientada para a realização das suas tarefas.

Conclusões da Análise dos Resultados

Perante os resultados obtidos e de modo a conseguirmos responder concretamente à pergunta de partida: “como se processa a Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer e que competências específicas devem ter os cuidadores formais?” foi possível concluir, que a gestão do apoio às pessoas idosas com DA é realizada de acordo com as necessidades individuais dos utentes, com uma prática baseada na abordagem centrada na pessoa, olhando para o utente de forma holística.

De acordo com os critérios de qualidade que pautam, ou deveriam pautar, as respostas sociais Centro de Dia, conforme o Manual de Processos-Chave – Centro de Dia, descritos no enquadramento teórico²⁵, podemos referir que o Centro de Dia Lugar de Memórias e a equipa que dele faz parte trabalham diariamente de forma a conseguir atingir todos os critérios definidos porém algumas necessidades e dificuldades contribuem para que os serviços prestados não tenham a qualidade que poderiam ter.

A equipa do CD é uma equipa que, para além de ser na sua maioria jovem e recém formada, é competente e comprometida com o que faz, apresenta muitas competências fruto da sua área de formação base e que são uma mais valia para o desenvolvimento do centro de dia e garantia do bem-estar do utente, apesar de sentirem a necessidade de formação na área das demências e especificamente no Alzheimer, de forma a adquirirem mais competências e ferramentas para conseguirem lidar com os constrangimentos da doença.

Porém, segundo Vieira (2018):

“Não vale a pena pensar que é possível todos os membros da equipa serem inteira e integralmente produtivos a toda a hora e momentos, pois, para além da instabilidade que caracteriza o comportamento humano, as organizações atuais são obrigadas a conviver diariamente com as incertezas do mercado, que introduzem interferências inesperadas nos processos de trabalho e agravam essa instabilidade. (...) a superação deste tipo de problemas requer soluções complexas que combinem formas de planificação do trabalho cada vez mais apuradas e flexíveis e estilos de liderança apostados no fortalecimento da autonomia e responsabilização dos trabalhadores na base do fomento do espírito de empresa e do orgulho pelo trabalho bem feito” (Vieira, 2018: 190)

A gestão organizacional apresenta-se com um processo essencial para que toda a ação ocorra de acordo com os objetivos, finalidades, valores e missão da instituição porém, de acordo com o que foi evidenciado das respostas às entrevistas, algumas

²⁵ Ver página 46 – ponto 4.1: Gestão da resposta social Centro de Dia para pessoas Idosas com DA: pessoas, relações e recursos

necessidades como a escassa formação profissional na área do Alzheimer, necessidade de mais salas para todos os técnicos poderem realizar as suas tarefas de acordo com o plano de intervenção, mais material terapêutico e didático para trabalharem com os utentes, necessidade de mais uma casa de banho de modo a facilitar o cuidado e a higiene levam a que a gestão organizacional e a gestão dos cuidados prestados sejam influenciados e haja uma quebra nas práticas dado que a equipa acaba por demonstrar estados de insatisfação e desmotivação.

Portanto, de acordo com o que foi observado, considera-se que para a gestão do cuidado e da organização em si ocorra de forma a prestar o melhor cuidado possível às pessoas idosas com Alzheimer (utentes), é necessário haver mudanças, sobretudo no que diz respeito ao maior acompanhamento e supervisão aos cuidadores formais por parte da direção, visto que é essencial para o sucesso das organizações uma liderança que seja e esteja presente e atenta a tudo o que a equipa e a instituição em geral necessita.

Relativamente às competências, e aliada à necessidade de formação, a equipa parece possuir as competências essenciais para prestar o cuidado básico aos utentes, porém as competências existentes precisam de ser aprimoradas e necessitam de ser adquiridas mais competências por parte dos cuidadores formais, sobretudo no que diz respeito a como se relacionar com o utente, como lidar com situações de crise, como conseguir lidar com a imprevisibilidade da doença e, sobretudo a equipa precisa de ter formação que tenha em conta a complexidade da doença e as necessidades reais do contexto.

Ou seja, apesar da equipa estar consciente das competências necessárias e do perfil que um cuidador formal que preste apoio a pessoas com demência deve ter, é necessário que com o apoio da formação, se definam modelos de intervenção adaptados à realidade.

Porém, a equipa encontra-se motivada para a realização do seu trabalho, sendo o utente, a maior motivação, dadas as significativas mudanças e alterações no utente, que surgem devido ao trabalho e cuidado diário que os cuidadores formais prestam.

Seria também uma mais valia para a gestão organizacional do CD se criassem mais documentos institucionais, com definição de missão, visão e valores numa perspetiva de cultivar uma cultura organizacional e todos terem uma matriz a seguir, uma base de dados mais relevantes e importantes para a prestação de cuidados relativamente aos utentes que estivesse disponível à consulta de todos os profissionais, bem como haver mais momentos em que os técnicos possam realizar e planear a sua intervenção.

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

Ainda de referir, de acordo com o que foi observado e analisado, que há a necessidade de haver uma maior aproximação com os familiares dos utentes e estabelecer uma relação de ajuda mais comprometida de modo a apoiar os familiares e de modo a haver uma mediação entre a equipa e os familiares dos utentes.

De forma a concluir a presente análise dos resultados é importante referir que o principal objetivo desta investigação não foi efetuar generalizações ou retirar muitas conclusões, mas sim particularizar e compreender de forma holística o contexto em análise e as pessoas que dele fazem parte, dada a importância que esta resposta específica tem para as Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer.

CAPÍTULO IV – REFLEXÃO E RECOMENDAÇÕES

A Organização Mundial de Saúde prevê que ocorra um aumento populacional de pessoas idosas até 2050, com idades superiores a 80 anos. De acordo com um estudo realizado pela Associação Alzheimer Portugal (2017), a demência afeta 44 milhões de pessoas por todo o mundo, sendo que a previsão é para aumentar cada vez mais os casos de pessoas idosas que possuem demência, sendo a Doença de Alzheimer o tipo de demência mais comum.²⁶

Após o conhecimento destes dados, torna-se urgente começar a pensar em formas e estratégias para retardar o aparecimento de demências ou para retardar a demência em si. Portanto, é essencial a criação de respostas sociais e serviços que desenvolvam programas de intervenção específicos para esta área, visto ser um cenário cada vez mais real nos dias de hoje.

Assim sendo, com esta investigação pretendeu-se retratar a realidade de uma resposta social (centro de dia) que intervém especificamente com a Doença de Alzheimer, que apesar de já haver algumas respostas, a nível nacional, que prestam estes serviços específicos, ainda existe uma lacuna dada a dimensão populacional com esta doença.

Apesar de o tempo disponível para observação e investigação ter sido escasso, dado que a investigação foi realizada na RAM, foi possível compreender que é essencial e cada vez mais necessário ter o foco na formação dos profissionais que prestam cuidado a pessoas, dado ser um critério essencial para contribuir para a garantia da qualidade dos serviços prestados pelas instituições.

A humanização dos serviços é também um tema que tem sido a ser muito falado nos dias de hoje, essencialmente pela necessidade que existe em humanizar os serviços de Instituições que lidam diariamente com pessoas, deixando de padronizar as rotinas que são essencialmente burocráticas e passando a haver uma preocupação cada vez maior com as necessidades das pessoas.

É cada vez mais urgente pensar nesta humanização dos serviços, que para além da eficácia e da eficiência, é essencial para que os serviços que as instituições e respostas sociais prestam, sejam adequados ao que o utente necessita, centralizando

²⁶ Informação retirada do site da Associação Alzheimer Portugal: http://alzheimerportugal.org/pt/news_text-78-9-832-organizacao-mundial-da-saude-lanca-observatorio-das-demencias

o foco da intervenção nas pessoas, deixando para segundo plano o lado mais burocrático da intervenção, apesar de essencial.

A prestação de cuidados assume-se como algo essencial para uma pessoa idosa que tenha demência, especificamente DA, visto que é uma demência que, dependendo da fase, carece de um acompanhamento sistemático e contínuo, pois a perceção do mundo e da realidade perde-se e a pessoa idosa com DA perde a noção do contexto em que está inserido, e do que está ou não correto. Portanto, o cuidado, neste cenário, é de extrema importância para os idosos apesar de exercer uma sobrecarga muito grande em quem o presta, pois é difícil e exige muito dos cuidadores que diariamente lidam com a pessoa.

É, portanto, substancial que as Instituições estejam a par desta dificuldade e planeiem a intervenção de forma a facilitar o cuidado e a prevenir situações desgastantes para quem presta estes cuidados. É necessário, que haja uma boa gestão dos serviços por parte dos cargos de direção/gestão, para que a restante equipa esteja organizada e focada no utente/na pessoa e não em problemas e disfuncionalidades inerentes ao contexto de trabalho. As equipas têm de trabalhar com o mesmo objetivo comum – promover o bem-estar do utente.

A presente investigação foi uma mais valia dado que deu a conhecer a realidade do centro de dia, dos profissionais que lá trabalham e das necessidades, desafios e problemas que enfrentam na sua prática. Contribuiu para que se conhecesse mais a fundo a realidade de uma resposta social cada vez mais essencial e que neste momento, é a única na RAM que presta este tipo de apoio específico.

Todas as instituições são únicas e apresentam necessidades também elas únicas e, por isso mesmo, esperamos que esta investigação possa contribuir para a melhoria contínua da resposta onde foi realizado o estudo de caso, como também para futuras investigações sobre este tema tão fundamental a ser estudado, de forma mais profunda.

Foi uma mais valia e uma grande aprendizagem conhecer a realidade do centro de dia Lugar de Memórias, devido às pessoas que o constituem, esperando que esta investigação possa contribuir para o sucesso contínuo da resposta e da garantia do bem-estar dos utentes.

De acordo com o que foi possível observar e concluir, consideramos essencial destacar alguns aspetos que poderão contribuir para uma gestão institucional mais eficaz.

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia "Lugar de Memórias"

De acordo com o significado de boas práticas e conforme o que ao longo da dissertação foi sendo abordado sobre este assunto e sobre a necessidade de as organizações pautarem a sua intervenção de acordo com serviços de qualidade e de excelência, importa agora deixar algumas propostas de melhoria no sentido de se atingir a excelência nos serviços prestados e na gestão da organização.

Assim sendo, de acordo com Vieira (2018), existem alguns princípios que contribuem para que a organização se aproxime da excelência. Os princípios organizam-se, segundo o autor, em quatro áreas de necessidades organizacionais básicas e interdependentes: eficácia operacional e orientação para os resultados; orientação para o cliente; intimidade com suporte à equipa de trabalho; inovação e aprendizagem, de acordo com o que está descrito na tabela 6:

Tabela 6: Princípios que contribuem para a Excelência das Organizações

PRINCÍPIOS QUE CONTRIBUEM PARA A EXCELÊNCIA DAS ORGANIZAÇÕES	
NECESSIDADES	PRINCÍPIOS
EFICIÊNCIA OPERACIONAL E ORIENTAÇÃO PARA OS RESULTADOS	a) Uma ética de serviço que visa satisfazer de forma eficaz e efetiva todos aqueles que direta e indiretamente têm impacto na organização b) Uma orientação para a ação e para os resultados c) Uma ideia clara e inequívoca da missão da organização e dos fins que visa
ORIENTAÇÃO PARA O CLIENTE	a) Um ideal de serviço que transforme o cliente e as suas necessidades, atuais, mas também futuras, no principal motor da ação da empresa b) Um ideal de qualidade que transforme o cliente no árbitro final da utilidade e confiança de um produto ou serviço
INTIMIDADE COM SUPORTE À EQUIPA DE TRABALHO	a) Investimento contínuo no desenvolvimento dos trabalhadores, identificando e compreendendo, a cada passo, a ausência de competências que revelam e formando-os nessas competências para melhorar os seus desempenhos b) Um relacionamento com os trabalhadores numa base de confiança e que lhes comunique sentimentos de entusiasmo, de capacidade de realização e de superação c) Um investimento no reconhecimento, apoio e recompensa dos esforços individuais e coletivos dos trabalhadores, de modo a conquistar e a manter níveis elevados de implicação no trabalho d) Uma estimulação da disciplina individual e grupal em torno da concessão de autonomia e da oportunidade de cada um se destacar e, concomitantemente, de uma exigência de responsabilidades
INOVAÇÃO E APRENDIZAGEM	a) Uma estimulação da experimentação e de uma atitude de risco responsável b) Tolerância ao erro e valorização das atividades da sua deteção e correção como oportunidade para a aprendizagem c) Aposta num sistema de comunicação aberto e intenso que encoraje a partilha de aprendizagens e as oportunidades de autodesenvolvimento

Fonte: construção própria com fundamento em Vieira (2018)

Com base no que foi observado no contexto do centro de dia e da análise realizada às entrevistas, foram notórias algumas necessidades que agora surgem como recomendações de forma a contribuir para a melhoria dos serviços prestados e para alcançar a excelência, conforme a lógica de Vieira (2018).

Recomendações

a) Gestão Organizacional e Direção Técnica

- Desenvolver ferramentas de comunicação eficazes de modo a motivar os colaboradores e desenvolvimento de modelos de supervisão da equipa;
- Procurar estar mais presente na dinâmica do Centro de Dia, através do contacto direto com os utentes;

b) Prestação de Cuidados e Cuidadores formais

- Desenvolver modelos de cuidados a longo prazo mais integrados, flexíveis e adaptados às necessidades individuais das pessoas com demência e dos cuidadores formais – humanidade;

c) Avaliação do Desempenho e Formação

- Desenvolvimento de programas de formação integrados, de âmbito interno e externo – por forma a atingir resultados efetivos e aumentando a motivação constante da equipa, e que sejam mais recorrentes;
- Avaliação de desempenho – desenvolver um instrumento de avaliação na instituição de forma a avaliar as práticas e a motivar a equipa a realizar uma intervenção cada vez mais reflexiva, adequada e adaptada.

BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque, C. & Arcoverde, A. (2017), *Serviço Social Contemporâneo: reflexividade e estratégia*, Lisboa, Pactor;
- Aleixo, A. (2014), *Da Economia Social para a Economia Solidária*, ISTE-IUL, Lisboa, Escola de Ciências Sociais e Humanas – Departamento de Economia Política;
- Alves, M. (2009), *Avaliação e Qualidade das Organizações*, Lisboa, Escolar Editora;
- Amado, J. (2014), *Manual de Investigação Qualitativa em Educação*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2ª Edição;
- Amaro, I. (2012), *Urgências e Emergências do Serviço Social: fundamentos da profissão na contemporaneidade*, Lisboa, Universidade Católica Editora;
- Antunes, A. (2011), *Serviço Social: O Desafio da Intervenção na Doença de Alzheimer*, Dissertação de Mestrado, ISCTE-IUL;
- Barbosa, A. et al., (2011), *Cuidar de idosos com demência em Instituições: competências, dificuldades e necessidades percecionadas pelos cuidadores formais*, Aveiro, Portugal, Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro;
- Bonfim & Saraiva, (Dezembro, 1996), *Guião da DGAS - Centro de Dia: condições de localização, instalação e funcionamento*, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação – Direção-geral da ação social, Lisboa;
- Brito, L. (2001), *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Carvalho, M. I. (Outubro de 2013), *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, Pactor;
- Carvalho, M. I. & Pinto, C. (Dezembro de 2014), *Serviço Social: Teorias e Práticas*, Lisboa, PACTOR;
- Castro-Caldas, A. & Mendonça, A. (2012), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*, Lisboa, Lidel;
- Coutinho, C. & Chaves, J. (2002), *O estudo de Caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal*, Revista Portuguesa de Educação, CIEd – Universidade do Minho;
- Couvreur, C., (1999), *A qualidade de Vida: Arte para Viver no Século XXI*, Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas;
- Dementia and social work practice: research and intervention (2007), Carole Cox

editor;

- Domingues, M. & Lemos, N., (2010), *Gerontologia: Os desafios nos diversos cenários da atenção*, Brasil, Editora Manole, 1ª Edição;
- Ferreira, J. (2016) *Processo de cuidar da pessoa idosa com doença de Alzheimer (da) numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI): perspetiva das Ajudantes de Ação Direta (AAD)*, Universidade Católica Portuguesa;
- Ferreira, M. (2012), *Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos*, Bragança, Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Educação;
- Figueira, A. (2019), *“Práticas de gestão de Pessoas para a sustentabilidade das IPSSI”*, Lisboa, Cáritas Editorial;
- Firmino, H., Simões, M. & Cerejeira, J. (2016), *Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas*, Lidel;
- Fonseca, A. (2004), *O Envelhecimento – Uma Abordagem Psicológica*, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa;
- Freitas, I., et al., (2008), *Convivendo Com O Portador De Alzheimer: Perspetivas Do Familiar Cuidador*, Brasília, Revista Brasileira Enfermagem;
- Guadalupe, S. (2009), *Intervenção em Rede: Serviço Social, sistémica e redes de suporte social*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra;
- Guerra, I. (2006), *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: sentidos e formas de uso*, Cascais, editora Princípia, (1ª edição);
- Instituto de Segurança Social, I.P (2005), *Situação Social dos Doentes de Alzheimer: um estudo exploratório*, fundação Montepio Geral;
- Instituto de Segurança Social, IP (2010), *Manual de Processos Chave de Centro de Dia*, (2ª Edição);
- Kucmanski, L., et al., (2016), *Doença de Alzheimer: desafios enfrentados pelo cuidador no cotidiano familiar*, Rio de Janeiro, Revista Brasileira de Gerontologia;
- Kuske, B., et al., (2009), *Training in dementia care: a cluster randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. International Psychogeriatrics*, 21 (2), 295-308.
- Lobo, A., et al (2000), *Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts*, *Neurology*, 54, 4-9.

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia "Lugar de Memórias"

- Lopes, A. & Capricho, L. (2007), *Gestão da Qualidade*, Lisboa, Editora RH, Lda, 1ª Edição;
- Loureiro, M. (2016), *Cuidador Formal e Demência de Alzheimer*, Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança, Instituto Politécnico de Bragança;
- Maciel, C. et al., (2009), *Desafios Contemporâneos para o Serviço Social*, Belém-Pará, Instituto de Ciências Sociais Aplicadas (ICSA – UFPA), 1ª Edição;
- Meneses, J. (2016), *Gestão de Organizações e criação de valor partilhado – conceitos e desafios atuais do empreendedorismo e da gestão de organizações*, Lisboa, Universidade Católica Editora;
- Mestre, A. (2015), *O Acolhimento em Lar de Pessoas Idosas com Demência e a Prestação de Cuidados*, Dissertação de Mestrado da ULHT – ISS;
- Negreiros, M. (1995), *As representações Sociais da profissão de Serviço Social: uma análise empírica em contexto autárquico*, Lisboa, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, Departamento de Pós-Graduação;
- Oliveira, M. et al., (2005), *Doença de Alzheimer: Perfil Neuropsicológico e Tratamento*, Universidade Lusíada do Porto – departamento de Psicologia;
- Paúl, C. & Fonseca, A. (Setembro de 2005); *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*, Lisboa, Climepsi Editores, 1ª edição;
- Paulos, C. (2010), *Gestão de Instituições para Idosos: Qualidade, Humanidade e Eficiência em Cuidados Geriátricos*, Lisboa, Verlag Dashofer Edições profissionais, Unip.,;
- Pereirinha, J. (2008), *Política Social – Fundamentos da Actuação das Políticas Públicas*, Universidade Aberta, Lisboa;
- Pinheira, V. & Beringuinho (2017), *Perfil de cuidadores formais não qualificados em instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas*, International Journal of developmental and Educational Psychology, INFAD Revista de Psicologia, Nº2 – Volumen 1;
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2003), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva (3ª edição);
- Reis, F. (2010), *Como elaborar um Dissertação de Mestrado – segundo Bolonha*, Lisboa, Editora Pactor, (2ª edição);

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia "Lugar de Memórias"

- Reis, F. & Silva, M. (2014), *Princípios de Gestão: com exemplos práticos e casos de estudo*, Lisboa, Edições Sílabo;
- Ribeirinho, C. (2019), *Supervisão profissional em Serviço Social: ao encontro de uma prática reflexiva*, Lisboa, Pactor;
- Ribeiro, M. et al., (2008), *Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte*, Ciência Saúde Colet. do Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, UFMG. 13(4), 1285-1292.
- Ribeiro, M. et al., (2009). *Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos*. Revista Brasileira de Enfermagem. 62 (6), 870-875.
- Ribeiro, Oscar & Paúl, C. (2011); *Manual de Envelhecimento Activo*; Lisboa- Porto; LIDEL;
- Rodrigues, C. (2014), *Perfil dos Cuidadores Formais de idosos e motivos para a função: um estudo de caso*; Instituto Politécnico de Viana do Castelo;
- Rogers, C. (2010), *Tornar-se Pessoa*, Lisboa, Ed. Padrões Culturais;
- Sampieri, R., Collado, C. & Lucio, P. (2006), *Metodologia de Pesquisa*, São Paulo: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda (3ª Edição);
- Santos, C, Albuquerque, C., Almeida, H., (2013), *Serviço Social: mutações e desafios*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra;
- Santos, C. (2004), *Abordagem Centrada na Pessoa – Relação Terapêutica e Processo de Mudança*, Associação Portuguesa de Counselling e Psicoterapia Centrada na Pessoa, PsiLogos;
- Santos, C. (2008), *Retratos de uma Profissão: a Identidade do Serviço Social*, Coimbra, Editora Quarteto, 1ª Edição;
- Sequeira, C. (2018), *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*, Lisboa, editora Lidel, 2ª Edição;
- Sérgio, J. & Valença, A., (2003), *Alguns conselhos sobre a Doença de Alzheimer*, Associação Portuguesa dos Familiares e Amigos dos Doentes de ALZHEIMER;
- Soares, et al., *A Economia Social e a sua Sustentabilidade como fator de Inclusão Social*, Projeto Financiado pelo Programa Operacional de Assistência Técnica (POAT);

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

- Sousa, M. (2011), *Formação para a prestação de Cuidados a Pessoas Idosas*, Cascais, Princípiia Editors, 1ª Edição;
- Tôco, I. (2014), *Centro de Atenção à Doença de Alzheimer – proposta de implementação na cidade de Castelo Branco*, Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Educação;
- Veríssimo, M. (2014), *Geriatrics fundamental: Saber e Praticar*, Lidel;
- Viegas, S. & Gomes, C., (Outubro de 2007); *A Identidade da Velhice*; Porto; AMBAR.
- Vieira, I. (2015), *A participação: um paradigma para a intervenção social*, Lisboa, Universidade Católica Editora;
- Vieira, N., et al., (2017), “Terceiro setor”, “economia social” e “economia solidária”: *laboratório por excelência de inovação social*, Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Número temático – Processos sociais e questões sociológicas, pp. 100-121;
- Vieira, P. (2018), *Pensar a excelência nas organizações sociais*, VidaEconómica Porto, Editorial, AS;
- Vilela, L. & Caramelli, P. (2006), *A doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes*, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Departamento de Neurologia;
- Webber, P. et al., (1994). *Living with Alzheimer disease: effects on health*. The Gerontologist, 34 (1), 8-14.
- Weber, P. (2011), *Dinâmicas e práticas do Trabalhador Social*, Porto, Porto Editora;
- Yin, R. (2002), *Case study research: design and methods*, Thousand Oaks: SAGE Publications;
- Yin, R. (2010), *Estudo de caso – Planeamento e métodos* (4ª ed.), Lisboa: Bookman
- Companhia Zimerman, G. (2005), *Velhice aspectos biopsicossociais*, Porto Alegre: Artmed Editora.

Fontes Informáticas:

- http://www.fundacionreinasofia.es/EN/proyecto_alzheimer/Paginas/default.aspx
- <https://www.revistasauda.pt/noticias/Pages/Cuidadores-informais-em-debate.aspx>
- <https://www.sns.gov.pt>
- <http://alzheimerportugal.org/pt/>
- <http://www.alzheimer-europe.org/>
- <https://www.cuidarmelhor.org/>
- <https://www.cafememoria.pt/>
- <http://www.seg-social.pt/inicio>

APÊNDICES

110

Apêndice 2: Guiões das entrevistas por categoria profissional**GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-DIRETIVA****Entrevista dirigida a:** Assistente Social do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

Esta entrevista surge no âmbito de uma investigação para a minha dissertação de mestrado em Serviço Social na ULHT, subordinada ao tema “A gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer: o caso do Centro de Dia Lugar de Memórias”, a presente entrevista tem os seguintes objetivos:

- Perceber como é que o AS na área das demências (DA) gere equipas de cuidadores formais de pessoas idosas com DA, na resposta de Centro de Dia.
- Apreender como é que se processa a rotina diária de tarefas da AS e que dificuldades, problemas, necessidades e desafios vivencia na relação de cuidados a pessoas idosas com DA.
- Perceber que competências específicas e que especialização é que o Assistente Social deve ter/tem, quando presta apoio a pessoas idosas com DA, no que diz respeito à realização do diagnóstico e definição do PDI em Centro de Dia.

NOTA: Todas as informações prestadas são confidenciais e anónimas. Os dados tratados têm apenas fins de investigação académica.

CARACTERIZAÇÃO PESSOAL

Idade: _____

Género: Feminino

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

Categoria Profissional atual: _____

Grau Académico: _____

Tempo de serviço: Como profissional: _____

Na área do envelhecimento: _____

Há quanto tempo trabalha no Centro de Dia? _____

Horário de trabalho: _____

I. MOTIVAÇÃO E DESEMPENHO

1. Numa escala de 1 a 10, como classificaria a sua motivação para a realização do seu trabalho? Justifique.
2. Que valores essenciais e que “forças” considera que a orientam na realização das suas funções?
3. Sente que o trabalho que realiza faz sentido e produz resultados positivos nos utentes? Justifique, dando um exemplo de uma situação que sinta que tenha feito a diferença.
4. O seu desempenho e o da restante equipa é avaliado e considerado pelos respetivos superiores? Com que regularidade ocorrem as reuniões de equipa?
5. Especificamente com as Ajudantes de Ação Direta, quais os principais **desafios**, **problemas** e **necessidades** existentes na supervisão e acompanhamento das mesmas e que incentivos utiliza de forma a motivá-las a prestarem os seus serviços?

II. RELAÇÃO COM O TRABALHO

6. Na sua opinião, pensa que as suas **funções e tarefas** estão bem **definidas, identificadas e claras**, de forma a trabalhar de forma autónoma e independente? Indique quais as principais tarefas que tem enquanto Assistente Social e Diretora Técnica do CD Lugar de Memórias.
7. Considera o seu horário adequado às atividades que normalmente realiza? Ou deveria de haver uma melhor adequação? Desenvolva.
8. Algumas das suas tarefas passam por gerir equipas ou pessoas? Se sim, quais?
 - 8.1. Quais as principais estratégias utilizadas para conseguir gerir e acompanhar a equipa em geral?
 - 8.2. Quais as principais dificuldades que encontra, especificamente na gestão e supervisão de pessoas (equipa)?

III. RELAÇÃO COM COLEGAS

9. A equipa recorre a si sempre que necessita de algum apoio ou informação relativa a um assunto referente ao trabalho? Em que situações? Exemplifique.
10. Na sua opinião, existe cooperação e colaboração entre a equipa? Estão todos a trabalhar com o mesmo objetivo final: bem-estar do utente? Justifique.
11. Indique 3 aspetos que considera que poderiam contribuir para melhorar no seu dia-a-dia, na relação entre colegas, de forma a que o trabalho realizado seja mais eficaz e mais eficiente? Fundamente por favor.

IV. RELAÇÃO DE CUIDADOS COM A PESSOA IDOSA COM D.A

12. Que importância dá ao contacto direto com os utentes e como considera ser a sua relação com os utentes tendo em conta que acumula tarefas de Assistente Social e Diretora Técnica?
13. Considera que, no decorrer de uma situação de crise com um utente com Doença de Alzheimer, tem as competências necessárias para contornar a situação? Relate, se possível, alguma situação de crise ocorrida e qual a atuação realizada.
14. Os técnicos e auxiliares do CD seguem algum modelo específico de cuidados onde esteja definida a forma de intervenção de cada elemento da equipa? Ou cada um é responsável pelo trabalho que realiza?

V. DEFINIÇÃO DO PDI (Plano de Desenvolvimento Individual - processo individual do utente)

15. De acordo com o regulamento interno do CD, o PDI é uma competência que diz respeito à equipa técnica.
 - 15.1. Como é realizado o acompanhamento e revisão destes processos e que dificuldades existem na sua concretização?
 - 15.2. Qual o papel que cada técnico tem na definição e concretização do PDI?
 - 15.3. Que contributo é que os familiares dos utentes têm na definição/redefinição do PDI?
 - 15.4. Considera que o PDI contribui para humanizar e personalizar os cuidados à pessoa DA? Justifique a sua resposta.

VI. COMPETÊNCIAS E FORMAÇÃO

16. Que competências específicas deve ter o Assistente Social e que o difere dos restantes profissionais da área social, de forma a contribuir para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas com DA?
17. São disponibilizados momentos de formação para a equipa, no CD? Como se processa a formação, qualificação e treino de competências específicas da equipa?
18. O que pensa que poderia ser feito no CD para melhorar a forma como é prestado o cuidado aos utentes com demência (DA)?

Muito obrigada pela sua participação e colaboração!

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-DIRETIVA

Entrevista dirigida a: Psicólogo do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

Esta entrevista surge no âmbito de uma investigação para a minha dissertação de mestrado em Serviço Social na ULHT, subordinada ao tema “A gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer: o caso do Centro de Dia Lugar de Memórias”, a presente entrevista tem os seguintes objetivos:

- Perceber que competências específicas e que especialização é que o Psicólogo deve ter/tem, quando presta apoio a pessoas idosas com DA.
- Apreender como é que se processa a rotina diária de tarefas do Psicólogo e que dificuldades, problemas, necessidades e desafios ultrapassa no que diz respeito à definição do PDI e na relação de cuidados a pessoas idosas com DA, em Centro de Dia.
- Identificar como é que se processa a articulação entre o trabalho do Psicólogo e a restante equipa.

NOTA: Todas as informações prestadas são confidenciais e anónimas. Os dados tratados têm apenas fins de investigação académica.

CARACTERIZAÇÃO PESSOAL

Idade: _____

Género: Masculino

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

Categoria Profissional atual: _____

Grau Académico: _____

Tempo de serviço: Como profissional: _____

Na área do envelhecimento: _____

Há quanto tempo trabalha no Centro de Dia? _____

Horário de trabalho: _____

I. MOTIVAÇÃO E DESEMPENHO

1. Numa escala de 1 a 10, como classificaria a sua motivação para a realização do seu trabalho? Justifique.

2. Que valores essenciais e que "forças" considera que o orientam na realização das suas funções?
3. O seu trabalho é considerado e avaliado pelos seus superiores? De que forma?

II. RELAÇÃO COM O TRABALHO

4. Na sua opinião, pensa que as suas **funções e tarefas** estão bem **definidas, identificadas e claras**, de forma a trabalhar de forma autónoma e independente? Indique quais as principais tarefas que tem enquanto Psicólogo do CD Lugar de Memórias.
5. Considera o seu horário adequado às atividades que normalmente realiza? Ou deveria de haver uma melhor adequação? Desenvolva.
6. Quais as maiores dificuldades que encontra no trabalho que realiza? Exemplifique.
7. No seu entender profissional, quais os benefícios que a psicologia produz na qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas com DA? Exemplifique.

III. RELAÇÃO COM COLEGAS

8. Na sua opinião, existe cooperação e colaboração entre a equipa? Estão todos a trabalhar com o mesmo objetivo final: bem-estar do utente?
9. Indique 3 aspetos que considera que poderiam contribuir para melhorar no seu dia-a-dia, na relação entre colegas, de forma a que o trabalho realizado seja mais eficaz e mais eficiente? Fundamente por favor.

IV. RELAÇÃO DE CUIDADOS COM A PESSOA IDOSA COM D.A

10. Que importância dá ao contacto direto com os utentes e como considera ser a sua relação com os mesmos?
11. Considera que, no decorrer de uma situação de crise com um utente com Doença de Alzheimer, tem as competências necessárias para contornar a situação? Relate, se possível, alguma situação de crise ocorrida e qual a atuação realizada.
12. Que dificuldades sente na prestação de cuidados às pessoas idosas com D.A?

V. DEFINIÇÃO DO PDI (Plano de Desenvolvimento Individual - processo individual do utente)

13. De acordo com o regulamento interno do CD, o PDI é uma competência que diz respeito à equipa técnica.
 - 13.1. Como é realizado o acompanhamento e revisão destes processos e que dificuldades existem na sua concretização?

13.2. Qual o seu papel na definição e concretização do PDI?

13.3. Considera que o PDI contribui para humanizar e personalizar os cuidados à pessoa DA? Justifique a sua resposta.

VI. COMPETÊNCIAS E FORMAÇÃO

14. Que competências específicas deve ter o Psicólogo e que o difere dos restantes profissionais da área social, de forma a contribuir para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas com DA?

15. São disponibilizados momentos de formação para a equipa, no CD? Que importância dá à existência de momentos de formação?

16. O que pensa que poderia ser feito no CD para melhorar a forma como é prestado o cuidado aos utentes com demência (DA)?

Muito obrigada pela sua participação e colaboração! ☺

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-DIRETIVA

Entrevista dirigida a: Animadora Sociocultural do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

Esta entrevista surge no âmbito de uma investigação para a minha dissertação de mestrado em Serviço Social na ULHT, subordinada ao tema “A gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer: o caso do Centro de Dia Lugar de Memórias”, a presente entrevista tem os seguintes objetivos:

- Perceber como é que a Animadora Sociocultural na área das demências (DA) anima equipas de pessoas idosas com DA, na resposta de Centro de Dia de apoio a pessoas idosas com DA.
- Perceber que competências específicas e que especialização é que o Animadora Sociocultural deve ter/tem, quando presta apoio a pessoas idosas com DA.
- Apreender como é que se processa a rotina diária de tarefas da Animadora Sociocultural
- Identificar que dificuldades, problemas, necessidades e desafios sente na animação de pessoas idosas com DA, em Centro de Dia.
- Identificar como é que se processa a articulação entre o trabalho da animadora sociocultural e a restante equipa.

NOTA: Todas as informações prestadas são confidenciais e anónimas. Os dados tratados têm apenas fins de investigação académica.

CARACTERIZAÇÃO PESSOAL

Idade: _____

Género: Feminino

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

Categoria Profissional atual: _____

Grau Académico: _____

Tempo de serviço: Como profissional: _____

Na área do envelhecimento: _____

Há quanto tempo trabalha no Centro de Dia? _____

Horário de trabalho: _____

I. MOTIVAÇÃO E DESEMPENHO

1. Numa escala de 1 a 10, como classificaria a sua motivação para a realização do seu trabalho? Justifique.
2. Que valores essenciais e que “forças” considera que a orientam na realização das suas funções?
3. O seu trabalho é considerado e avaliado pelos seus superiores? De que forma?

II. RELAÇÃO COM O TRABALHO

4. Na sua opinião, pensa que as suas **funções e tarefas** estão bem **definidas, identificadas e claras**, de forma a trabalhar de forma autónoma e independente? Indique quais as principais tarefas que tem enquanto Animadora Sociocultural do CD Lugar de Memórias.
5. Considera o seu horário adequado às atividades que normalmente realiza? Ou deveria de haver uma melhor adequação? Desenvolva.
6. Quais as maiores dificuldades que encontra no trabalho que realiza?
7. No seu entender profissional, quais os benefícios que a animação produz na qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas com DA? Justifique.

III. RELAÇÃO COM COLEGAS

8. Na sua opinião, existe cooperação e colaboração entre a equipa? Estão todos a trabalhar com o mesmo objetivo final: bem-estar do utente?
9. Indique 3 aspetos que considera que poderiam contribuir para melhorar no seu dia-a-dia, na relação entre colegas, de forma a que o trabalho realizado seja mais eficaz e mais eficiente? Fundamente por favor.

IV. RELAÇÃO DE CUIDADOS COM A PESSOA IDOSA COM D.A

10. Que importância dá ao contacto direto com os utentes e como considera ser a sua relação com os utentes?
11. Considera que, no decorrer de uma situação de crise com um utente com Doença de Alzheimer, tem as competências necessárias para contornar a situação? Relate, se possível, alguma situação de crise ocorrida e qual a atuação realizada.
12. Que dificuldades sente na prestação de cuidados (animação) às pessoas idosas com D.A?

V. COMPETÊNCIAS E FORMAÇÃO

14. Que competências específicas deve ter a Animadora e que a difere dos restantes profissionais da área social, de forma a contribuir para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas com DA?
15. São disponibilizados momentos de formação para a equipa, no CD? Que importância dá à existência de momentos de formação?
16. O que pensa que poderia ser feito no CD para melhorar a forma como é prestado o cuidado aos utentes com demência (DA)?

Muito obrigada pela sua participação e colaboração! ☺

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-DIRETIVA

Entrevista dirigida a: Técnica de Psicomotricidade do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

Esta entrevista surge no âmbito de uma investigação para a minha dissertação de mestrado em Serviço Social na ULHT, subordinada ao tema “A gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer: o caso do Centro de Dia Lugar de Memórias”, a presente entrevista tem os seguintes objetivos:

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia "Lugar de Memórias"

- Perceber que competências específicas e que especialização é que a técnica de psicomotricidade deve ter/tem, quando presta apoio a pessoas idosas com DA.
- Apreender como é que se processa a rotina diária de tarefas da Técnica de Psicomotricidade e que dificuldades, problemas, necessidades e desafios ultrapassa no que diz respeito à definição do PDI e na relação de cuidados a pessoas idosas com DA, em Centro de Dia.
- Identificar como é que se processa a articulação entre o trabalho da Técnica de Psicomotricidade e a restante equipa.

NOTA: Todas as informações prestadas são confidenciais e anónimas. Os dados tratados têm apenas fins de investigação académica.

CARACTERIZAÇÃO PESSOAL

Idade: _____

Género: Feminino

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

Categoria Profissional atual: _____

Grau Académico: _____

Tempo de serviço: Como profissional: _____

Na área do envelhecimento: _____

Há quanto tempo trabalha no Centro de Dia? _____

Horário de trabalho: _____

I. MOTIVAÇÃO E DESEMPENHO

1. Numa escala de 1 a 10, como classificaria a sua motivação para a realização do seu trabalho? Justifique.
2. Que valores essenciais e que "forças" considera que a orientam na realização das suas funções?
3. O seu trabalho é considerado e avaliado pelos seus superiores? De que forma?

II. RELAÇÃO COM O TRABALHO

4. Na sua opinião, pensa que as suas **funções e tarefas** estão bem **definidas, identificadas e claras**, de forma a trabalhar de forma autónoma e independente? Indique quais as principais tarefas que tem enquanto técnica de Psicomotricidade do CD Lugar de Memórias.
5. Considera o seu horário adequado às atividades que normalmente realiza? Ou deveria de haver uma melhor adequação? Desenvolva.
6. Quais as maiores dificuldades que encontra no trabalho que realiza?
7. No seu entender profissional, quais os benefícios que a psicomotricidade produz na qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas com DA? Exemplifique.

III. RELAÇÃO COM COLEGAS

8. Na sua opinião, existe cooperação e colaboração entre a equipa? Estão todos a trabalhar com o mesmo objetivo final: bem-estar do utente?
9. Indique 3 aspetos que considera que poderiam contribuir para melhorar no seu dia-a-dia, na relação entre colegas, de forma a que o trabalho realizado seja mais eficaz e mais eficiente? Fundamente por favor.

III. RELAÇÃO DE CUIDADOS COM A PESSOA IDOSA COM D.A

10. Que importância dá ao contacto direto com os utentes e como considera ser a sua relação com os utentes?
11. Considera que, no decorrer de uma situação de crise com um utente com Doença de Alzheimer, tem as competências necessárias para contornar a situação? Relate, se possível, alguma situação de crise ocorrida e qual a atuação realizada.
12. Que dificuldades sente na prestação de cuidados às pessoas idosas com D.A?

IV. DEFINIÇÃO DO PDI (Plano de Desenvolvimento Individual - processo individual do utente)

17. De acordo com o regulamento interno do CD, o PDI é uma competência que diz respeito à equipa técnica.
 - 17.1. Como é realizado o acompanhamento e revisão destes processos e que dificuldades existem na sua concretização?
 - 17.2. Qual o seu papel na definição e concretização do PDI?
 - 17.3. Considera que o PDI contribui para humanizar e personalizar os cuidados à pessoa DA? Justifique a sua resposta.

IV. COMPETÊNCIAS E FORMAÇÃO

18. Que competências específicas deve ter a técnica de Psicomotricidade e que a difere dos restantes profissionais da área social, de forma a contribuir para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas com DA?
19. São disponibilizados momentos de formação para a equipa, no CD? Que importância dá à existência de momentos de formação?
20. O que pensa que poderia ser feito no CD para melhorar a forma como é prestado o cuidado aos utentes com demência (DA)?

Muito obrigada pela sua participação e colaboração! ☺

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-DIRETIVA

Entrevista dirigida a: Terapeuta Ocupacional do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

Esta entrevista surge no âmbito de uma investigação para a minha dissertação de mestrado em Serviço Social na ULHT, subordinada ao tema “A gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer: o caso do Centro de Dia Lugar de Memórias”, a presente entrevista tem os seguintes objetivos:

- Perceber que competências específicas e que especialização é que a terapeuta ocupacional deve ter/tem, quando presta apoio a pessoas idosas com DA.
- Apreender como é que se processa a rotina diária de tarefas da terapeuta ocupacional e que dificuldades, problemas, necessidades e desafios ultrapassa no que diz respeito à definição do PDI e na relação de cuidados a pessoas idosas com DA, em Centro de Dia.
- Identificar como é que se processa a articulação entre o trabalho da terapeuta ocupacional e a restante equipa.

NOTA: Todas as informações prestadas são confidenciais e anónimas. Os dados tratados têm apenas fins de investigação académica.

CARACTERIZAÇÃO PESSOAL

Idade: _____

Género: Feminino

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

Categoria Profissional atual: _____

Grau Académico: _____

Tempo de serviço: Como profissional: _____

Na área do envelhecimento: _____

Há quanto tempo trabalha no Centro de Dia? _____

Horário de trabalho: _____

I. MOTIVAÇÃO E DESEMPENHO

1. Numa escala de 1 a 10, como classificaria a sua motivação para a realização do seu trabalho? Justifique.
2. Que valores essenciais e que "forças" considera que a orientam na realização das suas funções?
3. O seu trabalho é considerado e avaliado pelos seus superiores? De que forma?

II. RELAÇÃO COM O TRABALHO

4. Na sua opinião, pensa que as suas **funções e tarefas** estão bem **definidas, identificadas e claras**, de forma a trabalhar de forma autónoma e independente? Indique quais as principais tarefas que tem enquanto Terapeuta Ocupacional do CD Lugar de Memórias.
5. Considera o seu horário adequado às atividades que normalmente realiza? Ou deveria de haver uma melhor adequação? Desenvolva.
6. Quais as maiores dificuldades que encontra no trabalho que realiza?
7. No seu entender profissional, quais os benefícios que a terapia ocupacional produz na qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas com DA? Exemplifique.

III. RELAÇÃO COM COLEGAS

8. Na sua opinião, existe cooperação e colaboração entre a equipa? Estão todos a trabalhar com o mesmo objetivo final: bem-estar do utente?
9. Indique 3 aspetos que considera que poderiam contribuir para melhorar no seu dia-a-dia, na relação entre colegas, de forma a que o trabalho realizado seja mais eficaz e mais eficiente? Fundamente por favor.

V. RELAÇÃO DE CUIDADOS COM A PESSOA IDOSA COM D.A

10. Que importância dá ao contacto direto com os utentes e como considera ser a sua relação com os utentes?
11. Considera que, no decorrer de uma situação de crise com um utente com Doença de Alzheimer, tem as competências necessárias para contornar a situação? Relate, se possível, alguma situação de crise ocorrida e qual a atuação realizada.
12. Que dificuldades sente na prestação de cuidados às pessoas idosas com D.A?

VI. DEFINIÇÃO DO PDI (Plano de Desenvolvimento Individual - processo individual do utente)

13. De acordo com o regulamento interno do CD, o PDI é uma competência que diz respeito à equipa técnica.
 - 13.1. Como é realizado o acompanhamento e revisão destes processos e que dificuldades existem na sua concretização?
 - 13.2. Qual o seu papel na definição e concretização do PDI?
 - 13.3. Considera que o PDI contribui para humanizar e personalizar os cuidados à pessoa DA? Justifique a sua resposta.

IV. COMPETÊNCIAS E FORMAÇÃO

14. Que competências específicas deve ter a Terapeuta Ocupacional e que a difere dos restantes profissionais da área social, de forma a contribuir para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas com DA?
15. São disponibilizados momentos de formação para a equipa, no CD? Que importância dá à existência de momentos de formação?
16. O que pensa que poderia ser feito no CD para melhorar a forma como é prestado o cuidado aos utentes com demência (DA)?

Muito obrigada pela sua participação e colaboração! ☺

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-DIRETIVA

Entrevista dirigida a: Musicoterapeuta do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

Esta entrevista surge no âmbito de uma investigação para a minha dissertação de mestrado em Serviço Social na ULHT, subordinada ao tema “A gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer: o caso do Centro de Dia Lugar de Memórias”, a presente entrevista tem os seguintes objetivos:

- Perceber que competências específicas e que especialização é que a técnica de Musicoterapia deve ter/tem, quando presta apoio a pessoas idosas com DA.

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

- Apreender como é que se processa a rotina diária de tarefas da Técnica de Musicoterapia e que dificuldades, problemas, necessidades e desafios ultrapassa no que diz respeito à definição do PDI e na relação de cuidados a pessoas idosas com DA, em Centro de Dia.
- Identificar como é que se processa a articulação entre o trabalho da Técnica de Musicoterapia e a restante equipa.

NOTA: Todas as informações prestadas são confidenciais e anónimas. Os dados tratados têm apenas fins de investigação académica.

CARACTERIZAÇÃO PESSOAL

Idade: _____

Género: _____

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

Categoria Profissional atual: _____

Grau Académico: _____

Tempo de serviço: Como profissional: _____

Na área do envelhecimento: _____

Há quanto tempo trabalha no Centro de Dia? _____

Horário de trabalho: _____

I. MOTIVAÇÃO E DESEMPENHO

1. Numa escala de 1 a 10, como classificaria a sua motivação para a realização do seu trabalho? Justifique.
2. Que valores essenciais e que “forças” considera que a orientam na realização das suas funções?
3. O seu trabalho é considerado e avaliado pelos seus superiores? De que forma?

II. RELAÇÃO COM O TRABALHO

4. Na sua opinião, pensa que as suas **funções e tarefas** estão bem **definidas, identificadas e claras**, de forma a trabalhar de forma autónoma e independente?

Indique quais as principais tarefas que tem enquanto Musicoterapeuta do CD Lugar de Memórias.

5. Considera o seu horário adequado às atividades que normalmente realiza? Ou deveria de haver uma melhor adequação? Desenvolva.
6. Quais as maiores dificuldades que encontra no trabalho que realiza?
7. No seu entender profissional, quais os benefícios que a musicoterapia produz na qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas com DA? Exemplifique.

III. RELAÇÃO COM COLEGAS

8. Na sua opinião, existe cooperação e colaboração entre a equipa? Estão todos a trabalhar com o mesmo objetivo final: bem-estar do utente?
9. Indique 3 aspetos que considera que poderiam contribuir para melhorar no seu dia-a-dia, na relação entre colegas, de forma a que o trabalho realizado seja mais eficaz e mais eficiente? Fundamente por favor.

VII. RELAÇÃO DE CUIDADOS COM A PESSOA IDOSA COM D.A

10. Que importância dá ao contacto direto com os utentes e como considera ser a sua relação com os utentes?
11. Considera que, no decorrer de uma situação de crise com um utente com Doença de Alzheimer, tem as competências necessárias para contornar a situação? Relate, se possível, alguma situação de crise ocorrida e qual a atuação realizada.
12. Que dificuldades sente na prestação de cuidados às pessoas idosas com D.A?

VIII. DEFINIÇÃO DO PDI (Plano de Desenvolvimento Individual - processo individual do utente)

13. **De acordo com o regulamento interno do CD, o PDI é uma competência que diz respeito à equipa técnica.**
 - 13.1. Como é realizado o acompanhamento e revisão destes processos e que dificuldades existem na sua concretização?
 - 13.2. Qual o seu papel na definição e concretização do PDI?
 - 13.3. Considera que o PDI contribui para humanizar e personalizar os cuidados à pessoa DA? Justifique a sua resposta.

IV. COMPETÊNCIAS E FORMAÇÃO

14. Que competências específicas deve ter a Musicoterapeuta e que a difere dos restantes profissionais da área social, de forma a contribuir para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas com DA?

15. São disponibilizados momentos de formação para a equipa, no CD? Que importância dá à existência de momentos de formação?
16. O que pensa que poderia ser feito no CD para melhorar a forma como é prestado o cuidado aos utentes com demência (DA)?

Muito obrigada pela sua participação e colaboração! ☺

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-DIRETIVA

Entrevista dirigida a: Auxiliar de Ação Direta do Centro de Dia “Lugar de Memórias”

Esta entrevista surge no âmbito de uma investigação para a minha dissertação de mestrado em Serviço Social na ULHT, subordinada ao tema “A gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer: o caso do Centro de Dia Lugar de Memórias”, a presente entrevista tem os seguintes objetivos:

- Perceber que competências detêm as AAD's para prestar apoio a pessoas idosas com DA;
- Compreender quais os principais constrangimentos e dificuldades têm neste apoio;
- Perceber que motivações têm as AAD para a realização do seu trabalho;
- Percecionar como é que ocorre a relação AAD – pessoa idosa com DA.

NOTA: Todas as informações prestadas são confidenciais e anónimas. Os dados tratados têm apenas fins de investigação académica.

CARACTERIZAÇÃO PESSOAL

Idade: _____

Género: Feminino

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

Categoria Profissional atual: _____

Grau Académico: _____

Há quanto tempo trabalha no Centro de Dia? _____

Horário de trabalho: _____

I. MOTIVAÇÃO E DESEMPENHO

1. Quais os principais motivos que a levaram a trabalhar nesta área?
2. Sente-se motivada para realizar o seu trabalho todos os dias? O que a motiva?

3. O que mais gosta de realizar quando presta apoio aos idosos do Centro de Dia?
4. Sente que o apoio que presta aos utentes faz sentido e produz resultados positivos nos utentes? Porquê?

II. RELAÇÃO COM O TRABALHO

5. Quais são as suas principais tarefas, enquanto Auxiliar de Ação Direta, no Centro de Dia?
6. Sente que as suas funções e tarefas estão bem definidas e identificadas e as orientações que recebe são claras para si?
7. O que poderia melhorar no seu trabalho? Dê alguns exemplos.

III. RELAÇÃO COM COLEGAS

8. A relação com os seus colegas de trabalho é positiva? Como a caracteriza?
9. Indique 3 aspetos que considera que poderiam contribuir para melhorar no seu dia-a-dia, na relação entre colegas, de forma a que o trabalho realizado seja mais eficaz e mais eficiente? Fundamente por favor.

IV. RELAÇÃO DE CUIDADOS COM A PESSOA IDOSA COM D.A

10. Como considera ser a sua relação com os utentes do CD Lugar de Memórias?
11. Que dificuldades sente na prestação de cuidados às pessoas idosas com D.A?
12. Consegue descrever um dia de trabalho seu, relatando a prestação de cuidados que realiza junto das pessoas com DA, desde a hora que chega até se ir embora? Quais são as suas tarefas diárias?

V. COMPETÊNCIAS E FORMAÇÃO

13. Já teve alguma formação específica para cuidar de pessoas idosas com DA? Se sim, a formação foi dada por parte do CD? Ou frequentou a formação no exterior?
14. Sente necessidade de ter mais formação e mais conhecimentos de forma a desempenhar melhor as suas funções?
15. Que competências/qualidades considera serem essenciais para a prática do seu trabalho? Porquê?
16. O que pensa que poderia ser feito no CD para melhorar a forma como é prestado o cuidado aos utentes com demência (DA)?

Muito obrigada pela sua participação e colaboração

A Gestão do Apoio a Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer:
O caso do Centro de Dia “Lugar de Memórias”