

ALEXANDRA DE BRITO LACERDA CRISTIANO E MESTRE

**“O Acolhimento em Lar de Pessoas Idosas com Demência e a
Prestação de Cuidados”**

Orientadora: Professora Doutora Isabel Vieira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Departamento de Serviço Social

Lisboa

Dezembro de 2015

ALEXANDRA DE BRITO LACERDA CRISTIANO E MESTRE

**“O Acolhimento em Lar de Pessoas Idosas com Demência e a
Prestação de Cuidados”**

Dissertação defendida em Provas Públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, para a obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social no Curso de Mestrado em Serviço Social: Gestão de Unidades Sociais e de Bem-Estar, no dia 18 de Julho de 2016, perante o Júri, nomeado pelo Despacho Reitoral n.º259/2016, de 07 de Julho de 2016, com a seguinte composição:

Presidente: Prof.^a Doutora Aida Lopes Bento Esteves Ferreira

Arguente: Prof.^a Doutora Maria Irene Lopes Bogalho de Carvalho

Orientadora: Prof.^a Doutora Isabel Maria Paula Amado de Freitas Vieira

Orientadora: Professora Doutora Isabel Vieira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Departamento de Serviço Social

Lisboa

Dezembro de 2015

“Não me peça para lembrar,
Não me tente fazer entender.
Deixe-me descansar e saber que você está comigo.
Beije minha face e segure a minha mão.
Estou confuso além da sua compreensão.
Estou triste, pessoa idosa com demência e perdido.
Tudo o que sei é que preciso que você esteja comigo a todo o custo.
Não perca a paciência comigo.
Não insulte, nem critique meu queixume.
Não posso evitar o jeito como estou agindo.
Não dá para mudar, ainda que eu tente.
Basta lembrar que eu preciso de você,
Que o melhor de mim já se foi.
Por favor, não deixe de ficar a meu lado.
Dê-me seu amor até que a minha vida termine...”

Desconhecido

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Isabel Vieira pelo seu saber científico, pela dedicação prestada, pelos conselhos, acompanhamento, incentivo e disponibilidade constante.

À Direção da ASAS pela autorização concedida ao pedido de realização das entrevistas e questionários, pelo apoio, carinho, incentivo e disponibilidade demonstrada.

Aos utentes e cuidadores participantes nesta investigação, pela disponibilidade e testemunhos enriquecedores que permitiram a realização deste estudo, e que fizeram com que este trabalho fosse possível.

À minha mãe, irmãs e sobrinha, que desde o primeiro momento me incentivaram pelo estímulo, compreensão, orgulho demonstrado e apoiaram nesta decisão e são desde sempre a minha pedra basilar.

Finalmente ao António, por todo o apoio e paciência ao longo deste percurso.

Muito Obrigada!

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma questão em destaque; comprovam-no as estatísticas e o elevado número de publicações nesta área. Do aumento generalizado do número de Pessoas Idosas institucionalizados emerge a necessidade de conhecer e compreender melhor o acolhimento da pessoa idosa com demência no Lar ASAS.

O presente estudo explora, assim, o que é o envelhecimento e velhice; a demência – doença mental; a Prestação de Cuidados e os Cuidadores, e o acolhimento social, segundo a opinião das pessoas idosas residentes.

O objetivo primordial desta investigação é analisar O Acolhimento em Lar de Pessoas Idosas com Demência e a Prestação de Cuidados, a partir da observação, da experiência das ajudantes de ação direta e da opinião das pessoas idosas residentes.

A investigação desenvolveu um estudo de caso, exploratório, numa instituição de Lisboa; aplicaram-se questionários a 10 utentes da instituição e 6 entrevistas semi-diretivas às ajudantes de ação direta da ASAS – Associação para Serviços de Apoio Social.

A Metodologia seguida foi a qualitativa, numa abordagem compreensiva para a identificação das práticas de cuidados quotidianos.

Os resultados apresentam que os utentes, no geral, encontram-se satisfeitos com a prestação de cuidados a que estão sujeitos e mostram, igualmente, que a relação com as ajudantes de ação direta é estruturante para a sua segurança e conforto.

Na opinião das AAD como cuidadoras, estas mostram-se satisfeitas com o serviço prestado às pessoas idosas, mas dizem que necessitam de mais conhecimentos sobre a especificidade e particularidades das pessoas com demência, a fim de sentirem uma maior segurança no seu desempenho e prestarem serviços de melhor qualidade.

Palavras-chave: Envelhecimento e Velhice; Demência – Doença Mental; Prestação de Cuidados e Cuidadoras e Acolhimento Social.

ABSTRAT

Population aging is an issue highlighted; show on statistics and the large number of publications in this area. The general increase in the number of institutionalized elderly emerges the need to know and better understand the care of the elderly with dementia in the Home WINGS.

This study explores Thus, what is aging and old age; dementia - mental illness; the care and the provision of direct action helpers, and social care, in the opinion of the elderly residents.

The primary objective of this research is to analyze the Home in Home for Elderly People with Dementia and Care Services, from observation, experience of direct action aids and the opinion of the elderly residents.

Research has developed a case study, exploratory, a Lisbon institution; They were applied questionnaires to 10 users of the institution and 6 semi-directive interviews with direct action Adjutant ASAS - Association for Social Support Services.

The methodology followed was the qualitative, a comprehensive approach to the identification of daily care practices.

The results show that users in general are satisfied with the care to which they are subject and shows also that the relationship with the direct action helpers is structuring for your safety and comfort.

In the opinion of the AAD as caregivers, these prove to be satisfied with the service provided to the elderly, but they say they need more knowledge about the specific nature and characteristics of people with dementia in order to feel safer in their performance and provide services best quality.

Keywords: Aging and Old Age; Insanity - Mental Illness; Provision of Care and Elderly Care and Social Home.

INDICE DE SIGLAS

AAD – Ajudantes de Ação Direta

ASAS – Associação Para Serviços de Apoio Social

AVC – Acidente Vascular Cerebral

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial de Saúde

RI – Regulamento Interno

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Caracterização das AAD em relação á Idade.

Gráfico 2 – Caracterização das AAD em relação às Habilitações Literárias.

Gráfico 3 – Caracterização das AAD em relação aos Anos de Serviço.

Gráfico 4 – Caracterização dos utentes em relação à Idade.

Gráfico 5 – Caraterização dos utentes em relação ao Género.

Gráfico 6 – Caraterização dos utentes em relação ao Tempo de Institucionalização.

Gráfico 7 – Caraterização dos utentes em relação ao Apoio Familiar.

Gráfico 8 Caracterização dos utentes em relação ao Estado de Saúde/Doença.

Gráfico 9 – Caraterização dos utentes questionados em relação á Idade.

Gráfico 10 – Caraterização dos utentes questionados em relação ao Tempo de Institucionalização.

Gráfico 11 – Caracterização dos utentes questionados em relação ao Apoio Familiar.

Gráfico 12 – Caraterização dos utentes questionados em relação ao Estado de Saúde/Doença.

Gráfico 13 – Grau de satisfação dos utentes relativamente ao quarto.

Gráfico 14 – Grau de satisfação dos utentes relativamente ao refeitório.

Gráfico 15 – Grau de satisfação dos utentes relativamente á sala-estar.

Gráfico 16 – Grau de satisfação relativamente ás instalações sanitárias/higiene.

Gráfico 17 – Grau de satisfação dos utentes relativamente á higiene e cuidados pessoais.

Gráfico 18 – Grau de satisfação dos utentes relativamente à qualidade da alimentação.

Gráfico 19 – Grau de satisfação dos utentes relativamente á higienização dos quartos.

Gráfico 20 – Grau de satisfação dos utentes relativamente ao tratamento de roupas.

Gráfico 21 – Grau de satisfação dos utentes relativamente ao convívio.

Gráfico 22 – Grau de satisfação dos utentes relativamente ao programa cultural.

Gráfico 23 – Grau de satisfação dos utentes relativamente á relação com os familiares.

Gráfico 24 – Grau de satisfação dos utentes relativamente ao tutor e/ou representante legal.

Gráfico 25 – Grau de satisfação dos utentes relativamente á prestação de cuidados e conforto

Gráfico 26 – Sentimento do utente face à sua situação atual.

Gráfico 27 – Sentimentos na 1ª semana.

Gráfico 28 – Como se sente agora.

Gráfico 29 – O que mais gosta na residência (lar).

Gráfico 30 – O que gosta menos na residência (lar).

Gráfico 31 – Sugestões de melhoria.

Gráfico 32 – Relacionamento com as colegas de quarto.

Gráfico 33 – Relacionamento com os outros residentes.

Gráfico 34 – Com quem sente mais confiança.

Gráfico 35 – A quem pede ajuda se necessitar.

Gráfico 36 – Relacionamento e as cuidadoras.

Gráfico 37 – O que gosta mais na relação com as cuidadoras.

Gráfico 38 – O que gosta menos na relação com as cuidadoras.

Gráfico 39 – Sugestões de Melhoria face às cuidadoras.

Gráfico 40 – Caraterização das AAD entrevistadas em relação á Idade.

Gráfico 41 – Caracterização das AAD entrevistadas em relação às Habilitações Literárias.

Gráfico 42 – Caracterização das AAD entrevistadas em relação aos Anos de Serviço.

Gráfico 43 – Sentimento face ao trabalho.

Gráfico 44 – Sentimentos na 1ª Semana de trabalho

Gráfico 45 – Como se sente agora.

Gráfico 46 –. O que gosta mais no trabalho.

Gráfico 47 – O que gosta menos.

Gráfico 48 – Relação com as colegas.

Gráfico 49 – Como se sente na equipa.

Gráfico 50 – Solicitações de ajuda.

Gráfico 51 – Melhorias no trabalho e com as colegas.

Gráfico 52 – Relacionamento com residentes/utentes.

Gráfico 53 – Dificuldade sentidas no acolhimento.

Gráfico 54 – Formação específica.

Gráfico 55 – Competências a adquirir.

Gráfico 56 – Propostas de Melhorias.

INDICE DOS QUADROS

Quadro n.º 1 – Medidas de politica social dirigidas ás pessoas idosas e em situação de dependência no âmbito da Segurança Social

Quadro n.º 2 – Resumo do Quadro Teórico

Quadro n.º 3 – Quadro de Pessoal/recursos Humanos da ASAS

Quadro n.º 4 – Funções da Diretora Técnica da ASAS

Quadro n.º 5 – Competências das Ajudantes de Ação Direta

Quadro n.º 6 – Grelha de Analise dos Questionários às Pessoas Idosas

Quadro n.º 7 – Grelha de Analise das Entrevistas ás Ajudantes de Ação Direta

INDICE DE ANEXOS

1. RESUMO DO QUADRO TEORICO
2. EIXOS DE INTERVENÇÃO
3. CARACTERIZAÇÃO DO LAR ASAS
4. CARACTERIZAÇÃO DAS AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA
5. CARATERIZAÇÃO DOS UTENTES
6. RESUMO DA METODOLOGIA
7. TRABALHO EMPIRICO
 - 7.1. Guião do Questionário
 - 7.2. Grelha de Análise dos Questionários
 - 7.3. Guiões Entrevistas
 - 7.4. Transcrição das Entrevistas
 - 7.5. Grelha de Análise das Entrevistas
 - 7.6. Conclusões da Análise

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	4
RESUMO.....	5
ABSTRAT.....	6
ÍNDICE DAS SIGLAS.....	7
ÍNDICE DAS GRÁFICOS.....	8
ÍNDICE DOS QUADROS.....	11
ÍNDICE DOS ANEXOS.....	12
INTRODUÇÃO.....	15

I – QUADRO TEÓRICO

1. Envelhecimento e Velhice.....	18
1.1.Dimensões do envelhecimento.....	26
1.2.Representações do envelhecimento.....	28
2. Demências – Doença Mental.....	32
2.1.Os tipos de demências mais comuns.....	36
2.2.Direitos das pessoas idosas e direitos das pessoas com demência.....	39
3. Prestação de Cuidados e os Cuidadores.....	46
3.1.O Cuidador e a Prestação de Cuidados.....	46
3.2.Tipologias de Cuidados.....	47
3.3.Especificidade dos Cuidados com Pessoas Idosas com Demências.....	51
4. O Serviço Social e o Acolhimento Social.....	57
4.1.O Serviço Social com pessoas idosas.....	57
4.2.O Acolhimento Social e as boas práticas.....	62

II – QUADRO METODOLÓGICO

1. Desenho do Percurso da Pesquisa.....	64
2. Métodos e Técnicas.....	68
2.1.Técnicas de Recolha de Dados.....	68
2.1.1.Pesquisa documental.....	68
2.1.2.Observação participante.....	69
2.1.3. Entrevista semi-diretiva.....	70
2.1.4. Questionários.....	70

2.2. Técnicas de Análise de Dados.....	70
2.2.1 Análise de Conteúdo.....	70
III – CAMPO EMPÍRICO DE OBSERVAÇÃO	
1. Lares/ERPI.....	75
1.1. ASAS.....	78
1.2 Direção técnica.....	82
1.3 Ajudantes de ação direta.....	84
2. Caracterização das AAD.....	87
3. Caracterização dos utentes – pessoas idosas residentes.....	89
IV – ANÁLISE E RESULTADOS DA ANÁLISE	
1. As Pessoas Idosas Participantes.....	92
1.1. Caracterização das Pessoas Idosas Participantes.....	94
1.2. Respostas aos questionários e opinião das pessoas idosas.....	97
1.3. As necessidades das Pessoas Idosas e Cuidados.....	116
2. As Ajudantes de Ação Direta Participantes.....	118
2.1. Caracterização das AAD participantes.....	120
2.2. Respostas às entrevistas e opinião das AAD.....	122
2.3. As necessidades das AAD como cuidadoras formais.....	133
V – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
BIBLIOGRAFIA.....	138
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

O tema surgiu da necessidade que sinto, como diretora técnica de uma ERPI, de ter um método de trabalho devidamente alimentado teoricamente, coerente, com objetivos bem definidos, para o dia-a-dia das pessoas na organização. Agir no “impressionismo social” e nas convicções de cada um, não me parece a forma mais viável de construir o Serviço Social. Considero importante analisar o contexto em causa, ver que mudanças são necessárias à nossa intervenção, analisar se algumas mudanças foram conseguidas, de forma a analisar a sua eficiência e adequabilidade à realidade. Considero da mais extrema importância cuidar do bem-estar e conforto das Pessoas Idosas e das Colaboradores, suas cuidadoras, sendo necessário recorrer a metodologias e teorias base, a técnicas de intervenção, a métodos de análise e intervenção. E qual o melhor “laboratório científico”? A prática quotidiana. A prática quotidiana é um lugar privilegiado na produção de conhecimento sobre as Pessoas, os problemas em que se intervém, refletindo sobre as técnicas e métodos de trabalho necessários para ir de encontro às necessidades e expectativas das Pessoas segundo as suas problemáticas.

É através do lugar privilegiado que ocupo, observação direta da realidade social, através do conhecimento do quotidiano da instituição, que questiono a situação do idoso com demência, dos problemas que causa nas famílias, das políticas sociais existentes, dos poucos recursos existentes e do esforço realizado pelas cuidadoras. Todos os dados e experiência empírica, vão ser analisados e refletidos de um ponto de vista científico, uma vez que estou convencida de que constituem uma grande fonte de saber e não podem ser postos de lado. Tal como Popper (1989) um dia nos ensinou: “A ciência pode ser entendida como uma forma elaborada de senso comum”.

Por vezes, como técnicos, possuímos poucas diretrizes para compreender melhor as problemáticas com que nos deparamos no dia-a-dia de trabalho, isto tendo em conta que “não existem receitas” para a intervenção social, no entanto, considero que o estudo e investigação são parte integrante do Serviço Social e por essa razão me propus a realizar este caminho.

Nos dias de hoje, é dever do Assistente Social, enquanto agente privilegiado no processo de investigação, alargar e contribuir para a “fenomenologia” do utente, da família e do seu acolhimento em Lar. O que é isto de acolher pessoas idosas com demência, como agir perante tal situação e como articular com as famílias e com as cuidadoras diretas, as AAD? Aprender com a prática diária de cada um e com a investigação realizada em diferentes contextos, com certeza, que ajudará a

representar mais fielmente o mundo onde trabalhamos, possibilitando-nos assim a criação de métodos de trabalho adequados, eficientes e justos.

Espero contribuir de alguma forma, para uma compreensão mais organizada da temática em causa, de forma a possibilitar um trabalho no sentido da justiça nos cuidados. Toda a investigação é importante, não apenas para reforçar os conhecimentos sobre a problemática em causa, mas para conseguir serviços de melhor qualidade para as pessoas idosas. Quanto mais o conhecimento estiver ao alcance de todos os profissionais, mais os padrões operacionais serão eficientes e beneficiarão, sem dúvida, os nossos utentes. Acredito que a qualidade do sistema difere muito consoante a dedicação, formação, atributos, valores e princípios pessoais dos profissionais implicados na prestação de cuidados às pessoas com demência, defendendo os seus direitos.

A nível Pessoal/Profissional, esta é uma problemática que me preocupa e que quero aprofundar e conhecer mais claramente; e como tenho um lugar privilegiado em relação a esta realidade gostaria de me apetrechar de ferramentas para integrar os futuros utentes de uma forma mais digna e mais humana.

A nível Académico/Científico, porque existem pouco estudos sobre o tema em questão gostaria de ser capaz de cruzar a humanidade e a gestão integrada; contribuir para a melhoria do diagnóstico e acolhimento das situações de demência em pessoas idosa, e a melhoria do apoio prestado às colaboradoras, Ajudantes de ação direta, através da aquisição de mais conhecimentos e ainda mais específicos/concretos sobre a demência.

E a nível Social, porque é uma preocupação social defender os direitos das pessoas idosas e ajudar as famílias que não sabem como atuar perante tal situação.

O tema de investigação irá centrar-se sobre: O Acolhimento em Lar de Pessoas Idosas com Demência e a Prestação de Cuidados.

O objeto de estudo é a relação de cuidados e o acolhimento institucional de Pessoas Idosas com Demência.

Mas afinal o que é isto de acolher pessoas idosas com demência, como agir perante tal situação e como articular com as famílias? Quais as necessidades das pessoas idosas com demência? Como é que as ajudantes de ação direta têm competências e perfis adequados? Quais as principais necessidades dos cuidados? Se a ERPI ASAS podia responder melhor às necessidades principais? São muitas das nossas preocupações.

No início da minha pesquisa os meus objetivos eram: perceber como se deve gerir o acolhimento das pessoas idosas com demência em Lar. Identificar como é efetuado o processo de acolhimento da pessoa idosa com demência e como é definido o plano de cuidados.

A par destes, outros objetivos operativos se colocam: Identificar a especificidade das necessidades das pessoas idosas com demência. Face aos direitos das pessoas idosas, identificar as necessidades específicas das pessoas idosas com demência. Identificar as condições da instituição para esse acolhimento. Analisar se o Lar apresenta respostas padronizadas e adequadas para o acolhimento. Face ao Guião de Boas Práticas da Segurança Social, o que deverá melhorar na resposta acolhimento. Identificar qual a preparação/formação dos técnicos que fazem o acolhimento. Que competências são exigidas e que competências são treinadas nas formações dos profissionais que fazem o acolhimento inicial e como podemos preparar as AAD para que uma tarefa tão extenuante se torne ao mesmo tempo gratificante?.

O texto desta dissertação está organizado em 5 capítulos:

- O Capítulo I – Quadro Teórico onde se aborda o tema do Envelhecimento e Velhice, as Demências – Doença Mental, a Prestação de Cuidados e a Prestação das Ajudantes de Ação Direta e o Serviço Social e o Acolhimento Social.
- O Capítulo II – Quadro Metodológico, que se aborda o desenho do percurso da pesquisa, os métodos e as técnicas.
- O Capítulo III – Campo Empírico de Observação, aborda-se os Lares/ERPI e o Universo de análise: os participantes na pesquisa
- O capítulo IV – Análise e Resultados da Análise, onde se aborda os utentes e os resultados dos questionários e as AAD e o resultados das entrevistas.
- E por fim, o capítulo V – Considerações Finais.

I – QUADRO TEÓRICO

Como sequela de uma sociedade envelhecida, as demências constituem um dos principais problemas de saúde pública deste século, não só pela sua dimensão mas sobretudo pela forma como afetam a pessoa idosa com demência e aqueles que a rodeiam.

Neste ponto iremos focar o Envelhecimento e Velhice, as Demências – doença mental, Cuidados Prestados e o Serviço Social e o Acolhimento Social.

1. Envelhecimento e Velhice

O envelhecimento não é simplesmente um processo físico é também um estado mental. O envelhecimento implica forçosamente a aposentadoria e a diminuição das funções físicas e da capacidade mental, o que com frequência acarreta como sequela o afastamento do indivíduo das atividades normais da sociedade. O idoso era considerado vítima de um tipo de doença irreversível e era tratado como uma criança pessoa idosa com demência.

Mesmo aos 70 anos de idade, estas Pessoas Idosas podem fazer muito mais que cuidar de si mesmos.

Antigamente, nas sociedades tradicionais, o idoso alcançava o privilégio de uma idade avançada, eram considerados como a encarnação viva da sabedoria, da prudência e da tradição, tudo isso fruto da sua longa existência.

De acordo com Sequeira (2010:96) envelhecer biologicamente, é viver muito tempo, é resistir à morte. Por um contra senso, a opinião contemporânea concebem o envelhecimento como um «processo de deterioração e de destruição do organismo» e entendem a velhice como a antecâmara da morte.

O idoso é considerado como um condenado à morte com a sentença em suspenso, como um ser ao qual a morte já está levando. E nos sentimos com horror, porque temos medo de envelhecer.

O idoso é uma pessoa viva, à qual nenhuma lei natural, nenhuma fatalidade, obriga a passar os seus últimos dias lamentando-se pela sua «próxima» morte e chorando o tempo passado; deveria desfrutar e gozar do tempo que lhe resta e do presente que conduz à plenitude.

A sociedade e os homens levar-se-iam melhor se estes comessem a trabalhar mais cedo e o fizessem até mais tarde. Se continuassem durante toda a sua existência mantendo e comunicando seus conhecimentos, renovando seu pensamento e reexaminando periodicamente o que tinham querido e acreditado fazerem (Almeida, 2008).

As sociedades humanas ao ressaltarem as necessidades das Pessoas Idosas a assistência que lhes deve ser dada e a incapacidade e dependência em que se encontram, ignoram e esterilizam a benéfica contribuição que os velhos podem dar e porventura hoje mais do que nunca, à sua comunidade, a toda a comunidade humana.

O envelhecimento humano não se reduz a um processo biológico. É uma experiência vivida ao mesmo tempo como uma lei natural.

Os Pessoas Idosas têm de desempenhar hoje um papel histórico único. A longa duração da sua existência coincidiu com uma fase decisiva da história humanitária.

Os velhos de hoje foram os artífices ou as testemunhas, os pioneiros, os beneficiários ou as vítimas dessas grandes conquistas (Fonseca: 2005).

Na terceira idade, o homem pode e deve colher os benefícios de tudo o que aprendeu e realizou anteriormente. Sabedoria, paz de espírito e satisfação interior são qualidades e dons que encontramos naquelas pessoas idosas que viveram plenamente.

A qualidade da nossa velhice depende do que tenhamos feito para prepará-la e aceitá-la como a culminação da nossa existência.

Nós acreditamos firmemente que homens e mulheres que se mantêm ativos e criadores durante essa parte da vida são os que vivem uma velhice física e mental mais sadia, plena e equilibrada. A vontade de viver ativa e conscientemente é a melhor proteção frente às perdas das nossas diversas funções no período da velhice.

O envelhecimento significa defrontar-se com novas situações. Todo o envelhecimento exige uma reorientação, uma aceitação de novas missões, de novos deveres e direitos e uma renúncia a anteriores direitos, deveres e costumes.

As novas situações com as quais se defronta o idoso caracterizam-se frequentemente por alterações no âmbito dos contactos sociais. A “reforma” precisa de uma certa adaptação.

Na sociedade existem numerosas e falsas ideias que consideram como um estado ideal a convivência dos pais já Pessoas Idosas com os seus filhos adultos e com

netos. A «separação» da unidade familiar interpreta-se como um «isolamento» dos Pessoas Idosas que de algum modo é coerente.

Segundo Fonseca (2008) existe um sentimento de solidão naquelas pessoas cujas relações matrimoniais não são as adequadas ou que, por causa do falecimento do seu cônjuge, e se encontram em idade avançada, separadas do seu parceiro. A relação harmónica com o parceiro e a existência de múltiplos aspetos comuns reduz o desejo de um contrato mais frequente entre pais e filhos.

Também se sentem menos aqueles que mantêm contactos extrafamiliares com amigos, vizinhos e conhecidos ou com membros de outros grupos. As mulheres que centralizaram a sua vida exclusivamente na família quer dizer que só viveram «para seu marido e seus filhos», encontram maiores dificuldades na velhice.

A imagem sobre as pessoas idosas, dominante na grande maioria dos países industrializados, é a de que são pessoas que necessitam de cuidados especiais são pessoas gastas, solitárias e pobres. Esta atitude social negativa impede as pessoas idosas de apreciarem e assumirem os valores positivos da velhice.

Mas o idoso continua a fazer parte da sociedade e como tal necessita de ser reconhecido, isto é, de ser visto e compreendido; que acreditem naquilo que faz, que aceitem naquilo que é, que o amem para este poder viver feliz a sua existência.

A pessoa idosa não perde o direito à sua independência e liberdade, sendo merecedora de todo o carinho e respeito por parte de toda a comunidade.

No entanto, na sociedade atual, consumista e utilitarista, o que observamos é de certa marginalização, criando-lhe condições socioeconómicas precárias.

Ora na verdade, os Pessoas Idosas são pessoas com poder de adaptação, de crescimento e aprendizagem, desde que as exigências feitas sejam de acordo com as suas capacidades, a velhice é um período importante na vida, com as suas vantagens e com os seus inconvenientes. Como ultima fase do ciclo de vida que é, sofre transformações sucessivas, caracterizando-se por grande fragilidade, aparecimento de algumas deficiências e diminuição da atividade física e mental.

A pessoa que envelhece tem direito a uma qualidade de vida. Pois a idade avançada não é sinónimo de saúde debilitada. O importante será que todos os intervenientes unam esforços para permitir aos Pessoas Idosas viver melhor o presente em vez de viver o passado, permitindo à pessoa idosa conservar a capacidade de se interessar em gozar a vida.

Antigamente, nas sociedades tradicionais, os velhos eram muito considerados, por serem sinónimos de lembranças e sabedoria. Atualmente, o descanso e o desprezo exclui os Pessoas Idosas da sociedade, que os julgam improdutivos. É comum encontrar Pessoas Idosas abandonados e ignorados dentro da própria família.

Conforme Fonseca, a velhice é vista, como um período de decadência física e mental. É um conceito equivocado, pois muitos cidadãos que chegam aos 65 anos, já que esta é a idade oficializada pela Organização das Nações Unidas, ainda são completamente independentes e produtivos. Acreditamos na decadência sim, mas da sociedade perde, não dando valor ou criando espaços adequados para as necessidades dos nossos velhos. A população idosa, no nosso país, cresce a cada dia e com ela as dificuldades e as necessidades de adequar soluções eficientes, junto aos órgãos públicos, com o objetivo de tornar digna a vida dos nossos Pessoas Idosas. Esta população que está a aumentar acentuadamente, não é, na maioria da vida das vezes, reconhecida pela sociedade – até mesmo pela sua família – sendo vítimas de um relacionamento social impregnado de preconceitos.

A juventude é uma boa etapa da vida para se pensar na velhice, visto que aumenta as possibilidades de viver melhor esta última.

Para viver bem a velhice, é necessário um estudo prévio sobre a mesma, para assim, nos prepararmos convenientemente para esta etapa derradeira etapa.

Segundo Skinner (1990:19), a velhice “...é um lúgubre deserto. Não é descrito em brochuras coloridas de agências de viagens. Ao contrário, por milhares de anos tem sido mostrado como um quadro de sofrimento, doença e pobreza. Como já o disseram varias pessoas, todos querem viver muito, mas ninguém deseja ser velho – ou pensar sobre o envelhecimento”.

Na verdade, os jovens têm prespectivas nebulosas sobre a velhice, julgando que é nesta etapa que se irá pagar os erros e excessos cometidos nas etapas anteriores.

Porém, na velhice, não é tudo escuro e sombrio, e com o planeamento até poder ser agradável vivê-la.

De acordo com Skinner, a conceção sobre o idoso tem sofrido profunda evolução ao longo do tempo, segundo uma repetição de ciclo, ou seja, uma sucessão de períodos diversos: nas civilizações primitivas, onde o homem se dedica á caça e à guerra, os Pessoas Idosas eram desprezados, afastados do poder, dos rituais e até mesmo abandonados pela tribo, devido á sua fraqueza física. Quando as tribos se

sedentarizaram e se dedicaram à agricultura, os anciãos passaram a usufruir da consideração de clã, ocupando um lugar socialmente elevado, chegando por vezes a serem eleitos como chefes do clã.

Assim, outrora envelhecer não constituía problema, o mesmo não se passa nos dias de hoje.

Na aldeia, o idoso era considerado um sábio que se consultava para ajudar em problemas difíceis, era o historiador que conhecia todas as famílias e histórias da região. Contudo a longevidade era reduzida raramente sobreviviam além dos 60 anos.

Assim, os Pessoas Idosas que resistiam ao peso do tempo eram considerados seres excepcionais e inspiravam respeito pelos poderes e conhecimentos ocultos que lhes atribuía.

Na contemporaneidade, a problemática é completamente diferente: cerca de dois terços da população vive nas cidades devido à maior facilidade de trabalhar e ao tempo de vida que a cidade proporciona.

Neste tipo de sociedade ser assalariado ou funcionário é o tipo mãos frequente de trabalhar, daí decorrendo a necessidade de reforma.

De acordo com alguns atores estudados, hoje, os filhos não têm as mesmas possibilidades, que antigamente tinham, de tomar a cargo os pais Pessoas Idosas, quer pela ocupação prolongada que o trabalho exige, quer pela problemática dos tipos de habitação existentes nos nossos dias.

Na sociedade industrial moderna, a ideia principal é produzir, logo os Pessoas Idosas são esquecidos, pois não interessa a essa sociedade investir em programas que não ofereçam retorno.

Segundo Callis, neste contexto, a família de hoje, reproduz os mesmos mecanismos e processos da sociedade, não existindo condições para que as pessoas mais velhas vivam integradas no seu seio.

Logo, envelhecer na nossa sociedade é acabar os dias cada vez mais só: alguns Pessoas Idosas não têm filhos, outros têm-nos, mas estes vivem afastados, outros ainda muito embora com os filhos próximos, estes não tem alojamento ou não têm tempo disponível.

Por outro lado, já se torna difícil sair à rua, atravessá-la, ir às compras, devido às suas limitações físicas.

Aqui torna-se evidente que o percurso do envelhecimento realiza-se sob o marco da perda, na medida em que, a fragilização do corpo é acompanhada pela perda progressiva de autonomia e independência, o que desqualifica o idoso, prejudicando a comunicação.

Destacando a trajetória histórica da questão da velhice, Callis procura demarcar as diferenças culturais nas formas de encarar o envelhecimento e de tratar os Pessoas Idosas. Remete-se às civilizações diferenciadas, como os esquimós, que são incitados ao suicídio, enquanto em Africa, só são respeitados os Pessoas Idosas lúcidos e descartam aqueles que perdem a lucidez. Callis refere também, o ritual de antigas aldeias japonesas que conduziam os velhos para as “montanhas da morte” (Callis, 1996). Situação inversa vivem os Pessoas Idosas na cultura dos Yahgans, na Terra do Fogo, que são respeitados como detentores do saber e fazem parte do “Conselho dos Velhos” (Callis, 1996), instancia deliberativa máxima da comunidade. No Sudão, a comunidade dos zandas também respeita os Pessoas Idosas, por considera-los detentores do poder mágico, situação semelhante dos índios Navajo. Na China há uma filosofia que valoriza os Pessoas Idosas, segundo a qual é aos 60 anos que o homem se torna capaz de se libertar do seu corpo e de se tornar santo. O exemplo da escritora americana Pearl Buck, que viveu muitos anos na China, que afirma em seu livro “Minha Vida”, que uma civilização só tem força se tratar bem de seus desvalidos. Buck presenciou a mudança que melhorou a situação dos Pessoas Idosas norte – americanos após a II Guerra Mundial. Mas o envelhecimento emerge enquanto fenómeno social de alta relevância a partir do nosso século.

Segundo Skinner (1990), os Pessoas Idosas devido à evolução da medicina têm uma esperança de vida cada vez maior, por outro lado são menos afetados pela pobreza, porém estão a conseguir viver bem as suas vidas, ou seja, não ganharam grande coisa, mas ainda ajudam os próprios filhos.

As capacidades de ver, ouvir, de se movimentar rapidamente e de pensar com clareza, deterioram-se o mesmo pode suceder com a nossa relação com os outros. Segundo Skinner (1990), citando Rochefoucauld, essa mudança é a mais perigosa, porque estamos menos aptos a tomar consciência dela.

O papel do velho já foi desempenhado por gerações e gerações, onde já se foi excêntrico, mesquinho, arrogante, simpático, etc. no entanto, o idoso queixa-se constantemente de doenças, dores e da vida em geral, o que conduz a sociedade a aceitar este facto como intrínseco à condição de velhice, tornando-se esta pouco

permeável à mudança. Assim, a sociedade encara cada gesto do idoso como uma caracterização de uma personagem familiar, e geralmente desagradável.

Geralmente o idoso é insignificante, isto uma vez que muito provavelmente tinham poucos rendimentos ou a vida lhes tenha sido dura, o que os leva a não esbanjar o que muito lhes custou a alcançar, outra hipótese é o idoso ter aprendido a honestidade dos preços quando era jovem. Uma ação que agora é considerada de medíocre antes era encarada normalmente, pois a vida era mais dura e difícil do que nos dias de hoje, não se pode negar que hoje em dia existe muito mais poder de compra do que há uma década atrás, o que leva o idoso a conter-se nos gastos.

Por vezes os Pessoas Idosas são apelidados de “chatos” uma vez que por um lado fala muito do passado e repetem-se frequentemente e por outro não partilham muitos interesses com as pessoas que têm mais contactos, ou seja, as suas conversas não motivam as camadas mais jovens. O segredo para resolver esta questão é procurar pessoas que partilhem os seus interesses.

Os Pessoas Idosas têm como norma “vangloriar-se” dos seus feitos passados, talvez para aumentar a sua autoestima, isto porque, não se pode pedir que os prove, uma solução era ter mais sucessos na velhice, para que seja valorizado pelos outros por atos atuais e não pelos feitos do passado, ou seja, mostrar que ainda é útil para a sociedade onde está inserido.

Por norma os Pessoas Idosas têm uma tendência moralista, segundo La Rochefoucauld, citado por Skinner “Os velhos se consolam em dar bons exemplos, porque são incapazes de dar maus exemplos” (Skinner, 1990:125), porem o autor propõe outra explicação afirmando que os Pessoas Idosas agem de forma cada vez mais antiquada, e quando eram jovens impressionavam criticando os contemporâneos que não honravam os padrões dominantes.

No entanto pensamos que a resposta esteja na própria vivencia do idoso, o que implica dizer que o percurso de vida do idoso foi longo, logo tem uma experiencia de vida muito vasta, o que lhe permite afirmar com alguma autoridade o que esta bem, ou o que está mal. Assim, ao “moralizar” vai tentar com que não se cometam os mesmos erros do passado.

Formalmente as sociedades em geral atribuem a velhice a uma faixa etária, porem verifica-se que essa atribuição varia de acordo com os estratos sociais. É verdade, que os princípios da classificação do mundo nos dirigem para os seus fundamentos de natureza social. Não podendo esquecer as propriedades biológicas, que servem de

critérios para classificar os indivíduos no espaço social onde estão inseridos. Estes critérios são produzidos geralmente por técnicos especializados e por instituições que fazem destes suportes para a sua atividade profissional.

Conforme António, envelhecer hoje em dia é bem mais difícil pois dá-se um valor quase absoluto à juventude, pois, o ser humano que envelhece só leva vantagem sobre esta em dois pontos, na experiência de vida e na maturidade pessoal.

O Homem sempre se preocupou com o envelhecimento, que é encarado de várias maneiras diferentes. Alguns caracterizam-no como uma diminuição geral das capacidades, outros consideram-no um período crescente vulnerabilidade e de cada vez maior dependência.

A “Velhice” é uma fase do desenvolvimento humano tal como a infância e a adolescência. Nesta fase da vida, como em qualquer outro período, mobilizam-se respostas biológicas, psicológicas e sociais.

A “velhice” está associada ao momento a partir do qual uma pessoa se reforma, tradicionalmente aos 65 anos, apesar de, perante a crise da segurança social e ao aumento da esperança média de vida, esta idade começa a ser questionada. Mas no entanto os 65 anos de idade são considerados “como uma cifra mágica a assinalar a entrada da pessoa na sua condição de velhos” (António, 2011:15).

Neste sentido, pode considerar-se a velhice como “fruto da civilização, um produto cultural” (Cabrillo e Cachafeiro, 1998, citados por António, 2011: 5-6). Logo, em vez de velhice teremos “velhices”.

A fase da velhice coincide com a entrada para a reforma e está associada à perda de rendimentos e de identidade, uma vez que a atividade laboral é considerada como fator de integração social (António, 2012:103) mas também está associada ao isolamento, a solidão, a exclusão social e a perda de estatuto social.

Nesta era de competição desenfreada onde a produção e a atividade são critérios de aceitação social e de seleção existencial, o idoso passou do estatuto de “sábio”, o fiel depositário do saber, ao dependente, inativo e desintegrado de toda uma sociedade.

Enquanto somos jovens não gostamos de pensar que um dia envelhecemos. Com o tempo, apercebemo-nos de que vamos tendo cada vez mais rugas e o cabelo começa a ficar grisalho, no entanto, estes são apenas sinais exteriores de envelhecimento. Quando jovens, os nossos órgãos – coração, pulmões – possuem capacidade de reserva. Sempre que temos de fazer um esforço maior do que ao habitual, os órgãos

conseguem mobilizar essas energias de reserva para corresponder a esse esforço: o estômago digere refeições gordurosas, as feridas saram, o cérebro funciona com rapidez sempre que é necessário e, mesmo sob pressão, todo o corpo recupera do cansaço. À medida que os anos passam, estas reservas diminuem e a capacidade de suportar esforços diminuiu.

Vivemos numa sociedade moderna, que está em constante mudança, o que hoje é amanhã pode não ser, o mesmo se passa com os direitos.

No entanto com a evolução da sociedade demonstrou-se limitada, uma vez que os tempos mudam e as mentalidades também, tal como a estratificação da sociedade.

O aparecimento de novos problemas sociais e humanos levaram os poderes legislativos a elaborar novas declarações de direitos de pessoas, como por exemplo a Declaração do Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência e a Declaração dos Direitos das Pessoas Idosas.

Apesar do envelhecimento ser algo natural a que já nos habituamos, a nossa sociedade entende hoje a velhice como um estilo de vida que terá de ser vivido com qualidade, sem complexos e dentro de padrões de dignidade, saúde e carinho.

Independentemente, das diferentes formas de resolução deste problema e da evolução que a própria sociedade tem dado á questão, importa questionar se as soluções encontradas são as mais adequadas.

1.1. Dimensões do envelhecimento

Para Jeckel Neto & Cunha (2002), o termo envelhecimento é frequentemente usado para descrever as mudanças morfofuncionais ao longo da vida, que começam com a maturação sexual e progressivamente alteram as respostas funcionais impostas pelo estresse ambiental na tentativa de manter um equilíbrio (homeostase). Que pode ser entendido como:

- Envelhecimento é o que acontece com um organismo com o passar do tempo.
- Longevidade é o tempo transcorrido entre o nascimento e a morte, Difere de indivíduo para indivíduo de acordo com os padrões do desenvolvimento e maturação.
- Senescência é o envelhecimento normal, gradual, progressivo e marcado por alterações da idade.
- Senilidade é o envelhecimento marcado por patologias e aumento do risco de mortalidade.

Para o mesmo autor, as mudanças fundamentais relacionadas com a idade devem obedecer a quatro condições, nomeadamente: Deletérias, reduzem a funcionalidade; Progressivas, estabelecem-se gradualmente; Intrínsecas, independem do meio, mas o ambiente tem forte influência sobre o aparecimento e velocidade dessas mudanças, apesar de não ser a causa; Universais, procede em todos os membros da mesma espécie.

Para Papaléo Neto (2002), a influência do sexo, classe social, saúde, educação, personalidade, história pessoal e contexto socioeconômico são determinantes para as diferenças entre Pessoas Idosas de 60 a 100 anos. É importante salientar que o grau de relação entre idade funcional e idade biológica, isto é, a capacidade de adaptação, pode variar em até 20 anos, de indivíduo para indivíduo (ex: uma pessoa que tenha hoje 60 anos em idade, dependendo do seu estilo de vida pode fisicamente aparentar ter 40 anos, ou estar fisicamente comprometida aproximando muito em suas capacidades funcionais a uma pessoa com 80 anos). As grandes diferenças nos aspectos morfológicos, funcionais, psicológicos e sociais, ocorrem diferentemente para cada indivíduo. Para o mesmo autor, o envelhecimento pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

Um envelhecimento “bem sucedido” depende também de variáveis externas como dieta, atividade física, ausência de vícios e equilíbrio psicossocial. O que determina uma velhice bem sucedida são os baixos riscos de doenças e de incapacidades funcionais relacionadas a doenças, funcionamento mental e físico perfeitos e envolvimento ativos com a vida.

O idoso “jovem” aproveita e explora melhor todas as opções de cuidados e lazer que lhe são ofertadas. Embora a maioria dos Pessoas Idosas sejam portadores de doenças crônicas, quando controladas, levam a vida perfeitamente normal e demonstram satisfação pela vida, podendo ser considerados Pessoas Idosas saudáveis. Nesta fase da vida a ausência de doenças pode ser considerada um privilégio, porém o bem estar pode ser atingido mesmo na presença de doenças, o que determina é a autonomia do idoso ou a capacidade de administrar suas próprias tarefas (Ramos, 2002).

1.2. Representações Sociais

Para compreender o fenômeno das Representações Sociais entre Pessoas Idosas acerca da Velhice, considera-se pertinente verificar o percurso histórico desta teoria, suas repercussões, embasamentos e concepções envolvidas neste fenômeno.

Nos últimos anos, o conceito de Representação Social tem aparecido com frequência em diversas áreas, o que leva a indagação sobre o que será algo que tanto se fala. Primeiramente salienta-se que esse conceito atravessa as ciências humanas, não pertence a uma área em particular e possui raízes na sociologia, antropologia e na história das mentalidades (Arruda, 2002).

Segundo Arruda (2002), a partir da década de 60 se estabeleceu a necessidade de compreender os fenômenos do domínio simbólico. Nesse período surgiram tentativas de explicar noções de representação, contudo, apenas na década de 80 houve o destaque a respeito do tema.

De acordo com Arruda (2002) a teorização da Representação Social permeou a Psicologia Social. Esta área possibilitou abordar as Representações Sociais por intermédio de reflexões acerca de como interagem sujeitos e sociedade para construir a realidade e como terminam por construí-la numa estreita parceria, através da comunicação. Inspirada na ideia de “representações coletivas” proposta por Durkheim, a teorização foi desenvolvida por Serge Moscovici e aprofundada por Denise Jodelet (Arruda, 2002 apud Paulino, 2007).

Moscovici partiu de vivências pessoais para realizar questionamentos acerca da possibilidade dos seres humanos se mobilizarem a partir de algo que aparentemente supera a razão. A resposta a perguntas desta ordem, o motivou a iniciar sua obra em uma concepção de realidade socialmente construída, não desligada da sua inscrição social. Logo, propôs uma psicossociologia do conhecimento, com forte apoio sociológico, sem desprezar os processos subjetivos e cognitivos (Arruda, 2002).

Segundo Arruda (2002), a teoria das Representações Sociais parte da premissa que existem formas distintas de se conhecer e de se comunicar, guiada por objetivos diferentes, em duas definições pregnantes nas sociedades: a consensual e a científica. O universo consensual seria aquele que se constitui principalmente na conversação informal, na vida cotidiana, enquanto o universo reificado se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e hierarquia interna. Ambas eficazes e indispensáveis para a vida humana.

A Representação Social, portanto, não é uma cópia nem um reflexo, uma imagem fotográfica da realidade: é uma tradução, uma versão desta. Ela está em

transformação como o objeto que tenta elaborar. É dinâmica, móvel (Moscovici, 1961 apud Arruda, 2002). Isto indica segundo Arruda (2002) que o sujeito do conhecimento é um sujeito ativo e criativo, e não uma *tábula rasa* que recebe passivamente o que o mundo lhe oferece, como se a divisória entre ele e a realidade fosse um corte bem traçado. Assim, pode-se inferir que há certa plasticidade nas concepções de representações construídas socialmente.

Moscovici (1961) obteve contribuições dos teóricos: Piaget, Lévy-Bruhl e Freud. Com tais embasamentos sistematizou seus fundamentos em dois processos: a objetivação, que esclarece como se estrutura o conhecimento do objeto. Dá ênfase a como a criança seleciona e descontextualiza elementos do que vai representar, uma vez que não é possível lidar com o conjunto da informação transmitida. Conclui que a partir desse processo, esta sofre cortes baseados na nossa informação prévia, na experiência e nos valores. Procedendo assim, aquele objeto que era misterioso foi devidamente destrinchado, recomposto, e agora se torna algo efetivamente objetivo, palpável, passa a nos parecer natural (Arruda, 2002).

O segundo processo denomina-se a ancoragem, relaciona-se com a colocação de sentido ao objeto que se apresenta à nossa compreensão. Trata-se da maneira pela qual o conhecimento se enraíza no social e volta a ele, ao converter-se em categoria e integrar-se à grade de leitura do mundo do sujeito, instrumentalizando o novo objeto. Dessa forma, o sujeito procede recorrendo ao que é familiar para fazer uma espécie de conversão da novidade: trazê-la ao território conhecido da nossa bagagem nocional, ancorar aí o novo, o desconhecido, retirando-o da sua navegação às cegas pelas águas do não-familiar (Arruda, 2002).

“As representações sociais são conjuntos dinâmicos, seu status é o de uma produção de comportamentos e relações com o meio, o de uma ação que modifica uns e outros, e não o de uma reprodução [...], nem o de uma reação a um estímulo exterior determinado. [...] são sistemas que têm uma lógica própria e uma linguagem particular, uma estrutura de implicações que se referem tanto a valores como a conceitos [com] um estilo de discurso próprio. Não as consideramos como opiniões sobre nem imagens de, mas como “teorias”, como “ciências coletivas” sui generis, destinadas à interpretação e à construção da realidade.” (Moscovici & Nemeth 1974, p.48 apud Arruda, 2002).

“As representações sociais constituem uma espécie de fotossíntese cognitiva: metabolizam a luz que o mundo joga sobre nós sob a forma de novidades que nos iluminam (ou ofuscam) transformando-a em energia. Esta se incorpora ao nosso pensar/perceber este mundo, e a devolvemos a ele como entendimento, mas também

como juízos, definições, classificações. Como na planta, esta energia nos colore, nos singulariza diante dos demais. Como na planta, ela significa intensas trocas e mecanismos complexos que, constituindo eles mesmos um ciclo, contribuem para o ciclo da renovação da vida. [...] minha convicção [é] que nesta química reside uma possibilidade de descoberta da pedra filosofal para o trabalho de construção de novas sensibilidades ao meio ambiente. Ou seja, é nela que residem nossas chances de transformar ou, quando menos, de entender as dificuldades para a transformação do pensamento social” (Arruda,2002).

Segundo Arruda a definição mais consensual entre os pesquisadores do campo diz respeito à de Denise Jodelet (2000:22): As representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

A Representação Social deve ser estudada articulando elementos afetivos, mentais e sociais, e integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, as relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal (das ideias) sobre a qual elas vão intervir. (Jodelet 2002, apud Arruda, 2002). Com tal embasamento, percebe-se a possibilidade que o contexto, a realidade social possui em alterar as Representações Sociais.

Segundo Arruda, (2002) a Representação Social encadeia ação, pensamento e linguagem nas suas funções primordiais de tornar o não-familiar conhecido, ao possibilitar a comunicação e ao obter controle sobre o meio em que se vive, diante a compreensão do mundo e as relações que nele se estabelecem. Dessa forma, possíveis implicações podem operar na subjetividade de sujeitos objetos das Representações Sociais, uma vez que “os aspectos constituintes da representação pertencem: as informações, imagens, crenças, valores, opiniões, elementos culturais, ideológicos, a totalidade de expressões, e ideias presentes no discurso sobre o objeto” (Jodelet, 2002, p.38 apud Arruda, 2002).

Há uma forma de abordagem das Representações Sociais, denominada dimensional, por abarcar as dimensões da representação – seu campo estruturado, a atitude que ela carrega e que lhe dá sua coloração afetiva, e o componente de informação que ela contém. Tal abordagem também é denominada processual, genética ou dinâmica, ao preocupar-se centralmente com a construção da representação, sua gênese, seus processos de elaboração (Banchs, 1998 apud Arruda, 2002).

Segundo Arruda (2002), a coleta de material para este tipo de enfoque geralmente é feita com metodologias múltiplas, que podem ser entrevistas, questionários,

observações, pesquisa documental e tratamento de textos escritos ou imagéticos. Sua abrangência tenta capturar os diversos momentos e movimentos da elaboração da representação, embora dificilmente se possam abarcar todos eles em uma única pesquisa.

Jodelet propõe três grandes ordens de fatores a serem levados em conta como condições de produção das representações: a cultura, tomada no sentido amplo e no mais restrito, a comunicação e linguagem (intragrupo, entre grupos e de massas), e a inserção socioeconômica, institucional, educacional e ideológica. Logo, tais ordens de fatores envolvem-se com a ênfase do contexto social e das relações estabelecidas nestes âmbitos em uma visão abrangente: a cultural (Arruda, 2002).

Na sociedade contemporânea com novas tecnologias existe a possibilidade de se mobilizar em favor da transformação das idéias e posturas que por sua vez marcam representações sociais. Esta postura visa contribuir para a construção de novas imagens e identidades, dentro de seus respectivos campos e projetos teóricos, políticos e sociais (Paz, 2000 apud Paulino, 2007). Assim, o campo representacional se faz dinâmico e ativo frente à interpretação da realidade.

2. Demência – Doença Mental

A Demência é uma doença caracterizada pela perda progressiva das especificidades cognitivas, de forma temporária ou permanente.

A demência surge, hoje, como uma prioridade de saúde pública segundo a OMS – Organização Mundial de Saúde – sendo essencial construir um plano de atuação, em cada país, que realize um diagnóstico precoce e que faça a sensibilização e formação dos cuidadores e da opinião pública em geral sobre esta problemática. (WHO, Alzheimer's Disease International (2012), Dementia, a Public Health Priority, Geneva, WHO.

A Demência é um termo geral que designa a perda de capacidades cognitivas e funcionais, de modo progressivo e numa pessoa idosa que adquiriu previamente competências intelectuais.

De acordo com a visão da autora Belina Nunes (2014), a demência significa, que se perderam ou estão a perder as competências que se obtiveram, mas uma pessoa com atraso intelectual desde criança pode vir a desenvolver demência, e perder as capacidades cognitivas que adquiriu.

A demência significa sempre uma perda em relação ao que foi adquirido, implicando também uma progressão.

Para existir um diagnóstico de demência deve existir múltiplos défices cognitivos.

O diagnóstico de demência exige que para além de problemas com a memória, existam um ou mais dos seguintes défices segundo Nunes (2014:4) a:

- Afasia: é deterioração das capacidades de linguagem;
- Apraxia: dificuldade na execução de atividades motoras;
- Gnosia: défice na capacidade de reconhecer ou identificar objetos, na presença de capacidades sensoriais intactas;
- Problemas com o funcionamento executivo: como o planeamento de tarefas, a organização de projetos ou a execução de objetivos na sequência adequada.

A afasia (perturbações de linguagem) inicia por uma discreta falta de nomes, uma troca de palavras, dificuldades na escrita e na leitura que vão progredindo de modo mais ou menos rápido.

A apraxia reflete-se na dificuldade progressiva em vestir-se, saber comer sozinho, subir para uma balança, escovar os dentes, e entre outras.

As dificuldades gnósicas manifestam-se na dificuldade em reconhecer objetos e cores.

As dificuldades executivas e de planeamento são os responsáveis pela incapacidade progressiva do pessoa idosa com demência de cozinhar, preencher um impresso de IRS, entender um estrato bancário.

É preciso ter em atenção que esta perda de capacidades cognitivas nunca ocorre de modo súbito e absoluto na demência, ou seja, trata-se de um processo degenerativo do cérebro, atinge as diferentes áreas cerebrais de modo progressivo, resultando em diferentes sintomas e incapacidades ao longo da evolução.

Os utentes com demência têm dificuldades, na memória; orientação; Julgamento; Raciocínio; Pensamento abstrato; respostas emocionais adequadas; atenção – concentração e no desempenho das atividades da vida diária.

De acordo com Tessa Perrin (2000), “O pessoa idosa num processo de demência pode ser encarado 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”.

A filosofia de quem trabalha com pessoas idosas com demência devia ser a abordagem centrada na pessoa. O modelo biopsicossocial de bem-estar na demência: fatores neurológicos, fatores saúde física, biografia ou seja a história de vida, a personalidade e a psicologia social.

Os princípios da Abordagem Centrada na Pessoa (cf. Rogers, 2010) são fundamentalmente: a valorização da história de vida/identidade; a promoção de uma saúde positiva/mínimo de medicação/máximo de bem-estar; a valorização dos aspetos de ligação/relação pessoais/identidade encorajar a inclusão no ambiente institucional; promover e “trabalhar” com as capacidades que a pessoa idosa possui; validação da experiência e dos sentimentos de cada pessoa idosa; reconhecimento da subjetividade única da pessoa idosa/diferentes realidades; redefinir os “comportamentos desafiantes” como a expressão de mensagens carregadas de significado para a pessoa idosa.

O seu objetivo principal é o de contribuir para a manutenção da dignidade humana dos indivíduos com demência.

Parte do pressuposto que muito do mau estar experienciado pelas pessoas com demência advém das atitudes negativas e das más práticas de que estão rodeados.

Igualmente pressupõe que apesar das sucessivas perdas de que vão sofrendo, ainda resta aos indivíduos com demência a capacidade de disfrutar a vida.

Na prática, ver a demência como uma incapacidade e não como um desastre. Assumir que tudo o que a pessoa idosa faz ou diz tem um sentido e por isso é importante.

Conhecer a pessoa idosa e valorizar a sua história de vida. Ajudar a pessoa idosa a manter o bem-estar físico. Evitar sedativos. Reconhecer a qualidade e as necessidades dos cuidadores (staff). Atividades de ocupação. Tratamento holístico. Empowerment. Respeitar as escolhas pessoais. Manutenção das ligações á comunidade.

Diversos aspetos do ambiente físico e social afetam o funcionamento dos indivíduos com demência. Um ambiente adequado contribui para melhorar a sua capacidade funcional e a sua qualidade de vida.

A falta de estimulação e de exercício físico, assim como, um ambiente ruidoso, podem causar um aumento das incapacidades dos indivíduos com demência.

Diversos fatores do ambiente físico são vistos como potenciais compensadores da incapacidade e como potenciais respostas para as necessidades dos indivíduos com demência.

Os objetivos gerais da intervenção com pessoas idosas com demência são, de acordo com Belina Nunes (2014):

- Manter a autonomia funcional;
- Aumentar a qualidade de vida;
- Dar conforto e dignidade;
- Adequar expetativas – dos técnicos e da família;
- Definir objetivos;
- Planos de intervenção individualizados – que tenham em conta os aspetos da personalidade, a historia pessoal e profissional, interesses, motivações, ...
- Não frustrar a pessoa idosa/não infantilizar
- Adequar a intervenção ao contexto onde é realizada

A intervenção junto do pessoa idosa com demência deve ser holística, olhando-o sempre como ser biopsicossocial (Nunes, 2014).

Não é possível intervir junto do pessoa idosa, sem intervir junto da família e sobretudo com o cuidador. Uma rede de suporte comunitária é igualmente fundamental, não só para manter o sujeito no seu meio, que é conhecido, seguro, real, pelo maior período

de tempo possível, mas também para que as diversas instituições “funcionem” quando tal for necessário.

Como lidar/cuidar da pessoa idosa com demência:

Comunicação Verbal: frases curtas e simples; uma mensagem concreta de cada vez; frases afirmativas; dizer regularmente o nome da pessoa.

Comunicação Não-verbal: Tom e timbre de voz; contacto nos olhos; postura facial; contactos físicos: festas, dar a mão; completar o que se diz com gestos; manter a calma e transmitir tranquilidade: tentar distrair o utente, chamar a sua atenção para outra coisa; evitar fazer frente ou prender a pessoa, dar espaço á sua volta; não contrariar; não esquecer a sua própria segurança.

Sinais de bem-estar nas pessoas idosas com demência: relaxamento corporal; assertividade; sensibilidade para necessidades do outro; humor; auto expressão criativa; mostrar prazer; mostrar afeição e expressar diversas emoções.

Sinais de mal-estar nas pessoas idosas com demência: ansiedade; medo; aborrecimento; desconforto físico; tensão muscular; agitação; apatia; alienação cultural; retirada e raiva intensa.

Os cuidadores sentem com frequência que a pessoa idosa com demência que eles cuidam já não é a mesma pessoa que eles conheceram...apenas são antes seres primários, onde apenas existe o agora, o instante, como o sabor de um gelado ou cheiro de um perfume antigo...o silencio de um lar, não é o de uma sepultura, mas sim a paz do ser puro. (Ignatief, Michael: 1992)

A importância do diagnóstico precoce é fundamental, no início são pequenos esquecimentos, normalmente aceites pelos familiares com parte do processo normal de envelhecimento, que se vão agravando gradualmente. As pessoas com demência tornam-se confusas, passando a apresentar alterações da personalidade, com distúrbios de comportamento e acabam por reconhecer os próprios familiares e ate a si mesmas quando se veem ao espelho. Á medida que a doença evolui, tornam-se cada vez dependentes de terceiros, iniciam-se as dificuldades de locomoção, a linguagem torna-se mais difícil e passam a necessitar de cuidados e supervisão permanente ate mesmo para as atividades elementares do quotidiano como alimentação, higiene, vestuário, etc.

Muitas vezes, pode ser difícil perceber a diferença entre as mudanças características do envelhecimento e os primeiros sinais da demência. A perda de memória é uma

característica natural do envelhecimento. Mas quando a perda da memória começa a perturbar a vida quotidiana da pessoa, já não estamos a falar de algo natural, mas sim daquilo que poderá ser sintoma de demência.

Para nos ajudar, a Associação Alzheimer de Portugal apresenta uma lista de sinais de alerta para a demência. Cada pessoa é um caso único e, por isso, pode ter um ou mais sinais e, diferentes graus.

Segundo Nunes (2014) existem 10 sinais de alerta que se deve ter em atenção:

1. Perda de memória;
2. Dificuldades em planear ou resolver problemas;
3. Dificuldade em executar tarefas familiares;
4. Perda da noção de tempo e desorientação;
5. Dificuldade em perceber imagens visuais e relações especiais;
6. Problemas de linguagem a falar ou escrever;
7. Trocar o lugar das coisas;
8. Discernimento fraco ou diminuído;
9. Afastamento do trabalho e da vida social;
10. Alterações de humor e personalidade.

2.1 Os tipos de demências mais comuns

A Demência de Alzheimer, descrita pela primeira vez em 1906 pelo neuropsiquiatra Alois Alzheimer (Garcia et al., 2009), caracteriza-se por uma degeneração inexoravelmente progressiva das células nervosas, conduzindo a alterações nos hemisférios cerebrais e a uma deteriorização global das capacidades cognitivas e da personalidade (Lezak, 1995). Atualmente, a Demência Alzheimer pode ser considerada a principal causa de demência, estimando-se que seja responsável por 60% a 70% de todos os casos de demência (Cummings & Cole, 2002). A Demência Alzheimer é uma doença crónica e degenerativa que evolui para estádios de gravidade crescentes ao longo de 2 a 20 anos. O seu início é insidioso cujas manifestações iniciais escapam frequentemente aos familiares que convivem com a pessoa idosa

com demência, principalmente na situação de interface entre o envelhecimento cognitivo relacionado com a idade e a demência. Esta Demência de Alzheimer apresenta 4 fases a ligeira, a moderada, a grave e a terminal.

De acordo com o Portal da Saúde¹ define a doença de Alzheimer “como uma doença do cérebro (morte das células cerebrais e consequente atrofia do cérebro), progressiva, irreversível e com causas e tratamento ainda desconhecidos. Começa por atingir a memória e, progressivamente, as outras funções mentais, acabando por determinar a completa ausência de autonomia das pessoa idosa com demências”.

Os pessoa idosa com demências de Alzheimer tornam-se incapazes de realizar a mais pequena tarefa, deixam de reconhecer os rostos familiares, ficam incontinentes e acabam, quase sempre, acamados. É uma doença muito relacionada com a idade, afetando as pessoas com mais de 50 anos. A estimativa de vida para os pacientes situa-se entre os 2 e os 15 anos.

A causa da doença de Alzheimer ainda não está determinada. No entanto, é aceite pela comunidade científica que se trata de uma doença geneticamente determinada, embora não seja necessariamente hereditária. Isto é, não implica que se transmita entre familiares, nomeadamente de pais para filhos.

A nível de diagnóstico, não há nenhum exame que permita diagnosticar, de modo inquestionável, a doença. A única forma de o fazer é examinando o tecido cerebral obtido por uma biopsia ou necrópsia. Assim, o diagnóstico da doença de Alzheimer faz-se pela exclusão de outras causas de demência, pela análise do historial do paciente, por análises ao sangue, tomografia ou ressonância, entre outros exames.

Existem também alguns marcadores, identificados a partir de exame ao sangue, cujos resultados podem indicar probabilidades de o paciente vir a ter a doença de Alzheimer.

Os sintomas, ao princípio observam-se pequenos esquecimentos, perdas de memória, normalmente aceites pelos familiares como parte do processo normal de envelhecimento, que se vão agravando gradualmente. Os pacientes tornam-se confusos e, por vezes, agressivos, passando a apresentar alterações da personalidade, com distúrbios de conduta. Acabam por não reconhecer os próprios familiares e até a si mesmos quando colocados frente a um espelho.

¹ <http://www.portaldasaude.pt/>

À medida que a doença evolui, tornam-se cada vez mais dependentes de terceiros, iniciam-se as dificuldades de locomoção, a comunicação inviabiliza-se e passam a necessitar de cuidados e supervisão integral, até mesmo para as atividades elementares do cotidiano, como alimentação, higiene, vestuário, etc.

A nível de tratamento, a doença de Alzheimer não tem cura e, no seu tratamento, há que atender a duas variáveis:

- Ao tratamento dos aspetos comportamentais. Nesta vertente, além da medicação, convém também contar com orientação de diferentes profissionais de saúde;
- Ao tratamento dos desequilíbrios químicos que ocorrem no cérebro. Há medicação que ajuda a corrigir esses desequilíbrios e que é mais eficaz na fase inicial da doença, mas, infelizmente tem efeito temporário. Por enquanto, não há ainda medicação que impeça a doença de continuar a progredir.

A *Demência com Corpos de Levy* é um síndrome neuropsiquiátrica degenerativa, com início entre os 50 e 83 anos que afeta principalmente o género masculino (Santana & Cunha, 2005). É a segunda demência degenerativa mais comum. Esta separa-se da demência de alzheimer pelas características clínicas, mas compartilha a idade a idade de início e a evolução; e partilha também algumas características com a demência de Parkinson, apesar de surgir mais tarde e evoluir de forma mais rápida (1 a 20 anos) (Litvan et al., 2003).

A *Demência Frontotemporal*, diz respeito a um conjunto de perturbações que têm em comum um padrão de degenerescência que afeta o lobo frontal e o lobo temporal do cérebro (Spar & La Rue, 1998), surge entre os 50-60 anos, sem assimetrias de género, mas com um padrão hereditário. A Demência Frontotemporal, segundo Neary (2005) apresenta 7 fases: a demência do lobo frontal; Afasia não fluente progressiva; demência semântica; Afasia primaria progressiva; Demência Frontotemporal com parkinsonismo; Demência Frontotemporal e doença do neurónio motor e Degenerescência Corticobasal.

E a, *Demência Vascular* é considerada a segunda causa mais frequente de demência, a sua prevalência tem vindo a incrementar com o envelhecimento da população, e é 9 vezes mais elevada nas pessoas com antecedentes de Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Lobo et al., 2000). Apresenta alterações isquémicas ou hemorrágicas do tecido cerebral que conduzir á demência, e assim, os fatores de risco são idênticos aos dos AVCs. A demência vascular apresenta e fases: a Doença de grandes vasos e a Doença de Pequenos Vasos, ambas proveem dos enfartes.

2.2.Direitos das pessoas idosas e direitos das pessoas com demência

Vários autores têm debruçado sobre varias questões, nomeadamente as que se prendem com os direitos das pessoas idosas, especificamente as que se relacionam com o desrespeito e o incumprimento dos mesmos.

De acordo com a ONU, os direitos das pessoas idosas inscrevem-se em cinco dimensões: independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade.

A nível da *Independência* as pessoas idosas deverão²:

- Ter acesso a alimentação, água, casa, roupa, atendimento médico adequado, através de salario mínimo digno, apoio da família e da comunidade em sua autossuficiência;
- Ter oportunidade de trabalho ou ter acesso a outras possibilidades de obter renda;
- Poder participar na determinação de quando, e em que medida, deixarão de desempenhar atividades trabalhistas;
- Ter acesso a programas educativos e de formação adequada;
- Ter possibilidade de viver seguros e adaptáveis às suas preferências pessoais e sua capacidade de experimentar mudanças. Morar em sua própria casa o tempo que for possível.

Autonomia conduz à garantia de serem criadas as condições para que o idoso usufrua de bens materiais, meios de remuneração pelo trabalho ou por aplicação de rendimento próprio, que garantem uma independência face às exigências sociais, inclui também o direito de se manter no meio ambiental onde vive normalmente, enquanto o desejar e se for possível pelas condições de sanidade, articulando-se como o direito e participação.

Participação, este direito dá acesso da pessoa idosa às fontes de conhecimento novo, adequado às capacidades e ao desenvolvimento intelectual de cada pessoa.

A nível da *Participação* as pessoas idosas deverão³:

² <http://www.projectio.net/ajuda/onu.htm>

³ <http://www.projectio.net/ajuda/onu.htm>

- Permanecer integradas na sociedade, participar ativamente na formulação e na aplicação das políticas que afetam diretamente o seu bem-estar e poder de compartilhar os seus conhecimentos e habilidades com gerações mais jovens;
- Poder procurar e aproveitar oportunidades de prestar serviços na comunidade e trabalhar voluntariamente em postos apropriados a seus interesses e capacidades;
- Poder formar movimentos ou associações de pessoas idosas.

Prestação de Cuidados inclui a garantia de acesso aos cuidados de saúde, sociais e jurídicos, que permitam manter a autonomia e o bem-estar das pessoas mais velhas.

A nível dos *Cuidados* as pessoas idosas deverão⁴:

- Poder desfrutar dos cuidados e da proteção da família e da comunidade em conformidade com o sistema de valores culturais de cada sociedade;
- Ter acesso a serviços de saúde que ao ajudem a manter e recuperar o nível ótimo de bem-estar físico, mental e emocional, assim como, para prevenir ou retardar o surgimento de doença;
- Ter acesso a serviços sociais e jurídicos que os assegurem maiores níveis de autonomia, proteção e cuidado;
- Ter acesso a meios próprios de atendimento institucional que forneçam proteção, reabilitação e estímulo social e mental, num meio humano e seguro;
- Poder desfrutar dos direitos humanos e liberdades fundamentais quando morar em lares ou instituições onde têm direito a cuidados ou tratamentos, com pleno respeito de sua dignidade, crenças, necessidades e intimidades, assim como, o seu direito de adotar decisões sobre o seu cuidado e qualidade de vida.

Auto-realização, através do direito à vida privada, contemplando o direito às memórias, aos sonhos é às crenças, constitui uma manifestação da individualidade.

A nível da *Auto-realização* as pessoas idosas deverão⁵:

- Poder aproveitar as oportunidades para pleno desenvolvimento do seu potencial;
- Ter acesso aos recursos educativos, espirituais e recreativos da sociedade.

⁴ Idem

⁵ <http://www.projectio.net/ajuda/onu.htm>

Dignidade, as pessoas idosas precisam de ter um sentido para continuar o restante trajeto da sua vida.

A nível da *Dignidade* as pessoas idosas deverão⁶:

- Poder viver com dignidade e segurança, livres de exploração e de maus-tratos físicos ou mentais;
- Receber um tratamento digno, independentemente da idade, sexo, raça ou procedência étnica, incapacidade ou outras condições, sendo valorizadas independentemente da sua condição económica.

A pessoa idosa tem direito à sua autonomia, à participação na sociedade e à sua dignidade permitindo-lhe a sua autorrealização. Um pessoa idosa só porque envelhece continua um ser ativo e com direitos na sociedade.

A pessoa idosa deve ser encarada como um cidadão com acesso aos direitos e deveres da sociedade. Enquanto cidadão tem direito à sua integração social, sendo e grande desafio o desenvolvimento da sua autonomia e participação na sociedade.

A pessoa idosa pode manter um sentido positivo da vida apesar das adversidades, manter-se ativo, mostrar interesse e capacidade para prender, sentir-se produtivo e com direito a uma vida igual à de todos os seres humanos.

“É tempo, pois, de mudar, de assumir a enorme aventura de informar, apoiar e promover as pessoas idosas, de modo a que possam manter a sua influência no espaço familiar na instituição que frequentam, na comunidade onde habitem.”
(Guimarães, 1999:23)

Torna-se importante nos dias de hoje promover a participação das pessoas idosas na sociedade onde estão inseridas, assim é, necessário que a sociedade constitua respostas sociais de apoio à 3ª Idade, para que estas se sintam apoiadas e com um suporte.

Relativamente aos direitos das pessoas com demência em Portugal não existe legislação que regularize especificamente, mas existem aspetos legais que devem ser referidos e tidos em conta por forma a garantir a salvaguarda dos seus interesses.

⁶ Idem

Um dos temas mais valorizado no âmbito da intervenção dos seus direitos é definir os limites da legitimidade dos prestadores de cuidados (quer sejam familiares, quer sejam profissionais).

Mesmo que estejam dependente de terceiros, quer tenha dificuldades em forma de expressar e efetivar a sua vontade e razão da doença, continua a ser um cidadão e deve ser respeitado na sua individualidade.

À medida que a doença progride, a pessoa idosa com demência vai perdendo, gradualmente as suas capacidades até se tornar juridicamente incapaz.

De acordo com a Recomendação nº R (99) 4 do Comité de Ministros aos Estados Membros sobre os Princípios relativos à Proteção Jurídica dos Maiores Incapazes, são maiores incapazes as pessoas com mais de 18 anos que, “em razão de uma alteração ou de uma insuficiência das suas faculdades pessoais, não se encontram em condições de compreender, exprimir ou tomar, de forma autónoma, decisões relativas à sua pessoa e ou seus bens, não podendo, em consequências, protegerem os seus interesses”.

Contudo, devemos diferenciar Incapacidade de Dependência, que é 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” definida na Recomendação n.º R (98) 9, da Comissão dos Ministros dos Estados Membros.

O Conselho da Europa na sua recomendação 1035 reconhece como obrigações dos Estados-Membros:

- Favorecer a integração das pessoas idosas na coletividade, manter a sua autonomia e a sua participação em atividades sociais e comunitárias, favorecendo particularmente a descentralização das decisões públicas;
- Prever especialmente cuidados de saúde e de prevenção e reabilitação das pessoas idosas, devendo ser reservadas as casas de saúde e os hospitais para os que tenham necessidade de cuidados médios intensivos;
- Apoiar as pessoas a cuidar dos membros mais velhos das suas famílias através dos serviços comunitários e de adequadas disposições relevando das finalidades e das prestações sociais;

- Permitir por intervenção dos serviços sociais, às pessoas idosas que o desejam, continuar a, mais facilmente levaram uma vida independentemente nas suas casas;
- Dar no domínio dos planos de urbanização e de beneficiação dos equipamentos, prioridade às necessidades especiais das pessoas idosas, convidando-as a participar nos projetos de melhoria de habitação e do ambiente;
- Encorajar as atividades de voluntariado, das associações e das organizações de entreajuda das pessoas idosas.

Com a entrada em vigor do Tratado de Lisboa, a Carta dos Direitos Fundamentais passou a fazer parte integrante do Tratado.

“A União reconhece os direitos, as liberdades e os princípios enunciados na carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, de 7 de Dezembro de 2000, com as adaptações que lhe foram introduzidas em 12 de Dezembro de 2007, em Estrasburgo, e que temo mesmo valor jurídico que os Tratados” (artigo 6.º do Tratado de Lisboa).

Todavia, os direitos nada significam se as pessoas não os conhecerem ou não souberem como deles podem fazer uso.

Cabe ao Estado proporcionar a promoção dos direitos das pessoas idosas, assim a Constituição da República Portuguesa de 1997, no seu Art.º 72º, afirma que:

1. “As pessoas idosas têm direito à segurança económica e as condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou marginalização social”;
2. “A política social de 3ª Idade engloba medidas de carácter económica, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida comunidade”.

As políticas sociais para a 3ª Idade detêm atualmente um papel fundamental a contribuindo para a preservação dos direitos das pessoas na sociedade portuguesa, nomeadamente assentes em duas vertentes da política social; mais propriamente na prevenção da deteiorização do envelhecimento e no entendimento às pessoas idosas, assim, a assistência prestada às pessoas idosas é orientado para prevenir, recuperar e preservando a sua autonomia.

É fundamental que as pessoas idosas preparem a sua entrada na velhice, encarando-a como um processo natural, os quais têm o direito de planear esta fase da vida e vive-la pacificamente e de uma forma digna.

Os direitos das pessoas mais velhas devem ser valorizados garantindo sempre a sua dignidade na sociedade. No âmbito da ordem jurídica portuguesa e de acordo com o Código Civil Português (Art.º 138º), “podem ser interditos do exercício dos seus direitos todos aqueles que por anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira se mostram incapazes de governar sua pessoa e bens”.

A política para a velhice corrige, estende e coordena as medidas que os poderes públicos haviam introduzido em favor de certas categorias de velhos, ou pessoas idosas.

Segundo António Almeida (2008) uma política para a velhice pretende contemplar todos os velhos apenas como velhos. Tenta ordenar e reestruturar medidas díspares, insuficientes ou antiquadas. Quer remediar um esquecimento, evitar lacunas legais, levar em conta uma nova situação demográfica social.

A nova política para a velhice é uma tentativa de considerar todos os Pessoas Idosas apenas o que são: cidadãos que chegaram a uma idade avançada, mas que tem o direito de dispor de serviços sociais, de residências adequadas às suas necessidades de novas instituições e de programas estatais para eles.

As políticas tradicionais de gestão da velhice baseada na segregação e na assistência aos Pessoas Idosas carenciados, foram sendo substituídas, com o surgimento da noção de 3ª Idade, por filosofia mais integradora que tem por objetivo prolongar a inserção social e a autonomia da população idosa. A institucionalização dos sistemas de reforma é o primeiro passo para a autonomia económica dos mais velhos e a emergência da velhice enquanto categoria social. As condições materiais e o nível de qualidade de vida da grande maioria dos Pessoas Idosas estão dependentes das pensões por estas auferidas. Ainda assim, nem todos os pensionistas pertencem ao mesmo regime de Segurança Social, correspondendo-lhes por isso diferentes pensões.

Encontramos assim, na população idosa um grupo social tendencialmente desfavorecido e nalguns casos vulneráveis a situações de pobreza e de exclusão social. Cabe ao Estado responder com políticas de equipamento sociais á desfamiliarização das famílias, ao rompimento das redes primárias, contribuindo com novas soluções e reforçando as existentes, nomeadamente ampliando a quantidade e a qualidade dos equipamentos sociais aos serviços da população.

Nem todos os equipamentos coletivos são Lares de Pessoas Idosas, existindo em muitos casos instituições que possuem varias valências, de resposta às políticas

sociais e aos Pessoas Idosas, tais como Centro de Dia, Centros de Convívio e Serviços de Apoio Domiciliário (Carvalho, 2014).

Conforme Carvalho (2013:95-96), as medidas de política social direcionadas para a população idosa, no âmbito da Segurança Social, são de três tipos, nomeadamente:

- Prestações sociais;
- Respostas sociais (serviços e equipamentos);
- Programas e medidas (transversais ou específicas).

Quadro n.º1 - Medidas de Política Social

Medidas de política dirigida às pessoas idosas e em situação de dependência no âmbito da Segurança Social
Prestações Sociais
Pensão de Velhice , prestação dirigida às pessoas com mais de 65 anos que tenham pago contribuições para a Segurança Social durante, pelo menos, 15 anos.
Pensão Social de Velhice , é uma prestação em dinheiro, atribuída mensalmente, a partir dos 65 anos de idade, para os que não tenham direito à pensão de velhice.
Complemento Solidário para Pessoas Idosas (CSI) , é um apoio em dinheiro mensalmente aos Pessoas Idosas, com mais de 65 anos e com baixos recursos.
Respostas Sociais
Em Serviços: Serviço de Apoio Domiciliário; Apoio Domiciliário Integrado; Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Adultas com Deficiência.
Em Equipamentos: Lar de Pessoas Idosas; Residências; Centro de Dia; Centro de Convívio; Centro de Noite; Unidades de Apoio Integrado (UAI)
Programas e Medidas
Transversais: Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES);Comparticipação direta às famílias; Linha Nacional de Emergência Social (LNES)Rede Social; Programa para a Inclusão e Desenvolvimento (PROGRIDE)Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a Carenciados (PCAAC);Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais.
Específicas: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI);Programa Re Criar o Futuro; Programa de Apoio Integrado a Pessoas Idosas (PAII).

Fonte: Maria Irene Carvalho, 2013, Serviço Social no Envelhecimento.

3. Prestação de Cuidados e os Cuidadores

3.1.O Cuidador e a Prestação de Cuidados

O cuidar é considerado um ato de vida, é uma atitude que se traduz numa forma de estar na vida que induz a um verdadeiro olhar para o outro e para o mundo, podendo assumir duas prespectivas distintas: o cuidado do homem consigo próprio, como ato individual, na existência de autonomia, e o cuidado com o outro, como manifestação de afeto e de reciprocidade que se presta, temporária ou definitivamente, a uma pessoa que necessita de auxílio para a manutenção das suas necessidades vitais. (Colliére, 1989 citado por Pereira, 2007)

Ao nível do cuidado a outrem, o cuidado constitui-se por ações subjetivas e transpessoais que objetivam proteger, melhorar e preservar a intimidade ajudando a pessoa a encontrar um significado na doença, no sofrimento e na existência.

O ato de cuidar é um fenómeno universal e apesar de assumir formas de expressão distintas entre culturas, é possível identificar algumas ideias associadas á noção de cuidado. São elas: empatia, compaixão, alívio, presença, compromisso, suporte, confiança, estímulo, restauração, proteção e contato físico.

Apesar das necessidades de cuidado variarem ao longo do ciclo vital, são aumentadas no início e no final desse ciclo. A pessoa idosa, face ao envelhecimento, tem uma maior probabilidade em desenvolver doenças crónicas – degenerativas que podem comprometer a capacidade funcional, aumentando o risco de dependência, necessitando de apoio e ajuda de outrem para garantir a sua sobrevivência e o seu bem-estar, o que nos remete para outro conceito: a prestação de cuidados.

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 (Schulz & Quittner, 1998).

A prestação de cuidados a pessoas idosas com demência em relação a outras doenças físicas ou crónicas é considerada mais stressante e dificultada pela especificidade das características específicas da prestação de cuidados.

Cuidar de uma pessoa idosa com demência implica um aumento de dispêndio de tempo de vigilância, implica lidar com problemas comportamentais o que tende a levar

ao isolamento social. Outro fator que dificulta a prestação de cuidados é a deteriorização da pessoa idosa com demência a nível físico, psicológico e funcional e a capacidade limitada da pessoa idosa em exprimir gratidão pelos cuidados prestados (Pinquart & Sorensen, 2003 a).

Cuidar de uma pessoa idosa com demência pode ser considerado um trabalho árduo e sem resultados observáveis, isto porque acarreta uma perda de liberdade, perda de autonomia e de envolvimento social e a perda da própria pessoa idosa com demência.

Trata-se de uma doença implacável dado que, até aos dias de hoje, é uma doença impossível de travar o seu próprio desenvolvimento, o que origina em muitos prestadores de cuidados sentimentos de frustração.

Por outro lado, a incapacidade de retribuição e agradecimento por parte da pessoa idosa com demência em conjunto com os comportamentos agressivos e disruptivos reforçam ainda este sentimento de desesperança e desilusão. (Leite, 2006)

Assim, apesar de a prestação de cuidados poder acarretar alguns aspetos positivos, cuidar de uma pessoa idosa com demência pode induzir stress e um conjunto de consequências que afetam negativamente o dia-a-dia e a qualidade de vida dos prestadores de cuidados, diminuindo-lhes a capacidade para cuidar.

3.2Tipologias de Cuidados

No que diz respeito aos prestadores de cuidados, estes podem ser divididos em primários e secundários e em formais e informais.

Designa-se por cuidador primário aquele que se responsabiliza pela pessoa idosa dependente e o seu cuidado, realizando diariamente a maior parte das tarefas (Gatz, Bengtson e Blum, 1990).

Já o cuidador secundário refere-se a qualquer pessoa (familiar, amigo, vizinho) que presta cuidados complementares à pessoa idosa dependente (Stone, Cafferata & Sangl, 1987). Ou ao cuidador principal, tais como, apoio psicológico, emocional, instrumental e/ou financeiro/económico.

No que se concerne à distinção de cuidadores informais e formais, esta prende-se com o carácter remuneratório da prestação de cuidados (Schulz & Quinttner, 1998). Assim, o conceito de cuidador informal, designa qualquer elemento da rede social da pessoa idosas em situação de dependência (familiares, amigos e vizinhos, ...), que lhe

presta cuidados regulares e não remunerados (Brathwaite, 2000), na ausência de vínculo formal ou estatutário (Sousa Figueiredo & Cerqueira, 2006).

O cuidador formal (atividade profissional) é essencialmente levada a cabo por profissionais qualificados, podendo estes ser médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros, que adquirem esta designação (cuidadores formais), por existir uma preparação prévia específica para a atividade profissional que desempenham, sendo esta atividade variada de acordo com o contexto onde se encontram (lares, instituições comunitárias...). O cuidador formal define-se segundo Sommerhalder (2001), pela prestação de serviços de índole profissional em instituições direcionadas para a prestação de cuidados, enquanto os cuidadores informais poderão ser familiares, amigos, vizinhos, que cuidam do idoso em ambiente familiar.

As pessoas idosas com demência perdem progressivamente as suas capacidades cognitivas e motoras, originando, em estados mais avançados da doença, um elevado sentimento de sobrecarga na família. Esta situação leva à necessidade de institucionalização das pessoas idosas (Schulz et al., 2004).

Segundo Kuske et al. (2009), cerca de 60% das pessoas institucionalizadas em países industrializados apresenta um quadro demencial. O esperado aumento da prevalência de utentes com esta doença coloca novos desafios às instituições de terceira idade, particularmente aos cuidadores formais (Kuske et al., 2007).

Cuidar de pessoas idosas demenciadas 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). Em Portugal, como em outros países europeus (Kuske et al., 2007), os cuidados a pessoas idosas demenciadas são prestados em lares de Pessoas Idosas convencionais, por pessoas com baixa escolaridade e pouca formação especializada.

A lógica do cuidar está subjacente à “qualidade real do serviço que se oferece ao utente” numa atmosfera de humanidade e numa qualidade normativa, técnica, científica e hoteleira, que por mais necessário que seja nunca passarão de aspetos parciais para com quem está pessoa idosa com demência.

Assim, a importância dos perfis profissionais construída através da identificação de uma lista de competências que as Ajudantes de Ação Direta devem desenvolver para

desempenhar a sua profissão, está já devidamente fundamentada, salientando-se o interesse do registo dos resultados descritivos da aprendizagem no currículo.

Os tipos de cuidados providenciados pelos cuidadores informais prendem-se principalmente com o nível de dependência do idoso pessoa idosa com demência.

Uma característica essencial dos cuidados prestados pelos cuidadores informais é a diversidade, isto porque englobam um leque diversificado de atividades que pretendem assegurar o bem estar-estar das pessoas idosas com demências. Os cuidados podem restringir-se a colmatar algumas necessidades apenas ao nível das atividades instrumentais da vida diária, ou de uma forma mais premente ao nível das próprias atividades de vida diária que se referem às habilidades de manutenção de funções básicas (tomar banho, vestir-se, comer). (Lawton & Brody,1969)

De acordo com Paul (1997) existem vários cuidados que se podem facultar a uma pessoa idosa, nomeadamente:

- a) Cuidados antecipatórios, comportamentos ou decisões baseados em possíveis necessidades antecipadas do pessoa idosa com demência e se a pessoa ficar confusa se saber para que serve os dois talheres, coloca-se apenas o garfo em cima da mesa);
- b) Cuidado preventivo, atividades que visam a prevenção de doenças, complicações e a deteriorização física e mental;
- c) Cuidados de supervisão, atividades que visam o “olhar pelo idoso”;
- d) Cuidados instrumentais, visam manter a integridade física e a condição de saúde da pessoa idosa com demência;
- e) Cuidados protetores, proteção das ameaças á autoimagem, identidade e bem-estar emocional.

Contudo dependendo do tipo e do grau de incapacidade da pessoa idosa com demência, o cuidador informal confronta-se com a necessidade de providenciar, um, dois ou mesmo todos os tipos de cuidados em questão.

Por exemplo uma pessoa idosa com demência, vai ao longo das várias fases da sua doença, providenciando diversos tipos de cuidados. No princípio vai proporcionando cuidados de supervisão, acrescentando-se depois ao mesmo tempo os cuidados preventivos e protetores. Numa fase mais avançada, ou seja, a partir do momento em que a pessoa idosas se revela incapaz de reconhecer e responder às suas

necessidades primordiais, são proporcionados sobretudo os cuidados antecipatórios e instrumentais. (Paul, 1997:85)

A transferência da responsabilidade da pessoa idosa com demência para o cuidador corresponde a um processo gradual à medida que avança a doença. Inicialmente, é suficiente supervisionar estas atividades, no entanto, com o progredir da doença, esta torna-se insuficiente, sendo necessário prestar ajuda na realização das atividades vida diária, até que, finalmente surge a necessidade de assumir o seu controle e providenciar os princípios necessários para a pessoa idosa com demência ter a sua dignidade.

Para cuidarmos de pessoas idosas com demência é fundamental compreender como estas percebem a sua saúde e como lidam com a sua doença.

Apesar de serem pessoas muitas das vezes subvalorizadas, as dimensões relacional, comunicacional e/ou afetiva, no qual têm um papel essencial nos aspetos confortadores. As pessoas idosas com demência desejam que os seus cuidadores sejam compreensivos, humanos, carinhosos e atenciosos (Sousa, 2014).

Cuidar de pessoas idosas com demência implica compreender as formas como cada pessoa ou família vivencia os seus problemas, manifestam as suas preocupações, as suas necessidades e os seus desejos e exprime os seus anseios e angústias dado que o seu viver passa a estar marcado por sentidos e mudanças geradoras de desequilíbrios.

Intervir e promover a qualidade dos cuidados da pessoa idosa é essencial. Trata-se de uma filosofia de ação e compromisso institucional centrado na pessoa, na medida em que todos os colaboradores podem participar num esforço comum, em procurar uma forma mais humana e eficaz, todos necessitam de agir numa forma integrada e coordenada procurando não só dar as respostas mais adequadas e eficazes às necessidades reais e expectativas mas também minimizar a situação que tem na pessoa idosa com demência e sua família.

“Prestar cuidados como um ser único é sempre uma situação, pois diz respeito à singularidade da pessoa, envolvida num contexto próprio, contexto este que envolve a inclusão de um novo conhecimento, uma alteração de comportamentos e uma apreensão de novos papéis, sendo isso, sendo por isso imprescindível dispensar-lhe numa atenção integral e particular. (Sousa, 2014:36)

Meter a pessoa no centro dos cuidados é ponderar o seu sofrimento, angustias, reações e não só a demência, pois a pessoa idosa é muito mais que o seu corpo ou mente.

A humanização e a individualização se efetivam a relação interpessoal dos colaboradores com a pessoa cuidada, num modo de intervenção próprio e desejável de concretizar o cuidado profissional, com um verdadeiro começo em cada ação, num compromisso deontológico com base em valores, princípios, atitudes e comportamentos e, na procura incessante da excelência do exercício na profissão.

Segundo o Portal da Saúde⁷, existem algumas recomendações para quem cuida de pessoas idosas com Alzheimer:

“Comunicar, alimentar-se, vestir-se e cuidar da higiene pessoal são algumas das ações rotineiras que, aos poucos e poucos, o pessoa idosa com demência de Alzheimer vai deixar de conseguir realizar”.

Aqui ficam algumas sugestões para quem cuida de pessoa idosa com demências de Alzheimer quer para bem da pessoa idosa com demência e do próprio cuidador.

3.3.Especificidade dos Cuidados com Pessoas Idosas com Demência

De acordo com o Portal da Saúde e com a Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer, estes referem que existem formas de agir e reagir com pessoas idosas com demência. Aconselhamos vivamente a refletir:

Como se comunica com a pessoa idosa com demência? É normal a pessoa idosa com demência não encontrar as palavras que precisa para se expressar ou não compreender os termos que ouve.

Como deve reagir:

- Esteja próximo e olhe bem para a pessoa idosa com demência, olhos nos olhos, quando conversam;
- Permaneça calmo e quieto. Fale clara e pausadamente, num tom de voz nem demasiado alto nem demasiado baixo;
- Evite ruídos (rádio, televisão ou conversas próximas);

⁷ <http://www.portaldasaude.pt/>

- Se for possível, segure na mão da pessoa idosa com demência ou ponha a sua mão no ombro dele. Demonstre-lhe carinho e apoio.

Em todas as fases da doença, é necessário manter uma atitude carinhosa e tranquilizadora, mesmo quando a pessoa idosa com demência parece não reagir às nossas tentativas de comunicação e às nossas expressões de afeto.

Lembre-se, também, que é preciso verificar se a pessoa idosa com demência tem problemas de visão, audição ou outros problemas de saúde, designadamente de saúde oral, necessidade de usar óculos ou de ajustamento das próteses dentárias ou auditivas.

Vaguear, deambular e andar sem rumo é um perigo. O que fazer para o minimizar? Andar sem saber para onde e com que objetivo é característico das pessoas idosas com demências, a partir de uma determinada fase. E é um perigo enorme.

Algumas sugestões para minimizar esse perigo:

- A pessoa idosa com demência deve trazer sempre algo que o identifique, por exemplo, uma pulseira com o nome, morada e telefone;
- Previna os vizinhos e comerciantes próximos do estado da pessoa idosa com demência. Estes podem ajudá-lo em qualquer momento caso se perca e peça informações;
- Em casa/Lar, feche as portas de saída para a rua, para evitar que a pessoa idosa com demência vá para o exterior sem que dê por isso;
- Tenha uma fotografia atualizada do pessoa idosa com demência, para o caso deste se perder e precisar de pedir informações;
- Se a pessoa idosa com demência quiser sair de casa, não deve impedi-lo de o fazer. É preferível acompanhá-lo ou vigiá-lo à distância e, depois, distraí-lo e convencê-lo a voltar a casa;
- Pode ser necessário pedir aconselhamento ao médico assistente.

Como ajudar a manter a higiene da pessoa idosa com demência? É normal a pessoa idosa com demência deixar de reconhecer a necessidade de tomar banho, de lavar os dentes, etc. Em suma, recusar cuidar da sua higiene pessoal e da sua higiene oral.

- Não faça disso um “bicho-de-sete-cabeças”. Se for possível, aguarde um pouco, pode ser que mude de disposição;
- Simplifique a tarefa: tenha sempre em ordem e à mão as coisas que são necessárias, como sabão, sabonete ou espuma, toalhas, etc.;

- Se o banho é de imersão, verifique a temperatura da água;
- Instale pegas e tapetes que evitem escorregar dentro e fora da banheira. Há bancos e cadeiras adaptáveis à banheira, assim como outros dispositivos de apoio e ajuda que podem ser muito úteis;
- Se o pessoa idosa com demência preferir tomar duche, deixe-o. O melhor é procurar manter a rotina a que a pessoa estava habituada;
- Se o pessoa idosa com demência recusar mesmo tomar banho, então tente a lavagem parcial;
- Aplique, se possível, cremes ou pomadas adequadas para evitar escaras.

Como ajudar a pessoa idosa com demência a vestir-se? A certa altura a pessoa idosa com demência vai ficar embaraçado sobre o que vestir ou, eventualmente, recusar-se a vestir.

Para o ajudar:

- Simplifique o mais possível a roupa a usar;
- Evite laços, botões, fechos de correr (substitua-os por velcro), sapatos com atacadores, etc.;
- Prepare as peças de roupa pela ordem que devem ser vestidas;
- Procure que a pessoa se conserve bem vestida e elogie o seu bom aspeto;
- Enquanto a pessoa idosa com demência tiver autonomia, deixe-o atuar conforme ainda pode.

Como ajudar a pessoa idosa com demência a alimentar-se?

- Sente a pessoa idosa com demência com o tronco bem direito e a cabeça firme;
- Se necessário, ponha-lhe um grande guardanapo só para comer;
- Não tagarele com a pessoa idosa com demência durante a refeição;
- Aguarde que a boca esteja vazia para fazer alguma pergunta;
- Dê-lhe tempo para comer tranquilamente e não o contrarie se ele quiser comer à mão;
- Dê-lhe bocados pequenos de alimentos sólidos; por vezes, a pessoa idosa com demência poderá preferir alimentos passados ou batidos;
- Faça-o mastigar bem e assegure-se de que a boca permanece fechada durante a mastigação e a deglutição. Verifique se há restos de alimentos na boca;
- Pouse-lhe a chávena ou o copo, depois de cada gole, fazendo uma pausa. Note que dar-lhe de beber é muitas vezes difícil;
- Deixe-o deglutir uma segunda vez, se alguns alimentos ainda estiverem na boca;

- Lave-lhe cuidadosamente a boca depois de cada refeição para evitar que restos de alimentos passem para os pulmões. Com uma gaze húmida, limpe-lhe o interior das faces. Use uma pasta dentífrica infantil;
- Deixe a pessoa idosa com demência sentada durante 20 minutos após a refeição.

O que fazer quando o pessoa idosa com demência se mostra agressivo? Em certas fases da doença é normal que a pessoa idosa com demência se torne agressivo. Sente-se incapaz de realizar tarefas simples (vestir-se, lavar-se, alimentar-se), reconhece que está a perder a independência, a autonomia e a privacidade, o que é muito frustrante.

A agressividade pode manifestar-se de diversas formas, tais como ameaças verbais, destruição de objetos que estejam próximos ou mesmo violência física.

Como deve reagir:

- Se possível, procure compreender o que originou a reação agressiva. Não deve partir do princípio que o pessoa idosa com demência o quer agredir ou ofender pessoalmente;
- Evite discutir, ralhar ou fazer qualquer coisa que se assemelhe a um castigo. Não force contactos físicos e deixe-lhe bastante espaço livre;
- Procure manter-se calmo, não manifeste ansiedade, medo ou susto. Fale calma e tranquilamente e procure desviar a atenção da pessoa idosa com demência para qualquer outra coisa.

Não tente lidar com tudo sozinho. Pode deprimir-se ou esgotar-se. Procure ajuda e aconselhamento médico se não conseguir lidar com a situação.

Como prevenir que surjam crises de agressividade?

- Não seja demasiado exigente com a rotina diária da pessoa idosa com demência;
- Deixe que a pessoa idosa com demência faça o que ainda lhe é possível fazer, ao seu ritmo, sem pressas e sem exigir a perfeição;
- Não critique, antes pelo contrário, elogie (mas não exagere);
- Ajude, mas de forma a não parecer estar a dar ordens;
- Procure que a pessoa idosa com demência faça atividades que lhe interessem;
- Assegure-se de que a pessoa idosa com demência faz exercício físico suficiente;
- Esteja atento a sinais que possam indicar crise iminente e procure distrair a atenção da pessoa idosa com demência.

Ao cuidador, é extremamente difícil cuidar de uma pessoa idosa com demência de Alzheimer. Tem de acompanhar a pessoa idosa com demência ao longo do tempo, viver um dia-a-dia que se torna progressivamente mais difícil e experimentar sentimentos diversos, muitos deles negativos.

É normal que sinta tristeza pela sensação de que a pouco e pouco vai perdendo alguém que lhe é muito querido.

Sentirá também frustração, pois tem a consciência de que todos os seus cuidados, atenção e carinho não impedem a progressão da doença.

Vai sentir culpa, pela falta de paciência que por vezes tem, pelo sentimento de revolta em relação ao próprio pessoa idosa com demência, pela situação que vive e por poder admitir a hipótese de procurar um lar.

Poderá também sentir solidão, pelo afastamento gradual da família e dos amigos, pela impossibilidade de deixar a pessoa idosa com demência, pela falta de convívio.

Todos esses sentimentos negativos não significam que não seja um bom prestador de cuidados e de apoio. São apenas reações humanas! Pelo que, para seu bem e para o bem da sua pessoa idosa com demência:

- Não se recrimine demasiado;
- Cuide de si e vigie a sua saúde;
- Sensibilize os seus familiares para o ajudarem. Esclareça-os sobre a doença e sobre o modo como podem colaborar consigo;
- Conheça os seus limites e tente encontrar auxílio;
- Lembre-se que a sua presença, a sua ternura, o seu amor são indispensáveis, quer mantenha a pessoa idosa com demência em casa quer tenha de recorrer a internamento numa instituição (conforme a Associação de Alzheimer).

Quadro n.º2 - Resumo do Quadro Teórico

Dimensões de pesquisa	Categorias analíticas
Envelhecimento, Velhice e Dependência	• Dimensões e Representações • Demográfico • Biológico • Psicológico • Relacional
Demências e Pessoas idosas com demências	• Sintomas • Tipos de demência • Direitos das pessoas idosas • Cuidados
Cuidados e Prestação de Cuidados	• Relação cuidado/cuidador • Tipologias de cuidados • Especificidade dos cuidados das pessoas idosas com demência • A prestação das ajudantes de ação direta

4. O Serviço Social e o Acolhimento Social

4.1 O Serviço Social com pessoas idosas

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. (Aprovada pela Assembleia Geral da IFSW e da IASSW, em Julho de 2014, em Melbourne).

A metodologia tem no Serviço Social segundo Maria José Núncio (2010:113-114) a importância de criar um corpo sistemático de práticas, que visam compreender a realidade dos problemas do sistema utente, das circunstâncias sociais envolventes, visando também a teorização, que uma vez posta em prática é analisada de forma crítica com o objetivo de corrigir e redefinir uma nova teorização atualizada.

Existem diversos modelos de intervenção social e cada instituição adota o(s) modelo(s) que mais se adequem à sua intervenção, de acordo com os seus objetivos e finalidades.

Todavia, a intervenção em Serviço Social torna-se complexa pois não podemos ter a mesma visão para todos os problemas sociais e aplicar-lhes o mesmo modelo de intervenção.

É fundamental termos a consciência de que cada caso é um caso e, tem interpretações diferentes de acordo com a sua especificidade.

Existem vários modelos de Intervenção, a instituição ASAS adota o *modelo sistémico*, por sua vez encara os fenómenos, não de forma individual ou de causa e efeito, mas sim numa perspectiva de análise “totalizadora”, que engloba além de fatores e aspetos materiais, culturais e de relacionamento (Núncio, 2010:132) estabelecendo a interação entre vários elementos, adequando-se à intervenção da equipa multidisciplinar. Estas intervenções, em parceria com as entidades que atuam na zona/freguesia, sistemas formais, são uma mais-valia para a população da ASAS.

A pessoa depende de sistemas no seu ambiente social, para conseguir uma vida satisfatória, por isso mesmo, o Serviço Social deverá concentrar a sua interação nesses sistemas. Prestar ajuda de modo a melhorar a sua capacidade na resolução dos problemas, construir novas ligações entre os indivíduos e sistemas e recursos, ajudar ou modificar interações entre as pessoas e esses sistemas, bem como melhorar a interação entre as pessoas dentro dos sistemas, ou seja, capacitar o indivíduo de modo a que esta seja capaz de desempenhar tarefas de vida, avaliar a angústia e a atingir objetivos e posições de valor que seja importante para ele.

O Modelo sistémico no Serviço Social é um modelo de intervenção em que o trabalhador social tenta promover a mudança, não de uma forma pura e simplesmente assistencialista ou linear, mas de uma forma integradora e circular, onde é envolvida toda a componente socioeconómica, psicológica, cultural, familiar e interpessoal do utente. (Núncio, 2010)

Mas não se entenda que é o profissional de Serviço Social que deve fazer essa mudança, ele deve apenas criar condições, facilitando determinados tipos de processos, para que os utentes diretamente implicados, tenham possibilidade de proceder a essa mudança. Então, o Assistente Social é apenas um agente de mudança, assumindo o papel daquele que procura provocar certas alterações.

Tanto a decisão em relação à mudança como a aplicação no projeto de mudança, constituem fenómenos sistémicos e, por consequência, têm de ser aplicados numa perspectiva sistémica, dada a sua continência ao sistema de ação que se pretende mudar.

Payne (2002) considera que o princípio da análise sistémica do trabalho social “orienta-se no sentido de que as pessoas dependem de sistemas no seu ambiente social imediato para conseguirem uma vida satisfatória”. O ser humano é encarado como o resultado da interação com todos os sistemas em que está integrado, suscetíveis de alterar o seu comportamento e a sua vida.

Ao técnico compete saber gerir um conjunto de relações, considerou-se também, para além da abordagem sistémica, também está presente a abordagem centrada nas pessoas. A abordagem centrada na pessoa, incide na perspectiva da psicologia humanista, tendo como fundador o psicólogo norte-americano Carl Rogers (2010), que pretendeu aplicá-la em várias áreas, nomeadamente na educação e psicoterapia. O seu modelo assenta em 3 pressupostos: a natureza positiva do ser humano (o indivíduo tem potencialidades para se desenvolver, mas para que isso aconteça, só

necessita que o meio social o facilite); a tendência atualizante (que é a natural procura do self e a conservação do organismo, o que proporciona harmonia entre a experiência vivida e a simbolização. Quando tal não se verifica, a pessoa entra em desequilíbrio, apresentando comportamentos inadequados e perturbam a sua personalidade e desenvolvimento); e as condições facilitadoras (que é a aceitação da pessoa tal como ela é, ou seja, aceitar o indivíduo sem preconceitos, nem ideias preconcebidas, nem juízos de valor, de modo a transmitir, não só a sua aceitação, mas também a compreensão dos seus sentimentos e ritmos de evolução).

O Serviço Social é assim, uma disciplina que se baseia nos valores humanos, atribuindo grande importância à dignidade humana, ao valor próprio de cada indivíduo e à sua capacidade de mudar, ou seja, que toda a pessoa tem capacidades para a promoção da sua autodeterminação, liberdade e capacidade de fazer as suas próprias escolhas (Núncio, 2010).

Os Assistentes Sociais proporcionam a mudança nas condições de vida dos cidadãos, famílias e comunidade, articulando com uma variedade de valores, teorias e práticas, atuando em conformidade com o processo de investigação e intervenção social. As suas ações produzem e reproduzem efeitos nas múltiplas interações que estabelece com os outros agentes institucionais e atores sociais.

O Serviço Social trabalha em várias áreas como a saúde, a educação, a justiça, a habitação, a ação social (segurança social), o desenvolvimento local, procurando promover o bem-estar da juventude, da mulher, da família, dos grupos com necessidades, ou seja, do ser humano.

Conforme Carvalho (2012:229), o “Serviço Social a tem sido influenciado por diversas correntes teóricas no campo das ciências sociais, que têm contribuído para uma melhor compreensão da realidade, quer ao nível do comportamento e das motivações dos indivíduos, quer ao nível da sua interação com o meio em que se inserem”.

Tendo em conta os valores centrais do Serviço Social, a visão global da pessoa e dos seus sistemas, que está na base da perspectiva sistémica é a que melhor se adapta ao trabalho dos assistentes sociais.

A perspectiva sistémica pode ser adotada em diversas áreas profissionais e utilizada em vários níveis da intervenção: individual, de grupo, familiar e comunitário.

Ao reforçar a ideia da interação como o elemento fundamental dos sistemas humanos e sociais, a perspectiva sistémica veio ao encontro de conceitos caros do Serviço Social, que sempre pretendeu atuar na relação do indivíduo com a sociedade. “Contudo, aparece evidente que o Serviço Social é posicionado [...] entre mundo dos

sistemas e o mundo da vida, ou seja, cabe a esta profissão estabelecer uma ponte, estabelecer vias de comunicação, entre os sujeitos nas suas idiossincrasias e as estruturas sociais formais” (Amaro, 2009:35).

Segundo Garcia e Romero (in Carvalho, 2014) “O reconhecimento das limitações é um dos reforços positivos para alcançar qualquer meta, mas estabelecer um grau de aspirações acima das capacidades é um percurso mais do que certo rumo ao fracasso e á frustração, o que acabará por resultar em graves problemas de relação com a sua família, amigos ou outras pessoas do seu meio.”

A inclusão de pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade é outro dos aspetos mais problemáticos com os quais se confronta o assistente social com casos, pois é uma necessidade que tem tradicionalmente afetado pessoas com grandes deficits económicos sociais e culturais.

Como descreve Carvalho (2014), os modelos utilizados na intervenção individualizada são o de gestão de casos e o centrado na etapa, mas também existe o modelo humanista, que está sempre presente na intervenção, porque envolve os princípios e valores indispensáveis para o desempenho da profissão, delimitando as características que um assistente social deve reunir, nomeadamente, honestidade, sinceridade, cordialidade, respeito, aceitação, compreensão e empatia.

As correntes humanistas são caracterizadas por três ideias essenciais: a compreensão da pessoa constrói-se na interação com os outros; o ser humano é um ser social que não tem tendência para a solidão; e cada pessoa é auto responsável na organização do seu destino (Carkuff e Bereson, in Carvalho: 2014).

E utiliza também outro modelo para completar melhor a sua intervenção, aplicando também o modelo sistémico e ecológico, “que estuda o caso social como se fosse um sistema complexo articulado numa estrutura, necessidade e função, estudas desde a sua funcionalidade e permeabilidade com o exterior ou suprasistema” (Carvalho: 2014,254).

Durante a intervenção, o assistente social utiliza também uma serie de técnicas ao longo do processo metodológico e na fase de intervenção, o profissional costuma utilizar a entrevista, a observação e o contrato.

A entrevista “é a técnica mais importante no Serviço Social individualizado, porque representa a relação interpessoal de apoio profissional entre o utente e o assistente social, através da qual se troca informação” (Carvalho: 2014, 254).

O contrato que é indispensável, porque intervém o assistente social, os acordos com o utente costuma ser realizados verbalmente, sendo registados na historia social os compromissos acordados.

A intervenção do Assistente Social junto de Pessoas Idosas com Demência, define-se demência como o declínio de funções cognitivas, incluindo a memória, capacidade de raciocínio e de julgamento. Este declínio provoca a incapacidade de realizar atividades da vida diária e afeta a memória, a linguagem (afasia), a atenção, as praxias e as funções executivas. (cf. Carvalho, 2014).

A demência representa um “síndrome clínica na qual ocorre decréscimo adquirido da função cognitiva manifestando-se com défice de memória e de outras funções corticais superiores como linguagem, julgamento, entre outras, onde ocorre uma de mudança neuropatológica e de perda de capacidade do indivíduo de se adaptar á sua nova condição” (Netto, in Carvalho, 2014:438).

A natureza do Serviço Social baseia-se numa prática estruturada, que assenta em teorias, métodos e 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, in Carvalho, 2014:440).

A visão do Serviço Social individualizada assenta numa relação de ajuda (intervenção direta e intervenção indireta), 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 mesmos.

A intervenção técnica do assistente social junto de pessoas com demência e seus familiares tem em consideração alguns conceitos fundamentais, como: (cf. Carvalho, 2014:441)

- a)** 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.
- b)** O diagnóstico, permite definir estratégias para proceder ao Empowerment da pessoa com demência e/ou dos seus cuidadores e familiares;
- c)** O Empowerment, depende muito da situação física/psíquica da pessoa idosa com demência esteja muito debilitada;
- d)** Os seus familiares, por é importante estarem envolvidos nas diversas estratégias que poderão ser positivas na saúde e bem-estar;
- e)** Trabalho em rede, porque todos os técnicos intervenientes devem ter o pleno conhecimento dos recursos/apoios;
- f)** O relatório social, que permite compreender a dinâmica familiar.

De acordo com Carvalho (2014:443-444) existem aspetos fundamentais a considerar na admissão de uma pessoa idosa com demência:

1. Saber o que é uma demência e ter conhecimento acerca dos comportamentos que podem surgir e a melhor forma de lidar com os mesmos;

2. Saber explicar aos outros utentes os comportamentos da pessoa com demência;
3. Ter conhecimentos de todas as áreas técnicas que podem e devem intervir junto da pessoa com demência, fazendo o encaminhamento e aconselhamento para as mesmas;
4. Participar/promover ações de formação/informação para o corpo técnico e todos os profissionais que lidam direta e diariamente com pessoas com demência;
5. Ter conhecimento e saber informar a cerca dos direitos sociais que as pessoas com demências podem beneficiar;
6. Estar informado sobre os recursos institucionais e equipamentos sociais;
7. Estar informado acerca das questões legais associadas ao processo de demência e fazer o devido encaminhamento para aconselhamento jurídico. (cf. Carvalho, 2014).

4.2.O Acolhimento social e as boas práticas

O acolhimento deve ter sempre presente o forte impacto emocional que a solução residencial normalmente implica para a pessoa idosas com demência e família, nomeadamente pelas profundas modificações no ambiente de vida. É necessário acompanhar o residente nas diversas fases da sua adaptação, ajudando-o a integrar-se.

De acordo com o Manual de Boas Práticas (2010) da Segurança Social, o acolhimento na estrutura residencial deve ter em atenção os riscos que importa minimizar como os de perda de vínculo afetivo, perda de identidade, desenraizamento, receio da mudança, tendência a rejeitar a integração, auto-culpabilização ou sensação de estar a sofrer uma punição. Para tal, os responsáveis da estrutura residencial devem ter em conta o carácter e a personalidade do novo residente, a sua história, as recordações familiares, a relação com a sua família, com as pessoas do seu círculo afetivo e com a comunidade.

Preparar a chegada do novo residente, ainda antes da chegada do novo residente, deve haver um trabalho de preparação junto de todos os membros da estrutura residencial. A colaboração de quem já está a viver na instituição, principalmente aqueles que se sentem adaptados e tranquilos, pode ajudar à integração de quem chega, pelo que pode ser útil nomear um “comité de acolhimento” composto por residentes.

Quando finalmente se dá o ingresso, o acolhimento deve ser individualizado. Um dos responsáveis deve apresentar o recém-chegado aos outros residentes e aos colaboradores, esclarecer-lhe quaisquer dúvidas e reforçar toda a informação necessária.

É também importante confirmar a forma como o residente quer ser tratado, e comunicá-la a toda a comunidade residencial. Trata-se de ajudar o novo residente a que sinta respeitada a sua identidade.

Nesta fase deve-se explicar ao residente que, também para a instituição, o mais importante é a sua qualidade de vida.

Deve-se dar tempo ao novo residente para se adaptar e integrar na comunidade residencial, e para que esta o acolha com respeito e empatia. Deve ser-lhe transmitida uma mensagem de esperança, virada para o futuro.

Contudo, o Manual de Boas práticas da Segurança Social (2010) refere que a presença assídua da família, quando desejada pelo residente, é fundamental para o seu bem-estar. Devem ser criadas condições para que o acesso dos familiares à estrutura residencial seja o mais livre possível. Assim, a sua presença não deve ser vista como um fator perturbador do quotidiano, mas até como um apoio para muitas das atividades e cuidados. Aliás, mesmo que resulte alguma perturbação das visitas dos familiares, as vantagens para o residente são bem mais importantes.

Deve proporcionar-se um diálogo aberto e esclarecedor com o residente e sua família quanto ao estabelecimento dos horários de visitas, convívios e apoios mais favoráveis à pessoa idosa com demência e respeitadores das exigências da qualidade de vida residencial tendo em conta os interesses de todos e de cada um dos residentes. Deve observar-se toda a flexibilidade possível, procurando que a família não se sinta constrangida e muito menos indesejada.

No capítulo onde referenciamos a parte empírica da Direção Técnica especificamos com mais pormenor as funções da diretora técnica.

II – QUADRO METODOLOGICO

1.Desenho e Percurso da Pesquisa

De acordo com António Carlos Gil (1989), a investigação é desenvolvida mediante o concurso de conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros, procedimentos científicos. Na realidade, a investigação desenvolve-se ao longo de um processo que envolve inúmeras fases desde a adequada formulação do problema até à satisfatória apresentação dos resultados.

Um procedimento científico é, pois, uma forma de progredir em direção a um objetivo. Consiste, portanto, em descrever os princípios fundamentais a pôr em prática em qualquer trabalho de investigação.

Numa investigação, a metodologia a aplicar é de fulcral importância. Estou consciente de que a objetividade, é condição essencial ao desenvolvimento das Ciências Sociais, e é imprescindível para uma correta análise e interpretação do fenómeno, que o investigador social pretende estudar, evoquei então, uma metodologia multidisciplinar.

O recurso a uma metodologia variada tem em vista diminuir a subjetividade que possa escapar ao meu controlo. Uma rigorosa metodologia, procura garantir a objetividade necessária ao tratamento dos factos sociais.

É importante explicitar a metodologia, decisão de estratégias que irão funcionar como suportes de pesquisa e que permitirão ao investigador atingir os objetivos propostos, *“a decisão das estratégias e das técnicas a utilizar deve, portanto, ser tomada o mais cedo possível”* (Gil, 2009:74).

Assim, defini a utilização de uma metodologia e algumas técnicas, nomeadamente:

Metodologia qualitativa: segundo Wiersman in Coutinho (2014:28), a metodologia qualitativa “descreve fenómenos por palavras em vez de números ou medidas”. A investigação de natureza qualitativa baseia-se no método indutivo “...porque o investigador pretende desvendar a intenção, o propósito da ação, estudando-a na sua própria posição significativa” (2014:28) assim o significado tem um valor enquanto inserido nesse contexto adotando postura de quem tenta compreender a situação sem impor expectativas prévias à situação estudada.

Se nos detivermos um pouco nas etapas da investigação social facilmente notaremos que o qualitativo e quantitativo podem coexistir em cada processo de investigação. Assim, numa primeira fase temos a preparação da investigação, onde sobressaem o

estabelecimento do objeto a estudar (especificação da problemática, investigação documental, teoria e sentido da investigação) e a *estruturação da investigação* (estrutura da prova, medida, amostragem, ética); segue-se a *formação da investigação* (observação direta, entrevista não dirigida, história da vida, grupo de discussão, análise de conteúdo, sondagem, dados secundários, simulação por computador); por fim, a *análise da informação* (tratamento dos dados, análise dos dados) que elaborei através da Análise de Conteúdo.

Seria muito difícil não encontrar lugar para as duas metodologias em cada uma dessas fases. Há potencialidades e limitações em ambas as abordagens, qualitativa e quantitativa, certamente. Se utilizados dentro dos limites das suas especificidades, na base da teoria da relatividade, ambas podem contribuir efetivamente para a procura de construção de teorias, formulação e teste de hipóteses, ou seja, melhor conhecimento da realidade, Minayo e Sanches (1993). Os cientistas sociais não retiram frequentemente a informação disponível nos seus resultados estatísticos perdendo assim oportunidades de apresentar quantidades que poderiam resultar em maiores esclarecimentos das suas questões de investigação, King, Tomz and Wittenberg (2000). Aliás segundo Bourdieu (1972), também na abordagem puramente qualitativa há investigadores que não passam além da “ilusão da transparência”, isto é, da repetição do que ouvem e veem no trabalho de campo.

A metodologia compreensiva gerou grandes discussões entre os cientistas de diversas áreas de conhecimento. Tantos economistas, psicólogos, historiadores como filósofos entraram no debate. “O litígio relacionava-se com o estatuto das ciências humanas (...) seria preciso reduzi-las, segundo a intenção dos positivistas, às ciências da natureza, ou, ao contrário, afirmar a sua autonomia” (Freund, 1980:32).

Surgem argumentos diversificados, uns defendiam a ideia de que todas as ciências têm que se submeter ao método experimental, pois a realidade é só uma, não podem existir diferentes categorias de ciências. Outros defendem a especificidade do objeto de estudo, a sociologia não pertence só ao reino da natureza, distingue-se das outras ciências, por tratar de assuntos relacionados com o reino do espírito ou da história. Assim, as ciências sociais abordam o estudo da realidade por diferentes caminhos, podendo ser usados métodos diversificados, consoante o objeto de estudo. E o facto de alguns reconhecerem que as ciências sociais têm um objeto de estudo e metodologia muito diferentes das ciências naturais, serve de argumentação contra a possibilidade de existir uma teoria social científica. Por esta razão gerou-se a discussão entre os estudos “qualitativos” e “quantitativos”. Aparentemente parecem opositores e uns parecem querer indicar que um método é melhor que o outro.

Mas a “investigação qualitativa não pode substituir-se unilateralmente à investigação quantitativa”. (Pacheco, 1995:20), nem são opositoras, são complementares uma da outra. Mas “...a discussão sobre a maior ou menor qualidade do método em relação ao outro, em abstrato, é frequentemente de pouca qualidade. Qualquer dos métodos (...) tem valor, resultando o maior ou menos interesse do mesmo, da especificidade do caso em estudo e do momento da investigação” (Pardal, Correia 1995: 17).

O método compreensivo é inovador pois considera o universo dos valores e das intenções dos indivíduos que é ignorado pelo método experimental que só observa factos, esta diferença metodológica revoluciona o tipo de estudo em sociologia. Este método apresenta algumas fragilidades e veio provocar uma discussão e diversidade de métodos sem precedentes na história da sociologia, de facto não existe uma teoria única que domine o mundo da sociologia. Segundo Pardal, Correia (1995) os debates teóricos na sociologia são constantes pois são várias as perspectivas. Aparentemente pode considerar-se a rivalidade de teorias como uma fraqueza, mas na realidade o confronto de ideias é expressão de vitalidade e crescimento da sociologia.

A diversidade de pensamento teórico providencia riqueza de ideias essenciais ao progresso das ciências sociais. Embora este método seja um marco de referência na sociologia, importa sublinhar a ideia de que não existem métodos melhores nem piores, o método deve servir a investigação, tem que se adequar ao objeto que se investiga. É durante o ato de investigação social que o cientista deve selecionar o método, ou métodos necessários a desenvolver o trabalho com o máximo de rigor possível e que melhor lhe permite interpretar a realidade social. O conhecimento em ciência social é um percurso de escolhas metodológicas permanentes que exige ser reinventado em cada trabalho (Pacheco, 1995: 31).

Utilizou-se nesta pesquisa uma abordagem compreensiva que tem a intenção de “articular as várias dimensões da vida social” ao observar sujeitos, os fatores e as emoções que os acompanham na interação social. Deste modo, seguindo uma abordagem qualitativa, contempla não uma representatividade estatística mas sim uma representatividade social (cf. Guerra, 2006:19).

Visto que se pretende recolher informação de informantes privilegiados, constituem-se como “universo de análise” um pequeno número de sujeitos, dadas as suas características específicas e a sua experiência face aos objetivos deste estudo. (cf. Guerra, 2006:21). Elegeram-se dois grupos de informantes privilegiados – as pessoas que são cuidadas (10 pessoas idosas) e os seus cuidadores (6 ajudantes de ação direta), sendo estas as pessoas que se disponibilizaram para participar.

Este estudo tem um caráter exploratório, visto que se pretende conhecer melhor o tema em estudo – os cuidados das pessoas com demência em contexto de Lar – de modo a encontrar melhores «hipóteses explicativas» para o fenómeno observado – os cuidados às pessoas idosas com demência (cf. Guerra, 2006:33).

Elegeram-se dois grupos de informantes privilegiados de modo a recolher informação sobre duas perspetivas – a pessoa que é cuidada (a pessoa idosa) e a pessoa que cuida (as auxiliares de ação direta). Estes sujeitos enquanto participantes neste estudo são descritos no capítulo IV.

2.Métodos e Técnicas

A minha pesquisa foi efetuada na instituição ASAS conforme expomos no capítulo II, tendo realizado entrevistas às AAD e questionários aos utentes.

A importância atribuída à dimensão subjetiva do conhecimento, exigir um recurso a técnicas que permitissem obter um conjunto de informações, assim, recorremos a diversos métodos e técnicas, nomeadamente, tendo em conta o nosso objeto de estudo escolhemos um universo de análise constituído por dois grupos de participantes: um grupo de AAD e um grupo de pessoas idosas, sendo estas as pessoas que vivenciam os cuidados, em contexto de lar.

2.1.Técnicas de Recolha de Dados

2.2.1.Pesquisa Documental

a) Pesquisa Documental: conforme Guerra, 2006 esta técnica é indispensável a qualquer trabalho de investigação. *“Toda a pesquisa é dependente da teoria”,* e, *“o papel da teoria é tornar visível o invisível”,* pois só através da teoria e dos elementos que se recolhem, podem criar bases para o desenvolvimento do conteúdo teórico e prático do trabalho de pesquisa a desenvolver. Através de uma base de trabalho documental só lida, se pode compreender a realidade em estudo. Na pesquisa documental, o investigador recolhe informações sobre o assunto, pelo que considera imprescindível.

E sobre este tema é fundamental a importância da técnica para a recolha de dados no desenvolvimento deste estudo. A grande maioria dos trabalhos de investigação recorre à informação documental, os quais são de grande importância devido à sua acessibilidade e disponibilidade.

Com a observação documental não existe um contacto direto entre o observador e a realidade social, existe sim um contacto imediato através dos documentos.

Muitas vezes, o investigador tem abundância de informação, o que por vezes torna difícil selecionar a informação adequada ao estudo. O suporte técnico deste trabalho foi os documentos sobre a Terceira Idade, as Políticas Sociais, Gestão, Acolhimento, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Demências, Cuidados Prestados.

No presente trabalho de investigação, a bibliografia foi consultada em revistas, manuais, estatísticas, boletins, revistas de intervenção, livros de vários autores onde

se poderá abordar a temática em análise, e que, ajudaram a aferir conhecimento, retirar ideias e articulá-las com o objetivo da minha investigação.

A leitura e análise de documentos são essenciais para conhecer o sistema de ação em estudo. Assim, os planos e relatórios de atividade, regulamentos internos, boletins informativos, atas e folhas de presença em reuniões são reveladores dos posicionamentos dos diversos atores face às dimensões em análise.

b) Pesquisa Bibliográfica: consiste na recolha de documentos, de livros, artigos, relatórios, revistas ou outras publicações que possam de alguma forma contribuir para o enriquecimento desta investigação.

A pesquisa bibliográfica ou de fontes secundárias reporta-se “ (...) a documentos escritos e pois dos acontecimentos terem ocorridos ou por alguém que testemunhou pessoalmente os factos descritos.” (Moreira, 1994:30)

Esta técnica permitira ao investigador aprofundar e fundamentar o seu conhecimento tanto ao nível da problemática como ao nível das orientações metodológicas.

Contudo nesta pesquisa foram realizadas muitas leituras sobre o tema. As dificuldades que encontrei foram algumas pois a demência está veiculada à doença de Alzheimer, o que não é de todo verdade até ser diagnosticada uma demência passa por algumas fases. Mas com a persistência da leitura encontrei fatos importantes para a relevância deste tema.

2.1.2. Observação Participante

De acordo com Guerra, 2006, a Observação Participante: é uma técnica de grande importância, visto ter que se observar a forma das condições de vida existentes, o que permitiu ao investigador a identificação e respetiva anotação dos aspetos pertinentes, no seio do contexto em estudo.

A observação direta é a que é realizada pelos sentidos sem a interferência de documentos ou protagonistas dos factos. Nesta observação direta, o investigador deve ser um bom observador da realidade em estudo. Segundo o tema em análise esta técnica é de grande importância pois durante muitos dias/meses foram observadas todas as atitudes das Pessoas Idosas e a sua sustentabilidade social, assim como, das Ajudantes de Ação Direta, cf. Guerra, 2006.

A observação direta foi efetuada na entrada de novos utentes e perceber se o acolhimento estava a ser o mais adequado.

2.1.3. Entrevista Semi – Diretiva

Entrevistas Semi-Diretivas: A entrevista pode ser definida como “um método de investigação científica que utiliza um processo de comunicação verbal para recolher informações por relação a uma determinada finalidade”. (Almeida, 1995)

Quanto ao grau de directividade optou-se por uma entrevista semi-diretiva, ou seja, o entrevistador sabe á partida quais os temas em que quer obter uma resposta por parte do inquirido, fixando apenas uma orientação para o início da entrevista.

Apos a execução das entrevistas será realizada uma avaliação dos dados apurador de forma a ser efetuada a devida análise de conteúdo.

As entrevistas semi-diretivas foram realizadas a 6 ajudantes de ação direta no período de Junho de 2015 na ASAS, decorrendo de uma forma muito cooperante, tranquila.

2.1.4. Questionários

De acordo com Guerra, 2006, os Questionários, que é por definição “um instrumento rigorosamente standardizado tanto no texto das questões, como na sua ordem. No sentido de garantir a comparabilidade das respostas de todos os indivíduos, é indispensável que cada questão seja colocada a cada pessoa da mesma forma, sem adaptações nem explicações suplementares resultantes da iniciativa do entrevistador.”²⁶

Foram realizadas a 10 utentes, escolhidos aleatoriamente num universo de 62 utentes, também decorreu no período de Junho de 2015, na instituição ASAS, decorreram bem. O guião foi organizado por perguntas fechadas e perguntas aberta, para que o utente conseguisse responder (cf. anexo)

2.2. Técnicas de Análise de Dados

2.2.1 Análise de Conteúdo

A etapa análise de dados consiste em encontrar um sentido para os dados recolhidos e em demonstrar como eles respondem ao problema de pesquisa que o investigador formulou progressivamente.

²⁶ Ghiglione e Matalon, 1997: 110

Conforme Deslaurieres (1992:140), “A teorização enraizada exerceu uma larga influencia, a abordagem qualitativa da análise seria realizada pela elaboração de uma teoria baseada num processo de indução e sobre a abertura de dados”.

O delineamento da pesquisa qualitativa não pode prever com precisão os resultados que a análise produzirá. A revisão bibliográfica leva o investigador a escolher uma fundamentação teórica. As leituras fornecem os conceitos que permite interpretar um dado opaco, o uso de “metáforas” é um dos procedimentos mais utilizados e que ajudam a realizar uma análise, bem como a construir o objeto de pesquisa.

Para analisar os dados recolhidos das entrevistas e dos questionários recorreremos a análise de conteúdos.

A análise de conteúdo 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/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2009: 44). Esta técnica propõe analisar o que é explícito no texto para obtenção de indicadores que permitam fazer inferências. Para o tipo de entrevista em apreço é indicada a modalidade de análise qualitativa (procura-se analisar a presença ou a ausência de uma ou de várias características do texto).

A análise de conteúdo das entrevistas semi-diretivas aplicados às ajudantes de ação direta e os questionários pessoas idosas ira se efetuar o tratamento/apreciação através da analise de conteúdo que permite assim (...) a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de complexidade e profundidade”. (Quivy e Campenhoudt, 1998:227)

Assim, pudemos entrevistar 10 pessoas idosas e igualmente 6 colaboradores, seguindo um guião semiestruturado e um questionário. Após respondido estes foram transcritos integralmente e foi feito o cruzamento do conteúdo dos significados encontrados com o quadro teórico, como realmente efetuámos.

O objetivo de pesquisa é um fenómeno social, do qual quero procurar aprofundar a analise teórica, nomeadamente o Envelhecimento, a Demência – doença mental e os diretos das pessoas idosas com demência, a prestação de cuidados e a ajudantes de ação direta. Foi definido a partir de preocupações tanto teórica como praticas, mas o importante é que o objeto reflita um processo, que ele seja abordado sob o angulo da evolução de um fenómeno. Por outro lado, o objetivo de pesquisa pode ser, de inicio, definido de modo mais ou menos amplo, e uma vez que os procedimentos analíticos estejam primordialmente orientados para a elaboração de conceitos que permita esclarecer o fenómeno pesquisado.

A seleção e a descrição do local ou do grupo pesquisado, esta é determinada pelo problema de pesquisa, a instituição ASAS – Associação Para Serviços de Apoio Social, em Lisboa foi a escolha pretendida, por ser o meu local de exercício profissional e alego que é um lugar que possibilita observar algumas situações, bem como delimitar no espaço a pesquisa.

A pesquisa realizada baseia-se principalmente em dados de campo – observações, entrevistas e questionários – recorrendo também a dados quantitativos, documentos de toda a espécie, literatura, resumindo tudo aquilo a que um investigador pode recorrer para melhor compreender.

A elaboração das categorias conceituais, aqui o importante é a construção teórica, o conceito constitui a unidade de base da análise. Os conceitos pertencentes a um mesmo universo são reunidos numa categoria conceitual, sendo analítica deve permanecer sensível á realidade da pesquisa, ou seja, fundamentar a teoria em fatos. As observações participantes se aprimoram á medida que existem comparações sucessivas entre os conceitos do quadro teórico (antes apresentado) e os conceitos que surgem da recolha (então efetuada).

De acordo com Chizzotti (2006), a codificação por temas é aberta e exaustiva, no sentido de que todos os incidentes, todas as unidades de sentido devem ser codificadas. Á medida que a teoria avança e que a teoria se especifica, a codificação torna-se cada vez mais seletiva e coerente. A codificação de dados é teoricamente integrada e é acompanhada de uma reflexão teórica. A codificação é aberta e tem como objetivo fazer emergir dos dados com os conceitos e categorias.

Em relação à escolha do procedimento de análise de dados: A descodificação de um documento pode utilizar-se de diferentes procedimentos para alcançar o significado profundo das comunicações nele descritas. A escolha do procedimento mais adequado depende do material a ser analisado, dos objetivos da pesquisa e da posição ideológica e social do analisador (Chizzotti, 2006, p. 98).

Nesse sentido, quando a análise de conteúdo é escolhida como procedimento de análise mais adequado, como em qualquer técnica de análise de dados, os dados em si constituem apenas dados brutos, que só terão sentido ao serem trabalhados de acordo com uma técnica de análise apropriada.

Quanto à transcrição das entrevistas, as entrevistas aplicadas às AAD foram transcritas e os questionários aos utentes analisados. O momento da transcrição representa mais uma experiência para o pesquisador e se constitui em uma pré-

análise do material, agregando os temas segundo os seus significados, para encontrar similitudes ou singularidades.

Dessa forma, principalmente nas entrevistas semiestruturada que são as entrevistas passíveis de serem transcritas, é conveniente que essa atividade seja realizada pelo próprio pesquisador, como de facto foi feito.

Já para as entrevistas dos tipos semiestruturada e não-estruturada, diferentes são os papéis do pesquisador ao entrevistar e ao transcrever. No momento da entrevista, no processo de coleta de dados, o pesquisador necessita focalizar sua atenção no processo de interação, realizada por meio de perguntas, por meio da interação verbal e interação social, o que se realizou quando da aplicação dos questionários às pessoas idosas utentes.

No momento da transcrição, essa meta, em manter a interação, já não está mais presente. A transcrição pode ser entendida como uma das várias fases da entrevista. Na primeira fase, extensamente discutida, um roteiro foi elaborado. A segunda fase é a entrevista propriamente dita, ou seja, o processo de coleta de dados. A terceira fase é o processo de transcrição. Teoricamente, o que o pesquisador deveria fazer em todas essas fases seria ir à busca do seu objetivo de pesquisa.

Os procedimentos de pesquisa, no que se refere à recolha e análise de dados podem ser consultados nos anexos e apêndices deste trabalho.

Foram explicados a cada participante individualmente os objetivos deste estudo e as pessoas tiveram a liberdade de escolher se queriam ou não participar no preenchimento da entrevista.

Foi elaborado depois da hora de trabalho em dia agendado e combinado, porque tinha de conciliar o horário de trabalho das AAD e o meu.

Foram salvaguardadas as questões do sigilo e confidencialidade sendo realizados num lugar que ninguém estava próximo, nem a ouvir.

Foram realizadas as transcrições integrais de cada uma das entrevistas (em anexo) e os corpos é constituído por 6 entrevistas e 10 questionários.

Das entrevistas transcritas foi feita uma análise de conteúdo de codificação temática e aberta, os sentidos e significados encontrados emergem das narrativas e das falas dos sujeitos participantes.

A grelha de análise das entrevistas resulta do cruzamento dos conceitos do quadro teórico com os significados e sentidos atribuídos pelos participantes à sua experiencia.

Para a realização dos questionários, também foram explicados a cada participante individualmente os objetivos deste estudo e as pessoas tiveram a liberdade de escolher se queriam ou não participar no seu preenchimento.

Foi elaborado depois da hora de trabalho em dia agendado e combinado, foram também salvaguardadas as questões de sigilo e confidencialidade sendo realizados num lugar privilegiado, o meu gabinete, por ser um lugar em que ninguém iria ouvir.

Foi feita uma abordagem mista, tanto qualitativa como quantitativa.

A grelha de análise resulta de conceitos do quadro teórico com os significados e sentidos atribuídos pelos participantes à sua experiência, como cuidadores ou como pessoas cuidadas. (cf. anexo)

As dificuldades sentidas foi nomeadamente o não conseguir controlar o tempo no preenchimento dos questionários, as pessoas idosas tem muita necessidade de falar e ouve a maior parte das vezes conversas desviadas.

III - CAMPO EMPIRICO DE OBSERVAÇÃO

Tal como ficou exposto na Introdução, o Campo Empírico de Observação é a estrutura residencial onde exercemos a função de Assistente Social como Diretora Técnica por este ser o nosso interesse de investigação e o “caso” que desejamos estudar e conhecer melhor.

1.Lar/ERPI

O Lar para Pessoas Idosas é um estabelecimento que desenvolve atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes.

Foi publicada a Portaria n.º 67/2012, de 21 de março que define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas, onde se incluem os denominados lares de Pessoas Idosas.

De acordo com a Segurança Social a ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS é uma resposta social que consiste no alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem

A tendência atual é encarar o Lar/ERPI como o ultimo recurso a utilizar na saída para o idoso.

Os Lares de Pessoas Idosas são financiados em grande parte por subsídios estatais ou pelos seus utentes particulares. Neste aspeto, podemos encontrar públicos, privados com fins sociais e lucrativos.

Neste caso os Lares procuram habitualmente responder às necessidades que o próprio ou a família, já não consegue satisfazer. Essas necessidades podem ser do tipo alongamento, alimentação, cuidados de saúde, companhia, segurança, substituição da família, ocupação ou atividades. A qualidade dos serviços, não está apenas na execução dos processos necessários à satisfação das necessidades, mas também na correta identificação das mesmas necessidades e no sistema de controlo que permita corrigir automaticamente os eventuais desvios face aos objetivos iniciais.

A forma como a instituição gere esta teia de procedimentos e ao mesmo tempo considera a opinião e participação de todos os que ali coabitam e trabalham, traduz o grau de participação na gestão.

A organização das atividades de um Lar/ERPI é fortemente condicionada pela legislação vigente à qual terá de obedecer.

Quando o idoso se encontra institucionalizado é porque normalmente, já se encontra numa fase de desenvolvimento em que tem pouco controlo sobre o seu corpo, ou sobre, o ambiente constringente, cedendo parte desse controlo a quem por ele tome as medidas de ações que o mesmo entende serem mais eficientes do que as suas. É assim que a institucionalização acontece na sequência da incapacidade funcional, combinada com a insuficiência de apoios sociais que suprimam essa mesma incapacidade.

A resposta institucional Lar/ERPI é uma das respostas mais antiga para as pessoas idosas, são estabelecimentos onde se desenvolvem atividades de apoio social através de alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas em situação de maior risco de perda de autonomia.

Uma resposta para pessoas idosas com demência, a sua gestão deve ser flexível e criativa; o pessoal deve ter um maior número, formado e treinado; o espaço deve ser amplo, seguro/securizante e adequado às necessidades (evolução da doença); os utentes, o adequado seria um número reduzido em cada valência, o certo é que na realidade não é bem assim.

De acordo com a Associação de Alzheimer Portugal, as respostas institucionais devem:

- Assegurar a segurança física e promover um ambiente securizante;
- Dar suporte às capacidades funcionais;
- Proporcionar acompanhamento durante os momentos de desorientação espaço/temporal;
- Estimular as capacidades cognitivas;
- Estabelecer ligações com a família e com o seu passado saudável;
- Adequar expetativas e reforçar os comportamentos apropriados;

- Reduzir a agitação;
- Facilitar a privacidade; facilitar as interações sociais;
- Estimular o interesse e a curiosidade;
- Dar suporte à autonomia, independência e controlo;
- Facilitar o envolvimento da família;
- Casas de banho identificadas e acessíveis;
- Zonas privadas que promovam a interação familiar;
- Possibilidade de conforto e afeto;
- Ser seguro e securizante;
- Proporcionar espaços interiores e exteriores seguros para a deambulação;
- Dispor o mobiliário de forma a promover a interação social;
- Planejar a iluminação;
- Planejar áreas de privacidade para os residentes;
- Ser desenhado para indivíduos com demência;
- Estimular a orientação espacial através de: padrões, cores e pistas.

De acordo com o Manual de Boas Práticas da Segurança Social (2010) e mediante progressivo envelhecimento demográfico que vem correspondendo a uma longevidade crescente, que traduz uma conquista importante da humanidade. Que ocorre principalmente e significativamente nas sociedades mais desenvolvidas, que provem do progresso sócio-económico e do avanço da ciência e da técnica vêm criando condições de vida favoráveis ao aumento da esperança média de vida.

Devido, à maior longevidade alcançada nem sempre corresponde um nível de bem-estar e um grau de autonomia que possibilite aos mais velhos a satisfação das necessidades fundamentais, sem apoio significativo.

As pessoas idosas, quando se encontram em situações que reclamam apoio, necessitam de respostas de qualidade. Estas respostas devem ser desenvolvidas na perspetiva do reconhecimento do direito das pessoas idosas à plena cidadania, à igualdade de oportunidades, à participação no processo de desenvolvimento

económico, social e cultural. Implicam o acesso aos cuidados necessários, ao bem-estar e à qualidade de vida.

A nova perspetiva de dinamização das respostas para as pessoas mais velhas tem vindo a adquirir particular relevo, nomeadamente a partir dos anos 90. A Organização Mundial de Saúde lançou a proposta do envelhecimento ativo, entendido como um processo que se inicia cedo e acompanha as pessoas ao longo da vida, compreendendo essencialmente a otimização das condições de saúde, participação e segurança. É de implementar a ideia do envelhecimento ativo e saudável, como fator da possibilidade de a pessoa idosa permanecer autónoma e capaz de se bastar a si própria, no seu meio natural de vida, ainda que com recurso a pequenas ajudas.

A realidade mostra, porém, que há um número considerável de pessoas idosas em condições de acentuada dependência, que não encontram resposta capaz nesse meio, por inexistência ou insuficiência de meios económicos e apoios, nomeadamente familiares. Torna-se, por isso, frequente a necessidade do recurso a respostas sociais, em que se inclui o alojamento em estrutura residencial, a título temporário ou permanente.

Segundo o Instituto da Segurança Social as Respostas Sociais para pessoas idosas são o Centro de Dia, o Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Convívio, Centro de Noite, Acolhimento Familiar, Centro de Férias e Lazer, Estruturas Residenciais.

1.1.ASAS

A ASAS - ASSOCIAÇÃO PARA SERVIÇOS DE APOIO SOCIAL, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sediada no Centro da Cidade de Lisboa, que se rege por Estatutos, reformados em conformidade com o Decreto-lei, nº 199/83 de 25/02. Registada na Direcção Geral da Segurança Social em 17/03/87 sob o n.º 83/87 no livro 03 das Associações de Solidariedade Social, com a atividade de Assistência à Terceira Idade em Lar, Centro de Dia, e Apoio Domiciliário.

“A Associação de Serviços de Apoio Social tem como objetivos contribuir para a promoção e bem-estar das comunidades, atuando por si ou em cooperação com os serviços públicos competentes e outras Instituições, num espírito de inter ajuda, solidariedade e cooperação”. (R.I., 2011:1)

O Lar/ERPI, “na sua atuação, tem como principais objetivos: Cooperar com as famílias e a comunidade, na vivência dos utentes; Oferecer aos utentes, um espaço de vida socialmente organizada e adaptada às suas idades, para que possam viver de acordo com a sua personalidade e a sua relação social, proporcionando-lhes bem-estar e conforto; Prestar aos utentes, os cuidados de que carecem”. (R.I., 2011:1)

A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas “assegura a prestação dos seguintes cuidados: Alojamento, alimentação e higiene pessoal; Tratamento da roupa pessoal e camas; Vigilância 24 horas por dia, durante a sua permanência no Lar; Acompanhamento médico e de enfermagem; Animação e recreação; A instituição assegura a aquisição de fraldas e outros produtos específicos, como medicamentos entre outros, mas constituem encargos da responsabilidade dos utentes ou seus familiares”. (R.I., 2011:1)

De acordo com os Manuais de Processo – Chave do Instituto da Segurança Social (2010) o Lar ou Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) “Constitui uma resposta social desenvolvida em alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para Pessoas Idosas em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia.” (2010:2)

Estas instituições têm como objetivos o acolhimento de pessoas idosas cujos problemas de saúde e/ou sociais, devido à sua complexidade, não encontram respostas adequadas noutro género de instituições; responder de forma conveniente às necessidades manifestadas pelos utentes; disponibilizar serviços que permitam que o processo de envelhecimento decorra o melhor possível; articular da melhor forma possível as relações entre o utente e a sua família. Existem alguns requisitos patentes neste tipo de instituição para admissão dos Pessoas Idosas como seja ter idade igual ou superior a 65 anos (só salvo algumas exceções é possível a admissão de pessoas com idade inferior), e uma situação de saúde, económica, social, familiar de tal modo grave que seja impossível a sua permanência no próprio domicílio.

Alguns dos serviços que os utentes podem usufruir neste género de instituições são entre outros, refeições, cuidados de higiene pessoal, tratamento de roupas, atividades ocupacionais e recreativas, apoio médico e de enfermagem, administração de medicamentos, entre outras.

O funcionamento do lar deve assegurar uma qualidade de vida aos seus residentes, que embora sujeita ao coletivo não descure o individual.

Assim, o funcionamento do lar deve garantir aos residentes, nomeadamente:

- A possibilidade de utilizarem alguns dos seus móveis e/ou objetos de estimação;
- A prestação de todos os cuidados adequados à satisfação das suas necessidades, Tendo em vista a manutenção da autonomia e independência;
- Um ambiente confortável e humanizado, respeitando, na medida do possível, os seus usos e costumes;
- O conhecimento das ementas, previamente estabelecidas e afixadas em local próprio, com boa visibilidade;

- A promoção de atividades de animação sociocultural, recreativa e ocupacional que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;
- A informação sobre todas as atividades organizadas pelo lar e respectiva calendarização, que será afixada em local próprio.

De acordo com o Manual da Qualidade para Estruturas Residenciais (2010: 48) para pessoas idosas, as instruções devem apresentar um programa de acolhimento, que é implementado durante o período de adaptação do utente.

Assim, o processo de integração do utente é fundamental para o êxito da prestação do serviço que a instituição apresenta. Deve-se dar especial atenção às questões relacionais/interpessoais com vista a estabelecer e mesmo manter os laços de relação e proximidade, para de uma certa forma ser mais fácil este processo.

Normalmente num primeiro contacto quem está presente é sempre a Directora Técnica e um membro do sector da saúde (ajudante de ação direta) responsável pelo novo utente, para integrar, apresentar a instituição, ou seja, o espaço, os utentes, informar das atividades.

Referentes à qualidade dos cuidados prestados, cada utente têm de ser tratado com bastante respeito pelos seus direitos e deveres, pela sua própria identidade, hábitos, modos de vida, autonomia, dignidade, privacidade e confidencialidade.

O tipo de relações que se estabelece com o utente é que define a qualidade dos serviços prestados, sempre com uma atitude de promoção e desenvolvimento da sua autonomia.

A Instituição apresenta os seguintes direitos e deveres dos utentes:

- “Os dirigentes e funcionários serem tratados com respeito e dignidade;
- Fazer cumprir com o que foi acordado no ato da admissão, de forma a respeitar e dar continuidade ao bom funcionamento deste serviço;
- Receber atempadamente a mensalidade acordada;
- Ver respeitado o seu património;
- Proceder à averiguação dos elementos necessários à comprovação da veracidade das declarações prestadas pelo utente e/ou familiares no ato da admissão;
- À Instituição é reservado o direito de suspender este serviço, sempre que os utentes, grave ou reiteradamente, violem as regras constantes do presente regulamento, de forma muito particular, quando ponham em causa ou prejudiquem a boa organização

dos serviços, as condições e o ambiente necessário à eficaz prestação dos mesmos, ou ainda, o seu relacionamento com terceiros e a imagem da própria Instituição.

São deveres do Lar ASAS (cf. Regulamento Interno, 2011):

- Garantir a qualidade e o bom funcionamento dos serviços, bem como, o conforto necessário ao bem-estar do utente;
- Proporcionar o acompanhamento adequado a cada utente;
- Assegurar a existência de Recursos Humanos necessários para este serviço;
- Proceder à admissão dos utentes de acordo com os critérios definidos neste regulamento;
- A inviolabilidade da correspondência e do domicílio, não sendo, neste caso, permitido fazer alterações, nem eliminar bens ou outros objetos sem a sua previa autorização e/ou da respectiva família;
- Assegurar o normal funcionamento do serviço de Lar de Utentes”.(R.I., 2011:12)

O Quadro de Pessoal/Recursos Humanos da ASAS é dirigida pela Direcção, que delega funções na Directora Técnica. Todos os funcionários possuem formação profissional adequada. Estão ao serviço no Lar:

Quadro n.º 3 - Quadro de Pessoal/Recursos Humanos da ASAS

Quadro de Pessoal/Recursos Humanos da ASAS	
Diretora Técnica/Assistente Social	1
Chefes de Departamento	1Chefe dos Serviços Administrativos 1Chefe do Sector da Saúde 1 Chefe dos Setores dos Serviços Gerais 1 Chefe Da Psicologia/Terapia Ocupacional
Escrituraria Principal	1
Sector da Saúde	14 AAD
Sector da Cozinha	3Cozinheiras 3Ajudantes de Cozinha
Sector da Copa	5 Trabalhadoras Ajudantes
Sector da Recepção	3 Rececionistas
Sector Dos Pisos e Lavandaria	1Lavadeira 2 Ajudantes de Lavandaria 3Auxiliares de Limpeza 1Costureira
Sector da Manutenção/Motorista	1
Sector da Medica e Enfermagem	1 Médica 5 Enfermeiros

Fonte: Construção Própria conforme Regulamento Interno da ASAS, 2011.

O horário de funcionamento da ERPI/ASAS é de 24h por dia, todos os dias do ano. O horário de expediente da Secretaria é o seguinte: dias úteis de 2ª a 6ª: Das 9.30H às 13.00 H e das 14.30H às 17.00H; sábados, domingos e feriados estão encerrados. Os horários das refeições são: Pequeno – almoço: 09.00H; Almoço: 12.30 H; Lanche: 16.00 H; Jantar: 19.00 H. Horários das visitas: 14.00H às 19.00H. (R.I., 2011:6).

1.2.Direção Técnica

À Diretora Técnica/Assistente Social cabe a responsabilidade de dirigir o serviço, sendo responsável pela direção e pelo funcionamento geral da ASAS. São funções da Diretora, segundo o Contrato Coletivo de Trabalho e o Regulamento Interno da ASAS (2011). O quadro seguinte sintetiza as funções da direção técnica.

Quadro n.º4 - Funções da Diretora Técnica

Dimensões	Tarefas
Gestão de Pessoal	•Propor a admissão de pessoal, sempre que o bom funcionamento do serviço o exija; •Propor a contratação eventual de pessoal, na situação de faltas prolongadas de pessoal efetivo ou em gozo do período de férias; •Elaborar o mapa de férias e folgas do pessoal. •Elaborar os horários de trabalho do pessoal; •Auscultar o pessoal no que respeita à sua formação e propor ações de acordo com as necessidades e interesses manifestados
Gestão Administrativa	•Dirigir o funcionamento do estabelecimento dentro das regras definidas pela Direção da Instituição, coordenando e supervisionando as atividades do restante pessoal; •Dirigir o serviço, assumindo a responsabilidade pela programação, execução e avaliação das atividades; •Dirigir o funcionamento de todos os serviços, coordenando as atividades do pessoal; •Dirigir a Instituição, responsabilizando-se perante a Direção, pela disciplina, funcionamento e eficiência dos serviços e pelo cumprimento de normas e instruções determinadas superiormente; •Apresentar à Direção orçamento e plano de atividades; •Informar a Direção de todo o funcionamento da Instituição através de reuniões periódicas; •Propor à Direção a aquisição de equipamentos necessários ao funcionamento do estabelecimento, bem como a realização de obras de conservação e reparação sempre que se tornem indispensáveis; •Elaboração dos regulamentos internos das valências de Lar, Centro de Dia e Apoio Domiciliário; •Elaboração do plano de atividades; •Dirigir o funcionamento da Instituição; •Ler todos os dias os relatórios; •Fazer as rondas diárias; •Assistir e participar em reuniões da Direção; •Prestar informação sobre o pessoal ou quando solicitado pela Direção;

	• Promover reuniões com pessoal e utentes; • Manter atualizada a Lista de Espera; • Organizar e manter atualizados os registos e fichas dos utentes; • Autorizar as saídas dos utentes quando estas não se ajustem aos critérios estabelecidos, verificando-se o mesmo em relação às visitas aos utentes; • Propor à Direção as admissões de utentes, depois de estudados os casos pendentes, atendendo aos critérios estabelecidos pela Instituição (RI);
Acolhimento social, cuidados e suporte emocional aos utentes	• Estudar a situação socioeconómica e familiar dos candidatos à admissão; • Fazer a admissão dos Utentes no Lar, Centro de Dia e Apoio Domiciliário – Entrevistas; estudar a situação económica; • Estudar os processos de admissão e acompanhar as situações individuais; • Informar e esclarecer os utentes sobre o Regulamento Interno; • Elaborar, executar e garantir o estatuto da situação do utente e a elaboração do respectivo plano de cuidados; • Estudar e propor a comparticipação do utente de acordo com os critérios definidos; • Organizar e manter atualizado o processo individual de cada utente; • Estabelecer com os utentes um projeto de vida de modo a garantir um envelhecimento ativo e saudável; • Fomentar a participação dos Pessoas Idosas na vida diária do Lar; • Criar condições que garantam um clima de bem-estar aos utentes, no respeito pela sua privacidade, autonomia e participação dentro dos limites das suas capacidades físicas e cognitivas; • Proceder ao acolhimento dos utentes com vista a facilitar a sua integração; • Fomentar e reforçar as relações entre os utentes, os familiares, os amigos e a comunidade em geral; • Tomar conhecimento da saída dos utentes; • Visitas domiciliárias; • Articular com as famílias dos utentes por forma a proporcionar bem-estar e qualidade de vida aos utentes; • Estabelecer quem é o tutor em representação legal do utente
Relações Humanas	• Supervisionar todas as atividades relativas ao bom funcionamento desta resposta social. • Providenciar para que a alimentação seja confeccionada e servida nas melhores condições, elaborando semanalmente as ementas em articulação com a ecónoma, com o sector da cozinha procedendo à sua fixação nos termos da legislação em vigor; • Promover reuniões de trabalho com os utentes dispensando especial atenção à questão do relacionamento (interpessoal) prevenindo a conflitualidade e reforçando a autoestima de todos os intervenientes na vida da Instituição; • Promover reuniões de trabalho com o pessoal, dispensando especial atenção à questão do relacionamento (interpessoal) prevenindo a conflitualidade e reforçando a autoestima de todos os intervenientes na vida da Instituição; • Promover a vigilância e saúde e o tratamento da doença. • Zelar pelo conforto dos utentes e restante pessoal; • Promover a integração dos utentes na Instituição e no meio a abrir este à comunidade;
Quadro Legal	• Cumprir as orientações da Segurança Social, no que diz respeito ao funcionamento das IPSS;

	• Cumprir e fazer cumprir o Regulamento da ASAS;
--	--

Fonte: Construção Própria conforme Regulamento Interno (2011) e Contrato Coletivo de Trabalho

1.3.Ajudantes de Ação Direta (AAD)

Segundo o Manual de Boas Práticas da Segurança Social (2010), os recursos humanos constituem um elemento fundamental para o sucesso ou insucesso de qualquer instituição. Por razões que se prendem com a natureza do serviço prestado pela estrutura residencial, atrevemo-nos a considerá-los absolutamente decisivos para o cumprimento da missão deste tipo de instituições.

Independentemente da estrutura residencial estar inserida numa organização lucrativa ou não, o trabalho desenvolvido ultrapassa claramente a mera obtenção do lucro ou a simples prestação de um serviço, na medida em que implica afeto, respeito e empenho no bem estar do outro.

A qualidade dos cuidados prestados estão intimamente ligados à qualidade humana daqueles que os prestam. Assim, para além das capacidades técnicas e académicas, devem ser igualmente valorizadas e atendidas características pessoais como a sensibilidade, afetividade, idoneidade, abertura e disponibilidade para interagir com o outro.

Deste modo, todo o processo de seleção dos colaboradores deverá ser orientado para o objetivo de escolher aqueles que, pela sua capacidade técnica e qualidade humana, assegurem o respeito pelos direitos dos residentes e o seu bem estar.

A prestação direta de cuidados a pessoas mais velhas é um trabalho particularmente exigente. Aos colaboradores deve ser proporcionada formação específica, envolvendo, para além da formação de base, os aspetos éticos e as vertentes técnica e de relacionamento humano.

Deve constituir orientação fundamental fomentar, aos vários níveis, uma cultura de formação entendida como um dever e um direito.

De acordo com os Manuais da Segurança Social (2010), as ajudantes de ação direta trabalham diretamente com os utentes, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar, pelo que executa a totalidade ou parte das tarefas, de cuidado e conforto.

As AAD têm de estar preparadas para prestar a assistência necessária com maturidade, dignidade, respeito pela privacidade e individualidade das pessoas que vivem na ERPI.

A prestação das Ajudantes na Estrutura Residencial para pessoas idosas é (cf. Leite, 2006):

- Providenciar uma vigilância adequada; promover a autonomia e a independência; promover um ambiente seguro na ERPI e no exterior; adaptar o ambiente de modo a prevenir acidentes; assegurar um ambiente confortável e um sono adequado; promover a participação/envolvimento familiar; Promover a comunicação e a socialização; promover a manutenção ou a estimulação pelo interesse no desenvolvimento de um projeto, história de vida religião, entre outros; Estimular a manutenção de uma ocupação/atividade; Supervisionar/incentivar as atividades físicas; Supervisionar/incentivar as atividades de lazer e sociais; Supervisionar, Ajudar ou Substituir ao nível das atividades de vida diária; autocuidado (higiene corporal, mobilidade, segurança, alimentação, etc...); utilizar o telefone; etc...Prestar outros cuidados de acordo com cada contexto específico e segundo orientações profissionais de saúde que assistam a pessoa idosa com demência.

O papel dos que prestam cuidados pessoais é vital para o bem-estar das pessoas idosas com demência. Atualmente as funções das Ajudantes de Ação Direta englobam cada vez mais, não só a ajuda física mas também a responsabilidade de estar disponível para ouvir os seus problemas individuais, ajudá-los a tornarem-se capazes de adquirir um maior controlo sobre as suas vidas e encorajá-los a realizar alguns desejos.

Existem vários modelos de gestão de lares de Pessoas Idosas, em que o idoso participa ativamente na gestão do Lar. Esta participação vai desde a simples escolha de participar na lavandaria, na seleção das atividades lúdicas, no participar ativamente na elaboração de produtos (cachecóis, mantas, gorros, porta-chaves, registos) para a venda de natal que se realiza durante o mês de dezembro, no talhar da castanha para o dia de são martinho; na preocupação de ter no domingo que existe missa o altar organizado; na elaboração de bolos no dia da culinária para o lanche dos utentes. Para todas estas atividades torna-se imprescindível o apoio prestado pelas AAD, como cuidadoras e prestadoras de cuidados, sendo as colaboradoras que mais tempo estão com os utentes e quem mais se relaciona com estes.

A ASAS tem na sua totalidade 13 Ajudantes de Ação Direta, todas do sexo feminino.

Segundo o Contrato Coletivo de Trabalho e o Regulamento Interno da ASAS (2011) as funções das Ajudantes de Ação Direta compreendem tarefas agrupadas em diferentes

domínios: procedimentos administrativos, relações humanas, prestação de cuidados e conforto, relação em equipa.

Para construir o universo de análise seleccionaram-se sujeitos de diferentes idades e com diferentes tempos de serviço, conforme requisito das metodologias qualitativas (cf. Guerra, 2006:40).

Quadro n.º5 – Competências das ajudantes de ação direta

Dimensões	Tarefas
Procedimentos Administrativos	• Requisita, recebe, controla e distribui os artigos de higiene e conforto; • Reporta à instituição ocorrências relevantes no âmbito das funções exercidas. • Alertar a diretora técnica com a devida antecedência para anomalias que surjam ou falta de material; • Zelar pela disciplina na Instituição na ausência da diretora técnica
Relações Humanas	• Proceder ao acompanhamento noturno dos utentes, dentro e fora dos serviços; • Receber os utentes e fazer a sua integração no período inicial de utilização dos equipamentos ou serviços; • Participar e colaborar na ocupação dos utentes; • Contactar sempre que necessário os familiares dos utentes;
Prestação de cuidados e conforto	• Proceder ao acompanhamento diurno e ou noturno dos utentes, dentro e fora dos estabelecimentos e serviços, guiando-os, auxiliando-os, estimulando-os através da conversação, detetando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres • Prestar cuidados de higiene e conforto aos utentes; • Distribuir e colaborar nas tarefas de alimentação dos utentes; • Acompanhar os utentes a consultas externas ou outras justificáveis; • Administrar medicação em SOS autorizada pelo Médico; • Permanecer na sala de estar e corredores para qualquer necessidade que exista da parte do utente • Manter a segurança e higiene nos locais de trabalho; • Recolher e cuidar dos utensílios e equipamentos utilizados nas refeições;
Relação em equipa	• Participar nas reuniões mensais de equipa. • Apoiar e colaborar com as colegas de trabalho sempre que necessário • Substituir as colegas na sua ausência por motivos justificados

Fonte: Construção Própria conforme Regulamento Interno (2011) e Contrato Coletivo de trabalho

2. Caracterização das AAD

De acordo com os Manuais da Segurança Social (2010), as ajudantes de ação direta trabalham diretamente com os utentes, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar, pelo que executa a totalidade ou parte das tarefas, de cuidado e conforto.

A ASAS tem na sua totalidade 13 Ajudantes de Ação Direta, todas do sexo feminino.

Passamos a caraterizar o grupo em relação a idade, habilitações literárias e anos de serviço

2.1. Idade

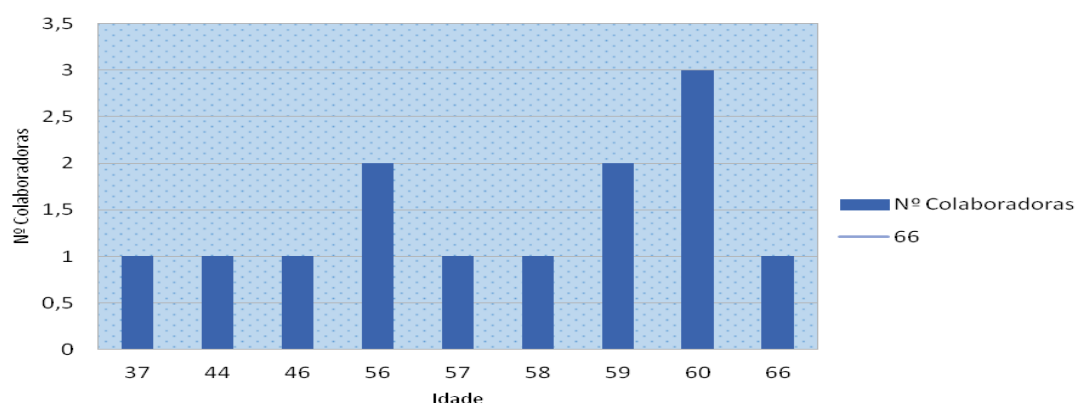


Gráfico 1 – Caraterização das AAD em relação á Idade

Num total de 13 colaboradoras no Setor da Saúde, existe 1 colaboradora com 37 anos, 1 colaboradora com 44 anos, 1 colaboradora com 46 anos, 2 colaboradoras com 56 anos, 1 colaboradora com 57 anos, 1 colaboradora com 58 anos, 2 colaboradoras com 59 anos, 3 colaboradoras com 60 anos e 1 colaboradora com 66 anos. Existe na ASAS 3 colaboradoras com idade igual a 60 anos, seguindo de 2 com 59 anos e 2 com 56 anos. Agregar por classes de idades, apenas uma das colaboradores tem menos de 40 anos, entre os 40-50 anos situam-se 2 colaboradores, entre os 50-60 9 com mais de 60 anos 1. A média de idades é de 55 anos.

2.2.Habilitações Literárias

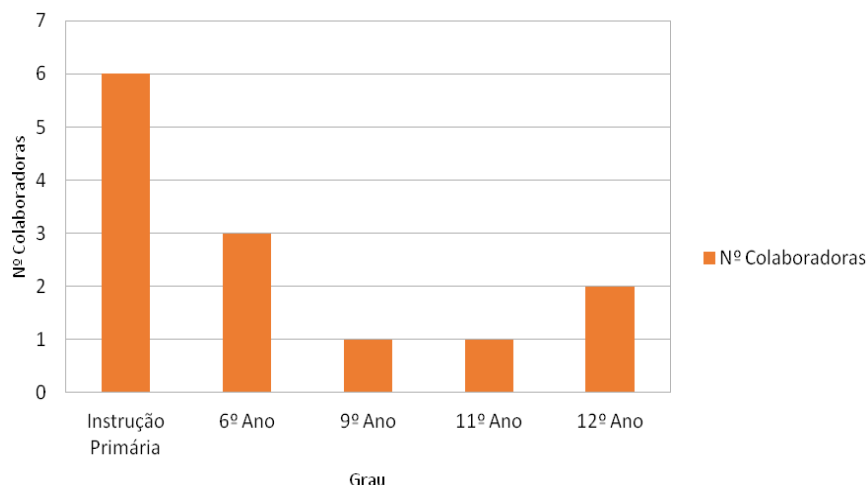


Gráfico 2 – Caracterização das AAD em relação às Habilitações Literárias

Num total de 13 colaboradoras do Setor da Saúde, 6 colaboradoras tem o ensino básico 1º ciclo; 3 colaboradoras com o 6º ano, 1 colaboradora com o 9º ano, 1 colaboradora com o 11º ano e 2 colaboradoras com o 12º ano. Embora a incidência maior nas habilitações literárias seja a Instrução Primária (6 elementos) a maioria tem habilitações ao nível do ensino secundário ou complementar (7 elementos).

2.3.Anos de Serviço

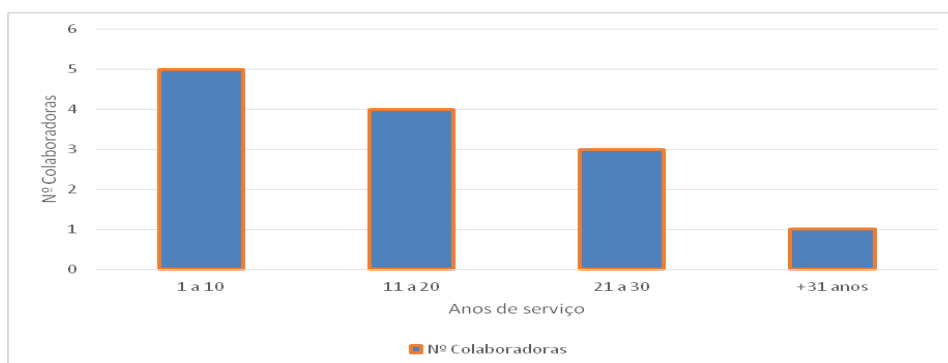


Gráfico 3 – Caracterização das AAD em relação aos Anos de Serviço

Num total de 13 colaboradoras do setor da saúde, 5 colaboradoras apresentam 1-10 anos de serviço, 4 colaboradoras com 11-20 anos de serviço, 3 colaboradoras com 21-30 anos de serviço e 1 colaboradora com mais de 31 anos de serviço.

Existem 8 colaboradoras que estão a trabalhar há mais de 10 anos. A maioria tem uma longa permanência na instituição e analisa-se que as colaboradoras nesta instituição só saem com a idade de reforma.

3. Caracterização dos Utentes – pessoas idosas residentes

A ASAS tem capacidade para 63 utentes estando a valência de Lar sempre preenchida, mas á data deste estudo (Junho de 2015) apenas tinha 62 utentes.

Passamos a caraterizar a população residente segundo a idade, o género, o tempo de institucionalização, a estrutura familiar, a situação de saúde/doença.

3.1. Idade

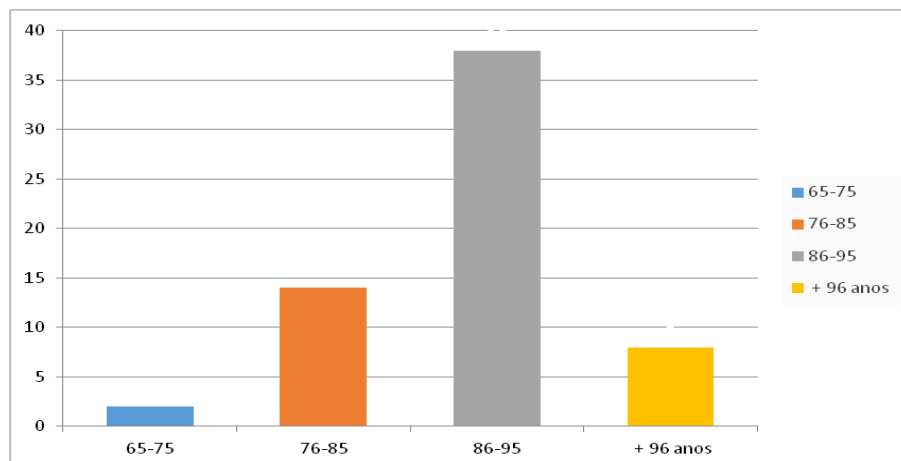


Gráfico 4 – caracterização dos utentes em relação á Idade

Num total de 62 utentes, existem 2 utentes com idades entre os 65-75 anos, 14 utentes entre os 76-85 anos, 38 utentes com idades entre os 86-95 anos e 8 utentes com mais de 96 anos. A maior incidencia reside nos utentes com idades superiores a 86 anos (46 indivíduos), considerados como “grandes Pessoas Idosas”, pois sobrevivem 20 anos para lá da idade da reforma (65 anos).

3.2. Género

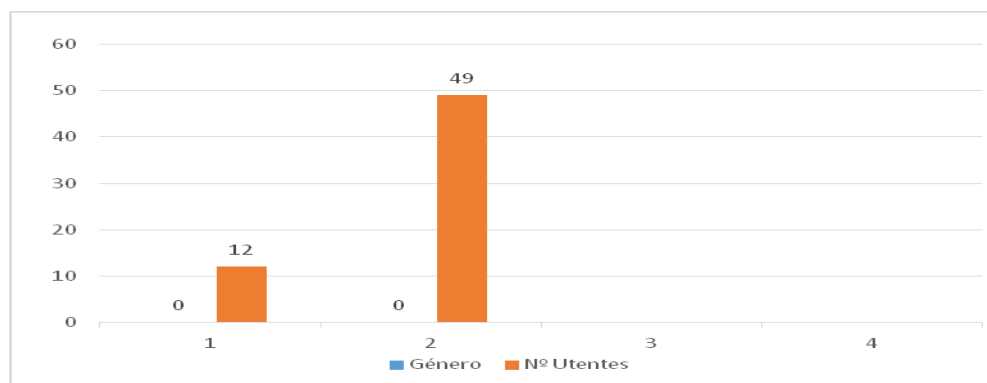


Gráfico 5 – Caracterização dos utentes em relação ao Género

Num total de 62 utentes, existem 12 utentes do género masculino e 49 utentes do género feminino, havendo 3 vezes mais mulheres que homens, seguindo a tendência nacional da “feminização da velhice”, pelo facto de a esperança de vida das mulheres ser superior à dos homens.

3.3.Tempo de Institucionalização

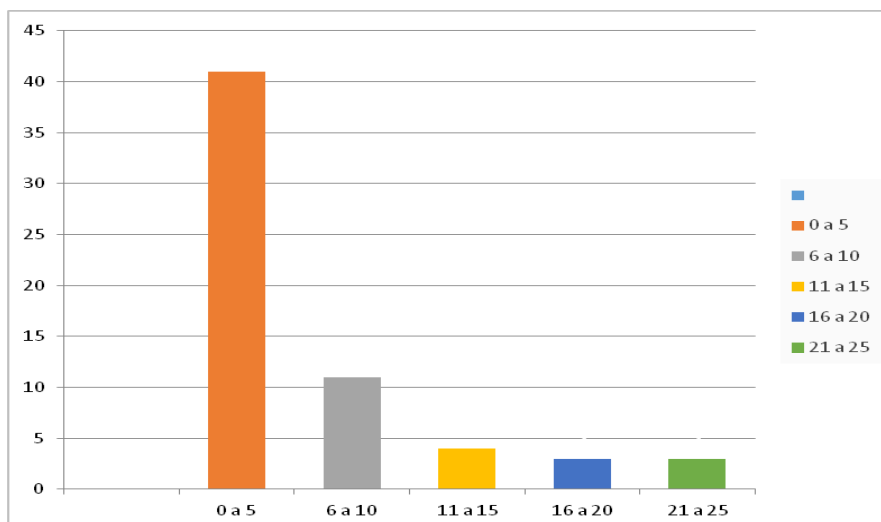


Gráfico 6 – Caracterização dos utentes em relação ao Tempo de Institucionalização

Num total de 62 utentes, 41 utentes estão institucionalizados num periodo de 0-5 anos; 11 utentes num periodo de 6-10 anos; 4 utentes num periodo de 11-15 anos; 3 utentes institucionalizados á 16-20 anos e 3 utentes institucionalizados num periodo de 21-25 anos. O maior numero de utentes institucionalizados, 41 indivíduos, estão na residência há menos de 5 anos, mas é importante referir a existencia de 21 utentes residentes há mais de 5 anos, sendo que 10 destes utentes residem há mais de 10 anos.

3.4.Apoio Familiar (é a presença dos familiares na instituição e na vida diaria dos utentes)

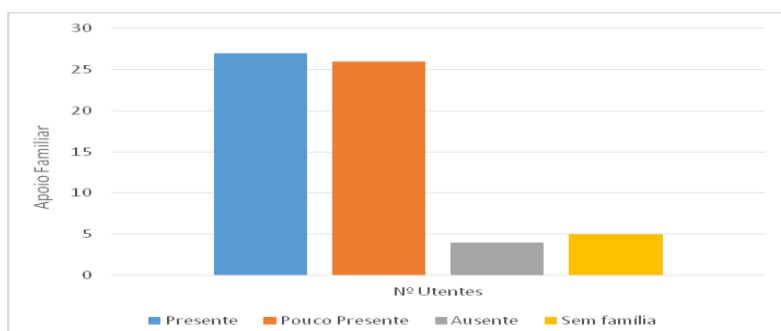


Gráfico 7 – Caracterização dos utentes em relação ao Apoio Familiar

Num total de 62 utentes, existem 27 utentes que o apoio familiar é presente, 26 utentes em que o apoio familiar é pouco presente, 4 utentes que tem um apoio familiar ausente e 5 utentes que não tem apoio familiar, não tem família.

È notorio quase uma igualdade minima entre o apoio familiar presente e pouco presente. As razões são porque a maioria tem um agregado familiar proximo, tambem vivem longe, inclusive no estrangeiro.

3.5.Estado de saúde/doença

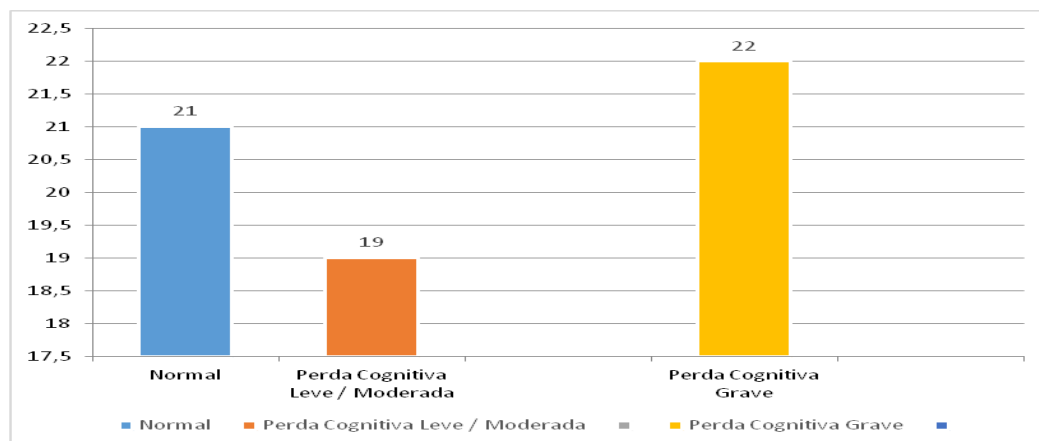


Gráfico 8 – Caracterização dos utentes em relação ao estado de saude/doença

Num total de 62 utentes, 21 utentes têm patologias comuns para a idade, 19 utentes tem patologias de perda cognitiva leve/moderada e 22 utentes com a patologia de perda cognitiva grave. Como se pode inferir a maioria dos residentes tem problemas de saúde mental. A patologia mais evidenciada na ASAS é a Perda Cognitiva Grave apresentando 22 utentes num universo de 62 utentes (35,48 %).

IV – ANÁLISE E RESULTADOS DA ANÁLISE

1. As Pessoas Idosas Participantes

“As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.” Artigo 72º da Constituição da República Portuguesa.

De acordo com Sequeira (2010:96) envelhecer biologicamente, é viver muito tempo, é resistir à morte. Por um contra senso, a opinião contemporânea concebem o envelhecimento como um «processo de deterioração e de destruição do organismo» e entendem a velhice como a antecâmara da morte.

A pessoa que envelhece tem direito a uma qualidade de vida. Pois a idade avançada não é sinónimo de saúde debilitada. O importante será todos os intervenientes unirem esforços para permitir às pessoas idosas viver melhor o presente em vez de viver o passado, permitindo à pessoa idosas conservar a capacidade de se interessar em gozar a vida.

As pessoas que cuidam das pessoas idosas com demência devem promover os seus direitos tomando as seguintes atitudes possíveis e concretizáveis, cf Guerra, 2006:

Independência: planeando o seu dia-a-dia e o seu futuro; ter acesso a um lar, tratamento de roupas, às refeições, atendimento médico, viver seguros, protegidos e adaptáveis às suas preferências pessoais e sua capacidade de experimentar novas mudanças;

Participação: participando na vida familiar, comunitária e social, ou seja, permanecer integrado na comunidade residencial e na sociedade, sempre que possível;

Comunicação: usando o direito à palavra e manifestando as suas escolhas; devem ainda contactar regularmente com os seus amigos e familiares;

Informação: estando sempre atento e tendo acesso a conhecimentos sobre os seus direitos e deveres, sempre que a sua condição de saúde o permitir;

Autonomia: sendo criadas as condições para que a pessoa idosa usufrua de bens materiais, que garantam a sua independência face às exigências sociais;

Cuidados: sendo garantido o acesso aos cuidados de saúde, sociais e jurídicos que permitam manter a autonomia e o bem-estar das pessoas idosas com demência.

Auto-realização: preservando o seu direito à vida privada, contemplando o direito às memórias, tradições culturais, aos sonhos e às crenças.

Dignidade: podendo viver com dignidade e segurança, livres de exploração e maus-tratos físicos e mentais, deve receber um tratamento.

De acordo com o Quadro Teórico e os Eixos de Pesquisa, envelhecimento, demência e cuidados, a grelha de análise estrutura-se segundo quatro dimensões: o desenvolvimento humano, as condições de habitabilidade e conforto, o grau de satisfação com a qualidade dos serviços e as relações humanas, da seguinte forma:

Quadro n.º6 - Grelha de Análise dos Questionários às Pessoas Idosas

Os direitos das pessoas idosas com demência		
Dimensões	Categorias e subcategorias	
Desenvolvimento Humano	Realização Pessoal	• Independência • Participação • Comunicação • Informação • Autonomia • Cuidados • Autorrealização • Dignidade
	Sentimento de Pertença	• Identidade • Sentimento de Segurança • Relação de confiança e ajuda
	Relações humanas e contatos sociais	• Relação com colegas de quarto • Relação com outros residentes • Relação com as ajudantes de ação direta • Relação com familiares • Relação com o tutor e/ou representante legal
Habitabilidade e Conforto	Condições de residência	• Quarto • Refeitório • Sala-estar • Instalações Sanitárias
Satisfação com a qualidade dos Serviços	• Higiene e Cuidados Pessoais • Qualidade da Alimentação • Higienização dos quartos • Tratamento de roupas • Convívio • Programa Cultural	

Fonte: Construção própria com fundamento no quadro teórico e testemunho dos participantes

1.1. Caraterização das Pessoas Idosas Participantes

Numa população de 62 utentes constitui-se como universo de análise um grupo de 10 pessoas. Estes utentes foram escolhidos deliberadamente, conforme o seu estado de saúde mental e a sua disponibilidade pessoal.

Passamos a caraterizar os participantes no questionário segundo a idade, o género, o tempo de institucionalização, a estrutura familiar, a situação de saúde/doença.

1.1.1. Idade

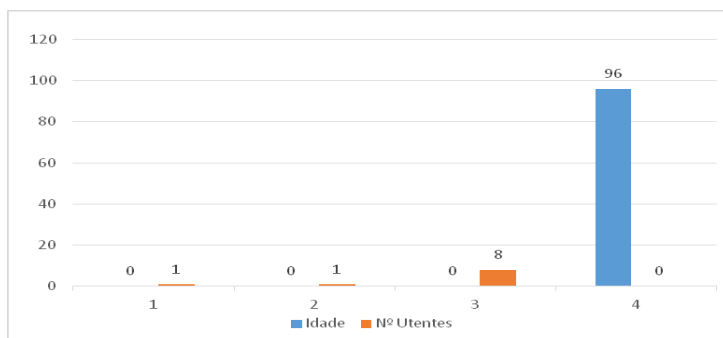


Gráfico 9 – Caracterização dos utentes questionados em relação á Idade

Dos 10 utentes que participaram no questionário, 1 utentes tem 65-75 anos, 1 utente entre 76-85 anos, 8 utente com 86-95 anos e 1 utente com mais de 96 anos. A maioria dos entrevistados são “grandes Pessoas Idosas”, porque a média de idades na instituição é de 89 anos, logo existe um maior número de utentes com mais de 85 anos.

1.1.2. Tempo de Institucionalização

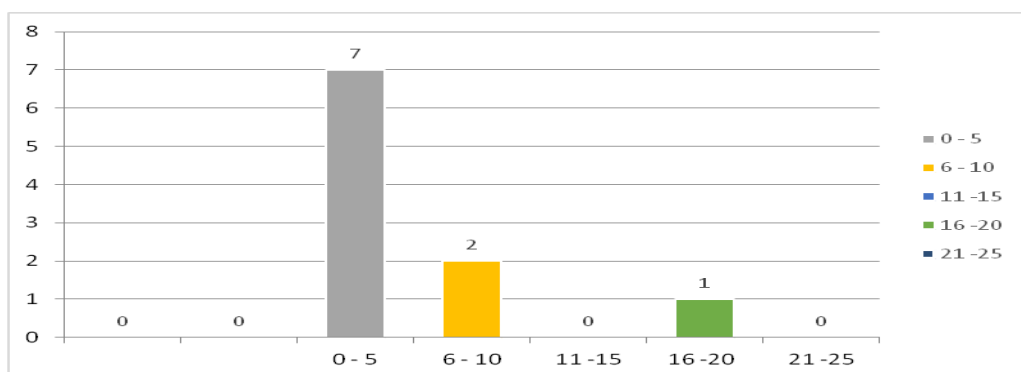


Gráfico 10 – Caracterização dos utentes questionados em relação ao Tempo de Institucionalização

Num total de 10 utentes, 7 utentes estão institucionalizados entre os 0-5 anos, 2 utentes entre os 6-10 anos institucionalizados e 1 utente entre os 16-20 anos institucionalizado.

1.1.1.3. Apoio Familiar

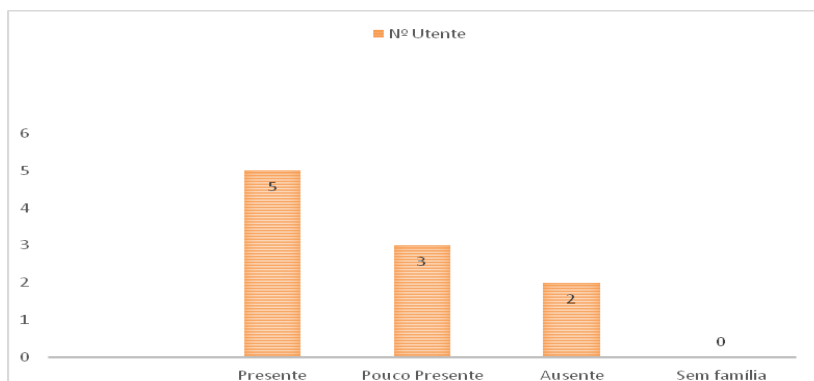


Gráfico 11 – Caracterização dos utentes questionados em relação ao Apoio Familiar

Num total de 10 utentes, existem 5 utentes com apoio familiar presente, 3 utentes com apoio familiar pouco presente e 2 utentes com apoio familiar ausente, seguindo a tendência geral atrás apresentada.

1.1.4. Estado de saúde/doença

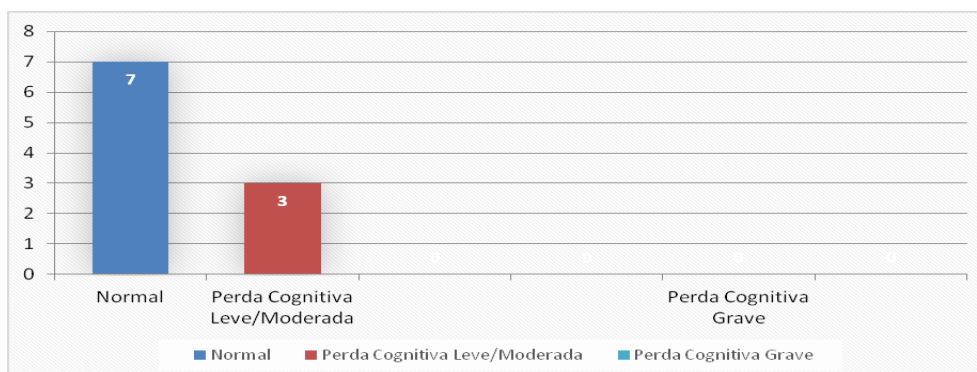


Gráfico 12 – Caracterização dos utentes questionados em relação ao Estado de saúde/doença

Num total de 10 utentes, existem 7 utentes com patologias mais comuns para a idade, 3 utentes com patologias de perda cognitiva leve/moderada.

Relativamente aos residentes podemos inferir que existe um grande índice de envelhecimento, porque a maioria das pessoas idosas tem mais de 85 anos, ou seja,

são cerca de 46 utentes num universo de 62 utentes (74%). De acordo com o género apenas existem 12 utentes do género masculino num universo de 62 utentes (19%). Num total de 10 utentes questionados 7 utentes estão institucionalizados entre os 0-5 anos; a média da faixa etária na ASAS é de 89 anos; existem 5 utentes em que o apoio familiar é presente e 5 em que é pouco presente ou ausente; e 7 utentes têm patologias mais frequentes nesta idade e 3 apresentam perda cognitiva moderada.

1.2. Respostas aos Questionários e Opiniões das Pessoas Idosas

Os questionários contemplaram questões que abrangem estes diferentes âmbitos.

Passamos assim, a analisar os resultados dos questionários efetuados a 10 utentes residentes, referentes à sua opinião sobre os serviços da ERPI, seguindo a sequência das questões colocadas no questionário.

a) Qual a satisfação em relação às condições de residência

1) Quarto

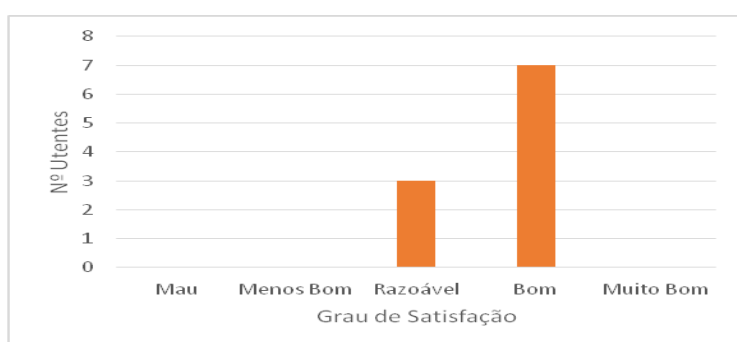


Gráfico13 – Grau de satisfação dos utentes relativamente ao Quarto

Existem 7 utentes que dizem que as condições do quarto são boas e 3 utentes dizem razoáveis. De acordo com estes dados podemos constatar que a totalidade das respostas corresponde a um grau de satisfação de bom e razoável em relação ao quarto.

2)Refeitório

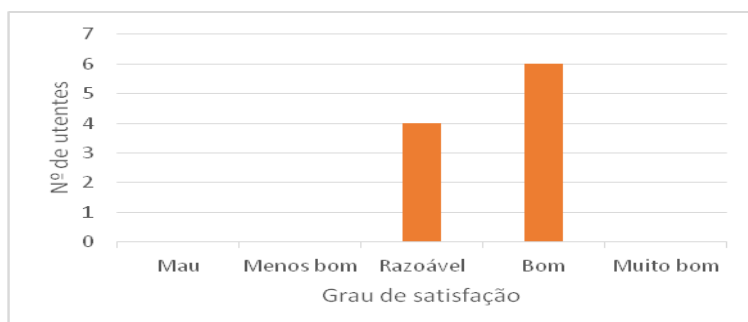


Gráfico 14 – Grau de satisfação dos utentes relativamente ao refeitório

Em relação ao refeitório, existem 4 utentes que referem que é razoável e 6 utentes dizem que é bom o refeitório. A totalidade dos residentes fazem uma apreciação positiva sobre as condições do refeitório.

3)Sala-Estar

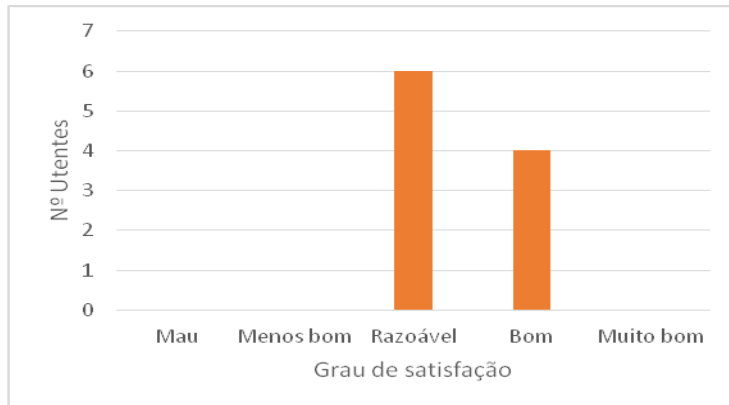


Gráfico 15 – Grau de satisfação dos utentes relativamente à sala-estar

No que diz respeito à Sala-Estar existem 4 utentes que referem bom e 6 utentes dizem razoável. A totalidade dos participantes fazem uma apreciação positiva no que se refere à sala de estar.

4)Instalações Sanitárias/Higiene

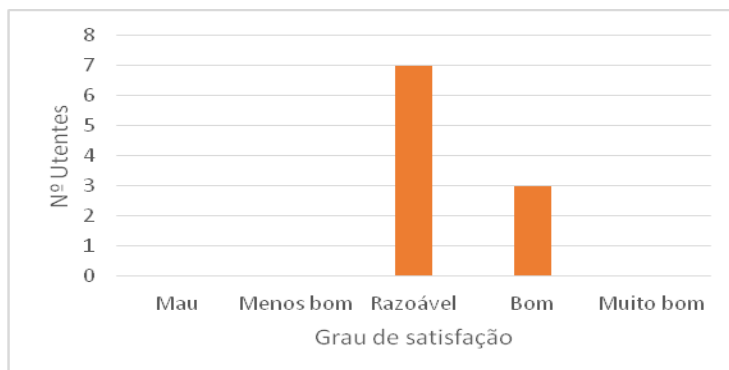


Gráfico 16 – Grau de satisfação dos utentes relativamente às instalações sanitárias/Higiene

Sobre as Instalações Sanitárias/Higiene existem 3 utentes dizem bom e 7 utentes dizem razoável. A totalidade dos respondentes fazem uma apreciação positiva sobre as instalações sanitárias/higiene.

Podemos concluir que, no que diz respeito às condições de residência na ERPI ASAS que a totalidade dos respondentes fazem uma apreciação positiva, nomeadamente, referem o quarto e o refeitório como bom e a sala de estar e as instalações sanitárias/higiene como razoáveis.

b) Qual a satisfação em relação à Qualidade dos Serviços

Segundo o Regulamento Interno (2011) do Lar ASAS, é dever da instituição garantir a qualidade e o bom funcionamento dos serviços, bem como o conforto necessário ao bem-estar o utente.

O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspetos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com atividades diárias e o ambiente em que se vive.

As pessoas idosas com demência têm o direito à sua autonomia, sempre que as suas condições de saúde o permitam, devendo ser criadas as condições para que o utente usufrua de conforto e cuidados próprios; inclui também o direito de se manter no meio ambiente e na comunidade onde vive normalmente, enquanto o desejar e se for possível pelas condições de sanidade, articulando-se como o seu direito de participação.

A participação é um direito que dá acesso à pessoa idosa às fontes de conhecimento novo, adequando-se às capacidades e ao desenvolvimento intelectual de cada pessoa.

A prestação de cuidados inclui a garantia de acesso aos cuidados de saúde, sociais e jurídicos, que permitam manter a autonomia e o bem-estar das pessoas mais velhas.

A auto-realização, preserva o direito à vida privada, contemplando o direito às memórias, aos sonhos e às crenças, constitui-se como uma manifestação da individualidade.

A dignidade humana refere o valor intrínseco de cada pessoa; as pessoas idosas precisam de ter um sentido para continuar o restante trajeto da sua vida.

1) Higiene e Cuidados Pessoais

O conforto para uma pessoa idosa com demência é especialmente a higiene que é um dos fatores mais importantes para o asseio, conforto e qualidade de vida de uma pessoa. No caso da pessoa idosa, uma ida à casa de banho pode ser uma dificuldade enorme, no entanto, nunca deve estar comprometida e deve ser feita regularmente. Saiba como cuidar da higiene de um idoso e garanta-lhe o bem-estar necessário para a obtenção de uma vida saudável.

Em muitos casos, com o avançar da idade, a pessoa idosa deixa de ter forças e a capacidade para cuidar de si e da sua própria higiene. Para que isso não aconteça, é necessário ajudar a cuidar da mesma, de modo a que ele se consiga aproximar e relacionar com outras pessoas e tenha uma boa vida.



Gráfico 17 – Grau de satisfação dos utentes relativamente à higiene e cuidados pessoais

No que se refere à qualidade dos serviços - cuidados de higiene e cuidados pessoais existem 9 utentes que dizem bom e 1 utente diz razoável. De acordo com estes dados podemos constatar que a totalidade das respostas correspondem a um grau de satisfação positiva em relação à higiene e cuidados pessoais.

2) Qualidade da alimentação

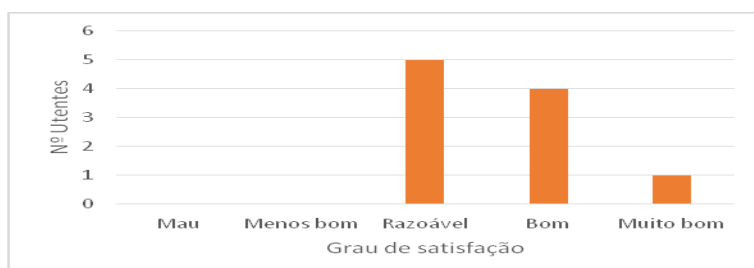


Gráfico 18 – Grau de satisfação dos utentes relativamente à qualidade da alimentação

No que diz respeito á qualidade da alimentação, 1 utente diz que é muito bom; 4 utentes dizem bom e 5 utentes dizem razoável. De acordo com estes dados podemos constatar que a totalidade das respostas correspondem a um grau de satisfação positiva em relação á qualidade da alimentação.

3) Higienização dos quartos



Gráfico 19 – Grau de satisfação dos utentes relativamente à higienização dos quartos

Em relação á qualidade dos serviços – higienização dos quartos existem 7 utentes dizem bom e 3 utentes dizem razoável. De acordo com estes dados podemos constatar que a totalidade dos participantes responderam ao grau de satisfação de forma positiva em relação á higienização dos quartos.

4) Tratamento de roupas

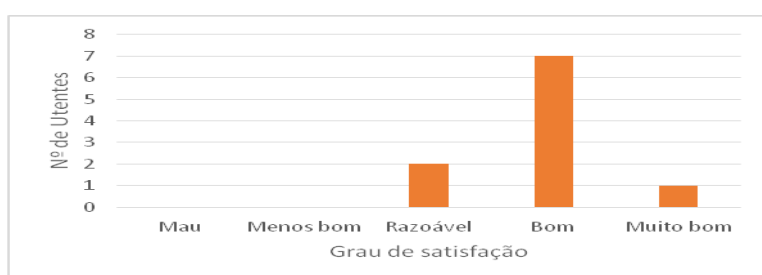


Gráfico 20 – Grau de satisfação dos utentes relativamente ao tratamento de roupas

No que diz respeito á qualidade dos serviços – tratamento de roupas 1 utente diz muito bom; 7 utentes dizem bom e 2 utentes dizem razoável. De acordo com estes dados podemos constatar que a totalidade dos participantes responderam ao grau de

satisfação positiva em relação ao tratamento de roupa. Pela primeira vez um utente expressa o valor “muito bom”.

5) Convívio

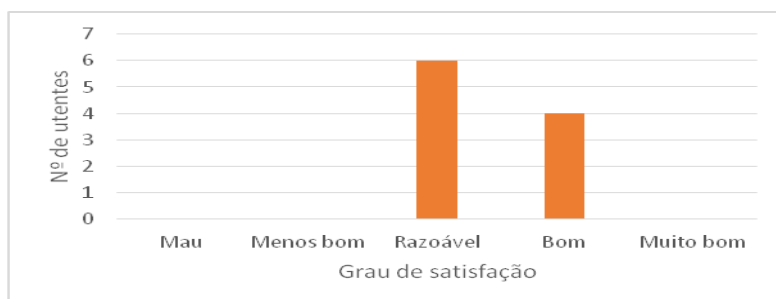


Gráfico 21 – Grau de satisfação dos utentes relativamente ao convívio

Em relação á qualidade do convívio existem 4 utentes que referem bom e 6 utentes que dizem razoável. De acordo com estes dados podemos constatar que a totalidade das respostas correspondem a um grau de satisfação positiva em relação ao convívio.

6) Programa Cultural

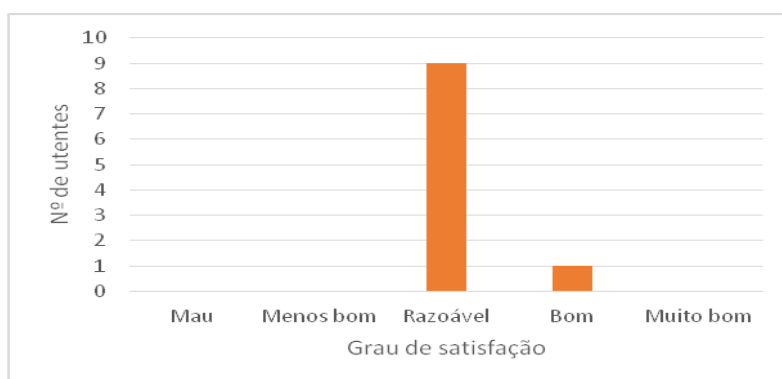


Gráfico 22 – Grau de satisfação dos utentes relativamente ao programa cultural

No que diz respeito á qualidade dos serviços referente ao programa cultural existe 1 utente diz bom e 9 utentes dizem ser razoável. De acordo com estes dados podemos

constatar que a totalidade das respostas correspondem a um grau de satisfação positiva em relação ao programa cultural, sendo menor o número de apreciações face ao bom.

Podemos concluir que, no que diz respeito à qualidade dos serviços na ERPI ASAS que a totalidade dos residentes fazem uma apreciação positiva, nomeadamente, referem a higiene e cuidados pessoais; qualidade da alimentação; higienização dos quartos; tratamento de roupas e a relação com a família como boas e o convívio e o programa cultural como razoáveis.

2)Relação com os familiares

O Manual de Boas práticas da Segurança Social (2010) refere que a presença assídua da família, quando desejada pelo residente, é fundamental para o seu bem-estar. Devem ser criadas condições para que o acesso dos familiares à estrutura residencial seja o mais livre possível.

Deve proporcionar-se um diálogo aberto e esclarecedor com o residente e sua família quanto ao estabelecimento dos horários de visitas, convívios e apoios mais favoráveis à pessoa idosa com demência e respeitadores das exigências da qualidade de vida residencial tendo em conta os interesses de todos e de cada um dos residentes.

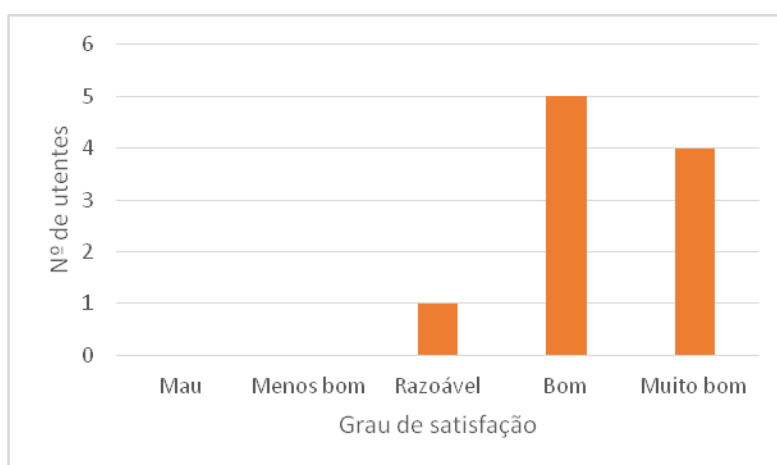


Gráfico 23 – Grau de satisfação dos utentes relativamente à relação com os familiares

E relativamente á qualidade das relações com os familiares existem 4 utentes dizem muito bom; 5 utentes dizem bom e 1 utente diz razoável.

De acordo com estes dados podemos constatar que a totalidade das respostas correspondem a um grau de satisfação muito positiva em relação á relação com os familiares, sendo de destacar que quatro utentes consideram muito bom.

3)Em relação ao tutor e/ou representante legal na defesa dos direitos

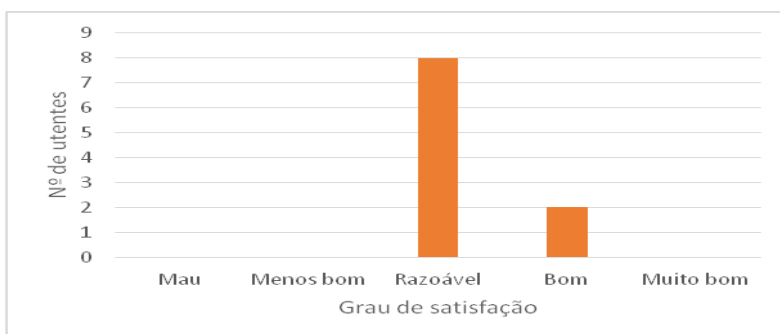


Gráfico 24 – Grau de satisfação dos utentes relativamente ao tutor e/ou representante legal

No que se refere ao acolhimento residencial, no que se refere á relação ao tutor/representante legal em defesa dos direitos existem 2 utentes dizem bom e 8 utentes dizem razoável. A totalidade dos participantes fazem uma apreciação positiva sobre a relação ao tutor e/ou representante legal na defesa dos direitos, sendo maior o número dos que escolhem razoável.

c) No Acolhimento Residencial

O acolhimento deve ter sempre presente o forte impacto emocional que a solução residencial normalmente implica para a pessoa idosas com demência e família, nomeadamente pelas profundas modificações no ambiente de vida. É necessário acompanhar o residente nas diversas fases da sua adaptação, ajudando-o a integrar-se.

De acordo com o Manual de Boas Práticas (2010) da Segurança Social, o acolhimento na estrutura residencial deve ter em atenção os riscos que importa minimizar como os de perda de vínculo afetivo, perda de identidade, desenraizamento, receio da mudança, tendência a rejeitar a integração, auto-culpabilização ou sensação de estar a sofrer uma punição.

1) Em relação à prestação de cuidados e conforto



Gráfico 25 – Grau de satisfação dos utentes relativamente à prestação de cuidados e conforto

No que se refere ao acolhimento residencial, no que se refere à relação da prestação de cuidados e conforto existem 7 utentes dizem bom e 3 utentes dizem razoável. A totalidade dos participantes fazem uma apreciação positiva sobre a prestação de cuidados e conforto.

Podemos concluir que, no que diz respeito ao acolhimento residencial na ERPI ASAS que a totalidade dos participantes fazem uma apreciação positiva, nomeadamente, referem a prestação de cuidados e conforto como bom e a relação ao tutor/representante legal como razoável.

1) As condições de acolhimento e os cuidados

As pessoas idosas com demência merecem ser tratadas com dignidade e respeito. Todas as pessoas idosas têm os mesmos direitos que qualquer outra pessoa, independentemente da sua idade e/ou da sua situação de dependência.

De acordo com Manual de Boas Práticas da Segurança Social (2010), a colaboração de quem já está a viver na instituição, principalmente aqueles que se sentem adaptados e tranquilos, pode ajudar à integração de quem chega, pelo que pode ser útil nomear um “comité de acolhimento” composto por residentes.

Quando finalmente se dá o ingresso, o acolhimento deve ser individualizado. Um dos responsáveis deve apresentar o recém-chegado aos outros residentes e aos colaboradores, esclarecer-lhe quaisquer dúvidas e reforçar toda a informação necessária.

É também importante confirmar a forma como o residente quer ser tratado, e comunicá-la a toda a comunidade residencial. Trata-se de ajudar o novo residente a que sinta respeitada a sua identidade.

Nesta fase deve-se explicar ao residente que, também para a instituição, o mais importante é a sua qualidade de vida. Deve-se dar tempo ao novo residente para se adaptar e integrar na comunidade residencial, e para que esta o acolha com respeito e empatia. Deve ser-lhe transmitida uma mensagem de esperança, virada para o futuro.

Para conhecermos o grau de bem-estar e segurança dos participantes residentes face à ERPI ASAS questionámos sobre os seus sentimentos de pertença e comparámos as primeira semana e a fase atual, também perguntámos sobre as condições que mais gostam e menos gostam.

a) Como se sente?



Gráfico 26 – sentimento do utente face à sua situação atual

Os 10 utentes referem que sentem-se muito bem; uma Utente referiu ainda que “não é luxuoso mas é acolhedor e o pessoal é bom” (entrevista 5). E outra senhora referiu “é como estivesse em casa, até porque estou cá há cerca de 18 anos” (entrevista 2).

A totalidade dos participantes fazem uma apreciação muito positiva sobre como se sentem em relação à residência, dando importância ao conforto e à familiaridade e proximidade.

b) Como se sentiu na 1ª semana quando chegou?



Gráfico 27 – Sentimentos na 1ª semana

Em relação ao que sentiu na 1ª semana existem 6 Utentes que se sentiram-se tristes, porque deixavam a sua “casa”, a sua “família”; 4 utentes sentiram-se bem, porque já “conheciam a instituição”, porque foram elas que se inscreveram; com disse uma senhora: “eu que quis vir”. Podemos pensar que o facto de a decisão da própria pessoa idosa facilita a sua aceitação e integração.

c) Como se sente agora (melhor/pior)?

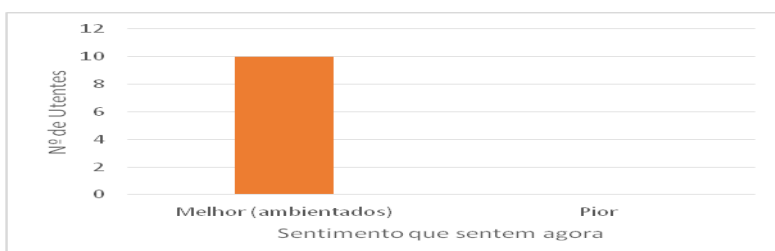


Gráfico 28 – Como se sente agora

Todas as respondentes sentem-se melhor, porque já estão ambientadas à instituição. Em relação a estarem ambientadas como observadora participante recolho a seguinte informação, que estão integradas nas normas, nas rotinas, com os colegas, com o apoio dado pelas AAD e sentem-se “em casa”, porque há relações de contacto visual e físico e há proximidade e familiaridade.

d) O que gosta mais e o que gosta menos no ERPI

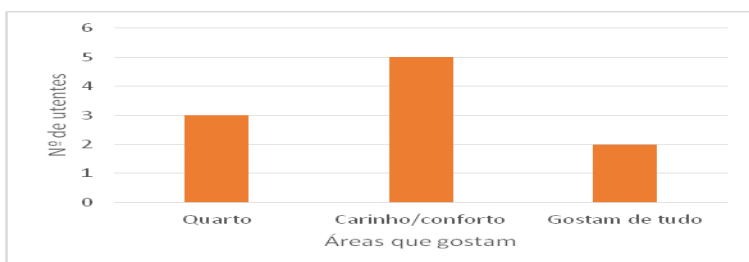


Gráfico 29 – O que gosta mais na residência (lar)

O que mais gosta: 3 utentes referiram ser o seu quarto, por ser o seu “cantinho”, o “meu espaço”; 5 utentes referiram que gostam do carinho e do conforto da instituição; 2 utentes que gostam de tudo. O grau de apreciação quanto ao acolhimento é sentido pelos participantes como muito positivo, sendo necessário demarcar o seu espaço de pertença como o quarto ou o cadeirão na sala.

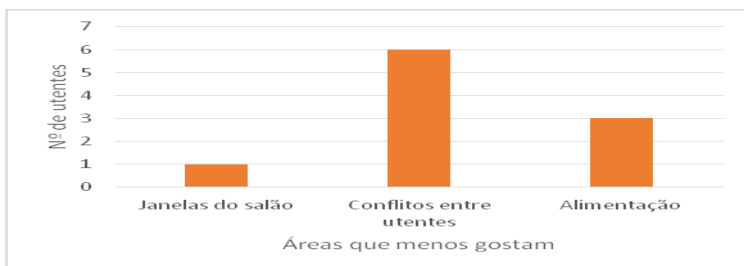


Gráfico 30 – O que gosta menos na residência (lar)

O que gosta menos: As respostas são várias, nomeadamente, 6 utentes mencionam os conflitos dos utentes, 3 utentes focaram a alimentação, 1 utente refere o abrirem das janelas de estar e do salão.

Como observadora participante e em relação às janelas do salão recolhe-se a seguinte informação, que os utentes não gostam de ter as janelas abertas podem apanhar uma corrente de ar e ficam constipados no qual torna-se uma grande preocupação.

No que se refere aos conflitos dos utentes a informação é referente às cadeiras que não tem lugar marcado mas que os próprios consideram como sua posse; também discutem face à televisão ligada quando outros a querem desligada; das luzes ligadas

e desligadas, o ar condicionado querem sempre desligado mesmo estando muito calor e/ou frio.

No que diz respeito á alimentação acham que devia haver mais pratos de carne, mencionam que não gostam porque têm pratos preferidos, não é que esteja mal confeccionado, não é isso, é que não apreciam, preferiam sempre uma refeição do seu agrado. Podemos questionar: Como se pode salvaguardar a privacidade e a individualidade de cada um (a) sem deixar de ter regras coletivas e igualdade de oportunidades um espaço que é de todos?

e)O que pensa que podia melhorar?



Gráfico 31 – Sugestões de Melhorias

Existem 4 utentes que referiram as casas banho dos quartos, 2 utentes referiram a relação com os utentes e 4 utentes referiram que está tudo bem.

Como observadora participante recolho a informação que as casas de banho dos quartos deviam ter melhores condições porque os polibans têm um degrau um pouco alto e por vezes alguns deles tem dificuldades em subir e torna-se um entrave para o utente com mobilidade mais reduzida; na relação entre os colegas residentes podíamos recolher sugestões quanto à forma de melhorar gerir os conflitos com as cadeiras, por não existirem lugares marcados, com o ar condicionado, com as luzes ligadas e/ou desligadas.

Podemos concluir que, no que diz respeito as condições de acolhimento e os cuidados que a totalidade dos respondentes fazem uma apreciação positiva, nomeadamente, referem que se sentem muito bem; que o que mais gostam é do carinho e conforto; que o que gostam menos é dos conflitos com os utentes; mesmo os que se sentiram tristes na primeira semana, sentem-se agora mais ambientados; quando solicitamos sugestões de melhorias referem que está tudo bom.

A questão que nos ressalta é a exigência de ouvirmos regularmente as pessoas idosas e termos em atenção as suas necessidades concretas e pensamos na melhoria constante das suas condições existenciais.

2) A relação com os colegas residentes

a) Como é a sua relação com as colegas de quarto?

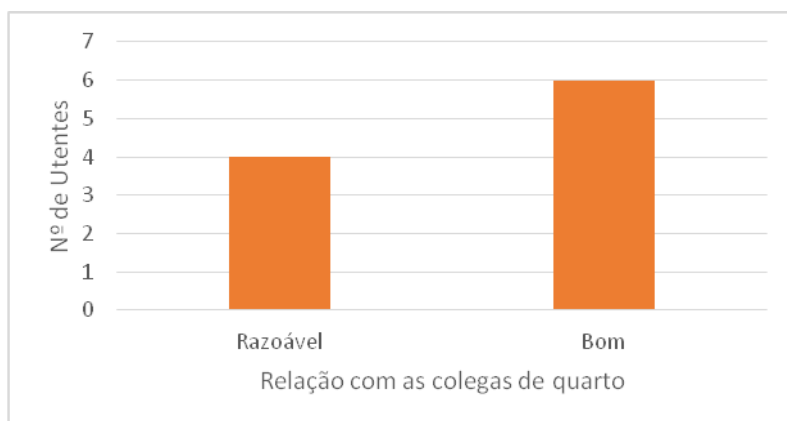


Gráfico 32 – Relacionamento com as colegas de quarto

No que se refere à relação com as colegas todas as participantes consideram esta relação razoável e boa. Em relação com os colegas residentes pode-se constatar que existem 6 utentes que referem Bom e 4 Utentes referem Razoável.

A totalidade dos respondentes fazem uma apreciação positiva sobre a relação com as colegas de quarto mas será necessário ter em atenção os hábitos e personalidades diferentes na partilha de espaço e de convivência.

No que se refere à relação com as colegas de quarto todas as participantes considera esta relação razoável.

b) Como é a sua relação com os outros residentes/utentes?

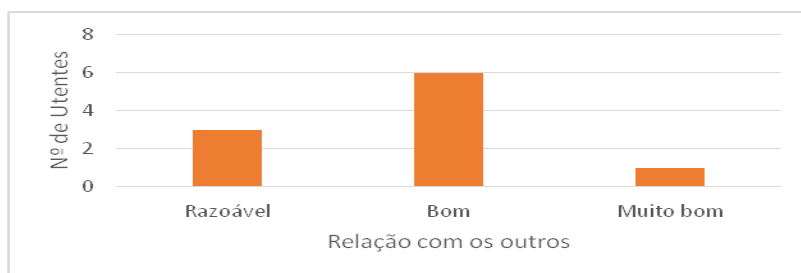


Gráfico 33 – Relacionamento com os outros residentes

No que se refere à relação com os outros residentes verificamos que 1 Utente diz Muito Bom, 6 Utentes dizem Bom e 3 Utentes dizem Razoável.

Seria necessário escolhermos novos indicadores para compreendermos os motivos que levam algumas pessoas a escolherem “razoável”.

A totalidade dos respondentes fazem uma apreciação positiva sobre o relacionamento com os outros residentes.

c) Com quem sente mais confiança?



Gráfico 34 – Com quem sente mais confiança

No que diz respeito a com quem sente mais confiança existem 7 Utentes que referiram as colegas de quarto e 3 Utentes referiram as colaboradoras da saúde (AAD).

Como observadora participante recolho a informação que existe uma boa interação entre utentes/utentes e utentes/AAD, o que transmite um sentimento de pertença e de segurança, sabendo-se que a relação interpares é com certeza a mais informal e a mais próximas.

d) Se precisar de ajuda, a quem pede esta ajuda? Porquê?

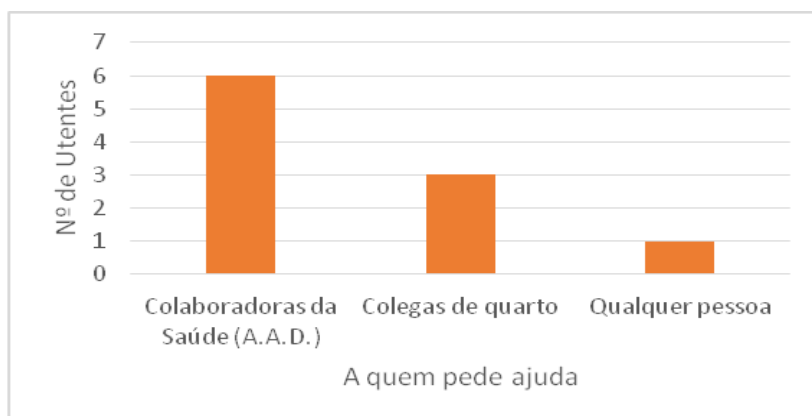


Gráfico 35 – A quem pede ajuda se necessitar

Relativamente a se precisar de ajuda a quem a pede, existiram 6 utentes que mencionaram as colaboradoras da saúde, 3 Utentes mencionaram as colegas de quarto e 1 referiu a qualquer pessoa. Contrariamente à resposta anterior, agora a maioria escolhe a ajuda das AAD, possivelmente por a considerarem mais habilitadas.

Podemos concluir que, no que diz respeito à relação com as colegas residentes que a totalidade dos residentes fazem uma apreciação positiva, nomeadamente, referem o relacionamento com as colegas de quarto; o relacionamento com outros residentes e a quem pede ajuda se necessitar como bom e com quem sente mais confiança como razoável.

3) A relação com as Ajudantes de Ação Direta

a) Como classifica a sua relação com as cuidadoras?

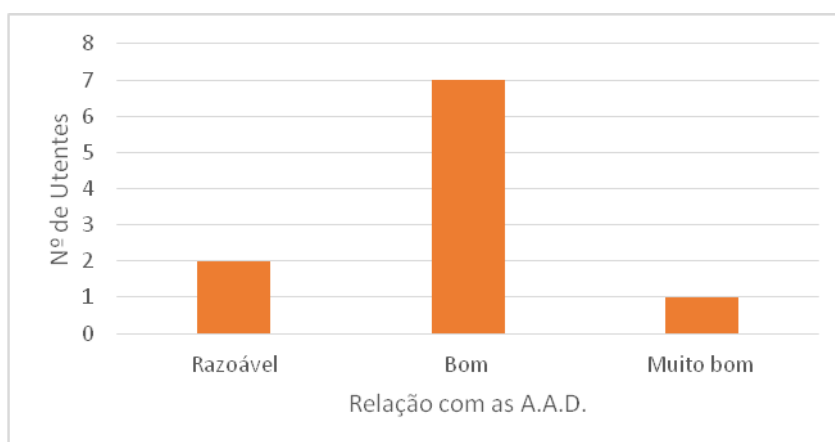


Gráfico 36 – Relacionamento e as cuidadoras

No que se refere ao como classifica a sua relação com a AAD existe 1 Utente diz Muito Bom, 7 Utentes dizem Bom e 2 Utentes dizem Razoável.

De acordo com a informação recolhida como observadora participante constato que realmente existe um bom relacionamento dos utentes com as AAD, manifestando-se os cuidados numa relação de atenção e carinho, para além das prestações necessárias.

Seria necessário possuímos outros instrumentos e outros indicadores que nos possibilitassem uma melhor compreensão sobre os motivos do “razoavel”.

b) O que mais gosta na relação com as cuidadoras?



Gráfico 37 – o que gosta mais na relação com as cuidadoras

Relativamente ao que mais gosta da relação com as AAD os respondentes referem de 2 mencionam o cuidar (trato), 2 utentes o “saber ouvir” e 6 utentes o “saber fala”. Destaca-se a atitude dialogante a a importância que a comunicação tem para o estabelecimento da relação de cuidado.

c) O que menos gosta na relação com as cuidadoras?

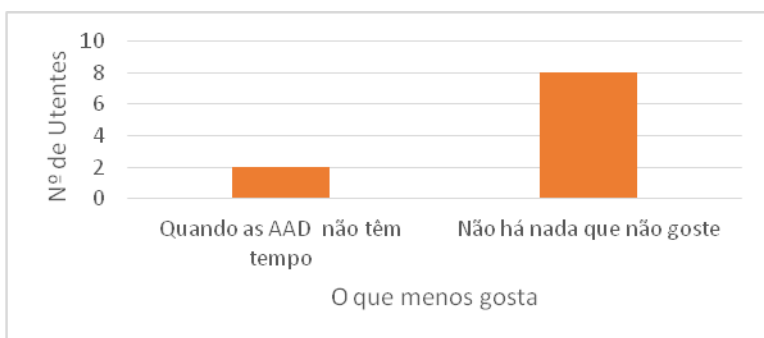


Gráfico 38 – o que gosta menos na relação com as cuidadoras

Os respondentes no geral referiram que não há nada que não gostem, mas existem 2 utentes que referem que não gostam quando as AAD não têm muito tempo para os tratarem, sabem que existem muitos utentes dependentes delas. Podemos inferir que o único fator apontado não depende da escolha direta das cuidadoras mas das rotinas instituídas e dos seus horários.

d) O que pode melhorar? (nos cuidados, relação dos utentes com AAD)



Gráfico 39 – Sugestões de melhorias face às cuidadoras

Na relação com as AAD – o que pode melhor no que diz respeito aos cuidados ou relação com o utente, 2 destes respondentes mencionam “a contratação de mais uma AAD” e 8 utentes referiram a formação profissional, porque “é importante para terem um melhor desempenho, porque é bom terem mais conhecimento e estarem mais informadas” (entrevista 5).

Podemos concluir que, no que diz respeito à relação com as AAD que a totalidade dos participantes fazem uma apreciação positiva, nomeadamente, classifica a sua relação com as cuidadoras como boa; face ao que “mais gosta” mencionaram o cuidar (trato), o saber ouvir e o saber falar; relativamente ao que “gostam menos” referiram que não há nada que não gostem; quando questionados para dar sugestões de melhoria mencionam a formação profissional, porque “é sempre bom estarem informadas”, “atualizadas” “para desempenhar melhor as suas funções” e “para quando precisarmos de outros tipos de cuidados estarem preparadas”.

Resumo:

De acordo com a análise efetuada face aos questionários realizados aos 10 utentes residentes podemos constatar que a ERPI ASAS tem respeitado os direitos das pessoas idosas com demência.

a) No que diz respeito às condições de residência na ERPI ASAS que a totalidade dos utentes fazem uma apreciação positiva, nomeadamente, referem o quarto e o refeitório como bom e a sala de estar e as instalações sanitárias/higiene como razoáveis.

Nomeadamente, à qualidade dos serviços na ERPI ASAS que a totalidade dos residentes fazem uma apreciação positiva, nomeadamente, referem a higiene e cuidados pessoais; qualidade da alimentação; higienização dos quartos; tratamento de roupas e a relação com a família como boas e o convívio e o programa cultural como razoáveis.

Podemos concluir que, no que diz respeito ao acolhimento residencial na ERPI ASAS que a totalidade dos participantes fazem uma apreciação positiva, nomeadamente, referem a prestação de cuidados e conforto como bom e a relação ao tutor/representante legal como razoável.

Em relação à própria ERPI ASAS que a totalidade dos respondentes fazem uma apreciação positiva, nomeadamente, referem que se sentem muito bem; que o que mais gostam é do carinho e conforto; que o que gostam menos é dos conflitos com os utentes; que sentiram-se tristes na primeira semana; as que se sentem agora mais ambientados; quando solicitamos sugestões de melhorias referem que está tudo bom.

b) À relação com as colegas residentes que a totalidade dos residentes fazem uma apreciação positiva, nomeadamente, referem o relacionamento com as colegas de quarto; o relacionamento com outros residentes e a quem pede ajuda se necessitar como bom e com quem sente mais confiança como razoável.

c) Podemos finalizar que, no que diz respeito à relação com as AAD que a totalidade dos participantes fazem uma apreciação positiva, sobretudo, classificam a sua relação com as cuidadoras como boa; ao que mais gosta mencionaram o cuidar (trato), o saber ouvir e o saber falar; relativamente ao que gostam menos referiram que não há nada que não gostem; quando questionados para dar sugestões de melhoria mencionam a formação profissional, porque “é sempre bom estarem informadas”, “atualizadas” “para desempenhar melhor as suas funções” e “para quando precisarmos de outros tipos de cuidados estarem preparadas”.

É importante referir de acordo com o testemunho das Pessoas Idosas entrevistadas que na ERPI todos os direitos das pessoas idosas com demência são de uma forma geral tidos em conta como princípios orientadores que estão plasmados no trato, no cuidar, nas condições proporcionadas, tentando zelar o melhor possível pelo seu conforto e qualidade de vida.

1.3. As necessidades das Pessoas Idosas e os Cuidados

De acordo com a análise dos questionários as pessoas idosas residentes na ERPI ASAS encontram-se, de uma forma geral, muito satisfeitas.

Porque cuidar de pessoas idosas com demência implica compreender as formas como cada pessoa ou família vivência os seus problemas, manifesta as suas necessidades e exprime os seus anseios e angústias que só é possível no encontro com o outro, através do olhar, da voz, da postura, do gesto, transmitindo e recebendo sinais que se codificam e descodificam, de modo a que a interação faça sentido

E de fato é uma das principais preocupações destes utentes e que sugerem como melhoria ser o investimento na formação profissional, isto porque cada vez “estamos mais velhos com mais problemas de dependências e de saúde”, e as AAD devem estar atualizadas para poder desempenhar de uma forma mais correta as suas funções, ou seja, prestar os cuidados devidos e necessários a pessoas idosas com demência.

É fundamental que a AAD, sobretudo se quer imprimir uma visão humanista à prática dos cuidados, seja capaz de para além do Saber e do Saber Fazer, desenvolva o Saber Ser, tanto consigo próprio, como com a pessoa idosa com demência.

No que se refere ao Saber, a AAD deverá de estar atento aos dez sinais comuns nas demências por forma a atuar o mais precocemente possível. Os 10 Sinais mais comuns nas demências deficit de memória; dificuldades em executar tarefas domésticas; problemas com o vocabulário; desorientação no tempo e espaço; Incapacidade de analisar situações; problemas com o raciocínio abstrato; colocar objetos em lugares inadequados; alterações de humor de comportamento; alterações de personalidade; perda da iniciativa. Estar igualmente atenta aos direitos das pessoas idosas com demência: independência, participação, autonomia, autorrealização, dignidade; como conciliar direitos e cuidados com pessoas que vão perdendo capacidades e o sentido de serem elas próprias?

Perante esta visão, sugerimos que se trabalhe a questão de como lidar com a pessoa com demência mantendo a sua dignidade e autoestima, promovendo a sua autonomia e apoiando-as nas suas atividades de vida diária. Tendo por objetivo definir corretamente a demência e identificar os tipos de demência mais frequentes; identificar os principais sintomas da demência; reconhecer a evolução habitual da demência; utilizar estratégias adequadas para lidar com a pessoa idosa com demência (nomeadamente estratégias de comunicação, de promoção de autonomia e de gestão de comportamento); conhecer as principais intervenções terapêuticas na demência e enunciar a importância do papel do cuidador no apoio da pessoa idosa com demência.

Porque consideramos de extrema importância manter a dignidade da pessoa idosa com demência até ao fim dos seus dias, torna-se crucial o trabalho em equipa e a supervisão técnica.

2.As Ajudantes de Ação Direta Participantes

De acordo com Pereira (2007) o cuidar é considerado um ato de vida, é uma atitude que se traduz numa forma de estar na vida que induz a um verdadeiro olhar para o outro e para o mundo, podendo assumir duas perspetivas distintas: o cuidado do homem consigo próprio, como ato individual, na existência de autonomia, e o cuidado com o outro, como manifestação de afeto e de reciprocidade que se presta, temporária ou definitivamente, a uma pessoa que necessita de auxílio para a manutenção das suas necessidades vitais.

Conforme Pereira (2007), o ato de cuidar é um fenómeno universal e apesar de assumir formas de expressão distintas entre culturas, é possível identificar algumas ideias associadas à noção de cuidado. São elas: empatia, compaixão, alívio, presença, compromisso, suporte, confiança, estímulo, restauração, proteção e contato físico.

Cuidar de uma pessoa idosa com demência pode ser considerado um trabalho árduo e sem resultados observáveis, isto porque acarreta uma perda de liberdade, perda de autonomia e de envolvimento social e a perda do próprio utente. (Pinquart & Sorensen, 2003).

Segundo Leite (2006) a prestação das AAD para pessoas idosas deverá promover um bom ambiente seguro e confortável, quer para os utentes quer para as próprias AAD.

Existem na ASAS 13 AAD, todas do género feminino, com idades compreendidas entre os 37 e 66 anos, onde quase metade apresenta como habilitações literárias a instrução primária (6 pessoas) e mais de metade a instrução secundária (sete pessoas); os anos de serviço permanecem a maioria entre os 1 – 10 anos, mas constata-se que só saem com idade de reforma (conforme descrito no do capítulo 2 do Campo Empírico de Observação).

Segundo o contrato coletivo de trabalho e o regulamento interno são funções das AAD prestar cuidados de higiene e conforto aos utentes; distribuir e colaborar nas tarefas de alimentação dos utentes, acompanhamento noturno, entre outras.

De acordo com o quadro Teórico e os Eixos de Pesquisa, envelhecimento, demência e cuidados, a Grelha de Análise estrutura-se da seguinte forma: sentimentos de pertença e segurança, trabalho em equipa, relação com o utente, relação com a direção técnica, formação.

Quadro n.º7 - Grelha de Análise das Entrevistas às Ajudantes de Ação Direta

Dimensões	Categorias
Sentimento de pertença e Segurança no trabalho	• Realização pessoal e profissional • Satisfação com o trabalho • O que gosta mais e menos
Relação com as colegas e Trabalho em Equipa	• Ajuda e colaboração • Colaboração e reciprocidade • Complementaridade de funções
Relação de cuidados com o utente	• Funções específicas • Relação interpessoal • Proporcionar conforto e carinho • Colaborar nas atividades
Relação com a Direção técnica	• Relações hierárquicas • Execução de funções • Reuniões de Equipa
Formação e competências	• Habilidades, capacidades, atitudes • Perfis de desempenho • Cumprimento de regras e normas • Competências específicas

Fonte: Construção própria com fundamento do quadro teórico e no testemunho das AAD que participaram

2.1.Caracterização das AAD participantes

Numa população de 13 AAD o universo de análise é constituído por 6 Ajudantes de Ação Direta que aceitaram participar na entrevista. Estas foram escolhidas aleatoriamente, conforme disponibilidade laboral e pessoal.

Passamos a caracterizar as participantes tendo em conta o género (feminino), a idade, as habilitações literárias e os anos de serviço na instituição.

2.1.1. Idade

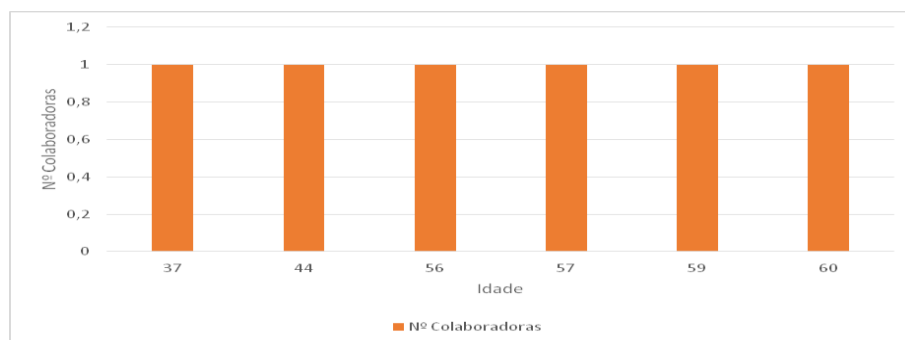


Gráfico 40 – Caracterização das Ajudantes de ação direta entrevistadas em relação á Idade

Das 6 colaboradoras entrevistadas, 1 colaboradora tem 37 anos; 1 colaboradora tem 44 anos; 1 colaboradora tem 56 anos; 1 colaboradora tem 57 anos; 1 colaboradora tem 59 anos e 1 colaboradora tem 60 anos.

2.1.2. Habilitações Literárias

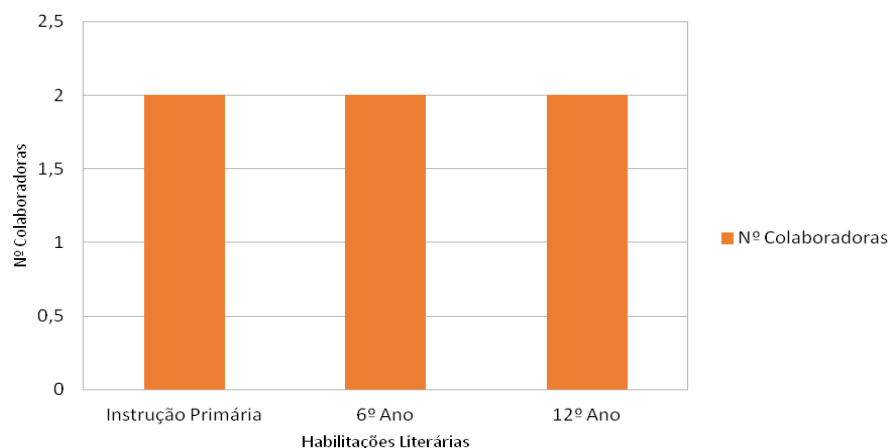


Gráfico 41–Caracterização das AAD entrevistadas em relação ás Habilitações Literárias

Num universo de análise de 6 colaboradoras, 2 colaboradoras tem a ensino básico 1º ciclo, 2 colaboradoras tem o 6º ano e 2 colaboradoras com o 12º ano.

2.1.3. Anos de Serviço

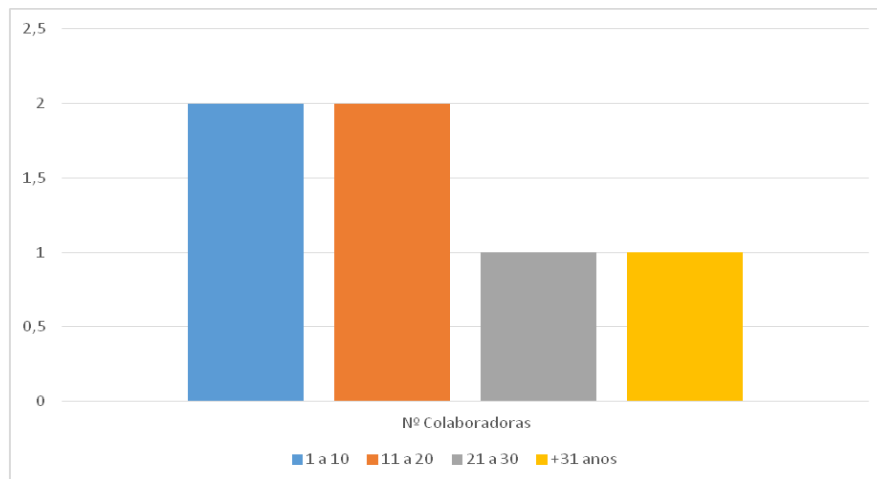


Gráfico 42 – Caracterização das AAD entrevistadas em relação aos Anos de Serviço

Num universo de análise de 6 colaboradoras, existem 2 colaboradoras com 1-10 anos de serviço, 2 colaboradoras com 11-20 anos de serviço, 1 colaboradora com 21-30 anos de serviço e 1 colaboradora com mais de 31 anos de serviço.

Relativamente aos anos de serviço apresentamos 4 colaboradoras com 1 – 20 anos.

As vantagens das colaboradoras terem mais anos de serviço será o fato de conhecerem bem a instituição, a sua funcionalidade, as suas regras. As dificuldades são a mudança, a novas ideias.

2.2.Repostas às Entrevistas e Opinião das AAD

Apresentamos de seguida a análise e resultado de acordo com as 6 entrevista semi-diretivas realizadas às AAD. Das questões colocadas poderemos analisar o seguinte:

A primeira questão tem como objetivo conhecer o sentimento das AAD face ao seu trabalho e a forma como o idealizam e o representam para si próprias.

a) Como se sente?

De acordo com o Manuais da Segurança Social, as AAD têm de estar preparadas para prestar assistência necessária com maturidade, dignidade, respeito pela privacidade e individualidade das pessoas que vivem na ERPI.

Segundo Leite (2006) apesar da prestação de cuidados poder acarretar alguns aspetos positivos, cuidar de pessoas idosas com demência pode induzir stress e um conjunto de consequências que afetam negativamente o dia-a-dia e a qualidade de vida dos prestadores de cuidados, diminuindo-lhes a capacidade de cuidar.

A lógica do cuidar está subjacente à “qualidade real do serviço que se oferece ao utente” numa atmosfera de humanidade e numa qualidade normativa, técnica, científica e hoteleira, que por mais necessário que seja nunca passarão de aspetos parciais para com quem está a pessoa idosa com demência.

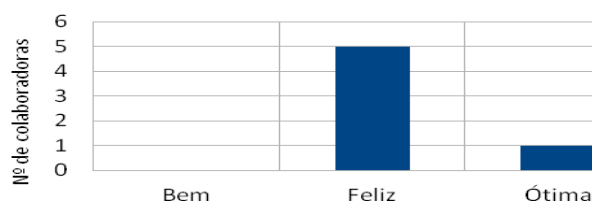


Gráfico 43 – Sentimento face ao trabalho

Todas as entrevistadas dizem sentir-se bem com o seu trabalho. Ao que algumas delas dizem sentirem-se felizes e “gostarem do que fazem” e uma delas diz que se sente “ótima” (entrevista 4). Podemos inferir que são pessoas que se sentem realizadas e satisfeitas com o seu trabalho.

As AAD com este sentimento estão preparadas para prestar qualquer tipo de assistência necessária com maturidade, dignidade, respeito pela privacidade e individualidade das pessoas idosas que vivem na residência (lar).

g) Como se sentiu na 1ª semana quando chegou?

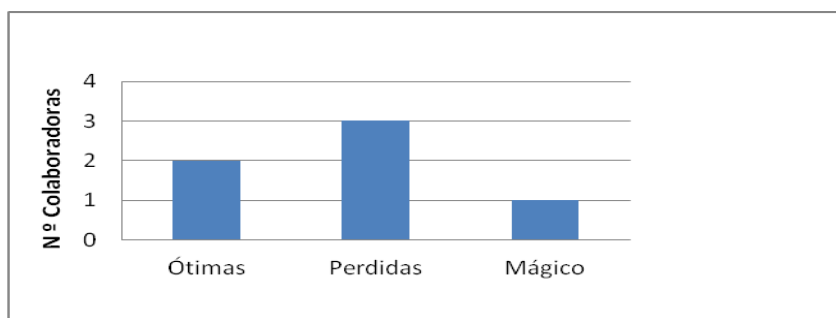


Gráfico 44 – Sentimento na 1ª semana de trabalho

Três AAD referiram que sentiram-se ótimas, onde uma delas referiu que foi mágico (entrevista3). Duas das AAD sentiram-se perdidas e com vontade de desistir.

De acordo com a minha observação participante, menciono que as que se sentiram ótimas referiram ter uma colega que as orientou na sua chegada, as que se sentiram perdidas não conseguiam fazer bem associação dos nomes ao rosto do utente e o número do quarto. A que sentiu que foi mágico foi porque tinha basicamente entrado no dia que a instituição ia abrir tudo era novo e novidade para ela, “e já lá vão 33 anos” (entrevista 3).

A prestação de cuidados a pessoas idosas com demência em relação a outras doenças físicas ou crónicas é considerada mais stressante e dificultada pela especificidade das características específicas das prestações de cuidados.

h) Como se sente agora (melhor/pior)? Por que razão?



Gráfico 45 – Como se sente agora

Todas as entrevistadas dizem sentir-se bem.

Como observadora participante constatei que todas as colaboradoras desempenham as suas funções com um ar tranquilo, alegre e com um grande sentido de responsabilidade.

i) O que gosta mais?

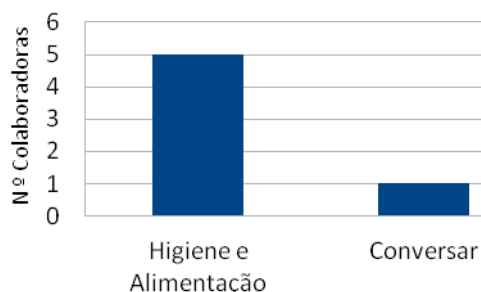


Gráfico 46 – O que gosta mais no trabalho

Algumas AAD gostam de fazer a higiene e dar a alimentação, o “que associam ao cuidar e ao ser útil o seu papel”, e uma delas aponta como gostar apenas de conversar.

Apesar de serem as funções das AAD, o facto é que mencionam que o gostam de fazer, e como observadora participante constatei que se preocupam realmente com o bem-estar da pessoa idosa.

j) O que gosta menos?

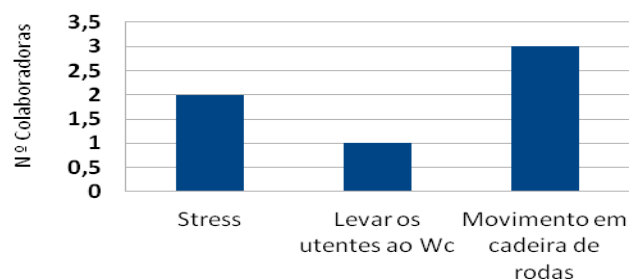


Gráfico 47 - O que gosta menos

O principal problema apontado pelas AAD está ligado ao esforço em colocar e movimentar utentes em cadeiras de rodas. 2 AAD consideram negativo o stress, a pressão e a falta de tempo. 1 AAD diz que não gosta de levar os utentes ao quarto de banho.

k) Como é a sua relação com as colegas de trabalho?



Gráfico 48 – Relação com as colegas

Todas as entrevistadas dizem ter uma boa relação com as colegas.

De acordo com a observação participante constato que a equipa do setor das AAD apresenta no geral uma boa relação de colegas, camaradagem e sentido de equipa.

O trabalho em equipa é fundamental para existir uma grande harmonia entre as AAD e as funções que tem de desempenhar.

g)- Como se sente na equipa?



Gráfico 49 – Como se sente na equipa

Todas as entrevistadas dizem sentirem-se bem e integradas na equipa.

Como observadora participante notei que as AAD sentem que tem uma equipa coesa e que trabalham em equipa. E para que exista realmente um bom trabalho de equipa é essencial existir cooperação, coordenação, motivação para que tudo se torne mais fácil de realizar.

l) Se precisar de ajuda, a quem pede esta ajuda? Porquê?

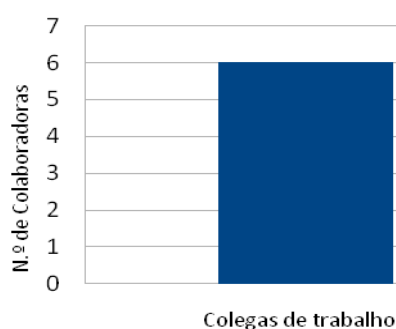


Gráfico 50 – Solicitação de ajuda

Todas as AAD referem que pedem ajuda inicialmente às colegas do setor, em último caso é que pedem a colegas de outros setores.

De acordo com a observação participante, menciono que o trato com as pessoas idosas é um trabalho, muitas das vezes, stressante, árduo, mas que a equipa encontra sempre soluções. As AAD sempre que necessitam de ajuda solicitam-na à colega de setor, porque tem experiência na área, porque já estão habituadas aos utentes, mas em caso de não poder estar uma AAD próxima e devido ao facto de existirem boas relações com os outros setores do lar, as mesmas pedem colaboração a outros setores que estão sempre com o cuidado de ajudarem no que for necessário/preciso.

m)O que pensa que poderia melhorar no seu trabalho e na relação com as colegas?

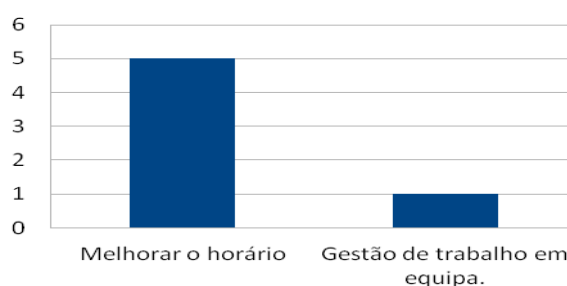


Gráfico 51 – Melhorias no trabalho e com as colegas

Existem 5 AAD que referem que podia melhorar o horário, uma AAD referiu a gestão do trabalho em equipa. Isto porque o horário na sua rotatividade tem duas noites e as AAD gostariam que apenas tivesse uma noite.

O trabalho em equipa é a “ação conjunta por um grupo de pessoas, em que cada uma subordina os seus interesses e opiniões individuais à unidade e eficiência do grupo”.

Isto não significa que as pessoas não são importantes, mas antes que o trabalho em equipa é mais eficaz e eficiente vai além das realizações pessoais. O trabalho em equipa mais eficaz é produzido quando todas as AAD contribuem de forma harmonizada para o objetivo comum – o conforto e bem-estar da pessoa idosa.

n) Como é a sua relação com os residentes/utentes?

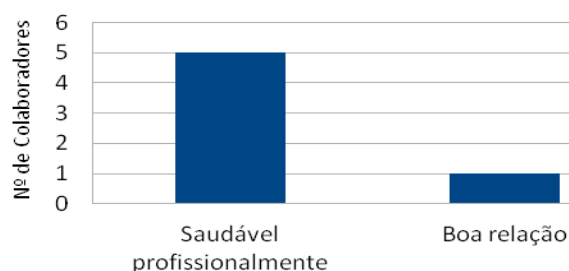


Gráfico 52 – Relacionamento com residentes/utentes

Todas as AAD referem ter uma boa relação com os utentes. Apenas 1 AAD refere que a sua relação com os utentes é saudável e profissional

O papel dos que prestam cuidados pessoais é vital para o bem-estar das pessoas idosas com demência. Atualmente as funções das AAD englobam cada vez mais, não só a ajuda física mas também a responsabilidade de estar disponível para ouvir os seus problemas individuais, ajudá-los a tornarem-se capazes de adquirir um maior controlo sobre as suas vidas e encorajá-los a realizar alguns desejos.

l) Quais as dificuldades sentidas no acolhimento e trato de pessoas idosas com demência?

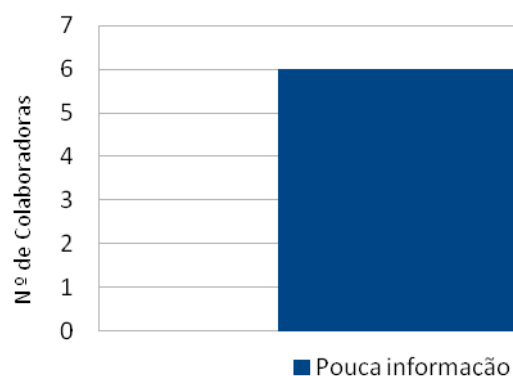


Gráfico 53 – Dificuldades sentidas no acolhimento

O principal problema apontado pelas AAD é terem pouca informação sobre o novo utente.

De acordo com o Manual de Boas Práticas (2010) o acolhimento na ERPI deve ter em atenção os riscos que importa minimizar como os de perda de vínculo afetivo, perda de identidade, desenraizamento, receio da mudança, tendência a rejeitar a integração, auto-culpabilização ou sensação de estar a sofrer uma punição.

Para as senhoras entrevistadas, é importante obter toda a informação sobre o novo utente, o que por vezes nem sempre é possível, o que dificulta muitas das vezes a sua integração.

m) Fez alguma formação específica para o cuidado a prestar a pessoas idosas com demência?

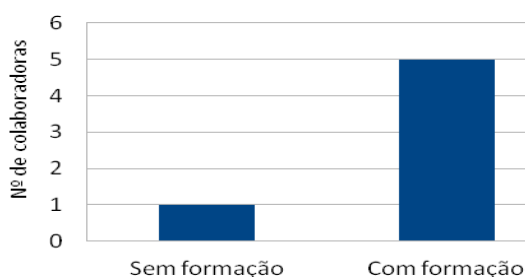


Gráfico 54 – Formação específica

Todas as AAD mencionam que tem formação, apenas 1 AAD refere que não tem formação específica.

Segundo Sommerhalder (2001), o cuidador formal (atividade profissional) 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.

n) Quais as competências que deveriam adquirir, através de formação, para uma melhor prática com pessoas idosas com demência?

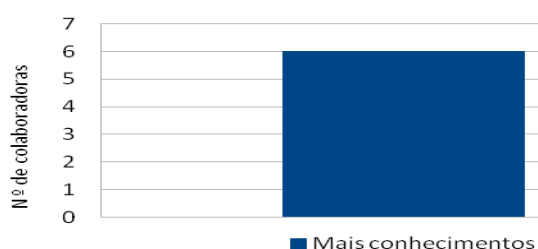


Gráfico 55 – Competências a adquirir

As AAD têm como principal preocupação adquirir mais conhecimento. Nomeadamente, como lidar com pessoas idosas com demência (principal preocupação); como criar uma melhor comunicação com os utentes; como contribuir para a promoção de autocuidado, autoestima, autonomia, independência; qual a melhor atitude perante a pessoa idosa com demência; realizar o seu controle emocional e gestão de stress.

A humanização e a individualização efetivam a relação interpessoal das AAD com a pessoa idosa, num modo de intervenção próprio e desejável de concretizar o cuidado profissional, com um verdadeiro começo em cada ação, num compromisso deontológico com sabe em valores, princípios, atitudes e comportamentos e, na procura incessante da excelência do exercício da profissão (Sousa, 2014).

o) O que poderia ser feito na ERPI para melhorar o cuidado e o conforto em relação a pessoas idosas com demência?

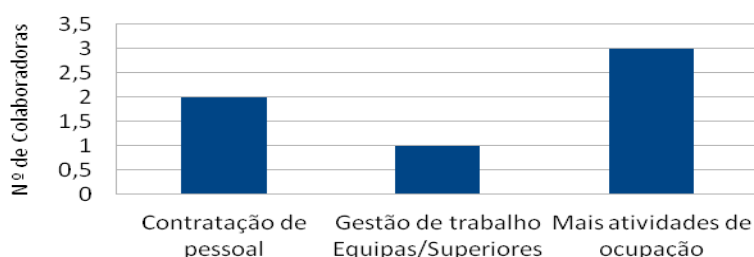


Gráfico 56 – Propostas de melhorias

Existem duas AAD que referem ser importante a contratação de mais pessoal. Três AAD mencionam a importância de existir mais atividades de ocupação. 1 AAD refere o bom entendimento entre equipas e superiores.

Segundo Kuske et al. (2009), cerca de 60% das pessoas institucionalizadas em países industrializados apresenta um quadro demencial. O esperado aumento da prevalência de utentes com esta doença coloca novos desafios às instituições de terceira idade, particularmente aos cuidadores formais (Kuske et al., 2007).

Cuidar de pessoas idosas demenciadas 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). Em Portugal, como em outros países europeus (Kuske et al., 2007), os cuidados a pessoas idosas demenciadas são prestados em lares de Pessoas Idosas convencionais, por pessoas com baixa escolaridade e pouca formação especializada.

A lógica do cuidar está subjacente à “qualidade real do serviço que se oferece ao utente” numa atmosfera de humanidade e numa qualidade normativa, técnica, científica e hoteleira, que por mais necessário que seja nunca passarão de aspetos parciais para com quem está pessoa idosa com demência.

Assim, a importância dos perfis profissionais construída através da identificação de uma lista de competências que as Ajudantes de Ação Direta devem desenvolver para desempenhar a sua profissão, está já devidamente fundamentada, salientando-se o interesse do registo dos resultados descritivos da aprendizagem no currículo.

Podemos concluir que, no que diz respeito à prestação de cuidados das AAD que a totalidade das entrevistadas fazem uma apreciação positiva, nomeadamente, a como se sentem a maioria refere que se sente feliz; o que mais gosta mencionam fazer a higiene e dar as refeições.

Na questão “como se sentiram na 1ª semana de trabalho” algumas referem ótimas; como se sentem, a totalidade das entrevistadas dizem bem; quanto à pergunta “o que menos gosta”, dizem na maioria que não gostam de movimentar os utentes para as cadeiras de rodas;.

Em relação á questão “como é a sua relação com as colegas de trabalho” todas mencionam boa; como se sentem na equipa a totalidade das entrevistadas dizem integradas, “nas normas, regras, rotina da ERPI ASAS.

Quando precisam de ajuda, mencionam que solicitam às colegas de trabalho; o que sugerem para melhorar o trabalho, falam em questões burocráticas, nomeadamente, melhorar o horário de trabalho (pois têm duas noites seguidas).

Em relação á sua relação com os residentes, a maioria diz que tem uma relação saudável; quanto à dificuldade que sentem no acolhimento de novos residentes algumas referem a pouca informação sobre o envelhecimento e as demências.

No que diz respeito á questão da “formação específica”, apenas uma delas diz não ter formação, as restantes têm curso de AAD; no que se refere às competências que deveriam adquirir dizem todas que precisam de “mais conhecimentos”.

Relativamente a propostas de “melhoria”, propõem a contratação de pessoal e mais atividades de ocupação para as pessoas idosas utentes.

De acordo com a análise realizada às necessidades das AAD como cuidadoras formais, o maior enfoque foi a necessidade de formação profissional mais adequada, para se poder prestar um serviço de qualidade.

Mas, a intervenção com pessoas idosas com demência é um território de extraordinária complexidade ao nível teórico, metodológico e ético. Aos profissionais que nele intervém é, cada vez mais, requerida uma sólida preparação teórica, técnico-operativa e relacional, sendo por isso cada vez mais imperativa a formação permanente de todos estes agentes.

A qualidade dos serviços prestados é um elemento chave que distingue qualquer tipo de organização, seja ela de carácter privado, público ou solidário, desta forma o papel dos cuidadores formais assume uma grande relevância, tanto nos lares, centro de dias, hospitais e/ou residências, onde exercem a sua profissão e são constantemente desafiados a responder não só em quantidade, mas também em qualidade.

Para ir ao encontro das necessidades desses profissionais é necessário saber responder a algumas das suas angústias por não saberem se estão a fazer o melhor, se estão a fazer bem e de não conseguirem por vezes obter informação que os ajude a melhorar os cuidados que prestam e entender a interdependência entre serviços.

2.3.As necessidades das AAD como cuidadoras formais

Cuidar de Pessoas Idosas demenciadas está pois associado a elevados níveis de *stress* e insatisfação laboral, devido à grande dependência e frequentes distúrbios comportamentais que acompanham a doença.

É necessário formar os cuidadores formais com competências que lhes permitam adequar os cuidados às necessidades dos Pessoas Idosas e, simultaneamente, diminuir a sobrecarga subjacente ao ato de cuidar.

Apesar de terem formação especializada, as AAD precisam de sentir e possuir algumas competências na prestação de cuidados a utentes com demência. Trata-se de competências que resultam sobretudo da sua experiência ao longo do tempo e da interação com os colegas, de algumas formações e que se centram tanto nos cuidados de natureza instrumental como nos de cariz mais emocional.

Cuidar de uma pessoa com demência é mais exigente do que cuidar de uma pessoa com limitações de outra ordem, devido sobretudo às dificuldades de comunicação e interação.

Os distúrbios comportamentais próprios da doença, como a agitação e a agressividade, são situações particularmente difíceis para as AAD.

Algumas AAD referem mesmo algum desconhecimento acerca das características da demência, seus sintomas e etiologia, traduzindo-se num sentimento de incerteza relativamente à adequação dos cuidados que prestam.

Para as várias AAD, o cuidado a pessoas com quadro demencial constitui um motivo de sobrecarga física e emocional. Expressam como é muito complicado e é preciso *muita paciência*, manifestando, por vezes, sentimentos de impotência e de desgaste.

Apesar das dificuldades, os cuidadores formais referiram vários aspetos positivos do seu trabalho com pessoas demenciadas. A manutenção da dignidade e o sentimento de que se está a contribuir para o bem-estar da pessoa com demência foram referidas como as principais gratificações por um dos participantes.

A maioria dos cuidadores deseja adquirir mais conhecimentos acerca da natureza da demência e competências para lidar com os comportamentos associados a esta.

Os resultados apontam assim para a necessidade do desenvolvimento de programas de intervenção com os cuidadores formais que visem não só a promoção de conhecimentos e competências específicas no contexto dos cuidados na demência, mas também o desenvolvimento de estratégias que promovam o autocuidado e a gestão do *stress* e sobrecarga emocional, que pode passar por sessões de supervisão e reforço do trabalho em equipa.

V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi mais um pequeno passo no nosso processo contínuo de crescimento como pessoa e como profissional. E outros passos se exigem. As ajudante de ação direta e os utentes aprendem todos os dias e nós técnicos com os mesmos.

A realização desta nossa investigação tinha também como objetivo: aprendermos. Sei que seremos hoje uma ajudante de ação direta e amanhã um futuro utente sempre pessoas melhores do que éramos ontem, mas, somos sem dúvida e seguramente pessoas diferentes e realizadas.

O caminho que foi desbravado na realização deste trabalho era um caminho novo para nós. É um caminho que abre outros caminhos, que abre outras opções e que nos solicita tomadas de decisões.

É através do lugar privilegiado que ocupo, como diretora técnica, na observação direta da realidade social, através do conhecimento do quotidiano da instituição, do idoso com demência, do trabalho das AAD, dos problemas que sentem as famílias, das políticas sociais existentes, dos poucos recursos disponíveis, que questiono a qualidade dos cuidados.

Os Pessoas Idosas com demência perdem progressivamente as suas capacidades cognitivas e motoras, originando, em estados mais avançados da doença, um elevado sentimento de sobrecarga na família. Esta situação leva à necessidade de institucionalização das pessoas idosas.

A análise pretende descrever e interpretar o que foi dito pelas participantes como informantes preferenciais que nos fornecem novos pontos de vista e novos conteúdos sobre o fenómeno observado – o acolhimento institucional de pessoas idosas com demência e a prestação de cuidados. A investigadora procurou o sentido social (subjacente á descrição dos fenómenos em estudo (cf. Guerra, 2006:83).

Sendo esta uma pesquisa exploratória, ensaiamos encontrar hipóteses explicativas a partir da diversidade da informação recolhida, procurando configuração específicas das relações sociais aqui observadas (cf. Guerra, 2006:86).

Os resultados perspetivados foram, adquirir um maior conhecimento sobre como realizar um acolhimento da pessoa idosa com demência; reformular alguns aspetos quanto aos procedimentos; preparar a formação especializada para as AAD, adequar, se necessário, a formação, em virtude da instituição ter uma empresa de formação baseada no levantamento das necessidades sentidas pelas colaboradoras.

De acordo com os eixos, de pesquisa, o Envelhecimento; a Demência e os Direitos das pessoas idosas; e a Prestação de Cuidados; foi importante descobrir para as Pessoas Idosas com Demência, as diferentes dimensões a contemplar nos cuidados. Focar a ação no desenvolvimento humano e perceber a importância da realização pessoal, dos sentimentos de pertença e de segurança, construídos no relacionamento com colegas, com as AAD, ressaltando a necessidade de criar mais ocupação e mais atividades de realização pessoal e grupal.

Para as ajudantes de ação direta como cuidadoras, podemos concluir que a maioria das trabalhadoras se sente realizada através do trabalho, valorizando a relação com os utentes e a relação com as colegas de equipa; ressalta a necessidade de preparar uma formação específica sobre envelhecimento e demência e o pedido de poderem ser mais as colaboradoras ao serviço. Pensamos assim que os nossos objetivos foram atingidos.

De acordo com os resultados existe a necessidade do desenvolvimento de programas de intervenção com as cuidadoras formais que visem não só a promoção de conhecimentos e competências específicas, no contexto dos cuidados na demência, mas também, o desenvolvimento de estratégias que promovam o autocuidado e a gestão do *stress* e sobrecarga emocional, que pode passar por sessões de supervisão e reforço do trabalho em equipa.

A intervenção com pessoas idosas com demência e/ou situações de dependência é um território de extraordinária complexidade ao nível teórico, metodológico e ético. Aos profissionais que nele, intervém é, cada vez mais, requerida uma sólida preparação teórica, técnico-operativa e relacional, sendo por isso cada vez mais imperativa a formação permanente de todos os colaboradores, de modo a gerirem a sua autorrealização a par da satisfação daqueles para quem trabalham.

Contudo a formação é de tal forma standardizada, que não toma em consideração nem a complexidade deste campo de intervenção, nem o facto de muitos destes colaboradores deterem já um acervo de conhecimento práticos a partir da qual qualquer formação que pretenda ter sucesso terá de partir.

Sugerimos que se trabalhe a questão de como lidar com a pessoa com demência mantendo a sua dignidade e autoestima, promovendo a sua autonomia e apoiando-as nas suas atividades de vida diária, tendo em vista a satisfação pessoal e as pequenas conquistas. Tendo por objetivo definir corretamente a demência e identificar os tipos de demência mais frequentes; identificar os principais sintomas da demência;

reconhecer a evolução habitual da demência; utilizar estratégias adequadas para lidar com a pessoa idosa com demência (nomeadamente estratégias de comunicação, de promoção de autonomia e de gestão de comportamento).

É importante também manter a qualidade dos serviços prestados, é um elemento fundamental para a ASAS porque a distingue de qualquer outra organização, desta forma o papel das ajudante de ação direta assume uma grande relevância onde exercem a sua profissão e são constantemente desafiados a responder não só á quantidade como também á qualidade.

Para ir ao encontro das necessidades destes profissionais é necessário saber responder a algumas das suas angústias por não saberem se estão a fazer o melhor, se estão a fazer bem e de não conseguirem por vezes obter informação que os ajude a melhorar os cuidados que prestam e entender a interdependência entre serviços.

Conhecer as principais intervenções terapêuticas na demência e enunciar a importância do papel do cuidador no apoio da pessoa idosa com demência, requer uma ação cuidada e preparada junto das AAD, fornecendo-lhes os conhecimentos, os instrumentos e o suporte necessário à sua prestação de serviços, considerando-as como mediadoras entre a organização e o seu utente.

Porque consideramos de extrema importância manter a dignidade da pessoa idosa com demência até ao fim dos seus dias e acreditamos no afeto e na qualidade da relação comunicativa e empática.

BIBLIOGRAFIA

- Ander-Egg, Ezequiel, Idanes, Maria José Aguilar, (1999), “Como elaborar um Projecto”, Lisboa, CPIHTS, 16ª edição.
- Ander-Egg, Ezequiel, Idanes, Maria José Aguilar (1992), “Evaluación de Servicios y Programas Sociales”, Madrid, Siglo XXI.
- António, S. (2012), “Políticas e Programas de Envelhecimento Ativo”, in Claudia Moura (Coord.), Processos e Estratégias do Envelhecimento. Porto: Eurdito, pp. 101-107.
- António, S. (2011), “Sobre Velhice e Envelhecimento Ativo – À maneira de prefácio”, in Luis Jacob e Hélder Fernandes (Coord.), Ideias para um Envelhecimento Ativo. Almeirim: Rutis, pp. 4-10.
- Albarrelo, Luc et Al. (1997). Práticas e Métodos e Investigação em Ciências Sociais, Lisboa, Gradiva.
- Almeida, António (2008), A Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares, Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt>.
- APFADA – O Silêncio da Memória – O (des) conhecimento da Doença de Alzheimer em Portugal.
- APFADA – O Manual do Cuidador.
- Arendt, Hanna – “O Privado e o Público” e “A vida Activa e a Era Moderna” in A Condição Humana. ALMEIDA, João e PINTO, José, (1990), “A Investigação em Ciências Sociais”, Lisboa: Presença.
- Araujo, Ludgleydson Fernandes de; Coutinho, Maria da Penha de Lima; Carvalho, Virgínia Ângela Menezes de Lucena (2005); Representações Sociais da Velhice entre Pessoas Idosas que participam de Grupos de Convivência. Revista Psicologia Ciência e Profissão, 25 (1), 118 – 131.
- Araujo, Ludgleydson Fernandes de, Coutinho, Maria da Penha de Lima, Saldanha, Ana Alayde Werba. Análise comparativa das representações sociais da velhice entre Pessoas Idosas de instituições geriátricas e grupos de convivência (2005). Revista quadrimestral da faculdade de psicologia – PUCRS, volume 36, n.2, pp.197- 204, maio/ago.
- Arruda, Ângela (2010). Teoria das representações sociais e teorias de gênero. In internet:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010015742002000300007&script=sci_arttext&tlng=pt.>

- Assembleia Geral das Nações Unidas (2006). Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Através da resolução A/61/611, Nações Unidas.
- Azevedo, Carlos; Franco, Raquel Campos; Meneses, João Wengorovices (2010), Gestão de Organizações sem fins lucrativos – o desafio da inovação social. Porto. Uniarte gráfica.
- Bardin, L. (2009). Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- BELL, Judith (1997), “Como realizar um projecto de investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação”, V edição. Lisboa: Gradiva, p. 10-201.
- Brawley, Elizabeth C. (1997), Designing for alzheimer’s disease – Strategies for creating better care environments.
- Bize, Dr. P. R. e C. Vallier; (1997) Uma vida Nova: a 3ª Idade, Psicologia Moderna, Editora Verbo.
- Blanco, A., DíAZ, D., (2005), “El bienestar social: su concepto y medición”, Universidad Autónoma de Madrid, Psicothema, Vol. 17, nº 4, p. 582-589.
- Braithwaire, V. & Mc Gown, A. (1993). Caregivers’ emotional well-being and their capacity to learn about stroke. Journal of Advanced Nursing, 18 (2), 195 – 202.
- Bryman, Alan e Cramer, Duncan, (2003), “Análise de Dados em Ciências Sociais: Introdução às Técnicas Utilizando o SPSS Para Windows”, 3ª edição, Oeiras, Celta Editora.
- Bogdan, R. e Biklen, S. (2010). Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos. Porto: Porto Editora.
- Bryman, A. E Cramer, D. (2003), Análise de dados em Ciências Sociais, Oeiras, Celta.
- Bosi, Ecléa (2007). Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos. Editora: Companhia das Letras. Edição: 02, p.18.
- Burgess, Robert G (1997), “A Pesquisa de Terreno – Uma introdução”, Oeiras, Celta Editora.
- Cabrillo, Francisco; Cachafeiro, Maria Luísa, Trad. Ramos, José, (1990), A Revolução Grisalha, Lisboa, Planeta Editora.

- Campos, António Fernando Correia de, (1992), Adequação de Intensidades de cuidados aos níveis de dependência do idoso; Análise económica das Ineficiências, Lisboa, UNLCSH, vol.2.
- CARDÃO, Sandra (2009), “O Idoso Institucionalizado”, Lisboa, Coisas de Ler.
- Carmo, H e Ferreira, M. (1998), Metodologia de Investigação, Lisboa, Univ. Aberta.
- Carrilho, M^a José e Patricio, Lurdes (2010), “A situação demográfica recente em Portugal”, artigo 5, INE, Revista de Estudos Demográficos, nº 48.
- Carvalho, Maria Irene (2013), Serviço Social no Envelhecimento, Lisboa, LIDEL.
- Carvalho, Maria Irene (2012), Serviço Social na Saúde, Lisboa, LIDEL
- Carvalho, Maria Irene (2014), Serviço Social – Teorias e Práticas, Lisboa, LIDEL.
- Chizzotti, Antônio (2003). A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. Revista Portuguesa de Educação, 16 (2), pp.221 – 236.
- Coutinho, C. (2013), Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática, 2^a ed., Coimbra, Almedina.
- Cordo, Margarida (2013). Contigo e Por Ti. Reabilitação da Pessoa com Doença Mental. Cascais: Principia.
- Cummings, J. L., & Cole, G. (2002). Alzheimer’s Disease. Journal of the American Medical Association, 287 (18), 2235 – 2237.
- Davison, T. E., McCabe, M.P., Visser, S., Hudgson, C., G., & George, K. (2007). Controlled trial of dementia training with a peer support group for aged care staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 868-873.
- Deslauriers, Jean-Pierre; Kérisit, Michèle; (1992) O delineamento de pesquisa qualitativa, 127-152.
- Debert, Guita Grin.(2004) A reinvenção da velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento. Edusp.Edição: 01, p. 39-69.
- Demartis, Lúcia (1996) – Compêndio de sociologia. Lisboa: Edições 70.
- Esteves, António Joaquim (1995), “Jovens e Pessoas Idosas. Família, Escola e Trabalho”, Porto, Edições Afrontamento.

- Fernandes, Ana Alexandre, (1997), Velhice e Sociedade, Oeiras, Celta Editores.
- Fernandes, Olga, (2007), Entre a Teoria e a Experiencia, Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Flick, U. (2005), Métodos Qualitativos na Investigação Científica, Lisboa, Monitor.
- Foddy, W. (1996). Como Perguntar. Teoria e Prática da Construção de Perguntas em Entrevistas e Questionários. Oeiras, Celta.
- Fortin, M.-F., (2003), O processo de Investigação da Conceção à realização, Decaire Editeur, Lusociência.
- Freund, J (1980) – Sociologia de Max Weber. Rio de Janeiro: Editora Forense.
- Hill, M. e Hill, (2000), A, Investigação por Questionário, Lisboa, Sílabo.
- Garcia, S. Vasquez, R.M.C. et al (2009). Enfermedad de Alzheimer: una panorámica desde su primera descripción hacia una perspectiva molecular. Medicina Interna de México. 25 (4), 300-12.
- Gatz, M., Bengtson, V.L., & Blum, M. J. (1990). Caregiving families. In J. E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), Handbook of the psychology of aging (3ª ed., pp. 404-426). San Diego: Academic Press.
- Giddens, A (2001) - Sociology. Cambridge, UK: Polity Press.
- Gil, António Carlos (1989), Pesquisa Social, São Paulo, Atlas, SA.
- Gil, Antônio Carlos (2002). Como Elaborar Projetos de Pesquisa. Editora: Atlas. 4 edição, Capítulo 4.
- Ghiglione, Rodolphe e Matalon, Benjamim (1997), “O Inquérito, Teoria e prática”, 3ª edição, Oeiras, Celta Editora, Lda.
- Guerra, Isabel, (2002), “Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Ação”, 2ª Edição, Cascais, Principia.
- Guerra, Isabel, (2006), Pesquisa Qualitativa e Analise de Conteudo, Sentidos e Formas de uso, Cascais, Principia.
- Guimarães, Paula Oliveira (1999), O Tempo não tem idade. Viver para o Mutualismo, Hoje, Amanha, Viver com o Mutualismo, Lisboa, Montepio Geral.
- Haddad, Eneide Gonçalves Macedo,(2002). A ideologia da velhice, São Paulo, Cortez Editora.

- Keys, C. (1998), "Social Well-Being", *Social Psychology Quarterly*, No. 61, 121 – 140.
- Kuske, B., Hanns, S., Luck, T., Angermeyer, M., Behrens, J., & Riedel-Heller, S.G. (2007). Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluated programs. *International Psychogeriatrics*, 19(5), 818– 841.
- Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M., Behrens, J., & Riedel-Heller, S.G. (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.
- Lapperrère, Anne; A teorização enraizada (grounded theory): procedimento analítico e comparação com outras abordagens similares, p353-285.
- Lezak, M.D. (1995). *Neuropsychological assessment* (3ª edição) England: Oxford University Press.
- Livantan, I. Bhatia, K. P., Burn, D. J., Goetz, G.G., Lang, A. E. et al (2003). SIC Task Force appraisal of clinic diagnostic criteria for parkinsonian disorders. *Movement Disorders*, 18, 467-486.
- Lobo, A., Breteler, M.M.B., et al (2000). Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurology*, 54, 4-9.
- Luz, Márcia Maria Carvalho, AMATUZZI, Mauro Martins. Vivência de felicidade de pessoas idosas. *Estudos de Psicologia*. Campinas. 25 (2), 303- 308, abril-junho, 2008.
- Maia, Fernando (1998), *População Idosa e Segurança Social anos 90*, Lisboa, Vol. I, Congresso Português de Gerontologia Social.
- Maia, Fernando (1993), *População Idosa e Segurança Social nos 90*, Lisboa, Coleção Estudos, UI.
- Manuais de Processo – Chave da Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, ISS.
- MARCONI, Marina de A., LAKATOS, Eva M, (1999), "Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados", 4ª edição, São Paulo, Atlas.
- Maffioletti, Lúcia.(2005) Velhice e Família: Reflexões Clínicas. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 25 (3).

- Manual de Boas Práticas – Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas, (2010) Instituto da Segurança Social, IP, Lisboa.
- Martins, Claudia Regina Magnabosco, CAMARGO, Brígido Vizeu, BIASUS, Felipe. (2009) Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. Universitas Psychologica, v. 8, (3).
- Martins, Roselisa Crespi. (1997) O idoso e seu cotidiano no imaginário feminino de meia – idade: um estudo em representações sociais. Revista Estudos de Psicologia. vol. 14, n: 3, 39 – 47.
- Monteiro, Alcides (1996), “A avaliação nos projectos de intervenção social: reflexões a partir de uma prática”, in Revista Sociologia, Problemas e Práticas, nº 22, pp. 137-154.
- Moreira, C.D. (1994), Planeamento e Estratégias da Investigação Social, Lisboa, UTL.
- Moreira, C.D. (2007), Teoria e Prática da Investigação, Lisboa, UTL.
- Morton, Ian, Person – Centre Approaches to Dementia Care.
- Neri, Anita Liberalesso (1995). Psicologia do Envelhecimento: temas seleccionados na perspectiva de curso de vida. Campinas, SP: Papirus, p. 14 – 39.
- Nuncio, Maria Jose (2010), Introdução ao Serviço Social – História, Teoria e Métodos, Lisboa, ISCSP.
- Nunes, Belina (2014), Alzheimer em 50 questões essenciais, Lisboa, LIDEL.
- Osório, Agustin Requejo e Pinto, Fernando Cabral, (2007), “As pessoas idosas – Contexto Social e Intervenção Educativa”, Lisboa, Instituto Piaget.
- Perrin, Tessa; May, Hazel (2000), Wellbeing in Dementia – Na Occupational Approach for Therapists and carers.
- Processo de Investigação da Conceção à Realização (2012), 3ª ed, Loures, Lusociência.
- Quivy, Raymond e CAMPENHOUDT, LucVan. (1992) – Manual de Investigação em Ciências Sociais- Lisboa: Gradiva-Publicações, LDA.
- Quivy, Raymond e CAMPENHOUDT, Luc (1998), “Manual de Investigação de Ciências Sociais”, 2ª ed., Lisboa, Gradiva.

- Oliveira, Érika Arantes de; Pasian, Sonia Regina; Jacquemin, André.(2001) A Vivência Afetiva em Pessoas Idosas. Revista Psicologia Ciência e Profissão, 21 (1), 68 – 83.
- Organização Mundial de Saúde, Direcção Geral de Saúde (2003). CIF Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Classificação detalhada com definições. Todas as categorias com as suas definições, inclusões e exclusões.
- Pacheco; José Augusto (1995) - O Pensamento e a Ação do Professor. Porto: Porto Editora.
- Pardal, L.A. e CORREIA, E. (1995) – Métodos e Técnicas de Investigação Social. Porto: Areal.
- Parkin, F. (1996) – Max Weber. Oeiras: Celta Editora.
- Paulino, Luciana Fernandes.(2009) Representações Sociais de Velhice, Cegueira e Direitos Sociais em instituições especializadas em deficiência visual. In internet: <http://teses.ufrrj.br/ESS_M/LucianaFernandesPaulino.pdf>
- Raymond, A. (2007) - As Etapas do pensamento Sociológico. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Rabelo, Dóris Firmino, NERI, Anita Liberalesso. (2005) Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente a incapacidade funcional na velhice. Revista Psicologia em estudo, volume 10, n. 3. Pp. 403, Set/Dez.
- Regulamento Interno da Associação para Serviços de Apoio Social, (2011).
- Ribeiro, Óscar e Paúl, Constança (2011), “Manual de Envelhecimento Ativo”, Lidel
- Robertis, Cristina, (1988), “Metodología de la Intervencion en Trabajo Social”, Argentina, El Ateneo.
- Rogers, Carl, (2010), Tornar-se Pessoa, Lisboa, Padrões Culturais Editora.
- Rolland, Y., Pillard, F., Klapouszczak, A., Reynish, E., Thomas, D., Andrieu, S., Reviere, D., & Vellas, B. (2007). Exercise Program for Nursing Home Residents with Alzheimer’s Disease: A 1-Year Randomized, Controlled Trial. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 158-165.
- Santana, I. & Cunha, L. (2005). Demências: manual para médicos. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Santos, António J. Robalo (2008). Gestão Estratégica – conceitos, modelos e instrumentos. Escolar Editora.

- Santos, Rosa L. A. dos (2002), "Princípios Éticos na Prática Gerontológica", in Netto, Matheus Papaléo, Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada, São Paulo, Atheneu, pp.470-478.
- Sampieri, H. (2007), Metodologia de Pesquisa, Lisboa, Mc Graw-Hill.
- Spar, J. E. & La Rue, A. (1998). Guia Psiquiatria geriátrica, Lisboa: Climepsi.
- Sequeira, Carlos (2010), Cuidar de Pessoas Idosas com dependência Física e Mental, Lousã, LIDEL.
- Schulz, R. & Quittner, A. L. (1998). Caregiving through the life-span: overview and future directions. *Health Psychology*, 17 (2), 107-111.
- Schulz, R., Belle, S.H., Czaja, S.J., McGinnis, K.A., Stevens, A., & Zhang, S. (2004). Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being. *The Journal of American Medical Association*, 292 (8), 961-967.
- Sommerhalder, C. (2001). Significados associados à tarefa de cuidar de Pessoas Idosas de alta dependência no contexto familiar. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Sousa, M^a Manuela, (2011). Formação para a Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas; 1^a edição, Principia Editora, Lda.
- Sousa, L. Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice (2^a ed.). Porto: Âmbar.
- Sousa, Patrícia Pontífice, (2014). O Conforto da pessoa idosa, Universidade Católica Editora Lda., Lisboa.
- Stone, R. Cafferata, G. L. & Sangl, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: a national profile. *The Gerontologist*, 27 (2), 616-626.
- Weber, Max (1983) - A Ética Protestante e o espírito do capitalismo. Lisboa, Editorial Presença.
- WHO – Pág.32

Web-Site:

- [Http://www.portaldasaude.pt/](http://www.portaldasaude.pt/)

ÍNDICE DE ANEXOS

- 1. Quadro Teórico**
- 2. Guião da Entrevista**
- 3. Guião do Questionário**
- 4. Grelha de análise das entrevistas**
- 5. Grelha de análise dos questionários**

1. QUADRO TEORICO

Dimensões	Categorias	
Envelhecimento, Velhice e Dependência	• Demográfico • Biológico • Psicológico • Relacional	Dimensões e Representações
Demências e Pessoas idosas com demências	• Sintomas • Tipos de demência • Direitos das pessoas idosas • Cuidados	
Cuidados e Prestação de Cuidados	• Relação cuidado/cuidador • Tipologias de cuidados • Especificidade dos cuidados das pessoas idosas com demência • A prestação das ajudantes de ação direta	

2. GUIÃO DA ENTREVISTA

Guião de Entrevista Semi-Diretiva – AAD

Esta entrevista inscreve-se no âmbito de um estudo para a minha dissertação de mestrado em Serviço Social da UL. Todos os dados prestados são confidenciais e anónimos.

Data de Admissão:

Idade:

1. Em relação ao seu trabalho como AAD

- a) Como se sente?
- b) O que gosta mais e o que gosta menos?
- c) Como se sentiu na 1ª semana quando chegou?
- d) Como se sente agora (melhor/pior)? Porque razão?

2. A relação com as outras colegas colaboradoras

- a) Como é a sua relação com as colegas de trabalho?
- b) Com se sente na equipa?
- c) Se precisar de ajuda, a quem pede esta ajuda? Porquê?
- d) O que pensa que podia melhorar no seu trabalho e na relação com as colegas?

3. A relação com os residentes

- a) Como é a sua relação com os residentes/utentes?
- b) Quais as dificuldades sentidas no acolhimento e trato de pessoas idosas com demência?
- c) Fez alguma formação específica para o cuidado a prestar a pessoas idosas com demência?
- d) Quais as competências que deveria adquirir, através de uma formação, para uma melhor prática com pessoas idosas com demência?

4 – O que poderia ser feito na ERPI para melhorar o cuidado e o conforto em relação a pessoas idosas com demência?

Obrigada pela sua colaboração

3. GUIÃO DO QUESTIONÁRIO

Esta entrevista inscreve-se no âmbito de um estudo para a minha dissertação de mestrado em Serviço Social da UL. Todos os dados prestados são confidenciais e anónimos

A sua opinião sobre os serviços da ERPI

a) Em relação às condições de residência?

- 1) Quarto
- 2) Refeitório
- 3) Sala-Estar
- 4) Instalações Sanitárias/Higien

b) Em relação à Qualidade dos Serviços

- 7) Higiene e Cuidados Pessoal
- 8) Qualidade da alimentação
- 9) Higienização dos quarto
- 10) Tratamento de roupa
- 11) Convívio
- 12) Programa Cultural
- 13) Relação com os familiar

c) No Acolhimento Residencial

- 1) Em relação à prestação de cuidados e conf
- 2) Em relação ao tutor e/ou representante legal/defesa dos direi

1) Em relação à própria ERPI

- a) Como se sente?

- b) O que gosta mais e o que gosta menos no ERPI?

- c) Como se sentiu na 1ª semana quando chegou?

- d) Como se sente agora (melhor/pior)?

e) O que pensa que podia melhorar?

2) A relação com os colegas residentes

e) Como é a sua relação com as colegas de qua

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

f) Como é a sua relação com os outros residentes/uten

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

g) Com quem sente mais confiança?

h) Se precisar de ajuda, a que pede esta ajuda? Porquê?

3) A relação com as Ajudantes de Ação Direta

e) Como classifica a sua relação com as cuidadoras?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

f) O que mais gosta?

g) O que menos gosta?

h) O que pode melhorar? (nos cuidados, relação dos utentes)

Obrigada pela sua colaboração!

4 - Grelha de Análise das Entrevistas às Ajudantes de Ação Direta

Sentimento de pertença e Segurança no trabalho	• Realização pessoal e profissional • Satisfação com o trabalho • O que gosta mais e menos
Trabalho em Equipa e relacionamento com as colegas	• Ajuda e colaboração • Confirmação e reciprocidade • Complementaridade de funções
Relação de cuidados com o utente	• Funções específicas • Relação interpessoal • Proporcionar conforto e carinho
Formação e competências	• Habilidades, atitudes e capacidade • Perfis de desempenho • Cumprimento de regras e normas
Relação com a Direção técnica	• Relações com hierarquias • Execução de funções • Reuniões de Equipa

5 - Grelha de Análise dos Questionários às Pessoas Idosas

Os direitos das pessoas idosas com demência		
Dimensões	Categorias e subcategorias	
Desenvolvimento Humano	Realização Pessoal	• Independência • Participação • Comunicação • Informação • Autonomia • Cuidados • Autorrealização • Dignidade
	Sentimento de Pertença	• Identidade • Sentimento de Segurança • Relação de confiança e ajuda
	Relações humanas e contatos sociais	• Relação com colegas de quarto • Relação com outros residentes • Relação com as ajudantes de ação direta • Relação com familiares • Relação com o tutor e/ou representante legal
Habitabilidade e Conforto	Condições de residência	• Quarto • Refeitório • Sala-estar • Instalações Sanitárias
Satisfação com a qualidade dos Serviços	• Higiene e Cuidados Pessoais • Qualidade da Alimentação • Higienização dos quartos • Tratamento de roupas • Convívio • Programa Cultural	

Fonte: Construção própria com fundamento no quadro teórico e testemunho dos participantes