



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

PROCESSO DE CUIDAR DA PESSOA IDOSA COM DOENÇA DE ALZHEIMER (DA) NUMA
ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS (ERPI): PERSPETIVA DAS AJUDANTES
DE AÇÃO DIRETA (AAD)

Dissertação apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
mestre em Cuidados Paliativos (CP)

Por: Joana Amaro Veloso Ferreira
Lisboa, 2016



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

PROCESSO DE CUIDAR DA PESSOA IDOSA COM DOENÇA DE ALZHEIMER (DA) NUMA
ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS (ERPI): PERSPETIVA DAS AJUDANTES
DE AÇÃO DIRETA (AAD)

PROCESS PERSON CARING FOR ELDERLY WITH ALZHEIMER'S DISEASE
(AD) A RESIDENTIAL STRUCTURE FOR ELDERLY (ERPI): PERSPECTIVE
OF DIRECT ACTION HELPERS (AAD)

Dissertação apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
mestre em Cuidados Paliativos (CP)

Por: Joana Amaro Veloso Ferreira
Sob a orientação da Prof.^a Doutora Patrícia Pontífice Sousa
Lisboa, 2016

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer à Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa pelo incentivo no decorrer da orientação do presente trabalho; pela disponibilidade, confiança, dedicação, pelo sentido profissional e crítico, assim como pelas sugestões na construção deste estudo.

Os meus agradecimentos vão para a instituição que gentilmente aceitou colaborar neste estudo: Santa Casa da Misericórdia de Alenquer, nomeadamente a resposta social Estrutura Residencial para as Pessoas Idosas e, em particular às Ajudantes de Ação Direta que participaram no estudo, pela sua disponibilidade e entrega.

Aos meus pais e irmãos, pelo esforço, dedicação e amor durante o processo, o que permitiu que todas as dificuldades vividas se tornassem menos complicadas.

Às minhas colegas de trabalho pela curiosidade, incentivo e colaboração demonstrada ao longo deste trabalho.

A todos que de uma forma ou de outra contribuíram.

O meu muito obrigada!

RESUMO

Introdução: o envelhecimento da população a nível europeu, a incidência e prevalência da doença de Alzheimer (DA), a sobrecarga dos cuidadores, a institucionalização da Pessoa idosa em Lar de idosos, atualmente designado por ERPI, leva à necessidade de um maior conhecimento sobre o processo de cuidar da Pessoa idosa com DA, na perspectiva dos cuidadores formais. Pretende-se compreender o processo de cuidar da Pessoa idosa com DA institucionalizada numa ERPI, conhecendo as suas necessidades, as dificuldades e estratégias no cuidado utilizadas pelas Ajudantes de Ação Direta (AAD). Parte-se da questão de investigação “Como se constrói o processo de cuidar da Pessoa idosa com DA institucionalizada numa ERPI, na perspectiva das AAD?”.

Metodologia: estudo exploratório e descritivo, com uma abordagem qualitativa, recorrendo-se a uma amostra não probabilística por conveniência. Para tal, utilizou-se a observação não-participante/indireta, a entrevista semiestruturada para a recolha dos dados e, conseqüentemente a análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (2011).

Resultados: os resultados colocam a descoberto a complexidade do fenómeno e possibilitam um aumento do conhecimento sobre o processo de cuidar: necessidades da Pessoa idosa, dificuldades na prestação de cuidados e estratégias de intervenção. As necessidades identificadas foram: as fisiológicas, as afetivas, as de segurança, as relacionais/sociais, as ocupacionais e as de cuidados totais/globais. Nas dificuldades emergiram: as características definidoras do doente, do próprio cuidador, os saberes do cuidador e os aspetos organizacionais. Como estratégias de intervenção: o conforto, a segurança, a comunicação verbal e não verbal adequada, a informação/esclarecimento, a orientação no tempo e espaço.

Conclusões: este processo advém das múltiplas necessidades multidimensionais, é condicionado por dificuldades inerentes à díade Cuidador/Pessoa idosa, e aos aspetos inerentes à organização, sendo gerido por estratégias variadas (intencionais) capazes de serem promotoras do conforto e bem-estar da Pessoa idosa.

Palavras-chave: Cuidar, Doença de Alzheimer, Estratégias de intervenção, Lar de idosos/ERPI, Pessoa idosa.

ABSTRACT

Introduction: The aging of the population at European level, the incidence and prevalence of Alzheimer's disease (AD), the burden on caregivers, the institutionalization of the elderly person in Nursing home, now called ERPI leads to the need for greater knowledge about the process to care for the elderly person with AD, from the perspective of formal caregivers. It aims to understand the process of caring for the elderly person with a institutionalized OF ERPI, knowing their needs, difficulties and strategies in the care used by the ADF. It is part of the research question "How do you build the process of taking care of the elderly person with institutionalized OF a ERPI, from the perspective of the AAD?"

Methodology: An exploratory and descriptive study, with a qualitative approach, using a non-probabilistic sample for convenience. For this, non-participant / indirect observation was used, the semi-structured interview for the data collection and, consequently, the content analysis proposed by Laurence Bardin (2011).

Results: The overall result lay bare the complexity of the phenomenon and enable an increase in knowledge about the nature of the care process: Elderly Person needs, difficulties in care and used intervention strategies. The needs identified were: physiological, affective, security, relational/social, occupational and total/overall care. The difficulties emerged: the defining characteristics of the caregiver's own patient, caregiver knowledge and the organizational aspects. As intervention strategies: comfort, safety, communication verbal language, orientation in time and espace, information/clarification. And yet the proposals for improvement in care.

Conclusions: This process comes from multiple multidimensional needs of the elderly person, it is conditioned by difficulties inherent in the dyad caregiver/elder, and aspects related to the organization and is managed by a variety of strategies (intentional) capable of being promoters of comfort and well-being the elder.

Keywords: Alzheimer's Disease, Elderly, Intervention strategies, Nursing Home/ERPI, Take care.

Índice geral

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	5
1.1 Envelhecimento da população e a DA.....	6
1.2 Institucionalização da Pessoa idosa com DA.....	15
1.2.1 Estrutura Residencial para Pessoas Idosas(ERPI).....	18
1.2.2 Cuidadores formais: AAD e a prestação de cuidados.....	20
CAPÍTULO II - METODOLOGIA.....	25
2.1 Caracterização dos participantes.....	26
2.2 Instrumentos de colheita de dados.....	27
2.3 Procedimentos de colheita de dados.....	28
2.4 Análise e tratamento de dados.....	30
2.5 Considerações éticas.....	32
CAPÍTULO III - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL E DAS INFORMANTES.....	35
3.1 – Breve caracterização do contexto institucional: ERPI.....	35
3.2 – Caracterização sociodemográfica das informantes: AAD.....	36
CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	43
4.1 - Necessidades da Pessoa idosa com DA.....	44
4.2 -Dificuldades na prestação de cuidados à Pessoa idosa com DA.....	51
4.3 - Estratégias de intervenção de cuidado à Pessoa idosa com DA.....	56
4.4 - Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA.....	62
CAPÍTULO V - PRINCIPAIS CONTRIBUTOS DO ESTUDO E PROPOSTAS PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES.....	67
5.1 Limitações encontradas, sugestões e implicações para futuros estudos.....	67
CONCLUSÕES.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
Apêndices.....	90

Índice de quadros

Quadro 1. Breve descrição dos sinais de alerta da DA.....	9
Quadro 2. As três possibilidades para um diagnóstico da DA: DA possível, provável e definitiva.....	12
Quadro 3. Matriz de análise das entrevistas semiestruturadas aplicadas às informantes.....	31
Quadro 4. As habilitações literárias, as formações, o tempo de experiência e o tempo de serviço das informantes.....	38
Quadro 5. Dependência: as principais alterações na Pessoa idosa com DA e as atividades em que precisam de ajuda (perspetiva das informantes).....	41

Índice de Figuras

Figura 1.	36
----------------	----

Índice de diagramas

Diagrama 1. Processo de cuidar da Pessoa idosa com DA.....	43
Diagrama 2. Pirâmide das Necessidades da Pessoa idosa com DA: prevalência dada pelas informantes.....	49
Diagrama 3. Dificuldades na prestação de cuidados à Pessoa idosa com DA: voz ativa das informantes.....	55
Diagrama 4. Síntese das Estratégias de intervenção de cuidado com base na experiência partilhada pelas informantes: psicoespiritual.....	60
Diagrama 5. Proposta de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA: sugestões das informantes.....	65

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAD – Ajudantes de Ação Direta

AAP – Associação Alzheimer Portugal

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

APFADA - Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes com Alzheimer

APMCG – Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral

AVD- Atividades da Vida Diária

BTE – Boletim do Emprego e do Trabalho

CF – Cuidadores Formais

CI – Cuidadores Informais

CNIS - Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade

CRP - Constituição da República Portuguesa

DA – Doença de Alzheimer

EN – Envelhecimento normal

EQD – Envelhecimento com quadro demencial

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISS – Instituto da Segurança Social

MSES - Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social

MTSS – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

PNIA - Plano Nacional de Intervenção Alzheimer

QV – Qualidade de Vida

SCMA – Santa Casa da Misericórdia de Alenquer

WHO – *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa na sociedade portuguesa e as consequências do envelhecimento demográfico a nível social, de saúde e económico, traduzem-se numa grande preocupação. Dado ao aumento do número de diagnósticos de pessoas com DA, torna-se importante rever as abordagens dos cuidados. Tal como afirma Bermejo (2010), cuidar da Pessoa idosa constitui-se um desafio para os cuidados profissionais, assim como para os cuidados familiares. Verifica-se que os cuidadores informais (CI) ainda não se encontram preparados para lidar com a DA, pois à medida que esta doença evolui os doentes vão requerendo mais cuidados, dado à deterioração das suas capacidades mentais e físicas, exigindo cuidados a tempo inteiro.

Perante isto, a vida dos CI (geralmente os familiares) é afetada a todos os níveis, acabando por recorrerem à institucionalização da Pessoa idosa com DA, principalmente em lares de idosos, como uma resposta de cuidados. No entanto, muitas destas instituições não estão preparadas para acolher este tipo de doentes (Costa, 2011; Cunha, 2012). Isto é visível, quer a nível das infraestruturas, quer a nível dos recursos humanos, visto que as suas necessidades são diversas e complexas, tendo que se adequar o espaço físico às alterações físicas/motoras do respetivo doente (Costa, 2011), assim como o tipo de abordagem dos cuidados (personalizado de acordo com as características de cada um).

Neste sentido, cuidar pode estar associado a elevados níveis de stress, sobrecarga física e emocional, assim como à responsabilidade absoluta em relação às Atividades da Vida Diária (AVD) da Pessoa idosa com DA. Mediante isto, verifica-se a criação de um vínculo de dependência na díada cuidador/pessoa cuidada, uma vez que este apresenta uma perda de memória acompanhada por uma diminuição de autonomia, necessitando de cuidados cada vez mais complexos (Selmes & Selmes, 2000; Castro-Caldas & Mendonça, 2005; Moniz, 2008; Costa, 2011).

É de referir que, à medida que a DA evolui torna-se mais difícil a interação e a percepção, sendo mais complicado a forma de atuar dos profissionais (Selmes, 2000; Carvalho, 2012; Almeida, 2013). Os cuidadores formais (CF) poderão ter dificuldades ao nível da interação e comunicação; do desconhecimento da doença; da dificuldade em lidar com os distúrbios comportamentais; da falta de tempo; da escassez de recursos

humanos; do impacto emocional e físico; da organização e planeamento de atividades; da interação com a família e o pouco envolvimento da família na dinâmica da instituição (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques & Sousa, 2011).

Neste contexto, torna-se importante investigar o processo de cuidar da Pessoa idosa com DA institucionalizada, conhecendo as suas necessidades, as dificuldades no cuidado e as estratégias utilizadas pelos CF. A presente investigação terá como alvo de estudo as AAD, pois são profissionais que estabelecem um contacto direto e permanente com este tipo de doentes, através dos cuidados de acompanhamento, supervisão e orientação, que poderão implicar um desgaste psicológico. É de salientar, que nem todas as profissionais estão preparadas para lidar e/ou gerir situações complexas do cuidado, tais como, a inquietação/agitação, a agressividade, a repetição das ações e/ou conversas apresentadas pela Pessoa idosa com DA.

Para a realização do presente estudo, foi fundamental a construção de um plano de investigação: na primeira fase, procedeu-se à definição e sistematização de um conjunto de aspetos que envolvem o tema, o problema, a(s) questão(ões), a finalidade e os objetivos, assim como os tempos e os meios necessários para a sua concretização. Como tal, este documento será composto por cinco capítulos, as conclusões, as referências bibliográficas e a webgrafia, assim como os anexos e os apêndices relativos aos instrumentos que foram utilizados ao longo do respetivo estudo.

No primeiro capítulo, apresentar-se-á uma revisão da literatura sobre o envelhecimento da população e a DA, descrevendo de forma breve, o processo de envelhecimento, a evolução da DA (fases/estádios), os sinais de alerta, o diagnóstico, a intervenção farmacológica e não farmacológica. Inerente a isto, será abordada a institucionalização da Pessoa idosa com DA, as instituições existentes, focando essencialmente, a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) e o papel das AAD no cuidado a este público.

No segundo capítulo, serão mencionadas a finalidade, os objetivos e as questões de investigação. De seguida, definir-se-á o tipo de estudo (método qualitativo, tipo de estudo exploratório e descritivo) e a caracterização dos participantes (designados por informantes), nomeadamente o tipo de amostra e os critérios de seleção. Posteriormente, será exposto o instrumento de colheita de dados (observação não participante/indireta, guião e entrevista semiestruturada), descrevendo o

procedimento de colheita de dados e o seu processamento. E ainda, as considerações éticas, em que são referidos os princípios/direitos que foram tidos em conta durante a presente investigação. Isto, porque a verificação dos resultados foi realizada em conjunto com as informantes, respeitando os seus direitos e vontades.

No terceiro capítulo, proceder-se-á à caracterização do contexto institucional e das profissionais. Na quarta parte, apresentar-se-ão os resultados (1-Necessidades da Pessoa idosa com DA; 2- Dificuldades na prestação de cuidados; 3-Estratégias de intervenção e 4-Propostas de melhoria no cuidado), discutindo e analisando-os. No quinto capítulo, apresentar-se-ão as limitações encontradas durante o presente estudo, mencionando as sugestões e implicações para futuras investigações.

Assim, cuidar da Pessoa Idosa deve caminhar a lado com a humanização, procurando a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional, a preservação/promoção/defesa da autonomia, vontade própria, ou seja, os projetos de vida (Sousa, 2014). Como tal, o cuidado de pessoas portadoras de DA deve ser planeado, de forma individual e personalizada, de acordo com as suas necessidades, desejos, respeitando-as como seres únicos com direitos.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Nesta parte (I) apresenta-se uma revisão da literatura, pois é uma fase transversal a todo o percurso da investigação. Esta revisão permitiu definir o problema e o estado atual sobre o tema, as lacunas e a contribuição da investigação. Isto é, localizar, analisar, sintetizar e interpretar a investigação, relacionando com a área do estudo (Bento, 2012). Posto isto, procurou-se informações sobre o envelhecimento da população e a DA, descrevendo brevemente o processo de envelhecimento, a evolução da DA: fases/estádios da doença, os sinais de alerta, o diagnóstico da DA, a intervenção farmacológica e não farmacológica, assim como a institucionalização da Pessoa idosa com DA, a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), as AAD e a prestação de cuidados a este público.

Neste sentido, tendo em consideração a *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos* (2009), em Portugal continuam a subsistir dois tipos de redes de suporte às pessoas em situação de dependência: as designadas por redes informais, constituídas pela família, vizinhos ou amigos e as redes formais, onde se inserem todo o tipo de programas e medidas de proteção social. Mediante isto, verifica-se que a resposta social “Lar de Idosos” constitui-se uma das mais procuradas para a institucionalização das pessoas dependentes (cerca de 50%), seguindo-se o “Serviço de Apoio Domiciliário” (ISS, 2005; MTSS, 2009).

Segundo Carvalho et al (2014), existe um plano específico para as demências, mas que até ao momento as instituições e os recursos são precários, sendo insuficientes para responder às necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais dos doentes. Inerente a isto, verifica-se um quadro de instabilidade profissional das AAD, por diversos motivos (Carvalho, 2012). Deste modo, pode-se considerar que apesar dos avanços a este nível, ainda se verificam aspetos a melhorar, tendo em conta o envelhecimento da população, assim como a DA. Como tal, é necessário continuar a investigar este tema, principalmente os cuidadores informais e formais, pois existem dificuldades e obstáculos na prestação de cuidados, que devem ser alvo de estudo.

1.1 - Envelhecimento da população e a DA

Tendo em consideração Barreto citado por Sequeira (2010), dos cerca de um milhão e meio de idosos da sociedade portuguesa, mais de 70000 são afetados por um processo demencial, principalmente pela DA. É de salientar que surgem mais de 12000 casos novos, com tendência a aumentar. Posto isto, segundo os dados recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE) relativos ao ano de 2013, Portugal apresenta no conjunto dos 28 Estados-Membros: o 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento. Inerente isto, está o aumento de casos de demência, sendo DA a mais prevalente.

Com base no Plano Nacional de Intervenção Alzheimer - PNIA (2009), existem 153 000 pessoas com demência em Portugal, das quais 90 000 têm DA. De acordo com o contributo de Santana in *Jornal Médico* (2013), estima-se que cerca de 5% dos indivíduos com mais de 65 anos sofram de demência, sendo que as taxas de prevalência duplicam a cada cinco anos. De acordo com Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues & Carvalho (2015), a DA é responsável por 50 a 70% dos casos de demência em Portugal.

Neste contexto, é necessário que todos os profissionais de saúde e sociais melhorem as suas práticas, assim como as instituições reformulem os seus sistemas, em prol da melhoria dos cuidados prestados a este tipo de público. Tal como afirma Moreira (2014), a DA caracteriza-se pela perda das habilidades cognitivas e emocionais, que interferem na vida diária dos indivíduos. Como tal, estas devem ser consideradas um problema de saúde pública, pois aumentam com a longevidade das populações.

Em termos históricos, a DA foi descrita pela primeira vez 1907 pelo médico psiquiatra e neuropatologista Aloís Alzheimer, através de um caso de uma senhora de 51 anos, cujas faculdades intelectuais haviam desaparecido. Após a autópsia do seu cérebro, foram descobertos dois tipos de anomalias: placas e emaranhados neurofibrilares (Selmes & Selmes, 2000). No que diz respeito à etiologia e fisiopatologia, ainda persistem dúvidas. No entanto, verifica-se uma redução das fibras colinérgicas e a diminuição do número de neurónios, principalmente ao nível do hipocampo. É de salientar as duas lesões: as placas senis (proteína β -amilóide) e a degenerescência neurofibrilar.

Perante isto, importa referir o que se entende por envelhecimento, sendo este um processo dinâmico, progressivo e irreversível, com alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas, psicológicas e sociais, que determinarão a perda da capacidade de adaptação ao mundo (Carvalho, 2013; Fachine & Trompieri, 2012; Oliveira, 2010). Segundo Carvalho & Faria (2014) in *Demência na Terceira Idade*, neste processo existem três idades, sendo estas: a biológica (funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano, capacidade de autorregulação diminui com o tempo), a psicológica (capacidade de adaptar-se às mudanças, que inclui sentimentos, memória, emoções, inteligência, motivações e controlo pessoal) e a sociocultural (comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento, entre outros – conjunto de papéis sociais que se adotam em relação aos outros membros da sociedade e à cultura de pertença).

Mediante isto, existem diferentes padrões de envelhecimento, nomeadamente: o primário (as mudanças intrínsecas ao processo de envelhecimento, correspondendo à imagem que construímos do envelhecimento); o secundário (mudanças causadas pela doença, que estão correlacionadas com a idade, mas que podem ser prevenidas) e o terciário (mudanças que ocorrem de forma precipitada na velhice, dando origem a um envelhecimento rápido (Carvalho & Faria, 2014).

De acordo com Cardão (2009), o envelhecimento é um processo de interação contínua entre fenómenos biológicos, psicológicos e sociais, que provocam alterações no organismo à medida que a idade cronológica aumenta. Este difere de indivíduo para indivíduo, tornando-se um EN quando existe o cuidado com a saúde (conhecimento do processo de envelhecimento, prática de atividades físicas, o controlo de doenças, entre outras).

Perante isto, são de mencionar dois conceitos, sendo estes: a autonomia e a dependência. Segundo WHO (2002), a autonomia refere-se à capacidade para controlar, lidar com as situações, assim como tomar decisões sobre a vida quotidiana, conforme as suas próprias regras. Por sua vez, a dependência está relacionada com a incapacidade da pessoa em satisfazer as suas necessidades básicas, sendo necessário a ajuda de outras pessoas (Sequeira, 2010).

Assim, o processo de envelhecimento é constituído por estes dois conceitos, que irão influenciar a qualidade de vida (QV) do indivíduo, ou seja, se o indivíduo for independente e autónomo consegue gerir a sua vida, realizando as AVD. Contrariamente, numa situação de DA, o indivíduo torna-se cada vez mais dependente na realização das AVD, deixando de ter autonomia, pois a sua capacidade de tomada de decisão dificilmente é mantida com a progressão da doença (alterações significativas a nível cognitivo).

Tendo em consideração a Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes com Alzheimer (APFADA), a DA é a forma mais comum de demência, constituindo cerca de 50% a 70% de todos os casos. De acordo com o Manual do Cuidador da Comissão Europeia e Alzheimer Europe (2006), esta é uma doença degenerativa que, de forma lenta e progressiva, vai destruindo as células do cérebro. Segundo Castro-Caldas & Mendonça (2005), as células do sistema nervoso central sofrem um processo de morte mais acelerado que o normal. Como tal, este tipo de demência provoca uma deterioração global, progressiva e irreversível.

Neste sentido, surgem as alterações no comportamento, na personalidade e na capacidade funcional dos doentes, que dificultam a realização das AVD, tais como, preparar uma refeição, vestir-se, esquecer do sítio onde colocou determinado objeto, entre outras. De acordo com Barreto (2005), in *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*, a DA apresenta três fases¹: 1. fase Inicial (dois a quatro anos), 2. Avançada (cerca de três a cinco anos) e 3. Terminal (pode durar de um a três anos). Ainda existem autores que mencionam quatro fases, em que a segunda é designada por Moderada ou Intermédia (necessidade de apoio nas AVD, embora continue a deambular) (Neto, 2010).

Na fase Inicial, o doente apresenta problemas moderados de memória, principalmente de memória episódica. Este por constrangimento e/ou receio pode evitar que os familiares ou amigos se apercebam da sua situação de saúde. A memória de procedimentos também é afetada, em que o doente começa a esquecer-se dos nomes, dos contactos telefónicos, assim como do modo como realizava as suas tarefas, tendo dificuldades na execução das AVD.

¹ Apêndice A.– Síntese das fases/estádios da DA.

Inerente a isto, as capacidades de atenção e de comunicação são afetadas, como consequência o doente apresentará dificuldades em encontrar as palavras adequadas (memória semântica), podendo surgir alterações na duração das frases. Como tal, torna-se importante referir as diferenças entre o EN e o envelhecimento com quadro demencial (EQD), através dos respetivos sinais de alerta. Assim, possibilitar-se-á a detecção precoce da doença e, simultaneamente evitar-se-á o pensamento de que as pessoas estão com algum tipo de demência, neste caso com a DA.

De acordo com a *Alzheimer Association* (2009), os sinais de alerta da DA são: 1. perda de memória; 2. dificuldade em planear ou resolver problemas; 3. dificuldade em executar as tarefas diárias; 4. perda da noção do tempo e desorientação; 5. dificuldades em perceber imagens visuais e relações espaciais; 6. problemas de linguagem; 7. troca dos lugares das coisas (confusão); 8. discernimento fraco ou diminuído; 9. afastamento do trabalho e da vida social e 10. alterações de humor e personalidade. Para descrever brevemente estes sinais, elaborou-se o presente quadro, apresentando algumas diferenças entre o EN do EQD.

Quadro 1.

Breve descrição dos sinais de alerta da DA

Sinais de alerta	Processo de envelhecimento normal	Envelhecimento com quadro demencial – DA
Perda de memória	Pormenores das circunstâncias vivenciadas: os indivíduos recordam posteriormente as datas, os eventos, de forma espontânea ou com recurso a ajudas.	<ul style="list-style-type: none"> - Esquecimento de informações recentes. Ex: datas, eventos, repetição da mesma pergunta várias vezes; - As experiências são totalmente atingidas, em que os indivíduos geralmente não têm consciência disso.
Dificuldade em planear ou resolver os problemas	Erros ocasionais e não sistemáticos no planeamento e na resolução de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> - Perda da capacidade de desenvolver e seguir planos. Ex: receitas de culinária, gestão das contas mensais, entre outras; - Dificuldades de concentração e maior tempo a realizar as tarefas, que geralmente eram feitas de forma rápida.
Dificuldade em executar as tarefas diárias	<ul style="list-style-type: none"> - A pessoa idosa pode precisar de ajuda para tarefas que não esteja tão familiarizado ou que sejam novidade. Ex: graver um programa de televisão, entre outros; - Pequenos esquecimentos, como esquecer de colocar sal nas batatas ou deixá-las no forno, lembrando no 	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidade de preparar qualquer parte da refeição; - Esquecimentos ao nível da sua alimentação (se já comeu ou não), da higiene (se já fez a higiene oral ou não), entre outros; - Dificuldades em conduzir até um local conhecido.

	final da refeição (não de forma causal e não sistemática).	
Perda da noção do tempo e desorientação	A pessoa idosa pode ter dúvidas sobre o dia da semana, mas quando ajudada lembrar-se do respetivo dia.	<ul style="list-style-type: none"> - Perda da noção das datas, eventos, estações do ano e da passagem do tempo; - Dificuldade em entender alguma situação que se tenha passado em outro momento, que não o presente; - Por vezes, podem até esquecer-se do local onde estão e como lá chegaram. - Dificuldades de leitura, em calcular distâncias e em determinar uma cor ou contraste;
Dificuldade em perceber imagens visuais e relações espaciais	Problemas de visao devido a presbitia ou cataratas.	<ul style="list-style-type: none"> - A pessoa com DA pode passar por um espelho e não reconhecer a imagem refletida, achando que é outra pessoa. Por vezes, começa a falar perante a imagem refletida; - Distorções nos objetos ou ter a impressão de que existe intrusos na casa.
Problemas de linguagem	Com o avançar da idade, muitas pessoas têm dificuldades em encontrar a palavra certa para determinado contexto.	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades em acompanhar ou inserir-se numa conversa. É frequente parar-se a meio da conversa ou repetir-se várias vezes a mesma coisa; - Dificuldades em encontrar palavras adequadas para se expressarem ou dar nomes errados às coisas; - Dislexia e disortografia.
Troca dos lugares das coisas (confusão)	As pessoas idosas esquecerem-se de onde colocaram os óculos, o comando da televisão é muito frequente no envelhecimento normal.	<ul style="list-style-type: none"> - Estes doentes colocam as coisas em lugares desadequados. Geralmente, perdem os seus objetos, pois não são capazes de se relembrar do sítio onde os guardaram; - Por vezes, podem acusar os outros de lhes terem roubado os objetos.
Discernimento fraco ou diminuído	É normal no processo de envelhecimento normal, as pessoas idosas tomem decisões erradas algumas vezes. Só se torna preocupante, quando se verifica que é sistemático, em que o indivíduo não se apercebe.	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações na capacidade de julgamento ou tomada de decisão. Ex: Não percebem quando estão a ser enganados a nível monetário ou quando estão a vestir-se de modo desadequado (fora da estação, do avesso);
Afastamento do trabalho e da vida social	É normal as pessoas sentirem-se cansadas do trabalho, da família, acabando por não querer sair naquele dia.	<ul style="list-style-type: none"> - Podem começar a abandonar os seus passatempos, atividades sociais, projetos de trabalho, desportos, entre outros; - Dificuldades em assistir um jogo do início ao fim, assim como esquecer-se de acabar alguma atividade.
Alterações de humor e personalidade	- Distinção entre as presentes alterações da pessoa idosa com o	<ul style="list-style-type: none"> - Tornam-se confusos, desconfiados, deprimidos, com medo ou ansiedade;

- seu modo de ser;
- Os indivíduos com idade, podem gostar de fazer certas coisas de determinada maneira e, por vezes irritam-se quando a sua rotina é interrompida ou alterada.
- Tendem a irritar-se com facilidade;
- É comum as súbitas alterações de humor (serenidade ao choro ou à angústia, sem qualquer motivo para tal).

De acordo com Paúl & Ribeiro (2012), o declínio da memória/dificuldades na memória episódica fazem parte do EN e constituem, simultaneamente um dos indicadores principais da apresentação amnésica da DA provável. Esta doença caracteriza-se por duas lesões principais, as placas senis que contém a proteína β -amilóide, e os emaranhados neurofibrilares (Neto, Tamelini & Forlenza, 2005). O diagnóstico deve ser realizado por médico especialista (Neurologista ou Psiquiatra), tendo como papel fundamental a detecção dos primeiros sinais de demência e o encaminhamento imediato para consultas da especialidade, permitindo um diagnóstico precoce (Costa, 2011). Isto permitirá que o respetivo doente e os seus cuidadores organizem/planeiem a sua vida, tomando decisões relativas ao futuro.

Mediante isto, importa referir que existem três possibilidades para o diagnóstico desta doença, sendo estas, DA possível, provável e definitiva. Em caso do doente estar vivo, a DA é sempre “provável” ou “possível”. O diagnóstico é definitivo consoante a confirmação histológica (estudo direto do tecido cerebral *pré* ou *post-mortem*) (Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

Para sintetizar cada uma delas, elaborou-se o quadro apresentado abaixo, no qual foram mencionados os critérios para o diagnóstico. Para tal, recorreu-se aos critérios do NINCDS-ADRDA de McKhann et al., 1984 citado por Neto, Tamelini & Forlenza (2005), assim como a Oliveira, Ribeiro, Borges & Luginger (2005).

Quadro 2.

As três possibilidades para um diagnóstico da DA: DA possível, provável e definitiva

Diagnóstico da DA			
Possível		Provável	Definitiva
Baseia-se:	Critérios:	Auxiliado por:	
<ul style="list-style-type: none"> - Na observação de sintomas clínicos e na deterioração de duas ou mais funções cognitivas (memória, linguagem, pensamento); - Quando existe uma segunda doença que não seja considerada como causa de demência; - Diagnóstico menos certo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demência estabelecida por exame clínico e documentada pelo <i>Mini-Exame</i> do Estado Mental, escala de demência de <i>Blessed</i>, ou avaliação similar (confirmação por testes neuropsicológicos); - <i>Déficits</i> em duas ou mais áreas da cognição; - Piora progressiva da memória e outras funções cognitivas; - Ausência de distúrbio da consciência; - Início entre os 40 e 90 anos, mais freqüentemente após os 65 anos; - Ausência de doenças sistêmicas ou outras doenças cerebrais que por si só possam provocar declínio progressivo de memória e cognição. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deterioração progressiva de funções cognitivas específicas como linguagem(afasia), habilidade motora(apraxia)e percepção (agnosia); - Prejuízo nas AVD e padrões anormais de comportamento; - História familiar de demência (particularmente se confirmada por exame neuropatológico); - Exames laboratoriais compatíveis com o diagnóstico: punção lombar: normal, pelas técnicas usuais; - EEG: padrão normal ou alterações inespecíficas, como aumento de ondas lentas; - TC de crânio: atrofia cerebral, com progressão documentada por exames seriados. 	<ul style="list-style-type: none"> - O diagnóstico da DA só é confirmado com a identificação de placas e entrançados no cérebro; - O terceiro diagnóstico, determinante da DA é feito só através da biopsia ao cérebro ou depois da autópsia.

Em síntese: uma história clínica detalhada (fornecida pela própria pessoa e/ou pelo familiar), um exame físico e neurológico, exames laboratoriais, outros exames especializados (Raio X, Electroencefalograma (EEG), Tomografia Axial Computorizada (TAC), análises do líquido raquidiano ou ressonância magnética (RM)), uma avaliação neuropsicológica, uma avaliação psiquiátrica.

O tratamento da DA é plurimodal, na medida em que se pode recorrer a estratégias medicamentosas e não medicamentosas. Para tal, devem ser elaborados planos de cuidados específicos para cada doente (individualizado), alterando regularmente no decurso da evolução da doença (Grilo, 2009). O tratamento farmacológico incide, essencialmente, ao nível dos inibidores das colinesterases (tacrina, donepezilo, rivastigmina, galantamina) e ao nível dos antagonistas dos receptores glutamatergicos (memantina) (Carvalho et al., 2014).

Para a DA ligeira a moderada são indicados os inibidores da colinesterase: Donepezilo, Rivastigmina e Galantamina. Para além destes, existem o Metrifonato e a Fisostigmina e os seus derivados. No caso da DA moderada a grave é a Memantina. Para minimizar sintomas psiquiátricos: antidepressores, sedativos, antipsicóticos, etc (Pereira, 2013). Estes têm efeitos no nível cognitivo, melhoria temporária das funções intelectuais e benefícios em termos comportamentais, como a supressão da agitação e a melhoria nas AVD (Costa, 2011). Para aliviar certos sintomas como a agitação, a ansiedade, a depressão, as alucinações, a confusão e/ou as insónias são usados ansiolíticos, antidepressores, neurolépticos/antipsicóticos, entre outros (Pereira, 2013).

Em relação à intervenção não farmacológica, esta tem como objetivo maximizar o funcionamento cognitivo e o bem-estar do respetivo doente, ajudando-o no processo de adaptação à doença (APFADA b). As intervenções deverão ter como finalidade, a estimulação das capacidades, preservando a autonomia, o conforto e a dignidade do respetivo doente (Guerreiro, 2005). Para tal, é necessária a intervenção de uma equipa multidisciplinar, sendo que a esta deve ser individualizada e adequada às necessidades de cada pessoa.

Neste sentido, a reabilitação cognitiva, consiste em dois tipos de abordagem, sendo estas, a psicossocial (aspetos relacionais/comportamentais e emocionais) e a cognitiva (estimulação das funções superiores). Atualmente, são utilizadas as abordagens mistas (integração das duas perspetivas referidas acima (Borges et al., 2005). A abordagem cognitiva pode ser dividida em reabilitadora e em compensatória. A primeira defende que a recuperação dos processos cognitivos pode ser feita através da estimulação (atividades e exercícios de modo repetitivo). Por sua vez, a segunda, visa o treino de atividades com o objetivo de atingir a funcionalidade, com a utilização de estratégias alternativas e ajudas técnicas que reduzem ou eliminam a necessidade de

requisitos cognitivos (ex: bloco de notas) e os perigos existentes no contexto (ex: alteração da disposição da mobília, alteração da luminosidade das divisões) (Borges, et al., 2005).

Para além disto, existe a Terapia pela Reminiscência (TR), cujo objetivo é estimular o resgate de informações com base em figuras, fotos, músicas, jogos, entre outros materiais. Procura-se que a Pessoa idosa com DA fale sobre as suas experiências passadas e conflitos, isto é, estimular a memória remota (Cunha, Silva, Cunha & Couto, 2011; Costa, 2011). Por sua vez, a Terapia de Orientação para a Realidade (TOR), permite a reaprendizagem da informação sobre a orientação, contribuindo para a melhoria do sentido de controlo e autoestima, utilizando algumas estratégias de repetição contínua de dados reais, da presença contínua de informações atuais e muitas atitudes de socialização. A partir disto, são abordados temas como as datas, a localização, os nomes, as refeições, ou seja, as situações que sucedem no ambiente na Pessoa idosa com DA (Borges, et al., 2005). Para isso, recorre-se à comunicação pessoal e aos objetos como os relógios, calendários, entre outros.

Outra das terapias, é a Terapia da Validação (TV), em que se procura ouvir a Pessoa idosa com DA, tentando compreender a noção e o significado individual da realidade para aquela pessoa (Boyle & Pollock, 2003). O treino das AVD corresponde ao diagnóstico das atividades limitadas do respetivo doente, nomeadamente as dificuldades na execução das tarefas. Isto, permitirá prolongar a sua autonomia e independência. A atividade física, revelou-se benéfica para a qualidade de vida da Pessoa idosa em geral, em que a força muscular, o equilíbrio e a resistência podem ser estimulados através da realização de programas de atividades de movimento (Borges, et al. 2005).

Neste sentido, são de mencionar outras técnicas, sendo estas: a de associação nome-face e a de associação semântica verbal. A primeira, implica a criação de imagens visuais, como estratégia para a evocação de nomes de pessoas, em que o respetivo doente tem de registar o número de vezes que não consegue evocar o nome, a hora do acontecimento e as características do rosto da pessoa; a segunda, é usada em pessoas que apresentam dificuldades em evocar palavras relacionadas com o nome dos objetos e consiste em associar o maior número de ideias àquele objeto (Guerreiro, 2005).

Posto isto, de acordo com o autor mencionado acima, a ausência de estudos com rigor metodológico na área da reabilitação/estimulação cognitiva influencia o conhecimento adequado da eficácia destas intervenções não farmacológicas nos doentes com demência, mas concretamente com DA. Logo, o tipo de intervenções difere consoante as características da Pessoa idosa com DA, podendo ter efeitos diferentes de acordo com a fase/estádio da doença.

1.2 - Institucionalização da Pessoa idosa com DA

De acordo com o *relatório sobre a doença de Alzheimer no mundo de 2009 – Alzheimer’s Disease International*, a DA e outras demências são a principal causa de incapacidade em idades avançadas, em que as pessoas mais idosas têm várias condições de saúde crónica. Consequentemente, surgem as dificuldades na execução de AVD (incapacidade e dependência). Tal situação, torna-se um encargo para a pessoa que cuida/cuidador informal (CI), refletindo-se nas áreas da sua vida: nas tarefas domésticas, nas relações conjugais, nas relações familiares, no desenvolvimento pessoal, no tempo livre, na economia familiar e na saúde mental (ISS, 2005).

Segundo o relatório referido acima, assim como Santana et al. (2015), a Pessoa idosa com DA necessita de cuidados, principalmente se já não deambular. Inerente isto, está o papel das instituições que os acolhem, assim como os respetivos cuidadores formais (CF), visto que a determinada altura o(s) CI deixam de conseguir cuidar dos respetivos doentes, devido ao desgaste físico e psicológico dessa tarefa (estado de exaustão). Como tal, a tendência é recorrer-se à institucionalização², sendo a perda de autonomia física um fator determinante para essa decisão, seguindo-se o declínio cognitivo.

Perante a isto, surge a seguinte questão: “A instituição possuirá recursos suficientes e adequados para acolher e cuidar deste tipo de doentes?”. A institucionalização é considerada uma alternativa/solução para a situação do CI e da pessoa cuidada, sendo que para alguns autores é vista como o reflexo da perda do companheirismo, em que a respetiva pessoa é isolada do seu circuito familiar,

² No caso do indivíduo permanecer durante o dia ou grande parte dele, numa determinada instituição. Quando a sua permanência prolonga-se por 24 horas, passa a designar-se por idoso institucionalizado residente (Jacob, 2002).

umentando a sua dependência, provocada pelos limites impostos da incapacidade (Barros, 2011; Portugal, 2011; Medeiros, 2012; Neves, 2012).

Mediante isto, as Pessoas idosas com DA deveriam ter tempo para se adaptarem ao novo lar. Estes podem reagir de forma negativa a um espaço estranho, no qual existem outros cuidadores. Como tal, a institucionalização origina um impacto na vida do doente, do(s) familiar(es), assim como dos futuros cuidadores, pois provoca alterações nas rotinas diárias, podendo comprometer alguns aspetos essenciais da vida (Costa, 2011). É necessário conhecer esse impacto, para se delinear estratégias promotoras da prevenção e avanço na saúde, melhorando a prestação de cuidados e, conseqüentemente a qualidade de vida de quem já cuidou, de quem irá cuidar e da pessoa alvo de cuidados.

Neste contexto, seria importante que os doentes continuassem com as suas rotinas habituais, de modo a prevenir comportamentos agressivos, que se desencadearão em instabilidade e perturbação para os cuidadores, assim como para os indivíduos residentes no mesmo espaço (Costa, 2011; Alves, 2014/15). A institucionalização da Pessoa idosa com DA deve oferecer um ambiente que motive, favoreça a comunicação e a interação, contribuindo para o bem-estar pessoal, social e emocional dos indivíduos, assim como (Almeida, 2014). Isto porque, no nosso país, apesar das respostas sociais existentes³, os cuidados de saúde ainda se verificam insuficientes, em relação aos aspetos da autonomia e independência dos doentes (Tôco, 2014).

Perante isto, há que ter em consideração que a institucionalização tem aspetos negativos e positivos. O exemplo disso são os indivíduos que anteriormente viviam isolados e sem os cuidados básicos, cuja entrada na instituição é uma alternativa à sua situação de saúde, visto que se sentem mais acompanhados, ativos e felizes, para além de receberem os cuidados de saúde (Ferreira, 2012). Contudo, parece ser necessário garantir a qualidade dos equipamentos e dos serviços, a adequação dos perfis dos cuidadores e a sua formação, a diversidade das tipologias (cuidados domiciliários, centros de dia, residências assistidas, instituições coletivas, instituições para grandes

³ Centro de Dia, Lar Residencial atualmente designado por Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Serviço de Apoio ao Domiciliário e os Hospitais.

dependentes), a diversidade de escolha perante a variedade das necessidades das pessoas e ofertas (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2014).

Posto isto, apresentam-se as instituições existentes para as Pessoas idosas, visto que as famílias encontram-se mal equipadas para lidar com a doença mental na sua casa, sendo geralmente constituídas por dois adultos (um ou dois filhos), residindo em habitações pouco espaçosas e estando ausentes durante o dia nos seus respetivos trabalhos (Cunha, 2012). A questão se coloca é a seguinte: “Quem fica a auxiliar estes doentes?”

De acordo com ISS (2012), tendo em conta as necessidades e o grau de autonomia da pessoa, existem diversos tipos de respostas, sendo estas: Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Convívio, Centro de dia, Centro de Noite, Centro de Férias e Lazer, Acolhimento Familiar para Pessoa Idosas, Residência e Lar de idosos. O Centro de Dia é uma resposta social que consiste na prestação de serviços que satisfaçam as necessidades básicas, o apoio social e a fomentação das relações interpessoais ao nível da Pessoa idosa, evitando o seu isolamento. Os Centros de Noite são dirigidos à Pessoa idosa que desenvolve as suas AVD no domicílio, de modo autónomo, sendo que à noite, necessita de algum suporte de acompanhamento. No caso da Pessoa idosa com DA, esta precisa de cuidados desde da higiene pessoal à alimentação, como tal esta resposta social é dirigida para pessoas autónomas.

Por sua vez, os Hospitais prestam cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno e, não da manutenção dos doentes por tempo ilimitado. Como tal, não estão especializados para a Pessoa idosa com DA, sendo que nestes casos são encaminhados para outras respostas sociais (Cunha, 2012). Neste sentido, o Apoio Domiciliário poderá ser uma das alternativas, pois presta cuidados individualizados e personalizados aos indivíduos no domicílio e à respetiva família, que por algum motivo não pode assegurar os cuidados, de forma temporária ou permanente (ISS, 2012). Esta parece ser uma boa solução para a Pessoa idosa com DA, conciliando com o apoio de familiares e amigos.

O Centro de Férias e Lazer, o Centro de Convívio, a Residência são respostas direcionadas para Pessoas idosas autónomas. No caso do Acolhimento Familiar para Pessoas idosas é uma resposta social direcionada para as Pessoas idosas, independentemente do seu grau de autonomia ou independência. Por fim, o Lar de

Idosos, é uma resposta direcionada para Pessoas idosas em situação de risco de perda da sua independência ou autonomia, com alojamento coletivo, temporário ou permanente (ISS, 2012).

1.2.1 - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).

Em Portugal existem cerca de 5000 Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), que empregam aproximadamente 200 000 pessoas, prestando cuidados diretos a 600 000 pessoas e respetivos familiares, em que quase metade é de iniciativa da Igreja Católica (Freitas, 2011; Ribeiro, 2012). De acordo com INE, 2002 citado por Ferreira (2011), aproximadamente 51 017 pessoas idosas residem em lares, num total de 1 702 120 pessoas com mais de 65 anos.

Mediante isto, realçando o Lar Residencial para pessoas idosas, torna-se importante enquadrá-lo historicamente. Este tipo de resposta social era designado por “asilos ou albergues” no século XV. A partir do século XX, esta foi classificada como “Lar de idosos”, em Portugal pelo Despacho Normativo nº12/98 (Portugal, 2011). Mais tarde, esta instituição passou a ser conhecida como lar residencial para pessoas idosas.

Atualmente, conhece-se como ERPI⁴. Esta resposta/equipamento social visa o alojamento coletivo, temporário ou permanente, para pessoas idosas, na(o) qual serão desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem, tendo como objetivos: proporcionar serviços permanentes e adequados a este público; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social (ISS, 2015).

No que se refere à prestação de cuidados, esta resposta social não possui técnicos suficientes para prestar os devidos cuidados aos doentes com DA. Tal como afirmam Barbosa et al. (2011), em Portugal, bem como noutros países europeus, os cuidados a este tipo de doentes são prestados em lares de idosos convencionais, em que os profissionais possuem baixos níveis de escolaridade e pouca formação especializada.

⁴ Portaria n.º 67/2012, de 21 de março; Orientação Técnica Circular n.º 4/2014, de 16 de dezembro, da Direção-Geral da Segurança Social.

Apenas os lares criados pela *Associação Alzheimer Portugal* apresentam condições adequadas para estes doentes

Como tal, é necessário repensar e reformular este tipo de resposta social, de acordo com o público-alvo a que se destina, começando pelos recursos existentes, se estes satisfazem as necessidades dos seus clientes, visto que acolhem pessoas a partir dos 65 anos e, em casos excecionais pessoas com menos idade, com doenças diversificadas. Para tal, é importante considerar que cada caso é um caso, sendo importante os CF saberem atuar de forma a responder às diversas necessidades de cada doente. No caso da Pessoa idosa com DA, deve ser adotada uma abordagem que preconiza a liberdade de escolha, a manutenção da dignidade, bem como dos direitos da pessoa cuidada, independentemente da fase em que esta se encontra, há sempre algo a estimular e a oferecer (APFADA c).

Inerente a isto, coloca-se a questão da organização e gestão das ERPI, pois para o cuidado das pessoas idosas é necessário que haja um ambiente acolhedor, humanizado, que lhes proporcione um sentimento de satisfação, de acordo com os seus desejos e interesses (Ferreira, 2012; ISS, 2008). A Pessoa idosa com DA necessita de mais cuidados pessoais, mais horas de cuidado, mais supervisão, estando associados a um esforço maior do cuidador e a maiores custos. Estima-se que entre 30 a 50% das pessoas com demência, nos países com elevados rendimentos residam em estruturas residenciais, sendo que entre metade e dois terços dos indivíduos viverão em ERPI (*Alzheimer's Disease International*, 2013). Logo, estas instituições devem estar preparadas para o acolhimento, preservação e manutenção das AVD e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), assim como o controlo e alívio da dor, dando apoio também aos familiares dos doentes com DA.

1.2.2 - Cuidadores formais: AAD e a prestação de cuidados.

Em Portugal, o aumento de idosos em situação de dependência fez emergir os CF. Estes profissionais devem ter em consideração, que cuidar é uma atitude e ato, abrangendo um momento de atenção, zelo e desvelo. Esta representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilidade e envolvimento afectivo com o outro. Isto é, o cuidado é o fundamento para qualquer interpretação do ser humano (Boff, 2003).

Mediante isto, segundo Freitas (2011), assim como Sousa (2011), os CF podem assumir duas vertentes, sendo estas: 1ª de ação direta, em que o apoio é prestado diretamente ao utente e 2ª apesar do cuidador trabalhar na instituição, não lida diretamente com o utente. Além disto, existem outras designações atribuídas, tais como, o remunerado, o profissional e o voluntário. De acordo com o BTE nº31, 22/8/2015, uma das funções das Ajudantes de Ação Direta (AAD)⁵ é colmatar qualquer défice nas necessidades humanas básicas (ex: alimentação do doente, a higienização, a administração de medicação⁶, o acompanhamento ao espaço exterior, entre outras). Isto é, estes doentes requerem cuidados instrumentais⁷, expressivos⁸ e outros mais práticos como a vigilância, o acompanhamento a consultas e a gestão financeira (Saraiva, 2011; Machado, 2013).

Tal como nos refere Sequeira (2010), os CF deveriam ter uma preparação específica para o desempenho da sua atividade profissional. Porém, verifica-se algumas dificuldades na prestação de cuidados, dado à sua complexidade. Estes cuidados podem ser biológicos/físicos, psicológicos, sócio-interacionais e medicamentosos, sendo que à medida que a DA evolui, maior é a exigência destes cuidados.

Os biológicos/físicos referem-se ao cuidado continuado: o controlo de sintomas, a prevenção e manutenção das AVD, tendo em consideração a crescente dependência dos doentes com DA. Uma das áreas do cuidado mais preocupantes é a alimentação, que está relacionada com o conforto emocional, a diminuição da ansiedade, bem como com o aumento de autoestima (Saraiva, 2011). Inerente a isto, deve-se controlar as

⁵ Também designadas por Ajudante de Lar e Centro de Dia.

⁶ Cuidados de saúde que não requeiram conhecimentos específicos, tais como, a aplicação de cremes medicinais, a execução de pequenos pensos, nas horas prescritas, conforme as instruções recebidas.

⁷ Natureza física e técnica (terapêuticos, curativos e preventivos).

⁸ Cuidados afetivos (companheirismo, conforto, carinho, etc) e relacionais (convívio e estimulação sensorial).

infecções e outras comorbidades como a diabetes, a hipertensão, a prevenção de úlceras por pressão e a mudança de decúbito, entre outros.

Nos cuidados psicológicos, deve-se humanizar o atendimento às necessidades de todos os que lidam com a DA, sendo que os sintomas psicológicos e comportamentais dos respetivos doentes podem ser tratados com a terapia comportamental, a estimulação multissensorial, a estimulação cognitiva, os exercícios físicos, a musicoterapia, entre outras (Gracia, 2011).

Nos sócio-interacionais, deve-se manter a socialização do doente e a sua participação nas atividades produtivas, utilizando estratégias para promover a boa comunicação (verbal e não verbal). Por fim, os medicamentosos, referem-se à administração de fármacos como risperidona ou olanzapina. A Pessoa idosa com DA pode vivenciar um conjunto de desconfortos a nível físico, psíquico, social e espiritual, como os odores desagradáveis, a anorexia, entre outros. Através destes cuidados será reconhecida a personalidade destes doentes, assim como a preservação da sua dignidade (Queiroz et al., 2014).

Perante isto, ser cuidador implica um grande esforço físico e psicológico, em que o doente depende em tudo do cuidador, variando consoante os estádios/fases da sua doença. As AAD têm e poderão ter dificuldades na prestação de cuidados, devido à complexidade da doença e dos respetivos cuidados. Isto, porque estes doentes apresentam limitações para executar as AVD, assim como as AIVD, que gradualmente comprometem a sua independência/autonomia, verificando-se alterações de comportamento, que podem surgir com a evolução da doença (Sequeiro, 2010; Selmes & Selmes, 2000; Alaphilippe & Bailly, 2014). Estas profissionais poderão sofrer de angústia, por não conseguirem realizar um bom trabalho, devido à pouca formação sobre a doença, à falta de atualização dos conhecimentos, assim como de profissionais de apoio (Sousa, 2011; Sousa, 2014).

É de referir que, à medida que a DA evolui torna-se mais difícil a interação e a percepção, sendo mais complicado a forma de atuar dos profissionais (Selmes, 2000; Carvalho, 2012; Almeida, 2013). De acordo com Barbosa et al. (2011), as dificuldades dos CF são ao nível da interação e comunicação; do desconhecimento da doença; da dificuldade em lidar com os distúrbios comportamentais; da falta de tempo; da escassez de recursos humanos; dos impactos emocional e físico; da organização e planeamento

de atividades; da interação com a família e o pouco envolvimento da família na dinâmica da instituição. Tal como refere Pereira (2013), as dificuldades dos AAD são na maioria relacionais/emocionais⁹ e de ordem física. Isto, poderá ser consequência da falta de preparação adequada (formações específicas), da insegurança, da dificuldade na abordagem e orientação do doente em sofrimento, da falta de profissionais de apoio, entre outros.

Mediante isto, surgem dois questões: “1. Como lidar com os comportamentos agitados ou inquietos dos doentes com DA?”; “2. E, no caso de estes doentes apresentarem agressividade?”. De acordo com a APFADA d), para os doentes com DA que apresentem agitação ou inquietação, confusão, existem determinadas medidas, tais como: um espaço da unidade adaptado aos doentes com esta patologia (incluindo áreas para uma deambulação sem segurança); o delineamento de programas individualizados de atividades; a criação de uma área tranquila (afastada da televisão); a possível presença de animais de estimação (poderá ter um efeito calmante).

Enquanto cuidador é necessário manter calma (tom de voz calmo e tranquilizador); abordar o sentimento subjacente (se possível); dar sugestões como irem dar um passeio ou verem uma revista em conjunto (distração e o evitamento abordagens úteis). No caso, do profissional se sentir inseguro, deve solicitar ajuda, afastando-se no respetivo doente. A contenção física ou restrição física de mobilidade deve ser evitada, pois poderá agravar a situação de agressividade. Todavia, deverão ser desenvolvidas estratégias para o controlo deste comportamento (APFADA e). Isto é, a contenção física ou restrição física de mobilidade deve ser utilizada em último recurso para o caso de se prevenir quedas.

Neste contexto, os cuidadores poderão acarretar elevados níveis de stress, sobrecarga física e insatisfação laboral (Barbosa et al, 2011; Carvalho, 2012; Almeida, 2013). Importa referir que os níveis de sobrecarga estão relacionados com o grau de dependência e com as alterações cognitivas que o doente apresenta, em que há uma exigência maior de cuidados.

Como tal, os cuidadores mais dedicados lutam com sentimentos de culpa, ressentimento ou frustração, quando lidam com as mudanças comportamentais da

⁹ Dificuldades de comunicação e interação.

Pessoa idosa com DA. Por vezes, são prestados cuidados ao doente, sem se conhecerem as intervenções adequadas face às manifestações da doença e exigências do cuidar (Saraiva, 2011; Machado, 2013). Isto, poderá ser consequência da falta de conhecimento sobre a respetiva doença, sendo que esta exige cuidados diferenciados (Sequeira, 2010).

Nesta linha de pensamento, o problema subjacente é a falta ou a pouca informação. Por sua vez, as principais dificuldades estão relacionadas com os sintomas comportamentais, que causam stress e, por vezes crises. Consequentemente, poderá originar o risco de problemas psiquiátricos e sobrecarga emocional (Sequeira, 2010). Como tal, torna-se essencial dotar os cuidadores de habilidades e conhecimentos, que lhes permitam minimizar as consequências negativas associadas ao cuidado da Pessoa idosa com DA.

Perante isto, torna-se essencial investigar as dificuldades das AAD na prestação de cuidados à Pessoa idosa com DA, para posteriormente se intervir, de modo a melhorar a sua conduta profissional e, consequentemente o bem-estar dos doentes e dos futuros que serão alvo de cuidados. Isto, porque cuidar destes doentes exige esforço, perseverança, capacidade, humanismo, vontade de aprender a fazer sempre mais e melhor, de modo a lhes proporcionar dignidade (Alves, 2014/15).

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

Nesta parte (II) são mencionadas a finalidade, os objetivos e as questões do presente estudo. De seguida, define-se o tipo de estudo, caracterizando os participantes (o tipo de amostra e os critérios de seleção). Posteriormente, apresentam-se os instrumentos de colheita de dados (guião e entrevista semiestruturada), os procedimentos de colheita de dados e o seu processamento, assim como as considerações éticas tidas em conta antes, durante e após a investigação. Neste sentido, a metodologia é um conjunto métodos, técnicas, instrumentos utilizados nas várias fases do processo de investigação. Por isso, torna-se fundamental a sua descrição, para que o leitor compreenda qual foi caminho utilizado para cumprir os objetivos definidos *à priori*, respondendo às questões de investigação.

Centrado no contexto da prática, este estudo tem como finalidade contribuir para a qualidade dos cuidados de saúde das Pessoas idosas com DA institucionalizadas numa ERPI. A partir da inquietação referida anteriormente, formou-se a questão central de investigação: “Como se constrói o processo de cuidar da Pessoa idosa com DA institucionalizada numa ERPI, na perspetiva das AAD?”

Paralelamente a esta, emergiram três questões secundárias:

- “Quais as necessidades da Pessoa idosa com DA em contexto ERPI?”

- “Quais as dificuldades das AAD no cuidado à Pessoa idosa com DA institucionalizada numa ERPI?”

- “Quais as estratégias utilizadas pelas AAD, para ultrapassar as suas dificuldades no cuidado à Pessoa idosa com DA institucionalizada?”

Para tal, definiu-se um objetivo geral:

1- Compreender o processo de cuidar da Pessoa idosa com DA, na perspetiva das AAD em contexto ERPI.

Tendo como objetivos específicos:

1- Identificar as necessidades da Pessoa idosa com DA institucionalizada numa ERPI;

2- Conhecer as dificuldades das AAD no cuidado à Pessoa idosa com DA institucionalizada;

3- Identificar e perceber as estratégias de intervenção utilizadas pelas AAD, no cuidado à Pessoa idosa com DA institucionalizada.

Para responder à questão de investigação e à questão secundária, optou-se pela abordagem qualitativa, uma vez que permite estudar as pessoas, especificamente as suas emoções, sentimentos, dificuldades, através de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. Isto requer proximidade e interação, em que o contacto do investigador com o sujeito ou grupo deverá ser de forma direta (Vilelas, 2009; Ribeiro, 2010).

Neste sentido, em relação ao objeto de estudo, utilizou-se uma pesquisa exploratória e descritiva, pois a intenção era compreender e descrever os comportamentos e/ou outros factores que pudessem estar relacionados com o fenómeno em estudo. Segundo Gil (2008) bem como Vilelas (2009), o investigador conseguirá familiarizar-se com o assunto, ainda pouco conhecido/explorado.

Deste modo, foi possível explorar as dificuldades das AAD de um lar de idosos, quando prestam cuidados à Pessoa idosa com DA, descrevendo as estratégias que estas profissionais utilizam na sua prática profissional. Tal como afirmam Streubert & Carpenter (2011), o investigador consegue explorar a perspetiva do interior com o máximo de respeito pela perspetiva dos indivíduos e do seu espaço.

2.1 - Caracterização dos participantes

A população-alvo deste estudo foi composta pelas AAD, que prestam cuidados às Pessoas idosas com DA institucionalizados numa ERPI, no concelho de Alenquer. A escolha desta população e do respetivo local, deve-se ao facto de se percepcionarem necessidades alusivas a estas profissionais ao nível do desenvolvimento do seu trabalho com estes doentes (conversas informais¹⁰). Inerente a isto, esteve também o contacto direto entre a investigadora e a instituição de referência.

Perante isto, optou-se pelo método de amostragem por conveniência¹¹, pois segundo Canastra, Haanstra & Vilanculos (2015), permite explorar algo pouco

¹⁰ Estabelecidas num período de voluntariado realizado na respetiva instituição.

¹¹ Também designada por intencional.

conhecido e com escassa literatura ou falta de estudos empíricos, sendo o investigador a escolher os respetivos participantes. Como tal, este possibilitou um estudo mais rápido e com menos custos.

Assim, os participantes foram as AAD, que reuniram os critérios mencionados acima, constituindo-se a voz ativa da investigação. Tal como refere Streubert & Carpenter (2011), só as pessoas que vivenciaram determinada situação ou fenómeno é que poderão explicá-lo. Deste modo, estas foram designadas por “informantes”, tendo em consideração que o importante é a representatividade social e diversidade, não sendo necessário a representatividade estatística (Guerra, 2006). Como tal, no total de 25 AAD¹² foram selecionadas e entrevistadas 18, visto que reuniam os critérios mencionados anteriormente.

2.2 - Instrumentos de colheita de dados

Neste estudo, utilizou-se a observação não participante/indireta, recorrendo-se à entrevista semiestruturada, na medida em que se pretendia obter informações sobre os conhecimentos, as experiências, as reações das AAD, através de uma relação entre entrevistador - interlocutor, que deve ser estabelecida à *priori*. Elaborou-se um guião de perguntas-guia ou tópicos, que serviu como um eixo orientador para o desenvolvimento da interação e conversa, não exigindo uma ordem rígida na colocação das questões (Quivy & Campenhoudt, 1992; Guerra, 2000; Bogdan & Biklen, 2013). Isto, deu origem a outras questões que surgiram no decorrer da conversação.

Deste modo, a entrevista semiestruturada permitiu obter dados comparáveis entre diversos sujeitos, em que a presença do investigador (no momento da colheita de dados) permitiu esclarecer as dúvidas e os significados das perguntas, que por algum motivo não estavam a ser compreendidas. Este instrumento tinha uma função exploratória, na medida em que se pretendia descobrir as linhas de força pertinentes (Guerra, 2006), dado o desconhecimento sobre o tal fenómeno: as necessidades da Pessoa idosa com DA, as dificuldades e estratégias das AAD no cuidado.

¹² 3 destas AAD estão com incapacidade temporária para exercer a tarefa/função.

2.3 - Procedimentos de colheita de dados

Tendo em consideração a revisão bibliográfica, constatou-se que existe algumas informações sobre a DA, existindo pouca informação sobre as dificuldades das AAD no cuidado à Pessoa idosa com DA institucionalizada em lares de idosos. Mediante isto, foi estabelecido o contacto com a instituição escolhida, no qual se solicitou a autorização para a investigação, assim como a colaboração da respetiva diretora técnica na seleção das informantes. Após a confirmação, procedeu-se ao pedido de autorização aos órgãos sociais¹³ e à entrega dos processos de consentimento livre e informado às AAD¹⁴. Em ambos os documentos, foi explicada a natureza do estudo, a finalidade e os objetivos, assim como o pedido de colaboração na presente investigação.

Posteriormente, foi estabelecido com as AAD o local e o horário para realizar as entrevistas, sendo que a maioria optou pela instituição e pelo período de descanso (horário de almoço ou de jantar, dependendo do respetivo turno¹⁵). No entanto, dado ao horário fixo de certas profissionais (00h00 às 08h00), optou-se por realizar as entrevistas às 23h00 na respetiva instituição, pedindo a colaboração das informantes em relação a este aspeto (3 entrevistas). Neste sentido, foram realizadas 8 entrevistas às AAD durante o período de almoço, 5 entrevistas durante a hora de jantar e 2 entrevistas às 23h00. Esta entrevista tinha como suporte um guião composto por seis momentos¹⁶: 1. confirmação da participação e autorização para o uso dos dados obtidos; 2. caracterização sociodemográfica; 3. Opinião das AAD sobre a DA e os respetivos doentes; 4. Prestação de cuidados; 5. Dificuldades das AAD na prestação de cuidados e 6. Organização/estrutura/ institucionalização de doentes com DA.

Inerente a isto, foi realizado um pré-teste, com o objetivo de validar o instrumento de colheita de dados. Para tal, foram escolhidas duas AAD¹⁷ para responderem às perguntas do guião da entrevista semiestruturada, verificando-se a

¹³ Apêndice B. - Pedido de autorização aos órgãos sociais.

¹⁴ Apêndice C. – Processo de consentimento livre e informado ao informante.

¹⁵ 1º turno: 08h00 às 17h00; 2º turno: 16h00 às 00h00 e 3º turno: 00h00 às 08h00.

¹⁶ Apêndice D.- Guião da entrevista semiestruturada a realizar às AAD.

¹⁷ Estas profissionais reuniam os mesmos critérios estabelecidos para a seleção das informantes.

sua estrutura e clareza (28 e 29 de março). Como tal, o instrumento foi validado¹⁸, testando-se também o gravador, o tempo das entrevistas a realizar (duração: 3 a 8 minutos), assim como o comportamento do próprio entrevistador. Assim, estas duas AAD também foram inseridas no conjunto de informantes, visto que tinham as mesmas características, respondendo aos critérios inclusão vs exclusão definidos.

As entrevistas decorreram nas instalações da ERPI, de 30 de março a 10 de maio de 2016. Antes de cada entrevista, confirmou-se a participação das informantes, assim como a autorização para a gravação e transcrição das entrevistas. Só depois deste primeiro momento, se procedeu à realização das entrevistas, cuja duração foi a prevista. É de referir que as entrevistas decorreram numa sala de estar reservada, que ainda não está a ser usada pelos utentes da instituição. Isto, proporcionou um ambiente calmo, propício à recolha de informação, visto que o local foi escolhido pelas duas partes (entrevistador-informante). Além disso, possibilitou um momento de reflexão para os elementos da interação (Bogdan & Biklen, 2013; Streubert & Carpenter, 2011; Guerra, 2006; Quivy & Campenhoudt, 1992).

Após concluídas as entrevistas, procedeu-se à sua audição integral e à respetiva transcrição, atribuindo-se um número de registo a cada entrevista (ex: E1, E2, e assim sucessivamente), sendo que esta foi realizada repleta de detalhes significativos para a presente investigação.

¹⁸ Confirmação da adequação das perguntas ao tipo de público em questão: ao nível da compreensão e da coerência.

2.4 - Análise e tratamento de dados

Após a transcrição em *verbatim* das entrevistas, validou-se com as informantes os seus relatos, verificando-se as informações como verdadeiras, através da leitura e confirmação das informantes (verificação por membros). Isto permitiu, garantir a conformabilidade e credibilidade à investigação (Loureiro, 2006; Guerra, 2006; Streubert & Carpenter, 2011). Inerente a isto, a investigadora teve de separar os seus próprios valores e pontos de vista dos resultados obtidos. Na questão da conformabilidade, os resultados foram verificados por outro investigador, nomeadamente a orientadora. Na questão da transferibilidade, procurou-se a possibilidade dos leitores do estudo terem informações que pudessem ser utilizadas noutros contextos semelhantes, verificando se os achados são ou não transferíveis (Loureiro, 2006)

Para responder ao critério da dependência, descreveu-se detalhadamente o processo de pesquisa, as opções metodológicas, de modo a que o auditor possa apreciar os achados deste estudo. Isto, para que os outros investigadores consigam seguir o respetivo processo de investigação, chegando a conclusões semelhantes (tendo em conta os dados recolhidos, a perspetiva e o contexto).

Neste sentido, recorrer-se à técnica de análise de conteúdo para analisar os dados, pois de acordo com Bardin (2011) permite compreender as características, estruturas ou modelos que estão por detrás dos fragmentos das mensagens, sendo constituída por três fases: 1ª Pré-análise, 2ª Exploração do material e 3ª Tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação. A primeira etapa é considerada a fase de organização do material (procedimentos: a leitura flutuante, os objetivos, as hipóteses e a elaboração de indicadores que alicerçam a interpretação); na segunda, procede-se à codificação dos dados conforme as decisões previamente estabelecidas; por fim, na terceira dá-se o tratamento dos resultados de forma significativa e válida.

Posto isto, foi construído um sistema de categorias composto por dimensões, categorias e subcategorias, através da classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, posteriormente, por reagrupamento, que se designa por categorização. Perante isto, optou-se pela análise categorial, uma vez que a análise dos dados foi temática e descritiva. Isto, porque as categorias foram construídas,

conforme os temas que emergiam do texto (Guerra, 2006; Bardin, 2011). Para classificar os elementos em categorias, foi necessário identificar o que estes tinham em comum e, posteriormente agrupá-los. Para a análise das entrevistas, elaborou-se e utilizou-se a matriz apresentada no quadro 3.

Quadro 3.

Matriz de análise das entrevistas semiestruturadas aplicadas às informantes¹⁹

Unidade de registo	Significado da declaração	Dimensão	Categoria	Sub-categoria
--------------------	---------------------------	----------	-----------	---------------

Fonte: *Análise de conteúdo* de Laurende Bardin, 2011

Mediante isto, a respetiva análise teve como orientação os eixos de investigação/objetivos do estudo a saber: (i) as necessidades da Pessoa idosa com DA; (ii) as dificuldades no cuidado vivenciadas pelas AAD; (iii) as estratégias de intervenção utilizadas pelo cuidador; (iv) as propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA institucionalizada em contexto Lar/ERPI. À medida que os dados foram recolhidos, procedeu-se à organização, sistematização e análise, levando-os para o campo nas recolhas posteriores. De seguida, procedeu-se a uma análise mais formal e sistemática, procurando evidenciar os dados considerados mais revelantes, seguindo-se a sua representação por palavras ou frases, ou seja, as categorias de codificação (Bogdan & Biklien, 2013).

Perante isto, foram tidas em consideração as regras definidas por Bardin: a da exaustividade (nenhuma informação foi omitida), a da representatividade (foram entrevistadas 18 AAD, as informantes que reuniam os critérios estabelecidos à priori, sendo representativo para aquela população e, simultaneamente para o contexto: ERPI), a da homogeneidade e da pertinência (para estudar um tema sensível como o processo de cuidar da Pessoa idosa com DA vivenciado pelas AAD, recorreu-se ao método qualitativo, utilizando a entrevista, de acordo com as características das informantes, o tipo de informações a obter, o objeto de estudo e os respetivos objetivos.

¹⁹ Consultar Apêndice F. - Codificação/categorização dos dados e temas emergentes: estruturação do processo de “cuidar” e as respetivas categorias/subcategorias.

2.5 - Considerações éticas

A presente investigação teve em consideração os seguintes princípios éticos: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra o desconforto, ao um tratamento justo e legal. Segundo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos²⁰, art. 3º “A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados”, assim como “O interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência”.

Perante isto, realizou-se o pedido de autorização à instituição, assim como a entrega dos consentimentos livres e informados às AAD, nos quais foram mencionados os objetivos do estudo, garantindo o anonimato e a confidencialidade (princípio da beneficência), ou seja, todas as informações que os participantes necessitavam para decidir a sua participação ou não na investigação, salientando que caso desejassem poderiam abandonar a investigação a qualquer momento (direito de autodeterminação, princípio de autonomia). Inerente a isto, foram tidas em conta duas questões, sendo estas: “1. Como assegurar que as estratégias qualitativas de colheita de dados não impedissem o anonimato?” e “2. Qual o procedimento mais correto para não revelar a identidade dos participantes na apresentação dos resultados?”.

Tendo em consideração a natureza do estudo, o consentimento livre e informado foi designado por processo de consentimento informado, pois segundo Streubert & Carpenter (2011), é algo que se vai renegociando ao longo da investigação, consoante os acontecimentos ou consequências que possam surgir. Isto exigiu uma participação mútua entre o investigador e as informantes. Em relação à gravação das entrevistas e à sua transcrição, garantiu-se a confidencialidade e a proteção dos dados, visto que foram pedidas autorizações, confirmando-se as permissões das informantes, de forma livre e informada.

Após a transcrição das entrevistas, estas foram devolvidas às informantes (em suporte papel), para que estas pudessem verificar se as informações correspondiam às que já tinham sido fornecidas no momento da entrevista (confirmação dos dados e

²⁰ <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>.

credibilidade). De seguida, foram atribuídos valores numéricos a cada informante, preservando a sua identidade, na apresentação dos dados. Inerente a isto, esteve a questão do uso e publicação dos dados²¹, que também foram autorizados.

É de salientar que todas as informantes foram tratadas da mesma forma justa, antes, durante e após a investigação, reduzindo-se os inconvenientes que pudessem surgir (princípio da não maleficência vs beneficência). De modo a respeitar este princípio, cada informante escolheu o sítio e o dia em que a entrevista poderia ser realizada, tendo em conta os limites de prazos estabelecidos. Isto, porque quem fornece as informações é que deverá escolher o sítio onde se sente melhor para tal, de acordo com a sua preferência e disponibilidade. Para isto, foram mencionadas as vantagens da sua participação na investigação.²²

Assim, de acordo com o art. 26º da Constituição da República Portuguesa (CRP)²³, aos informantes deverão ser “... reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à protecção legal contra quaisquer formas de discriminação”.

²¹ Uso de citações diretas, em que o investigador deve assegurar que os exemplos dos dados estão no seu estado natural e que não revelam a identidade dos participantes.

²² Após o conhecimento das dificuldades nos cuidados aos doentes com DA poderá ser desenhado um plano-ação, com o objetivo de melhorar as práticas das AAD e, conseqüentemente os cuidados a estes doentes. Isto é, facilitar o trabalho das AAD, ajudando a combater as suas dificuldades no trabalho quotidiano no lar de idosos.

²³ <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>.

CAPÍTULO III - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL E DAS INFORMANTES

Nesta parte (III) caracteriza-se de forma breve a ERPI, nomeadamente a sua evolução ao longo do tempo, a sua missão e valores, assim como os serviços prestados às Pessoas idosas. Inerente a isto, apresenta-se a caracterização sociodemográfica das informantes, especificamente as idades, as habilitações literárias/escolaridade, as formações antes e depois da sua entrada na ERPI, o tempo de experiência como AAD, o tempo de exercício/serviço na instituição atual e os conhecimentos sobre a DA (o que é a doença e quais as alterações no indivíduo portador deste tipo de demência).

3.1 - Breve caracterização do contexto institucional: ERPI

Este tipo de resposta social surge como uma alternativa a tempo inteiro, devido à perda de independência do indivíduo ou por causa da impossibilidade dos seus familiares prestarem os devidos cuidados. Inerente a isto, está a satisfação das necessidades básicas e qualidade dos cuidados prestados ao indivíduo. De acordo com as conversas informais estabelecidas com a diretora técnica, assim como com o *site*²⁴, a instituição tem séculos de existência, sendo que já foi um convento e hospital, albergue. A partir de 1989, tornou-se um lar de idosos e, atualmente adquiriu a designação de ERPI. Esta instituição enquadra-se na missão e valores da SCMA, nomeadamente na dignidade humana, na entreatajuda, na equidade social, na família como parte integrante da sociedade; na conversação dos direitos: respeito, dignidade, liberdade, participação ativa. Como tal, a presente instituição concentra-se na promoção da autonomia das pessoas em situação de dependência, sendo que através do alojamento temporário ou permanente são desenvolvidas atividades que visam facilitar o acesso a uma velhice mais ativa e plena.

Perante isto, são oferecidos determinados serviços, sendo estes: a alimentação, os cuidados de higiene pessoal, o tratamento de roupa, a higiene dos espaços, as atividades de animação sociocultural, lúdico–recreativas, o apoio no desempenho das AVD, os cuidados de enfermagem, o acesso a cuidados de saúde e a administração de

²⁴ <http://www.scmalenquer.pt/respostassociais/seniores>.

fármacos (Portaria n.67/2012 de 21 de março; regulamento interno da instituição). Para tal, a ERPI é constituída por 3 unidades: 2 unidades com 55 camas (8 das quais em quarto individual) com WC privativos, 1 unidade (2 alas) integrada no antigo convento de São Francisco com 34 camas (2 em quarto individual) e a outra em processo de recuperação (projeto de mais 24 camas).

3.2 - Caracterização sociodemográfica das informantes: AAD

Com base nos resultados obtidos nas entrevistas²⁵, todos os elementos são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 39 e os 63 anos de idade. Em relação às habilitações literárias/escolaridade, obtiveram-se diversos resultados, sendo a 4ª classe/1º ciclo de ensino básico o que permanece com maior incidência (seis entrevistadas). De seguida, três entrevistadas com o 12º ano/ensino secundário. Seguindo-se três entrevistadas com o 6º ano/2º ciclo de ensino básico, apresentando-se também três entrevistadas com o 7ºano/3º ciclo do ensino básico.

Com o 9º ano/3º ciclo de ensino básico duas entrevistadas. E, por fim, com o 10º ano/ensino secundário com uma entrevistada. Perante isto, elaborou-se o gráfico nº 1, que apresenta de forma mais exata as habilitações literárias/escolaridade das informantes.

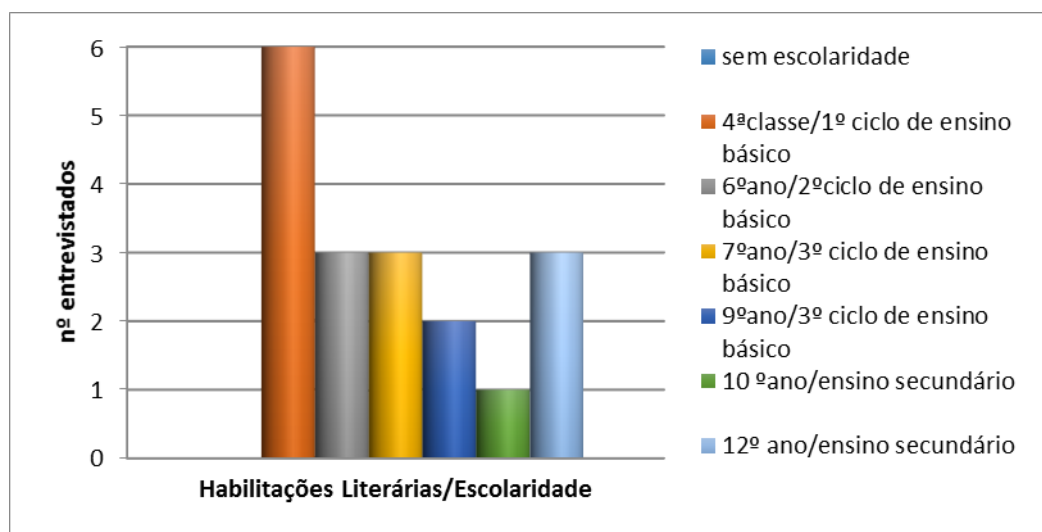


Gráfico nº1 - Habilitações Literárias/Escolaridade das informantes (Fonte: Entrevista semiestruturada)

²⁵ Apêndice E. – Caracterização das informantes.

No que diz respeito às formações, existem dois aspetos a salientar: primeiro aspeto, as formações antes da entrada na ERPI; segundo as formações após a entrada na respetiva instituição. Apenas três AAD mencionaram ter cursos, antes da sua entrada na presente instituição, sendo estes: o curso de auxiliar de enfermagem (uma entrevistada de nacionalidade brasileira), o de auxiliar de saúde (uma entrevistada) e o de técnico de análises clínicas (uma entrevistada). Duas AAD referiram ter formação na área da geriatria antes da admissão na instituição.

Em relação ao tempo de experiência como AAD e ao tempo de serviço na instituição, verificou-se que das dezoito AAD apenas três já possuíam experiência como AAD antes de entrarem para a respetiva ERPI. Isto é, as outras quinze profissionais adquiriram experiência após a sua entrada na presente instituição, mais precisamente no exercício da função de AAD. Isto, remete-nos para diversas questões, tais como: “1. Quais os requisitos para a colocação de AAD nesta instituição?”; “2. Estarão aptas as profissionais para exercerem a função de AAD sem terem experiência prévia? Nem curso/formação?”; “3. Quais as formações proporcionadas pela instituição a estas profissionais?”. Tal como nos refere Sousa (2011), as formações a estes profissionais são insuficientes, para que estes possam enfrentar a complexidade das necessidades da pessoa idosa, principalmente nos casos de Alzheimer e de outro tipo de demências. Inerente a isto, está a legislação, sendo que na maioria dos casos nem é exigido formação específica para o ingresso nesta profissão (Stone, 2007).

Perante isto, o tempo de serviço das AAD na ERPI varia entre os 14 meses e os 35 anos, verificando-se que as AAD com maior tempo de serviço na instituição, não possuíam qualquer tipo de experiência prévia, sendo que as habilitações literárias/escolaridade concentram-se entre a 4ª classe e o 7º ano (1º ao 3º ciclo de ensino básico). Salvo uma exceção, que é o caso de uma AAD com 30 anos de tempo de serviço, que possui o 10º ano/ensino secundário (E.11).

Atualmente, verifica-se maior exigência na contratação de AAD, tendo como requisitos a formação na área dos cuidados ao idoso (ex: geriatria) e/ou anos de experiência, todavia na presente instituição esse factor parece ainda ser pouco valorizado nas admissões das respetivas profissionais. Inerente a isto, está o Decreto-Lei

nº 414/99 de 15 de Outubro²⁶, as habilitações exigidas para o cargo/função de AAD é o 9ºano de escolaridade, aprovado em estágio, em especificar qualquer tipo de formação específica. Para sintetizar o que foi referido acima, elaborou-se o quadro 2, que dá-nos uma visão sobre o perfil profissional das AAD, nas seguintes variáveis: habilitações, formações, tempo de experiência e de serviço.

Quadro 4.

As habilitações, as formações, o tempo de experiência e de serviço das informantes

Habilitações	Formações		Tempo de experiência e de serviço (anos)	
	no seu percurso pessoal e profissional antes da entrada na instituição	proporcionadas pela instituição	experiência anterior à entrada na atual instituição	experiência posterior à entrada na atual instituição
4ª classe/1º ciclo de ensino básico		E15; E16; E6: “Cuidados ao doente ostomizado” “A atitude perante o idoso”, “Cuidados básicos” e “Alimentação e mobilidade”	E16: experiência de 2 anos;	E8:3; E15:7; E13:28; E6:35; E17:14
6º ano/2º ciclo de ensino básico	E10: “Cuidados de saúde em jovens e idosos”	E12; E4: “Cuidados ao doente ostomizado” “A atitude perante o idoso”, “Cuidados básicos” e “Alimentação e mobilidade”	E10: experiência de 10 meses;	E10:2 ²⁷ ; E12:8; E4:15;
7º ano/3º ciclo de ensino básico		E5; E14: “Apoio ao idoso”		E14:17; E5:27; E18:10
9º ano/3º ciclo de ensino básico	E7: “formação na área da geriatria e outras.”			E1:5; E1:5

²⁶ <https://dre.tretas.org/pdfs/1999/10/15/plain-106715.pdf>.

²⁷ 2 anos e um mês.

10º ano/ensino secundário		E11: “Primeiros socorros”		E11:30
12º ano/ensino secundário	E2: “formação em auxiliar de enfermagem” E3: “formações ao nível da informática, inglês, contabilidade” E9: “formação de laboratório”		E2: experiência de 10 anos;	E3:1²⁸; E9:5; E2:5;

Mediante o quadro acima, através das questões 8ª e 9ª do guião da entrevista²⁹, foi possível verificar o conhecimento das informantes sobre a DA³⁰, nomeadamente sobre o que é doença e as alterações provocadas no indivíduo. A maioria das intervenientes sabe o que é a doença, referindo que afeta o cérebro, destruindo as células ao longo do tempo, sendo que três AAD mencionaram que ainda não existe cura para esta patologia (E.7, E.10 e E.14). É de salientar que duas informantes referiram que só ouviram falar sobre a DA em programas de televisão e em revistas, sendo isso perceptível nas seguintes asserções: “(...) ouvi falar isso num programa de televisão (...)” (E3); “(...) Tem várias fases, pelo menos já li isso em revistas e ouvi em programas da televisão.” (E6). Isto, remete-nos para certas questões, visto que a E.6 está acerca de 35 anos a exercer a função de AAD na ERPI e apenas adquiriu conhecimentos pelos meios de comunicação. A questão que se coloca é a seguinte: “Dado ao tempo de serviço, como foi desenvolvido o conhecimento desta profissional para cuidar de Pessoas idosas com DA?”; “Qual o papel/apoio da ERPI na construção do conhecimento da profissional?”.

Em relação às alterações da Pessoa idosa com DA, a maioria das informantes referiu as perturbações na memória, a repetição das palavras e/ou ações, a desorientação no tempo e espaço, as perturbações na linguagem, as atitudes/comportamentos agressivos, a inquietação/agitação, assim como a dependência na realização das AVD (focando, essencialmente, na alimentação e na

²⁸ 1 ano e dois meses.

²⁹ Apêndice D. - Guião da entrevista semiestruturada a realizar à AAD.

³⁰ Apêndice E. – Caracterização das informantes.

higiene). Perante as informações fornecidas pelo grupo de informantes, foi notório que a maioria das Pessoas idosas com DA, a quem prestaram/prestam cuidados encontram-se com um grau de dependência das AVD de moderada, severa a total. Tal como é perceptível nas seguintes asserções: “(...) pronto eles acabam por ficar depender em tudo de nós...” (E17, 12); “(...) ajudados totalmente na maioria dos casos aqui.” (E18; 13); “(...) dependem de nós para tudo, até para beber um simples copo de água.” (E6; 16).

Tendo em consideração a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (versão 1.0, 2005) e a Classificação Internacional para a Incapacidade e Funcionalidade (CIF) (Direção-Geral de Saúde, 2003) citadas por Sequeira (2010), o autocuidado integra vários cuidados desde tomar banho a usar o sanitário. Para sintetizar estes cuidados e as principais alterações da Pessoa idosa com DA, apresentando a perspetiva das informantes sobre as atividades em que esta precisa de ajuda, elaborou-se o seguinte quadro 5. Neste quadro, verifica-se que as AAD entrevistadas dão maior ênfase às atividades como a alimentação, a higiene pessoal e o vestir/despir, demonstrando uma preocupação³¹ com as perturbações psicocomportamentais: do comportamento motor (Touchon & Portet, 2002).

³¹ Preocupação demonstradas pela maioria das informantes ao longo das entrevistas.

Quadro 5.

Dependência: as principais alterações da Pessoa idosa com DA e as atividades em que precisam de ajuda (perspetiva das informantes)

Principais alterações na Pessoa idosa com DA	Atividades	Autocuidado (de acordo com a CIFE)	Dependência (com base em CIF)
Perturbações cognitivas (perturbações da memória)	Procurar os pertences e vestuário (E.3; E.5; E.9; E.14; E.16) Identificar os familiares (E.9; E.10;	Tomar banho Vestir-se ou despir-se Alimentar-se	Défices nas estruturas e funções do corpo; Limitações e restrições nas atividades que a pessoa realiza; Barreiras e ajudas técnicas/pessoais na interação
Perturbações na linguagem/comunicação verbal	Dificuldade em expressar as suas necessidades e desejos (E.2; E.4; E.6; E.16) Conversar: discurso parcialmente incoerente (E.2; E.4; E.12; E.18)	Arranjar-se Cuidar da higiene pessoal Virar-se	
Perturbações dos comportamentos básicos: Perturbações no ritmo vigília-sono; alimentação; controlo esfinteriano	Dificuldades em ter, quer um sono (E.10) Dificuldades em alimentar-se (E.5; E.6; E.7; E.10; E.11; E.12; E.14; E.15; E.18) Caminhar sem destino definido (deambulação) (E.1; E.10; E.17) Dificuldades de controlo esfinteriano (E.12; E.15)	Lavar-se Transferir-se Usar a cadeira de rodas Auto-elevar-se Usar o sanitário	
Perturbações da orientação	Desorientação no tempo e espaço (E.1; E.2; E.8; E.9; E.17)		
Perturbações de humor (depressão)	Estado depressivo, apático (E.2, E.3; E.4)		
Perturbações psicocomportamentais: do comportamento motor	Agitação/inquietação, fuga, comportamentos agressivos verbais ou físicos (E.2; E.3; E.4; E.6; E.8; E.13; E.17)		
Modificações da personalidade	Desinteresse pela aparência física, desmotivação, ausência de prazer, abandono das atividades como a higiene pessoal, vestir/despir (E.5; E.7; E.10; E.12; E.15; E.18)		

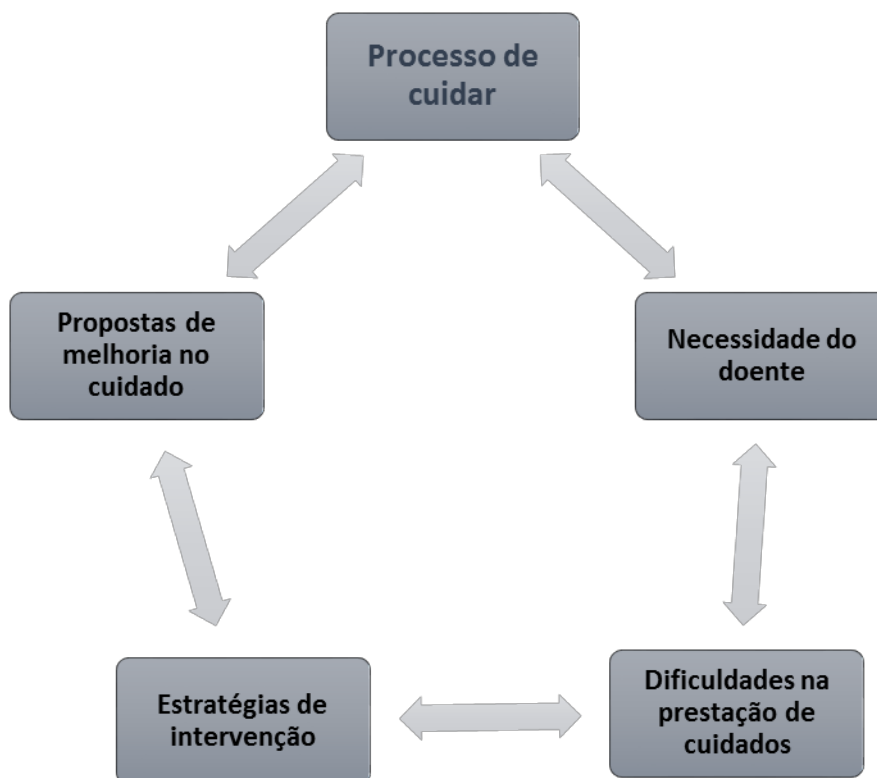
Perante isto, surgem certas questões, sendo estas: “1. Qual a preparação das AAD para o cuidado à pessoa idosa com DA?”; “2. Qual o papel da instituição na formação destas profissionais?”; “3. Serão os conhecimentos das AAD suficientes para o cuidado de doentes com esta patologia?”. Tal como nos refere Sequeira (2010), os CF devem ter uma preparação específica para o desempenho da sua categoria profissional, incluindo as atividades inerentes ao conteúdo laboral, de acordo com as suas competências. Tal como nos referem Alaphilippe & Bailly (2014), é necessária uma profissionalização crescente, isto é, uma formação contínua e não só a intuição e a boa vontade por parte dos prestadores de cuidados.

CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta parte (IV) apresenta-se os resultados do estudo empírico, obtidos através dos instrumentos e técnicas de colheita de dados utilizadas ao longo do estudo e, faz-se a discussão dos mesmos. O objetivo é apresentar os conceitos que ajudam a compreender a forma como se constrói o processo de cuidar da Pessoa idosa com DA (a sua estrutura e dinâmica) institucionalizada numa ERPI. Tendo em consideração, que se trata de uma relação de ajuda e cuidado individual/personalizado, na qual não se espera melhoria do estado de saúde do doente nem reconhecimento da sua parte, por exemplo com um sorriso (Alaphilippe & Bailly, 2014).

Perante isto, após a realização das reduções das entrevistas, formaram-se quatro categorias referentes ao desenvolvimento do processo de cuidar da Pessoa idosa com DA numa ERPI pelas AAD: 1) Necessidades da Pessoa idosa com DA; 2) Dificuldades na prestação de cuidados à Pessoa idosa com DA; 3) Estratégias de intervenção de cuidado; e 4) Propostas de melhoria no cuidado.

Diagrama 1. Processo de cuidar da Pessoa idosa com DA



Deste modo, os resultados colocam a descoberto a complexidade do fenómeno e não só possibilitam a necessidade de formação que conduza ao desenvolvimento das melhores competências de cuidado na relação com qualidades profissionais e humanas (Sousa, 2011; Sousa, 2014), bem como, sugerem a continuidade de mais investigação nesta área na perspetiva de diferentes cuidadores e da Pessoa idosa cuidada.

4.1 - Necessidades da Pessoa idosa com DA

A necessidade humana básica é aquela cuja ausência produz doença e cuja supressão permite restaurar a homeostasia, bem como o estado de saúde (Ferreira, 2013). As necessidades correspondem a um conjunto de desejos/ações, que o indivíduo por algum motivo não as consegue realizar, mas que precisa de satisfazê-las, mesmo com a ajuda de terceiros. De acordo com as conversas informais estabelecidas com as AAD, verificou-se a dificuldade destas profissionais em satisfazer as necessidades da Pessoa idosa com DA. Isto, porque o próprio doente vai perdendo as capacidades de expressar aquilo que necessita, sendo que os cuidadores regulam-se, a maior parte das vezes, pela satisfação das necessidades humanas básicas.

Na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow citada pelo autor referido acima, as necessidades estão hierarquicamente organizadas: 1. as fisiológicas (relacionadas à existência e a sobrevivência do ser humano: alimento, água, vestuário, sexo e saneamento), as de segurança (relacionadas com a proteção individual contra perigos e ameaças), as de amor/relacionamento/sociais (relacionadas com a vida em sociedade, convívio), as de estima (autoestima, confiança, respeito, dignidade) e, por fim, as de realização pessoal (solução de problemas, aceitação de factos) (Regis & Porto, 2011).

A categoria *necessidades da Pessoa idosa com DA* refere-se à percepção das AAD enquanto cuidadoras, tendo como base o seu contacto diário com este tipo de público. A partir desta, emergiram seis subcategorias, sendo estas: 1. as necessidades fisiológicas; 2. as afetivas; 3. as de segurança; 4. as relacionais/sociais; 5. as ocupacionais e, 6. as de cuidados totais/globais. As *fisiológicas* englobam a higiene corporal, o banho, a alimentação, o vestir/despir, o uso da casa de banho, o controlo intestinal, o controlo vesical, o subir/descer escadas, o levantar/deitar, a transferência

cama-cadeira, o deambular e a tomada de medicamentos (Sequeira, 2010; Regis & Porto, 2011). Isto é perceptível nas seguintes asserções:

“Eles têm [necessidades] nos cuidados básicos (...) para tomar banho, lavar os dentes (...)” (E2; 11)

“Estes doentes precisam de muito apoio (...) [necessidades] de lhes dar de comer (...)”(E6; 15)

“(...)necessidade de fazer exercício físico e mental (...)” (E10; 11)

“Na alimentação” (E11; 15)

“Na alimentação e na higiene, eles quando vêm para aqui já não conseguem fazer nada neh.” (E16; 13)

A partir desta subcategoria, emergiram outros aspetos relacionados com a alimentação/nutrição; a higienização; o grau de dependência/perda de autonomia; a mobilidade, a incontinência e a medicação. Inerente a isto, estão também os cuidados de estimulação, de manutenção das capacidades que a Pessoa idosa ainda é detentora, de apoio ao que ainda se pode fazer, tentando prevenir maiores limitações funcionais (Moniz, 2008).

Em relação às necessidades *afetivas*, foi a segunda necessidade mais prevalente no discurso das informantes. Isto demonstra que os cuidados à Pessoa idosa com DA não se podem limitar apenas às prioridades fisiológicas (referidas na subcategoria acima). Estas necessidades resultam das carências afetivas, dando origem a sintomas psicóticos, ao sofrimento psicológico, ao isolamento, à solidão, à depressão (Alves, 2014-15; Moreira, 2014). Isto, poderá ser consequência da “desfamiliarização” das relações no interior do lar, com a diluição dos laços familiares e com a alteração do modo de relacionamento entre as gerações (Magalhães, 2012) aliado com a institucionalização e com a redução de visitas da família à Pessoa idosa.

Neste contexto, é necessário tratar a Pessoa idosa com DA como um ser único, dando-lhe carinho e atenção, preservando os seus hábitos (identidade). O cuidador deve saber escutar e compreender, mostrando-se presente e, simultaneamente minimizar a sensação de estar só do respectivo doente. As informantes referiram as seguintes frases, sendo que estas dão-nos uma visão do que o doente necessita e, simultaneamente do que elas tentam transmitir/proporcionar.

“(...) necessidades de afeto, compreensão (...)” (E1; 10)

“(...) eles necessitam de muito carinho, de muita paciência e calma (...)” (E2; 12)

“(...) [necessidades] totalmente dependentes e isso faz com que precisem do dobro da atenção, cuidados, compreensão.” (E12; 13)

“(...) [necessidades] maior atenção, concentração, dedicação (...)” (E15; 18)

“[necessidades] (...) afetivas, sim ... a família vai deixando os aqui, passa de uma visita de três por semana (...) uma vez por mês.” (E18; 10)

De seguida, foram mencionadas as necessidades de *segurança*, uma vez que a Pessoa idosa com DA requiere acompanhamento, supervisão e, com a evolução da doença de um cuidador que o substitua na execução das AVD. Para tal, é necessário que estes doentes se sintam seguros, tanto com os profissionais como com o ambiente que os envolve (APFADA e); Costa, 2011). Isto, porque os sintomas de confusão e desorientação, assim como os problemas de mobilidade e coordenação podem afetar a segurança da Pessoa idosa com DA, nomeadamente quando esta manifesta comportamentos de fuga que poderão ser sinal de tédio ou inatividade, um indício de sofrimento. Perante isto, o cuidador deverá tentar perceber o que desencadeou estes comportamentos e agir em conformidade com a necessidade expressa, de forma direta ou indireta, verbal ou não verbal. Em muitos casos, a respetiva Pessoa idosa só precisa de andar/passear num percurso de curta distância, com vigilância. Como se pode verificar nas seguintes asserções:

“Provavelmente têm [necessidades] de acompanhamento (...)” (E3; 13)

“ [necessidades] de andar com ela, falar com ela, fica um pouco mais calma (...) para lhe dar mais atenção” (E9; 23)

“(...) [necessidades] não se sentir sozinho (...)” (E2; 29)

“(...) [necessidades] de orientação (...)” (E13; 10)

No que diz respeito às necessidades *relacionais/sociais*, esta subcategoria engloba a importância da partilha de vivências/preservação da identidade, o estabelecimento de relações interpessoais e sociais. Isto, porque a interação social advém do contacto social, além de garantir a sobrevivência básica, é uma fonte de (in)formação, ajuda a manter e a desenvolver a identidade, sendo fonte de prazer, conforto e bem-estar emocional (Sousa, 2014).

É de salientar, que a falta de relacionamento está associada à condição de fragilidade social e esta está intimamente associada ao contexto social dos indivíduos,

neste caso a ERPI (Duarte, 2015). Ainda se verifica que este tipo de necessidades é subvalorizado, no entanto as dimensões relacional, comunicacional são preponderantes no cuidado à Pessoa idosa, tendo um papel confortador (Costa, 2006; Oliveira, 2011, Sousa, 2014). Isto, poderá contribuir para a minimização dos transtornos de humor e das perturbações comportamentais (Moreira, 2014). Apresentam-se as seguintes asserções:

“(...) [necessidades] falar da vida passada (...)” (E2; 13)

“[necessidades] de pessoas disponíveis, em tempo, paciência ... (...) que os compreendam.” (E17; 15)

“(...) [necessidades] de ter pessoas mais próximas deles ...” (E9; 18)

Outra das necessidades referidas pelas informantes, foram as *ocupacionais*, que estão relacionadas com o “sentir-se acompanhado e útil”, uma vez que a Pessoa idosa com DA precisa que o funcionamento e o bem-estar sejam maximizados, sendo ajudada no processo de adaptação à doença (estádio/fase inicial da DA). Caso esteja numa fase/estádio mais avançado, deve-se continuar a preservar o conforto e a dignidade do respetivo doente, dado que a autonomia está comprometida. Estas necessidades prendem-se essencialmente com a terapia e as atividades de lazer (Almeida, 2011; Mouta, Moura & Moura, 2012; Moreira, 2014).

Tal como referiram as informantes, a maioria das Pessoas idosas com DA passam os seus dias “sentados num cadeirão, com um televisor em frente”. Seria mais benéfico, conversar, caminhar, jogar com eles (consoante o estado evolutivo da doença do respetivo indivíduo). Apresentam-se as seguintes asserções:

“[necessidades] (...) da nossa ajuda, conversar, passear, andar... (...)” (E8; 10)

“(...)necessidade de fazer exercício físico e mental (...)” (E10; 11)

Perante isto, importa realçar que é necessário tempo, recursos humanos e materiais, assim como o planeamento destas atividades: exercício físico, caminhadas, passeios, arrumar o seu vestuário, entre outras atividades relacionadas com o dia-a-dia, tendo em consideração as fases/estádios da doença e a necessidade de acompanhamento/vigilância. Isto permitirá à Pessoa idosa com DA sentir-se útil, integrada no ambiente físico e social, mantendo alguma independência/autonomia e, simultaneamente a sua dignidade.

Por fim, foram mencionadas as necessidades de *cuidados totais/globais*, esta subcategoria está relacionada com a adequação dos cuidados conforme a evolução da doença, englobando todas as dimensões do cuidar. Nas fases avançadas da DA verifica-se uma dependência total das AVD, em que a Pessoa idosa com DA necessita de cuidados totais (APFADA f).

De acordo com o “Plano Nacional de Intervenção Alzheimer”(2009), este cuidar implica um trabalho de 24 sobre 24 horas, ou seja, um trabalho a tempo inteiro. A necessidade destes cuidados dá-se quando se verifica uma perda total de autonomia em todos os aspetos da vida corrente: higiene, alimentação, deslocação (Alaphilippe & Bailly, 2014). Tal como foi referido nas seguintes asserções pelas informantes:

“As necessidades (...) vão mudando ao longo do tempo (...) eles precisam de cuidados totais (...)” (E7; 14)

“(...) [necessidades] em tudo, até para beber simplesmente água, ou pentear-se (...)” (E.10; 15)

“(...) [necessidades] precisam de supervisão, orientação, aspetos do cuidado, eles dependem totalmente de nós.” (E14; 14)

“...Acho que as necessidades são em todos os aspetos!” (E15; 15)

Perante isto, as AAD deverão tentar sempre manter o respeito e a dignidade da Pessoa idosa com DA, independentemente do seu estado de saúde (dependência física e mental). De acordo com Sequeiro (2010), a dependência física verifica-se quando há um comprometimento nas AVD e AIVD, sem alterações cognitivas. Por sua vez, a dependência mental diz respeito ao comprometimento da cognição, que implica alterações nas AVD, mas mantendo a capacidade funcional para a sua execução. No caso da Pessoa idosa com DA, em fase avançada, verifica-se ambas as dependências (perda progressiva da memória, das capacidades físicas, comunicação, alimentação). Isto implica a prestação de cuidados totais/globais, em que os cuidadores devem estar preparados para lidar com aproximação do fim, ou seja, os cuidados em fim de vida.

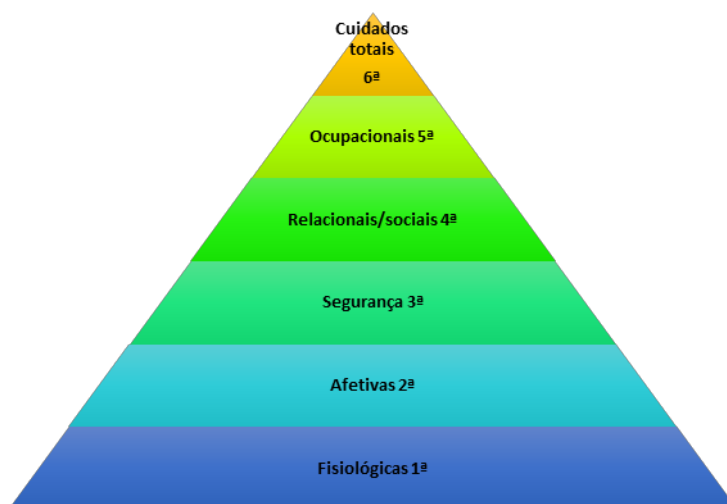
De acordo Pontes (2005), a Pessoa em fase terminal, geralmente está acamado, dependente e próximo de um estado vegetativo, precisando de cuidados como tratar a dor, combater a febre, cuidar da higiene oral, manter desimpedidas as vias aéreas, digestivas e urinárias, posicionar e mobilizar, prover a alimentação oral, ou seja, dar tudo aquilo cuja a falta causa sofrimento, promovendo o conforto e manter a dignidade

da Pessoa idosa com DA. Inerente a isto, está a interação com os familiares da respetiva Pessoa, que precisarão de apoio durante todo o processo (Moreira, 2014).

Perante sito, através de conversas informais, as informantes referiram ser difícil ligar/gerir as necessidades da Pessoa idosa com DA na fase referida acima, evidenciando o aspeto físico da respetiva Pessoa e a alimentação como algo que lhes incomoda, principalmente quando acompanham o processo de degradação/deterioração desde o início. Mediante isto, pode-se concluir, que apesar da identificação das necessidades da Pessoa idosa com DA, as AAD ainda precisam de ser preparadas, tanto a nível dos conhecimentos como a nível emocional, para uma boa prestação de cuidados.

De modo a apresentar as necessidades acima mencionadas, elaborou-se o diagrama 2, no qual estão hierarquicamente expostas as necessidades da Pessoa idosa com DA, de acordo com a prevalência dada pelas informantes.

Diagrama 2. Pirâmide das Necessidades da Pessoa Idosa com DA: prevalência dada pelas informantes



Este diagrama representa a identificação das necessidades da Pessoa idosa com DA, com base nos discursos das informantes, sendo hierarquicamente organizadas de acordo com a prevalência dada por estas profissionais. É possível verificar, que as necessidades com maior prevalência são: as fisiológicas, seguindo-se as afetivas. Se

compararmos com as necessidades humanas básicas de Maslow, constatamos que as AAD deram maior prevalência às necessidades afetivas do que às de segurança. As necessidades relacionais/sociais foram separadas das afetivas, sendo consideradas pelas informantes como a necessidade do respetivo doente em estabelecer relações com os outros, de forma a partilhar as suas vivências/conviver, isto é, preservando os seus hábitos, valores e princípios, inserindo-se na comunidade envolvente.

Por sua vez, as ocupacionais foram consideradas como a necessidade da Pessoa idosa com DA em sentir-se útil, ajudando-a no processo de adaptação à doença e contribuindo para a preservação da identidade (tendo como base aquilo que o respetivo doente gosta de fazer e/ou fazia antes de estar doente). Inerente a isto, está o facto de estes doentes passarem a maior parte do dia/tempo sentados em cadeirões, sem qualquer estimulação. Nas fases avançadas da doença, a necessidade de manter o respeito e a dignidade. Podemos considerar que as necessidades de estima e realização pessoal de Maslow estão aqui englobadas. Por fim, as de cuidados totais/globais, que englobam todas as necessidades já referidas, quando a respetivo Pessoa idosa se apresenta totalmente dependente de terceiros para a realização das AVD.

Destacando o estudo de Cummings & Cassie (2008) com portadores de patologias mentais sobre o levantamento das suas necessidades psiquiátricas, físicas e serviços sociais, no qual foram identificadas as necessidades a nível de saúde física (visão e audição), dos contactos sociais e do estabelecimento de relações íntimas. E ainda, a depressão, o isolamento e os défices funcionais. Alguns aspetos referidos neste estudo, vão de encontro às necessidades da Pessoa idosa com DA identificadas pelas informantes, nomeadamente as necessidades dos contactos sociais e do estabelecimento de relações íntimas. Tal situação deve-se a dois motivos, que foram mencionados de forma implícita, sendo estes: 1. ausência ou poucas visitas dos familiares à Pessoa idosa e 2. Dificuldades da respetiva pessoa em entender/utilizar a linguagem, assim como de interagir com o ambiente que a envolve.

Podemos considerar que as necessidades da Pessoa idosa com DA são semelhantes às necessidades de Maslow. Todavia, com a progressão desta doença, os doentes vão necessitar de cuidados totais/globais, para os quais os profissionais devem estar devidamente preparados, quer para as alterações/modificações do estado de saúde do doente, quer para as práticas do cuidado necessárias e adequadas.

4.2 - Dificuldades na prestação de cuidados à Pessoa idosa com DA

Esta categoria diz respeito à capacidade de introspeção e reflexão das AAD sobre as suas emoções, sentimentos, dificuldades e/ou obstáculos com que se deparam na relação de cuidado com a Pessoa idosa com DA, considerando as diversas atitudes e comportamentos desta. A partir desta categoria, emergiram as seguintes subcategorias: as características definidoras do doente (agressividade, inquietação), do próprio cuidador (gestão das emoções e sentimentos), do nível de conhecimento teórico-prático e organizacional (gestão do tempo, formações, apoio emocional).

Perante a categoria, *as características definidoras do doente*, surgiram aspetos relacionados com a fragilidade física, a psicológica, a agressividade, a inquietação/agitação. No que diz respeito à *fragilidade física* resulta das alterações a nível fisiológico, consequentes de alterações ao nível molecular. Esta pode incluir pouca/nenhuma caminhada, dificuldade em manter o equilíbrio, perda de peso não intencional, problemas coronários, visão diminuída, perda de força de mão e cansaço físico (Duarte, 2015). Tal como mencionaram as informantes nas seguintes asserções:

“É difícil, na altura em que eles deixam de falar por completo.” (E6; 29)

“[dificuldades] (...) alguns quase não se percebem a falar (...)” (E8; 20)

“(...) o problema (...) é sim, a sua alimentação.” (E7; 19)

No caso da *fragilidade psicológica*, esta é frequentemente acompanhada por um aumento de queixas do foro psicológico e está associada a alterações a nível cognitivo. Muitas pessoas idosas experienciam a depressão e a ansiedade, que interferem no seu funcionamento global (Touchon & Portet, 2002; Sequeira, 2010; Duarte, 2015). Apresentam-se as seguintes asserções:

“[dificuldades] o presente esquecem, depois há aquela confusão (...)” (E1; 17)

“(...) a cabeça a não funcionar bem, trocam muito as coisas (...) abstraem-se também bastante (...) não assimilam, deturpam.” (E3; 12)

“(...) a perda de memória, a falta de capacidade de raciocínio, confusão, delírios (...)” (E10; 10)

Em relação à *agressividade*, é constituída por conjuntos de comportamentos agressivos verbais (gritos, insultos) ou físicos (agressões, atirar objetos). É também considerado um sintoma complexo, que ocorre na maioria dos doentes nas

fases/estádios moderados/avançados (Selmes & Selmes, 2000; Touchon & Portet, 2002; Sequeira, 2010). A Pessoa idosa com DA poderá também apresentar-se agitada. Tal como referiram as informantes isto afeta não só os doentes, como a família e as próprias profissionais:

“[dificuldades] Eles batem a si próprios ... (...)” (E1; 18)

“[dificuldades] (...) quando eles se tornam agressivos, aí a gente fica com um pouquinho de receio (...)” (E2; 16)

No que se refere à *inquietação/agitação*, este sintoma poderá ser causado pela modificação do ambiente, um tratamento mal adaptado, uma afeção orgânica (dores, entre outras), sendo considerados perturbações do comportamento motor (Touchon & Portet, 2002). O respetivo doente poderá deambular sem qualquer orientação no espaço, no tempo e na identificação dos elementos que o rodeiam (Sequeira, 2010; Moreira, 2014).

De acordo com Cunha (2012), a Pessoa idosa com DA poderá apresentar sintomas de ansiedade, podendo criar situações agressivas e violentas (gritos constantes e até automutilação). A ansiedade é muitas vezes a base de comportamentos deambulantes, de agitação e de agressividade. Apresentam-se as seguintes asserções, sendo uma referente às perturbações do ritmo vigília-sono e a outra sobre as perturbações dos comportamentos básicos (caso da alimentação):

“[dificuldades] na hora de dormir, pois a pessoa saia constantemente da cama (...)” (E10; 16)

“[dificuldades] um ou outro fazem birras em relação a certas coisas (...) para sentarem para comer e eles sempre a levantarem-se a distraírem-se (...)”(E3; 19)

No que diz respeito às *características do próprio cuidador*, esta subcategoria refere-se à gestão de emoções e sentimentos das AAD relativamente à sua tarefa de cuidar, dado à complexidade e progressão da DA. Apresentam-se as seguintes asserções:

“[dificuldades] na comunicação.” (E10; 18)

“(...) [dificuldades], porque é assim, tenho visto muitas pessoas aqui estarem bem e ficarem piores (...) cada vez a ficar mais parados.” (E5; 18)

“(...) [dificuldades] no que dizer ou fazer quando nos chamam nomes, porque a minha primeira reação é responder da mesma forma (...)” (E.6; 28)

“(...) [dificuldades] por vezes os doentes falam as mesmas coisas muitas vezes, deixam-me saturada, cansada.” (E6; 30)

“...[dificuldades] cansa-nos e acabamos por falar de modo rígido com eles.” (E11; 20)

“(...) [dificuldades] e depois vem o cansaço, a frustração das tarefas que nós os ajudamos a fazer (...)” (E14; 20)

Perante isto, verifica-se que as informantes têm dificuldades na *comunicação* (perceber a linguagem da Pessoa idosa com DA), no enfrentamento da doença (o modo como lidam com a progressão da DA), principalmente quando acompanham o processo de deterioração da Pessoa idosa com DA, desde o início. Outras das dificuldades, prende-se com o *controlo emocional* perante situações em que o respetivo doente chame nomes e/ou agride fisicamente.

Outra das subcategorias definida, foi os *saberes do cuidador*, que diz respeito às *capacidades e competências* mobilizadas pelas AAD no cuidado. A tarefa de cuidar da Pessoa idosa exige um conjunto de conhecimentos específicos, assim como competências. Isto é, a capacidade para utilizar de modo eficaz a experiência, os conhecimentos e as qualificações (Comissão das Comunidades Europeias, 2001), que o cuidador é capaz de utilizar no desempenho da sua função/tarefa (Sousa, 2011).

Tal como sublinha Walter (1988) citada por Moniz (2008), estes conhecimentos devem resultar de uma mobilização teórica e prática de um conjunto de conhecimentos, adquiridos ao longo de toda a formação inicial, assim como com a experiência profissional. Apresentam-se as seguintes asserções:

“[dificuldades] o que é que eu fiz, porquê que ele está assim, há várias perguntas na nossa cabeça.” (E2; 18)

“E, o Alzheimer é diferenciado e a gente sabe pouco, a gente chama ela às vezes é chata, é cansativa (...) é por falta de conhecimento.” (E.2; 21)

“(...)[dificuldades] se realmente o doente tem fome (...) eles não falarem, só fazerem ruídos, murmúrios (...)” (E7; 20)

“Quer dizer na prática, não porque não tenho assim conhecimento [dificuldades] (...)” (E3; 23)

“(...)[dificuldades] nunca sei o que eles vão fazer, nem aquilo que posso fazer para eles estarem melhor... (...)” (E6; 23)

Em relação aos *aspetos organizacionais*, foram mencionadas a *gestão do tempo*, as *formações* e o *apoio emocional*. Estas informantes sentem necessidade de adquirir e atualizar os seus conhecimentos, nomeadamente na área da geriatria: higiene, alimentação, cuidados de saúde e segurança, liderança, gestão e mudança comportamental, medicação, posicionamentos, entre outros (Sequeiro, 2010; Sousa, 2011).

Inerente isto, está a gestão do tempo e o apoio emocional, sendo que as profissionais referiram precisar de mais tempo, para prestarem os cuidados adequados à Pessoa idosa com DA, assim como a necessidade de serem acompanhadas emocionalmente. Isto, porque estas profissionais acompanham situações de extrema dependência, deparando-se com dificuldades, constrangimentos, receios, entre outros (Torrão, 2010; Machado, 2013). Para tal, é fundamental que os cuidadores compreendam o envelhecimento enquanto processo, assim como os estádios/fases da DA. Apresentam-se as seguintes asserções das informantes:

“(...) [dificuldades] era necessário os cuidadores terem mais tempo, isto é algo que só a organização poderá alterar (...)” (E1; 27)

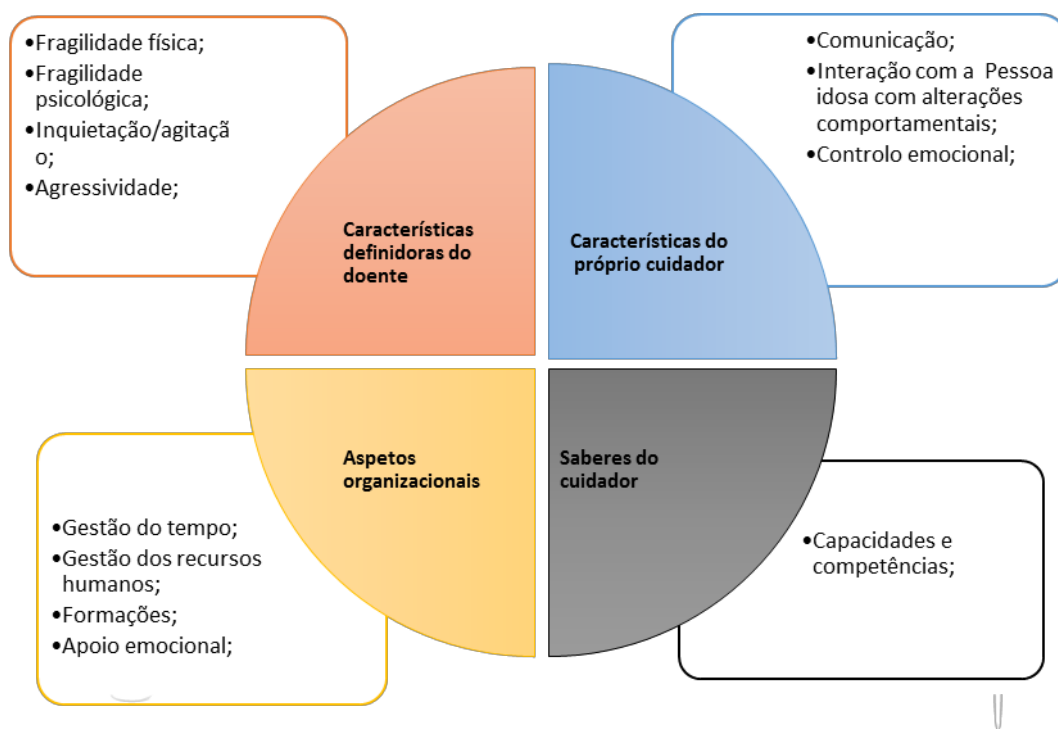
“[dificuldades] mais conhecimentos sobre como lidar destes doentes (...)” (E4; 17)

“[dificuldades] (...), porque temos outras pessoas para cuidar, não temos tempo, para os doentes com Alzheimer e estes exigem muito de nós.” (E12; 19)

“(...) [dificuldades], se calhar algum tempo para nos darem formações (...)” (E12; 20)

Para apresentar as categorias e subcategorias mencionadas acima, elaborou-se o presente diagrama 3, no qual constam as quatro categorias, emergindo de cada uma delas as respetivas subcategorias.

Diagrama 3. Dificuldades na prestação de cuidados à Pessoa idosa com DA: voz ativa das informantes: AAD



Perante isto, importa referir que destas quatro subcategorias, as duas mais prevalentes foram: as características definidoras do doente e as características do próprio cuidador. Seguindo-se os aspetos organizacionais e, por fim, os saberes do cuidador. Estas dificuldades vão de encontro do estudo realizado por Barbosa et al. (2011) sobre a identificação das competências, necessidades e dificuldades na prestação formal de cuidados a pessoas com demência, visto que cuidar da Pessoa idosa com DA ou com outro tipo de demência está associado a elevados níveis de stress e insatisfação laboral, devido à grande dependência e aos frequentes distúrbios comportamentais que acompanham a doença.

Posto isto, é de referir que existe uma relação direta entre os conhecimentos e a prestação de cuidados, uma vez que para prestar os cuidados adequados à Pessoa idosa com DA é necessário possuir conhecimentos específicos, que permitam lidar e gerir situações complexas do ato de cuidar: fragilidade física, psicológica, inquietação/agitação, assim como a agressividade. Isto, porque os conhecimentos utilizados pelas AAD são resultado, sobretudo da sua experiência ao longo do tempo e,

não de formações especializadas. Tal como foi possível verificar no discurso da maioria das informantes: “*Não. Aquilo que sei, adquiri através da instituição (...)*” (E1;6); “*Só a formação do serviço do lar*” (E8; 6); “*Aqui na instituição, apoio ao idoso.*” (E15;6). E, também de alguma formação que tenham tido durante o seu percurso profissional na ERPI.

Perante esta realidade, deve-se apostar nas áreas que as AAD apresentam maior dificuldade: na comunicação, na interação com o doente com alterações comportamentais e familiares, assim como no controlo emocional. Para isto, tanto o profissional como a respetiva instituição devem trabalhar em conjunto, tendo como finalidade a melhoria dos cuidados, em que as AAD devem participar na elaboração dos planos de intervenção individualizados (PII) das Pessoas idosas com DA.

4.3 - Estratégias de intervenção de cuidado à Pessoa idosa com DA

Esta categoria refere-se à maneira como as cuidadoras conciliam os saberes (capacidades e competências) com os cuidados a prestar nas múltiplas e complexas situações do ato de “cuidar”, isto é, as técnicas que as próprias consideram adequadas a determinadas situações: inquietação/agitação, agressividade, entre outras. As informantes mencionaram a promoção do conforto, da segurança, a comunicação/linguagem verbal e não verbal adequada, a orientação no espaço e tempo, assim como a informação/esclarecimento da Pessoa idosa com DA.

Neste sentido, a *promoção de conforto* é considerada o alívio do desconforto físico, emocional da Pessoa idosa com DA. O conforto traduz-se num encontro com uma pessoa que necessita de cuidados, implica fazer um caminho com o respetivo indivíduo. Isto implica que o profissional deva utilizar a bondade/amor quando se coloca no lugar do “outro”, aproximando-se da essência do respetivo doente. Para tal, as atitudes deverão permitir “criar um encontro” assente na atenção e no afeto (Silva, 2002; Bermejo, 2010). Isto é, o cuidador deve ter sensibilidade para estabelecer uma relação de ajuda, passando pela escuta ativa, centralização na pessoa como um ser único e individual, em que a presença estabelece a confiança e a empatia (Alves 2014-15).

Nesta relação são utilizadas estratégias como o toque, o silêncio/presença incondicional, o sorriso, o humor, a musicoterapia, entre outras (Sousa, 2014; Louro, 2014; Moreira, 2014). Apresentam-se as seguintes asserções:

“[estratégias] Tem que se ter muita para calma para lidar com esses doentes.”
(E1; 16)

“[estratégias] (...) mesmo que a gente não fale nada, a gente está ali presente, dando afeto, pondo a mão (...)” (E2; 14)

“[estratégias] andar com ela, falar com ela (...) conversar com ela, ouvi-la (...)” (E9; 23)

“[estratégias] o carinho que posso transmitir é fundamental.” (E10; 14)

“(...) tento sempre agir com cuidado, paciência e com uma certa afetividade.”
(E13; 21)

Isto, porque a *presença incondicional/uso do silêncio* podem promover conforto, pois demonstra que as profissionais estão atentas, interessadas, demonstrando o respeito pela pessoa cuidada (Sousa, 2014). Inerente a isto, está a *escuta ativa*, em que as AAD devem ouvir a Pessoa idosa com DA mesmo que o seu discurso seja relativo a factos passados ou repetitivo (Planeuf, 2010), evitando comentários desnecessários como “você já disse isso”; “isso não interessa”; “não tenho tempo para isso”; “Isso já foi há muito tempo”, pois poderão despoletar atitudes e comportamentos de agitação, agressividade e recusa.

Outras das subcategorias definidas foi a *segurança* da Pessoa idosa com DA, sendo que as informantes consideram a imobilização da respetiva pessoa idosa como recurso de proteção, assim como as caminhadas realizadas com acompanhamento. Isto, poderá prevenir as quedas, os desaparecimentos, a sensação de abandono e de insegurança, pois os respetivos doentes são orientados no seu percurso. Considera-se importante deixar o doente deambular, sob vigilância (Cunha, 2012). Apresentam-se as seguintes asserções:

“(...)[estratégias], se não a imobilizássemos havia dias em que andava pela instituição sem destino, perdida (...)” (E6; 26)

“[estratégias] (...) imobilizar um bocadinho, também não pode ser todo o dia, tem de ser aos bocadinhos, porque se não a pessoa fica mais excitada.” (E5; 19)

“[estratégias] para a sua própria segurança teve que ficar imobilizada.” (E10; 15)

Com esta partilha das informantes, verificou-se que a imobilização é a estratégia mais utilizada em situações de inquietação/agitação e/ou agressividade, sendo as caminhadas menos utilizadas. Isto remete-nos para certas questões, sendo estas: “1. A imobilização é utilizada só em casos extremos ou é uma prática recorrente?”; “2. Como é mantida a dignidade e o respeito pela Pessoa idosa com DA nestas situações?”; “3. Qual a política da instituição sobre a contenção física/imobilização?”. O respetivo doente deverá circular livremente com supervisão, mas isto implica que o cuidador tenha disponibilidade de tempo. No entanto, as profissionais não dispõem desse tempo, sendo que as informantes referiram que o tempo é escasso e insuficiente para prestar os devidos cuidados à Pessoa idosa com DA, existindo também poucos recursos humanos.³²

A comunicação/linguagem verbal e não verbal adequada foi outra subcategoria que emergiu, sendo que as informantes referiram o tom de voz baixo e a negociação. Tal como nos refere Sousa (2014), a comunicação constitui-se um eixo de cuidar/cuidado confortador. Isto, porque a Pessoa idosa com DA vai perdendo a capacidade de comunicar verbalmente, tornando-se sensível ao meio que o rodeia e, ainda à forma como os profissionais se relacionam consigo (Queirós, 2015).

Para tal, é importante ter cuidado com a forma como se comunica (desde do tom de voz, timbre às palavras que são utilizadas) e ainda, as expressões faciais ou gestos que se podem ter/fazer, podendo dar um significado diferente à mensagem que se quer transmitir (Silva, 2002; Briga, 2010). Isto, poderá evitar medidas de contenção física e o recurso à farmacologia (Garrett, 2005).

Tal como refere Phaneuf (2010), há uma relação afetiva à mensagem recebida, que confere sentido ao que é pronunciado. Inerente a isto, a comunicação verbal e não verbal devem ser usadas de forma complementar através do contacto visual, usando-se o toque adequado. Mesmo nos casos em que a resposta da Pessoa idosa com DA é reduzida deve-se manter a comunicação (Sequeira, 2010). Apresentam-se as seguintes asserções das informantes:

“[estratégias] (...) foi usar um tom de voz baixo, de modo a acalmá-los.” (E4; 15)

“[estratégias] (...) mas se a gente tiver atenção e pedir para eles falarem devagar, a gente entende (...)” (E8; 20)

³² Devido às frequentes incapacidades temporárias para o trabalho por estado de doença (conversas informais com as AAD).

Outras das subcategorias emergentes foi a *orientação no tempo e espaço*, uma vez que as informantes mencionaram que orientam a Pessoa idosa com DA no tempo e espaço, durante vários períodos do dia. Os profissionais devem tentar preservar as referências do tempo e do espaço, tentando ajudar o respetivo doente a conservar um ritmo regular de vida diária (Selmes & Selmes, 2000; Touchon & Portet, 2002). Isto é, a criação de rotinas, a adopção de preocupações de segurança, a adaptação do ambiente, evitando ao máximo as alterações de ambiente (Sequeira, 2010; Costa, 2011). Apresentam-se as seguintes asserções:

“[estratégias] (...) digo o que eles não podem fazer (...)” (E8; 18)

“(...)[estratégias] eu tento dizer-lhes onde estão e porquê que estão ali.” (E17; 28)

Para além das subcategorias já apresentadas, surgiu a subcategoria *informar/ser esclarecido*, visto que todos os doentes devem ter direito à informação, nomeadamente sobre o seu estado de saúde, a razão da institucionalização, a toma de certos medicamentos, entre outras informações. Todavia, verificou-se que este direito é pouco valorizado pelas informantes, pois a maioria considera que dado ao estado evolutivo da doença, os doentes acabam por se esquecerem do que foi dito/explicado. Apresentam-se as seguintes asserções:

“[estratégias] Nós temos de dizer que veio para aqui derivado à sua doença (...)”
(E1; 22)

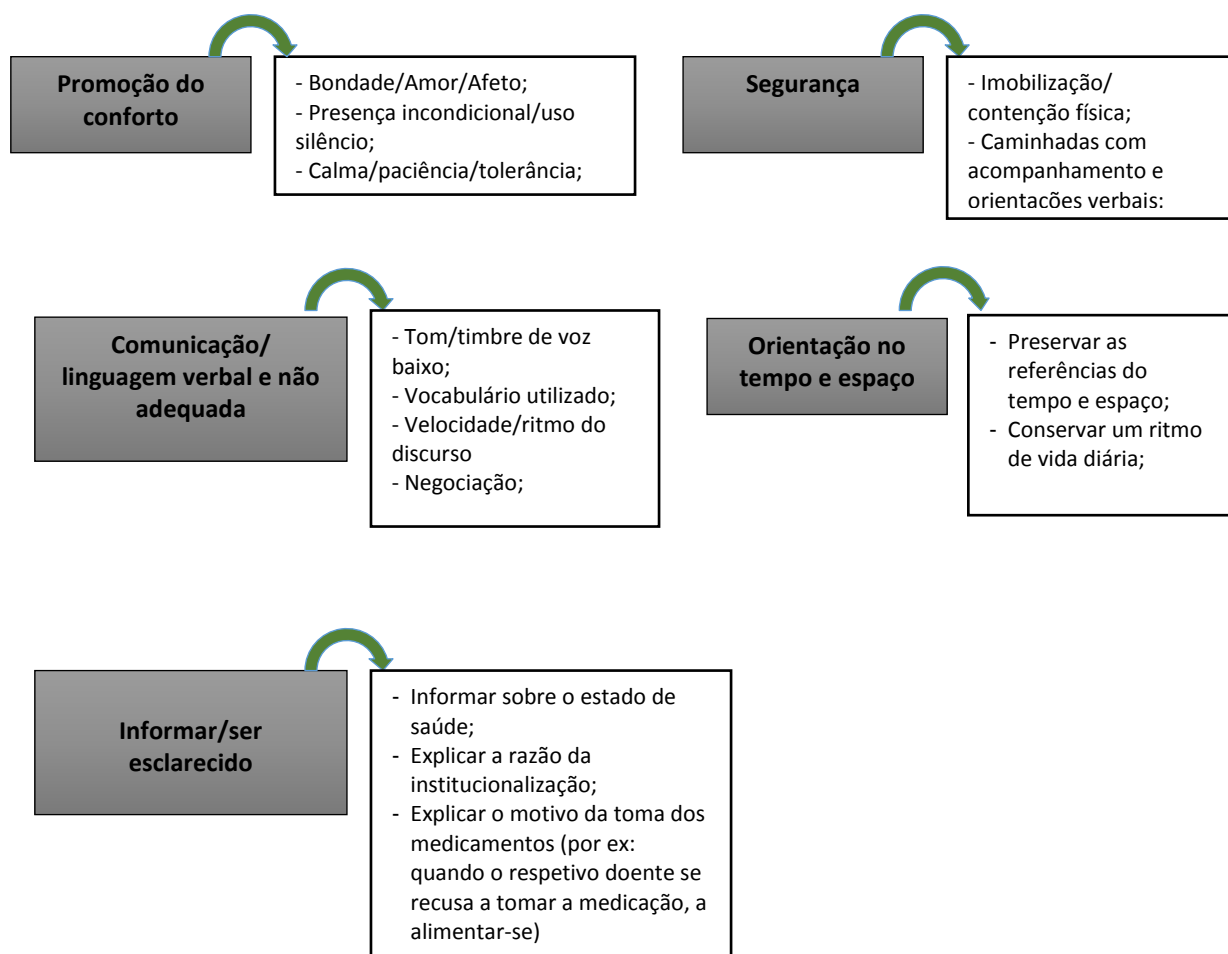
“A gente diz, mas para quê? Eles esquecem (...)” (E5; 22)

Perante isto, segundo Planeuf (2010), os profissionais de saúde devem tentar desligar-se da sua rotina e entender a rotina do respetivo doente, colocando-se no “lugar do outro”, isto é, se fossem o doente também gostariam ser informados/esclarecidos. Neste sentido, a Pessoa idosa com DA deverá ter conhecimento sobre o seu estado de saúde e ter voz ativa na tomada de decisões, se ainda tiver capacidade de o fazer. Inerente a isto, estão as decisões antecipadas de vontade³³, caso tenham sido devidamente tratadas. Caso isso não se verifique, o doente apresente-se inabilitado e interdito, em que o cuidador deve procurar agir em conformidade com o que é melhor, solicitando a opinião da restante equipa (*Alzheimer Europe*, 2013).

³³ Testamento vital e procurador de cuidados de saúde

Para sintetizar as estratégias de intervenção descritas acima, elaborou-se o diagrama 4, no qual são apresentadas as cinco dimensões (subcategorias) e para cada uma delas as várias ações do cuidador, utilizadas no cuidado à Pessoa idosa com DA.

Diagrama 4. Síntese das Estratégias de Intervenção de cuidado à Pessoa idosa com DA, com base na experiência partilhada pelas informantes



Perante as estratégias apresentadas acima, importa referir que as práticas de cuidar devem assentar numa lógica centrada na pessoa cuidada, considerando-a como um ser único, reconhecendo a sua condição e valores. Isto requer uma perspetiva humanista/afetiva, em que o cuidador deve agir com intencionalidade, aproximando-se na Pessoa idosa e prestando cuidados individualizados (Sousa, 2014). É de salientar, que as estratégias a utilizar com a Pessoa idosa com DA devem ser adaptadas às características do respetivo doente e da fase/estádio da doença, pois há indivíduos que

reagem bem ao contacto físico (toque), existindo outros que sentem desconforto, invasão da intimidade, entre outras sensações, emoções e sentimentos.

Posto isto, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) citado por Moniz (2008) na prestação de cuidados à Pessoa idosa devem ser cumpridos os seguintes objetivos: prevenir a perda de aptidões funcionais; manter a qualidade de vida; manter o indivíduo onde este deseja estar; dar apoio à família da Pessoa idosa; proporcionar assistência de qualidade; contribuir para que o indivíduo morra tranquilamente, proporcionando-lhe cuidados adequados.

Neste contexto, os profissionais devem ter atenção às alterações da memória, da orientação, do humor e do comportamento, tendo cuidados com a comunicação verbal e não verbal. Para tal, devem estimular a Pessoa idosa com DA, de forma positiva e indireta, durante uma atividade do dia-a-dia (exemplo: jogo, televisão); supervisão “discreta” como medida de precaução de segurança; manter de um ambiente estável; adaptar o ambiente (sinalética adequada, proteção de tomadas eléctricas, utensílios que possam constituir risco para a respetiva Pessoa); incentivar ao uso de ajudas (notas, calendário); criar rotinas; estimular a orientação com recurso a materiais como o relógio, sem repetições constantes da mesma informação; usar uma linguagem simples e com um discurso pausado; encorajar a pessoa a falar; usar a comunicação verbal e não verbal como forma de transmitir segurança, apoio e estimulação; utilizar o toque e o contacto físico; privilegiar a calma.

Assim, o cuidador poderá evitar crises de agitação e/ou agressividade da Pessoa idosa com DA, utilizando uma atitude apropriada a cada momento, ou seja, a utilização e adaptação das estratégias ao respetivo doente. Isto, poderá resolver problemas de insónias, assim como reconhecer a presença de doenças concomitantes (Sequeira, 2010; Garrett, 2005; Touchon & Portet, 2002).

4.4 - Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA

Esta categoria corresponde a um conjunto de medidas/ações a implementar ou a reformular em prol da melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA, mencionadas pelas AAD. As informantes referiram: o planeamento de atividades ocupacionais direcionadas para a Pessoa idosa com DA, as formações com o apoio institucional, o serviço de apoio emocional às AAD, bem como a gestão do tempo e recursos humanos.

A subcategoria *planeamento de atividades ocupacionais* direcionadas para a Pessoa idosa com DA, demonstra e reforça a importância do planeamento de atividades para este tipo de doentes, uma vez que o tratamento deve ser funcional (atividades diretas para os hábitos de vida), com objetivo(s) (metas de acordo com as suas necessidades) e estruturado (rotinas estabelecidas). Cabe aos profissionais, incentivar constantemente à realização das AVD pela Pessoa idosa com DA (Touchon & Portet, 2002; Sequeira, 2010). No entanto, na presente instituição verifica-se que as atividades existentes são planeadas, de modo igual, acabando por provocar neste tipo de doentes desinteresse e rejeição em participar nas mesmas, visto que estas não foram pensadas nem adaptadas a estes elementos. Isto é, quando não existe um planeamento de atividades que atendam às necessidades da Pessoa idosa com DA.

Neste contexto, são utilizadas técnicas de estimulação cognitiva global, a reeducação cognitiva, as técnicas psicoterapêuticas (inspiração analítica ou cognitivo-comportamental), técnicas de relaxamento, a musicoterapia (Camões, Pereira & Gonçalves, s/d). Isto é, a organização de atividades que permitam dar um ritmo/sentido ao dia de cada doente (Selmes & Selmes, 2000; Touchon & Portet, 2002). Apresentam-se as seguintes asserções:

“ (...) [propostas de melhoria] atividades ocupacionais para os doentes, eles passam a maior parte do dia sentados e imobilizados (...)” (E1; 32)

“[propostas de melhoria] há jogos a desenvolver, a puxar pela memória deles (...)” (E2; 29)

“(...) as pessoas passam o tempo todo sem exercer qualquer coisa na instituição (...) atividades de animação (...)” (E8; 24)

“[propostas de melhoria] (...) estes doentes deviam ser convidados a exercer todas as atividades físicas e mentais (...)” (E10; 19)

Outra das subcategorias emergente foram as *formações com apoio institucional*, em que a maioria das informantes demonstrou ter a necessidade de adquirir ou atualizar os seus conhecimentos, principalmente na área dos cuidados à Pessoa idosa com DA, reforçando várias vezes que a própria instituição proporcionou formações insuficientes nesta área. Para cuidar deste tipo de público, é necessário conhecer as mudanças que esta doença provoca nas áreas do cérebro (memória e raciocínio). Tal como nos refere Sousa (2011), é essencial rever e ajustar as competências e conhecimentos às reais necessidades do sector; definir padrões e requisitos mínimos de conhecimentos, competências e valores exigidos para trabalhar nesta área, assim como a definir exigências e requisitos que devem ser regulamentados. Apresentam-se as seguintes asserções:

“(...) [propostas de melhoria] mais apoio, a nível de formação (...)” (E7; 22)

“(...) [propostas de melhoria] prepararmo-nos melhor para lidar com este tipo de situações imprevisíveis.” (E5; 21)

“(...) [propostas de melhoria] prepararmo-nos melhor para lidar com este tipo de situações imprevisíveis.” (E13; 21)

Importa referir, que as situações imprevisíveis mencionadas acima dizem respeito às perturbações comportamentais da Pessoa idosa com DA, tais como, as atitudes agressivas, para as quais as informantes não se sentem preparadas para as gerir. Para tal, são necessários conhecimentos práticos (como levantar o doente, realizar a higiene pessoal, entre outros cuidados), assim como os da própria doença e dependência (causas, evolução tratamentos farmacológico e não farmacológico) (Melo, 2010).

As informantes também focaram aspetos relacionados com o *serviço de apoio emocional*, visto que a maioria referiu sentir pouco apoio ou mesmo quase nenhum, dado à indisponibilidade da restante equipa em ouvir as suas frustrações, medos, dificuldades na prestação de cuidados aos portadores da DA. Portanto, seria benéfico, tanto para as profissionais como para a instituição existir essa partilha, de modo a melhorar o bem-estar das AAD e a melhoria dos cuidados prestados.

O contexto Lar de idosos poderá presenciar o agravamento do estado físico e mental, a morte de pessoas de quem se cuidou ao ponto de serem criados laços afetivos fortes. Inerente a isto, está o sentimento das informantes do seu trabalho não ser devidamente reconhecido, social ou financeiramente (Torrão, 2010; Ferreira, 2012;

Machado, 2013;). Para além, da constante pressão e avaliação por parte da instituição e familiares dos doentes. Apresenta-se as seguintes asserções:

“(...) [propostas de melhoria] ter apoio, quando precisássemos, por exemplo, eu desabafo é com o meu marido.” (E9; 23)

“(...) porque é assim, tenho visto muitas pessoas aqui estarem bem e ficarem piores (...)” (E5;18)

Inerente a isto, emergiu outra subcategoria, sendo esta a *gestão do tempo e dos recursos humanos*. Apesar de estar estipulado uma AAD por oito utentes (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março), seria necessário repensar e reformular, uma vez que está comprovado que a Pessoa idosa com demência, neste caso com DA, requiere mais tempo, atenção (APFADA e), sendo que as próprias cuidadoras têm noção disso, justificando que não prestam os devidos cuidados dados ao leque de ações que têm de realizar em determinado tempo, ao rácio de utentes e às incapacidades de trabalho temporário existentes. Isto reflete-se no estado de sobrecarga física e mental, na exaustão e na desmotivação das AAD. Apresentam-se as seguintes asserções:

“(...) [propostas de melhoria] os cuidadores terem mais tempo, isto é algo que só a organização poderá alterar (...)” (E1; 31)

“[propostas de melhoria] Ter mais recursos (...)” (E2; 30)

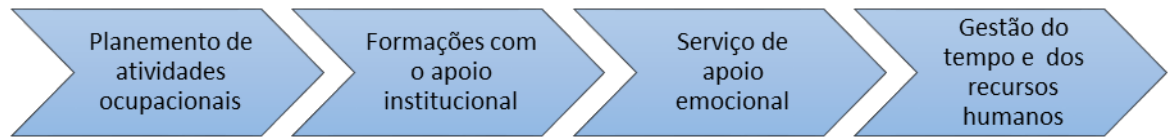
“[propostas de melhoria] (...) termos mais tempo e mais conhecimentos sobre como lidar destes (...)” (E4; 17)

“[propostas de melhoria] (...) mais pessoas a trabalhar na área...” (E11; 23)

Posto isto, seria necessário as AAD terem mais tempo ou existirem mais recursos humanos, dado à complexidade das necessidades da Pessoa idosa com DA e ao conjunto de ações que estas profissionais têm de executar. Assim, seria essencial a formação, a existência de programas de orientação e tutoria no trabalho, uma supervisão adequada, a participação das AAD no planeamento dos cuidados, o *feedback* e comunicação sobre as tarefas, assim como a criação de oportunidades de desenvolvimento profissional (Sousa, 2011).

De modo a sintetizar as propostas de melhoria mencionadas acima, elaborou-se o diagrama 5, no qual são apresentadas as sugestões das informantes relativamente ao que deveria ser reformulado, modificado na ERPI.

Diagrama 5. Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA: sugestões das informantes: AAD



Perante as propostas apresentadas no diagrama acima, surgiram certas questões: “1. Na ERPI são realizados planos de intervenção individualizados?”; “2. Qual o papel das AAD na elaboração desses planos?”; “3. Quais os critérios para avaliar a prestação profissional das AAD?”; “4. Que apoio é prestado pela ERPI às dificuldades das profissionais?”; “5. Como é realizada a gestão do tempo e dos recursos humanos?”; “6. Quais os critérios utilizados para o planeamento das formações?”. Isto, porque estas profissionais demonstraram ter consciência do que a Pessoa idosa com DA necessita, da complexidade do ato de cuidar, tendo dificuldades que deveriam ser colmatadas quer pelas próprias, quer pela ajuda da instituição. Para estes profissionais seria importante ter maior oferta formativa, mais recursos para assegurar a concepção e execução de planos de formação interna, um maior número de profissionais face ao volume de trabalho, assim como motivação (condições de trabalho) (Sousa, 2011).

CAPÍTULO V - PRINCIPAIS CONTRIBUTOS DO ESTUDO E PROPOSTAS PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES

Nesta parte (V) são apresentadas as limitações encontradas ao longo do presente estudo, assim como as sugestões e implicações para futuras investigações. Isto, porque os resultados obtidos com este estudo permitiram refletir sobre o processo de cuidar da Pessoa idosa com DA institucionalizada numa ERPI: se por um lado, foi possível encontrar respostas para as questões definidas ao longo de todo o processo; outras interrogações foram surgindo, para as quais se pensa ser útil obter mais conhecimento, a fim de sustentar as práticas de intervenção dos CF, nomeadamente das AAD junto da Pessoa idosa com DA.

5.1 - Limitações encontradas, sugestões e implicações para futuros estudos

Ao longo da presente investigação surgiram determinadas limitações, sendo as seguintes: 1. o horário fixo de certas AAD (00H00 às 23h00), em que foi necessário negociar com as mesmas uma hora mais cedo/antes de entrarem ao serviço para responderem às entrevistas³⁴. A maioria das informantes (com horários rotativos) pensou que iria ser alvo de avaliação, mesmo depois da entrega dos processos de consentimento livre e informado, sendo necessário explicar duas vezes no que é que consistia o estudo. Isto remete-nos para duas questões: “1. Se o documento estaria com uma linguagem acessível/simple para o tipo de público-alvo a que se destinava?”; “2. Se a estudante conseguiu explicar de forma simples o seu projeto de estudo?”. Inerente a isto, poderão estar os níveis de literacia das AAD, o ritmo de trabalho, a presença de um elemento externo, os poucos conhecimentos sobre a DA, entre outros factores.

Em relação às entrevistas, o número de deslocações foi superior ao que estava previsto, uma vez que as informantes decidiram responder às entrevistas na sua hora de descanso, sendo que umas responderam durante o período de almoço e outras durante o período de jantar (2 idas à instituição). A questão das gravações, a maioria

³⁴ Estas AAD mostram-se pouco receptivas e desconfortáveis com este facto, uma vez que pensavam que iria alterar as suas rotinas, que era um pedido feito pela instituição. No entanto, no final das entrevistas estas informantes mostram-se aliviadas, admitindo que no início estavam com medo, pois era uma experiência nova e nunca tinham respondido a algo desta natureza.

das AAD demonstraram-se desconfortáveis com as gravações. Como tal, de forma a respeitar os princípios éticos, foi explicado o motivo da gravação (2 vezes). Todavia, estas acabaram por abordar certas questões, mais aprofundadamente, quando se deixou de gravar.

Neste contexto, também a presença da investigadora/entrevistadora tornou-se uma limitação em certos momentos da entrevista, pois verificou-se que determinadas AAD não deram a resposta que pensavam, principalmente sobre a instituição (questão: *Na sua opinião, haveria algum aspeto da organização que deveria ser melhorado para uma melhor prestação de cuidados a estes doentes?*). Inerente a isto, esteve a postura da entrevistadora, que em certos momentos foi-lhe difícil gerir as emoções em relação ao que as informantes iam mencionando, nomeadamente quando estas comparavam a Pessoa idosa com DA a uma criança de 1 ano ou a “pessoas sem cabeça” (gestão das emoções, manutenção de rigor e imparcialidade).

Importa referir também, a necessidade de informação sobre a DA, que estas informantes demonstram a ter, tanto de forma explícita como implícita nas entrevistas. Isto, porque para cuidar da Pessoa idosa com DA é necessário ter conhecimentos específicos, uma vez que estes vão requerendo cada vez mais cuidados, consoante o estágio/fase desta patologia. Como tal, torna-se fundamental saber como gerir o stress, fadiga ou mesmo a sobrecarga que estes cuidados podem trazer para o cuidador, dotando-os com estratégias (Selmes, 2000; Sequeira, 2010; Araújo, Oliveira & Pereira, 2012).

Neste sentido, pode-se considerar que a falta de motivação dos entrevistados em responder às perguntas que lhes foram feitas; as dificuldades de compreensão do significado de certas questões; o fornecimento de respostas não verdadeiras (quer por receio, quer por tentativa de agradar/dar a resposta que achesse correta e não a real para si); a influência exercida pelo aspeto pessoal da entrevistadora; o custo com a aplicação e transcrição das entrevistas, a falta de treino na realização.

Face às limitações mencionadas anteriormente, importa refletir sobre as sugestões e implicações para futuros estudos. Em primeiro lugar, face ao conhecimento pouco aprofundado das AAD sobre a DA, seria importante o planeamento de uma formação sobre a prestação de cuidados à Pessoa idosa com DA, especialmente sobre como atuar em situações em que esta apresentasse um quadro de agitação/inquietação

e/ou agressividade. As AAD demonstraram algum medo/receio e incertezas em relação às estratégias a utilizar nestes casos. Inerente a isto, também seria necessário aplicar uma escala de avaliação da sobrecarga a este público.

É de referir que, seria importante comparar esta realidade com outra, de modo a verificar se as dificuldades e estratégias destas AAD são iguais ou diferentes às das outras profissionais com a mesma categoria profissional, em contexto semelhante. Para tal, numa primeira fase deveriam ser elaborados inquéritos por questionário e, posteriormente realizado um *focus group*, entre os dois grupos de inqueridos. Cujos objetivos seriam a partilha e a comparação das suas experiências e pontos de vista, criando novos conhecimentos e entendimentos sobre o cuidado à Pessoa idosa com DA.

Neste sentido, para cuidar é necessário saber relacionar-se concretamente com estes doentes, quando estes não o conseguem fazer, sendo importante o cuidador estar preparado para a progressão da respetiva doença e, conseqüentemente para o grau de exigência dos cuidados. Inerente a isto, seria importante criar um gabinete de apoio às AAD em diversas áreas, para que estas esclarecessem as suas dúvidas e dificuldades, possibilitando o seu papel ativo nas sugestões para a melhoria dos cuidados.

Além das interrogações, que foram mencionadas ao longo do presente documento, surgiram outras: “1. Qual o papel da família no processo de cuidar da Pessoa idosa com DA institucionalizada?”; “2. De que modo são elaborados os PII dos utentes com DA?”; “3. Quais os programas/formações proporcionados às AAD?”; “4. Qual o apoio prestado pelas instituições às AAD e aos familiares da Pessoa idosa com DA?”. Isto, porque a profissão de AAD obriga a um perfil de estabilidade emocional e capacidade de gerar empatia com os clientes da instituição (acompanhar situações de extrema dependência, compreender as fases do envelhecimento e quando existem casos de problemas de saúde mental ou doenças de foro neurológico) (Conceição, 2013; Torrão, 2010).

Por fim, em relação à família, esta deve ser envolvida nas dinâmicas da instituição, participando nas atividades para que se mantenham os laços afetivos e a identidade da Pessoa idosa (Amaro, 2013). Neste sentido, as instituições devem ter um papel fundamental, em específico as ERPI ou Lares idosos, pois devem prestar cuidados a

estes três diferentes públicos: às Pessoa idosas, aos seus familiares e aos profissionais, contribuindo para o bom funcionamento institucional, assim como para o bem-estar de ambos os grupos.

CONCLUSÕES

A finalidade deste estudo foi contribuir para a qualidade dos cuidados prestados à Pessoa idosa com DA institucionalizada numa ERPI. Para tal, foram traçados objetivos, que tinham subjacentes questões. A partir dos resultados obtidos, foi possível responder a essas questões e retirar determinadas conclusões. Em primeiro lugar, concluiu-se que o processo de cuidar desenvolvido pelas AAD com a Pessoa idosa com DA advém das múltiplas necessidades da Pessoa idosa (identificação/diagnóstico), condicionado por dificuldades inerentes à díade Cuidador/Pessoa idosa e aos aspetos inerentes à organização, sendo gerido por estratégias de intervenção variadas e intencionais, capazes de serem promotoras do conforto e bem-estar da Pessoa idosa.

Perante isto, as AAD deveriam ter direito a saber todas informações sobre o quadro demencial da Pessoa idosa, para que juntamente com a restante equipa fossem agentes ativos na elaboração/execução do PII da respetiva pessoa. Além disto, estas profissionais deveriam ser apoiadas perante as suas dificuldades, receios/medos, obstáculos que surgem no ato de cuidar. Posto isto, conclui-se que seria benéfico a criação de um serviço/gabinete de apoio e acompanhamento, tanto para estes profissionais como para os familiares das respetivas pessoas portadoras desta doença.

Em relação às dificuldades na prestação de cuidados, evidenciadas pelas AAD, são resultado da pouca informação que possuem sobre a DA e a falta de apoio emocional, que se repercutem, principalmente nos cuidados como a alimentação, a higiene, entre outros. Estes são ainda mais difíceis, quando a respetiva Pessoa idosa apresenta um quadro de agitação/inquietação e/ou agressividade. Verifica-se dificuldades na gestão das emoções e sentimentos, que advém das condições laborais (poucos recursos humanos, baixos rendimentos, excesso de tarefas, pouca disponibilidade de tempo) e do desconhecimento em relação ao próprio doente, especificamente os sintomas e as fases/estádios da DA (falta de formação especializada, quer por vontade própria do cuidador, quer pelos critérios de admissão estabelecidos em termos legislativos: não exigem formação na área da geriatria) e das características definidoras do próprio doente (perturbações comportamentais) (Sousa, 2011).

Neste contexto, surgem os problemas relacionais, o desgaste mental e, em certos casos, a sobrecarga dos cuidadores ou mesmo síndrome de *burnout* (Almeida, 2013;

Saraiva, 2011). Geralmente, as perturbações destas profissionais são mais ansiosas do que depressivas (Grilo, 2009), uma vez que as AAD criam ideias erróneas sobre a Pessoa idosa com DA, juízos de valor e estereótipos, afetando a sua prestação profissional. Inerente a isto, está o facto do respetivo doente não manifestar qualquer tipo de resposta aos cuidados que lhe são prestados, influenciando emocionalmente o cuidador (insegurança, desconforto, sentimento de culpa, entre outros). Concluiu-se que, estas profissionais deveriam ter *feedback* por parte da instituição sobre as suas intervenções com este tipo de público, a reforçar e melhorar a sua prestação de cuidados (desde da preparação das roupas ao ambiente planeado de acordo com a Pessoa idosa com DA).

Posto isto, as informantes têm consciência da complexidade de cuidar da Pessoa idosa com DA, revelando que não se sentem capacitadas para o fazer, baseiando a sua conduta profissional naquilo que consideram correto, sem terem um suporte teórico-prático (conhecimentos específicos) ou na sua experiência adquirida em contexto institucional. Concluiu-se que maioria das AAD não se sente capacitada para a prestação de cuidados, uma vez que os conhecimentos que possuem são insuficientes, para cuidar da Pessoa idosa com DA, demonstrando vontade em atualizar e adquirir novos conhecimentos.

Verificou-se ao longo das entrevistas, que as AAD sentem-se pouco confortáveis a abordar assuntos desta natureza, apresentando sentimentos e sensações de incerteza, culpa, frustração, cansaço físico e psicológico, sendo necessário a eventual aplicação de escalas, de modo a prevenir o síndrome de *burnout* ou a identificá-lo. Apesar das AAD conseguirem identificar as necessidades da Pessoa idosa com DA, demonstraram ter a consciência que não as satisfazem totalmente ou todas.

Perante isto, a instituição deverá ter um papel preponderante na atualização dos conhecimentos das AAD, nas condições laborais e na admissão de futuras profissionais, visto que cuidar da Pessoa idosa com DA implica o colmatar das necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais, com uma abordagem holística (Imaginário, 2008). Para tal, as profissionais deveriam ser ajudadas a adotar uma perspetiva humanista afetiva, desenvolvendo a proximidade, a intencionalidade, o cuidado centralizado/individualizado, sendo necessária a compreensão e o conhecimento sobre a própria pessoa alvo de cuidados.

Outras das conclusões, prende com o facto das AAD terem consciência da importância da reabilitação/estimulação para a Pessoa idosa com DA e não o fazem devido ao excesso de tarefas e ao pouco tempo disponível. As intervenções destas profissionais são de ajuda, assistência, suporte, de facilitação e incentivo. Como tal, também deveriam estimular a memória autobiográfica dos respetivos doentes (manutenção, identidade, autorrespeito e autoestima) (Costa, 2011).

É de salientar a necessidade de reformular a formação, o desenvolvimento pessoal e profissional das AAD, o perfil destas profissionais e o papel que lhes cabe exercer nos cuidados prestados à Pessoa idosa, independentemente de terem demência ou não. Para tal, seria essencial uma política rigorosa que defina as condições de acesso a esta profissão, os critérios de admissão, o referencial de formação inicial e as remunerações (Sousa, 2011).

Deste modo, seria possível as instituições oferecerem melhores cuidados à Pessoa idosa com DA, visto que as profissionais teriam conhecimentos específicos (geriatria, gerontologia) para prestar os devidos cuidados, sentindo maior segurança, confiança e acompanhamento nas situações difíceis do ato de cuidar. Com as possíveis mudanças a nível legislativo, institucional, assim como do próprio cuidador, seria possível prestar uma atenção multifocal, assente na singularidade/particularidade de cada Pessoa idosa/situação, seguindo uma filosofia de compromisso moral e respeito (Sousa, 2014; Planeuf, 2010; Moniz, 2008).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. (2008). *Investigação Passo a Passo*

–*Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica. Núcleo de Investigação da APMCG*. 1ª edição. Lisboa;

Bardin, L.(2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70;

Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e a sua evolução. In: Castro-Caldas, A. e Mendonça, A. (Ed). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. (pp. 27-40). Lousã. Edições Lidel;

Barros, F. (2011). *Bem-estar, suporte social e adaptação à institucionalização no idoso*. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio;

Bermejo, J. (2010). *A Relação de Ajuda no Encontro com os Idosos*. – Testemunhos, reflexões e propostas. Editor: Paulinas Editora. Coleção: Cuidar & Curar;

Bogdan, R. & Bilklen, S. (2010). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora;

Boff, L. (2003). *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes;

Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler;

Carvalho, M. (2013). *Serviço Social no envelhecimento*. Lisboa: Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação;

Castro-Caldas, A. & Mendonça, A. (2005) *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lidel Edições Técnicas, Lda. Lisboa;

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Editor: Lusodidacta;

Gil, A. (2008). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5ª edição. São Paulo: Atlas;

Garrett, C. (2005). Impacto Sócio-Económico da Doença de Alzheimer. In: A. C. Caldas e A. Mendonça (Orgs.), *A doença de alzheimer e Outras Demências em Portugal*. (pp. 227-234). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas;

Guerra, I. (2000). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção - O Planeamento em Ciências Sociais*. Principia, Publicações Universitárias e Científicas;

Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*. Príncipe Editora, Lda;

Guerreiro, M. (2005). Terapêutica não farmacológica da demência. In: Caldas, C. e Mendonça, A. (Ed). *A Doença de Alzheimer e Outras demências em Portugal*. (pp.121-148) Lisboa, Lidel;

Imagário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau;

Neto, I. (2010). Cuidados Paliativos em pessoas com demência avançada. In Barbosa, A. & Neto, I. (Ed). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 247-266). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

Paúl, C. & Ribeiro, Ó. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel;

Planeuf, M. (2010). *O envelhecimento perturbado. A doença de Alzheimer*. Lisboa: Lusodidacta;

Pontes, C. (2005). Aspectos éticos na doença de Alzheimer. In: A. C. Caldas e A. Mendonça (Orgs.), *A doença de alzheimer e Outras Demências em Portugal*. (Pp. 203-211). Lisboa, Lidel;

Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação – em psicologia e saúde*. 3ª edição. Coleção: Livsic Psicologia – Edições de psicologia;

Selmes, J. et al (2000) *Viver com ... A doença de Alzheimer*. Trad. Ernesto Morgado de Carvalho. Editora Dinalivro, Lisboa;

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coleção enfermagem. 1ª edição, quarteto produção gráfica;

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

Streubert, H. & Carpenter, D. (2011). *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista*. 5ª edição. Lusodidacta – Soc.Port. de Material Didático, Lda. Loures;

Silva, M. (2002). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Loyola;

Sousa, M. (2011). *Formação para a Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas*. Princípia Editora, Lda;

Sousa, P. (2014). *Conforto da pessoa idosa*. Coleção: Investigação. Lisboa: Universidade Católica Editora;

Vilelas, J. (2009) – *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa : Edições Sílabo.

Webgrafia

Almeida, A. (2013). *A Síndrome de Burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados*. Universidade da Beira Interior - Ciências da Saúde. Disponível em: <http://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/1649> – consultado a 25 de janeiro de 2016;

Almeida, R. (2014). *Representações Sociais do Idoso Institucionalizado e Influência na Comunicação dos Profissionais Ajudantes de Ação Direta*. Mestrado em Gerontologia Social. Instituto Politécnico de Castelo Branco Escola Superior de Educação. Disponível

em:

https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2607/1/Raquel_Almeida_Mestrado_Gerontologia%20_Social.pdf – consultado a 09 de junho de 2016;

Almeida, R. (2011). *A Terapia Ocupacional como recurso para Idosos Institucionalizados – Um Estudo de Avaliação das Necessidades Ocupacionais*. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/6991> – consultado a 15 de julho de 2016;

Alvez, M. (2014/15). *O Idoso com Alzheimer: Impactos no trabalho quotidiano percebidos pelos cuidadores de um lar*. Curso de mestrado em Gerontologia. Instituto Politécnico de Portalegre Escola Superior de Educação de Portalegre. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9202/1/Maria%20lvone%20Gião%20Alves.pdf> – consultado a 30 de janeiro de 2016;

Alzheimer Association (2009). *Know the 10 signs early detection matters*. Disponível em http://www.alz.org/national/documents/checklist_10signs.pdf – consultado a 02 de fevereiro de 2016;

Alzheimer's Disease International. (2009). *Relatório sobre a Doença de Alzheimer no Mundo. Resume executivo*. Pp. 1-2. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport-Portuguese.pdf> – consultado a 27 de janeiro de 2016;

Alzheimer's Disease International (2013). *Journey of Caring. An Analysis Of Long-Term Care For Dementia*. Pp. 1-32. Disponível em: <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013ExecutiveSummary.pdf> – consultado 25 de abril de 2016;

Alzheimer Portugal. (outubro 2009). *Plano Nacional de Intervenção Alzheimer*. Disponível em: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj9>

pLf-yojLAhXI0xoKHZGeA-AQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.alzheimer-europe.org%2Fcontent%2Fdownload%2F9836%2F88093%2Ffile%2FProposed%2520National%2520Strategy%2520by%2520Alzheimer%2520Portugal%2520(in%2520Portuguese).pdf&usg=AFQjCNHrhI45S0Qrj-voppRQ58z1XSwgjA&sig2=FU2GRWwR8iQnNqCrHD8TrA – consultado em 10 de fevereiro de 2016;

APFADA a). *A Doença de Alzheimer* (adaptado da Alzheimer Australia). Disponível em: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-30-14-a-doenca-de-alzheimer> – consultado a 16 de fevereiro de 2016;

APFADA b). *Intervenção Não-Farmacológica*. Disponível em: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-35-30-intervencao-nao-farmacologica>. – consultado a 24 de fevereiro de 2016;

APFADA c). *Boa prestação de cuidados em contexto residencial*. Disponível em: <http://alzheimerportugal.org/pt/texto-0-15-70-146-bou-prestacao-de-cuidados-em-contexto-residencial> – consultado a 15 de março de 2016;

APFADA d). *Alterações do comportamento*. Disponível em: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-15-71-212-alteracoes-do-comportamento> – consultado a 19 de março de 2016;

APFADA e). *Comportamento Agressivo*. Disponível em: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-15-71-168-comportamento-agressivo> – consultado a 20 de março de 2016;

APFADA f). *Fases avançadas da Demência*. Disponível em: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-15-22-127-fases-avancadas-da-demencia> – consultado a 30 de junho de 2016;

Amaro, M. (2013). *A Transformação da Identidade em Idosos Institucionalizados – Um Estudo de Casos Múltiplos*. Dissertação para o grau de mestre em Educação Social. Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Educação. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8384/1/A%20Transformação%20da%20Identidade%20em%20Idosos%20Institucionalizados.pdf> – consultado a 01 de setembro de 2016;

Araújo, C., Oliveira, J. & Pereira, J. (março, 2012). Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. In: *Revista Kairós Gerontologia*. 15(2). São Paulo. Brasil. Pp.119-137. Disponível: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/13109/9638> – consultado a 15 de julho de 2016;

Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. In *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol. 12. Nº1. Pp.119-129. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/362/36222221009.pdf> – consultado 30 de janeiro de 2016;

Bento, A. (maio, 2012). Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. *Revista JA (Associação Académica da Universidade da Madeira)*. Nº65, ano VII (pp. 42-44). Disponível em: <http://www3.uma.pt/bento/Repositorio/Revisaodaliteratura.pdf> – consultado a 09 de agosto de 2016;

Borges, R., Luginger, S., Oliveira, M & Ribeiro, M. (2005). *Doença de Alzheimer: Perfil Neuropsicológico e Tratamento*. Disponível em www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0032.PDF – consultado a 05 de março de 2016;

Boyle, G. and Bell, J. and Pollock, C. (outubro de 2003) The Effect of Snoezelen on Psychotropic Drug Use of Nursing Home Residents with Dementia (pp. 29-34). Perth Western Australia: *The Australian Psychological Society Ltd*. Disponível em:

http://espace.library.curtin.edu.au/cgi-bin/espace.pdf?file=/2008/11/13/file_3/19111 – consultado a 20 de março de 2016;

Briga, S. (2010). *A comunicação terapêutica enfermeiro/doente. Perspetivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente*. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. Disponível: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26914/2/Dissertao%20Mestrado%20Snia%20Briga.pdf> – consultado a 20 de agosto de 2016;

Camões, C., Pereira, F. & Gonçalves, A. (s/d). *Reabilitação na doença de Alzheimer*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0244.pdf> – consultado a 30 de julho de 2016;

Canastra, F., Haanstra, F. & Vilanculos, M. (2015). *Manual de Investigação Científica da Universidade Católica de Moçambique*. Instituto Integrado de Apoio à Investigação Científica. Pp.1-54. Disponível em: http://reid.ucm.ac.mz/manual/Manual-de-Investigacao-da-UCM_Janeiro-de-2015.pdf – consultado a 18 de fevereiro de 2016;

Carvalho, A., Faria, S., Taborda, A., Melo, M., Gonçalves, P., Paquete, P., Branco, R., Lopes, L. & Alves, J. (2014). *Demência na Terceira Idade: Contributos Teóricos, Competências a Mobilizar e Estratégias de Intervenção*. Rede de Saúde e Telemedicina em Zonas Rurais – RESATER. Disponível em: http://www.adrave.pt/uploads/document/file/59/Demencia_terceira_idade_VF.pdf – consultado a 17 de fevereiro de 2016;

Carvalho, A & Faria, S (2014). Demência nos idosos. In: Carvalho, et al (Ed). *Demência na Terceira Idade: Contributos Teóricos, Competências a Mobilizar e Estratégias de Intervenção*. (pp. 7-24). Rede de Saúde e Telemedicina em Zonas Rurais – RESATER. Disponível em: http://www.adrave.pt/uploads/document/file/59/Demencia_terceira_idade_VF.pdf – consultado a 18 de fevereiro de 2016;

Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS) (2015). *Regulamento Interno De Funcionamento Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI)*. Disponível em: <http://humanitas.org.pt/wp-content/uploads/2014/06/ERPI-RI-e-CPS-31-03-2015.pdf>- consultado a 10 de março de 2016;

Conceição, J.(2013). *Envelhecimento de Idosos Institucionalizados: Formação de Auxiliares de Ação Direta na Associação Casapiana de Solidariedade*. Dissertação para o grau de mestre em Gerontologia Social. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Disponível em: <http://recil.ulusofona.pt/bitstream/handle/10437/3534/Jocelina%20Gameiro%20dos%20Santos%20Conceição%20-%20Projeto%20Mestrado%2026J.pdf?sequence=1> – consultado a 28 de julho de 2016;

Constituição da República Portuguesa – CRP. (2005). *VII Revisão Constitucional*. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx> – consultado a 25 de janeiro de 2016;

Costa, L. (2011). *Memórias enclausuradas: A Institucionalização de Doentes com Alzheimer em Respostas Sociais Não Específicas*. II Ciclo de Estudos em Gerontologia Social Aplicada. Universidade Católica Portuguesa Central Regional de Braga. Faculdade de Ciências Sociais. Disponível: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8833/1/Memórias%20Enclausuradas.pdf> – consultado a 30 de junho de 2016;

Cummings, M. & Cassie, M. (2008). *Perceptions of biopsychosocial services needs among older adults with severe mental illness: Met and unmet needs*. *Health and Social Work*. 33(2), Pp.133-143. Disponível em: <http://hsw.oxfordjournals.org/content/33/2/133.abstract> – consultado a 28 de agosto de 2016;

Cunha, P. (2012). *O Múltiplo Olhar Institucional Sobre os Doentes de Alzheimer*. Universidade Católica Portuguesa Centro Regional das Beiras – Pólo de Viseu.

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais. Disponível em: <http://82repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13189/1/TESE%2030Abril%202.pdf> – consultado a 19 de fevereiro de 2016;

Cunha, F., Silva, H., Cunha, L. & Couto, É. (maio/ago, 2011). Abordagem funcional e centrada no cliente na reabilitação de idoso com demência de Alzheimer avançada – relato de caso. In: *Rev. Ter. Ocup.* Vol.22. Nº2. Pp:145-152. Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/14132/15950> – consultado a 20 de agosto de 2016;

Decreto-Lei nº 414/99 de 15 de Outubro. Disponível: <https://dre.tretas.org/dre/106715/> - consultado a 25 de junho de 2016;

Ferreira, A. (2010). *Necessidades em Cuidados Paliativos: na Pessoa com doença oncológica: Perspetiva dos enfermeiros prestadores de cuidados de saúde paliativos*. Dissertação de Mestrado em Oncologia Especialização em Enfermagem Oncológica Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Disponível em: https://sigarra.up.pt/fcup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=616269 – consultado a 20 de junho de 2016;

Ferreira, M. (2012). *Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos*.

Bragança. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7936/1/Dissertação%20%20Ser%20cuidador....pdf> – consultado a 25 de março de 2016;

Freitas, J. (2011). *Centros Sociais paroquiais. Redes de comunicação e cooperação para a “terceira idade”: contexto institucional e social*. Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais não publicada. Universidade Fernando Pessoa. Disponível em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2269/2/TD_19217.pdf – consultado a 03 de fevereiro de 2016;

Gracia, M. (2011). *Intervenção não farmacológica em idosos com comprometimento cognitivo*. Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://www.forbrain.pt/uploads/documentos/8%20Intervencao%20nao%20farmacologica.pdf> – consultado a 18 de setembro de 2016;

Instituto Nacional de Estatística (julho de 2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Informação à comunicação social. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt – consultado a 08 de fevereiro de 2016;

Instituto da Segurança Social – ISS. (2005). *Situação Social dos Doentes de Alzheimer - um estudo exploratório*. Fundação Montepio Geral. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/13331/situacao_social_doentes_alzheimer/ba90aeb2-eb23-4168-9ce6-05e13aa1cf2f/ba90aeb2-eb23-4168-9ce6-05e13aa1cf2f – consultado a 02 de fevereiro de 2016;

Instituto da Segurança Social – ISS. (2008). *Modelo de avaliação da qualidade estrutura residencial idosos*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/13645/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_modelo_avaliao/41b4bfa9-a62d-4bb4-b368-c79d60211ecd – consultado a 19 de agosto de 2016;

Instituto da Segurança Social – ISS. (2012). *Queremos falar-lhe dos Direitos das Pessoas Idosas: O que precisa saber para escolher uma Resposta Social...* Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/133665/queremos_falar_lhe_direitos_pessoas_idosas/de20cf31-e2fd-44fc-b266-97b06c80b886 – consultado a 16 de agosto de 2016;

Instituto da Segurança Social – ISS. (2015). *Guia prático apoios sociais – pessoas idosas*. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/27202/apoios_sociais_idosos – consultado a 20 de agosto de 2016;

Jacob, L. (2002). *Serviços para idosos*. Disponível: <http://www.socialgest.pt> – consultado a 15 de março de 2016;

Leitão, O., Morais, M & Guimarães, P. (2006). *Manual do cuidador*. Comissão Europeia e Alzheimer Europe. Novartis. Ponticor, realizações Gráficas. Lisboa. Disponível em: <https://pt.cvirtual.org/sites/default/files/site-uploads/document/u25/Manual%20do%20Cuidador%202006.pdf> – consultado a 19 de março de 2016;

Loureiro, L. (junho 2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem: Crítica, estratégias e possibilidades. *Revista de Enfermagem*. Referência, 2 (2a Série). Pp. 21-31. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Luis_Loureiro3/publication/272160823_Loureiro_L._\(2006\)._Adequao_e_Rigor_na_Investigao_Fenomenologica_em_Enfermagem__Crtica_Estratgias_e_Possibilidades._Revista_de_Enfermagem_Referncia_2_2_21_--_32/links/54dc64880cf23fe133b14bd5.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Luis_Loureiro3/publication/272160823_Loureiro_L._(2006)._Adequao_e_Rigor_na_Investigao_Fenomenologica_em_Enfermagem__Crtica_Estratgias_e_Possibilidades._Revista_de_Enfermagem_Referncia_2_2_21_--_32/links/54dc64880cf23fe133b14bd5.pdf) – consultado a 29 de janeiro de 2016;

Louro, A. (2014). *Estratégias para o Cuidado Humanizado à Pessoa em situação crítica*. Relatório para obtenção do grau de mestre em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. Disponível: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15337/1/Estrat%C3%A9gias%20para%20o%20Cuidado%20Humanizado%20%C3%A0%20Pessoa%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20C.pdf> – consultado a 17 de agosto de 2016;

Machado, P.(2013). *Papel do Prestador de Cuidados - Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do Autocuidado*. Dissertação de Candidatura ao grau de doutor em enfermagem. Universidade Católica

Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/15344> – consultado a 27 de agosto de 2016;

Medeiros, P. (2012). *Como estaremos na Velhice? Reflexões sobre o envelhecimento e a dependência, abandono e institucionalização*. Polémica. Vol.11, nº3. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/3734/2616> – consultado a 21 de março de 2016;

Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social – MSES. (22/8/2015). *Boletim do Trabalho e Emprego*. Nº31. Disponível em: http://bte.gep.msess.gov.pt/completos/2015/bte31_2015.pdf – consultado a 12 de fevereiro de 2016;

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social – MTSS. (2009). Gabinete de Estratégia e Planeamento. *Carta Social – Rede De Serviços e Equipamentos*. Disponível em: http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf – consultado a 29 de janeiro de 2016;

Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Portaria n.º 67/2012 de 21 de março. Disponível em: <http://www.portaldolicenciamento.com/docs/nova-legislacao-lares-idosos.pdf> – consultado a 25 de agosto de 2016;

Moreira, A. (2014). *O Cuidar na demência – uma realidade emergente*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78801/2/114956.pdf> – consultado a 28 de janeiro de 2016;

Neto, J., Tamelini, M & Forlenza, O. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. In: *Rev. Psiq. Clín.* 32 (3); pp.119-130. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a04v32n3> – consultado a 10 de junho de 2016;

Neves, H. (2012). *“Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos”* Estudo tipo série de casos. Dissertação para obtenção do grau de mestre em Gerontologia. Universidade da Beira Interior Ciências da Saúde. Disponível em: <http://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/1209> – consultado a 10 de junho de 2016;

Oliveira, A. (2010). O envelhecimento, a doença de Alzheimer e as contribuições do Programa de Enriquecimento Instrumental (PEI). In *Cuadernos de neuropsicologia*. Vol.4. Nº01. Periódicos Eletrónicos em Psicologia. Santiago. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232010000100003 – consultado a 18 de maio de 2016;

Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura – Comissão Nacional da UNESCO (outubro 2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf> – consultado a 23 de fevereiro de 2016;

Pereira, A. (2013). *Cuidados Paliativos na Demência - a perspetiva comunitária dos cuidadores, da pessoa com demência e dos profissionais de saúde*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78801/2/114956.pdf> – consultado a 15 de fevereiro de 2016;

Pereira, F. & Rodrigues, M. (abril, 2008). Falando sobre a Doença de Alzheimer in *Enfermagem e Cidadão*. Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros. Ano 6. Nº 14. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/centro/informacao/Documents/Jornal%20da%20SRC/Jornal_14.pdf – consultado a 12 de fevereiro de 2016;

Portugal, A. (2011). *Questões Éticas e Jurídicas na Institucionalização de Idosos: Um Estudo na Santa Casa da Misericórdia*. Curso de mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio->

aberto.up.pt/bitstream/10216/62224/2/TESEALDAPORTUGALMESTRADOBIOETICA.pdf
– consultado a 21 de junho de 2016;

Queirós, C. (2015). *Análise da auto-estima e satisfação com a vida de cuidadores de idosos com alzheimer, sem institucionalização e semi-institucionalizados – Estudo Comparativo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Disponível em: https://repositorio.ismai.pt/bitstream/10400.24/478/1/Dissertação%20Finalizada_Cátia_Queirós_22847.pdf- consultado a 16 de julho de 2016;

Queiroz, R., Zaccara, A., Moreira, M., Silva, L., Costa, S. & Silva, A. (set/out, 2014). Cuidados paliativos e Alzheimer: concepções de neurologistas. In: *Rev. Enferm. UERJ*. 22(5). Pp: 686-92. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a17.pdf> – consultado a 29 de junho de 2016;

Ribeiro, P. (2012). *A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar*. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese%20Doutoramento%20-%20Patr%C3%ADcia%20Pont%C3%ADfce%20Sousa.pdf> – consultado a 23 de fevereiro de 2016;

Regis, L. & Porto, I. (abril, 2011). Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. In: *Rev. esc. enferm. USP*. Vol.45 n.º2. São Paulo Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200005 – consultado a 05 de julho de 2016;

Santa Casa da Misericórdia de Alenquer (SCMA). *ERPI para os jovens a partir dos 50 anos*. Disponível em: <http://www.scmalenquer.pt/respostassociais/seniores> – consultado a 15 de março de 2016;

Saraiva, D. (2011). *O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador*. Tese de mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e à Faculdade de Economia. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17858/1/TESE_MISIE_SET2011.pdf – consultado a 28 de agosto de 2016;

Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V. & Carvalho, Á. (março/abril, 2015). *Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com Medicação*. Acta Med. 28. Pp. 182-188. Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0ahUKEwiBwui735_KAhWC1RoKHUwxCG8QFggzMAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.actamedicaportuguesa.com%2Frevista%2Findex.php%2Famp%2Farticle%2Fdownload%2F6025%2F4295&usq=AFQjCNG1klTjR3pl318vajoicZG_Jrjphg&sig2=gHF6uqW4ETfiHFIWd3bGJA&bvm=bv.111396085,d.ZWU – consultado a 11 de fevereiro de 2016;

Sousa, D. (2012). *Cuidar da pessoa com a doença de Alzheimer*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Cuidar%20da%20pessoa%20com%20doença%20de%20Alzheimer%20Dulce%20Sousa%20-%20Enfermeira%20Especialista.pdf>- consultado a 25 de janeiro de 2016.

Tôco, I. (2014). *Centro de Atenção à Doença de Alzheimer – Proposta de implementação na cidade de Castelo Branco*. Dissertação para o grau de mestre em Gerontologia Social. Instituto Politécnico de Castelo Brancos. Escola Superior de Educação. Disponível em: <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2659/1/Binder1.pdf> – consultado a 16 de maio de 2016;

Torrão, A. (2011). *O Bem-Estar Subjectivo das Ajudantes de Lar*. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Psicologia – Psicologia da Saúde. Disponível em: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/1655/1/O%20Bem->

Estar%20Subjectivo%20das%20Ajudantes%20de%20Lar.pdf – consultado a 29 de agosto de setembro de 2016;

World Health Organization – WHO. (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid. Spain. Disponível: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf – consultado a 10 de agosto de 2016;

Apêndices

Apêndice A. – Breve síntese das fases/estádios da DA

Fases/estádios da DA		
Estádio I/Fase inicial	Estádio moderado ou grave/severo	Estádio/fase avançada
<ul style="list-style-type: none"> - Perturbações cognitivas e comportamentais; - Alterações da memória recente e da capacidade de aprendizagem; - Dificuldade de resolução de problemas; - Alterações da linguagem e da atenção; - Alterações emocionais: irritabilidade, humor, perda de interesse etc; - Alterações de personalidade, da vida pessoal/social, etc; - Dificuldades na aprendizagem de novas informações, esquecimentos sobre acontecimentos vividos recentemente; - Dificuldades de concentração e em manter uma atenção de qualidade; - Perturbações de humor: relação com a ansiedade, humor depressivo, apatia progressiva e um desinteresse pelas atividades habituais; - Alterações psicocomportamentais: isolamento, apatia, desinteresse, abandono da atividade, agressividade e ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agravamento significativo da memória; - Afasia, apraxia e agnosia; - Perturbações do ritmo sono-vigília; - Dificuldades em expressar os sentimentos; - Alucinações e fenómenos delirantes; - Apatia e depressão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agravamento das perturbações de memória e da capacidade de aprendizagem (seriamente comprometidas); - Dificuldades a nível da orientação por alterações da percepção; - Linguagem pobre e parcialmente incoerente; - Perturbações de compressão, da leitura e escrita; - Com o evoluir da DA surge o síndrome afaso-apraxo-agnóstica (alterações da linguagem, gesto e percepção); - Afasia; - Apraxia reflexiva; - Apraxia ideomotora, apraxia ideotória, apraxia de vestuário; - Perturbações agnosias; - Distorções perceptivas e do pensamento; - Alterações psicocomportamentais; - Agitação; - Alterações dos comportamentos básicos; - Comunicação difícil (encontra-se acamado e necessita de ajuda para as AVD); - Totalmente dependente, incontinente; - Perda dos reflexos da marcha, perda da mobilidade; - Atrofia muscular e complicações associadas à imobilidade (complicações respiratórias, infeções, úlceras de pressão, etc).

Fonte: Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*.

Apêndice B. – Pedido de autorização aos órgãos sociais



Pedido de autorização aos órgãos sociais

Exmo. Senhor

Eu, Joana Amaro Veloso Ferreira, mestranda pela Universidade Católica Portuguesa de Lisboa – Instituto de Ciências da Saúde, sob a orientação da Professora e Doutora Patrícia P. Sousa, pede autorização no contexto da Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos com o projeto “DIFICULDADES NO CUIDADO AOS DOENTES COM ALZHEIMER: VOZ ATIVA DAS AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA (AAD) DE UM LAR DE IDOSOS”, para realizar uma entrevista semiestruturada aos profissionais que cuidam e interagem com os doentes com DA.

A presente investigação científica tem como objetivo: compreender as dificuldades vividas pelas AAD na prestação de cuidados aos doentes com Alzheimer (DA) institucionalizados num lar de idosos. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, cuja finalidade é contribuir para a qualidade dos cuidados de saúde aos doentes com DA institucionalizados em lar de idosos.

Face ao exposto, aguardamos por parte de Vossa Excelência, a autorização para que a esta investigação científica possa avançar, assumindo desde já, que todos os princípios éticos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos serão salvaguardados. Sem outro assunto, agradecemos a atenção disponibilizada.

Atenciosamente,

Joana Amaro Veloso Ferreira

Apêndice C. – Processo de consentimento livre e informado ao informante



Processo de consentimento livre e informado ao informante

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. No caso de sentir dúvidas, não hesite em comunicá-las.

Caro(a) Senhor(a)

No âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, estamos a desenvolver um estudo/investigação com um tema “DIFICULDADES NO CUIDADO AOS DOENTES COM ALZHEIMER: VOZ ATIVA DAS AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA (AAD) DE UM LAR DE IDOSOS”, tendo como objetivo compreender as dificuldades vividas pelas AAD na prestação de cuidados a este tipo de doentes em contexto institucional.

Para os conhecimentos científicos evoluírem, é necessário o contributo da investigação, por isso, torna-se importante a sua colaboração/participação neste estudo, principalmente através da sua resposta a esta entrevista. Mediante isto, comprometo-me a assegurar o consentimento do investigado/informante através da explicação da natureza e finalidade do estudo, tendo este direito à recusa, confidencialidade.

_____ (Joana Amaro Veloso Ferreira).

Autorização/Consentimento

Eu _____ (informante) declaro que fui devidamente informado sobre a natureza e finalidade do estudo, os direitos (recusa e confidencialidade dos dados), assim como a importância da minha participação na presente investigação.

Data, ____ de _____ 2016

_____ (assinatura da entrevista/informante)

Apêndice D. – Guião da entrevista semiestruturada a realizar às AAD

Momentos e temáticas/dimensões	Questões	Questões secundarias	Objetivos das questões
1º momento: Confirmação da participação e autorização para o uso dos dados obtidos	1- Deseja participar nesta entrevista? 2- A entrevista poderá ser gravada, para depois ser transcrita em suporte papel? 3- As informações que fornecer, poderão ser divulgadas, de forma anónima e confidencial?		- Confirmar a participação do interlocutor; - Conseguir a autorização para a análise e apresentação das informações obtidas (garantia do anonimato e confidencialidade);
2º momento: Caracterização sociodemográfica	4-Idade; 5- Escolaridade/habilitações literárias? 6- Quanto tempo de experiência como AAD tem? 7- Há quanto tempo exerce a função de AAD nesta instituição?	5.1 Tem alguma formação na área da geriatria e/ou outras?Quais?	- Recolher dados sociodemográficos
3º momento: Opinião das AAD sobre a DA e os respetivos doentes	8- O que conhece sobre a DA? 9- Quais considera serem as principais alterações de um doente com DA? 10- Com base na sua experiência profissional, quais as necessidades dos doentes com DA? 11- Na sua opinião, o doente com DA requer cuidados diferenciados? Quer explicitar?		- Verificar se AAD possuem conhecimentos sobre a DA;
4º momento: Prestação de cuidados	12- Sente-se capacitada para cuidar de doentes com esta situação de saúde/doença? 13- Quais as intervenções do cuidado que considera serem ajustadas a esta situação? 14- Quer relembrar alguma situação em concreto?		- Perceber se as AAD se sentem seguras no exercício da sua profissão com os doentes com DA; - Identificar as intervenções mais difíceis e as mais prazerosas do cuidado aos doentes com DA;
5º momento: Dificuldades das AAD na prestação de cuidados	15- Houve algum situação de cuidados, que tenha sido difícil/complicada para si? Se sim, quer descrever? Como agiu?	15.1- Que sugestões, daria para melhor o cuidado a estes	- Perceber as dificuldades das AAD no cuidado aos doentes com DA e as estratégias que estas profissionais utilizam;

doentes?

6º momento: Organização/estrutura/ institucionalização de doentes com DA	16- Na sua opinião, haveria algum aspeto da organização que deveria ser melhorado para uma melhor prestação de cuidados a estes doentes? Se sim, quais?	16.1 – Considera que existe alguma área a desenvolver para promover melhores cuidados a estes doentes?	- Conhecer quais os aspetos da organização promotores de um melhor cuidado os doentes com DA.
---	---	--	---

Nota: Estas perguntas poderão não ser colocadas por esta ordem, assim como poderão surgir outras no decorrer das entrevistas mediante as respostas dos interlocutores.

Apêndice E. – Caracterização das informantes

Informantes (Designação)	Idade	Habilitações Literárias	Formação		Tempo de experiência como AAD	Tempo de AAD na ERPI	Conhecimentos sobre a DA	
			em geriatria	outra			Definição	Principais alterações no doente
E1	54	9º	-----	“(...) Aquilo que sei, adquiri através da instituição (...)”	5	5	“É uma doença que afeta o cérebro, em que as células vão sendo destruídas ao longo do tempo.”	“Alterações na memória, na linguagem, no comportamento ...”
E2	56	12º		“(...) Técnico e auxiliar de enfermagem (...)”	10	5	“(...) é um tipo de demência e que destrui as células nervosas do cérebro.”	“(...) a falta de memória, (...) a repetição das coisas, o que faz não tem muita orientação no espaço...também não tem muito zelo por si mesmo (...) cuidados próprios consigo mesmo (...)”
E3	50	12º	-----	“(...) informática, inglês, contabilidade.”	1 ano e 2 meses	1 ano e 2 meses	“(...) ouvi falar isso num programa de televisão (...) pode acontecer em qualquer altura (...) a partir dos 60 anos (...) ter perturbações a nível mental, esquecimentos (...)”	“(...) a cabeça a não funcionar bem, trocam muito as coisas (...) abstraem-se também bastante (...) não assimilam, deturpam.”
E4	52	6º		“Cuidados ao doente ostomizado; a atitude perante o idoso; cuidados básicos; alimentação e mobilidade.”	15	15	“(...) tipo de demência que provoca progressivamente incapacidades nas funções a nível neurológico.”	“(...) comportamento, na memória (...) dificuldades na realização das atividades como tomar banho, vestir e despir (...) dificuldades na comunicação e linguagem.”
E5	45	7º		“A formação que tenho é apoio ao idoso.”	27	27	“(...) param-lhes os reflexos, pronto não têm sensibilidade nenhuma (...) não conseguem fazer a alimentação como deve	“(Ao nível do cérebro, pára completamente e pronto e fisicamente

E6	63	4º		"A formação que tenho é apoio ao idoso."	35	35	ser e na higiene igual." "(...) afeta o cérebro, em que as células vão ficando destruídas (...). Tem várias fases, pelo menos já li isso em revistas e ouvi em programas da televisão."	também." " (...) no comportamento (...) na alimentação, nos cuidados próprios da pessoa. "No comportamento (...) ter dificuldades na realização das atividades diárias (...)"
E7	49	9º	Sim	-----	5	3	" (...) progressiva, incurável até ao momento, afetando a memória, a linguagem, a atenção, o pensamento (...)"	
E8	43	4º		"Só a formação do serviço do lar"	3	3	" (...) Afeta o cérebro e as capacidades do corpo."	"(...)o esquecimento, a perda de memória (...)" "(...)é as pessoas esquecerem quem são, onde estão, não se lembrarem da sua família...acho que é isso."
E9	53	12º	-----	"Fiz formação de laboratório... de auxiliar de laboratório ... em Angola"	5	5	" (...) Mexe com o cérebro, ficam inquietas, esquecem muito das coisas, o que são e onde estão."	"(...) a perda de memória, a falta de capacidade de raciocínio, confusão, delírios, agressão física e verbal, dificuldades em dormir, dificuldades em vestir e despir."
E10	39	6º		"Tenho formação em cuidados de saúde em jovens e idosos."	2 anos e 1 mês	1 ano e 8 meses	" (...) É uma forma de demência, para a qual não existe cura e se agrava progressivamente até levar à morte."	"As capacidades... psíquico e físico." "As dificuldades em lavar-se, vestir-se e despir-se. Também na sua alimentação, esquecem-se muito e têm dificuldades a falar."
E11	53	10º		"Primeiros socorros"	30	30	"(...)eles vão ficando piores..."	
E12	57	6º		"Apoio ao idoso"	8	8	"É uma doença que afeta o cérebro, destruindo."	

E13	54	4º	Não	Não	28	28	<p>“Eles perdem a cabecinha, vão se esquecendo de tudo, chegando a esquecer de quem é a sua família (...)”</p>	<p>“Eles esquecem, têm dificuldades em comer, levar o comer à boca, em dormir, às vezes não sabem onde estão (...) falta de orientação, neh estão desorientados.”</p>
E14	59	7º		“Apoio ao idoso”	17	17	<p>“Eles vão perdendo as suas capacidades, então o cérebro vai deixando de funcionar e é algo que leva à morte, mas podem estar assim durante anos!”</p>	<p>“ (...) esquecem onde metem as suas coisas, onde estão ...começa por pequenos esquecimentos e depois vão tornando-se maiores, depois também vão deixando de poder comer sozinhos, uns dias estão bem dispostos, outros dias já não, tornam-se instáveis.”</p>
E15	50	4º		“Apoio ao idoso”	7	7	<p>“(...) doente perde as suas capacidades... e pode durar anos (...) ainda não há qualquer cura para isso.”</p>	<p>“Eles apresentam-se com alterações no pensamento, na fala, na capacidade de agir conforme aquilo que lhe dizem (...) Esquecem muito.”</p>
E16	57	4º		“Apoio ao idoso”	12	10	<p>“ (...) estes doentes apresentam-se confusos, vão perdendo a mobilidade, demência neh.”</p>	<p>“ (...)na linguagem e estão sempre confusos, não sabem onde metem as coisas, onde estão e assim.”</p>

E17	53	6º	Não	Não	14	14	<p>“ (...) afeta o cérebro as células do cérebro não é? E depois isso vai-se vendo no dia-a-dia deles, que deixam de fazer as suas coisas e têm problemas andar também.”</p>	<p>“(...)na fala, nas atitudes, pronto eles acabam por ficar depender em tudo de nós...”</p>
E18	50	7º		“Apoio ao idoso”	10	10	<p>“ (...) Sei que estes doentes têm dificuldades no cérebro e também na parte física (...)”</p>	<p>“ (...) pouco falam, ou o que falam é sempre a mesma coisa (...) não conseguem ter um seguimento de conversa, comer alguns tem que se dar outros ainda comem sozinhos, e a higiene, vestir têm que ser ajudados totalmente na maioria dos casos aqui.”</p>

Apêndice F. – Codificação/categorização dos dados e temas emergentes: estrutururação do processo de “cuidar” e as respectivas categorias/subcategorias

Unidades de registro	Significado da declaração	Categoria	Subcategoria	Subcategoria
<i>“(...) necessidades de afeto, compreensão (...)”</i> (E.1; 10)	Para a AAD as necessidades da pessoa idosa com DA são “de afeto/compreensão”	Expressão “Necessidades da pessoa idosa com DA”	“Necessidades afetivas”	“Carinho/Afeto”
<i>“[necessidades] de pessoas disponíveis, em tempo, paciência ... (...) que os compreendam.”</i> (E.17; 15)	Para a AAD a pessoa idosa com DA necessita de pessoas com paciência, com tempo e que a compreendam. Reconhece o tempo como um recurso determinante para os cuidados.	Expressão “Necessidades da pessoa idosa com DA”	“Necessidades relacionais”	“Compreensão”
<i>“[necessidades] (...) afetivas, sim ... a família vai deixando os aqui, passa de uma visita de três por semana (...) uma vez por mês.”</i> (E.18;	Para a AAD as necessidades da pessoa idosa com DA são “afetivas”, isto é, veirifica-se carência dos laços familiares – ausência da família.	Expressão “Necessidades da pessoa idosa com DA”	“Necessidades afetivas”	“Carência afetiva/ausência dos laços familiares”
<i>“(...)necessidade de fazer exercício físico e mental (...)”</i> (E.10; 11)	Para a AAD a pessoa idosa com DA tem necessidade de realizar “exercícios físicos” e “mentais” (estimulação cognitiva e motora)	Expressão “Necessidades da pessoa idosa com DA”	“Necessidades fisiológicas”	“Estimulação motora e cognitiva”
<i>“(...) eles necessitam de muito carinho, de muita paciência e calma (...)”</i> (E.2; 12)	Para a AAD as necessidades da pessoa idosa com DA são afetivas, isto é, de carinho, paciência, compreensão.	Expressão “Necessidades da pessoa idosa com DA”	“Necessidades afetivas”	“Carências afetivas”
<i>“Provavelmente têm [necessidades] de acompanhamento (...)”</i> (E.3; 13)	Para a AAD a pessoa idosa com DA tem necessidades de acompanhamento e supervisão.	Expressão “Necessidades” da pessoa idosa com DA	“Necessidades de segurança”	“Acompanhamento e supervisão”
<i>“(...) [necessidades] uma dieta equilibrada também, além da medicação recomendada.”</i> (E.10; 11)	Para a AAD as necessidades da pessoa idosa com DA são uma dieta equilibrada e a medicação recomendada.	Expressão “Necessidades da pessoa idosa com DA”	“Necessidades fisiológicas”	“Cuidados na alimentação”
<i>“Os doentes com alzheimer requerem mais atenção dos cuidadores (...)”</i> (E.4; 12)	Para a AAD a pessoa idosa com DA tem necessidades de mais atenção, diferenciando-se dos outro tipo de doentes.	Expressão “Necessidades da pessoa idosa com DA”	_____	_____
<i>“Eles tem [necessidades] nos cuidados básicos (...) para tomar banho, lavar os dentes (...)”</i> (E.2; 11)	Para a AAD a pessoa idosa com DA necessita de cuidados básicos.	Expressão “Necessidades” da pessoa idosa com DA	“Necessidades fisiológicas”	“Higienização”
<i>“Estes doentes precisam de muito apoio (...) [necessidades] de lhes dar de comer (...)”</i> (E.6; 15)	Para a AAD a pessoa idosa com DA tem necessidades de ter apoio, quem lhes dá a comida.	Expressão “Necessidades da pessoa idosa com DA”	“Necessidades fisiológicas”	“Cuidados na alimentação”
<i>“As necessidades (...) vão mudando ao longo do tempo (...) eles precisam de cuidados totais (...)”</i> (E.7; 14)	Para a AAD as necessidades da pessoa idosa com DA vão se alterando conforme a evolução da doença. Eles precisam de cuidados totais – olhar à Pessoa de forma holística.	Expressão “Necessidades da pessoa idosa com DA”	“Necessidades de cuidados totais”	“Adequação dos cuidados conforme a evolução da doença”
<i>“[necessidades] (...) da nossa ajuda, conversar, passear, andar, dar-lhes</i>	Para a AAD a pessoa idosa com DA tem necessidades de “conversar, passear, andar”, isto é, de ser e sentir-se	Expressão “Necessidades” da	“Necessidades	“Ser e sentir-se acompanhado e

<i>carinho ... (...)</i> (E.8; 10)	acompanhado e ocupado.	Expressão "Necessidades" da pessoa idosa com DA	afetivas/sociais"	ocupado"
<i>"[necessidades] de andar com ela, falar com ela, fica um pouco mais calma (...) para lhe dar mais atenção"</i> (E.9; 23)	Para a AAD a pessoa idosa com DA tem necessidades de andar e falar com alguém. Para a cuidadora isso acalma o doente e dá-lhe atenção.	Expressão "Necessidades" da pessoa idosa com DA	"Necessidade de segurança"	"Tranquilização"
<i>"(...) [necessidades] de ter pessoas mais próximas deles ..."</i> (E.9; 18)	Para a AAD a pessoa idosa com DA necessita de pessoas mais próximas deles, isto é, no desempenho da função a cuidadora deverá estabelecer relações próximas/empáticas com o doente.	Expressão "Necessidades" da pessoa idosa com DA	"Necessidades relacionais"	"Relação próxima entre cuidador- pessoa cuidada"
<i>"(...) [necessidades] falar da vida passada (...)"</i> (E.2; 13)	Para a AAD a pessoa idosa com DA necessita de conversar/relembrar os factos da sua vida.	Expressão "Necessidades" da pessoa idosa com DA	"Necessidades relacionais"	"Desabafo/ reconstrução da vida passada"
<i>"Na alimentação"</i> (E.11; 15)	Para a AAD a pessoa idosa com DA tem necessidades ao nível da alimentação, pois deixa de manusear os talheres, de levar os alimentos à boca e, mesmo sem manifestar fome ou sede.	Expressão "Necessidades" da pessoa idosa com DA	"Necessidades fisiológicas"	"Alimentação/Nut rição"
<i>" (...) as necessidades são muito a nível afetivo e pronto ao longo da doença precisam de ajuda em quase tudo."</i> (E.12; 12)	Para a AAD as necessidades da pessoa idosa com DA vão alterando conforme a evolução da doença. No entanto, a maioria é a nível afetivo.	Expressão "Necessidades" da pessoa idosa com DA	"Necessidades de cuidados totais"	"Adequação dos cuidados conforme a evolução da doença"
<i>" (...) [necessidades] de orientação (...)"</i> (E.13; 10)	Para a AAD a pessoa idosa com DA tem necessidades de orientação, isto é, saber onde está, em que dia está e, por vezes quem é.	Expressão "Necessidades" da pessoa idosa com DA	"Necessidades de segurança"	"Desorientação no tempo e espaço"
<i>"(...) [necessidades] totalmente dependentes e isso faz com que precisem do dobro da atenção, cuidados, compreensão."</i> (E.12; 13)	Para a AAD a pessoa idosa com DA necessita do dobro da atenção, dos cuidados, da compreensão à medida que se torna mais dependente.	Expressão "Necessidades" da pessoa idosa com DA	"Necessidades afetivas"	"Dependência total nas AVD"
<i>" (...) [necessidades] precisam de supervisão, orientação, aspetos do cuidado, eles dependem totalmente de nós."</i> (E.14; 14)	Para a AAD as necessidades da pessoa idosa com DA requerem cuidados totais, porque eles dependem total dos cuidadores.	Expressão "Necessidades" da pessoa idosa com DA	"Necessidades de cuidados totais"	_____
<i>"...Acho que as necessidades são em todos os aspetos!"</i> (E.15; 15)	Para a AAD as necessidades da pessoa idosa com DA requerem cuidados totais, porque eles dependem total dos cuidadores.	Expressão "Necessidades" da pessoa idosa com DA	"Necessidades de cuidados totais"	"Dependência total nas AVD"
<i>"(...) [necessidades] maior atenção, concentração, dedicação (...)"</i> (E.15; 18)	Para a AAD as necessidades da pessoa idosa com DA são afetivas, isto é, maior atenção, concentração e dedicação.	Expressão "Necessidades" da pessoa idosa com DA	"Necessidades afetivas"	"Carinho"
<i>"(...) [necessidades] não se sentir sózinho (...)"</i> (E.2; 29)	Para a AAD a pessoa idosa com DA tem necessidades de acompanhamento, não estar sózinho em nenhum aspeto.	Expressão "Necessidades" da pessoa idosa com DA	"Necessidades de segurança"	"Acompanhament o e supervisão"
<i>"Na alimentação e na higiene, eles quando vêm para aqui já não conseguem fazer nada neh."</i> (E.16; 13)	Para a AAD as necessidades da pessoa idosa com DA são a nível da alimentação e higiene, porque quando estes doentes lá entraram já se encontram com um grau de dependência grave a total.	Expressão "Necessidades" da pessoa idosa com DA	"Necessidades de cuidados totais/globais"	----- ----

Unidades de registo	Significado da declaração	Categoria	Subcategoria	Subcategoría
<i>"[dificuldades] o presente esquecem, depois há aquela confusão (...)"</i> (E.1; 17)	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são ao nível da sua confusão mental.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades das características definidoras da pessoa idosa com DA"	"Perturbações na memória"
<i>"[dificuldades] Eles batem a si próprios ... (...)"</i> (E.1; 18)	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA predem-se com a agressividade.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades das características definidoras da pessoa idosa com DA"	"Agressividade"
<i>"(...) [dificuldades] era necessário os cuidadores terem mais tempo, isto é algo que só a organização poderá alterar (...)"</i> (E.1; 27)	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são ao nível do tempo, isto é, precisam de mais tempo para aqueles doentes.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades organizacionais"	"Gestão das tarefas e tempo"
<i>"[dificuldades] na hora de dormir, pois a pessoa saia constantemente da cama (...)"</i> (E.10; 16)	Para a AAD a hora de dormir é um dos momentos do dia mais difíceis: inquietação.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades das características definidoras da pessoa idosa com DA"	"Perturbações no sono"
<i>"[dificuldades] (...) quando eles se tornam agressivos, aí a gente fica com um pouquinho de receio (...)"</i> (E.2; 16)	Para a AAD saber lidar com a agressividade da pessoa idosa com DA é uma dificuldade no cuidado a estes doentes.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades das características definidoras da pessoa idosa com DA"	"Agressividade"
<i>"[dificuldades] o que é que eu fiz, porquê que ele está assim, há várias perguntas na nossa cabeça."</i> (E.2; 18)	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA prendem-se com o conjunto de perguntas que surgem, devido aos comportamentos inesperados destes doentes.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades de conhecimento"	_____
<i>"E, o Alzheimer é diferenciado e a gente sabe pouco, a gente chama ela às vezes é chata, é cansativa (...) é por falta de conhecimento."</i> (E.2; 21)	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA dizem respeito ao pouco ou falta de conhecimento, o que resulta nos nomes que atribuem aos portadores desta doença.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades de conhecimento"	"Estimativação e rotulação da pessoa idosa com DA"
<i>"[dificuldades] um ou outro fazem birras em relação a certas coisas (...) para sentarem para comer e eles sempre a levantarem-se a distraírem-se (...)"</i> (E.3; 19)	Para a AAD a inquietação da pessoa idosa com DA é uma dificuldade no cuidado, o saber lidar com esta situação	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades das características definidoras da pessoa idosa com DA"	"Inquietação"
<i>"Quer dizer na prática, não porque não tenho assim conhecimento [dificuldades] (...)"</i> (E.3; 23)	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são de conhecimento, tendo admitido que possui poucos conhecimentos para cuidar destes doentes.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades de conhecimento"	"Conhecimentos básicos"
<i>"[dificuldades] na comunicação."</i> (E.10; 18)	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são comunicacionais.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades das características definidoras do cuidador "	"Comunicação"
<i>"(...) [dificuldades] passar mais tempo junto destes doentes, ter mais tempo disponível (...)"</i> (E.4; 16)	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA dizem respeito ao tempo disponível que têm para aquele tipo de doentes, tendo em conta as suas tarefas a cumprir.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades organizacionais"	"Gestão dos recursos humanos, tarefas e tempo"

<i>"[dificuldades] mais conhecimentos sobre como lidar destes doentes (...)" (E.4; 17)</i>	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são ao nível do conhecimento: a falta de conhecimentos específicos.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades organizacionais"	"Formações"
<i>"Sim [cuidar] com dificuldade, mas aqui na instituição tenho de o fazer!" (E.5; 16)</i>	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa passa pela exigência de cuidados a estes doentes, sem o apoio os seus cuidadores formais.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades organizacionais"	"Apoio emocional "
<i>"(...) [dificuldades], porque é assim, tenho visto muitas pessoas aqui estarem bem e ficarem piores (...) cada vez a ficar mais parados." (E.5; 18)</i>	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa dizem respeito à forma/maneira como a profissional encara a evolução da doença e as suas repercussões nas AVD.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades das características definidoras do cuidador "	"Consciencialização da progressão da DA"
<i>"(...) [dificuldades] nunca sei o que eles vão fazer, nem aquilo que posso fazer para eles estarem melhor... (...)" (E.6; 23)</i>	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa são a nível do conhecimento, nomeadamente sobre as alterações de comportamento destes doentes e, consecutivamente a intervenção a ter.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades de conhecimento"	"Formações"
<i>"(...) [dificuldades] nós é que damos o comer e nem sequer sabemos se a senhora tem ou não fome." (E.6; 28)</i>	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são a nível da alimentação: na identificação da necessidade de comer ou não.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades das características definidoras do cuidador "	"Diagnóstico das necessidades da pessoa idosa com DA"
<i>"É difícil, na altura em que eles deixam de falar por completo." (E.6; 29)</i>	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são as suas perturbações na linguagem/comunicação.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades das características definidoras da pessoa idosa com DA"	"Linguagem/comunicação"
<i>"(...) [dificuldades] por vezes os doentes falam as mesmas coisas muitas vezes, deixam-me saturada, cansada." (E.6; 30)</i>	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são a gestão das emoções e sentimentos devido ao discurso repetitivo destes doentes.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades das características definidoras do cuidador"	"Gestão das emoções e sentimentos"
<i>"Irrita-me (...) para saber o que fazer com neh, mas também já sou velhota." (E.6; 31)</i>	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa com DA são a gestão das emoções e sentimentos.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades das características definidoras do cuidador"	"Gestão das emoções e sentimentos"
<i>"(...) o problema (...) é sim, a sua alimentação." (E.7; 19)</i>	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são a alimentação.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades de diagnóstico das necessidades da pessoa idosa com DA"	"Problemas na nutrição"
<i>"[dificuldades] porque sinto algum desconforto, quando não sei o que fazer (...)" (E.6; 33)</i>	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são a gestão das emoções e sentimentos, quando a profissional não sabe como atuar perante estes doentes.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades das características definidoras do cuidador"	"Gestão das emoções e sentimentos"
<i>"(...) [dificuldades] se realmente o doente tem fome (...) eles não falarem, só fazerem ruídos, murmúrios (...)" (E.7; 20)</i>	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são o diagnóstico das necessidades do doente, tendo em conta as alterações fisiológicas destes.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades das características definidoras do cuidador"	"Diagnóstico das necessidades da pessoa idosa com DA"
<i>"[dificuldades] a parte comunicacional, por vezes não me faço entender nem entendo o que eles me</i>	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são a nível comunicacional/linguístico.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades das características definidoras do cuidador"	"Comunicação/linguagem dos dois intervenientes da relação"

querem.” (E.7; 21)

“(…) é difícil estar a dar de comer a um doente, que nem sabemos se tem fome (...)” (E.11; 18)	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são a nível do diagnóstico da necessidade comer ou não destes doentes.	Expressão “Dificuldades no cuidado”	“Dificuldades das características definidoras do cuidador”	“Diagnóstico das necessidades da pessoa idosa com DA”
“...[dificuldades] cansa-nos e acabamos por falar de modo rígido com eles.” (E.11; 20)	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são a gestão de emoções e sentimentos, refletindo-se na sua comunicação/linguagem com estes doentes.	Expressão “Dificuldades no cuidado”	“Dificuldades das características definidoras do cuidador”	“Gestão das emoções e sentimentos”
“[dificuldades] quando eles estão agitados não sei o que fazer (...) custa-me e tenho a noção que dou respostas que não deveria.” (E.12; 14)	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são lidar com a agressividade, nomeadamente gerir as emoções e sentimentos, assim como o seu discurso.	Expressão “Dificuldades no cuidado”	“Dificuldades das características definidoras do cuidador”	“Gestão das emoções e sentimentos”
“[dificuldades] (...), porque temos outras pessoas para cuidar, não temos tempo, para os doentes com Alzheimer e estes exigem muito de nós.” (E.12; 19)	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são a gestão do tempo, isto é, o tempo que têm disponível para cuidar destes doentes é pouco dado à exigência de cuidados.	Expressão “Dificuldades no cuidado”	“Dificuldades organizacionais”	“Gestão dos recusos humanos, tarefas e tempo”
“(…) [dificuldades], se calhar algum tempo para nos darem formações (...)” (E.12; 20)	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são a nível do conhecimento, precisamente: terem formação para cuidarem adequadamente destes doentes.	Expressão “Dificuldades no cuidado”	“Dificuldades organizacionais”	“Formações”
“... (...) é assim é um bocadinho por se ter que fazer força.” (E.8; 14)	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são a nível da força física.	Expressão “Dificuldades no cuidado”	“Dificuldades das características definidoras do cuidador”	“Dificuldades físicas”
“(…) [dificuldades], eles ficam agitados com a minha presença (...)” (E.13; 16)	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são a maneira/forma de atuar perante casos de agressividade e, os receios/ideias pré-concebidas pela profissional sobre este comportamento do doente.	Expressão “Dificuldades no cuidado”	“Dificuldades das características definidoras do cuidador”	“Ideias pré-concebidas sobre as alterações comportamentais do doente”
“...[dificuldades], a minha maneira de estar e agir, quer dizer ser mais paciente, tolerante (...)” (E.13; 28)	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são a forma de intervir, com competências a desenvolver: paciência e tolerância.	Expressão “Dificuldades no cuidado”	“Dificuldades definidoras do cuidador”	“Desenvolvimento de competências”
“(…) [dificuldades], ter levado um estalo na cara... depois fiquei chateada (...)” (E.13; 22)	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são a maneira/forma de intervir nos casos de agressividade.	Expressão “Dificuldades no cuidado”	“Dificuldades das características definidoras da pessoa idosa com DA”	“Agressividade”
“(…) [dificuldades], porque eles contrariam aquilo que nós queremos que eles façam...” (E.14; 19)	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são as alterações comportamentais: imprevisibilidade.	Expressão “Dificuldades no cuidado”	“Dificuldades das características definidoras da pessoa idosa com DA”	“Alterações comportamentais”
“(…) [dificuldades] e depois vem o cansaço, a frustração das tarefas que nós os ajudamos a fazer (...)” (E.14; 20)	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são o cansaço, frustração consequentes da sua atividade profissional e da falta de apoio emocional pela instituição.	Expressão “Dificuldades no cuidado”	“Dificuldades organizacionais”	“Apoio emocional”

<i>"(...) [dificuldades] porque apesar de saber o que eles podem fazer, nunca se está à espera disso." (E.15; 23)</i>	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são a maneira/forma de lidar com as alterações comportamentais, mais precisamente com a imprevisibilidade emocional.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades das características definidoras do cuidador"	—
<i>"[dificuldades] quando ficam assim muito agressivas (...)" (E.9; 23)</i>	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são a maneira/forma de intervir nos casos de agressividade.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades das características definidoras da pessoa idosa com DA"	"Agressividade"
<i>"[dificuldades] (...) alguns quase não se percebem a falar (...)" (E.8; 20)</i>	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são as perturbações na linguagem/comunicação verbal.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades das características definidoras da pessoa idosa com DA"	"Perturbações na linguagem/comunicação verbal"
<i>"[dificuldades] hora da refeição (...) quase os obrigamos a comer (...)" (E.15; 26)</i>	Para a AAD as dificuldades no cuidado à pessoa idosa com DA são a forma/maneira de intervir na necessidade de alimentação/nutrição. Isto, porque obrigam os doentes a comer, sem saber se eles têm fome.	Expressão "Dificuldades no cuidado"	"Dificuldades das características definidoras do cuidador"	"Diagnóstico das necessidades da pessoa idosa com DA"
<i>"[estratégias] às vezes nós temos de imobilizá-los, mas também tem de ter um tempo para tirá-los daquela situação." (E.2; 19)</i>	Para a AAD as estratégias utilizadas no cuidado a estes doentes são a de imobilização, no caso do doente estar inquieto/agitado, mas por períodos curtos.	Expressão "Estratégias de intervenção"	"Estratégias de segurança"	"Imobilização como recurso de proteção"
<i>"(...) [estratégias] há jogos também a desenvolver, puxar mais pela memória (...)" (E.2; 29)</i>	Para a AAD as estratégias utilizadas no cuidado a estes doentes são a realização de jogos, para estimular a memória.	Expressão "Estratégias de intervenção"	"Estratégias de ocupação"	"Estimulação cognitiva"
<i>"(...) tento sempre agir com cuidado, paciência e com uma certa afetividade." (E.13; 21)</i>	Para a AAD as estratégias utilizadas no cuidado a estes doentes são atuar/intervir com cuidado, paciência e com uma determinada afetividade.	Expressão "Estratégias de intervenção"	"Estratégias de conforto"	"Manifestações de Afeto"
<i>"(...) [estratégias] tento perceber as razões para eles terem certos comportamentos (...)" (E.15; 25)</i>	Para a AAD as estratégias utilizadas no cuidado a estes doentes são a tentativa de compreender os comportamentos apresentados pelo doente.	Expressão "Estratégias de intervenção"	"Estratégias comunicacionais"	"Diálogo e compreensão"
<i>"(...) [estratégias] eu tento dizer-lhes onde estão e porquê que estão ali." (E.17; 28)</i>	Para a AAD as estratégias utilizadas no cuidado a estes doentes são a explicação/informação/diálogo sobre onde estão e o motive pelo qual se encontram naquele espaço, isto é orientação no espaço, justificando.	Expressão "Estratégias de intervenção"	"Estratégias de orientação"	"Diálogo"
<i>"(...) [estratégias], eu tento que eles façam alguma coisa (...) peço sempre para que eles colaborem ..." (E.18; 19)</i>	Para a AAD as estratégias utilizadas no cuidado a estes doentes são a estimulação para a participação nas AVD.	Expressão "Estratégias de intervenção"	"Estratégias de incentivo/estimulação da participação ativa"	"Sensibilização dos doentes para a participação ativa nas AVD"
<i>"(...) [estratégias], tento desmotivá-los a essa agitação e tento fazê-los estar mais sossegados (...)" (E.3; 20)</i>	Para a AAD as estratégias utilizadas no cuidado a estes doentes são o diálogo como ferramenta para desmotivá-los daquela agitação.	Expressão "Estratégias de intervenção"	"Estratégias de conforto"	"Diálogo"
<i>"(...) [estratégias], tento convencê-los a tomar os</i>	Para a AAD as estratégias no cuidado a estes doentes são a	Expressão "Estratégias de	"Estratégias de conforto"	"Direito de ser

<p><i>medicamentos (...) mesmo sabendo que a explicação lhes dou não serve para nada (...)</i>" (E.11; 19)</p>	<p>explicação/informação/diálogo sobre os medicamentos que têm de tomar e para que servem.</p>	<p>intervenção"</p>	<p>informado"</p>	
<p><i>"(...) [estratégias], tento manter a calma (...) visto que eles repetem as mesmas ações (...)"</i> (E.12; 16)</p>	<p>Para a AAD as estratégias no cuidado a estes doentes são manter a calma, mesmo quando estes repetem as mesmas palavras/frases e ações.</p>	<p>Expressão "Estratégias de intervenção"</p>	<p>"Estratégias de conforto"</p>	<p>"Calma como ferramenta de cuidado"</p>
<p><i>"(...) [estratégias], se não a imobilizássemos havia dias em que andava pela instituição sem destino, perdida (...)"</i> (E.6; 26)</p>	<p>Para a AAD as estratégias no cuidado a estes doentes são a imobilização como recurso de proteção, visto que há dias em que o doente poderá perder-se na instituição ou magoar-se.</p>	<p>Expressão "Estratégias de intervenção"</p>	<p>"Estratégias de segurança"</p>	<p>"Imobilização como recurso de proteção"</p>

Unidades de registo	Significado da declaração	Categoria	Subcategoria	Subcategoria
<i>" (...) eles querem falar (...) repetindo várias vezes, a gente tem de saber a hora de mudar a um pouquinho a conversa [estratégias]." (E.2; 13)</i>	Para a AAD as estratégias utilizadas no cuidado são o diálogo orientado, isto é, a profissional deve saber o <i>timing</i> de mudar o assunto com o doente.	Expressão "estratégias de intervenção"	"Estratégias confortadoras"	"Escuta ativa e diálogo orientado"
<i>"[estratégias] Tem que se ter muita para calma para lidar com esses doentes." (E.1; 16)</i>	Para a AAD as estratégias utilizadas no cuidado são a utilização da calma.	Expressão "estratégias de intervenção"	"Estratégias confortadoras"	"Calma como ferramenta de cuidado"
<i>"[estratégias] Nós temos de dizer que veio para aqui derivado à sua doença (...)" (E.1; 22)</i>	Para a AAD as estratégias utilizadas no cuidado são explicação/informação/diálogo sobre o motivo da sua institucionalização	Expressão "estratégias de intervenção"	"Estratégias de orientação no espaço e tempo"	"Direito a ser informado"
<i>"[estratégias] (...) foi usar um tom de voz baixo, de modo a acalmá-los." (E.4; 15)</i>	Para a AAD as estratégias utilizadas no cuidado são a utilização adequada do tom de voz, sendo este baixo.	Expressão "estratégias de intervenção"	"Estratégias confortadoras"	"Tom de voz baixo"
<i>"[estratégias] (...) mesmo que a gente não fale nada, a gente está ali presente, dando afeto, pondo a mão (...)" (E2; 14)</i>	Para a AAD as estratégias utilizadas no cuidado são a presença incondicional, o toque físico, mesmo que não haja comunicação verbal.	Expressão "estratégias de intervenção"	"Estratégias confortadoras"	"Presença incondicional e toque"
<i>"[estratégias] (...) imobilizar um bocadinho, também não pode ser todo o dia, tem de ser aos bocadinhos, porque se não a pessoa fica mais excitada." (E.5; 19)</i>	Para a AAD as estratégias utilizadas no cuidado são a imobilização por curtos períodos, pois se for por longos poderão ter os efeitos contrários ao seu propósito.	Expressão "estratégias de intervenção"	"Estratégias de segurança"	"Imobilização como recurso de proteção"
<i>"[estratégias] (...) digo o que eles não podem fazer (...)" (E.8; 18)</i>	Para a AAD as estratégias utilizadas no cuidado são orientá-lo sobre aquilo que não pode fazer/executar.	Expressão "estratégias de intervenção"	"Estratégias de orientação"	_____
<i>"[estratégias] (...) mas se a gente tiver atenção e pedir para eles falarem devagar, a gente entende (...)" (E.8; 20)</i>	Para a AAD as estratégias utilizadas no cuidado são a utilização da atenção e o acordo com o doente a nível da comunicação/linguagem verbal.	Expressão "estratégias de intervenção"	"Estratégias comunicacionais"	"Atenção centrada só naquele doente e acordo da comunicação/linguagem verbal"
<i>"[estratégias] andar com ela, falar com ela (...) conversar com ela (...)" (E.9; 23)</i>	Para a AAD as estratégias utilizadas no cuidado são andar, falar com o doente.	Expressão "estratégias de intervenção"	"Estratégias confortadoras"	_____
<i>"[estratégias] para a sua própria segurança teve que ficar imobilizada." (E.10; 15)</i>	Para a AAD as estratégias utilizadas no cuidado são a imobilização como recurso de proteção.	Expressão "estratégias de intervenção"	"Estratégia de segurança"	"Imobilização como recurso de proteção"
<i>"[estratégias] o carinho que posso transmitir é fundamental." (E.10; 14)</i>	Para a AAD as estratégias utilizadas no cuidado são o carinho na realização das tarefas e, simultaneamente para com eles.	Expressão "estratégias de intervenção"	"Estratégias confortadoras"	"Transmissão de carinho"

Unidades de registo	Significado da declaração	Categoria	Subcategoria	Subcategoria
<i>"[Propostas de melhoria] (...) formações, conhecimentos mais profundos." (E.6; 32)</i>	Para a AAD as propostas de melhoria no cuidado são ter mais conhecimentos, transmitidos através de formações, sendo que estas devem ser proporcionadas pela ERPI.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Aprendizagem ao longo do exercício da categoria profissional"	"Formações/cursos de curta duração proporcionados pela ERPI"
<i>"(...)[propostas de melhoria] deveriam estar nas atividades (...)" (E.6; 35)</i>	Para a AAD a Pessoa idosa com DA estar inserida nas atividades desenvolvidas pela instituição seria uma proposta de melhoria no cuidado.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Planeamento de atividades ocupacionais direcionadas para a Pessoa idosa com DA"	"Participação da Pessoa idosa nas atividades ocupacionais"
<i>"(...)[propostas de melhoria] mais apoio, a nível de formação (...)" (E.7; 22)</i>	Para a AAD as propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA são o apoio e a formação fornecida pela identidade institucional.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Formações como apoio institucional"	"Desenvolvimento das capacidades e competências do cuidador"
<i>"... [propostas de melhoria] a gestão do tempo... poderia melhor (...)" (E.9; 25)</i>	Para a AAD a gestão do tempo, isto é, ter mais disponibilidade de tempo para estar com os doentes com DA é sinónimo de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Gestão do tempo e das tarefas da AAD"	_____
<i>"[propostas de melhoria] (...) estes doentes deviam ser convidados a exercer todas as atividades físicas e mentais (...)" (E.10; 19)</i>	Para a AAD os doentes com DA estarem envolvidos nas atividades que decorrem na instituição seria uma proposta de melhoria no cuidado, assim como o planeamento de atividades para este tipo de público.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Planeamento de atividades ocupacionais direcionadas para a Pessoa idosa com DA"	"Participação da Pessoa idosa nas atividades ocupacionais"
<i>"[propostas de melhoria] (...) mais pessoas a trabalhar na área..." (E.11; 23)</i>	Para a AAD a contratação de mais pessoas a trabalhar no cuidado à Pessoa idosa com DA seria uma proposta de melhoria no cuidado.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Gestão dos recursos humanos"	"Contratação de mais AAD"
<i>"[propostas de melhoria] mais pessoas a trabalhar (...)" (E.12; 20)</i>	Para a AAD a contratação de mais pessoas a trabalhar no cuidado à Pessoa idosa com DA seria uma proposta de melhoria no cuidado.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Gestão dos recursos humanos"	"Contratação de mais AAD"
<i>"[propostas de melhoria] (...) se calhar algum tempo para nos darem formações..." (E.12; 21)</i>	Para a AAD a instituição deveria ter recursos para dar formações aos seus funcionários, pois seria uma proposta de melhoria no cuidado. Isto é, profissionais melhor informados/esclarecidos poderiam melhorar a prestação de cuidados.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Aprendizagem ao longo do exercício da categoria profissional"	"Formações/cursos de curta duração proporcionados pela ERPI"
<i>"[propostas de melhoria] Sim, isso das atividades, acho que isso seria muito bom para eles." (E.5; 23)</i>	Para a AAD a Pessoa idosa com DA ter atividades para si seria uma proposta de melhoria no cuidado.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Planeamento de atividades ocupacionais direcionadas para a Pessoa idosa com DA"	"Participação da Pessoa idosa nas atividades ocupacionais"
<i>"[propostas de melhoria] há jogos a desenvolver, a puxar pela memória deles (...)" (E.2; 29)</i>	Para a AAD deveriam ser desenvolvidos jogos e/ou outras atividades, que estimulassem a memória da Pessoa idosa com DA, sendo que isto seria uma proposta de melhoria no cuidado.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Planeamento de atividades ocupacionais direcionadas para a Pessoa idosa com DA"	"Estimulação cognitiva através de jogos"
<i>"[propostas de melhoria] Ter mais recursos (...)" (E.2; 30)</i>	Para a AAD a contratação de mais pessoas a trabalhar no cuidado à Pessoa idosa com DA seria uma proposta de melhoria no cuidado.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Gestão dos recursos humanos"	_____
<i>"[propostas de melhoria] Ter mais atividades para eles, diferenciadas, talvez!?" (E.2; 31)</i>	Para a AAD deveriam ser desenvolvidas atividades diferenciadas para a Pessoa idosa com DA, sendo isso proposta de melhoria no cuidado.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Planeamento de atividades ocupacionais direcionadas para a Pessoa idosa com DA"	"Participação da Pessoa idosa nas atividades ocupacionais"

<i>"[propostas de melhoria] (...) a ocupação é uma coisa essencial." (E.3; 28)</i>	Para a AAD os doentes com DA estarem envolvidos nas atividades que decorrem na instituição seria uma proposta de melhoria no cuidado, assim como o planeamento de atividades para este tipo de público.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Planeamento de atividades ocupacionais direcionadas para a Pessoa idosa com DA"	"Participação da Pessoa idosa nas atividades ocupacionais"
<i>"[propostas de melhoria] (...) termos mais tempo e mais conhecimentos sobre como lidar destes (...)" (E.4; 17)</i>	Para a AAD as proposta de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA são sinónimo de ter mais tempo e conhecimentos para lidar com os doentes com DA no seu ponto de vista.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Gestão do tempo e dos conhecimentos das cuidadoras"	"Mais tempo e mais conhecimentos para lidar com a Pessoa idosa com DA"
<i>"[propostas de melhoria] mais empregados, mais formação (...)" (E.17; 31)</i>	Para a AAD as propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA são ter mais recursos humanos e mais formações.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Gestão dos recursos humanos e do tempo"	"Mais cuidadores e mais conhecimentos para lidar com a Pessoa idosa com DA"
<i>"(...) [propostas de melhoria] os cuidadores terem mais tempo, isto é algo que só a organização poderá alterar (...)" (E.1; 31)</i>	Para a AAD ter mais tempo é uma proposta de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Gestão do tempo e das tarefas das cuidadoras"	"Mais tempo para a Pessoa idosa com DA"
<i>" (...) [propostas de melhoria] atividades ocupacionais para os doentes, eles passam a maior parte do dia sentados e imobilizados (...)" (E.1; 32)</i>	Para a AAD os doentes com DA estarem envolvidos nas atividades que decorrem na instituição seria uma proposta de melhoria no cuidado, assim como o planeamento de atividades para este tipo de público.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Planeamento de atividades ocupacionais direcionadas para a Pessoa idosa com DA"	"Participação da Pessoa idosa nas atividades ocupacionais"
<i>" (...) [propostas de melhoria] prepararmos-nos melhor para lidar com este tipo de situações imprevisíveis." (E.13; 21)</i>	Para a AAD a instituição deve preparar os seus funcionários a nível da gestão de situações comportamentais da Pessoa idosa com DA: agressividade, inquietação, entre outras. Isto foi considerado pela mesma, uma proposta de melhoria no cuidado a pessoas portadoras da DA.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Aprendizagem ao longo do exercício da categoria profissional"	"Estratégias para saber estar e agir em situações de agressividade e agitação/inquietação"
<i>" (...) [propostas de melhoria] ter apoio, quando precisássemos, por exemplo, eu desabafo é com o meu marido." (E.14; 23)</i>	Para a AAD o apoio emocional às AAD seria uma proposta de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA, pois as cuidadoras melhorariam a sua prestação de serviços a estes doentes.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Serviço de apoio emocional às AAD"	"Acompanhamento e aconselhamento nas dificuldades das cuidadoras"
<i>"(...) as pessoas passam o tempo todo sem exercer qualquer coisa na instituição (...) atividades de animação (...)" (E.15; 24)</i>	Para a AAD os doentes com DA estarem envolvidos nas atividades que decorrem na instituição seria uma proposta de melhoria no cuidado, assim como o planeamento de atividades para este tipo de público.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Planeamento de atividades ocupacionais direcionadas para a Pessoa idosa com DA"	"Participação da Pessoa idosa nas atividades ocupacionais"
<i>"[propostas de melhoria] mais empregados (...)" (E.16; 18)</i>	Para a AAD a contratação de mais pessoas a trabalhar no cuidado à Pessoa idosa com DA seria uma proposta de melhoria no cuidado.	Expressão "Propostas de melhoria no cuidado à Pessoa idosa com DA"	"Gestão dos recursos humanos"	"Contratação de mais AAD"

Nota: Análise de conteúdo do tipo categorial, tendo como referência Bardin (2011)