

Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional das Beiras – Pólo de Viseu

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais



**O Múltiplo Olhar Institucional Sobre os Doentes de
Alzheimer**

Dissertação de Mestrado em Serviço Social

Orientador: Professor Doutor Alexandre Castro Caldas

Mestranda: Palmira da Luz Chaves Sousa e Cunha

Viseu, Abril de 2012

Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional das Beiras – Pólo de Viseu

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais



**O Múltiplo Olhar Institucional Sobre os Doentes de
Alzheimer**

Dissertação de Mestrado em Serviço Social

Orientador: Professor Doutor Alexandre Castro Caldas

Mestranda: Palmira da Luz Chaves Sousa e Cunha

Viseu, Abril de 2012

ÍNDICE

ÍNDICE DE SIGLAS	8
AGRADECIMENTOS	9
RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	12
INTRODUÇÃO.....	13
1 – Envelhecimento e demência	15
1.1 – O que é a Doença de Alzheimer	18
1.2 – Os Cuidadores.....	20
1.3 – Apoios Sociais	21
1.4 – Planos Europeus e Nacional	27
2 - INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	31
2.1 – A qualidade de vida e bem-estar social.....	32
2.2 – As Equipas multidisciplinares	34
2.3 – As Necessidades dos doentes de Alzheimer.....	36
3 - METODOLOGIA	41
3.1 – Objectivo Geral.....	42
3.2 – Objectivos Específicos	42
4 – DELIMITAÇÃO DA ABORDAGEM CONCEPTUAL, HISTÓRICA E GEOGRÁFICA	43
5 – Identificação das hipóteses	44
6 – IDENTIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS	46
6.1 – Métodos de Abordagem e Técnicas utilizadas	47
6.2 –A População e a Amostra	49
6.3 – Procedimentos.....	49

6.4 – Tratamento estatístico	50
7 - Apresentação dos Resultados.....	54
7.1 – Caracterização Sociodemográfica.....	54
7.2 – Resultados da aplicação da escala de avaliação das necessidades dos indivíduos com Alzheimer (CANE)	58
7.3 – Caracterização da Formação dos Técnicos.....	68
BIBLIOGRAFIA.....	94
WEBGRAFIA.....	97
Anexos.....	99
Anexo I – Pedido de autorização para realização dos inquéritos.	99
Anexo II – Declaração de consentimento	100
Anexo III – Inquérito	102

INDICE DE TABELAS

TABELA 1 - ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DOS TÉCNICOS.....	54
TABELA 2 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA	57
TABELA 3 - PERCEPÇÃO DOS TÉCNICOS SOBRE A ADEQUAÇÃO DA "AJUDA RECEBIDA"	58
TABELA 4 - NECESSIDADES RELATIVAS AO ALOJAMENTO, TAREFAS DOMÉSTICAS E SERVIÇOS DO LAR.....	60
TABELA 5 - NECESSIDADE SOBRE ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	61
TABELA 6 - DADOS SOBRE A AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE.....	63
TABELA 7 - PERCEPÇÕES SOBRE OS RISCOS	64
TABELA 8 - NECESSIDADES COMPORTAMENTAIS E DE APOIO SOCIAL.....	66
TABELA 9 - APOIOS RECEBIDOS PELOS TÉCNICOS SOBRE A DOENÇA.....	68
TABELA 10 - PERCEPÇÕES DOS TÉCNICOS SOBRE A SUA FORMAÇÃO.....	70
TABELA 11 - ESTATÍSTICAS DA PERCEPÇÃO DAS NECESSIDADES EM FUNÇÃO DO SEXO.....	72
TABELA 12 - TESTE U DE MAN-WHITNEY ENTRE O GÉNERO E A PERCEPÇÃO DAS NECESSIDADES	73
TABELA 13 - TESTE U DE MAN-WHITNEY ENTRE O ESTADO CIVIL E A PERCEPÇÃO DAS NECESSIDADES.....	76
TABELA 14 - TESTE DE U DE MAN-WHITNEY ENTRE A FORMAÇÃO ACADÉMICA E A PERCEPÇÃO DAS NECESSIDADES	77
TABELA 15 - TESTE U DE MANN-WHITNEY ENTRE A PROFISSÃO E A PERCEPÇÃO DAS NECESSIDADES.....	78
TABELA 16 - TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE TEMPO DE SERVIÇO E A PERCEPÇÃO DAS NECESSIDADES.....	80

TABELA 17 - TESTE U DE MANN-WHITNEY ENTRE A CLASSIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO E A PERCEPÇÃO DAS NECESSIDADES	81
TABELA 18 - TESTE U DE MANN-WHITNEY ENTRE A FORMAÇÃO ACADÉMICA E A PERCEPÇÃO DAS NECESSIDADES	82

INDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS NECESSIDADES EM FUNÇÃO DO SEXO	73
QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS NECESSIDADES EM FUNÇÃO DOS GRUPOS ETÁRIOS.....	74
QUADRO 3 - TESTE KRUSKAL-WALLIS ENTRE GRUPOS ETÁRIOS E A PERCEÇÃO DAS NECESSIDADES.....	75
QUADRO 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS NECESSIDADES EM FUNÇÃO DO ESTADO CIVIL	75
QUADRO 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS NECESSIDADES EM FUNÇÃO DA FORMAÇÃO ACADÉMICA.....	77
QUADRO 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS NECESSIDADES EM FUNÇÃO DA PROFISSÃO .	78
QUADRO 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS NECESSIDADES EM FUNÇÃO DO TEMPO DE SERVIÇO.....	79
QUADRO 8- DISTRIBUIÇÃO DAS NECESSIDADES EM FUNÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO.....	80
QUADRO 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS NECESSIDADES EM FUNÇÃO DA OPINIÃO SOBRE A FORMAÇÃO	82

ÍNDICE DE SIGLAS

APFADA - Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doença de Alzheimer

CANE - Camberwell Assessment of Need for the Elderly

CNAPTI - Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade

DA – Doença de Alzheimer

DGS – Direcção Geral de Saúde

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

PAII - Programa de Apoio Integrado aos Idosos

PNAI - Plano Nacional de Acção para a Terceira Idade

OMS - Organização Mundial de Saúde

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Alexandre Castro Caldas pela sua disponibilidade,

À Dr^a Rosa Maria Lopes Martins pelo conhecimento, pelo incentivo e incansável disponibilidade. Muito obrigada por ter sido o meu farol.

Agradeço a todas as Instituições de Solidariedade Social do concelho de Viseu e aos seus Técnicos que muito prontamente colaboraram para que este trabalho de investigação desse frutos.

Ao Inspector Joaquim Pinto Moura pela disponibilidade e reflexões partilhadas neste tema que lhe é muito querido.

À Dr^a Marlene Oliveira Borges pela motivação, pela presença atenta e constante. Obrigada pela pessoa especial que é.

Aos colegas de mestrado pela coesão de grupo e apoio nos momentos mais difíceis.

À minha família que me apoiou, incondicionalmente, até ao fim.

Bem hajam.

RESUMO

Introdução: Dada a relevância do envelhecimento da população ao nível europeu e a incidência das demências, sobretudo na Terceira Idade procuramos avaliar a percepção dos diferentes técnicos sobre as necessidades dos doentes de Alzheimer institucionalizados tendo em conta que esta patologia é a de maior prevalência. Pretendemos, verificar esta percepção através de condicionantes como: a caracterização da formação dos técnicos e as necessidades relativas ao alojamento, tarefas domésticas e serviços do lar, onde se integram temas tão diversos como a segurança, a saúde e as relações interpessoais.

Método: Neste estudo transversal, descritivo/correlacional de natureza quantitativa recorreremos a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 77 técnicos multidisciplinares (Enfermeiros, Animadores socioculturais, Psicólogos, Professores, Médicos, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Técnicos de serviço social) afectos às Instituições Particulares de Solidariedade Social com Lar Residencial das 34 freguesias do concelho de Viseu. Como instrumento de medida de reconhecida fiabilidade foi utilizado: o questionário de satisfação de necessidade CANE – Camberwell Assessment of Need for the Elderly.

Resultados: Os dados mostram que os técnicos são maioritariamente do sexo feminino com idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos, com o estado civil casados, licenciados com predominância na categoria de enfermagem. Os resultados demonstram que a avaliação feita sobre a ajuda recebida é adequada para a maioria das variáveis estudadas salientando-se a dos benefícios sociais (98,7%) seguindo-se a “incontinência” com 96,1% em terceira posição com igual valor (94,8%) a “saúde física” e a “medicação”. Em oposição as ajudas que consideram menos adequadas, correspondem em primeiro lugar ao “apoio psicológico recebido por técnicos, familiares e amigos”; segue-se com igual valor percentual (42,9%), as “informações sobre a doença”, o lidar com a de “memória” e ainda com 39,0% as “actividades oferecidas pela instituição.

No que respeita á formação dos técnicos para lidar de forma adequada com os doentes de Alzheimer verificamos que pensam possuir esta formação, mas consideram que deve ser melhorada e actualizada.

Conclusão: A concretização deste estudo permitiu o reconhecimento de que as IPSS, s conseguem dar respostas satisfatórias às necessidades básicas dos doentes de Alzheimer,

contudo há aspectos a melhorar nomeadamente a necessidade de maior formação dos Técnicos sobre a doença que urge melhorar.

ABSTRACT

Introduction: Given the importance concerning the aging in Europe and the dementia increase, particularly in the elderly people, we managed to assess the different technician perception regarding the institutionalized Alzheimer patient needs, once this disease is the most prevalent. Thus, the study purpose is to verify this perception through several constraints: the technician education description, as well as the accommodation household chore and the household service needs. Moreover, these are related to many different subjects such as security, health and interpersonal relationships.

Method: In this cross-sectional descriptive correlational quantitative study we used a non-probabilistic sample for convenience. It consists of 77 multidisciplinary technicians (Nurses, Social and Cultural Animators, Psychologists, Teachers, Doctors, Nutritionists, Physiotherapists, Social Service Technicians), who work for Private Social Solidarity Institutions in Elderly Care Home of 34 Viseu County Boroughs. The measurement instrument of known reliability used was a satisfaction need questionnaire CANE - Camberwell Assessment of Need for the Elderly.

Results: The statistic shows that the technicians are mostly females, aged between 20 and 35 years old, civil status - married and predominantly with a nursing degree. The results indicate that the elderly provided care assessment is adequate for most variables. The most highlighted variables are the of the social benefits (98.7%) followed by "incontinence" (96.1%) and the "physical health" and "medication" both in the third position (94.8%). In contrast, the least appropriate, are in first place the "technician family friend psychological support", along with (42.9%), "information about the disease" and the "memory" loss. Finally, (39.0%) for the institution provided activities.

Regarding the technician education to deal adequately with Alzheimer's patients, the technicians, despite having some knowledge in the area, believe it should be improved and updated.

Conclusion: This study identified that the Private Social Solidarity Institutions can provide satisfactory answers to the Alzheimer patient basic needs. However, there are still some improvements to consider, namely the need for further technician education, in order to develop better patient care conditions.

INTRODUÇÃO

O mundo está a envelhecer e por essa razão torna-se importante reflectir sobre este fenómeno. Paralelamente as demências crescem e com elas a autonomia, com enfoque particular nas perdas cognitivas e no comprometimento da memória. A doença de Alzheimer (DA) é uma doença neurodegenerativa progressiva que provoca demência, comprometendo, ao longo da sua lenta evolução, a autonomia dos pacientes. A redução da autonomia é o factor determinante da dependência de um ou mais cuidadores, que se tornam indispensáveis para preservar o provimento das necessidades básicas da vida diária do paciente.

Assim para a realização deste estudo, foi necessária a construção de um plano de investigação que passa por um processo que se traduz numa primeira fase, por pensar e planear todo o trabalho através da definição e sistematização de um conjunto de aspectos que envolvem o tema, o problema, os objectivos, as hipóteses, as variáveis, os tempos e os meios necessários à sua concretização. (Gil, 1988 apud Dias, 2010).

O tema *O Múltiplo Olhar Institucional sobre os Doentes de Alzheimer*, e opção para o nosso estudo deriva do facto de contactar diariamente com os constrangimentos que esta doença causa na população, tanto nos idosos, nas suas famílias, nos cuidadores como nos técnicos e até nas restrições físicas existentes nas instituições. Por outro lado, procuramos avaliar a qualidade de vida dos doentes de Alzheimer institucionalizados percebendo quais são as suas necessidades através do olhar dos diferentes técnicos que diária e directamente trabalham com eles.

Assim no decorrer da dissertação vamos abordar alguns conceitos inerentes a patologia de Alzheimer, descrever algumas problemáticas inerentes a institucionalização destes doentes/utentes, e ainda explicitar as principais necessidades que contribuem para o «bem-estar social» e «qualidade de vida».

Como sabemos existem diferentes métodos e técnicas para a investigação em Ciências Sociais e nesse sentido há que saber adequá-los a cada investigação. Neste caso, é necessário ponderar e considerar os conhecimentos que o investigador já possui sobre estes factores através da sua experiência de vida, facto este que nos motivou intrinsecamente.

Pretendemos a necessária objectividade e imparcialidade, na investigação em si, mas também adquirir um grande leque de conhecimentos acerca do tema. Como já referimos, esta investigação tem como público-alvo doentes de Alzheimer, contudo o objectivo central prende-se com o conhecimento da percepção dos diferentes técnicos sobre as reais

necessidades dos utentes. Além disso queremos ainda perceber qual é a formação e saberes dos técnicos e se sentem que essa formação é ou não adequada as exigências diárias do desempenho profissional.

Com esta dissertação pretende-se dar visibilidade tanto a nível teórico como prático a todos os actores envolvidos na institucionalização deste tipo de patologia abordando temas como alojamento, tarefas domésticas, alimentação, cuidados pessoais e serviços do lar bem como memória, visão/audição, mobilidade, incontinência, saúde física, medicação, sintomas psicóticos, sofrimento psicológico, informações sobre a doença, risco de suicídio, risco de lesão acidental, risco de abuso, comportamento, alcoolismo, contacto social, solidão, gestão do dinheiro, benefícios sociais, tratamento da doença e, também, o apoio a técnicos/família.

Visa, ainda, dar directrizes no sentido de um aperfeiçoamento na competência da prestação de serviços e consequentemente uma melhoria da qualidade de vida de todos os intervenientes.

De facto estamos preocupados com o aumento exponencial da doença, com a falta de respostas farmacológicas para a travar, com a falta de equipamentos e adequação institucionais, no sentido do alojamento condigno, com a falta de formação dos técnicos que lidam com doentes de Alzheimer e ainda com a falta de conhecimento oficial de um plano de acção nacional com directrizes específicas para estes pacientes.

1 – ENVELHECIMENTO E DEMÊNCIA

O mundo está a envelhecer. É importante reflectirmos sobre este fenómeno. “De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), um idoso é uma pessoa com mais de 65 anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde aplicável. Contudo, o número crescente de pessoas activas e saudáveis, no extremo jovem do espectro de envelhecimento, levou à necessidade de agrupamentos etários mais definitivos. Desta forma, existem autores (Krause, 1994) que acrescentaram à definição da OMS agrupamentos etários mais definitivos, nomeadamente o “idoso jovem” (entre os 65 e os 75 anos de idade) e o “idoso velho” (mais de 75 anos de idade).” (Espadaneira, Raquel 2008).

A OMS prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento (Sousa, Liliana; Galante, Helena e Figueiredo, Daniela 2003:365). Desta forma esta faixa etária tem vindo a ganhar uma crescente importância na nossa sociedade e o mesmo acontece nas patologias a estas interligadas apesar de não serem exclusivas desta.

Esta é uma temática cada vez mais em voga, tendo em conta, que a pirâmide etária se encontra invertida pelo que possuímos cada vez mais um maior número de idosos na nossa sociedade. A prevalência da demência é de 5% nos países Ocidentais sendo a da Doença de Alzheimer de 3%. (Touchon e Portet 2002).

Melhores condições de vida associadas a um considerável progresso económico, social e médico permitiram um aumento da longevidade da população mundial, tanto na Europa como nos países em vias de desenvolvimento.

O índice de envelhecimento das Nações Unidas demonstra-o em 2007 este índice era de 38 e em 2050 o mesmo índice será de 107,4.

No entanto este índice será muito diferente conforme os países são ou não desenvolvidos. Assim nos primeiros este índice subirá de 124,2 em 2007 para 206,8 em 2050, enquanto nos segundos aumentará de 28 em 2007 para 95,7 em 2050. Em resumo, em 2050 iremos ter 200idosos (mais de 60 anos) para 100 crianças (dos 0 aos 14) e a Europa será a região mais envelhecida do mundo.

A redução das taxas de natalidade conjugada com um aumento na esperança de vida são os factores principais para esta mudança demográfica. Portugal é dos países mais

envelhecidos. Segundo o INE em 2007 existiam 112 idosos para cada 100 jovens passando para 242 idosos para os mesmos 100 jovens em 2035. Esta tendência leva a que o índice de dependência vai de 25,91 em 2008 para 54,76 em 2060, ou seja, de 4 para 2 pessoas activas por cada uma com mais de 65 anos.

O impacto do envelhecimento demográfico no mercado de trabalho, na produtividade e no crescimento económico irá ser notável, mas será também muito grande na protecção social e nas finanças públicas podendo mesmo tornar-se insustentável e levar estas à ruptura.

Segundo os dados do EUROSTAT, em 2008 em Portugal, 22% das pessoas com mais de 65 anos viviam em risco de pobreza. Ora, pobreza, inactividade física (falta de emprego e de exercício físico e mental) e intelectual (média de 5 horas/dia ver TV), aliada a uma maior esperança de vida leva a que este tipo de população (idosa) venha a sofrer de doenças mentais mais concretamente da doença de Alzheimer, que vem tendo um aumento percentual assustador nos idosos.

Sabemos que o dia-a-dia da nossa sociedade moderna leva-nos ao stress e a não termos tempo para nós próprios nem para cuidarmos dos nossos familiares o que leva muitas vezes á sua institucionalização.

Com um amento da esperança média de vida e do envelhecimento demográfico, torna-se cada vez mais crucial encontrar respostas mais adequadas. E, é, ainda, nesta mesma busca que este trabalho consiste.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, visando a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exige uma acção multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde criada pela Lei nº. 281/2003 de 8 de Novembro. (DGS, 2004). “O termo qualidade de vida como vem sendo aplicado na literatura médica não parece ter um único significado (GILL e FEINSTEIN, 1994). "Condições de saúde", “funcionamento social" e "qualidade de vida" tem sido usados como sinónimos (GUYATT e cols.)” (OMS, 2002).

Os efeitos acumulativos dos factores adversos repercutem-se ao longo da vida e são potenciados negativamente nas idades mais avançadas como muitas vezes estes descrevem como “quando se chega a velho, tudo aparece”. “O envelhecimento é um fenómeno biológico, psicológico e social que atinge o ser humano na plenitude de sua existência, modifica a sua

relação com o tempo, o seu relacionamento com o mundo e com a sua própria existência.” (Teixeira, 2006)

No entanto, e ao longo deste trabalho, tivemos sempre em mente que existe uma grande heterogeneidade neste público-alvo (terceira idade) e perante, este conceito de envelhecimento, é importante ressaltar que temos vários tipos de idades: idade cronológica (determinada pelo calendário); idade biológica (posição actual do indivíduo no seu ciclo de vida e suas capacidades funcionais); idade social (papéis e hábitos do indivíduo em relação com o seu grupo social); idade psicológica (capacidades adaptativas como a memória, a aprendizagem, a inteligência).

Apesar da diversidade uma das principais patologias existentes nos idosos é a demência, esta diz respeito ao declínio progressivo ou global das funções cognitivas de um indivíduo (Corey- Bloomet al. 1995 apud Abreu, Forlenza& Barros, 2005).

Sendo esta considerada uma doença de saúde mental achamos conveniente explicar o artigo da Lei de Saúde Mental 36/98 de 24 de Julho referente à protecção e promoção da saúde mental e que nos diz que:

“1 - A protecção da saúde mental efectiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive.

2 - As medidas referidas no número anterior incluem acções de prevenção primária, secundária e terciária da doença mental, bem como as que contribuam para a promoção da saúde mental das populações.”

1.1 – O que é a Doença de Alzheimer

Importa antes de mais, explicitarmos o que é a demência. Segundo Castro-Caldas, Alexandre (2005), citando a Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde a demência é definida como “um síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva no qual se registam alterações de múltiplas funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio. O estado de consciência não está enevoado. As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes precedidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação.”

A doença de Alzheimer foi descrita em 1906 pelo psiquiatra e neuropatologista alemão Alois. Segundo dados da APFADA - Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doença de Alzheimer estima para os próximos anos 90.000 casos de doentes de Alzheimer em Portugal.

Este trabalho centra-se num tipo de demência que tem vindo a ganhar importância na nossa sociedade e que é denominada por doença de Alzheimer, consistindo numa demência degenerativa gradual que afecta, geralmente, sujeitos de idade avançada (Morley, Coe, Rodney, Strong, Grossberg, 1997). É muito importante estar-se atento aos sinais de alerta da doença de Alzheimer (DA) e que segundo a APFADA são: a perda de memória, a dificuldade em executar tarefas diárias, dificuldades na linguagem, perda de noção do tempo e de orientação, fraco discernimento, pensamentos abstractos, confundir o local das coisas, alteração do humor, alteração da personalidade e por último a perda de iniciativa.

Quanto mais avançada a idade, maior a percentagem de idosos com demência aos 65 anos, a cifra é de 2-3% dos idosos, chegando a 40%, quando se chega acima de 85-90 anos!

É necessário, antes de mais, compreender esta patologia para se perceber o que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida destas pessoas.

Podemos dividir a DA em três fases, nomeadamente a fase inicial, a fase intermédia e, finalmente, a fase avançada. Devem ter-se sempre em consideração as diferenças individuais, visto que a doença é bastante variável. (Manual de boas práticas, 2005).

Quanto à fase inicial verifica-se uma dificuldade crescente em lembrar nomes e palavras, em adquirir novos conhecimentos; desorientação, distração, pequenos lapsos (ibidem). Verifica-se ainda mágoa e negação (o sujeito não aceita que está doente) (Morley, J.

E., Coe, R., Strong, R., Grossberg, G. 1997). Existe, também, alguma dificuldade em interpretar metáforas, provérbios, histórias ou em entender uma "piada"(Neri, 2001). No entanto, não se manifestam alterações do comportamento e isolamento social (Manual de Boas Práticas, 2005). Além disso, nesta fase, o paciente ainda é capaz de reconhecer os seus erros (Neri, 2001).

Durante a fase intermédia ocorre uma perda acentuada da memória, um empobrecimento do conteúdo lexical, o declínio das capacidades verbais, frustração, impaciência, inquietação, agressão verbal e física, alucinações, delírios, isolamento social, incontinência urinária; tendência para fugir ou deambular, entre outros comportamentos não usuais. (Manual de Boas Práticas, 2005).

Numa fase mais avançada e, portanto, mais grave, a pessoa com DA pode não ser capaz de realizar os cuidados de vida diária, a actividades motricidade fina. Para além disso, esta fase é caracterizada pela perda total de controlo dos esfíncteres, dificuldades em deslocar-se e em engolir os alimentos; delírios e transtornos emocionais; fala monossilábica. Nesta etapa da demência, o paciente pode até nem reconhecer o cônjuge, os filhos ou outros familiares e amigos (ibidem).

Gineste, Yves e Jérôme Pellister in *Humanitude* referem um fenómeno frequente nesta patologia no que se refere á memória autobiográfica. Este fenómeno já terá sido anteriormente estudado por Daniel Taillefer e Daniel Geneau que o denominaram de «mergulho retrógrado».

Ou seja: “durante esses mergulhos retrógrados, as pessoas vêem-se mergulhadas em diferentes períodos do seu passado.”

Quanto ao tratamento da pessoa com a demência, estudos realizados demonstram que, associando técnicas de reabilitação cognitiva ao tratamento com medicamentos anticolinesterásicos (tratamento combinado) podem verificar-se melhorias no que diz respeito aos défices cognitivos e funcionais da mesma (Bottino, Carvalho, Alvarez, Avila, Zukauskas, Bustamante, Andrade, Hototian, Saffi& Camargo, 2002).

No entanto, visto que se trata de uma doença que, progressivamente, se vai agravando, o doente com DA, vai-se tornando cada vez mais dependente e necessita de cuidados cada vez mais frequentes e complexos (Luzardo, Gorini Silva, 2006).

1.2 – Os Cuidadores

Antes de tudo “cuidar” significa assistir alguém com necessidade. Assim, o cuidador pode ser de dois tipos: cuidador formal, para o profissional que é remunerado pela prestação de cuidados à pessoa demente; e cuidador informal, para os familiares e amigos que não são remunerados. (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). O cuidador (informal) precisa de ser alguém muito nobre, uma vez que aceita um desafio colossal sem qualquer retribuição.

Tendo em conta a carga emocional que o cuidador tem de suportar, é importante que este tenha um tratamento e acompanhamento psicossocial multidisciplinar. Estudos têm provado que este trabalho contribui para a alteração significativa do bem-estar do cuidador (Bottino, Carvalho, Alvarez, Avila, Zukauskas, Bustamante, Andrade, Hototian, Saffi & Camargo, 2002).

No que respeita ao apoio social, estudos neste âmbito têm demonstrado que as pessoas que pertencem ou percebem pertencer a uma rede social forte que lhes presta apoio quando experienciam acontecimentos penosos sentem de forma menos intensa as situações de stress. (Serra, 1999 citado in Cuidados familiares ao idoso dependente por Daniela Figueiredo, Lisboa 2007)

É necessário analisar os diferentes impactos na vida do cuidador: pessoal, social e económico. Segundo Dillehay y Sandys, o impacto da doença de Alzheimer é definido como um “estado psicológico que resulta da combinação de um trabalho físico, tensão emocional, restrições sociais, assim como as exigências económicas que surgem ao cuidar de um doente”

A nível pessoal esta pessoa deixa de viver para si própria para os seus gostos e necessidades pois o doente convive diariamente com a família e exige por vezes uma dedicação a tempo integral por parte desta.

O desgaste e cansaço vão-se acumulando e vai-se perdendo a própria auto-estima, surgindo um elevado stress.

Entre os diversos sinais de stress no cuidador salientamos a negação, a raiva, a ansiedade, a depressão, a insónia e a falta de concentração.

Ao nível social vai deixar de poder sair e de poder ir ao café com as amigas, muitas vezes, perderá até a vontade de receber as pessoas em sua própria casa, porque se debate com

estigma face á doença quase sempre por desconhecimento e falta de informação sobre a mesma.

Por outro lado temos, ainda, um forte impacto económico com o número de gastos crescentes desde a necessidade de uma vigilância permanente (algumas pessoas deixam de trabalhar, outras contratam pessoas para o fazerem), e de cuidados prestados por pessoas devidamente formadas (como empresas privadas de apoio domiciliário - cuidadores formais e técnicos especializados) e consultas de especialidade, ainda com ajudas técnicas que vão sendo necessárias com o avanço da doença, produtos para incontinências e gastos com medicamentos. Por exemplo, a Alzheimer Portugal fala-nos que o custo anual de uma pessoa com demência fica por volta de 21.045 euros. Este valor fala por si só mas muito mais ainda quando sabemos que os valores de muitas das reformas portuguesas não vão além dos 250€ mensais.

Tendo em conta, toda esta informação o cuidador sofre um maior impacto na sua vida social quanto maior for a duração do tempo de cuidados e o avolumar de actividades de apoio, factores que associados levam muitas vezes a institucionalização destes pacientes.

1.3 – Apoios Sociais

A acção protectora dos sistemas de segurança social tem servido como pilar de expansão do Estado de Bem-Estar através da atribuição de pensões de reforma, tomado como critério básico a idade e, mais tarde, através da criação de serviços destinados a responder às necessidades das pessoas idosas.

Em Portugal, até à década de 70, o apoio institucionalizado à pessoa idosa estava preferencialmente entregue à Igreja. Esta era uma missão das Congregações Religiosas, sobretudo as femininas. Foi a partir de 1974 que as políticas sociais dirigidas á terceira idade ganharam maior incremento contemplando todas as pessoas do meio rural e urbano em idade limite de reforma, ou consideradas incapacitadas para o trabalho. O modelo de Segurança Social, que assegura a aplicação destas políticas sociais, começou a evidenciar na década de 80 uma crise no seu sistema de financiamento. Neste contexto, o Estado reagiu criando espaços de actividade social privada e fortaleceu-se para a produção de bens e serviços. A Sociedade - Providência organizada, inicialmente em actividades do sector de Segurança

Social, é reforçada pelo Decreto-Lei nº119/83, de 25 de Fevereiro que alarga a concepção legal de IPSS aos “domínios da saúde, da educação, da habitação e outros em que as necessidades sociais dos indivíduos e das famílias encontram apoio”. No que se refere aos idosos, isto plasmou-se na implementação de estruturas de apoio á terceira idade (lares de idosos, centros de dia, centros de convívio e apoio domiciliário) a cargo de Instituições Privadas de Solidariedade Social (Decreto-Lei nº 519 G2/79, de 29 de Dezembro).

De facto, na década de 80 surgiram lares de idosos em quase todas as sedes de Concelho onde ainda não existiam. Em 2000 a Carta Social da rede de serviços e equipamentos, do Ministério do Trabalho e da Solidariedade identifica como respostas sociais, com maior peso, três tipos de equipamentos: os lares e centros de dia com a preponderância de 30% cada e o apoio domiciliário com 27% do total das valências. As restantes valências apresentam um peso diminuto: centros de convívio com 9%, acolhimento familiar com 3% e residências com apenas 1%.

Se é verdade que existe uma grande número de idosos institucionalizados, também é verdade que as listas de espera não param de aumentar, sendo urgente repensar em novas respostas sociais.

A Declaração de uma Política da terceira idade na Constituição Portuguesa de 1979 mudou a forma de encarar as respostas sociais ao envelhecimento da população do nosso País. O Estado vem promovendo um investimento em respostas sociais que passam pela substituição dos tradicionais Asilos por Lares Residenciais e outras ofertas inovadoras como os centros de dia e principalmente os serviços de apoio domiciliário.

Existe, ainda, um conjunto de iniciativas estatais com vista á concretização das políticas sociais para a terceira idade, tais como, o Plano Nacional de Acção para a Terceira Idade – PNAI (2001-2003); a criação da Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade – CNAPTI; o Programa Rede Social e o Programa de Apoio Integrado aos Idosos PAII.

Inicialmente, a referência ao processo de envelhecimento da população parecia ser uma exclusiva preocupação dos demógrafos. Com efeito estes constituíram este processo em termos científicos. Porém, actualmente, é cada vez mais frequente encontrar-se nos discursos de, cientistas, políticos, os jornalistas, entre outros, a referência ao processo de envelhecimento demográfico tal como nós o estamos a fazer, pois, à indiscutível dimensão quantitativa do envelhecimento demográfico vem juntar-se uma outra dimensão, enquanto

problema de sociedade, no futuro. Tal não significa, e importa dizê-lo, que exista uma relação necessária de causa-efeito entre o envelhecimento demográfico e as disfunções sociais que se adivinham.

O aumento das despesas sociais para financiar as pensões de velhice pode também originar um mal-estar social e conduzir, inclusivamente, a um conflito entre gerações de consequências gravosas para a sociedade. Tal situação apresenta-se particularmente nítida no caso em que a técnica predominante para o financiamento das pensões de reforma é a da repartição alargada, como acontece em Portugal.

Entre 1998 e 2008, portanto em 10 anos, o crescimento das respostas sociais para idosos subiu 51,1%, um crescimento assinalável. No entanto, não podemos falar da mesma maneira da qualidade dessas respostas sociais pois os técnicos da DECO, em 2009, dos 28 Lares Residenciais visitados em Lisboa e Porto apenas 7 mereceram nota positiva, o que é uma percentagem arrasadora.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados assume papel importante na atenção aos idosos necessitados de apoio médico. Por outro lado as Universidades estão a acrescentar nos cursos superiores ministrados relacionados com a saúde disciplinas de geriatria, o que, em conjunto, se pode considerar uma melhoria na qualidade da formação no que se refere aos cuidadores formais que têm de lidar com os idosos e em especial com os da doença de Alzheimer.

A preocupação sobre esta patologia é de tal forma alarmante que “A Alzheimer Europe” calcula o número de cidadãos europeus com demência em 7,3 milhões. Face ao envelhecimento da população nos estados-membros da União Europeia os especialistas prevêem uma duplicação destes valores em 2040 na Europa Ocidental, podendo atingir o triplo na Europa de Leste. Todos os anos, 1,4 milhões de cidadãos europeus desenvolvem demência, o que significa que a cada 24 segundos, um novo caso é diagnosticado.” Resultados do Projecto European Collaboration on Dementia (Eurocode) conduzido pela Alzheimer Europe e financiado pela Comissão Europeia.

Se pensarmos na **família** enquanto cuidadores informais observarmos que algumas gerações anteriores eram os filhos que cuidavam dos pais mas a nossa sociedade tem sofrido uma grande alteração e a família também.

A palavra família evoca em nós espontaneamente a representação mental de um grupo de pessoas em que existe uma mãe, um pai e as crianças. Pessoas que imaginamos vagamente

pois as representações mentais não se ligam a uma imagem em concreto antes constituem um modelo, uma estrutura onde encaixam as famílias que conhecemos. A essa imagem vem associada, também, a ideia de um lar, habitação comum daquelas pessoas com vida partilhada, afectos mútuos, entreatadas, convívios quotidianos e outros familiares mais afastados como sejam avós, genros, tios, etc...

Estimativas com base nos resultados provisórios dos Censos 2001 revelam que em 32,5% das famílias clássicas residia pelo menos um idoso e as famílias constituídas apenas por idosos representavam 17,5% do total das famílias. Entre 1991 e 2001 a proporção de famílias clássicas com idosos (incluindo as famílias com idosos e outros e as de só de idosos) aumentou cerca de 23%, passando de 30,8% para 32,5%. Pode verificar-se, contudo, que enquanto as compostas por idosos e outros viram a sua importância relativa diminuir ligeiramente, as compostas apenas por idosos aumentaram cerca de 36% no período intercensitário. De referir ainda que do total de famílias só de idosos a grande maioria são constituídas por apenas um idoso (50,5%) e por dois idosos (48,1%).

Com efeito, as famílias do passado sob alguns pontos de vista têm pouco a ver com as que conhecemos hoje.

Na sociedade actual as famílias estão mal equipadas para lidarem com a doença mental em casa, são geralmente um grupo pequeno constituído por dois adultos e um ou dois filhos, residem em habitações pouco espaçosas e durante o dia estão todos ausentes, no trabalho, na escola, no jardim-de-infância. Como podem ocupar-se de uma pessoa doente?

A valência **Lares Residenciais de Idosos** (IPSS) constitui uma resposta social desenvolvida em alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia.

Os objectos do Lar são: proporcionar serviços permanentes e adequados á problemática dos idosos, contribuindo para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento e desenvolver os apoios necessários às famílias dos idosos de modo a fortalecer a relação inter-familiar, assim como promover a integração do Lar na comunidade.

Os Lares não possuem técnicos suficientes para darem a devida resposta a idosos com esta demência. E acrescentar que nem todos são idosos. Mas o principal problema destas instituições é que não possuem infra-estruturas nem físicas nem humanas para lidar com o problema. Não estão preparadas. E dizemos mais, nenhum lar residencial está preparado para lidar com os doentes de Alzheimer, com excepção dos criados recentemente pela Associação

Alzheimer Portugal que direccionou a sua construção exclusivamente para este tipo de doenças.

O **Centro de Dia** é uma resposta social, desenvolvida em equipamentos, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar.

Como objectivos, o Centro de Dia pretende a prestação de serviços que satisfaçam necessidades básicas, prestar apoio social, e fomentar as relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, evitando o isolamento.

Nas primeiras fases da doença os idosos possuem autonomia para desenvolver as suas actividades de vida diária. Mas com a chegada do anoitecer chegam também os seus medos nocturnos que se repercutem na segurança e isolamento.

Esta valência numa fase mais avançada não responde minimamente às necessidades mais básicas dos doentes tendo em conta falta de autonomia física e cognitiva.

Centros de noite, correspondendo à resposta social desenvolvida num equipamento, de preferência, a partir de uma estrutura já existente e integrada com outras respostas sociais (exemplo: centro de dia, lar ou outra), dirigida a idosos que desenvolvem as suas actividades de vida diária no domicílio de modo autónomo, mas que durante a noite, por motivo de isolamento, necessitam de algum suporte de acompanhamento.

Esta resposta não é suficiente para doentes de Alzheimer tendo em conta que, estes, muitas vezes, já necessitam de apoio nos cuidados de vida diária, tais como a higiene pessoal e a alimentação. Os utentes que frequentam esta resposta social, são pessoas autónomas.

Os **Hospitais** não estão especializados para este tipo de situações. O seu objectivo é a prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno. Não da manutenção dos doentes por tempo ilimitado. Quando a patologia apresentada é de solução irreversível os hospitais encaminham-nos para outras respostas sociais mais adequadas.

As **Unidades de Cuidados Continuados** são uma resposta social por um período de noventa dias. Findo este período, o doente tem, obrigatoriamente, de ser encaminhado para outras respostas sociais.

O **Apoio Domiciliário**, é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e família quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou

permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as actividades da vida diária.

Os objectivos do SAD passam por contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; prevenir situações de dependência e promover a autonomia; prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar; apoiar os utentes e família, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar; apoiar os utentes e famílias na satisfação das necessidades básicas e actividades da vida diária; e colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde.

O Apoio Domiciliário foi durante muito tempo uma valência apenas implementado e subsidiado pelo Estado através das Misericórdias e das IPSS, sendo prestados serviços pontuais de cuidados de vida diária, na residência dos clientes.

Esta resposta ganhou outra dimensão com a intervenção no mercado de empresas privadas de Apoio Domiciliário, que prestam serviços bastante variados incluindo mesmo a companhia, a ida ao médico, ao cabeleireiro e passear com o idoso, para além de todos os cuidados de vida diária.

De realçar que, muito embora este tipo de serviços prestados pelos privados, seja mais inovador e de melhor qualidade, não é contemplado nas participações atribuídas pelo Estado, o que dificulta o acesso a estes serviços a uma grande faixa da população com mais dificuldades económicas.

Estes últimos bastante variados incluindo mesmo a companhia, a ida ao médico, ao cabeleireiro e passear com o idoso. De realçar, no entanto, que a grande evolução, em termos de novos serviços ao utente, no apoio domiciliário tem sido promovida pelos privados sem o interesse do Estado.

O apoio domiciliário é de facto um dos pilares fundamentais no apoio ao idoso funcionalmente dependente, como defende Wackeret al. (1998) in Osório Agustín e Pinto, Fernando, o seu futuro e melhoria passa pelo alargamento do seu raio de acção a comunidades rurais, pela formação atribuída ao *staff*, pelo financiamento através de fundos públicos, pela garantia de qualidade dos serviços prestados e pela adaptação dos serviços às características e necessidades dos novos clientes.

Parece-nos que um bom serviço de Apoio Domiciliário é a resposta certa para a questão acima colocada. Na verdade, os doentes com DA, que usufruem de Apoio Domiciliário não sofrem o stress da saída do seu quarto, da sua casa, do seu ambiente. Ali é mais fácil tratá-los, pois para além dos cuidados dos técnicos têm ainda o apoio dos familiares e amigos.

1.4 – Planos Europeus e Nacional

A Alzheimer Europeu é uma organização europeia que congrega actualmente 34 organizações-membro, em 30 países europeus, entre as quais se inclui a Alzheimer Portugal.

Segunda a Alzheimer Portugal “Em Setembro de 2008, a Doença de Alzheimer foi reconhecida pelo Conselho da União Europeia como uma prioridade, tendo os Estados membros sido convidados a assumir o compromisso conjunto de combater as doenças neurodegenerativas, em especial a Doença de Alzheimer.” No seguimento disto alguns países já possuem um Plano Nacional Alzheimer. Penso ser relevante debater algumas destas políticas sociais tomadas por estes países.

No caso de França esta possui um Plano Nacional Alzheimer que compreende 44 medidas. A previsão de gastos vai para 1,6 biliões de euros.

Estas medidas repartem-se em 3 eixos: Melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes; Conhecer para Agir e Mobilização para o envolvimento da população. Estes eixos estão ainda repartidos por 11 objectivos.

No primeiro eixo: Melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes existem os seguintes objectivos: Assegurar um crescente apoio aos cuidadores; Reforçar a coordenação entre todos os intervenientes; Permitir às pessoas com doença de Alzheimer e aos seus familiares a possibilidade de escolha do apoio domiciliário; Optimizar o percurso dos cuidados; Melhorar o acolhimento em estabelecimento para uma melhor qualidade de vida das pessoas com doença de Alzheimer; Valorizar as competências e desenvolver a formação dos profissionais.

Quanto ao segundo eixo: Conhecer para agir, este possui dois objectivos: Dispensar um esforço sem precedentes para a investigação e Organizar um levantamento epidemiológico.

Relativamente ao terceiro e último eixo: Mobilização para o envolvimento da população, este centra-se em três objectivos: Informar e sensibilizar o grande público; Promover uma reflexão e uma abordagem éticas e Transformar a doença de Alzheimer numa prioridade europeia.

Se falarmos, já no exemplo, do Reino Unido, este não possui nenhum Plano Nacional Alzheimer mas tem uma Estratégia Nacional para a Demência para Inglaterra. Esta Estratégia contempla 17 recomendações dirigidas ao Sistema Nacional de Saúde focadas em três temas chave: Desenvolvimento de campanhas de sensibilização e de percepção sobre a Doença; Diagnóstico precoce e apoio e Viver bem com a demência.

O Reino Unido possui ainda um documento legislativo da Capacidade Mental que promove o direito das pessoas tomarem as suas próprias decisões e protege as pessoas em situação de incapacidade, fornecendo-lhes um enquadramento flexível que coloca os indivíduos no cerne do processo da tomada de decisão.

A Noruega também possui um Plano Nacional Alzheimer. Este tem a particularidade de estar integrado no Plano Geral de Cuidados.

Já na Alemanha não existe um Plano Nacional para as Demências, mas existem importantes medidas de protecção para as pessoas em situação de incapacidade ou dependência, nomeadamente para as pessoas com doença de Alzheimer ou outras formas de demência. A Alemanha possui dois tipos de seguros: o Seguro para Cuidados de Saúde e o Seguro para Cuidados de Longa Duração quer no domicílio quer em instituições. É de salientar esta diversidade em especial no campo dos cuidados no domicílio, onde o familiar pode optar por ser ele próprio a cuidar ou optar por um cuidado e apoio de boa qualidade.

Espanha também não possui um Plano Nacional para as Demências mas merece referência pelo enquadramento legal que consagra para as pessoas em situação de incapacidade. Um exemplo disto é um artigo legal em que está explícito que uma pessoa pode manifestar antecipadamente a sua vontade sobre futuros cuidados, tratamento da sua saúde ou em caso de falecimentos para que seja cumprido numa situação em que este não se consiga expressar pessoalmente.

Em Portugal existe uma falta de conhecimento geral leva, muitas vezes, a diagnósticos tardios.

A Alzheimer Portugal tem vindo a exercer um excelente trabalho regendo-se pelas seguintes directrizes:

“Sensibilizar para a urgência de um Plano Nacional Alzheimer e disponibilizar o nosso conhecimento e experiência, na sua criação e implementação; Desenvolver campanhas nacionais e locais de informação sobre a doença, as suas características e formas de intervenção; Alertar para a importância: do diagnóstico precoce; da valorização do papel dos clínicos gerais na detecção dos primeiros sinais da demência e encaminhamento para consulta da especialidade (Neurologia ou Psiquiatria); da valorização do papel dos cuidadores, e do reconhecimento das suas necessidades e direitos específicos; da integração do estudo da demência como matéria obrigatória na formação médica. Desenvolver acções de formação para cuidadores; Criação de serviços e equipamentos modelo com vista à aprendizagem e partilha das melhores práticas.”

Neste campo e em 2003 construiu o primeiro Centro de Apoio Diurno especificamente dirigido a pessoas com Alzheimer – o Centro de Dia Prof. Doutor Carlos Garcia em Lisboa.

Já possuem, também, o Centro de Dia – Memória de Mim para o mesmo efeito funcionando este em Lavra, no concelho de Matosinhos.

Neste momento, a Associação já tem em construção o Lar e Centro de Dia “Casa do Alecrim”, na Alapraia, em Cascais.

Estas estruturas possuem características próprias para pessoas com esta patologia.

A doença de Alzheimer é uma doença progressiva, incurável e irreversível apesar de existirem duas formas de tentar retardar o desenvolvimento desta patologia: farmacológica e de estimulação cognitiva.

A diferença que se ressalva nestas estruturas é a da equipa pluridisciplinar que a compõe. Este possui técnicos de Psicologia, Serviço Social, Psiquiatria, Arte-Terapia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Enfermagem, Direcção Técnica e Médico de Clínica Geral.

Quanto a infra-estruturas preparadas para receber as pessoas com esta patologia tem surgido algumas empresas de apoio domiciliário privadas que vão dando resposta a estas situações no domicílio.

Em Portugal a criação do Instituto do Envelhecimento poderá ter um papel importante na aplicação das medidas que levem a que os idosos, e em especial os com doença de Alzheimer, tenham acima de tudo mais vida nos anos além dos esperados mais anos de vida.

Ao nível farmacológico existem no mercado seis medicamentos com diferentes princípios activos dirigidos a esta problemática, prescritos conforme a fase/ estágio em que a pessoa se encontra. As pessoas respondem à medicação de forma diferenciada: em alguns casos não se observa qualquer efeito; noutros os sintomas progridem mais lentamente; e em outras situações observa-se uma melhoria parcial e relativamente duradoura.

Ao nível cognitivo, relativamente ao que pode ser realizado para retardar a dependência dos idosos e estimular mente e corpo sãos, na opinião do psicólogo José Barros de Oliveira: “O maior estímulo é serem compreendidos e amados no ambiente onde se encontram. Depois há mil formas de lazer ou ocupação dos tempos livres, como estimulação física (exercício físico variado), cultural (leitura, passeios, visitas a monumentos, etc.) e mesmo religioso/espiritual. Isto é, ter em atenção todas as dimensões da pessoa: corpo, mente e espírito.”

Um esforço de ressalvar foi um estudo exploratório sobre a Situação Social dos Doentes de Alzheimer por parte da Segurança Social e em parceria com a Fundação Montepio Geral com os objectivos de caracterizar a situação social dos doentes de Alzheimer e Analisar o impacto social que a doença de Alzheimer produz nos cuidadores. Procura retirar conclusões que permitam termos um retrato social da situação dos doentes de Alzheimer em Portugal e reflectir sobre as potenciais política sociais a implementar.

2 - INSTITUCIONALIZAÇÃO

O múltiplo Olhar Institucional Sobre os Doentes de Alzheimer foi o tema escolhido para o projecto que nos foi solicitado. Esta é uma temática cada vez mais em voga, tendo em conta, que a pirâmide etária se encontra invertida pelo que possuímos cada vez mais um maior número de idosos na nossa sociedade. A prevalência da demência é de 5% nos países Ocidentais sendo a da Doença de Alzheimer de 3%. (Touchon e Portet 2002).

O bem conhecido “envelhecimento da população” nas sociedades ocidentais produzirá, por si, um grande aumento no número de casos de demência e daí considerarmos este tema um assunto tão importante. Além de que quando existe experiência profissional nesta área, a mesma me aliciar bastante como investigadora.

Sabemos que o dia-a-dia da nossa sociedade moderna leva-nos ao stress, ao andar sempre agitado a não termos tempo para nós próprios nem para cuidarmos dos nossos familiares e que os leva muitas vezes á sua institucionalização. E, também, deve ser um alerta para um maior cuidado com a prevenção da nossa saúde.

Tenciona-se aprofundar e relacionar conceitos de envelhecimento, institucionalização, Lar, Centro de Dia e SAD, demência e mais especificamente Alzheimer.

Pretende-se compreender se a institucionalização é positiva para estes doentes e o que se pode melhorar para que vivam com qualidade de vida, associando à condição de idoso que se expressa em “envelhecer com autonomia, independência, ter um papel social activo, boa saúde física e psicológica.” (Paschoal 2002 apud Santos 2008:2)

A institucionalização pode ser entendida, de acordo com Cardão (2009) como recurso a serviços sociais de internamento da pessoa idosa em lares, casas de repouso e afins, onde recebe assistência ou como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, significando uma das formas como a pessoa idosa sente e vive o ambiente institucional.

Jacob (2002) refere que se fala em institucionalização do idoso quando, por qualquer motivo, este permanece durante o dia ou parte dele, numa determinada instituição. Quando a permanência deste se prolonga pelas 24horas, passa-se a designar de idoso institucionalizado residente. Segundo Sousa e Colaboradores (2004), o processo de institucionalizado, traduzido pela saída de casa e pela perda de laços e papéis sociais, pode ser mais prolongado ou de

menor duração e comporta um conjunto de processos que passa pela decisão de escolher a instituição que melhor se ajusta às necessidades do idoso.

A transferência do próprio lar para uma instituição de longa permanência é sempre um grande desafio para os idosos, pois deparam-se com uma transformação muitas vezes radical do seu estilo de vida, sendo desviados de todo o seu projecto existencial.

Segundo Born 82002, cit por Correia, 2003), muitos idosos encaram o processo de institucionalização como perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte, além de ansiedade quanto á condução do tratamento pelos funcionários. Assim, para que a integração do idoso na instituição seja positiva, é essencial ter em atenção diversas dimensões, nomeadamente o estabelecimento de relações sociais, quer com os seus pares no interior da instituição, quer com as pessoas da comunidade envolvente. Também o tipo e a intensidade das relações sociais são variáveis e as instituições têm o papel fundamental de actuar como mediadoras e promotoras dessas redes sociais. Se por um lado, existem idosos que não tem qualquer tipo de contacto social e que se isolam dentro da instituição, há outros que mantêm interacções intensas dentro e fora da instituição (Born,2002,cit.por correia,2003).A interacção com a família próxima constitui uma das condições mais importantes para a abertura ao exterior por parte dos idosos. Esta interacção é um dos principais factores para que as pessoas participem na vida social, ainda que dentro das limitações decorrentes da sua condição de institucionalizados (Alves, 2004).

2.1 – A qualidade de vida e bem-estar social

É importante compreendermos o que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Segundo afirma kalache (1996:14), «envelhecer é um trunfo, mas gozar da velhice é preciso dispor de políticas adequadas que possam garantir um mínimo de condições de qualidade de vida para os que chegam lá».

No desenvolvimento deste trabalho, torna-se imprescindível perceber o que é o bem-estar social e o que é qualidade de vida.

O termo *bem-estar social* é utilizado para designar a satisfação global dos indivíduos e da sociedade, no seu conjunto, em relação à existência pessoal e à vida social. Este conceito

tem bases objectivas e fortes conotações subjectivas, sobretudo no que diz respeito às aspirações. Isto deve-se, ao facto, de o conceito de bem-estar social estar intimamente ligado ao funcionamento da sociedade, aos valores e às normas sociais, às relações sociais, às aspirações das pessoas e, especialmente, à satisfação das necessidades fundamentais do homem.

O conceito de «bem-estar social» é um termo geral, ainda que a sua expressão mais consistente seja a de «qualidade de vida».

Osório, Augustín e Pinto, Fernando defendem que o conceito dinâmico de «qualidade de vida», no sentido em que constituiu um processo socioeconómico, cultural e sociopsicológico de produção de valores relativos á qualidade (bem-estar) da nossa vida social, de distribuição social destes valores e percepção social dos valores pela população.

Existem, ainda, alguns indicadores de “qualidade de vida” associados ao envelhecimento (Castellón, 1998-2003), são estes: autonomia, actividade, recursos económicos, saúde, habitação, intimidade, segurança, pertença a uma comunidade, relações pessoais.

Alguns critérios a ter em conta para a qualidade de vida são o Envelhecimento Activo (participação, saúde e autonomia), para isto existem algumas estratégias individuais das quais destacamos que a transição da vida profissional para a reforma não deve ser feita “do 80 para o 8”; devem-se cultivar sempre projectos e evitar a “ditadura” do relógio social, não cair na “armadilha” da idade, investir em modalidades de participação social, voluntariado, entre outras. Deve haver a estimulação das capacidades cognitivas evitando o isolamento e promovendo a ligação aos outros; é importante investir nas relações inter-geracionais, manter um estilo de vida saudável e ter uma atitude positiva e optimista face à vida.

Através de uma revisão sistemática da literatura podem identificar-se inúmeros modelos para explicar a qualidade de vida.

Hyland (1992) cit in Ribeiro (2005) afirma que os modelos para explicar a qualidade de vida são representados por duas abordagens, a “Abordagem Multifacetada” e a “Abordagem Processual-casual”.

A Abordagem Multifacetada é uma abordagem médica centrada em vários indicadores de saúde, todos eles sem correlação, todos independentes. Já a Abordagem Processual-casual descreve a interacção entre a morbilidade e os factores psicológicos, ou seja, na avaliação da qualidade de vida devem procurar relacionar-se estes dois aspectos.

Mas muitos outros autores defendem outras perspectivas. Ornel, Lindenberg, Stevernik e Vonkorff (1997) procuraram compreender como a doença afecta a qualidade de vida. Para estes, os sintomas e as limitações funcionais da doença provocam dificuldades na realização das actividades, nas capacidades e recursos habituais do individuo, o que aumenta as dificuldades e reduz os meios comportamentais, com consequências negativas na qualidade de vida.

Dauphine e Kuchler (1994) defendem que a qualidade de vida é multidimensional, assente em três dimensões, a dimensão referência (situa o individuo no seu contexto familiar, político, cultural e social), a dimensão tempo (Experiências passadas, presentes e futuras) e a dimensão experiência (estado físico, psicológico e domínio sócio-económico).

Outro modelo é-nos apresentado por Wilson e Cleary (1995) incluem no seu modelo cinco níveis, as variáveis biológicas, psicológicas, sintomas, estado funcional e percepção geral da saúde e da qualidade de vida, sendo estes aspectos, mediados pelas características de cada individuo.

Campbelet al (1976) identificou 12 dimensões a ter em conta sobre qualidade de vida. São estas a educação, a comunidade, as amizades, a vida familiar, saúde, habitação, casamento, vizinhança, nação, self, padrão de vida e trabalho enquanto a OMS (1998) propõe seis domínios, o físico, o psicológico, o nível de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade, religião, crenças.

2.2 – As Equipas multidisciplinares

Hoje em dia encontramos diferentes técnicos nas IPSS'S, Assistentes Sociais, Psicólogos, Educadores Sociais, Animadores Culturais, Nutricionista, Enfermeiros e Médicos são alguns destes, que trabalham em equipa para proporcionar todos os cuidados necessários aos diferentes clientes das suas instituições.

Definimos antes de mais estas profissões segundo o Contrato Colectivo de Trabalho entre a CNIS – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e a FNE – Federação Nacional dos Sindicatos da Educação e outros.

Este afirma que o Assistente Social –“Estuda e define normas gerais, esquemas e regras de actuação do serviço social das instituições; procede à análise de problemas de

serviço social directamente relacionados com os serviços das instituições; assegura e promove a colaboração com os serviços sociais de outras instituições ou entidades; estuda com os indivíduos as soluções possíveis dos seus problemas (descoberta do equipamento social de que podem dispor); ajuda os utentes a resolver adequadamente os seus problemas de adaptação e readaptação social, fomentando uma decisão responsável”.

Afirma que a Nutricionista /Dietista – “Elabora regimes alimentares para indivíduos sãos e doentes; recolhe elementos (condições físicas, tipo de trabalho, idade) respeitantes ao indivíduo a quem as dietas se destinam; Calcula as percentagens de proteínas, hidratos de carbono e gorduras necessárias ao indivíduo; consulta tabelas sobre valor calórico dos alimentos; procede a inquéritos alimentares, à inspecção de alimentos e verifica as suas características organolépticas. Por vezes fornece indicações quanto à conservação e confecção de alimentos.”

O Educador Social –“Presta ajuda técnica com carácter educativo e social a Níveis, em ordem ao aperfeiçoamento das suas condições de vida; realiza e apoio actividades de Nível, de carácter recreativo, para crianças, adolescentes, jovens e idosos.”

Relativamente ao Animador Cultural afirma que este –“Organiza, coordena e ou desenvolve actividades de animação e desenvolvimento sociocultural junto dos utentes no âmbito dos objectivos da instituição; acompanha e procura desenvolver o espírito de pertença, cooperação e solidariedade das pessoas, bem como proporcionar o desenvolvimento das suas capacidades de expressão e realização, utilizando para tal métodos pedagógicos e de animação.”

Já o Psicólogo –“Estuda o comportamento e os mecanismos mentais do homem e procede a investigações sobre problemas psicológicos em domínios tais como o fisiológico, social, pedagógico e patológico, utilizando técnicas específicas”

Enquanto o Enfermeiro –“Presta cuidados de enfermagem aos doentes, em várias circunstâncias; Administra os medicamentos prescritos pelo médico, de acordo com normas de serviço e técnicas reconhecidas na profissão; Colabora com os médicos e outros técnicos de saúde no exercício da sua profissão.

E para terminar, o Médico –“Efectua exames médicos, requisita exames auxiliares de diagnóstico e faz diagnósticos; envia criteriosamente o doente para médicos especialistas, se

necessário; para exames ou tratamentos específicos; institui terapêutica medicamentosa e outras adequações às diferentes doenças, afecções e lesões do organismo.”

Mas qual a importância da existência de equipas multidisciplinares?

O importante é o trabalho em conjunto. É estes técnicos e muitos outros reunirem os seus saberes em prol da população com que trabalham, neste caso, o que pode ser feito para melhor a qualidade de vida dos doentes de Alzheimer.

2.3 – As Necessidades dos doentes de Alzheimer

O conceito de necessidade tem sido alvo de múltiplas abordagens e definições por vários autores ao longo dos tempos. Considera-se «necessidade» um problema significativo na área social ou da saúde, para o qual existem soluções ou intervenções potenciais (Gonçalves-Pereira, Fernandes, Leuschner, Barreto, Falcão, Firmino, Mateos e Orrel, 2007).

Quando falamos de necessidades é fulcral citar a pirâmide das necessidades de Maslow (1943). Nesta pirâmide existe uma hierarquia em que a base é constituída pelas necessidades fisiológicas (sono, sede, fome). Seguida de necessidade intra e interpessoal (de segurança, seguida das de afecto e amor, a qual se procede a de estima, terminando na necessidade de auto-realização.

De acordo com Ferrari (2007), o “fazer”/ acção é uma das necessidades do homem, porque o individuo relaciona-se com os seus pares o que lhe permite uma aprendizagem constante, uma descoberta do mundo, transformando-o e dando-lhe uma perspectiva do seu lugar no mesmo.

Kielhofner (1978; citado por Ferrari, 2007) baseou-se no modelo sistémico, descrevendo o homem como um sistema aberto implicando uma transformação através da sua acção. Esta reflecte-se nas actividades de vida diária (cuidados de imagem, tarefas domésticas), de lazer e de actividade profissional, incluindo todos os papéis sociais que desempenha.

Blau (1973, citado por Ferrari, 2007) menciona que a redução de actividades na velhice deve ser substituída por outras compensatórias.

No decorrer destes papéis, com o envelhecimento, apesar das necessidades não deixarem de existir ocorre assim a perda da actividade profissional e conseqüentemente o seu status social.

Falamos de diferentes tipos de necessidades, no entanto, as organizações ainda se centram muito nas necessidades físicas em detrimento de uma visão holística.

Segundo Wiener (1967) e Bertalanffy (1968) citados por Ribeiro (2005 a) descrevem as teorias gerais dos sistemas como doutrinas gerais de integração e organização, pretendendo assim dar um sentido geral, integrado, cada uma das micropartes no todo. Um sistema não possui propriedades que não estejam de algum modo relacionadas com as partes, apesar das propriedades do sistema não poderem ser encontradas nas partes. Contudo, a forma como os componentes estão interligados e interagem é característica das propriedades do sistema, sendo esta a essência do sistema, pelo que qualquer alteração numa componente reflectir-se-á na sua organização.”

Devemos compreender o que faz falta aos doentes de Alzheimer como um todo, de que modo a que os técnicos multidisciplinares e as instituições possam suprir essas necessidades.

A satisfação das necessidades fundamentais contribui para abrandar a evolução de uma degeneração física e psicológica dos doentes de Alzheimer.

Em Portugal, segundo Rocha (2011) o interesse na compreensão de necessidades começa a ser progressivo, inclusive no âmbito do conhecimento e identificação das principais necessidades e da existência de serviços que possam colmatar essas necessidades. O Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano (CEDRU) elaborou um estudo de avaliação das necessidades de seniores portugueses com mais de 55 anos, que residiam na comunidade. Depois da aplicação de um inquérito, verificou-se que a população idosa regista uma maior frequência de necessidades ao nível das tarefas domésticas (limpeza da casa, tratamento da roupa), da saúde (cuidados médicos básicos, encargos elevados com medicação e cuidados médicos), dos cuidados pessoais (apoio em tarefas básicas de higiene), da habitação (obras de restauração na habitação), da mobilidade (meios de transporte adaptados aos défices físicos) e lazer (estabelecimento de relações sociais e maior diversidade das actividades de lazer) (CEDRU, 2008).

Muitos programas focam-se quase exclusivamente no conhecer das necessidades físicas dos residentes. No entanto, para um conhecer mais efectivo do cuidar de pacientes em longo internamento, será necessário uma mudança geral na formação dos técnicos. Deve haver um foco não só nas necessidades físicas mas no entendimento do indivíduo como um todo. O compreender total de um paciente requer conhecimento do seu estado físico, psicossocial e assuntos comportamentais. Bem como o reconhecer como estes factores interagem (Sieber, 2002).

Choi e McDougall (2009) efectuaram um estudo de levantamento de necessidades constituído por uma entrevista e uma aplicação da GDS a uma amostra de idosos composta por um grupo que não podia abandonar a sua residência sem assistência e outro que frequentava centros de dia. Os autores afirmam a importância do estudo das necessidades nesta população no sentido de verificação de efeitos negativos, em termos de sintomas depressivos, das suas necessidades não satisfeitas. Verificou-se que o primeiro grupo que não abandonava a residência necessitava de mais serviços de assistência pessoal do que o segundo, e que este precisava de mais serviços de manutenção da habitação e assistência financeira do que o primeiro grupo.

Cummings e Cassie (2008) efectuaram um estudo com idosos portadores de patologias mentais de levantamento de necessidades psiquiátricas, físicas e serviços sociais utilizando a CANE. Também pretendiam identificar factores que influenciassem a sua experiência e percepção de necessidades e adequação de serviços proporcionados. As necessidades identificadas foram ao nível da saúde física (visão e audição), nos contactos sociais e no estabelecimento de relações íntimas. Os autores salientaram ainda que a presença de depressão, isolamento e défices funcionais que são mais frequentes nesta população o que leva à maior identificação de necessidades pelos idosos do que pelos jovens adultos com doença mental.

Como referimos anteriormente, é importante compreender o doente como um todo. Sendo, também, isto uma responsabilidade das instituições e outras entidades competentes no sentido de identificarem as necessidades desta população em que o objectivo final será uma melhoria na qualidade de vida.

Desta forma, a nossa investigação incidiu no sentido de avaliar essas mesmas necessidades tais a alimentação, alojamento e os cuidados pessoais essenciais para a sobrevivência do doente. No entanto, não podemos descuidar outras necessidades fundamentais tais como a saúde como nos referem Cummings e Cassie (2008) mencionando a

audição e a visão mas aos quais podemos acrescentar a mobilidade, a incontinência, a medicação e o próprio tratamento da doença de Alzheimer.

Existem, ainda necessidade, nem sempre tidas em grande consideração quando se trata destes doentes destacando-se a gestão do dinheiro, os benefícios.

É importante analisar, também, as necessidades mais afectivas e psicológicas como os sintomas psicóticos, o sofrimento psicológico, o isolamento, a solidão, o contacto social, a depressão.

No início do aparecimento da doença de Alzheimer o doente tem noção da deterioração das suas funções físicas e cognitivas e isto pode levar muitas vezes a um estado de depressão, sendo que a depressão será mais grave em pessoas mais vulneráveis é importante salientar que a pessoa se encontra a viver uma experiência de muito sofrimento consciente do aumento gradual da sua dependência dos outros.

O doente pode apresentar diversos sintomas de ansiedade, podendo criar nestes reacções agressivas e violentas, além de poder realizar gritos constantes e até automutilação.

É a ansiedade que está muitas vezes na base de comportamentos deambulantes, de agitação e de agressividade.

Os doentes tornam-se, por vezes, desconfiados pois, por vezes, guardam as suas coisas como por exemplo, a carteira, e depois já não se lembram onde a colocaram e têm tendência para achar que alguém a roubou.

Muitas vezes esta agitação e as crises de ansiedade levam a formas intermináveis de deambulação, o que inúmeras vezes, acarreta diversos problemas, no sentido em que saem muitas vezes das instituições e andam pela rua, sem destino, onde, por vezes, se perdem e correndo riscos até de atropelamentos. No entanto, é importante, nestes casos, deixá-los deambular, desde que sob vigilância e sem exageros/ sem descurar o seu descanso.

A pessoa que sofrem de demência são sensíveis a contrariedades ou mudanças do seu clima, possuindo alguma intolerância á frustração, sendo, por isso necessário evitar contrariá-la, podendo estar responder agressivamente.

A agressividade pode facilmente transformar-se em violência. Os comportamentos de violência, segundo Margot Phaneuf (2010) “vão desde acusações e insultos às verdadeiras agressões e às tentativas de mutilação e suicídio.”. e acrescenta “a pessoa agressiva é fácil de

reconhecer, porque ela eleva a sua voz á menor frustração, utiliza pragas ou uma linguagem ordinária.”

O risco de suicídio é um perigo real para o qual devemos estar atentos. A pessoa pode ter intenções suicidas sem nunca o comunicar, mas também o pode fazer através de simples expressões como: não sirvo para nada, qualquer dia já não estou cá, entre outras e, neste último caso, se estivermos alertas podemos procurar vigiá-la, tranquiliza-la e procurar um acompanhamento adequado para esta situação.

A pessoa pode, ainda, morder, arranhar, beliscar, bater, puxar os cabelos, lançar objectos que pode ser um meio de auto-afirmação ou uma forma de se defender que uma ameaça que apesar de não ser real a ela assim lhe parece, ou relativamente ao facto de lançar objectos pode ser uma forma de chamar a atenção.

O doente de Alzheimer pode, também, ter comportamentos sexuais inadequados que podem ser opostos. O doente tanto pode perder o desejo sexual e nem sequer querer vestir-se e despir-se como pode despir-se em público e mesmo masturbar-se ou apalpar outras pessoas pois perdem a noção de comportamento e de quais se destinam á intimidade.

3 - METODOLOGIA

Depois de escolhido o tema *O Múltiplo Olhar Institucional Sobre os Doentes de Alzheimer* é chegada a altura de se constituir o problema. Este pode surgir mediante diferentes razões. Neste caso, surge perante a experiência de vida que possuímos e perante leituras realizadas sobre o tema Alzheimer que apresentam estatísticas assustadoras sobre os valores do crescimento da doença. Neste e como, Técnicos de Serviço Social ligados á área da Gerontologia não podemos deixar de analisar as necessidades e as Políticas Sociais relacionadas. Assim surge a nossa questão de partida: **“Qual a percepção que os técnicos têm sobre as necessidades dos idosos com doença de Alzheimer Institucionalizados”** Será a partir desta questão que se centrará todo o nosso plano de investigação, a partir da qual se seleccionarão os objectivos, as hipóteses, os métodos e as técnicas de investigação.

Até que ponto os lares tradicionais estão preparados para receberem utentes de Alzheimer? Os diferentes técnicos têm formação direccionada para esta patologia? O que pode ser melhorado? Que políticas sociais deverão ser tomadas perante uma grande prevalência desta patologia?

Estas são as questões, que cada vez mais, os trabalhadores sociais se têm de interrogar uma vez que é a realidade dos nossos dias, algo realizável para a qual começa a ser de vital importância encontrar respostas.

Interessa-nos, tal como mencionamos no título do trabalho o “Múltiplo Olhar Institucional Sobre os Doentes de Alzheimer”, analisar não apenas o Alzheimer do ponto de vista científico mas, também, a percepção dos diferentes técnicos multidisciplinares que trabalham directamente com estes doentes em regime de institucionalização.

A palavra percepção deriva do latim perceptiōne e tem o seguinte significado: “acto ou efeito de perceber; tomada de conhecimento sensorial de objectos ou acontecimentos exteriores; os resultados ou dados da percepção; percepto; recebimento; receita; acção de conhecer, pela consciência, independentemente dos sentidos; acção de conhecer, pela inteligência ou entendimento, independente dos sentidos.” (Costa e Sampaio, 1999).

Quanto ao objectivo do estudo do nosso plano de investigação torna-se preponderante responder de alguma forma á questão previamente formulada. Para isto é necessário a criação de objectivos gerais e específicos.

Habitualmente faz-se a distinção entre Finalidades, Objectivos Gerais e Objectivos Específicos, contudo o que é de facto importante é que as finalidades do projecto estejam bem definidas e os objectivos estejam formulados em termos operacionais.

Segundo Guerra, Isabel (2002), os objectivos gerais deverão ser globalizantes, formulados em termos de verbos de acção e explicitam as intenções para cada um dos tipos de actores do projecto.

Enquanto os objectivos específicos devem demonstrar exactamente os resultados que se esperam atingir, são formulados em termos operacionais, quantitativos ou qualitativos, ou seja, devem ser formulados com clareza e precisão, todos os objectivos específicos vão de encontro aos gerais.

3.1 – Objectivo Geral

- ✓ Conhecer a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes de Alzheimer e relação existente entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e esta percepção.

3.2 – Objectivos Específicos

- ✓ Identificar os dados sociodemográficos dos Técnicos;
- ✓ Conhecer a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes de Alzheimer institucionalizados;
- ✓ Analisar se existe associação entre as variáveis sociodemográficas e a percepção dos técnicos;
- ✓ Identificar a opinião dos técnicos sobre a adequação da sua formação;
- ✓ Analisar a forma como os técnicos avaliam a sua formação;
- ✓ Identificar necessidade de actualizar a formação.

4 – DELIMITAÇÃO DA ABORDAGEM CONCEPTUAL, HISTÓRICA E GEOGRÁFICA

Depois de realizada alguma investigação onde foram aprofundados os conhecimentos acerca do Alzheimer através de uma observação participante, importa delimitar os objectivos do trabalho que foram traçados previamente.

A área geográfica escolhida é o estudo da população idosa institucionalizada no concelho de Viseu. Pelo contacto de proximidade com esta população e localização o que nos privilegia um amplo conhecimento do ambiente, tendo sempre em conta, a objectividade.

“Viseu é uma cidade portuguesa, capital do Distrito de Viseu, na região Centro e sub-região de Dão-Lafões, com 47 250 habitantes (68.000 no perímetro urbano)”.

É sede de um município com 507,10 km² de área, com 34 freguesias e 99.016 habitantes segundo os últimos dados do INE de 2008. O município é limitado a norte pelo município de Castro Daire, a nordeste por Vila Nova de Paiva, a leste por Sátão e Penalva do Castelo, a sueste por Mangualde e Nelas, a sul por Carregal do Sal, a sudoeste por Tondela, a oeste por Vouzela e a noroeste por São Pedro do Sul.”

Uma vez que vivemos e trabalhamos nesta cidade procuramos um desenvolvimento do nosso trabalho de forma a contribuirmos para o progresso da cidade dando resposta, neste caso, a uma preocupação da sociedade em geral pelo aumento do número da população idosa que necessita de apoio, e, em especial, daqueles que possuem a patologia de Alzheimer.

5 – IDENTIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES

“Para Fortin (1999:102) apud Dias 2010:45 A hipótese é um enunciado formal (escrito no presente) das relações previstas entre duas ou mais variáveis. É uma predição baseada na teoria ou numa parte.”

Ou seja, uma hipótese é uma tentativa de resposta para um problema, uma afirmação que será testada posteriormente, é algo experimental.

Esta deve servir de guia para o nosso trabalho enquanto investigadores e á medida que auxilia a imaginar os meios a aplicar e os métodos a utilizar. Estes, como referimos anteriormente, dependem muito da nossa experiência na área e na relação entre os diferentes factos que retiramos da nossa observação.

Segundo Bailey (1985 apud Dias, 2010) As hipóteses são geralmente tiradas da teoria ou da observação directa dos dados. Desta forma podemos considerar como hipótese geral do nosso trabalho o seguinte:

O número de pessoas com Alzheimer tem vindo a aumentar e perante este acontecimento é importante verificarmos as políticas sociais existentes destinadas a esta patologia e como se estão a adaptar as próprias estruturas físicas.

Quanto às hipóteses específicas de trabalho são as seguintes:

- ✓ Existe associação entre género e a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes;
- ✓ Existe associação entre idade e a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes;
- ✓ Existe associação entre estado civil e a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes;
- ✓ Existe associação entre formação académica e a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes;
- ✓ Existe associação entre profissão e a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes;
- ✓ Existe associação entre tempo de serviço e a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes;

- ✓ Existe associação entre a forma como os técnicos classificam a sua formação e a percepção que tem sobre as necessidades dos doentes;
- ✓ Existe associação entre o sentimento da necessidade de formação dos técnicos e a percepção das necessidades dos doentes.

6 – IDENTIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS

As hipóteses são construídas a partir de variáveis. Precisamos destas para tentar encontrar uma resposta para o nosso problema.

Variável é aquilo que pode assumir diferentes valores ou diferentes aspectos (idade, peso, temperatura, classe social, ocupação e remuneração).

“Grande parte das variáveis referem-se a factos ou fenómenos facilmente observáveis e mensuráveis, muitas outras, porém, não são possíveis de observação imediata e muito menos mensuráveis. Com isto pretende-se salientar que na investigação social as variáveis devem ser operacionalizadas, ou seja, traduzidas em conceitos mensuráveis (Rubio e Varas, 2004:185 apud Dias, 2010:50)”

Dentro das variáveis estas podem ser divididas em independentes e dependentes, de entre, as quais destaco para este trabalho;

Variáveis independentes:

- ✓ Idade;
- ✓ Género;
- ✓ Estado civil;
- ✓ Formação académica;
- ✓ Profissão exercida;
- ✓ Tempo de serviço na instituição;

Variáveis dependentes:

- ✓ Percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes de Alzheimer;

6.1 – Métodos de Abordagem e Técnicas utilizadas

Depois de seleccionado o tema, realizado um enquadramento teórico, formulado o problema, os objectivos, as hipóteses e as variáveis é necessário, finalmente, compreender quais os métodos e as técnicas mais apropriados para o estudo em questão.

A investigação ao nível das Ciências Sociais e Humanas mune-se a uma diversidade de métodos e técnicas que se adaptam a uma pluralidade de fenómenos.

O tipo de instrumento utilizado na recolha de dados é determinado pela natureza do fenómeno.

As pesquisas bibliográficas e a análise de conteúdo de documentos são exemplos de metodologias que proporcionam um enriquecimento para a investigação e términos do projecto bem como a observação directa do investigador.

Surge a dúvida sobre qual o melhor método e técnica para cumprirmos os objectivos previamente traçados.

Tendo em conta que pretendemos detectar relações entre as variáveis temos de optar por técnicas e métodos mais estruturadas, como por exemplo, o questionário do tipo fechado aos técnicos das IPSS' das 34 freguesias do concelho de Viseu, com apenas uma questão aberta sobre os aspectos mais pertinentes sobre os quais os técnicos gostariam de obter formação, assim como a metodologia de investigação descritiva onde se integra a observação directa.

Os instrumentos de colheita de dados em investigação, são os equipamentos utilizados para colher a informação pertinente e necessária. Deste modo a selecção do instrumento de colheita de dados, deve estar directamente relacionada com o problema em estudo, de modo a permitir a avaliação das variáveis em causa (Lakatose Marconi, 1995).

Tendo em conta a quantidade de aspectos que intervêm na avaliação das necessidades dos doentes de Alzheimer nem sempre se torna fácil encontrar, escalas que nos permitam medir todas as situações e possíveis variáveis.

Contudo como diz Fortin (1999), na ausência de instrumentos de colheita de dados, deve concebê-los o investigador, de modo a responder às questões de investigação formuladas.

No nosso caso optámos por instrumentos já validados por outros autores, através da utilização do questionário CANE (Camberwell Assessment of Need for the Elderly) que

avalia as necessidades de idosos nomeadamente em situações de patologia neuropsiquiátrica sendo que a avaliação de necessidades de cuidados é crucial no planeamento, monitorização e avaliação de serviços de saúde mental.

O grupo de trabalho CANE — Portugal foi formado em 2003, aquando de um seminário de formação em avaliação de necessidades do idoso. O grupo português ficou constituído por elementos de diversos serviços universitários e clínicos do norte, centro e sul do país, com intervenção em psicogeriatría que foram Manuel Gonçalves-Pereira, Lia Fernandes, António Leuschner, João Barreto, Duarte Falcão, Horácio Firmino, Raimundo Mateos e Martina Orrell que criaram a versão portuguesa, versão IV de 2004.

Relativamente às escalas utilizadas também optamos pela aplicação de escalas elaboradas por outros investigadores e conseqüentemente, já traduzidas e testadas na população portuguesa, tendo sido aplicada a fórmula apresentada por Pestana & Gageiro (2005) para a constituição dos grupos. Utilizamos, ainda, os testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney explicitados posteriormente.

A metodologia de investigação descritiva, pressupõe compreender e interpretar os fenómenos e acções sociais que vai ao encontro dos problemas relacionados com as necessidades da população-alvo.

A primeira parte referente aos dados sociodemográficos. Uma segunda parte relacionada com a avaliação das necessidades dos doentes de Alzheimer e a terceira parte sobre a caracterização da formação dos técnicos. (Anexo III).

6.2 – A População e a Amostra

Na continuidade da construção deste projecto é de vital importância determinarmos o conceito de população-alvo e de amostra de forma a adequarmos á realidade em estudo.

A população é o conjunto de elementos que fazem parte de um determinado território, que possuem características comuns e que serão objecto de estudo, submetidas ao processo de tratamento, análise e interpretação. (Dias, 2010).

“A população – alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações. “ (Fortim, 1999:202 apud Dias, 2010:61). A população-alvo que iremos estudar é constituída pelos técnicos multidisciplinares que trabalham em 34 instituições das Freguesias do concelho de Viseu. No entanto, não teríamos tempo nem meios adequados para estudar toda a população-alvo, tivemos de seleccionar uma amostra da mesma.

A amostra é “um subconjunto do universo por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população” (Gil, 1989 p.92).

O tipo de amostra utilizado nesta pesquisa é uma amostra do tipo não probabilístico por conveniência, constituída por 77 Técnicos, sendo que 56 pertencem ao sexo feminino e 21 ao sexo masculino.

6.3 – Procedimentos

A realização de uma pesquisa como a que estamos efectuar exige-nos não só a delineação da investigação, questão de partida, objectivos e variáveis, como a escolha da técnica de recolha, mas depois desta estar realizada ainda nos faltam um conjunto de acções para conseguirmos alcançar aquilo a que nos propomos, sendo fundamental que estes procedimentos sejam realizados segundo uma rigorosa conduta ética.

Primeiramente, foram realizados contactos (telefonicamente e via e-mail) com as direcções técnicas das diferentes IPSS’s de Viseu sendo estas as seguintes: Associação de Solidariedade Social de Farminhão, Associação de Solidariedade Social da Freguesia de Abraveses, Associação Recreativa de Boa Aldeia, Centro Social Paroquial do Campo,

Associação de Solidariedade Social “As Costureirinhas de Cavernães”, Centro Paroquial de Povolide, Confraria de Santa Eulália, Associação Sócio-Cultural Desportiva e Recreativa de Gumiei, Centro Social Paroquial Rio de Loba, Lar Bigas NucliSol, Associação Social Desportiva Cultural e Recreativa de Silgueiros, Fundação Joaquim dos Santos, Lar Viscondessa São Caetano e Fundação Mariana Seixas.

As instituições foram contactadas no sentido de se explicar o pretendido e solicitar autorização para entrega dos questionários. Após esta confirmação, foram entregues às diferentes instituições os pedidos de autorização, onde se explicitavam todos os propósitos e se garantia o anonimato e a confidencialidade, dos questionários, entregues em Fevereiro do corrente ano.

Posteriormente foram recolhidos todos os questionários, procedendo-se, de seguida, ao tratamento estatísticos dos dados obtidos e seguidamente de uma análise e discussão desses resultados.

6.4 – Tratamento estatístico

Na análise de dados da investigação, o tratamento estatístico é uma fase crucial do processo, uma vez que os dados recolhidos na pesquisa necessitam de ser analisados, para permitir responder às questões de investigação e às hipóteses.

O tratamento estatístico inclui todo o processo que vai desde a colheita de dados até à análise e interpretação dos resultados. No nosso estudo este será processado através da estatística descritiva e da estatística inferencial.

A estatística descritiva permite estruturar a informação numérica de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, por isso determinaram-se:

- **Frequências:**

- Absolutas (N)
- Percentuais (%)

- **Medidas de tendência central:**

- Médias (\bar{x})
- Medianas (Md)

- **Medidas de dispersão ou variabilidade:**

- Desvios padrão (Dp)
- Coeficientes de variação (CV)

O **coeficiente de variação** permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados serem interpretados do seguinte modo (PESTANA e GAGEIRO, 2008):

$CV \leq 15\%$ – Dispersão fraca;

$15\% < CV \leq 30\%$ – Dispersão média;

$CV > 30\%$ – Dispersão elevada.

Medidas de simetria e achatamento:

Para as medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis), Pestana e Gageiro (2008) consideraram os seguintes valores de referência:

Desta forma, para $p = 0,05$ uma distribuição é:

- * Simétrica – quando “ $[Skewness/std_{Error}] < 1,96$, a mediana pertence ao intervalo de confiança a 95% ou está perto de um dos limites desse intervalo”.
- * Assimétrica – quando “ $[Skewness/std_{Error}] > 1,96$, a mediana não pertence ao intervalo de confiança nem está perto de um dos extremos do intervalo, e as medidas de tendência central aproximam-se mais do valor mínimo (assimetria positiva) ou do máximo (assimetria negativa)”.

De igual forma, uma distribuição pode ser:

- * Mesocúrtica quando $[kurtosis/std_{Error}] < 1,96$;
- * Platicúrtica quando $[kurtosis/std_{Error}] < -1,96$;
- * Leptocúrtica quando $[kurtosis/std_{Error}] > 1,96$;

A estatística analítica ou inferencial permite determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população de onde foi tirada.

O estudo da simetria e do achatamento permitem ver se a distribuição é, respectivamente, simétrica e mesocúrtica, que são condições necessárias, mas não suficientes para a distribuição ser considerada normal.

O teste **Kolmogorov-Smirnov (K-S)** serve para analisar a aderência à normalidade da distribuição de uma variável. Não se rejeita a normalidade a 5% quando o nível de significância deste teste é superior a 0,05 (PESTANA e GAGEIRO, 2008).

Os mesmos autores referem ainda que, a distribuição normal é uma distribuição importante, visto ser um pressuposto de utilização de muitos testes estatísticos. Quando esta distribuição normal não se verifica temos que utilizar testes não paramétricos.

Em relação à estatística inferencial, fizemos uso de testes não paramétricos, uma vez que a variável dependente não tem uma distribuição normal. Como forma de complementar e enriquecer o nosso estudo fizemos também uso de testes paramétricos.

Neste sentido e em relação à estatística analítica utilizámos:

Testes Não-Paramétricos

- **Teste U-Mann Withney** – Este teste compara o centro de localização das duas amostras, como forma de detectar diferenças entre as duas populações correspondentes, ou seja, compara os valores das medianas. Este teste é utilizado quando há violação da normalidade, ou quando a amostra é pequena, ou ainda quando as variáveis são de nível pelo menos ordinal (PESTANA e GAJEIRO, 2008, p. 433).
- **Teste de Kruskal-Wallis (KRUSKAL-WALLIS)** - Este teste é aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, e é também uma alternativa ao One-Way Anova utilizado quando não se encontram reunidos os pressupostos deste último, que se lembram de ser a normalidade, e a igualdade das variâncias (PESTANA e GAJEIRO, 2008, p. 482).
- **Teste de Qui Quadrado (X^2)** - Este teste permite verificar qual o efeito de uma variável endógena, testando as médias da variável endógena de forma a saber se em cada categoria do factor, estas são ou não iguais entre si (PESTANA e GAJEIRO, 2008, p. 386)

Coefficiente de correlação de Ró de Spearman – Este coeficiente de correlação mede a intensidade da relação entre as variáveis. Este coeficiente varia entre $-1 < r < 1$. Quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação linear entre as variáveis. O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra

variável. Para interpretar o valor do coeficiente de correlação foram considerados os seguintes valores (PESTANA e GAGEIRO, 2008):

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 < r < 0.39$ – associação baixa
- $0.4 < r < 0.69$ – associação moderada
- $0.7 < r < 0.89$ – associação alta
- $0.9 < r < 1$ – associação muito alta

Nas análises estatísticas utilizaram-se os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p > 0.05$ n.s. – Não significativas

O tratamento estatístico foi efectuado informaticamente através do programa (Statistical Package for the Social Science) SPSS versão 19.0 para o Windows.

7 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

7.1 – Caracterização Sociodemográfica

O resultado que seguidamente apresenta-mos visa proceder a uma caracterização sociodemográfica dos Técnicos que integram a nossa amostra.

Idade/sexo

Pela análise da tabela 1, podemos constatar que os participantes do nosso estudo são em número 77, sendo que 56 pertencem ao sexo feminino e 21 ao sexo masculino.

Constatamos também que a idade da amostra total oscila entre um valor mínimo de 22 e um máximo de 66 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 36,53 anos, um desvio padrão de 11,01 e um coeficiente de variação de 34%, o que nos indica a existência de uma elevada dispersão em torno da média.

Procedendo a uma análise por género verificamos que a média de idades para o sexo feminino ($\bar{x}=34,23$) é ligeiramente inferior à do sexo masculino ($\bar{x}=42,67$), apresentando ambos os grupos uma dispersão elevada.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skewness) e de achatamento ou Kurtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição das idades, em ambos os sexos, é assimétrica e mesocúrtica.

TABELA 1 - ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DOS TÉCNICOS

<i>Idade</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	<i>Dp</i>	<i>Sk</i>	<i>K</i>	<i>CV (%)</i>
Masculino	21	28	64	42,67	11,06	0,82	-0,95	5,65
Feminino	56	22	66	34,23	10,17	3,71	2,09	3,97
Total	77	22	66	36,53	11,01	3,17	0,20	3,43

Grupos etários

A distribuição dos participantes por grupos etários mostra, que o grupo com maior representatividade percentual (50,6%) se encontra no primeiro escalão [20-35]; seguindo-se o segundo para 36,4%, e como era de esperar, apenas 13,0% integra o grupo dos 51-66 anos.

Entre géneros existem ligeiras diferenças uma vez que o maior valor percentual dos homens se situa no segundo escalão [36-50] e 42,9% das mulheres se situa no primeiro ou seja entre os 20 e os 35 anos.

Estado civil

Os resultados relativos ao estado civil permitem-nos verificar que, a maioria (80,5%) dos participantes, integra a alternativa “casados”, seguindo-se os solteiros (28,6%) e apenas 3 e 2 elementos (todos do sexo feminino) respectivamente se encontra divorciado e em união de facto.

Analisando o estado civil por género, constatamos que a distribuição se faz seguindo a mesma ordem da amostra total. De referir que o numero de homens se distribui apenas entre casados e solteiros.

Habilitações Literárias

Considerando os dados relativos as habilitações literárias, podemos constatar que a maioria (80,5%) dos técnicos possui o grau de licenciado, seguindo-se os bacharéis (7,8%), os mestres com 6,5% e por fim os pós-graduados/especialistas com 5,2%.

Em termos de habilitações académicas existem algumas diferenças por género uma vez que no caso do sexo feminino, se verifica a mesma ordenação da amostra total, mas no caso do sexo masculino a opção que ocupa o segundo lugar são as pós-graduações/especialidade. Realce-se o facto dos participantes com mestrado serem maioritariamente mulheres.

Profissão

Relativamente a esta variável, verificamos que o grupo profissional mais representativo, é a enfermagem com 31,2% seguindo-se os técnicos de serviço social com 27,3% e em terceiro lugar os psicólogos com 10,4%. Com menores valores percentuais, temos ainda animadores socioculturais, médicos, nutricionistas, professores e fisioterapeutas.

Analisando a distribuição profissional por género, constatamos que os homens são em primeiro lugar enfermeiros, segundo médicos e terceiro técnicos de serviço social. Já as mulheres, estão distribuídas com o mesmo valor percentual (23,4%), entre a enfermagem e o serviço social, e em segundo também aqui com iguais valores (7,8%) entre o animador cultural e o psicólogo.

Tempo de serviço

Para analisar o tempo de serviço dos diferentes técnicos criámos três escalões: os dados mostram que estamos perante uma população jovem já que a maioria (40,2%) tem entre 1 e 5 anos de serviço, seguindo-se 33,8% com mais de 5 anos e ainda 26,0% cuja experiência profissional, é inferior a 1 ano.

Avaliando esta variável por sexo verificamos que o maior valor percentual para os homens se situa no escalão com mais de 5 anos de serviço, segundo grupo tem de 1-5 anos e apenas 5,2% menos de um ano. No caso dos elementos do sexo feminino, a grande maioria tem menos de 5 anos de serviço, e 20,8% 5 anos e mais.

TABELA 2 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA

VARIÁVEIS \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
GRUPOS ETÁRIOS						
20-35	6	7,8	33	42,9	39	50,6
36-50	9	11,7	19	24,7	28	36,4
51-66	6	7,8	4	5,2	10	13,0
ESTADO CIVIL						
Solteiro	3	3,9	19	24,7	22	28,6
Casado	18	23,4	31	40,3	49	63,6
União de facto	-	-	2	2,6	2	2,6
Divorciado	-	-	3	3,9	3	3,9
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS						
Bacharelato	1	1,3	5	6,5	6	7,8
Licenciatura	16	20,8	46	59,7	62	80,5
Pós-graduação/especialidade	3	3,9	1	1,3	4	5,2
Mestrado	1	1,3	4	5,2	5	6,5
PROFISSÃO						
Enfermeiro	6	7,8	18	23,4	24	31,2
Animador sociocultural	1	1,3	6	7,8	7	9,1
Psicólogo	2	2,6	6	7,8	8	10,4
Professor	2	2,6	1	1,3	3	3,9
Médico	4	5,2	2	2,6	6	7,8
Nutricionista	2	2,3	3	3,9	5	6,2
Fisioterapeuta	1	1,3	1	1,3	2	2,6
Técnicos de serviço social	3	3,9	18	23,4	21	27,3
TEMPO DE SERVIÇO						
Menos de 1 ano	4	5,2	16	20,8	20	26,0
De 1 -5 anos	7	9,1	24	31,1	31	40,2
Mais de 5 anos	10	13,0	16	20,8	26	33,8
TOTAL	85	65,4	45	34,6	130	100,0

7.2 – Resultados da aplicação da escala de avaliação das necessidades dos indivíduos com Alzheimer (CANE)

Opiniões dos Técnicos sobre o tipo de ajuda recebida

Os dados expressos na tabela 3 mostram que a avaliação feita pelos Técnicos sobre a ajuda que o doente com patologia de Alzheimer recebe, é adequada para a grande maioria das variáveis. Contudo destacam-se com maiores percentagens as variáveis: “benefícios sociais” com 98,7% seguindo-se a “incontinência” com 96,1% em terceira posição com igual valor (94,8%) a “saúde física” e a “medicação”.

Em oposição a coluna correspondente à resposta “não” que nos diz que a ajuda prestada não é adequada, corresponde em primeiro lugar ao “apoio psicológico recebido por técnicos, familiares e amigos”; segue-se com igual valor percentual (42,9%), as “informações sobre a doença”, a perda de “memória” e ainda com 39,0% as “actividades fornecidas pelo lar”.

TABELA 3 - PERCEPÇÃO DOS TÉCNICOS SOBRE A ADEQUAÇÃO DA "AJUDA RECEBIDA"

VARIÁVEIS \ GÉNERO	SIM		NÃO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Alojamento	66	85,7	11	14,3	77	100
Tarefas domésticas	61	79,2	16	20,8	77	100
Alimentação	65	84,4	12	15,6	77	100
Cuidados pessoais	66	85,7	11	14,3	77	100
Serviços do lar	47	61,0	30	39,0	77	100
Memória	44	57,1	33	42,9	77	100
Visão/audição	63	81,8	14	18,2	77	100
Mobilidade	67	87,0	10	13,0	77	100
Incontinência	74	96,1	3	3,9	77	100
Saúde física	73	94,8	4	5,2	77	100
Medicação	73	94,8	4	5,2	77	100
Sintomas psicóticos	55	71,4	22	28,6	77	100
Sofrimento psicológico	54	70,1	23	29,9	77	100
Informações sobre a doença	44	57,1	33	42,9	77	100
Risco de suicídio	56	72,7	21	27,3	77	100

Risco de lesão acidental	61	79,2	16	20,8	77	100
Risco de abuso	66	85,7	11	14,3	77	100
Comportamento	58	75,3	19	24,7	77	100
Alcoolismo	60	77,9	17	22,1	77	100
Contacto social	62	80,5	15	19,5	77	100
Solidão	60	77,9	17	22,1	77	100
Gestão do dinheiro	58	75,3	19	24,7	77	100
Benefícios sociais	76	98,7	1	1,3	77	100
Tratamento da doença	51	66,2	26	33,8	77	100
Apoio a técnicos/família	43	55,8	34	44,2	77	100

Necessidades relativas ao alojamento, tarefas domésticas e serviços do lar.

Alojamento

Considerando as necessidades relativas ao melhoramento do alojamento, constatamos que a maioria (35,1%) dos inquiridos refere haver necessidade de uma ajuda moderada, seguindo-se os que referem ajuda grande (26,0%) e em terceiro os que entendem não ser necessário ajuda nenhuma.

Tarefas domésticas

Os participantes, entendem que a nível de tarefas domésticas existe necessidade de uma maior ajuda, uma vez que 42,9% assina-la essa opção, seguindo-se aqueles que acham que a ajuda que os doentes necessitam é do tipo moderada.

Serviços do Lar

Quando questionados sobre o apoio que o doente de Alzheimer recebe dos serviços do lar para encontrar ou manter actividades regulares e adequadas, respondem maioritariamente “ajuda moderada” com 36,4% e “ajuda grande” com 31,2% (cf.tabela 4).

TABELA 4 - NECESSIDADES RELATIVAS AO ALOJAMENTO, TAREFAS DOMÉSTICAS E SERVIÇOS DO LAR

CLASSIFICAÇÃO VARIÁVEIS ACTIVIDADES	NENHUM		AJUDA PEQUENA		AJUDA MODERADA		AJUDA GRANDE		INFORMAÇÃO NÃO DISPONÍVEL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alojamento	19	24,7	10	13,0	27	35,1	20	26,0	1	1,3	77	100,0
Tarefas domésticas	8	10,4	11	14,3	17	22,1	33	42,9	8	10,4	77	100,0
Serviços do lar	2	2,6	20	26,0	28	36,4	24	31,2	3	3,9	77	100,0

Necessidades sobre actividades de vida diária

Alimentação

A percepção que os participantes têm sobre o apoio que o doente recebe dos serviços do lar relativamente a alimentação distribuem-se pelos itens “ajuda grande” (52,2%) e “ajuda moderada” com 31,2% o que significa grau de dependência elevado.

Cuidados pessoais

De forma análoga à questão anterior, também aqui verificamos que a ajuda que o doente necessita nos cuidados pessoais se centraliza essencialmente no item “grande” com 58,4% seguindo-se a ajuda moderada para 26,0%.

Mobilidade

No que concerne á mobilidade existem duas avaliações: uma relativa ao apoio dos familiares e amigos, e outra dos serviços do lar: assim, para os técnicos a maior ajuda prestada

provém dos serviços do lar enquanto os familiares e amigos se situam essencialmente na ajuda pequena e na ajuda moderada.

Incontinência

De modo similar à questão anterior também aqui verificamos que os técnicos entendem que familiares e amigos dão pequenas ajudas na satisfação desta necessidade, e em contrapartida por parte dos serviços do lar 57,7% refere uma ajuda grande.

TABELA 5 - NECESSIDADE SOBRE ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

CLASSIFICAÇÃO VARIÁVEIS ACTIVIDADES	NENHUM		AJUDA PEQUENA		AJUDA MODERADA		AJUDA GRANDE		INFORMAÇÃO NÃO DISPONÍVEL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alimentação	2	2,6	5	6,5	24	31,2	41	52,2	5	6,5	77	100,0
Cuidados pessoais	2	2,6	5	6,5	20	26,0	45	58,4	5	6,5	77	100,0
Mobilidade												
Famíliares/amigos	4	5,2	29	37,7	25	32,5	12	15,6	7	9,1	77	100,0
Serviço do lar	-	-	5	6,5	23	29,9	46	59,7	3	3,9	77	100,0
Incontinência												
Famíliares/amigos	10	13,0	19	24,7	23	29,9	14	18,2	11	14,3	77	100,0
Serviço do lar	2	2,6	1	1,3	24	31,2	44	57,1	6	7,8	77	100,0

Memória

Relativamente a memória, podemos constatar que mais uma vez os técnicos entendem que a ajuda dada pelos serviços do lar é superior aquela que é dada por familiares e amigos. Os dados expressos na tabela 6 mostra que 76,7% dos inquiridos, acham que ajuda prestada pelo serviço do lar, é uma ajuda moderada e grande, enquanto 68,9% acha que os familiares dão uma pequena e moderada ajuda.

Visão/audição

Considerando as necessidades de visão e audição dos doentes, a maioria dos inquiridos acham que esta ajuda é do tipo moderada e grande, relativamente aos serviços do lar, e por parte dos familiares apenas moderada e pequena.

Saúde física

As ajudas ao nível da saúde física mostram que os doentes se encontram em situações de grande dependência, uma vez que 55,8% acha que os doentes precisam de uma ajuda grande, 33,8% uma ajuda moderada e apenas 6,5% referem necessidades de ajuda pequena. Também nesta variável a ajuda prestada pelos familiares e amigos recai nas pequenas ajudas.

Medicação

Quanto a medicação a tendência em termos de ajuda mantém-se sendo que neste caso o nível de ajuda (ou seja a necessidade) é ainda maior uma vez que 66,2% refere necessidade de uma ajuda grande e 22,1% uma ajuda moderada. O diferencial entre as ajudas dos familiares e dos serviços do lar mantém-se distante, tendo estes últimos maior responsabilidade nestes cuidados.

Sintomas psicóticos

As ajudas prestadas relativamente aos sintomas psicóticos apresentam uma maior distribuição do que nos itens anteriores. Pensamos que existe uma maior dificuldade em saber que tipo de ajuda necessitam e por isso 40,3% refere ajuda grande, 33,85 ajuda moderada, 16,9% pequena ajuda e 3,9% refere mesmo nenhuma. As ajudas dos amigos e familiares mantêm-se em grau menos elevado.

Sufrimento psicológico

O apoio prestado ao doente ao nível do sofrimento psicológico insere-se maioritariamente no item ajuda grande com 46,8%, seguindo-se a ajuda moderada em 31,2%

e apenas 15,6% percebe este apoio como pequeno. A avaliação feita relativamente ao apoio dos familiares distribuiu-se essencialmente pelas ajudas mais pequenas.

TABELA 6 - DADOS SOBRE A AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE

CLASSIFICAÇÃO VARIABLES ACTIVIDADES	NENHUM		AJUDA PEQUENA		AJUDA MODERAD A		AJUDA GRANDE		INFORMAÇ ÃO NÃO DISPONIVE L		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Memoria												
Familiares/amigos	12	15,6	29	37,7	24	31,2	7	9,1	5	6,5	77	100,0
Serviço do lar	1	1,3	16	20,8	30	39,0	29	37,7	1	1,3	77	100,0
Visão/audição												
Familiares/amigos	8	10,4	20	26,0	29	37,7	12	15,6	8	10,4	77	100,0
Serviço do lar	1	1,3	10	13,0	33	42,9	29	37,7	4	5,2	77	100,0
Saúde física												
Familiares/amigos	4	5,2	27	35,1	27	35,1	12	15,6	7	9,1	77	100,0
Serviço do lar	-	-	5	6,5	26	33,8	43	55,8	3	3,9	77	100,0
Medicação												
Familiares/amigos	6	7,8	16	20,8	31	40,3	20	26,0	4	5,2	77	100,0
Serviço do lar	2	2,6	-	-	17	22,1	51	66,2	7	9,1	77	100,0
Sintomas psicóticos												
Familiares/amigos	13	16,9	27	35,1	18	23,4	11	14,3	8	10,4	77	100,0
Serviço do lar	3	3,9	13	16,9	26	33,8	31	40,3	4	5,2	77	100,0
Sufrimento psicológico												
Familiares/amigos	10	13,0	23	29,9	25	32,5	13	16,9	6	7,8	77	100,0
Serviço do lar	2	2,6	12	15,6	24	31,2	36	46,8	3	3,9	77	100,0

Risco de suicídio

Como sabemos a patologia de Alzheimer acarreta as pessoas idosas vários riscos: assim verificamos que os técnicos percebem necessidades de ajuda que mais uma vez por ordem decrescente se situam na ajuda grande, seguindo-se a ajuda moderada e só em terceiro lugar aparece a ajuda pequena. Em oposição ajuda da família distribui-se pela ajuda moderada, pela ajuda pequena e pelo item nenhuma.

Risco de lesão

Quanto ao risco de lesão mais uma vez as tendências verificadas nas variáveis anteriores se mantêm nesta, dado que 81,9% dos inquiridos considera necessária uma ajuda grande ou moderada, para que não haja riscos de lesão. O apoio dos familiares e amigos neste item continuam a ser menos valorizados.

Risco de abusos

As opiniões manifestadas para as variáveis anteriores mantêm-se para o risco de abusos como podemos verificar pelos dados expressos na tabela 7.

TABELA 7 - PERCEPÇÕES SOBRE OS RISCOS

CLASSIFICAÇÃO VARIÁVEIS ACTIVIDADES	NENHUM		AJUDA PEQUENA		AJUDA MODERAD A		AJUDA GRANDE		INFORMAÇ ÃO NÃO DISPONIVE L		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Risco de suicídio												
Familiares/amigos	15	19,5	20	26,0	25	32,5	9	11,7	8	10,4	77	100,0
Serviço do lar	1	1,3	14	18,2	24	31,2	33	42,9	5	6,5	77	100,0
Risco de lesão												
Familiares/amigos	12	15,6	29	37,7	23	29,9	9	11,7	4	5,2	77	100,0
Serviço do lar	2	2,6	8	10,4	27	35,1	36	46,8	4	5,2	77	100,0
Risco de abuso												
Familiares/amigos	6	7,8	22	28,6	29	37,7	9	11,7	11	14,3	77	100,0
Serviço do lar	-	-	7	9,1	23	29,9	42	54,5	5	6,5	77	100,0

Comportamento

O apoio que os doentes necessitam em termos comportamentais continua a ser elevado uma vez que 46,8% dos inquiridos o classifica como grande, 36,4% opta pela alternativa moderada e apenas 15,6% o reconhece como pequeno. O apoio dado por familiares continua a distribuir-se por classificações mais baixas.

Alcoolismo

Analisando a ajuda relativa ao alcoolismo verificamos que é percebida como uma ajuda inferior dado que o maior valor percentual (42,9%) assinala a opção moderado. A tendência da ajuda dos familiares mantém-se similar as anteriores.

Contacto social

As ajudas relativas aos contactos sociais, recaem fundamentalmente no item grande e moderado com 48,1% e 40,3% respectivamente. Os apoios dos familiares mantém-se menores.

Solidão

A solidão é vista pelos inquiridos como uma necessidade que exige grande apoio como podemos constatar (cf.tabela 8) uma vez que 54,5% percebem a necessidade de um apoio grande. Familiares e amigos continuam apenas a dar um apoio complementar.

Gestão do dinheiro

Contrariamente as variáveis anteriores, verificamos que na gestão do dinheiro é a família a principal responsável uma vez que no item ajuda grande 36,4% dizem respeito ao papel dos familiares contra 29,9 % atribuído aos serviços do lar.

Benefícios sociais

O apoio dado em função dos benefícios sociais é uma atribuição maioritariamente ligada aos serviços do lar, como era de esperar. Contudo o apoio dos familiares também recai na ajuda grande e moderada.

TABELA 8 - NECESSIDADES COMPORTAMENTAIS E DE APOIO SOCIAL

CLASSIFICAÇÃO VARIÁVEIS ACTIVIDADES	NENHUM		AJUDA PEQUENA		AJUDA MODERADA		AJUDA GRANDE		INFORMAÇÃO NÃO DISPONÍVEL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Comportamento												
Familiares/amigos	10	13,0	32	41,6	22	28,6	9	11,7	4	5,2	77	100,0
Serviço do lar	-	-	12	15,6	28	36,4	36	46,8	1	1,3	77	100,0
Alcoolismo												
Familiares/amigos	8	10,4	20	26,0	29	37,7	12	15,6	8	10,4	77	100,0
Serviço do lar	1	1,3	10	13,0	33	42,9	29	37,7	4	5,2	77	100,0
Contacto social												
Familiares/amigos	7	9,1	19	24,7	35	45,5	10	13,0	6	7,8	77	100,0
Serviço do lar	-	-	5	6,5	31	40,3	37	48,1	4	5,2	77	100,0
Solidão												
Familiares/amigos	9	11,7	28	36,4	30	39,0	8	10,4	2	2,6	77	100,0
Serviço do lar	-	-	9	11,7	22	28,6	42	54,5	4	5,2	77	100,0
Gestão do dinheiro												
Familiares/amigos	10	13,0	15	19,5	16	20,8	28	36,4	8	10,4	77	100,0
Serviço do lar	4	5,2	15	19,5	28	36,4	23	29,9	7	9,1	77	100,0
Benefícios sociais												
Familiares/amigos	5	6,5	13	16,9	24	31,2	26	33,8	9	11,7	77	100,0
Serviço do lar	1	1,3	3	3,9	25	32,5	46	59,7	2	2,6	77	100,0

Informações/ doenças

O apoio que os doentes recebem dos familiares, percebido pelos técnicos distribui-se com percentagens similares entre ajuda pequena e ajuda moderada com 37,7% e 32,5% respectivamente. Quanto ao apoio do lar 39,0% refere ajuda moderada e 31,2% uma ajuda grande.

Tratamento da doença

A informação dada por familiares e amigos aos técnicos sobre o tratamento da doença distribui-se pela ajuda moderada e pequena ajuda. As mesmas informações são interpretadas como mais elevadas fornecidas pelo lar.

Apoio psicológico aos técnicos

Como sabemos, lidar diariamente com doentes com patologia de Alzheimer causa aos técnicos grande sofrimento psicológico. Neste sentido o apoio dado por familiares e amigos é classificado como um apoio pequeno e moderado. Já o apoio fornecido pelos serviços do lar são vistos de uma forma mais positiva pois distribuem-se pelo item ajuda grande, seguindo-se com igual valor a ajuda moderada e a pequena ajuda.

TABELA 9 - APOIOS RECEBIDOS PELOS TÉCNICOS SOBRE A DOENÇA

CLASSIFICAÇÃO VARIÁVEIS ACTIVIDADES	NENHUM		AJUDA PEQUENA		AJUDA MODERADA		AJUDA GRANDE		INFORMAÇÃO NÃO DISPONÍVEL		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Informações/doença												
Famíliares/amigos	11	14,3	29	37,7	25	32,5	5	6,5	7	9,1	77	100,0
Serviço do lar	5	6,5	13	16,9	30	39,0	24	31,2	5	6,5	77	100,0
Tratamento da doença												
Famíliares/amigos	16	20,8	15	19,5	30	39,0	12	15,6	4	5,2	77	100,0
Serviço do lar	5	6,5	7	9,1	31	40,3	34	44,2	-	-	77	100,0
Apoio psicológicos técnicos												
Famíliares/amigos	12	15,6	24	31,2	22	28,6	11	14,3	8	10,4	77	100,0
Serviço do lar	5	6,5	22	28,6	22	28,6	25	32,5	3	3,9	77	100,0

7.3 – Caracterização da Formação dos Técnicos

Este grupo de questões pretende conhecer a percepção dos Técnicos sobre a sua formação para lidar com doentes de Alzheimer.

Formação dos Técnicos

Confrontados com a pergunta “Em sua opinião os Técnicos possuem formação adequada para lidar com Doentes de Alzheimer” a maioria responde afirmativamente, no entanto uma percentagem de 44,2% responde não. A análise por género mostra igual tendência nas respostas.

Classificação da Formação

Quisemos ainda saber como classificavam essa formação; as respostas demonstram que para 44,2% esta é **suficiente**, seguindo-se o grupo (35,1%) que a classifica como **boa** e apenas 18,2% acha que é **insuficiente**. De referir que apenas um homem e uma mulher entendem ter uma formação muito boa.

A hierarquia atribuída pela amostra total mantém-se em ambos os sexos.

Necessidade de mais Formação

Muito embora as formações terem sido avaliadas maioritariamente como positivas, quando questionados sobre a necessidade de actualizações 77,9% é de opinião que necessita fazê-las. Em oposição 22,1% acha que não necessita de mais formação.

A análise por sexo não revela diferenças significativas nas respostas dadas.

Aspectos mais pertinentes da formação

Era nosso objectivo aprofundar conhecimentos sobre os aspectos que os Técnicos (que afirmaram precisar de mais formação) consideram mais pertinentes e por isso formulamos uma questão aberta. Os dados mostram que 52,1% dos respondentes sente que necessita de ter mais conhecimentos sobre a doença, nomeadamente diagnóstico, sintomas sinais de alerta e tratamento. A segunda dificuldade referida tem a ver com o “modo de lidar com o doente e familiares em termos de relacionamento” 25,0%, com igual valor percentual (10,4%) surge item (informações sobre ajudas técnicas) e conhecimentos para proporcionar bem-estar ao doente. Os conhecimentos farmacológicos foram apenas referidos por 2,1% dos participantes.

TABELA 10 - PERCEPÇÕES DOS TÉCNICOS SOBRE A SUA FORMAÇÃO

VARIÁVEIS \ GÉNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
FORMAÇÃO DOS TÉCNICOS						
Sim	12	15,6	31	40,3	43	55,8
Não	9	11,7	25	32,5	34	44,2
CLASSIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO						
Insuficiente	4	5,2	10	13,0	14	18,2
Suficiente	9	11,7	25	32,5	34	44,2
Bom	7	9,1	20	26,0	27	35,1
Muito bom	1	1,3	1	1,3	2	2,6
MAIS FORMAÇÃO						
Sim	16	20,8	44	57,1	60	77,9
Não	5	6,5	12	15,6	17	22,1
ASPECTOS MAIS PERTINENTES						
Conhecimento da doença	6	12,5	19	39,6	25	52,1
Conhecimento farmacológico	-	-	1	2,1	1	2,1
Ajuda técnica	2	4,2	3	6,3	5	10,4
Como lidar com o doente	2	4,2	10	20,8	12	25,0
Proporcionar bem-estar	1	2,1	4	8,3	5	10,4

Análise Inferencial

Terminada a análise descritiva dos dados passaremos a apresentar a análise inferencial. Para HAREL (2003), um dos principais objectivos da inferência estatística é a verificação de hipóteses e a generalização das suas relações.

A escala utilizada para avaliar necessidades é composta por 45 itens, para os quais são oferecidas quatro alternativas de resposta. Cada uma é cotada de 1 a 4, respectivamente. E o resultado final é o somatório das cotações de cada resposta e varia entre o mínimo de 45 e o máximo de 180. Os autores referem que quanto maior for a pontuação total, maior será a necessidade detectada.

De acordo com a pontuação obtida, e considerando a inexistência de grupos de corte, foi aplicada a fórmula apresentada por Pestana & Gageiro (2005) para a constituição dos grupos: (**Média \pm 0.25 dp**)

Do resultado obtido adoptou-se a seguinte classificação:

- **Sem ou pequena Necessidade:** ($\leq M - 0.25dp$) valores ≤ 134
- **Necessidades Moderadas:** ($\geq M - 0.25dp \geq M \leq M + 0.25dp$) $> 134-146$
- **Necessidades Elevadas:** ($\geq M + 0.25dp$) ≥ 146

Previamente à aplicação dos testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, foi verificada a igualdade da forma das distribuições das variáveis, pois corroboramos com PESTANA e GAGEIRO (2005) ao afirmarem que se trata de um requisito fundamental prévio à aplicação destes dois testes não paramétricos.

Nas distribuições caracterizadas por grande heterogeneidade de forma e com um número baixo de casos em algumas categorias, optou-se pela recodificação de algumas variáveis independentes, o que aumentou, substancialmente, a homogeneidade das distribuições e a viabilização dos testes não paramétricos referidos. As variáveis recodificadas foram: estado civil, formação académica, profissão, e tempo de serviço.

H1 – Existe associação entre género e a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes.

A tabela 11, mostra a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes com Alzheimer, resultantes do somatório total da escala.

Verificamos que para o total dos participantes, os valores oscilam entre mínimo de 88 e o máximo de 180 com uma média de 140,18 um desvio padrão de 23,93 e um coeficiente de variação de 17,7.

Procedendo a uma análise por género verificamos que os indivíduos do sexo feminino apresentam uma média superior ($\bar{x}=140,69$) aos do sexo masculino ($\bar{x} = 138,80$).

Já quanto à dispersão ambos os grupos apresentam uma dispersão moderada em torno da média.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou Kurtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição das percepções em ambos os sexos, é simétrica e platicúrtica.

TABELA 11 - ESTATÍSTICAS DA PERCEPÇÃO DAS NECESSIDADES EM FUNÇÃO DO SEXO

<i>Género</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	<i>Dp</i>	<i>CV (%)</i>	<i>Sk</i>	<i>K</i>
Masculino	91	180	138,80	25,28	18,21	0,03	-0,38
Feminino	88	180	140,69	23,62	16,78	-0,27	-0,61
Total	88	180	140,18	23,93	17,07	-0,18	-0,60

Para se perceber a influência do género na percepção sobre as necessidades dos doentes de Alzheimer, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 12,

verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,693$) entre as duas variáveis em estudo.

Não obstante, verificamos pela ordenação das médias que são os elementos do sexo feminino aqueles que têm melhor media o que significa que são também os que percebem necessidades mais elevadas nos utentes. De facto, o quadro 1 mostra que no item de necessidades mais elevadas correspondem em 75% as mulheres Contudo pelo teste $\chi^2=0,206$, $p=0,902$ não existem diferenças significativas.

Somos assim levados a rejeitar a hipótese formulada afirmando que o sexo não influencia as percepções.

TABELA 12 - TESTE U DE MAN-WHITNEY ENTRE O GÉNERO E A PERCEÇÃO DAS NECESSIDADES

Género	O.M.	U	P
Masculino	37,36	553,500	0,693
Feminino	39,62	-	-

QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS NECESSIDADES EM FUNÇÃO DO SEXO

Sexo \ Necessidades	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
Sem/Pequena necessidade	9	42,9	21	37,5	30	80,4	0,4	-0,4
Necessidades moderadas	3	14,3	8	14,3	11	28,6	0,0	0,0
Necessidades elevadas	9	25,0	27	75,0	36	100	-0,4	0,4

$$\chi^2=0,206, p=0,902$$

H2 – Existe associação entre idade e a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes.

O quadro 2 mostra a hierarquia das necessidades pelos grupos etários dos participantes: assim verificamos que são os técnicos pertencentes ao grupo dos 20 aos 35 anos os que percebem necessidades mais elevadas; contudo também são estes que identificam utentes sem/pequenas necessidades. Já as necessidades moderadas são essencialmente percebidas pelos técnicos do grupo etário entre os 36-50 anos, não obstante os valores do qui quadrado ($\chi^2=3,057$; $p=0,548$) não mostrarem diferenças significativas entre grupos.

QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS NECESSIDADES EM FUNÇÃO DOS GRUPOS ETÁRIOS

Grupo etário \ Necessidades	20-35		36-50		51-66		Total		Residuais		
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3
Sem/Pequenecessidade	17	56,7	10	33,3	3	10,0	30	100	0,8	-1,7	0,4
Necessidades moderadas	3	27,3	6	54,5	2	18,2	11	100	-1,7	1,4	0,6
Necessidades elevadas	19	52,8	12	33,3	5	13,9	36	100	0,4	-0,5	0,2

$$\chi^2=3,057; p=0,548$$

Para testar esta hipótese foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis que nos indica que são os participantes com idades entre os 51 e os 66 anos os que apresentam médias mais elevadas ($M= 41,50$) na percepção das necessidades, porém as diferenças estatísticas não são significativas entre os grupos ($X^2=1,031$; $p=0,597$). (Quadro 3)

Face aos resultados somos igualmente levados a rejeitar a hipótese formulada afirmando que a idade dos técnicos não influencia as suas percepções.

QUADRO 3 - TESTE KRUSKAL-WALLIS ENTRE GRUPOS ETÁRIOS E A PERCEÇÃO DAS NECESSIDADES

Grupos etários	O.M	χ^2	P
20-35	40,81	1,031	0,597
36-50	35,59		
51-66	41,50		

H3 – Existe associação entre estado civil e a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes.

A distribuição expressa no quadro 4 mostra que é o grupo dos acompanhados que apresentam percentagens mais elevadas nas percepções das diferentes necessidades. Apesar desta constatação também aqui o teste Qui Quadrado não demonstrou significância estatística significativa ($\chi^2=2,588$, $p=0,274$)

QUADRO 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS NECESSIDADES EM FUNÇÃO DO ESTADO CIVIL

Estado civil \ Necessidades	Não Acompanhado		Acompanhado		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
Sem/Pequena necessidade	13	43,3	17	56,7	30	39,0	1,4	-1,4
Necessidades moderadas	2	18,2	9	81,8	11	14,3	-1,2	1,2
Necessidades elevadas	11	30,6	25	69,4	36	46,8	-0,6	0,6

$$\chi^2=2,588, p=0,274$$

Para testar esta hipótese foi aplicado o teste de Teste U de Mann-Whitney que nos indica que são os participantes acompanhados (casados e em união de facto) os que

apresentam médias mais elevadas ($M= 41,50$) na percepção das necessidades, porém as diferenças estatísticas não são significativas entre os grupos ($p= 0,441$)

Face aos resultados somos igualmente levados a rejeitar a hipótese formulada, dizendo que a percepção dos Técnicos é independente do seu estado civil.

TABELA 13 - TESTE U DE MAN-WHITNEY ENTRE O ESTADO CIVIL E A PERCEPÇÃO DAS NECESSIDADES

Estado civil	O.M.	U	P
Não acompanhado	36,25	591,500	0,441
Acompanhado	40,40	-	-

H4 – Existe associação entre formação académica e a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes.

A distribuição expressa no quadro 5 mostra que os licenciados percebem essencialmente necessidades pequenas e moderadas enquanto aqueles que possuem especialização ou mestrado identificam necessidades elevadas e moderadas. Contudo o Qui Quadrado não demonstrou significância estatística significativa ($\chi^2=2,588$, $p=0,274$) entre grupos.

A análise da associação entre formação académica e a percepção dos Técnicos sobre as necessidades dos doentes de Alzheimer, foi efectuada através do Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 14, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,565$) entre as duas variáveis em estudo, apesar do grupo dos Técnicos com especialização/mestrado apresentarem ordenações médias mais elevadas que os licenciados

Mais uma vez somos levados a rejeitar a hipótese formulada, dizendo que a percepção dos Técnicos é independente da sua formação académica.

QUADRO 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS NECESSIDADES EM FUNÇÃO DA FORMAÇÃO ACADÉMICA

Formação académica Necessidades	Bacharelato/licenciatura		Especialização/mestrado		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
Sem/Pequena necessidade	27	90,0	3	10	30	39,0	0,6	-0,6
Necessidades moderadas	10	90,9	1	9,1	11	14,3	0,4	-0,4
Necessidades elevadas	30	83,3	6	16,7	36	46,7	-0,9	0,9

$$\chi^2=0,816, p=0,665$$

TABELA 14 - TESTE DE U DE MAN-WHITNEY ENTRE A FORMAÇÃO ACADÉMICA E A PERCEPÇÃO DAS NECESSIDADES

Formação académica	O.M.	U	P
Bacharelato/Licenciatura	38,43	297,000	0,565
Especialização/mestrado	42,80	-	-

H5 – Existe associação entre profissão e a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes.

O quadro 6 mostra a hierarquia das necessidades pelos grupos profissionais dos participantes: assim verificamos que em termos globais as percepções recaem maioritariamente nas necessidades mais elevadas constatamos ainda que as percepções são mais elevadas nos técnicos de apoio social no 2º (necessidades moderadas) e 3º patamar (necessidades elevadas) já que no primeiro se equivalem. Não obstante estes dados, os valores do qui quadrado ($\chi^2=0,085, p=0,958$) não mostrarem diferenças significativas entre grupos.

QUADRO 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS NECESSIDADES EM FUNÇÃO DA PROFISSÃO

Necessidades \ Profissão	Saúde		Apoio social		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
Sem/Pequena necessidade	15	50,0	15	50,0	30	39,0	0,3	-0,3
Necessidades moderadas	5	45,5	6	54,5	11	14,3	-0,2	0,2
Necessidades elevadas	17	47,2	19	52,8	36	46,8	-0,1	0,1

$$\chi^2=0,085, p=0,958$$

Para entendermos a influência da categoria profissional na percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes de Alzheimer, utilizou-se mais uma vez o Teste U de Mann-Whitney. A tabela 12 revela pelo valor de ($p=0,984$) que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis remetendo-nos para a rejeição da hipótese formulada. No entanto constatamos que a média mais elevada ($M= 39,05$) corresponde aos Técnicos de apoio social levando-nos a pensar que são estes que tem percepções de necessidades mais elevadas

Inferimos que a categoria profissional não interfere na forma como os Técnicos avaliam as necessidades.

TABELA 15 - TESTE U DE MANN-WHITNEY ENTRE A PROFISSÃO E A PERCEPÇÃO DAS NECESSIDADES

Profissão	O.M.	U	P
Saúde	38,95	738,000	0,984
Apoio social	39,05	-	-

H6 – Existe associação entre tempo de serviço e a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes.

Alguns autores referem que a experiência profissional altera a identificação das necessidades dos utentes: o quadro 7 mostra que as necessidades pequenas ou mesmo ausência de necessidades é maioritariamente identificadas pelos técnicos que tem entre 1-5 anos de serviço; já as moderadas estão associadas aos que tem mais de 5 anos enquanto aqueles que possuem especialização ou mestrado identificam necessidades elevadas e moderadas. Contudo o teste Qui Quadrado não demonstrou significância estatística significativa ($\chi^2=2,588$, $p=0,274$) entre grupos.

QUADRO 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS NECESSIDADES EM FUNÇÃO DO TEMPO DE SERVIÇO

Sexo Inteligência Emocional	<1 ano		1-5 anos		>5anos		Total		Residuais		
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3
Sem/Peq.necessidade	7	23,3	14	46,7	9	30,0	30	39,0	-0,4	0,9	-0,6
Necessidades moderadas	3	27,3	3	27,3	5	45,4	11	14,3	0,1	-0,9	0,9
Necessidades elevadas	10	27,8	14	38,9	12	33,3	36	46,8	0,3	-0,2	-0,1

$$\chi^2=1,489; p=0,829$$

Para testar esta hipótese foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis que nos indica que são os participantes com tempo de serviço inferior a 1 ano os que apresentam médias mais elevadas ($M= 44,05$) na percepção das necessidades, seguindo-se os que têm entre 1 – 5 anos com 37,76 e por ultimo os que tem experiências superiores a 5 anos, porém as diferenças estatísticas não são significativas entre os grupos (0,493) rejeitando-se a hipótese.

TABELA 16 - TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE TEMPO DE SERVIÇO E A PERCEPÇÃO DAS NECESSIDADES

Profissão	O.M.	χ^2	P
<1 ano	44,05	1,416	0,493
1-5 anos	37,76		
> 5anos	36,60		

H7 – Existe associação entre a forma como os técnicos classificam a sua formação e a percepção que tem sobre as necessidades dos doentes.

Pelo quadro seguinte observamos que os participantes que consideram apenas a sua formação suficiente percebem Sem/Pequenas necessidades, em contrapartida os que acham que têm uma formação boa recaem maioritariamente nas necessidades moderadas seguindo-se as elevadas, contudo os valores do qui quadrado ($\chi^2=1,281$, $p=0,527$) revelam a não existência de diferenças significativas entre grupos.

QUADRO 8- DISTRIBUIÇÃO DAS NECESSIDADES EM FUNÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Classificação formação Necessidades	Suficiente		Bom		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
Sem/Pequena necessidade	21	70,0	9	30,0	30	39,0	1,1	-1,1
Necessidades moderadas	6	54,5	5	45,5	11	14,3	-0,6	0,6
Necessidades elevadas	21	58,3	15	41,7	36	46,7	-0,7	0,7

$$\chi^2=1,281, p=0,527$$

Para testarmos esta hipótese, utilizou-se mais uma vez o Teste U de Mann-Whitney. A tabela 17 revela pelo valor de ($p=0,295$) que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis remetendo-nos para a rejeição da hipótese formulada. No entanto constatamos que a média mais elevada ($M= 42,43$) corresponde aos Técnicos que consideram a sua formação boa, levando-nos a pensar que são estes que tem percepções de necessidades mais elevadas

Deste modo somos levados a Inferir que a avaliação das necessidades. Dos utentes não dependem do modo como os Técnicos avaliam as necessidades.

TABELA 17 - TESTE U DE MANN-WHITNEY ENTRE A CLASSIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO E A PERCEPÇÃO DAS NECESSIDADES

Necessidade de formação	O.M.	U	P
Suficiente	36,93	596,500	0,295
Bom	42,43	-	-

H8 – Existe associação entre o sentimento da necessidade de formação dos técnicos e a percepção das necessidades dos doentes.

O quadro 9 mostra que os Técnicos que acham que tem necessidade de fazer mais formação são aqueles que percebem mais necessidades em todos os níveis contrariamente aos que afirmam que não precisam de a fazer. Os dados do teste Qui Quadrado não revelam significância estatística significativa ($\chi^2=0,345$, $p=0,841$) entre grupos.

QUADRO 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS NECESSIDADES EM FUNÇÃO DA OPINIÃO SOBRE A FORMAÇÃO

Necessidade formação Necessidades	Sim		Não		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
Sem/Pequenas Necessidades	23	76,7	7	23,3	30	39,0	-0,2	0,2
Necessidades moderadas	8	72,7	3	27,3	11	14,3	-0,4	0,4
Necessidades elevadas	29	80,6	7	19,4	36	46,7	0,5	-0,5

$$\chi^2=0,345, p=0,841$$

Para testarmos esta hipótese, utilizou-se mais uma vez o Teste U de Mann-Whitney. A tabela 18 revela pelo valor de ($p=0,681$) que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis remetendo-nos para a rejeição da hipótese formulada. No entanto constatamos que a média mais elevada ($M= 39,56$) corresponde aos Técnicos que entendem precisar de fazer mais formação na área do Alzheimer, levando-nos a pensar que são estes que tem percepções de necessidades mais elevadas.

Deste modo somos levados a Inferir que a avaliação das necessidades é independente da opinião dos Técnicos sobre a formação.

TABELA 18 - TESTE U DE MANN-WHITNEY ENTRE A FORMAÇÃO ACADÉMICA E A PERCEÇÃO DAS NECESSIDADES

Necessidade de formação	O.M.	U	P
Sim	39,56	476,500	0,681
Não	37,03	-	-

8 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No seguimento da apresentação dos dados e análise dos resultados, através do tratamento estatístico é chegado o momento de os discutir e interpretar.

Quivy e Campenhoudt (1992) apontam como principais objectivos desta etapa a interpretação dos dados e a revisão das hipóteses, para que, nas conclusões, o investigador esteja em condições de propor pistas de reflexão ou de investigação para o futuro.

A amostra deste estudo foi constituída por 77 técnicos das IPSS's das 34 freguesias do concelho de Viseu, sendo que 56 pertencem ao sexo feminino e 21 ao sexo masculino.

Na revisão da constituição de 1997, foi introduzido o princípio da igualdade e o princípio da não discriminação entre homens e mulheres, permitindo a ambos os sexos a conciliação entre a vida profissional e familiar, implicando uma maior partilha de cuidados domésticos. Apesar desta revisão verificamos que ao longo de décadas e como refere (Carvalho, Maria) a sociedade imputa a responsabilidade dos cuidados, quer no sector privado quer no público, às mulheres, em áreas como a guarda das crianças, deficientes e pessoas idosas verificando-se que em relação aos cuidados e aos cuidadores das pessoas idosas parece existir uma relação entre esses cuidados e o papel feminino como cuidador. A prevalência é da amostra é maioritariamente do sexo feminino o que vem reforçar que esta taxa de actividade feminina em Portugal é superior à média da actividade das mulheres europeias.

Relativamente aos dados sociodemográficos dos técnicos verificámos pelos resultados do nosso estudo que o técnico mais jovem possui 22 anos e o mais velho 66 anos, sendo que a idade média dos técnicos inquiridos é de 36,53 anos. Verificamos ainda que a maioria dos participantes é casada (80,5%) o que confirma o que é atestado pelos dados dos censos de 2011.

Na verdade de acordo com os Censos de 2011 do INE a população total portuguesa corresponde 10 561 614 habitantes, sendo que 5 047 387 é do sexo masculino, e 5 514 227 do feminino. Analisando as variáveis género, neste caso, feminino com o estado civil (solteiras, casadas, viúvas e divorciadas), verificamos que o de maior prevalência é o de casadas correspondendo ao número de 2 465 205.

Considerando os dados relativos as habilitações literárias, podemos constatar que a maioria (80,5%) é licenciada e a minoria os pós-graduados/especialistas com 5,2%.

Relativamente ao grupo profissional mais representativo este é o de enfermagem com 31,2% seguindo-se os técnicos de serviço social com 27,3%.

Para analisar o tempo de serviço dos diferentes técnicos criámos três escalões: os dados mostram que estamos perante uma população jovem já que a maioria (40,2%) tem entre 1 e 5 anos de serviço.

Estes dados corroboram o pressuposto de que as instituições onde se inquiriram os técnicos têm aproximadamente uma década, parece-nos lógico que os seus técnicos também sejam jovens, daí a referida média de idades. A acrescentar, possuímos, ainda, a imposição do cumprimento da legislação nas IPSS's que impõe a presença de técnicos qualificados no quadro de pessoal há relativamente pouco tempo, levando ao surgimento de recentes contratações de técnicos (serviço social, enfermagem, etc...), justificando não só a média jovem de idades, mas também, a existência de uma percentagem maioritária de licenciados e, ainda, o reduzido tempo de serviços (1-5 anos de serviço).

Relativamente á avaliação feita pelos Técnicos sobre a ajuda que o doente com patologia de Alzheimer recebe, observámos que a grande maioria considera ser esta adequada, o que nos tranquilizou uma vês que sabemos que a “satisfação das necessidades fundamentais contribui para abrandar a evolução de uma degeneração física e psicológica dos doentes de Alzheimer”.

Destacaram-se com maiores percentagens (logo necessidades mais satisfeitas) as variáveis: “benefícios sociais” com 98,7% seguindo-se os cuidados ao nível da “incontinência” com 96,1%.

Tendo em conta que as IPSS's são parcialmente subsidiadas pelo Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, mantendo-se em estreita relação com os técnicos responsáveis pelas mesmas a nível local proporcionando às instituições e conseqüentemente aos doentes informações privilegiadas sobre os benefícios sociais a que têm direito, daí ser expectável uma resposta adequada a essas mesmas necessidades.

Em oposição é de ressaltar que as respostas que consideram não adequadas se encontram ligadas ao “apoio psicológico recebido por técnicos, familiares e amigos”;

seguindo-se com igual valor percentual (42,9%), as “informações sobre a doença”, a perda de “memória” e ainda com 39,0% as “actividades fornecidas pelo lar”, o que nos deixa preocupados, tendo em conta, que uma das formas para o retardamento desta doença se relaciona com a realização de actividades de estimulação cognitiva e, ainda, o facto de considerarmos ser fulcral a informação sobre a doença que todos deveriam possuir.

Sobre a alimentação 52,2% afirma que os doentes de Alzheimer recebem uma “ajuda grande”, repetindo-se o mesmo no que respeita aos cuidados pessoais com 58,4%.

Estes resultados são coincidentes com outros estudos em que se verificaram como necessidades mais identificadas as actividades diárias, saúde física, assistência a défices sensoriais, gestão de finanças e cuidados pessoais (Hancocket al., 2006; Gonçalves-Pereira et al., 2007; Bédard, Gibbons& Dubois,2007; CEDRU, 2008; Prattet al., 2008; Choi &McDougall, 2009).

Ao longo de décadas as IPSS’s tinham na sua essência a prestação de serviços de alimentação, de cuidados pessoais, de apoio á incontinência, sofrendo melhoramentos ao longo do tempo proporcionando melhor qualidade de vida aos seus idosos.

Em contraponto a prestação de actividades lúdicas bem como serviços de apoio psicológico aos seus técnicos, são preocupações ainda muito recentes, sendo natural, que estas respostas ainda não sejam maioritariamente adequadas. Segundo a Alzheimer Portugal é imprescindível o tratamento farmacológico aos doentes de Alzheimer mas paralelamente defende que a estimulação cognitiva é tanto ou mais importante para que a sua memória se prolongue o maior tempo possível, daí haver uma relação causa efeito entre as actividades fornecidas pelo lar e a perda de memória.

Relativamente á mobilidade, existem duas avaliações: uma relativa ao apoio dos familiares e amigos, e outra dos serviços do lar: assim, para os técnicos a maior ajuda prestada provém dos serviços do lar enquanto os familiares e amigos se situam essencialmente na ajuda pequena e na ajuda moderada, o mesmo se repete na questão da incontinência e da memória e as necessidades de visão/audição.

Tendo em conta que este estudo se centra nos doentes de Alzheimer institucionalizados é de esperar que as necessidades como a mobilidade, a incontinência, a memória, de visão/audição sejam colmatadas pelos serviços do lar já que a família não está permanentemente junto do doente.

As ajudas ao nível da saúde física mostram que os doentes se encontram em situações de grande dependência, uma vez que 55,8% acha que os doentes precisam de uma ajuda grande, 33,8% uma ajuda moderada e apenas 6,5% referem necessidades de ajuda pequena. Também nesta variável a ajuda prestada pelos familiares e amigos recai nas pequenas ajudas.

A função mobilidade é uma necessidade relevante bem como situações de grande dependência o que é muito frequente nestes utentes, já que o último estágio da doença de Alzheimer é o de uma deterioração quase total., Phaneuf, Margot (2010), afirmam que neste estágio, o doente está geralmente acamado, mas se pode, ainda andar, é com dificuldade, falta de equilíbrio e com pequenos passos. Os riscos de quedas e de fracturas são então muito grande e o estado de acamado, em cadeira de rodas, ou no leito, é o único possível.

Quanto a medicação a tendência em termos de ajuda mantém-se sendo que neste caso o nível de ajuda (ou seja a necessidade) é ainda maior uma vez que 66,2% refere necessidade de uma ajuda grande.

Apesar de todas as investigações empreendidas a doença de Alzheimer continua a ser um enigma. Ela não pode ser curada, mas surgiram nestes últimos anos vários tratamentos sintomáticos, alguns têm como papel abrandar a progressão da doença, enquanto que outros aliviam as suas manifestações. (Phaneuf, Margot, 2010).

As ajudas prestadas relativamente aos sintomas psicóticos apresentam uma maior distribuição do que nos itens anteriores. Pensamos que existe uma maior dificuldade em saber que tipo de ajuda necessitam e por isso 40,3% refere ajuda grande, 33,85 ajuda moderada, e 16,9% ajuda pequena. Ao nível do sofrimento psicológico também a maioria refere uma ajuda grande com 46,8%, bem como o risco de suicídio, o risco de lesão e o risco de abusos que também se centra numa ajuda grande. Esta dificuldade de precisão do tipo de ajuda necessária deve-se, também ao facto de os idosos terem uma maior propensão à descrição de sintomas físicos que de sintomas somáticos.

O apoio que os doentes necessitam em termos comportamentais continua a ser elevado uma vez que 46,8% dos inquiridos o classifica como grande enquanto relativamente ao alcoolismo referem uma ajuda moderada bem como o contacto social enquanto na solidão já consideram ser necessário um grande apoio (54,5%).

Alguns comportamentos não são necessariamente violentos mas são causadores de fortes reacções emotivas nos seus próximos. As lesões cerebrais podem ter enfraquecido as inibições e a noção de comportamentos sociais.

Contrariamente as variáveis anteriores, verificamos que na gestão do dinheiro é a família a principal responsável uma vez que no item ajuda grande 36,4% enquanto os benefícios sociais estão maioritariamente ligada aos serviços do lar.

A pessoa que sofre de doença de Alzheimer torna-se rapidamente inapta para gerir os seus negócios, dinheiros e para tomar decisões importantes. Neste sentido a família deve, então substituí-la e protegê-la legalmente tanto a ela como aos seus bens.

Não nos surpreendeu que o apoio que os doentes recebem dos familiares, percebido pelos técnicos se distribuam com percentagens similares entre ajuda pequena e ajuda moderada e o mesmo repete-se sobre a informação dada por familiares e amigos aos técnicos sobre o tratamento da doença.

Apesar do esforço da Alzheimer Portugal para disponibilizar informação e formação sobre esta demência continua a haver um défice de informação, sobretudo aos cuidadores informais.

O apoio psicológico dado aos técnicos por familiares e amigos é classificado como um apoio pequeno e moderado. Já o apoio fornecido pelos serviços do lar são vistos de uma forma mais positiva pois distribuem-se pelo item ajuda grande, seguindo-se com igual valor a ajuda moderada e a pequena ajuda.

Relativamente aos resultados importa referir que confrontados com a pergunta “Em sua opinião os Técnicos possuem formação adequada para lidar com Doentes de Alzheimer” a maioria responde afirmativamente, no entanto uma percentagem de 44,2% responde não, sendo que ocorre este mesmo seguimento na questão de classificação da formação as respostas demonstram que para 44,2% esta é suficiente, seguindo-se o grupo (35,1%) que a classifica como boa é apenas 18,2% acha que é insuficiente. Importa salientar que apesar das formações terem sido avaliadas maioritariamente como positivas, quando questionados sobre a necessidade de actualizações 77,9% é de opinião que necessita fazê-las.

Estas percepções corroboram a necessidade de que os profissionais envolvidos nestes processos de cuidar estejam preparados para este tipo de atendimento, e tal objectivo pode ser

alcançado pela capacitação das equipas de saúde e de apoio social, realizada através de estratégias educativas.

O Ministério da Saúde tem proposto a capacitação dos profissionais como política de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de participação e de controle social no sector dos cuidados. Essa educação baseia-se na aprendizagem significativa, que pode ser entendida como aprendizagem associada ao trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano dos profissionais e das organizações. Concordamos em absoluto com Freire (2009), quando afirma que as acções educativas realizadas na perspectiva dialogal, reflexiva e crítica poderá ser efectiva como instrumento para a formação de uma consciência crítica e, assim, possibilitará compreender a realidade do usuário visando prestar um atendimento com qualidade.

Os dados mostram ainda, que 52,1% dos respondentes sente que necessita de ter mais conhecimentos sobre a doença, nomeadamente diagnóstico, sintomas sinais de alerta e tratamento. A segunda dificuldade referida tem a ver com o “modo de lidar com o doente e familiares em termos de relacionamento” 25,0%, com igual valor percentual (10,4%) surge item (informações sobre ajudas técnicas) e conhecimentos para proporcionar bem-estar ao doente. Os conhecimentos farmacológicos foram apenas referidos por 2,1% dos participantes.

Não tendo a família informação pormenorizada sobre a doença, também não tem a percepção da necessidade do apoio psicológico por parte dos seus familiares (técnicos).

Relativamente as hipóteses verificámos que a primeira, ou seja “existe associação entre género e a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes “verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,693$) concluindo que sexo não influencia as percepções entre as duas variáveis em estudo. Contudo pelo valor das médias constatamos que os elementos do sexo feminino percebem necessidades mais elevadas nos utentes, que os homens.

Quanto á segunda hipótese entre a idade e a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes vemos que são os participantes com idades entre os 51 e os 66 anos os que apresentam médias mais elevadas ($M= 41,50$) na percepção das necessidades, porém as diferenças estatísticas não são significativas. Deste modo, e tal como na hipótese anterior chegamos á conclusão que a idade dos técnicos, também, não influencia as suas percepções

A nossa terceira hipótese procura compreender se existe associação entre o estado civil dos técnicos e a percepção destes sobre as necessidades dos doentes, e mais uma vez, existe

um grupo que se destaca, que neste caso é o dos participantes acompanhados (casados e em união de facto) que apresentam médias mais elevadas na percepção das necessidades. No entanto, mais uma vez, estas diferenças não são significativas o que nos leva a concluir que o estado civil não influencia a percepção dos técnicos.

Outra das hipóteses que colocamos foi no sentido de perceber se a formação académica influenciava a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes. Verificamos que os licenciados percebem essencialmente necessidades pequenas e moderadas enquanto aqueles que possuem especialização ou mestrado identificam necessidades elevadas e moderadas o que denota uma maior sensibilidade para as necessidades porém mais uma vez sem diferenças significativas somos levados a rejeitar, também esta hipótese.

A nossa sexta hipótese procura perceber se existe relação entre a profissão e a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes, e aqui, verificamos que os Técnicos de apoio social possuem uma percepção de necessidades mais elevadas, mas sem diferenças estatisticamente significativas chegamos à conclusão que a formação académica também não influencia a percepção.

Existe associação entre tempo de serviço e a percepção dos técnicos sobre as necessidades dos doentes, foi outra hipótese colocada por nós, até porque existem autores que o defendem. Depois da aplicação do teste de Kruskal-Wallis percebemos que são os participantes com tempo de serviço inferior a 1 ano os que apresentam médias mais elevadas na percepção das necessidades mas, perante esta variável não existem diferenças estatísticas significativas rejeitando-se esta hipótese.

A sétima hipótese propõe percebermos se existe associação entre a forma como os técnicos classificam a sua formação e a percepção que têm sobre as necessidades dos doentes. Aqui vemos que a média mais elevada corresponde aos Técnicos que consideram a sua formação boa, levando-nos a pensar que são estes que têm percepções de necessidades mais elevadas mas sem diferenças estatisticamente significativas e assim rejeitamos esta hipótese.

A nossa última hipótese procurou verificar se existe associação entre o sentimento da necessidade de formação dos técnicos e a percepção das necessidades dos doentes. Relativamente a esta hipótese compreendemos que os Técnicos que entendem precisar de fazer mais formação na área da doença de Alzheimer são os que têm percepções de

necessidades mais elevadas. No entanto, somos obrigados a rejeitar esta hipótese também porque não existem diferenças estatisticamente significativas.

Perante a análise dos resultados conseguimos perceber os dados sociodemográficos dos técnicos bem como as necessidades dos doentes de Alzheimer relativamente ao alojamento, tarefas domésticas, serviços do lar e a caracterização da formação dos técnicos. No entanto, também observamos que todas as nossas hipóteses colocadas foram rejeitadas não existindo diferenças estatisticamente significativas que nos permitissem afirmá-las categoricamente.

CONCLUSÃO

Há algum tempo atrás, quando a esperança média de vida era muito mais reduzida, e existia um elevado grau de mortalidade concomitantemente com guerras e epidemias era muito difícil as pessoas chegarem á velhice e por isso a questão das demências nem sequer se colocava. No entanto, e segundo a OMS a longevidade aumentou e a esperança de vida das populações do mundo ocidental atingiu níveis até agora inigualáveis. As coisas são agora bem diferentes e as demências de diversos tipos representam um formidável desafio para a sociedade.

A múltipla bibliografia sobre o processo de envelhecimento demonstra também que este traz consigo, gradualmente, o enfraquecimento muscular e o prejuízo de numerosas funções corporais e intelectuais (Serra, Adriano in Firmino, Horácio 2006).

Neste processo, felizmente com a evolução das tecnologias e da medicina passou-se a um aumento substancial da esperança média de vida que se pretendia ser vivida com qualidade “mas a doença de Alzheimer veio lançar uma sombra ameaçadora neste progresso” (Peytavin, 2000 cit in Phaneuf, Margot, 2010).

Segundo o relatório da OMS – o primeiro sobre a demência –, a cada quatro segundos soma-se num novo caso de demência no mundo, em 2050 passará a haver um caso por cada segundo.

Marc Wortmann- director da ADI (Alzheimer Disease International)- afirmou numa conferência de imprensa que “ é fundamental agir no sentido de parar esta epidemia”. E por isso sentimos que investigar nesta área, e criar novas políticas sociais de melhoria é para além de uma obrigação, um imperativo ético.

De facto tendo nós em conta que a doença de Alzheimer é a demência mais premente nos dias de hoje, atingirá 5% da população de 65 anos de idade culminando com 15% para as pessoas de 80 anos de idade (Phaneuf, Margot, 2010) desperta o nosso interesse. Acresce a tudo isto o facto de trabalharmos com esta população no dia-a-dia e por isso considerarmos importante perceber dentro da nossa zona geográfica e de proximidade, (concelho de Viseu), os níveis de percepção dos técnicos das IPSS’s sobre as necessidades dos doentes de Alzheimer institucionalizados, no sentido de podermos dar indicações para futuras políticas sociais que possam ser desenvolvidas nesta área.

As razões que nos levaram a investigar nesta área prendem-se com o facto de considerarmos ainda não estar devidamente explorada e aprofundada, e sobretudo por se tratar de uma demência com os índices de prevalência anteriormente referidos e com tendências crescentes.

Pensamos que este estudo fica, também, marcado pela importância de termos compreendido que os técnicos da equipa multidisciplinar que trabalham no dia-a-dia com estes doentes, têm consciência das suas competências, ainda assim, sentem que necessitam de mais formação nesta área. Este dado é, em nosso entender, uma directriz crucial a ter em conta no futuro devendo-se procurar de alguma forma solucionar ou pelo menos reduzir esta dificuldade

Assim considerando os objectivos específicos delineados podemos concluir:

- Que os dados sociodemográficos, revelam que os Técnicos são maioritariamente do sexo feminino, casados, licenciados e com uma média de idades de 36,53 anos.
- Que o grupo profissional mais representativo, é a enfermagem com 31,2% seguindo-se os técnicos de serviço social com 27,3%.
- Que estamos perante uma população jovem já que a maioria tem entre 1 e 5 anos de serviço, seguindo-se os que têm mais de 5 anos é adequada para a grande maioria das variáveis.
- Que a percepção que têm sobre as necessidades dos doentes de Alzheimer é de que a ajuda recebida é adequada para a grande maioria das variáveis em estudo. Contudo destacam-se com maiores percentagens as variáveis: “benefícios sociais” com 98,7% , seguindo-se a “incontinência” com 96,1% e em terceira posição com igual valor a “saúde física” e a “medicação” (94,8)
- Que as ajudas menos adequadas, correspondem em primeiro lugar ao “apoio psicológico recebido por técnicos, familiares e amigos”; as “informações sobre a doença”, a perda de “memória” e ainda as “actividades fornecidas pelo lar”.
- Que a opinião dos técnicos sobre a sua formação é para a maioria adequada e suficiente, no entanto 77,9% afirma necessitar de mais formação.
- Que as hipóteses formuladas foram rejeitadas uma vez que não se verificaram diferenças estatísticas significativas: Assim o género, a idade, o estado civil, a formação académica, a profissão, o tempo de serviço e a forma como os

técnicos classificam a sua formação não influenciam a sua percepção sobre as necessidades dos doentes com Alzheimer.

Face aos resultados e em nosso entender justificar-se-ia que os técnicos das IPSS's pudessem ter acesso a uma maior quantidade de acções de formação/informação na área particular da doença de Alzheimer.

Ao nível das condicionantes do estudo, consideramos ser o número reduzido de inquiridos apesar dos questionários terem sido entregues em 34 IPSS's das freguesias do concelho de Viseu. Propomos por isso que o estudo seja alargado (mesmo ao distrito) a um maior número de inquiridos em termos futuros para ultrapassar determinados constrangimentos metodológicos.

Terminamos salientando que as conclusões deste estudo, são um contributo que reforçam a pertinência e legitimidade das pesquisas sobre os *Múltiplos Olhares sobre os Doentes de Alzheimer*. Mostram ainda, que estudar a envolvência do individuo com a doença de *Alzheimer* implica estar vinculado ao conhecimento da vida humana, visto por um lado como um todo, e por outro, de modo específico e contextualizado num espaço geográfico e cultural próprio.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, I. D., Forlenza, O. V. & Barros, H. L. (2005). *Demência De Alzheimer: Correlação Entre Memória e Autonomia*. Brasil. Revista de Psicologia Clínica.

Alves, R. (2004). *As Cores do Crepúsculo: A Estética do Envelhecer*. Porto: Edições ASA.

Cardão, Sandra (2009). *O Idosos Institucionalizado*. Lisboa, Coisas de Ler.

Castro-Caldas, Alexandre & Mendonça Alexandre (coordenação), et al (2005) *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal*: Lisboa-Porto: Lidel, edições técnicas.

Contrato Colectivo de Trabalho entre a CNIS – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e a FNE – Federação Nacional dos Sindicatos da Educação e outros.

Correia, J. M. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.

Costa e Sampaio (1999), *Dicionários da Língua Portuguesa* (8ª Edição) Porto: Porto Editora.

Decreto-Lei nº 32/2011, de 10 de Fevereiro. *Portaria nº 149/2011*, de 8 de Abril e *Portaria nº 183/2011*, de 5 de Maio.

Dias, O. (2010). *Planos de Investigação -Avanço Passo a Passo*. Santa Maria da Feira: Edição do autor.

Direcção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional Para a Saúde Das Pessoas Idosas*: Lisboa.

Fernandes, Purificação. (2000) *Depressão no Idosos*. Coimbra. Editora Quarteto.

Firmino, Horácio (2006). Editores Associados: Pinto, Luíz; Leuschner, António; Barreto, João. *Psicogeriatría*. Editora: Psiquiatria Clínica.

- Gil, A. C. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (2ª edição). São Paulo: Ed. Gente.
- Gineste, Yves e Pellissier, Jérôme, (2007). *Humanidade: Cuidar e Compreender a Velhice*. Instituto Piaget.
- Gonçalves-Pereira, M., Fernandes, L., Leushner, A., Barreto, J., Falcão, D., Firmino, H., Mateos, R., & Orrel, M. (2007). *Versão portuguesa do CANE (Camberwell Assessment of Needs for the Elderly): desenvolvimento e dados preliminares*. Revista Portuguesa de Saúde Pública.
- Guerra, Isabel (2002). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção, o Planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Editora Principia.
- Manual de Boas Práticas (2005). *Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.
- Maslow, A. (1943). *A theory of human motivation*. Psychological Review.
- Morley, J. E., Coe, R., Strong, R., Grossberg, G (1997). *A memória e os distúrbios ligados à idade*. São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda.
- Neri, A. (2001). *Desenvolvimento e envelhecimento – perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Brasil: Papirus.
- Osório, Augustín Requejo e Pinto, Fernando Cabral (coordenação), (2007) *As Pessoas Idosas, Contexto Social e Intervenção Educativa*. Horizontes Pedagógicos. Instituto Piaget.
- Phaneuf, Margot (2010) *O envelhecimento perturbado. A Doença de Alzheimer*. Lusodidacta.

Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.

Ribeiro, J.L.P. (2005^a) *Introdução á Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.

Santos, A. (2008). *Qualidade de Vida e Solidão na Terceira Idade*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Sieber, K.O (2002). Training residential staff, intervention execution and maintenance. In Hill, R.D., Thorn, B.L, Bowling, J., Morrison, A. *Geriatric Residential Care*. LEA , London.

Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família. Os cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Edições Âmbar.

Sousa, Liliana; Galante, Helena; Figueiredo, Daniela (2003). *Qualidade de vida e Bem-estar dos Idosos: um estudo exploratório na população portuguesa*. Aveiro: Revista de Saúde Pública, 2003, 37(3).

Teixeira, P. (2006). *Envelhecimento Passo a Passo*. Porto.

Touchon, Jacques & Portet, Florence (2002). *Guia prático da doença de Alzheimer*. Lisboa: Climepsi Editores.

WEBGRAFIA

Associação Portuguesa de Familiares e Amigos da doença de Alzheimer. (s.d.). *Notas de uma parceria*. Lisboa pp:6. Consultado em 13 de Dezembro de 2010. Disponível em: <HTTP://WWW.APIFARMA.PT/UPLOADS/14-APFADA.PDF>.

Bottino, Carvalho, Alvarez, Avila, Zukauskas, Bustamante, Andrade, Hototian, Saffi&Camargo.(2002). Arquivos de Neuro – Psiquiatria. *Reabilitação Cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: Relato de uma equipe multidisciplinar*, 60 (1), 70-79. [Versão electrónica]. Consultado em 6 de Janeiro de 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004282X2002000100013&script=sci_arttext&tlng=es

Câmara Municipal de Viseu. Consultado em 15 de Dezembro de 2010. Disponível em: http://www.cidadeviseu.com/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=12.

Carvalho, Maria Irene Lopes B. de. *Entre os cuidados e os cuidadores: o feminino na configuração da política de cuidados às pessoas idosas*. Consultado em 10 Março de 2012. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/jspui/bitstream/10437/1947/1/curso2.pdf>.

Directrizes da Alzheimer Portugal. Consultado em 7 de Janeiro de 2012. Disponível em <http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAZprt/defaultArticleViewOne.asp?articleID=484&categoryID=944>.

Espadaneira, Raquel (2008). *Diferentes formas de envelhecer...por primuscare.pt*. Consultado em 21 de Junho de 2011. Disponível em: <http://www.ajudas.com/notver.asp?id=2570>

Jacob, L.(2002). *Serviços para Idosos* [Versão electrónica]. Consultado em 6 de Julho de 2011. Disponível em: <http://www.socialgest.pt>.

Lei da Saúde Mental: *Lei 36/98* de Julho. Consultado em. Disponível em: http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/LSMental.pdf.

Luzardo, A., et al. (2006). *Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: Uma série de casos em um serviço de neurogeriatria*. [Versão electrónica]. Consultado em 5 de Janeiro de 2011. Disponível em: http://d.yimg.com/kq/groups/12373084/1668842774/name/UNKNOWN_PARAMETER_VALUE

Resultados do Projecto European Collaboration on Dementia (Eurocode) conduzido pela Alzheimer Europe e financiado pela Comissão Europeia. Consultado em 10 de Janeiro de 2011. Disponível em: <http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAzprt/defaultCategoryViewOne.asp?categoryID=898>

Socialgest: Consultado em 7 de Julho de 2011. Disponível em: <http://www.socialgest.pt/dlds/APEnvelhecimentoequalidadedevida.pdf>

ANEXOS



**Anexo I – Pedido de autorização para realização dos
inquéritos.**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

Exmo. Senhor

Eu, Palmira da Luz Chaves Sousa e Cunha, Mestranda pela Universidade Católica Portuguesa de Viseu, Centro Regional das Beiras, sob orientação do Professor Doutor Alexandre Castro-Caldas, pede autorização no contexto da Dissertação de Mestrado de Serviço Social com o projecto “O Olhar Multidisciplinar sobre o Doente de Alzheimer” para realizar um questionário aos Técnicos da Instituição de V/ Ex.^a.

A presente investigação científica tem como objectivo, compreender a percepção que os Técnicos têm sobre as necessidades dos doentes de Alzheimer.

Trata-se de um estudo não experimental, do tipo transversal, descritivo-correlacional de natureza quantitativa, para ser aplicado apenas nas Instituições Particulares de Solidariedade Social da cidade de Viseu.

Face ao exposto, aguardamos por parte de Vossa Excelência, a autorização para que a presente investigação científica possa avançar, assumindo desde já, que todos os princípios éticos da Declaração de Helsínquia serão salvaguardados.

Sem mais de momento, agradecemos a atenção disponibilizada.

Viseu, 13 de Janeiro de 2012

Atentamente,
Professor Doutor Alexandre Castro-Caldas
Mestranda Palmira Sousa

Anexo II – Declaração de consentimento



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do **Mestrado em Serviço Social** a realizar na **Universidade Católica portuguesa de Viseu** estamos a realizar um estudo/investigação com o tema **“O Múltiplo Olhar Institucional Sobre os Doentes de Alzheimer”** e cujo objectivo principal é, perceber qual a percepção que os Técnicos têm das necessidades dos doentes de Alzheimer. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois o investigador consagra como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objectivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*
- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*
- *Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo:

Nome: _____

Assinatura do participante: _____

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador _____

Assinatura: _____

Anexo III – Inquérito

Questionário

O questionário que se segue foi construído para ser aplicado a diferentes técnicos das Instituições Particulares de Solidariedade Social de Viseu e tem por objectivo conhecer as suas percepções sobre as necessidades dos doentes de Alzheimer institucionalizados.

Para o efeito utiliza uma abordagem centrada na pessoa e baseia-se no princípio de que identificar uma “necessidade” significa identificar um problema em conjunto com uma intervenção adequada para cobrir ou aliviar essa “necessidade”.

Assim, para responder correctamente a este questionário será necessário compreender qual o tipo de ajuda que o doente necessita e/ou usufrui sendo estas classificadas como:

(N) – NENHUM correspondendo esta resposta ao número 1;

(AP) AJUDA PEQUENA correspondendo ao número 2;

(AM) – AJUDA MODERADA ao número 3 ;

(AG) - AJUDA GRANDE ao número 4;

E (IND) - INFORMAÇÃO MÃO DISPONÍVEL ao número 5;

Existem, ainda, respostas de:

Sim que correspondem ao número 1;

Não que correspondem ao número 2.

Parte I

Idade: _____

Sexo: Masculino Feminino

Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) União de facto Divorçado(a) Separado(a)
Viúvo(a)

Formação académica: Bacharelato Licenciatura Pós-graduação/ Especialidade
Mestrado Doutoramento

Profissão exercida: _____

Tempo de Serviço na Instituição: _____

As questões que se seguem podem ser respondidas em duas colunas:

Assim sobre o tipo de apoio, assinale um dos números da 1ª coluna,

E sobre a ajuda recebida, deverá responder na 2ª coluna.

Parte II

1ª Coluna

<u>1</u> Nenhum	<u>2</u> Ajuda Pequena	<u>3</u> Ajuda Moderada	<u>4</u> Ajuda Grande	<u>5</u> Informação não disponível
--------------------	---------------------------	----------------------------	--------------------------	---------------------------------------

2ª Coluna

<u>1</u> Sim	<u>2</u> Não
-----------------	-----------------

Alojamento	1ª Coluna	2ª Coluna
1. Qual o apoio que a pessoa necessitaria dos serviços do lar relativamente a um melhoramento ao nível do Alojamento?	1 2 3 4 5	
2. Acha que o doente recebe ajuda adequada no que respeita ao Alojamento?		1 2
Tarefas Domésticas		
3. Qual o apoio que o doente recebe relativamente às tarefas domésticas?	1 2 3 4 5	
4. Acha que o doente recebe a ajuda adequada no que respeita às tarefas domésticas?		1 2
Alimentação		
5. Qual o apoio que o doente recebe dos serviços do Lar relativamente à alimentação?	1 2 3 4 5	
6. Acha que o doente de Alzheimer recebe a ajuda adequada no que respeita à alimentação?		1 2
Cuidados Pessoais		
7. Qual o apoio que o doente recebe dos serviços do Lar relativamente aos cuidados pessoais?	1 2 3 4 5	
8. Acha que o doente recebe a ajuda adequada no que respeita aos cuidados pessoais?		1 2
Serviços do Lar?		
9. Qual o apoio que o doente de Alzheimer recebe dos serviços do Lar para encontrar ou manter actividades regulares e adequadas?	1 2 3 4 5	
10. Acha que o doente recebe a ajuda adequada no que respeita a estas actividades?		1 2
Memoria		

11.Qual o apoio que o doente recebe de familiares ou amigos relativamente à perda de memória?	1 2 3 4 5	
12.Qual o apoio que o doente recebe dos serviços do Lar relativamente à perda de memória?	1 2 3 4 5	
13. Acha que o doente recebe a ajuda adequada no que respeita à perda de memória?		1 2
Visão / Audição		
14.Qual o apoio que o doente recebe de familiares ou amigos quanto aos problemas de visão ou audição?	1 2 3 4 5	
15.Qual o apoio que o doente recebe, por parte dos serviços do Lar relativamente à visão ou audição?	1 2 3 4 5	
16.Acha que o doente recebe a ajuda adequada no que respeita à visão ou audição?		1 2
Mobilidade		
17.Qual o apoio que o doente recebe de familiares ou amigos relativamente aos problemas de mobilidade?	1 2 3 4 5	
18.Qual o apoio que o doente recebe dos serviços do Lar relativamente aos problemas de mobilidade?	1 2 3 4 5	
19.Acha que o doente recebe a ajuda adequada no que respeita a problemas de mobilidade?		1 2
Incontinência		
20.Qual o apoio que o doente recebe de familiares ou amigos relativamente á incontinência?	1 2 3 4 5	
21.Qual o apoio que o doente recebe, por parte dos serviços do Lar, relativamente á incontinência?	1 2 3 4 5	
22.Acha que o doente recebe a ajuda adequada no que respeita à incontinência?		1 2
Saúde Física		
23.Qual o apoio que o doente recebe de familiares ou amigos relativamente aos problemas de saúde física?	1 2 3 4 5	
24.Qual o apoio que o doente recebe, por parte dos serviços do Lar, relativamente aos problemas de saúde física?	1 2 3 4 5	
25.Acha que o doente recebe a ajuda adequada no que respeita aos problemas de saúde física?		1 2
Medicação		
26.Qual o apoio que o doente recebe de familiares ou amigos relativamente á sua medicação?	1 2 3 4 5	
27.Qual o apoio que o doente recebe por parte dos serviços do Lar relativamente á sua medicação?	1 2 3 4 5	
28.Acha que o doente recebe a ajuda adequada no que respeita à medicação?		1 2
Sintomas Psicóticos		
29.Qual o apoio que o doente recebe de familiares ou amigos relativamente a estes sintomas psicóticos?	1 2 3 4 5	
30.Qual o apoio que o doente recebe por parte dos serviços do Lar relativamente a estes sintomas psicóticos?	1 2 3 4 5	
31.Acha que o doente recebe a ajuda adequada no que respeita a sintomas psicóticos?		1 2
Sofrimento Psicológico		

32.Qual o apoio que o doente recebe de familiares ou amigos quanto ao seu sofrimento psicológico?	1 2 3 4 5	
33.Qual o apoio que o doente recebe por parte dos serviços do Lar quanto ao seu sofrimento psicológico?	1 2 3 4 5	
34.Acha que o doente recebe a ajuda adequada no que respeita ao sofrimento psicológico?		1 2
InformaçõessobreDoença Alzheimer		
35.Qual o apoio que o doente recebe de familiares ou amigos para obter informação?	1 2 3 4 5	
36.Qual o apoio que o doente recebe por parte dos serviços do Lar para obter informação clara, verbal ou escrita, acerca da sua condição de saúde e respectivo tratamento?	1 2 3 4 5	
37.Acha que o doente recebe a ajuda adequada no que respeita a obter este tipo de informação?		1 2
Risco de Suicídio/Auto-agressão		
38.Qual o apoio que o doente recebe de familiares ou amigos para reduzir o risco de suicídio ou auto-agressão deliberada?	1 2 3 4 5	
39.Qual o apoio que o doente recebe, por parte dos serviços do Lar, para reduzir o risco de suicídio ou auto-agressão deliberada?	1 2 3 4 5	
40.Acha que o doente recebe a ajuda adequada para reduzir o risco de suicídio ou auto-agressão deliberada?		1 2
Risco de LesãoAcidental		
41.Qual o apoio que o doente recebe de familiares ou amigos para reduzir o risco de lesão acidental?	1 2 3 4 5	
42.Qual o apoio que o doente recebe, por parte dos serviços do Lar para reduzir o risco de lesão acidental?	1 2 3 4 5	
43.Acha que o doente recebe a ajuda adequada para reduzir o risco de lesão acidental?		1 2
Risco de Abuso		
44.Qual o apoio que o doente recebe de familiares ou amigos para reduzir o risco de abuso?	1 2 3 4 5	
45.Qual o apoio que o doente recebe por parte dos serviços do Lar para reduzir o risco de abuso?	1 2 3 4 5	
46.Acha que o doente recebe a ajuda adequada para reduzir o risco de abuso?		1 2
Comportamento		
47.Qual o apoio que o doente recebe de familiares ou amigos para reduzir os comportamentos incomodativos ou alterados incomodando os outros?	1 2 3 4 5	
48.Qual o apoio que o doente recebe por parte dos serviços do Lar para reduzir os comportamentos incomodativos ou alterados incomodando os outros?	1 2 3 4 5	
49.Acha que o doente recebe a ajuda adequada para reduzir os comportamentos incomodativos ou alterados?		1 2
Alcoolismo		
50.Qual o apoio que o doente recebe de familiares ou amigos para o problema do álcool?	1 2 3 4 5	
51.Qual o apoio que o doente recebe por parte dos serviços do Lar para o problema do álcool?	1 2 3 4 5	

52. Acha que o doente recebe a ajuda adequada para reduzir o problema do álcool?		1 2
Contacto Social		
53. Qual o apoio que o doente recebe de familiares ou amigos para o contacto social?	1 2 3 4 5	
54. Qual o apoio que o doente recebe por parte dos serviços do Lar para o contacto social?	1 2 3 4 5	
55. Acha que o doente recebe a ajuda adequada para o contacto social?		1 2
Solidão		
56. Qual o apoio que o doente recebe de familiares ou amigos para o relacionamento íntimo ou para evitar a solidão?	1 2 3 4 5	
57. Qual o apoio que o doente recebe por parte dos serviços do Lar para o relacionamento íntimo ou para evitar a solidão?	1 2 3 4 5	
58. Acha que o doente recebe a ajuda adequada para o relacionamento?		1 2
Gestão do Dinheiro		
59. Qual o apoio que o doente recebe de familiares ou amigos para gerir o seu dinheiro?	1 2 3 4 5	
60. Qual o apoio que o doente recebe por parte dos serviços do Lar para gerir o seu dinheiro?	1 2 3 4 5	
61. Acha que o doente recebe a ajuda adequada para gerir o seu dinheiro?		1 2
Benefícios Sociais		
62. Qual o apoio que a pessoa recebe de familiares ou amigos para receber todos os benefícios sociais a que tem direito?	1 2 3 4 5	
63. Qual o apoio que a pessoa recebe por parte dos serviços do Lar para receber todos os benefícios sociais a que tem direito?	1 2 3 4 5	
64. Acha que o doente recebe a ajuda adequada para receber todos os benefícios a que tem direito?		1 2
Tratamento da Doença de Alzheimer		
65. Qual o apoio que os técnicos recebem de familiares ou amigos para obtenção de informação clara acerca do estado do doente de Alzheimer e de todo o tratamento possível?	1 2 3 4 5	
66. Qual o apoio que os técnicos recebem dos serviços do Lar para obtenção desta informação clara acerca do estado do doente de Alzheimer e de todo o tratamento possível?	1 2 3 4 5	
67. Acha que os técnicos recebem a ajuda adequada na obtenção desta informação?		1 2
Apoio Psicológico para Técnicos/Familiares/Amigos		
68. Qual o apoio recebido pelos técnicos de familiares ou amigos para o seu próprio sofrimento psicológico?	1 2 3 4 5	
69. Qual o apoio recebido pelos técnicos por parte dos serviços do Lar para o seu próprio sofrimento psicológico?	1 2 3 4 5	
70. Acha que os técnicos recebem a ajuda adequada para este sofrimento?		1 2

Parte III

1. Em sua opinião os Técnicos possuem formação adequada para lidar com doentes de Alzheimer? Sim Não

2. Como classificaria a formação que tem para lidar com doentes de Alzheimer?

Insuficiente	Suficiente	Bom	MuitoBons
--------------	------------	-----	-----------

3. Sente que tem necessidade de fazer formação nesta área?

Sim Não

Se sim, quais os aspectos que são mais pertinentes?

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!