

Prestação de Cuidados Centrados na Pessoa que vive com Demência: Um Estudo em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas na Região Autónoma da Madeira

Ana Cristina Nóbrega Teixeira

Orientadora: Prof. Doutora Maria João Bárrios

*Dissertação para obtenção de grau de Mestre
Em Gerontologia Social*

Lisboa, maio de 2022

WWW.ISCSP.U LISBOA.PT

Folha de Rosto

**Prestação de Cuidados Centrados na Pessoa que vive com Demência: Um
Estudo em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas na Região
Autónoma da Madeira**

Ana Cristina Nóbrega Teixeira

Orientadora: Maria João Bárrios

Dissertação (ou Trabalho de Projeto ou Relatório) para obtenção de grau de Mestre em
Gerontologia Social

Júri:

Presidente: Doutora Maria Paula Pestana de Freitas da Silva Faria de Campos Pinto,
Professora Associada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da
Universidade de Lisboa

Vogais:

- Doutora Stella Margarida de Oliveira António Bettencourt da Câmara, Professora Auxiliar do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutora Maria João Bernardo Bárrios, Professora Auxiliar Convidada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, na qualidade de orientadora;
- Doutora Carla Marina Cunha Ribeirinho, Professora Auxiliar Convidada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

Lisboa

2022

AGRADECIMENTOS

Quero deixar o meu apreço e carinho especial àqueles que tornaram esta dissertação possível:

Aos meus pais, pelo amor incondicional e por permitirem que cresça cada vez mais como pessoa e como profissional.

À restante família, por acreditarem em mim e me motivarem a continuar todos os dias, mesmo quando o caminho parece mais longo.

Aos meus amigos mais próximos, por sonharem comigo e estarem sempre presentes.

À minha orientadora, professora Maria João Bárrios, pela partilha de todo o conhecimento e por mostrar a sua paixão pela Gerontologia. Pela sua dedicação, orientação e por estar sempre disponível.

Aos restantes professores, pelas suas experiências e partilha de conhecimentos.

E, às duas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, aos profissionais que se disponibilizaram para participar nesta pesquisa. Sem a sua colaboração esta dissertação não teria sido possível.

RESUMO

Nas sociedades desenvolvidas assistimos à conquista de longevidade das populações. Por outro lado, somos confrontados com desafios inerentes à vulnerabilidade dos organismos à medida que a idade avança, ficando mais suscetíveis a limitações da funcionalidade, doença, incapacidade e dependência. O cenário envelhecido reflete-se, assim, no aumento do número de pessoas que vivem com demência (PvD), que requerem cuidados.

Em Portugal, embora a família seja a principal cuidadora das pessoas mais velhas, as ERPI representam um papel preponderante na prestação de cuidados, com um elevado número de PvD. Torna-se fundamental criar estratégias geradoras de bem-estar, com intervenções adequadas às necessidades das PvD como é o caso da “abordagem centrada na pessoa com demência” (ACPcD). No âmbito desta abordagem e da cultura organizacional em ERPI, não se registam pesquisas no território da Região Autónoma da Madeira (RAM).

O objetivo da pesquisa debruçou-se na caracterização da prestação de cuidados às PvD em ERPI, na RAM, de acordo com a ACPcD, considerando as políticas e apoios sociais existentes, bem como as dificuldades e necessidades dos profissionais de prestação de cuidados. Colaboraram com a pesquisa duas ERPI, tendo sido realizadas entrevistas semiestruturadas aos Diretores Técnicos, Técnicos Superiores e Auxiliares da Ação Direta.

Os resultados demonstraram que as duas ERPI se aproximam da abordagem selecionada. Contudo, foi possível concluir um conjunto de i) práticas que necessitam de adequação; ii) necessidades partilhadas pelos colaboradores na prestação de cuidados centrados nas PvD; e iii) desafios inerentes ao contexto de pandemia COVID-19. Nas perceções dos colaboradores, a aplicação da ACPcD requer uma evolução não só da cultura organizacional como também dos apoios sociais.

Palavras-chave: Envelhecimento; Demência; ERPI; Abordagem Centrada na Pessoa com Demência; RAM

ABSTRACT

In developed societies, we are witnessing the conquest of populations' longevity. On the other hand, we are faced with challenges inherent to the vulnerability of organisms as we age, becoming more susceptible to limitations in functionality, illness, disability and dependence. The aging scenario is thus reflected in the increase in the number of people living with dementia, who require care.

In Portugal, although the family is the main caregiver of older people, ERPI play a preponderant role in providing care, with a high number of people with dementia. It is essential to create strategies that generate well-being, with interventions tailored to people's needs, such as the approach centered on the person living with dementia. Within the scope of this approach and organizational culture in ERPI, there are no surveys in the territory of the Autonomous Region of Madeira.

Thus, the objective of the research focused on the characterization of the provision of care to people living with dementia in ERPI, in the Autonomous Region of Madeira, according to the approach centered on the person living with dementia, considering policies and social support existing problems, as well as the difficulties and needs of caregivers. Two ERPI collaborated with the research, with semi-structured interviews carried out with Technical Directors, Senior Technicians and Direct Action Assistants.

The results showed that the two ERPI are close to the selected approach. However, it was possible to conclude a set of i) practices that need adaptation; ii) needs shared by employees in providing care centered on people living with dementia, iii) challenges that overcome due to the context of the COVID-19 pandemic. In their perceptions, they consider that the application of this paradigm requires an evolution not only of the organizational culture but also of social policies.

Keywords: Ageing; Dementia; ERPI; Person with Dementia Centered Approach; RAM

ÍNDICE

Introdução	1
1. Revisão da Literatura	4
1.1. Envelhecimento Demográfico, Envelhecimento Individual e Demência: Enquadramento no âmbito da Gerontologia.....	4
1.2. A Demência no Mundo e em Portugal	5
1.3. Respostas Sociais e as Prestações Sociais para as pessoas mais velhas e que vivem com demência, em Portugal	6
1.3.1. Respostas Sociais dirigidas às PvD em Portugal.....	8
1.3.2. Enquadramento legal da Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).....	9
1.4. Necessidades e dificuldades percecionadas pelos cuidadores formais na prestação de cuidados às PvD em instituições.....	10
1.5. Abordagem Centrada na Pessoa com Demência (ACPcD)	12
1.5.1 A história da Abordagem Centrada na Pessoa com Demência (ACPcD) e as suas componentes	12
1.5.2. Cultura Organizacional e Abordagem Centrada na Pessoa com Demência (ACPcD)	14
2. Metodologia de Investigação	17
2.1. Modelo de Análise	17
2.2. Objetivos	19
2.3. Seleção da Unidade Territorial e das ERPI	19
2.4. Recolha de Dados	20
2.5. Tratamento e Análise de Dados	21
3. Apresentação dos Resultados.....	22
3.1. Caracterização profissional dos entrevistados de cada ERPI.....	22
3.2. Caracterização das ERPI, considerando os diferentes profissionais entrevistados	24
3.3. Caracterização dos Recursos Humanos e Formação de cada ERPI, considerando os diferentes profissionais entrevistados.....	26

3.4. Prestação de cuidados considerando os diferentes profissionais entrevistados	28
3.5. Atividades realizadas com a PvD	34
3.6. Pontos fortes da prestação de cuidados a PvD	38
3.7. Pontos fracos/ necessidades e desafios da prestação de cuidados a PvD.....	41
3.8 Sugestões de melhoria para a prestação de cuidados às PvD.....	43
3.9. Desafios da COVID-19 na intervenção com a PvD	45
3.9.1. Medidas adotadas durante a pandemia.....	45
3.9.2. Dificuldades na prestação de cuidados a PvD e consequências para a PvD, durante a pandemia.....	48
3.9.3. Consequências para a PvD	51
3.9.4. Implicações da pandemia na vida pessoal dos colaboradores.....	53
5. Discussão dos resultados	58
Conclusões.....	64
Bibliografia.....	67
Apêndices	72
Apêndice I - Componentes e indicadores chaves da abordagem do cuidado centrada na pessoa que vive com demência.....	73
Apêndice II – Número de ERPI por concelho na RAM.....	74
Apêndice III – Guião de Entrevista dirigidas aos Diretores Técnicos da ERPI.....	75
Apêndice IV - Guião da Entrevista dirigidos aos Técnicos Superiores (Terapeuta Ocupacional, Animador Sociocultural, Enfermeiro, Psicólogo) da ERPI	84
Apêndice V - Guião da Entrevista dirigidos aos Auxiliares da Ação Direta	89
Apêndice VI – Rácio dos recursos Humanos ERPI A e ERPI B	94
Apêndice VII – Consentimento informado e autorização	95

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Análise	18
------------------------------------	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica onde se encontram as ERPI selecionadas.....	20
Tabela 2 - Caracterização profissional dos entrevistados de cada ERPI.....	23
Tabela 3 - Caracterização das ERPI em estudo, considerando os diferentes profissionais entrevistados	24
Tabela 4 - Caracterização dos Recursos Humanos e Formação de cada ERPI, considerando os diferentes profissionais entrevistados.....	26
Tabela 5 - Prestação de cuidados de cada ERPI, considerando os diferentes profissionais entrevistados	29
Tabela 6 - Atividades realizadas com a PvD.....	35
Tabela 7 - Pontos fortes da prestação de cuidados a PvD	38
Tabela 8 - Pontos fracos/ necessidades e desafios da prestação de cuidados a PvD.....	41
Tabela 9 - Sugestões de melhoria para a prestação de cuidados às PvD	43
Tabela 10 - Medidas adotadas durante a pandemia.....	45
Tabela 11 - Dificuldades na prestação de cuidados a PvD e consequências para a PvD durante a pandemia.....	48
Tabela 12 - Consequências para a PvD	51
Tabela 13 - Implicações da pandemia na vida pessoal dos colaboradores.....	53
Tabela 14 - Perceções sobre as Políticas Sociais e o seu efeito na intervenção com a PvD em ERPI.....	55
Tabela 15 - Componentes e indicadores-chaves da abordagem do cuidado centrada na pessoa que vive com demência.....	73
Tabela 16 - Número de ERPI por concelho na RAM.....	74
Tabela 17 - Recursos Humanos ERPI A	94
Tabela 18 - Recursos Humanos ERPI B.....	94

SIGLAS

AAD- Auxiliares de Ação Direta

ACPCD – Abordagem Centrada na Pessoa com Demência

ADI - Alzheimer’s Disease International

AS - Assistente Social

AVD- Atividades da Vida Diária

DA – Doença de Alzheimer

DT- Diretor(a) técnico(a)

EG - Enfermeira Gestora

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PvD – Pessoa que vive com demência

PcD – Pessoa com demência

RAM- Região Autónoma da Madeira

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

TAS – Técnico Animação Sociocultural

TS- Técnico Superior

Introdução

O envelhecimento demográfico acentuado da sociedade portuguesa e as implicações do processo de envelhecimento biológico acarretam desafios para as respostas sociais, em particular para a prestação de cuidados a nível formal. Ora, se por um lado assistimos a uma conquista das sociedades pela maior longevidade das pessoas, por outro somos confrontados com desafios inerentes à vulnerabilidade dos organismos à medida que a idade avança, ficando mais suscetíveis às limitações da funcionalidade, com maior probabilidade de ocorrer doença, incapacidade e dependência. Nestas circunstâncias, damos conta dos valores da prevalência de demência. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que em todo o mundo existam 55 milhões de “pessoas que vivem com demência” (PvD), prevendo-se que o número aumente para 78 milhões em 2030 e 139 milhões em 2050, sendo a doença de Alzheimer (DA) a que prevalece, representando cerca de 60% a 70% dos casos com demência (OMS, 2019).

A demência é definida pela OMS como a deteriorização da função cognitiva (pode ser de natureza crónica ou progressiva), afetando sobretudo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o julgamento (OMS, 2019). Com efeito, o aumento do número de PvD tem repercussões na prestação de cuidados. Nesta perspetiva, embora a família seja a principal fonte de cuidados, em certas situações a PvD poderá precisar de ser institucionalizada, como: i) nas fases mais avançadas da doença, que requerem cuidados de longo prazo (Chenoweth, Stein-Parbury, Lapkin, Wang, & Williams, 2019); ii) na impossibilidade de conciliação dos cuidados e do trabalho pelo familiar; ou iii) quando os familiares procuram melhores condições de cuidado e conforto para a PvD (Perlini, Leite, & Furini, 2007). A literatura tem evidenciado impactos negativos da prestação de cuidados a PvD pelos cuidadores formais, tais como: um trabalho exigente e desafiante, em consequência dos distúrbios comportamentais que os estes indivíduos podem apresentar em algum momento da doença (como por exemplo: agitação, discurso repetitivo e/ou ofensivo, deambulação), originando *stress*, sobrecarga física e *burnout*. Isto deve-se maioritariamente a, por um lado, não haver estimulação ambiental e social que caracteriza os lares tradicionais e, por outro, falta de conhecimento especializado dos profissionais prestadores de cuidados neste âmbito (Figueiredo, Guerra, Marques, & Sousa, 2012).

Considerando o aumento de PvD institucionalizadas e a sua heterogeneidade, a análise da demência no seio da saúde pública, além de requerer um entendimento do esforço pessoal, das perdas económicas, de fatores de risco e da sua prevalência, faz emergir a prestação de cuidados como uma faceta importante. Neste sentido, torna-se fundamental criar estratégias geradoras de bem-estar, com intervenções adequadas às necessidades das PvD (Chapman *et al.*, 2006).

Posto isto, questionamo-nos: estarão as Estruturas Residenciais para as Pessoas Idosas (ERPI) adaptadas, quer na sua organização quer no seu funcionamento, às necessidades das PvD? Como são caracterizadas as práticas de prestação de cuidados às PvD em ERPI? No mesmo sentido, outras questões do foro das políticas de saúde carecem de análise precisa e clara, nomeadamente: que planos de intervenção nacionais existem para as patologias de demência? Como têm evoluído as orientações em relação aos cuidados prestados a pessoas com demência? A literatura tem apresentado modelos de intervenção que acompanham as exigências e o conhecimento em torno da prestação de cuidados às PvD. É exemplo o modelo biopsicossocial e, em particular, a “abordagem centrada na pessoa com demência” (ACPcD).

Esta abordagem tem sido âncora de pesquisas na área da Gerontologia Social, em torno da avaliação das práticas de prestação de cuidados, dos efeitos positivos da sua aplicação (Chenoweth *et al.*, 2019; Paquete, 2015), da caracterização e elementos a considerar na cultura organizacional (Fazio, Pace, Flinner, & Kallmyer, 2018). Em Portugal, embora a RAM seja uma região cada vez mais envelhecida, não tem sido muito estudada. Apesar de apresentar valores inferiores ao do país, à semelhança do que sucedeu no resto do país, o índice de envelhecimento aumentou na RAM, passando de 70 em 2001 para 90,65 em 2011 e 136 em 2020 (INE). Acresce que a compreensão das dimensões que afetam a cultura organizacional passa também pela exploração das políticas e apoios sociais (existentes e/ou em falta), ordenando maior atenção dirigida às perceções, dificuldades e necessidades dos colaboradores de cada instituição. A análise destas políticas requer uma contextualização que não pode ignorar a situação pandémica que se vive em relação à COVID-19, pela influência nas medidas dirigidas às ERPI e na cultura organizacional adotada.

Com base nestes desafios e oportunidades, realizámos uma pesquisa cujo o objetivo geral consistiu em: *caracterizar a prestação de cuidados às pessoas que vivem com demência*

em ERPI, na Região Autónoma da Madeira, de acordo com a “abordagem centrada na pessoa com demência”, considerando as políticas e apoios sociais existentes, bem como as dificuldades e necessidades dos profissionais de prestação de cuidados.

Esta dissertação está estruturada em quatro capítulos. Na revisão da literatura, apresentamos os elementos teóricos e conceptuais que suportam a pesquisa, bem como um enquadramento das ERPI e estado da arte, privilegiando a ACPcD e os benefícios da mudança da cultura organizacional. No capítulo 2 descrevemos o modelo de análise e a metodologia aplicada, desde os objetivos aos procedimentos de recolha e análise dos dados. O terceiro capítulo é dedicado à apresentação de resultados, recorrendo à riqueza dos conteúdos partilhados nas entrevistas. No capítulo 4 é efetuada uma discussão dos resultados principais, considerando a literatura existente. Por fim, apresentamos ainda uma conclusão, onde são ainda tecidas considerações finais, limitações e implicações para a prática.

1. Revisão da Literatura

1.1. Envelhecimento Demográfico, Envelhecimento Individual e Demência: Enquadramento no âmbito da Gerontologia

No campo científico da Gerontologia Social, assistimos a um número crescente de estudos e debates focados no fenómeno do envelhecimento populacional, pelo seu incremento na maioria dos países do mundo. O envelhecimento demográfico representa uma das maiores conquistas das sociedades contemporâneas, fruto da maior longevidade dos indivíduos. O aumento do número de pessoas mais velhas é decorrente do crescimento da esperança de vida, marcado pelo desenvolvimento das sociedades, em prol da melhoria das condições de vida que proporcionou a redução da mortalidade (Fernandes, 1997). Falamos do envelhecimento no topo da pirâmide, relativamente ao aumento do número de indivíduos com mais de 60 ou 65 anos de idade (Fernandes, 1997). Por outro lado, o envelhecimento demográfico é também causado pela diminuição do número de jovens com menos de 15 ou 19 anos de idade, sendo este um processo irreversível ao longo dos próximos anos nos países industrializados (Fernandes, 1997). Com efeito, o envelhecimento demográfico também acarretou diversos desafios (financeiros, de saúde e sociais) às sociedades contemporâneas, uma vez que o aumento da esperança de vida, na maioria das vezes, não é acompanhado de qualidade de vida e, por isso, aumenta a fragilidade das pessoas mais velhas que, conseqüentemente, suscita o surgimento de problemas de saúde (Fabrício & Rodrigues, 2008).

As projeções indicam que o fenómeno do envelhecimento demográfico continuará a assumir valores preocupantes a nível mundial. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), estima-se que em todo mundo o número de pessoas mais velhas (com mais de 60 anos de idade) duplique até 2050 e em 2100 triplique, passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100 (ONU, 2020). A nível nacional e no contexto europeu, os dados do Eurostat revelam que, em 2019, Portugal era o terceiro país mais envelhecido da europa, sendo que 21,9% da população portuguesa tinha 65 e mais anos, valores iguais à Finlândia, sendo apenas ultrapassado pela Itália (22,8%) e pela Grécia (22%).

Os desafios impostos aos indivíduos, às famílias e às comunidades são também decorrentes do processo de envelhecimento individual, biológico, relativo às dimensões fisiológicas e psicológicas. Trata de um processo complexo, influenciado, por um lado, pela herança genética e, por outro lado, por fatores que dizem respeito ao meio onde se vive (como por exemplo os estilos de vida, a profissão e o acesso à saúde) (Botelho, 2007). Assim, conforme diz Simões e Sapeta (2017), envelhecer é um processo multi-dimensional, natural, inevitável, de diminuição orgânica e funcional, dinâmico e progressivo, iniciado desde o momento do nascimento. Porém, os autores destacam que, além das questões biológicas, nesse processo também estão envolvidos aspetos psicossociais e culturais (Simões & Sapeta, 2017).

O processo de envelhecimento biológico remete para uma redução da funcionalidade física e/ou cognitiva, pela progressiva deterioração dos organismos (Fontes, Botelho & Fernandes, 2013), com conseqüente vulnerabilidade a doenças crónicas (Budib, Zulim, Marcon de Oliveira & Matos, 2020). No âmbito do declínio cognitivo associado ao envelhecimento fisiológico de cada indivíduo, a demência assume relevância.

Considerando a Gerontologia enquanto disciplina multidisciplinar e holística no estudo do indivíduo em processo de envelhecimento, importa situar a demência como uma problemática do seu campo de estudo, na compreensão dos aspetos biopsicossociais do envelhecimento (Almeida *et al.*, 2021).

Conforme a Alzheimer's Disease International (ADI), o conceito de demência traduz-se o conjunto de sintomas provocados por distúrbios que afetam o cérebro, com impactos na memória, pensamento, comportamento e emoções (ADI, 2020a). Desta forma, o desenvolvimento de demências caracteriza-se por um envelhecimento patológico e pode surgir em qualquer idade, embora ocorra maioritariamente nas pessoas com mais 65 anos de idade (ADI, 2020a).

1.2. A Demência no Mundo e em Portugal

Existem várias formas de demência, sendo as quatro mais comuns: DA, Demência Vasculiar, Demência de Corpos de Lewy e Demência Fronto-temporal. Constata-se que a DA é a forma mais comum afetando 50 a 60 % das PvD (ADI, 2020a). Entre as outras

formas são apontadas: doença de Parkinson, doença de Huntington, Demência provocada pelo álcool (Síndrome de *Korsakoff*) e doença de *Creutzfeldt-Jacob* (Alzheimer Portugal, 2020a).

A demência ocupa uma posição de destaque na saúde pública, pelo impacto nas sociedades, considerando as implicações da prestação de cuidados às PvD; os fatores de risco do desenvolvimento de demência e o aumento da prevalência. Ao nível da prestação de cuidados, é necessário entender o esforço pessoal e as perdas económicas associadas (Chapman *et al.*, 2006).

O avançar da idade é considerado um dos fatores para o desenvolvimento de demência. Contudo, existem doze fatores de risco associados, que podem ser modificados e/ou reduzidos, de forma a atenuar o desenvolvimento de demência com a idade, tais como: inatividade física; tabaco; consumo excessivo de álcool; contacto social infrequente; baixa escolaridade; poluição do ar; traumatismos na cabeça; obesidade; hipertensão arterial; diabetes; depressão e défice cognitivo (ADI, 2020b).

No relatório “Demência: uma prioridade de saúde pública” (OMS, 2013), a demência é identificada como um dos maiores problemas de saúde da população mais velha na Europa, referindo que um novo caso de demência é diagnosticado a 4 segundos. Acresce que o número de casos diagnosticados irá triplicar até 2050 (Alzheimer Portugal, 2020c). De acordo com os dados da ADI, em 2020 existam mais de 50 milhões de PvD em todo o mundo, estimando-se que este número aumente a cada 20 anos, chegando a 82 milhões em 2030 e a 152 milhões em 2050 (ADI, 2020). Já a nível nacional, no relatório “*Health at a Glance 2017*”, Portugal era o quarto país com mais casos de demência por cada mil habitantes: 19,9 casos por mil habitantes, sendo a média da OCDE 14,8 casos por mil habitantes (Alzheimer Portugal, 2017).

1.3. Respostas Sociais e as Prestações Sociais para as pessoas mais velhas e que vivem com demência, em Portugal

O envelhecimento demográfico, aliado às características do processo de envelhecimento biológico, representa desafios para os indivíduos, as famílias e as políticas públicas. À medida que se tornou problema público, deixou de ser “invisível” e visto apenas na esfera privada e familiar, estando associado a marginalização, mendicidade, invalidez. Passou a

ser uma velhice “visível”, entrando nas agendas políticas como problema público social, que diz respeito a todos e requer a intervenção do Estado. É exemplo a universalização do direito à reforma, que marcou o início desta velhice socialmente identificada (Fernandes, 1997). Foi no desenvolvimento destas políticas que desapareceram os asilos e os hospícios, para emergirem (na década de 70) as primeiras instituições com outras designações mediante as suas características, como é o caso dos lares, com a finalidade de prevenir a dependência e integrar as pessoas mais velhas (Fernandes, 1997).

Neste sentido, surgem respostas e prestações sociais, com o intuito de colmatar as necessidades e os desafios do aumento do número de pessoas mais velhas, podendo consistir em respostas institucionais ou domiciliárias. Em Portugal, existem sete tipos de respostas sociais para as pessoas mais velhas, que se subdividem em serviços e equipamentos sociais, tendo como principal objetivo promover a autonomia, a integração social e a saúde.

Relativamente aos serviços, distinguimos três. I) Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e/ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em “situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito” (Instituto da Segurança Social [ISS], 2017, p.5). II) Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas, que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, pessoas mais velhas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro (ISS, 2017, p.7). III) Centro de Férias e Lazer, destinado a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores (ISS, 2017).

Já em relação aos equipamentos sociais, existem quatro. I) Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas (ERPI), destinado a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas mais velhas. II) Centro de Dia, consistindo num equipamento que funciona durante o dia e que presta um conjunto de serviços que ajudam a manter as pessoas idosas no seu meio social e familiar. III) Centro de Convívio, caracterizado pelo apoio a atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas mais velhas residentes numa determinada comunidade,

com a finalidade de prevenir a solidão e isolamento, incentivar a participação e inclusão das pessoas mais velhas na vida social local, e promover e contribuir para as relações pessoais e intergeracionais, de forma a retardar ou evitar ao máximo a sua institucionalização. IV) Centro de Noite, um equipamento de acolhimento noturno, dirigido as pessoas mais velhas com autonomia, que durante o dia permaneçam no seu domicílio e, por se sentirem sozinhas, isoladas e inseguras, necessitam de acompanhamento durante a noite (ISS, 2017).

No que concerne às prestações sociais da Segurança Social direcionadas para as pessoas mais velhas em Portugal, identificam-se as seguintes: Complemento Solidário para Idosos, Pensão de Velhice, Pensão Social de Velhice, Benefícios Adicionais de Saúde, Certificados de Reforma e Complemento por Dependência. As mesmas são atribuídas mensalmente em dinheiro (natureza pecuniária) com a finalidade de compensar a perda de remuneração de trabalho ou assegurar valores mínimos de subsistência ou de combate à pobreza (ISS, 2019).

1.3.1. Respostas Sociais dirigidas às PvD em Portugal

Apesar dos esforços contínuos das pesquisas em torno da prevenção e cura da demência, a necessidade de cuidados de qualidade permanecerá (Stein-Parbury *et al.*, 2012). A família constitui o suporte mais comum no que diz respeito a prestação dos cuidados das pessoas mais velhas, quer sejam cuidados a nível instrumental quer a nível afetivo-emocional (Figueiredo, Martins, Silva, & Oliveira, 2011). Nesta perspetiva, segundo Paquete (2015), a maioria das pessoas continua a viver em sua casa até muito tarde, mesmo com quadro demencial, sendo a família a principal fonte de cuidados das PvD. Trata-se, sobretudo, das respostas de cuidados informais prestados por mulheres (média de 56,62 anos), tal como apura o relatório Relatório Científico Estudo sobre o Perfil do Cuidador Familiar/Informal da Pessoa Sénior em Portugal (Carvalho, 2021). Embora a família seja a principal prestadora de cuidados, certas situações levam a institucionalização da pessoa mais velha, como por exemplo a impossibilidade de conciliação dos cuidados e do trabalho, ou os familiares desejarem melhores condições de cuidado e de conforto, com maior qualidade do que os mesmos podem proporcionar (Perlini, Leite, & Furini, 2007). Além disso, prestar cuidados a PvD é exaustivo para as

famílias (Chenoweth *et al.*, 2019) e, em fases avançadas da demência, requer respostas sociais (Bárrios, Marques & Fernandes, 2020; Chenoweth *et al.*, 2019).

Considerando as respostas sociais para as pessoas mais velhas existentes em Portugal, são poucas as que têm intervenção especializada na prestação dos cuidados às PvD, existindo apenas uma ERPI e quatro Centros de Dia da Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer. São eles: Lar e Centro de Dia “Casa do Alecrim”; Centro de dia “Professor Doutor Carlos Garcia”; Centro de dia “Memória de Mim” e Centro de dia do Marquês (Alzheimer Portugal, 2020d). No âmbito das respostas e orientações para a prestação de cuidados a PvD, destaca-se também a Associação Alzheimer Portugal¹, sendo a única Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) a nível nacional com a finalidade de promover a qualidade de vida das PvD, dos seus familiares e cuidadores (Alzheimer Portugal, 2020a).

1.3.2. Enquadramento legal da Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)

As ERPI têm como objetivos: “proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar; e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social” (ISS, 2017, p.7). De acordo com a Portaria n.º 67/2012 (artigo 4º), tem como princípios da sua atuação a qualidade, eficiência, humanização, respeito pela individualidade, interdisciplinaridade, promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia, e avaliação integral das necessidades dos residentes em conjunto com os seus familiares ou representante legal, de modo a elaborar o plano individual de cuidados.

Relativamente à sua capacidade (artigo 6º), é estabelecido um máximo de 120 residentes, não podendo ser inferior a 4 residentes. Estas instituições estão organizadas por unidades funcionais, fisicamente agrupadas e equipadas para o alojamento dos residentes em ambiente confortável e humanizado, e para a prestação dos serviços previstos no artigo 8º. A capacidade máxima de cada unidade funcional é de 60 residentes. Quando a

¹ Fundada em 1988 pelo Professor Doutor Carlos Garcia com a designação de APFADA (Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer). <https://alzheimerportugal.org/pt/>

capacidade da ERPI for igual ou inferior a 80 residentes, é dispensada a obrigatoriedade de existência de unidades funcionais.

A ERPI deve dispor de funcionários que assegurem prestação dos serviços 24 horas por dia (artigo 12º) e conta com uma equipa multidisciplinar composta por:

- Um(a) diretor(a) técnico(a) (DT);
- Um(a) animador(a) sociocultural ou educador(a) social ou técnico(a) de geriatria, a tempo parcial por cada 40 residentes;
- Um(a) enfermeiro(a) por cada 40 residentes;
- Um(a) ajudante de ação direta (AAD) por cada 8 residentes;
- Um(a) ajudante de ação direta por cada 20 residentes, com vista ao reforço no período noturno;
- Um(a) encarregado(a) de serviços se a capacidade for igual ou superior a 40 residentes;
- Um(a) cozinheiro(a) por estabelecimento;
- Um(a) ajudante de cozinheiro por cada 20 residentes;
- Um(a) empregado(a) auxiliar por cada 20 residentes.

Sempre que a ERPI acolha pessoas mais velhas em situação de grande dependência, os rácios de pessoal de enfermagem, ajudante de ação direta e auxiliar são:

- Um(a) enfermeiro(a) para cada 20 residentes;
- Um(a) ajudante de ação direta por cada 5 residentes
- Um(a) empregado(a) auxiliar por cada 15 residentes

(Portaria n.º 67/2012)

1.4. Necessidades e dificuldades percecionadas pelos cuidadores formais na prestação de cuidados às PvD em instituições

Com a progressão da demência, a prestação de cuidados às PvD torna-se desafiante para o cuidador. Estes desafios devem-se ao facto da PvD poder apresentar vocabulário e habilidade de comunicação diminuídos, explosões emocionais imprevisíveis e/ou perda de inibição, requerendo supervisão e vigilância quase constantes (Sinha, 2011). Os problemas psicológicos e comportamentais comuns nas PvD são, na maioria das vezes, mal interpretados como mau comportamento deliberado, levando à negligência, abuso e estigma, ansiedade e/ ou frustração para os cuidadores. Estes são também motivos da institucionalização da PvD (Sinha, 2011).

Conforme Kushe *et al.* (2009 *cit in.* Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques, Mendes & Sousa, 2011), nos países industrializados cerca de 60% das pessoas institucionalizadas apresentavam um quadro demencial. Tal como sucede no resto da Europa, em Portugal os cuidados prestados pelas instituições caracterizam-se pelos lares tradicionais,

prestados por indivíduos com pouca formação especializada e com baixa escolaridade (Barbosa *et al.*, 2011).

De acordo com Carrilho (2012), o cuidador formal é definido como o profissional contratado, com carácter remuneratório, que presta cuidados no domicílio ou numa instituição. A preparação eficaz dos profissionais que prestam estes cuidados é um fator que influencia a qualidade de vida das pessoas mais velhas institucionalizadas (Pereira & Marques, 2014). Neste sentido, as AAD são um elemento fundamental da equipa multidisciplinar, pelos cuidados que prestam, influenciando a qualidade dos serviços (Pereira & Marques, 2014). Embora os profissionais que prestam cuidados às PvD em instituições não tenham formação especializada, possuem algumas competências que foram adquirindo com a experiência, ao longo do tempo, e com a interação com os seus colegas (Barbosa *et al.*, 2011).

No entanto, existem algumas dificuldades percecionadas pelos cuidadores formais, tais como: a sua interação com as PvD; o desconhecimento sobre as características, sintomas e etiologia da doença; a falta de tempo e de recursos humanos; o impacto emocional e físico; a dificuldade de organização e planeamento das atividades para as PvD; e a interação com a família (Barbosa *et al.*, 2011). Por outro lado, os autores verificam que a prestação de cuidados a PvD origina também impactos positivos/ satisfatórios aos cuidadores formais, nomeadamente: a manutenção da dignidade; o sentimento de estar a contribuir para o bem-estar da PvD e o seu enriquecimento pessoal, pela aquisição de novas competências e conhecimentos (Barbosa *et al.*, 2011).

Ainda assim, cuidar de PvD suscita maioritariamente impactos negativos como: elevados níveis de *stress*, sobrecarga física e insatisfação laboral dos cuidadores devido à perda progressiva de capacidades cognitivas e motoras dos indivíduos, que podem apresentar em algum momento da doença, aos frequentes distúrbios comportamentais (por exemplo: agitação, discurso repetitivo e/ou ofensivo, deambulação) e à grande dependência (Barbosa *et al.*, 2011).

A institucionalização pode provocar o agravamento dos sintomas da doença devido a, por um lado, da ausência de estimulação ambiental e social, que caracteriza os lares tradicionais, e, por outro lado, falta de conhecimento especializado dos cuidadores formais (Figueiredo *et al.*, 2012).

1.5. Abordagem Centrada na Pessoa com Demência (ACPcD)

Conforme Baeta (2015), o modelo biomédico traduz-se pela análise do corpo humano sob o ponto de vista das suas partes, onde a doença corresponde ao defeituoso funcionamento dos mecanismos biológicos ou químicos. Esclarece, assim, que tem como função a prática médica a intervenção física ou química, de forma a corrigir as disfunções de um mecanismo específico. Contudo, apesar de terem ocorrido melhorias na saúde do homem, não foram suficientes para interpretar o ser humano em todas as dimensões biofisiológicas, psicológicas, socioambientais e espirituais (Baeta, 2015). Por oposição, no âmbito do modelo biopsicossocial são considerados diversos fatores envolvidos nas causas, manifestações e curso e evolução da saúde e da doença (Cruz, Fernandes, Pimenta, & Oliveira, 2013). É neste modelo biopsicossocial que se inscreve a ACPcD, construída em torno das necessidades do indivíduo, dependendo do conhecimento da pessoa, que se concretiza através de um relacionamento interpessoal (Fazio *et al.*, 2018).

Partindo do termo “centrado na pessoa” de Carl Rogers, Tom Kitwood (1998) usa a expressão “cuidados centrados na PcD” para fazer distinção entre a abordagem do cuidado e a abordagem biomédica. Considera que a demência resulta da interação entre fatores neurológicos e psicossociais, influenciada por fatores psicológicos, físicos e do meio ambiente, destacando o contexto social (Fazio *et al.*, 2018).

1.5.1 A história da Abordagem Centrada na Pessoa com Demência (ACPcD) e as suas componentes

A ACPcD foi desenvolvida por Kitwood e Bredin (1992 *cit in* Fazio *et al.*, 2018), tendo origem em diferentes estudos sobre práticas de cuidados, que concluem que: i) a demência varia de indivíduo para indivíduo e não progride de forma linear; ii) a PvD encontra-se em determinado estado de bem-estar/mal-estar, existindo a necessidade do cuidado interpessoal de alta qualidade que tenha em conta a personalidade (Fazio *et al.*, 2018).

Brooker (2004 *cit in* Fazio *et al.*, 2018) sintetiza os componentes chave que constituem a ACPcD, podendo proporcionar a mudança da prática e da cultura organizacional nas

instituições para as pessoas mais velhas. São eles: i) valorizar e respeitar a PvD e os seus cuidadores; ii) proporcionar um atendimento individualizado/tratar as PvD como pessoas com necessidades únicas; iii) colocar-se na perspetiva da PvD para compreender o seu comportamento; e iv) compreender a sua comunicação e criar um ambiente social positivo, através de cuidados que promovam os relacionamentos. Dois anos depois, a mesma autora criou um conjunto de indicadores para cada componente (Apêndice I).

A revisão de literatura de Levy-Storm (2013, *cit in* Fazio *et al.*, 2018) identificou as semelhanças entre as práticas baseadas na ACPcD: i) apoiar um senso de identidade e personalidade por meio de cuidados e serviços baseados no relacionamento; ii) realizar atividades individualizadas e proporcionar o envolvimento da PvD; e iii) proporcionar orientação aos cuidadores. Mais tarde, também através de uma revisão de literatura, Kogan e Mosqueda (2016) identificaram seis domínios na definição do cuidado centrado na pessoa, dando importância a: i) cuidados holísticos centrados na pessoa; ii) respeito e valor; iii) escolha; iv) dignidade; v) autodeterminação; e vi) vida com propósito.

Fazio *et al.* (2018) apontam algumas recomendações na prática da ACPcD, tais como:

- Conhecer a PvD, através dos seus valores, princípios, gostos, desgostos, do seu presente e do seu futuro;
- Conhecer o mundo na perspetiva da PvD, reconhecendo o seu comportamento como forma de comunicação;
- Identificar e apoiar oportunidades contínuas de envolvimento da PvD, apoiando os seus interesses e preferências, permitindo escolhas e sucesso, reconhecer a alegria, conforto e significado na vida da PvD, mesmo quando o grau de demência é grave;
- Construir e alimentar relações autênticas e carinhosas, tratando as PvD com dignidade e respeito, apoiando a sua individualidade, praticando um cuidado centrado na interação invés de na tarefa;
- Criar e manter o apoio aos indivíduos, famílias e aos funcionários, de forma a permitir o conforto, criar oportunidades de sucesso bem como valorizar a pessoa e respeitar as diferenças individuais, fornecer acesso, oportunidades de autonomia, envolvimento e experiências partilhadas;
- Avaliar as práticas do cuidado regularmente e realizar mudanças apropriadas.

Através da *Dementia Care Practice Recommendations*, também a Alzheimer Association apresenta diretrizes que vão ao encontro desta abordagem, com foco em: cuidado centrado na pessoa; deteção e diagnóstico; avaliação e planeamento dos cuidados; gestão médica, informação, educação e apoio; cuidados continuados para sintomas comportamentais e psicológicos da demência e apoio das atividades da vida diária (AVD); profissionais que

prestam cuidados a PvD, ambientes de apoio e terapêuticos e transições e coordenação de serviços (Alzheimer Association, 2018).

1.5.2. Cultura Organizacional e Abordagem Centrada na Pessoa com Demência (ACPcD)

Sendo um dos pioneiros na análise do conceito, Edger Shein (1984) caracteriza a cultura organizacional como a forma pela qual um determinado grupo se rege, isto é, a maneira como lidam com os problemas de adaptação externa e de integração interna que são considerados corretos e válidos, que os norteiam, sendo os novos elementos do grupo ensinados pelos mesmos como a forma correta de pensar e sentir face a estes problemas (Shein, 1984 *cit. in* Giancarlo *et al.*, 2017). De acordo com Hofstede (1991), a cultura organizacional é uma programação mental, um fenómeno coletivo que distingue os membros de uma organização de outra. Acrescenta ainda que a programação mental provém do ambiente social onde o indivíduo interage, iniciando na família e continua ao longo da vida nos diversos ambientes sociais (como a escola, o local de trabalho e a comunidade) (Alcântara, Reis, & Menezes, 2012). Em síntese, a cultura organizacional caracteriza-se pelos seus valores, normas, regras e as maneiras de agir, refletindo a personalidade e o carácter de determinada organização, a qual denominamos de identidade organizacional (Oliveira, Oliveira, & Lima, 2016).

A aplicação da ACPcD exige uma mudança na cultura organizacional das instituições que acolhem PvD. Esta mudança foi desenvolvida através da criação de um modelo designado *The Eden Alternative* com a finalidade de eliminar as três pragas intoleráveis da vida em lar de idosos _solidão, desamparo e tédio_ seguindo dez princípios do Éden, melhorando a qualidade de vida dos idosos. Para tal, é necessário tornar o ambiente físico institucional mais familiar, como a existência de plantas, animais e programas intergeracionais (Fazio *et al.*, 2018).

Considerando o estudo de Mitchell e Agnelli (2015), baseando-se no trabalho de Kitwood (1997), constamos ainda existência de duas abordagens distintas no cuidado e intervenção em demência: *Malignant Social Psychology* (Psicologia social maligna) e *Positive Person Work* (trabalho positivo centrado na pessoa). A *Malignant Social Psychology* caracteriza-se pelos diversos comportamentos que minam a personalidade e o bem-estar

das PvD, em consequência da falta de formação dos profissionais, tais como: traição, desativação, infantilização, intimidação, rotulagem, estigmatização, *outpacing*, invalidação, banimento, objetificação; ignorar, imposição, retenção, acusação, rutura, *mockery* e depreciação. Já em relação à abordagem *Positive Person Work*, tem em consideração diversos comportamentos ou boas práticas dos profissionais na prestação dos cuidados a PvD, de forma a manter a personalidade e o bem-estar, através de comportamentos: reconhecimento, negociação, colaboração, jogar, dar, meditação, celebração, relaxamento, validação, holding, criação e facilitação (Mitchell & Agnelli, 2015).

Em conformidade com estas linhas de evolução, a mudança na cultura organizacional para aplicação da ACPcD é importante, perante a evidência dos seus efeitos positivos em ambiente residencial, quer para os residentes quer para os profissionais (Chenoweth *et al.*, 2019), uma vez que as intervenções podem melhorar a vida dos indivíduos institucionalizados e as condições de trabalho dos profissionais (Koren, 2010).

Ao nível das PvD, esta mudança na cultura organizacional providencia uma melhoria na qualidade de vida destes indivíduos, por um lado, pela redução da agitação e melhoria dos padrões de sono e, por outro lado, pela manutenção da autoestima (Epp, 2003 *cit. in* Fazio *et al.*, 2018). Segundo os estudos realizados acerca da mudança da cultura organizacional de Li e Porock (2014 *cit. in* Fazio *et al.*, 2018), nos residentes com cognição intacta ou demência leve, a mudança de cultura suscitou melhoria da sua qualidade de vida e no seu bem-estar psicológico, (dignidade, segurança, individualidade e autonomia), redução significativa da depressão (avaliada na Escala de Depressão Global), diminuição da solidão, desamparo, tédio; menor dependência nas AVD; diminuição de comportamentos desafiadores; diminuição do uso de medicação, quedas e de problemas nutricionais. Ainda, segundo estes autores, a mudança de cultura organizacional para adoção da ACPcD proporciona: redução dos sintomas comportamentais, melhoria no bem-estar psicológico dos residentes e redução do uso de medicamentos psicotrópicos (Li & Porock, 2014).

Para que a implementação da ACPcD seja bem-sucedida, requer, assim, uma mudança na cultura organizacional caracterizada por uma reorientação dos valores, atitudes e normas das instituições, bem como a quebra de hierarquias. Para uma liderança eficaz é fundamental por um lado, a melhoria do desempenho da equipa, através do apoio e da

formação fornecida aos profissionais, relacionadas com questões sobre a visão geral de demência, o ato de cuidar, as prioridades na compreensão, os problemas comportamentais e o sentimento dos colaboradores. E, por outro lado, através do compromisso dos líderes organizacionais de alocar os recursos suficientes, apoiando as práticas por meio da redução da conclusão das tarefas em determinados tempos, colocando os relacionamentos antes das tarefas de planeamento e da prestação de cuidados, permitindo que os profissionais equilibrem os desejos das PvD com os valores da instituição, bem como os profissionais façam parte do processo de tomada de decisão das organizações (Chenoweth *et al.*, 2019).

Brownie e Nancarrow (2013) consideram que a mudança de cultura organizacional das instituições ao encontro da ACPcD não é homogénea, mas deve incluir as seguintes ações:

- Melhoria ambiental;
- Oportunidade de estimulação social e relacionamento satisfatórios;
- Continuidade do cuidado à PvD, atribuindo-lhes os mesmos colaboradores;
- Mudanças nas abordagens de gestão e de liderança, introduzindo práticas democratizadas na tomada de decisão, que envolvam os residentes e os colaboradores.

(Brownie & Nancarrow, 2013)

2. Metodologia de Investigação

2.1. Modelo de Análise

Na figura 1, o modelo de análise interliga os conceitos e as dimensões de operacionalização do objeto de estudo. O processo de envelhecimento biológico está relacionado com uma redução da funcionalidade e estados de fragilidade, condutores de maior suscetibilidade a doenças crónicas. No caso da redução patológica da funcionalidade cognitiva, pode traduzir-se em demência. No seio do envelhecimento populacional, o crescimento da esperança de vida proporciona uma maior longevidade e aumento do número de pessoas mais velhas, refletindo-se num maior número de PvD, com necessidade de cuidados.

Em Portugal, embora seja a família a principal prestadora de cuidados às pessoas mais velhas, as ERPI representam um papel preponderante, acolhendo e prestando cuidados a PvD, na sua heterogeneidade e diferentes fases da doença. É necessário considerar as PvD e as suas necessidades, para que os cuidados que lhe são prestados sejam geradores de bem-estar. Estas práticas podem posicionar-se em orientações como a ACPcD, focada na pessoa. Por sua vez, há que considerar as dificuldades na aplicação desta abordagem enquanto recomendação internacional, tendo em conta as perceções dos colaboradores/prestadores de cuidados às PvD, as características da cultura organizacional impressa em determinada ERPI, bem como as políticas sociais que a pode determinar/ influenciar. Falamos de uma dimensão que se foca nas constricções e dificuldades capazes de afastar as práticas destas diretrizes centradas nas PvD.

Num contexto de pandemia COVID-19, a cultura de prestação de cuidados às PvD em instituições é afetada, fazendo emergir novas necessidades ou novos desafios, influenciando igualmente as políticas sociais determinantes na cultura organizacional das ERPI, que importa explorar.

2.2. Objetivos

Objetivo Geral

Esta pesquisa teve como objetivo geral *caracterizar a prestação de cuidados às pessoas que vivem com demência em Estruturas Residenciais para as Pessoas Idosas na Região Autónoma da Madeira, de acordo com a abordagem centrada na pessoa com demência, considerando as políticas e apoios sociais existentes, bem como as dificuldades e necessidades dos profissionais de prestação de cuidados.*

Objetivos específicos:

Para cumprir o objetivo geral foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- i) Caracterizar a cultura organizacional de ERPI na RAM, em relação à sua estrutura e funcionamento, de acordo com a ACPcD;
- ii) Identificar as dificuldades e necessidades dos colaboradores dessas ERPI na prestação de cuidados às PvD, na aplicação da ACPcD, nomeadamente os desafios no contexto de pandemia COVID-19;
- iii) Analisar em que medida as políticas sociais dirigidas às ERPI na RAM ou a falta deles facilitam/dificultam a aplicação da ACPcD, na perceção dos diretores técnicos.

2.3. Seleção da Unidade Territorial e das ERPI

Para realização da pesquisa selecionou-se a RAM pelas suas características demográficas e pelo fraco investimento em estudos desta natureza. Apesar de não se encontrarem investigações em torno da forma como os cuidados estão a ser prestados nas ERPI desta unidade territorial, trata de uma região cada vez mais envelhecida, onde estas questões assumem maior relevância.

Na tabela 1 verifica-se que a população da RAM tem vindo a envelhecer, embora apresente valores inferiores ao resto do país. Segundo os dados, o índice de envelhecimento na RAM passou de 70 em 2001 para 90,65 em 2011, tendo aumentado para 136 em 2020.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica onde se encontram as ERPI selecionadas

RAM	2001	2011	2020
População Residente	245 011	267 785	253 923
Índice de Envelhecimento	72	90,65	136
Índice de Longevidade	39,20	46,55	45,3
Índice de Dependência de Idosos	20,4	21,7	24,9
Esperança de Vida à Nascimento	H: 68,61 M: 77,39	H: 73,41 M: 80,91	H: 74,63 M: 81,52
Esperança de Vida aos 65 anos	H: 12,96 M: 17,08	H: 15,07 M: 18,89	H: 15,08 M: 19,46

Fontes: INE e DREM

A escolha das ERPI incidiu sobre o critério de conveniência, ou seja, aquelas em que os diretores técnicos (DT), os técnicos superiores (TS) e os auxiliares de ação direta (AAD) se disponibilizaram para colaborar com a pesquisa.

Foram contactadas formalmente (via email) as ERPI dos diversos concelhos da RAM, tendo sido enviado o projeto da pesquisa, solicitando a participação no estudo. Do conjunto de vinte e quatro ERPI que existem na RAM (apêndice II), foram contactadas quinze. Destas quinze instituições, apenas quatro responderam e duas não quiseram colaborar por falta de indisponibilidade de recursos humanos e/ ou surtos de COVID-19. Assim, a nossa pesquisa incidiu em duas ERPI, uma pertence ao concelho de Santa-Cruz e a outra pertence ao concelho de Câmara de Lobos, que aqui designaremos A e B.

Selecionadas as ERPI, a amostra foi constituída pelos DT, TS e AAD que têm contato direto diariamente com as PvD na ERPI, que se disponibilizaram em colaborar.

2.4. Recolha de Dados

Para concretizar os objetivos, foi realizado um inquérito por entrevista semiestruturada aos colaboradores das duas ERPI selecionadas. Na ERPI B, as entrevistas foram realizadas presencialmente no dia 5 de junho de 2021. Já na ERPI A, as entrevistas foram realizadas online, recorrendo à plataforma Zoom, entre os dias 21 de junho e 9 de agosto de 2021.

Tendo por base a literatura existente acerca da ACPcD, da prestação dos cuidados às PvD em ERPI, bem como das dificuldades e as necessidades dos profissionais na prestação dos cuidados, foi possível construir guiões de entrevista específicos para os DT, TS e AAD. Em relação aos DT, o guião da entrevista (apêndice III) foi contruído a partir dos elementos que compõem a cultura organizacional de uma ERPI, incluindo dimensões e indicadores da ACPcD. Já relativamente aos TS e AAD, o guião (apêndice IV e V) partiu de estudos existentes em torno das práticas de prestação de cuidados formais em ERPI, bem como dos componentes da ACPcD. Cada guião incluiu ainda variáveis de caracterização dos inquiridos, acerca da sua perceção enquanto profissional das dificuldades e necessidades na prestação dos cuidados a PvD e, simultaneamente, uma breve descrição das atividades realizadas com as PvD.

Considerando os desafios que surgiram ao longo deste ano de pandemia COVID-19, acrescentou-se ao guião um conjunto de questões relativas à perceção dos profissionais (DT, TS e AAD) sobre o impacto que a COVID-19 suscitou, quer ao nível pessoal quer ao nível das dinâmicas e das rotinas das organizações, na prestação dos cuidados as PvD e no bem-estar das PvD.

Acresce que em cada ERPI foi efetuada uma recolha documental de elementos importantes à caracterização da cultura organizacional, disponibilizados pelos colaboradores.

2.5. Tratamento e Análise de Dados

No concerne à análise dos dados, a informação recolhida foi tratada por métodos diferentes. Relativamente à documentação em torno das políticas, planos e orientações disponibilizadas pela ERPI, foi efetuada uma análise documental, tendo em conta as componentes da ACPcD, beneficiando ainda de um enquadramento das políticas sociais.

As entrevistas semiestruturadas aos DT, TS e AAD foram transcritas na íntegra, e a informação reunida foi sujeita a uma análise de conteúdo que respeitou as categorias previamente identificadas, correspondentes às componentes da ACPcD:

Caracterização dos colaboradores
Caracterização da ERPI

Recursos Humanos e Formação
Prestação de Cuidados às PvD
Atividades com a PvD
Pontos fortes da prestação de cuidados às PvD
Pontos fracos necessidades e desafios da prestação de cuidados a PvD
Desafios da COVID-19

A cada categoria correspondeu dimensões e indicadores, explorados em cada entrevista. Estes foram também os elementos que suportaram a construção dos guiões de entrevista e será também o alinhamento da apresentação de resultados que se segue.

3. Apresentação dos Resultados

São aqui apresentados os principais resultados extraídos das entrevistas realizadas aos diferentes profissionais de cada ERPI.

3.1. Caracterização profissional dos entrevistados de cada ERPI

Tabela 2 - Caracterização profissional dos entrevistados de cada ERPI

	ERPI A	ERPI B
DT	<p>N=1, 100%</p> <p>25-30 anos</p> <p>Licenciatura em Serviço Social</p> <p>Mestrado em Serviço Social</p> <p>Especialização em interdisciplinaridade na instituição dos cuidados aos idosos</p> <p>É Assistente Social na ERPI A desde dezembro 2018, passou em setembro de 2019 a desempenhar também funções de DT</p> <p>Esteve ausente da ERPI desde 2019, regressou em março de 2021</p>	<p>N=1, 100%</p> <p>45- 50 anos</p> <p>Licenciatura em contabilidade, educação e enfermagem</p> <p>Especialização na área da geriatria</p> <p>É DT na ERPI B desde 2012</p>
EG	<p>N=1, 100%</p> <p>50-55 anos</p> <p>Licenciatura em enfermagem</p> <p>Especialização na área da reabilitação</p> <p>Exerce funções de enfermagem e gestão ², estando a desempenhar funções desde março de 2021</p>	
TS	<p>N=4, 15,38%</p> <p>Idades compreendidas entre os 25 e os 45 anos</p> <p>Sexo feminino</p> <p>Exercem funções de Educadora Sénior, Psicóloga, Enfermeira e de Terapeuta Ocupacional.</p> <p>Níveis de escolaridade de Licenciatura Educação Social Sénior e Mestrado em psicologia de educação; Licenciatura e Mestrado em psicologia; Licenciatura em enfermagem e pós-graduação em supervisão clínica e na área da reabilitação e Licenciatura em Terapia Ocupacional</p> <p>Desempenham funções na instituição desde 2018 e 2021, a tempo integral e a part-time</p>	<p>N=1, 12,50 %</p> <p>25 e 35 anos</p> <p>Sexo feminino</p> <p>Desempenha funções de Educadora Sénior desde 2018 a tempo integral</p>
TAS		<p>N= 1, 14,29%</p> <p>50 – 55 anos</p> <p>Sexo feminino</p> <p>Desempenha funções de Animadora sociocultural desde 1991 a tempo integral</p>
AAD	<p>N=4, 17,39%</p> <p>Idades compreendidas entre 45 e os 50 anos</p> <p>Sexo Feminino</p> <p>Níveis de escolaridade entre o 9ºano e Licenciatura em administração</p> <p>Desempenham funções de AAD desde 2018</p>	<p>N= 4, 16%</p> <p>Idades compreendidas entre os 21 e os 60 anos</p> <p>Sexo feminino</p> <p>Níveis de escolaridade entre o 9ºano e o 12ºano de escolaridade</p> <p>Desempenham funções de AAD desde 1990 e 2020</p>

3.2. Caracterização das ERPI, considerando os diferentes profissionais entrevistados

Tabela 3 - Caracterização das ERPI em estudo, considerando os diferentes profissionais entrevistados

ERPI A	ERPI B
IPSS RAM, sediada no concelho de Câmara de Lobos 60 residentes, 16 deles PvD	IPSS RAM, sediada no concelho de Santa-Cruz 80 residentes, 10 deles PvD
“50% dos residentes apresentam também alterações cognitivas embora não estejam diagnosticadas” (DT; EG)	“A maioria dos residentes dos residentes apresentam alterações cognitivas embora não estejam diagnosticadas” (DT)
Não é especializada na área das demências	Não é especializada na área das demências
Cuidados permanentes (24h) de enfermagem e AAD (EG)	Não é especializado na prestação de cuidados
Horário de visitas - 14:00 às 20:00 e fim de semana até às 19h:00	Horário de Visitas – 14:00h às 17:00h
50 quartos (40 individuais e 10 partilhados)	50 quartos (individuais, duplos e triplos)
PvD partilham quarto com pessoas com e sem quadro demencial	PvD partilham quarto com pessoas com e sem quadro demencial
PvD ocupam quartos individuais	PvD não ocupam quartos individuais
Identificação dos quartos das PvD: número, nome e número de rua	Identificação dos quartos das PvD com fotografia nas portas do quarto ²
PvD podem ter objetos de decoração e pessoais	PvD podem ter objetos de decoração e pessoais
Casas de banho privadas identificadas, como? ou partilhadas por 2 quartos	Casa de banho são partilhadas e estão identificadas
Espaço de culto	Espaço de Culto
Espaço exterior	Espaço Exterior
Processo: DT, EG e TS. Envolve a família.	Processo: DT, TS, envolve a família

a) ERPI A

A ERPI A tem um número de residentes (60) inferior ao quantitativo máximo (120), sendo 16 (26,6%) com quadro demencial diagnosticado. Contudo, a DT e a EG afirmam que 50% dos residentes apresentam alterações cognitivas embora não estejam diagnosticadas. Embora a ERPI não seja especializada na área das demências, tem cuidados permanentes (24 horas) ao nível não só da prestação de cuidados pelos AAD, mas também da equipa de enfermagem.

No que concerne aos espaços físicos, na ERPI A as PvD usufruem de quartos individuais e partilham quarto com pessoas com ou sem diagnóstico de demência. Os quartos estão identificados com o número e o nome de uma rua do concelho onde está sediada a instituição. Os residentes podem ter os seus objetos de decoração e bens pessoais nos quartos, como fotografias, desde que “*não prejudiquem o seu bem-estar e a sua saúde*” (EG, ERPI A). Ainda em relação à estrutura física, a ERPI possui um espaço de culto espiritual/religioso bem como um espaço ao ar livre, onde as PvD circulam livremente nesses espaços.

Quanto ao processo de institucionalização da PvD, na maioria são encaminhadas pela segurança social, sendo sobretudo situações provenientes de Hospitais. O técnico responsável pelo acolhimento do utente é a DT, estando também envolvidos a EG e uma TS, na realização da avaliação inicial. É realizada uma articulação entre a família e a equipa:

“(...) no caso da PvD ser idónea, é-lhe dada a conhecer a instituição, os colaboradores e os colegas” (EG, ERPI A).

b) ERPI B

A ERPI B tem um número de residentes (80) inferior ao quantitativo máximo por cada Estrutura Residencial (120), sendo 10 (12,5%) com quadro demencial diagnosticado. Embora, a DT revele que a maioria dos residentes apresentam alterações cognitivas, estas não estão diagnosticadas.

No que concerne aos espaços físicos, na ERPI B dispõem de quartos nas três tipologias permitidas. No entanto, as PvD só usufruem de quartos duplos e/ou triplos partilhando o quarto com pessoas com ou sem diagnóstico de demência. Os quartos estão identificados com fotografias dos residentes nas portas. No entanto, a DT revela que foi retirado devido a proteção de dados dos residentes. Os mesmos podem ter os seus objetos de decoração e/ou bens pessoais nos quartos. A ERPI possui ainda um espaço de culto espiritual/religioso bem como um espaço ao ar livre, onde as PvD são encaminhadas.

Quanto ao processo de institucionalização da PvD, na maioria são encaminhadas pela segurança social, recebendo também pedidos de institucionalização ao nível privado. Há uma equipa de técnicos responsáveis pelo acolhimento do utente: DT, equipa de enfermagem, presidente e educadora sénior. No caso das institucionalizações de cariz privado, a PvD é acompanhada pelos seus familiares e é realizada a avaliação inicial pela equipa. É efetuado uma articulação entre a família e a equipa:

“E no dia do acolhimento na ERPI o utente vem acompanhado com a família e é apresentada a instituição no caso de ser uma PvD ainda autónoma” (DT, ERPI B).

3.3. Caracterização dos Recursos Humanos e Formação de cada ERPI, considerando os diferentes profissionais entrevistados

Tabela 4 - Caracterização dos Recursos Humanos e Formação de cada ERPI, considerando os diferentes profissionais entrevistados

	ERPI A	ERPI B
DT	Rácio de recursos humanos insuficiente Colaboradores sem formação especializada na área das demências É dado feedback aos profissionais Reuniões frequentes com colaboradores e administração	Rácio de recursos humanos insuficiente ao nível dos TS Colaboradores sem formação especializada na área das demências É dado o feedback aos profissionais Reuniões frequentes com TS e os colaboradores
EG	Rácio de recursos humanos aceitável Departamento de formação Não são feitas ações de coesão de equipa	
TS	Não possuem formação especializada na área da demência/ prestação de cuidados Consideram que a ERPI proporciona formação	Não possui formação especializada na área das demências e na prestação de cuidados Considera que a ERPI proporciona formação
TAS		Não possui formação especializada na área das demências e na prestação de cuidados Considera que a ERPI proporciona formação É dado o feedback sobre o seu desempenho
AAD	Uma possui formação em prestação de cuidados Uma possui formação em demência Consideram que a ERPI proporciona formação Referem que é realizado o levantamento das suas necessidades 2 referem que é dado feedback sobre o seu desempenho	Não possuem formação em prestação de cuidados Três das AAD possui formação em demência, realizada na ERPI pela Associação Alzheimer Portugal de 36 horas ² Consideram que a ERPI proporciona formação Revelam que é realizado o levantamento das suas necessidades 3 referem que é dado o feedback sobre o seu desempenho

a) ERPI A

A DT da ERPI A refere que o rácio de recursos humanos da instituição é insuficiente e que os colaboradores não têm formação especializada na área das demências. Por oposição, a EG afirma que o rácio é aceitável:

“(...) a verdade é que o número de funcionários numa IPSS é sempre mais reduzido e por isso obriga-nos a ser flexíveis e polivalentes” (DT, ERPI A);

“O número de AAD é um número bastante aceitável se não houver interferências, ou seja, se não houver baixas para além das férias. No entanto, sempre que é preciso costumamos ir ao desemprego empregar pessoas consoante os programas que existem” (EG, ERPI A).

A instituição tem um departamento de formação² com a finalidade de, por um lado, garantir as horas mínimas de formação por ano obrigatórias e, por outro lado, “assegurar que a prestação de cuidados ao residente e a relação entre os profissionais sejam as melhores” (EG, ERPI A). Foram já realizadas diversas formações nomeadamente: “interação entre os colaboradores, as relações interpessoais e de primeiros socorros” (EG, ERPI A).

Não são feitas ações de coesão de equipa. No entanto, a DT refere que é transmitido *feedback* aos colaboradores, através das reuniões quinzenais com a equipa multidisciplinar (TS³) que transmite a informação à restante equipa (AAD). São ainda realizadas reuniões mensais com a administração (diretor clínico e administração) e os departamentos mais pequenos (como os serviços gerais e a lavandaria), sempre que existe a necessidade de modificar algum procedimento. Acresce que as quatro AAD inquiridas referem partilhar com a direção as necessidades e dificuldades que sentem na prestação de cuidados às Pvd:

“Sim, partilhamos com a nossa chefe. Tem o cuidado de verificar e anotar as nossas necessidades” (AAD1-4, ERPI A).

Nenhuma das TS possui formação especializada na área das demências ou prestação de cuidados, embora tenham outras especializações⁴. As TS inquiridas salientam que a instituição proporciona formação especializada quando existe necessidade por parte da equipa, tendo conhecimento do departamento de formação (à exceção de uma TS que exerce funções em regime *part-time*).

“É sempre dada a oportunidade de acrescentar formações em áreas que queremos. Como profissionais, sentimos essa necessidade de ter formação” (TS1, ERPI A)

“Sim é feito um levantamento anual das necessidades de formação dos funcionários. Já foi feito cá este ano como temos um departamento de formação. Pedimos formações que temos mais dificuldades e depois sugerimos outras formações que seriam benéficas no sentido de fazer uma “reciclagem” da informação” (TS3, ERPI A)

² Desde março de 2018. “Anteriormente as formações especializadas para os colaboradores eram realizadas por uma entidade acreditada” (EG, ERPI A)

³ Animadora sociocultural, psicóloga, enfermeira gestora, enfermeira de reabilitação e nutricionista

⁴ A Psicóloga tem uma especialização avançada em terapias cognitivas comportamentais. A Enfermeira tem uma Pós-graduação em Supervisão clínica e massagem.

Esta é também a partilha das AAD, frisando que a instituição proporciona formação especializada aos colaboradores nomeadamente: “higiene dos idosos” (AAD2, ERPI A) e “demências” (AAD4, ERPI A). Consideram que é feito o levantamento das necessidades e duas afirmam que é dado feedback do seu desempenho pelos superiores:

“Claro que sim. Temos classificações anuais (1 até 4)” (AAD4 e AAD3, ERPI A).

b) ERPI B

A DT da ERPI B refere que o rácio de recursos humanos da instituição é insuficiente relativamente aos TS. Já em relação aos AAD, revela que o número é aceitável.

“Estamos em falha nisso, no que diz respeito aos técnicos superiores, dos AAD estamos bem” (DT, ERPI B)

Os profissionais não possuem formação especializada na área das demências e prestação de cuidados. Contudo, a ERPI já proporcionou formação nessa área, de 36 horas, efetuada pela Associação de Alzheimer Portugal a toda a equipa. A ERPI disponibiliza ainda formação especializada através de outras instituições externas e especializadas, nomeadamente: “*QUALIFICAR*” e a “*Cenisf*”, tendo sido já realizadas diversas formações nomeadamente: “*demências*” e “*os afetos*” (DT, ERPI B).

3.4. Prestação de cuidados considerando os diferentes profissionais entrevistados

Tabela 5 - Prestação de cuidados de cada ERPI, considerando os diferentes profissionais entrevistados

	ERPI A	ERPI B
DT	Sempre que possível a prestação de cuidados à PvD é realizada pelos mesmos colaboradores Todos os colaboradores sabem o nome, preferências, histórias de vida e interesses da PvD	Sempre que possível é realizada pelos mesmos funcionários Todos os colaboradores sabem o nome, preferências, histórias de vida e interesses da PvD
EG	Sempre que possível a prestação de cuidados à PvD é realizada pelos mesmos colaboradores Todos os colaboradores sabem o nome, preferências, histórias de vida e interesses da PvD Não existe um plano de cuidados individualizado para as PvD Horário flexível da prestação de cuidados, à exceção do banho	
TS	Não existe um plano de cuidados individualizado para as PvD São realizadas reavaliações da PvD 3 TS participam nas reuniões de reavaliação das PvD e 1 não Preocupação com a interação com a PvD e não na tarefa As 4 sabem o nome, preferências, histórias de vida e interesses da PvD	Existe um plano de cuidados individualizado para cada PvD São realizadas reavaliações da PvD Participa nas reuniões de reavaliação das PvD Preocupação com a interação com a PvD e não na tarefa Sabe o nome, preferências, histórias de vida e interesses da PvD
TAS		Existe um plano de cuidados individualizado para cada PvD São realizadas reavaliações da PvD Participa nas reuniões de reavaliação das PvD Preocupação com a interação com a PvD e não na tarefa Sabe o nome, preferências, histórias de vida e interesses da PvD
AAD	Têm acesso ao plano de cuidados Horário pré-determinado para a prestação de cuidados A prestação de cuidados à PvD não é realizada pelos mesmos colaboradores 2 sabem o nome, preferências, histórias de vida e interesses da PvD e 2 não Preocupação com a interação com a PvD e não na tarefa	Têm acesso ao plano de cuidados Horário pré-determinado para a prestação de cuidados A prestação de cuidados à PvD não é realizada pelos mesmos colaboradores 3 sabem o nome, preferências, histórias de vida e interesses da PvD e somente 1 não Preocupação com a interação com a PvD e não na tarefa

a) ERPI A

A DT e a EG indicam-nos que sempre que possível a prestação de cuidados é realizada pelos mesmos colaboradores, dado que estes são distribuídos (e na maioria das vezes fixos) pelos pisos da instituição. Contudo, por vezes existe rotatividade ao nível dos pisos e horário.

“Normalmente os funcionários são distribuídos sendo fixos nos mesmos pisos (2º e 4º piso) porque os idosos criam relação com os mesmos. Mas não é sempre garantido que sejam sempre os mesmos nos pisos e nos mesmos horários” (DT, ERPI A);

“O grupo é sempre o mesmo é um grupo estável podem é mudar ao nível dos pisos. Mas preferencialmente mantem os mesmos pisos” (EG, ERPI A).

A EG acrescenta ainda que se a PvD “*não gosta de algum profissional, nós tentamos que seja outro (a prestar o cuidado)*”. Já as quatro AAD, frisam que a prestação de cuidados

às PvD não é sempre feita pelos mesmos colaboradores. Nestas circunstâncias, a DT, EG e AAD afirmam que a transição é feita de forma cuidadosa:

“Os horários são rotativos, mas é passada a informação importante sobre cada utente e as mudanças que houve durante os turnos aos outros colegas. No caso de um utente com demência, informamos se se estão a comer bem, se estão mais agitados ou não, e outras informações que sejam importantes o colega saber” (AAD1, ERPI A).

A DT e a EG revelam-nos que todos os profissionais sabem os nomes de todas as PvD, bem como as preferências, histórias de vida e interesses, o que coincide com a resposta das 4 TS, mas contraste com a resposta das AAD, pois apenas 2 confirmam (AAD1 e AAD4)⁵.

A EG revela-nos que se verifica alguma flexibilidade em termos de horário de prestação de cuidados, considerando a disposição das PvD, mas que, algumas tarefas têm um horário pré-definido. As 4 AAD corroboram esta informação, assumindo que existe um horário para cada tarefa, mas que tentam ir ao encontro dos desejos e necessidades da PvD:

“Preferencialmente tentamos respeitar. O banho normalmente é de manhã, não fazemos noutra horário. Só se a PvD se sujar” (EG ERPI A)

“(…) dependendo do trabalho e também do horário de trabalho. A prestação de cuidados da manhã é diferente do turno da tarde e da noite, o da manhã são feitas as higiènes e à noite é mais reforços e conforto” (AAD1, ERPI A);

“(…) existe um horário pré-estabelecido, mas devemos respeitar o facto de a PvD não querer fazer a determinada hora a sua higiene e fazemos um pouco mais tarde, senão vai alterar o seu estado vai ficar mais agressiva, irritada e quando isso acontece deixamos para mais tarde” (AAD2, ERPI A);

“Cada caso é um caso. Há dias que temos de seguir as regras (...), mas tentamos sempre ir de em conta a rotina das PvD” (AAD3, ERPI A);

“Sim, em especial os utentes com demência têm de ter uma rotina, o auxiliar é que tem de ver como está o comportamento deles diariamente. Não existem dias iguais para os utentes com demência, é preciso tendo em conta as suas necessidades” (AAD4, ERPI A).

A EG e as TS afirmam que não existe um plano de cuidados individualizado e escrito para as PvD. Segundo a EG, existe apenas um plano de cuidados escrito pelo enfermeiro. As TS comunicam com a equipa a(s) patologia(s) que cada PvD tem diagnosticadas no

⁵ As outras duas referem saber apenas em relação à maioria das PvD.

momento da admissão. Por sua vez, as quatro AAD referem ter acesso ao plano de enfermagem:

“Ainda não existe um plano escrito individualizado para os utentes com demência. Mas estamos no caminho de fazer” (EG, ERPI A);

“Sim quando o utente entra na instituição é já referida a sua patologia” (TS4, ERPI A);

“Sim, a comunicação (sobre o plano de cuidados) é importante” (AAD1 ERPI A);

“(o plano de cuidados) é elaborado pela equipa de enfermagem” (AAD2 ERPI A);

“Temos sempre acesso ao plano de cuidados. Temos de saber o máximo das coisas sobre o residente para o residente não sofrer” (AAD3 ERPI A);

“Nós sabemos mais ou menos o que temos de fazer mais ou menos com cada utente” (AAD4 ERPI A).

São realizadas reuniões de equipa para reavaliar as PvD, participando a AAD responsável e três TS:

“Fazemos uma reunião quinzenal com objetivo de ver em cada serviço aquilo que está a correr bem e o que não está a correr tão bem” (TS1 ERPI A);

“Sim ainda não fiz nenhuma (reavaliação). A ideia que tenho é que são feitas anualmente, para reajustar os planos. Vou fazer agora algumas reavaliações para ajustar os planos de alguns utentes” (TS2 ERPI A).

Em relação à forma como presta cuidados, as quatro TS afirmam preocupar-se com a sua interação com a PvD invés de com a tarefa que estão a realizar. Também as AAD respondem em conformidade:

“A comunicação é fundamental. Quando estou a fazer uma higiene vou comunicando (com a PvD) como vou fazer e se sente confortável como estou a fazer” (AAD1, ERPI A);

“Explico sempre cada processo que vai ser feito, interagir com o utente, de forma a transmitir carinho e afeto e não medo” (AAD2, ERPI A);

“Faço as duas coisas. Se a pessoa não estiver bem eu não vou conseguir fazer o resto” (AAD3, ERPI A).

Constatamos que, apesar de existir um tempo pré-definido para a realização de uma tarefa, as quatro TS e as quatro AAD assumem podem demorar o tempo necessário.

“Sim, temos um tempo pré-definido, mas “fugimos” dos horários estipulados” (AAD1, AAD2, ERPI A);

“Se o utente precisar de mais tempo eu vou demorar. Mas sempre tendo em conta o objetivo que é dar os banhos todos” (AAD3, ERPI A);

“Quando planificamos as atividades semanais já tem um horário estabelecido e os residentes já sabem que existem essas atividades a determina hora” (TS 1, ERPI A);

No entanto, uma AAD refere que não têm tempo e duas assumem que não é dada abertura para essa alteração do plano de cuidados, que é realizada pela enfermagem:

“Sempre que é feita alguma mudança e/ou simulação somos notificados e é feita uma reunião para informar sobre essas alterações” (AAD1, ERPI A);

“Nós perguntamos sempre primeiro à equipa de enfermagem o que fazer em determinada situação, e são eles que alteram. É tudo sempre em sintonia com equipa de enfermagem” (AAD4, ERPI A).

b) ERPI B

A DT refere que sempre que possível a prestação de cuidados é realizada pelos mesmos colaboradores, mas nem sempre é possível, devido aos horários de trabalho e aos turnos rotativos:

“Normalmente os funcionários trabalham por turnos e o horário é rotativo, embora sejam sempre os mesmos colaboradores” (DT, ERPI B).

Quanto às mudanças de turno entre os colaboradores, a DT revela que é feita de forma cuidadosa. A informação é transmitida verbalmente nos turnos de dia e por escrito nos turnos da noite. Já as quatro AAD frisam que a prestação de cuidados às PvD não é sempre feita pelos mesmos colaboradores. Nestas circunstâncias, à semelhança do que afirma a DT as AAD afirmam que a transição é feita de forma cuidadosa:

“No que diz respeito a passagem de turno é feita de forma cuidadosa e no caso de ser turno da noite é obrigatório ficar por inscrito enquanto que, durante o dia é passada verbalmente, ou seja, é mais informal” (DT, ERPI B);

“Os horários são rotativos, mas é passada a informação importante sobre cada utente e as mudanças que houve durante os turnos” (AAD1, ERPI B);

“Passamos a informação à colega de como se encontra o utente, no caso de ser o turno da noite somos obrigadas a deixar por inscrito” (AAD3, ERPI B).

A DT revela que todos os profissionais sabem os nomes de todas as PvD, bem como as preferências, histórias de vida e interesses, o que coincide com a resposta da TS, e TSA,

mas contraste com a resposta das AAD, pois somente 3 confirmam (AAD1, AAD2, AAD3).

“Aqui na instituição tratamos todos pelo nome e não pelos apelidos, a não ser que já venha com apelido desde que seja carinhoso mantemos” (DT, ERPI B);

“É importante perceber na admissão de cada utente percebe e conhecer as suas histórias de vida e as patologias para uma melhor intervenção. Em relação ao nome são todos tratados pelo seu nome e não pelo o apelido” (TS, ERPI B);

“Sei o nome de todos, mas ainda não conheço as histórias de vida de todos como comecei a trabalhar a pouco tempo na instituição” (AAD4, ERPI B).

A DT refere que existe alguma flexibilidade em termos de horário de prestação de cuidados, considerando a disposição das PvD, mas que, algumas tarefas têm um horário pré-definido. As 4 AAD corroboram esta informação, assumindo que existe um horário para cada tarefa, mas que tentam ir ao encontro dos desejos e necessidades da PvD:

“Existe um tempo pré-definido e uma rotina, por exemplo, os banhos são sempre dados de manhã, mas as colaboradoras têm em conta as rotinas e a disposição das PvD” (DT, ERPI B);

“Sim temos um horário pré-estabelecido, mas tentamos ir de em conta as necessidades da PvD” (AAD2, ERPI B);

A DT indica que existe um plano de cuidados individualizado e escrito para as PvD, elaborado pela equipa de enfermagem, ao qual todos têm acesso. As quatro AAD afirmam ter acesso a este plano.

São realizadas reuniões de equipa para reavaliar as PvD, onde a TS e a TAS participam. As quatro AAD referem não participar:

“Apenas é passada a informação ao nível de alteração do plano de cuidados dos utentes pela equipa de enfermagem” (AAD1, ERPI B).

Em relação à forma como prestam cuidados, a TS e TAS afirmam preocupar-se com a sua interação com a PvD invés de com a tarefa que estão a realizar. Também as AAD respondem em conformidade:

“Isso é uma lacuna muito grande que as instituições têm, a falta de recursos humanos, e por vezes a falta de efetividade que temos de ter nas tarefas). A parte humana requer tempo e cada vez mais fazer mais rápido nas tarefas que fazemos. Nós equipa temos tentado melhorar essa parte humana” (TS, ERPI B);

“Comunico sempre com eles, quando dou o banho vou explicando o que estou a fazer para interagir com a PvD” (AAD1, ERPI B);

Apesar de existir um tempo pré-definido para a realização de cada tarefa, a TS, a TAS e as quatro AAD assumem que podem demorar o tempo necessário.

“Às vezes temos de despachar porque, por exemplo, temos a sala de ocupação com 30 utentes para um funcionário e temos de ter mais atenção às PvD” (TAS, ERPI B);

“Temos um tempo estipulado, mas se for preciso demoro mais com aqueles que precisam de mais tempo” (AAD1, ERPI B).

As quatro AAD afirmam-nos que é dada abertura por parte da chefia para a mudança:

“Sim. A direção pede a nossa opinião” (AAD1, ERPI B);

“Sim, mas normalmente quem faz a mudança é a equipa de enfermagem” (AAD2, ERPI B).

3.5. Atividades realizadas com a PvD

Tabela 6 - Atividades realizadas com a PvD

	ERPI A	ERPI B
DT	<p>Não existe um plano de atividades individual e escrito para cada PvD</p> <p>Existe um plano de atividades semanal e anual</p> <p>As atividades consideram as histórias de vida, as preferências e/ou gostos das PvD</p> <p>As PvD são estimuladas a participar nas atividades</p> <p>As PvD mais autónomas e idóneas escolhem as suas atividades</p> <p>As PvD grau leve ou moderado são encorajadas e estimulados a realizar as AVD sozinhas</p> <p>Atividades em grupo exceto para as pessoas acamadas (atividades individuais)</p>	<p>Não existe um plano de atividades individual e escrito para cada PvD</p> <p>Existe um plano de atividades anual</p> <p>As atividades consideram as histórias de vida, as preferências e/ou gostos das PvD</p> <p>As PvD são estimuladas a participar nas atividades</p> <p>As PvD não escolhem as suas atividades</p> <p>As PvD grau leve ou moderado são encorajadas e estimulados a realizar as AVD sozinhas</p> <p>Atividades em grupo exceto para as pessoas acamadas (atividades individuais)</p>
TS	<p>Não existe um plano de atividades individual e escrito para cada PvD</p> <p>Existe um plano de atividades semanal</p> <p>As PvD grau leve ou moderado são estimuladas a participar nas atividades</p> <p>As PvD mais autónomas e idóneas escolhem as suas atividades</p> <p>As atividades consideram as histórias de vida, as preferências e/ou gostos das PvD</p> <p>São oferecidas outras atividades às PvD: lúdicas, estimulação cognitiva, motora...</p> <p>Flexibilidade e adequação das atividades à PvD</p>	<p>Não existe um plano de atividades individual e escrito para cada PvD</p> <p>Existe um plano de atividades anual</p> <p>As PvD grau leve ou moderado são estimuladas a participar nas atividades</p> <p>As PvD mais autónomas escolhem as suas atividades</p> <p>As atividades consideram as histórias de vida, as preferências e/ou gostos das PvD</p> <p>São oferecidas outras atividades às PvD: lúdicas, estimulação cognitiva, motora...</p> <p>Flexibilidade e adequação das atividades à PvD</p>
TAS		<p>Não existe um plano de atividades individual e escrito para cada PvD</p> <p>Existe um plano de atividades anual</p> <p>As PvD grau leve ou moderado são estimuladas a participar nas atividades</p> <p>As PvD mais autónomas escolhem as suas atividades</p> <p>As atividades consideram as histórias de vida, as preferências e/ou gostos das PvD</p> <p>São oferecidas outras atividades às PvD: lúdicas, estimulação cognitiva, motora...</p> <p>Flexibilidade e adequação das atividades à PvD</p>
AAD	<p>As PvD grau leve ou moderado são encorajadas e estimulados a realizar as AVD sozinhas</p>	<p>As PvD grau leve ou moderado são encorajadas e estimulados a realizar as AVD sozinhas</p>

a) ERPI A

No que concerne às atividades de ocupação e de participação, não existe um plano individual e escrito para cada PvD. No entanto, existe um plano de atividades semanal e anual planeado e elaborado pela equipa de animação (animadora sociocultural e os dois auxiliares das atividades ocupacionais) para todos os utentes (sem distinguir utentes com ou sem quadro demencial). Segundo a DT e as TS, as atividades planeadas têm em consideração as histórias de vida, as preferências e/ou os gostos das PvD. Estas são estimuladas a participar nas atividades, mas “*só as mais autónomas e idóneas escolhem as suas atividades*” (DT, ERPI A). As atividades são realizadas em grupo. Apenas os doentes acamados fazem atividades individuais: “*Tentamos sempre englobar sempre nas atividades de grupo os utentes com demência, adaptando as atividades tendo ao grau de demência e as capacidades*” (TS1, ERPI A).

A DT e as quatro AAD afirmam que as PvD são encorajadas e estimuladas a realizar as AVD sozinhas (com a sua supervisão e colaboração) nomeadamente a tomar banho sozinhos, a vestir-se, a escolher a roupa que quer vestir:

“As AAD encorajam a PvD a realizar a sua higiene sozinha bem como a escolher a roupa que querem vestir aos utentes que apresentam grau de demência leve e moderado. Aos acamados são as AAD que escolhem e vestem os utentes” (DT, ERPI A);

“Tento sempre que o residente participe e faça, quando vejo que ainda consegue fazer com a minha ajuda” (AAD1, ERPI A);

“Nós estimulamos e encorajamos tendo em conta o que utente consegue fazer. Nós fazemos com que seja autónomo, mas sempre com nossa ajuda” (AAD3, ERPI A);

“Nós pedimos que escolham as suas roupas. Incentivamos a que faça a sua higiene sozinha, levando o tempo que for necessário” (AAD4, ERPI A).

Para além das AVD, são oferecidas outras atividades às PvD: lúdicas, sensoriais, cognitivas, motoras, reabilitação cognitiva e motora, e utilização do espaço de culto.

“Temos várias atividades ao nível da estimulação verbal, cognitiva, sensorial, motora, em que por exemplo, temos a ginástica, temos várias sessões de cinema que eles gostam, gostam de jogos de mesa o que eles mais gostam é o do jogo do bingo, eles pedem sempre para fazer uma vez por semana” (TS1, ERPI A);

“Nas atividades individuais que são na maioria para os utentes acamados, faço sobretudo atividades de estimulação sensorial (...) tato, visão, olfato, adequando sempre às dificuldades do utente. Nas atividades de grupo, no caso da PvD ligeira ou moderada (...) atividades de estimulação da memória, atenção e linguagem” (TS2, ERPI A);

“Faço atividades ao nível da reabilitação cognitiva e motora” (TS3, ERPI A);

“Num dos dias trabalho a atenção, cognição, memória e no outro dia (...) faço atividades a nível da estimulação motora (TS4, ERPI A).

À semelhança da prestação de cuidados, também se verifica flexibilidade no tempo disponibilizado para cada atividade, adequando-as à PvD:

“Para as atividades mais pontuais e comemorativas temos um período mais alargado, mês de planificação, e a execução será a manhã toda. A planificação e execução varia consoante o tipo de atividades que queremos apresentar” (TS1, ERPI A);

“As estimulações de grupo variam entre 45 minutos a 1 hora. Se for necessário estendemos mais um pouco. As estimulações individuais (sobretudo aos acamados) são de 20 minutos a 30 minutos porque depois de 30 minutos já ficam cansados. Fazemos mais frequentemente durante a semana, mas com menos duração” (TS2, ERPI A).

b) ERPI B

No que concerne às atividades de ocupação e de participação, não existe um plano individual e escrito para cada PvD. No entanto, existe um plano anual elaborado pela equipa de animação (educadora sénior e a animadora sociocultural) para todos os utentes (sem distinguir utentes com ou sem quadro demencial). Segundo a DT, a TS e a TAS, as atividades planeadas têm em consideração as histórias de vida, as preferências e/ou os gostos das PvD: *“É importante perceber na admissão de cada utente perceber as histórias de vida e as patologias para uma melhor intervenção para aquele utente”* (TS, ERPI B). Estas são estimuladas a participar nas atividades, mas *“só os mais autónomos escolhem as suas atividades”* (DT, ERPI B). As atividades são realizadas em grupo.

“(…) na minha opinião se envolvermos as PvD com pessoas mais autónomas vai estimulá-los. Adaptamos e incluímos no grupo os utentes com demência, por exemplo, se não consegue passar a bola ajudamos a passar a bola. Temos uns 5 ou 6 que fazemos uma intervenção individual também é necessária essa intervenção, mas tentamos inclui-los sempre. Tentamos envolvermos no grupo tentamos não os separar muito” (TS, ERPI B).

A DT e as quatro AAD afirmam que as PvD são encorajadas e estimuladas a realizar as AVD sozinhas (com a sua supervisão e colaboração) nomeadamente a tomar banho sozinhos, a vestir-se, a escolher a roupa que quer vestir:

“As AAD encorajam a PvD a realizar a sua higiene sozinha bem como a escolher a roupa que querem vestir aos utentes que apresentam grau de demência leve e moderado. Aos acamados são as AAD que escolhem e vestem os utentes” (DT, ERPI A);

“Tento sempre que o residente participe quando vejo que ainda consegue fazer, com a minha ajuda” (AAD1, ERPI B);

“Quando faço a higiene de um utente com demência tenho o cuidado de explicar o que estou a fazer e estimulá-lo a tentar fazer sozinho” (AAD2, ERPI B);

“Nós estimulamos e encorajamos tendo em conta o que utente consegue fazer, embora tenha sempre a nossa ajuda” (AAD3, ERPI B).

Para além das AVD, são oferecidas outras atividades às PvD como: lúdicas, sensoriais, cognitivas, motoras, e utilização do espaço de culto:

“Uso muito a música para dar início a uma atividade, um exemplo de atividades que faço muito é nomeadamente a repetição dos sons, das batidas, a dança Sénior; introduzimos a literatura, ouvir pequenas frases e passar pelo o grupo, fazemos muita coisa adaptada as PvD” (TS, ERPI B).

À semelhança da prestação de cuidados, também se verifica flexibilidade no tempo disponibilizado para cada atividade, adequando-as à PvD:

“Quando há necessidades dou mais atenção, por exemplo, temos 5/6 situações em que a as atividades são mais individualizadas” (TS, ERPI B).

3.6. Pontos fortes da prestação de cuidados a PvD

Tabela 7 - Pontos fortes da prestação de cuidados a PvD

	ERPI A	ERPI B
TS	União dos colaboradores Adequação dos cuidados/ atividades às PvD, no sentido de uma intervenção individualizada Demorar o tempo necessário com cada cuidado/ tarefa/ atividade Abertura por parte da direção Colocam-se no lugar da PvD Estratégias para acalmar a PvD Trabalho gratificante	Adequação dos cuidados/ atividades às PvD, no sentido de uma intervenção mais individualizada Demorar o tempo que for necessário para cada atividade Consideram a interação e não da tarefa Abertura por parte da direção Colocar-se no lugar da PvD Criatividade e flexibilidade Trabalho gratificante/ gosto pela profissão
TAS		Adequação dos cuidados/ atividades às PvD, no sentido de uma intervenção mais individualizada Demorar o tempo que for necessário para cada atividade Consideram a interação e não da tarefa Abertura por parte da direção Colocar-se no lugar da PvD
AAD	Trabalho gratificante Adequação os cuidados/ atividades às PvD, no sentido de uma intervenção individualizada Colocam-se no lugar da PvD Estratégias para acalmar a PvD	Demorar o tempo que for necessário para cada tarefa Colocam-se no lugar da PvD Estratégias para acalmar a PvD Considerarem a interação e não a tarefa

a) ERPI A

Os pontos fortes identificados pelas TS da ERPI A passam pela união da equipa de colaboradores, o facto de demorarem o tempo necessário com cada cuidado/ atividade realizada com a PvD, havendo abertura por parte da direção para a mudança:

“A planificação é feita por mim e depois é apresentada de seguida a direção à DT e só depois da sua aprovação é que executamos. A maneira como são realizadas as atividades é nos dada abertura para isso. Ou para atividades de última hora também temos essa abertura comunicando sempre com a direção” (TS1, ERPI A).

Tanto as TS como as AAD referem que se colocam no lugar da PvD, no sentido de compreender o seu comportamento e a sua comunicação, revelando estratégias para acalmar as PvD:

“Trabalhamos para e com os residentes (...) tentamos colocá-los num ambiente mais calmo, mais sereno, e quando não conseguimos resolver sozinhos chamamos a psicologia ou direção técnica ou outros serviços que nos ajudar (TS1, ERPI A);

“Tento utilizar algumas estratégias. Muitas vezes o que me acontece é que estão agitados por estarem longe da família. Quando tenho possibilidade, contato o familiar através de uma chamada, que ajuda a acalmar os utentes. Por exemplo, a musicoterapia, é uma área que gosto e utilizo para ajudar a acalmá-los” (TS4, ERPI A);

“Pergunto o porquê de estar assim, se dormiu mal... de forma a conseguir ajudar o utente a se acalmar” (AAD1, ERPI A);

“Costumo dar abraços e canto-lhes uma música ao ouvido e eles acalmam-se” (AAD4, ERPI A).

São ainda mencionados esforços adequar os cuidados/ atividades às Pvd, no sentido de uma intervenção individualizada (por parte das TS), mais tempo e atenção em momentos como o acordar e preocupações com a felicidade da Pvd (pelas AAD):

“São todos casos diferentes que temos cá, o que mais fazemos são atividades sensoriais por isso passa um pouco por adequar as condições aos utentes. Tento sempre direcionar as atividades consoante as suas necessidades” (TS2, ERPI A);

“Ter uma intervenção mais especializada e individualizado. O que tento fazer nas minhas intervenções é manter as capacidades que estão intatas e estimular aquelas que estão fragilizadas. Como é um grupo que já acompanho há algum tempo, consigo adaptar consoante as capacidades de cada utente” (TS4, ERPI A);

“Dar mais atenção e mais tempo principalmente no acordar, não ser tão agressivo, para a pessoa entrar no seu estado natural da noite para o dia. É uma agressividade” (AAD2, ERPI A);

“Tentamos fazer o melhor sempre. Principalmente aqueles que tem grau de demência grave, tentamos que se sintam bem e que tenham um final de vida feliz. Fazemos de tudo para que sintam felizes, bem alimentado, bem posicionado (AAD3, ERPI A).

Podem ainda considerar-se pontos fortes os aspetos gratificantes mencionados na prestação de cuidados às Pvd:

“É muito gratificante ver que toda equipa se une para ajudar os residentes. É bom ver essa dinâmica” (TS1, ERPI A);

“Quando finalmente conseguem fazer as atividades e de ver que conseguem fazer, ficam contentes e motivados e querem voltar e participar” (TS2, ERPI A);

“O mais gratificante para mim será retardar o processo de demência. As pessoas desistem muito cedo, tomam como um processo definitivo e que não há nada a fazer e é gratificante no nosso trabalho apresentar resultados” (TS3, ERPI A);

“Ver que as Pvd estão bem, fico satisfeita” (AAD3, ERPI A).

b) ERPI B

Os pontos fortes identificados pela TS e TAS da ERPI B passam por gostar do seu trabalho, ser gratificante através da satisfação dos utentes nas atividades, a sua criatividade e flexibilidade na planificação das atividades face a cada situação, poderem demorar o tempo que for necessário para realizar a tarefa e a abertura por parte da direção para a mudança:

“Tenho de gostar e eu gosto muito de trabalhar com os idosos. É preciso criar empatia com o grupo. É preciso mostrar muito a parte efetiva para cativá-los para participarem nas atividades” (TS, ERPI B);

“De ver eles contentes e de ver satisfeitos com as atividades” (TAS ERPI B).

A TS, a TAS e as AAD referem que se colocam no lugar da PvD, no sentido de compreender o seu comportamento e a sua comunicação, revelando estratégias para as acalmar:

“Sim, tudo o que é feito a pressa e sem a parte humana, é um cartão de seguimento para a atividade não correr tão bem, se tratarmos com carinho vai incentivá-los a fazer as atividades” (TS, ERPI B);

“Falamos com eles perguntamos o que se passa” (TAS, ERPI B);

“Tento perceber o que se passa, porque está a ter determinado comportamento” (AAD1, ERPI B);

“Tento sempre compreender o que se passa com a PvD” (AAD3, ERPI B).

Podem ainda considerar-se pontos fortes os aspetos gratificantes mencionados na prestação de cuidados às PvD pelas AAD:

“Se eles estiverem bem nós ficamos felizes” (AAD1, ERPI B);

“É quando nós chegarmos e ficam contentes de nos ver e de gostarem de nós e mostrarem-nos isso” (AAD2, ERPI B);

“Vê-los bem e satisfeitos” (AAD4, ERPI B).

3.7. Pontos fracos/ necessidades e desafios da prestação de cuidados a PvD

Tabela 8 - Pontos fracos/ necessidades e desafios da prestação de cuidados a PvD

	ERPI A	ERPI B
TS	Auxiliar a PvD nas AVD Adaptação pessoal ao trabalho com PvD Adequar as condições físicas dos estabelecimentos às pessoas Gestão do tempo: falta de tempo para algumas atividades/cuidados Reagir à agressividade das PvD Não saber como ajudar a PvD Falta de conhecimento sobre a demência Aquisição de materiais necessários para facilitar a autonomia da PvD	Gestão de tempo: falta de tempo para algumas atividades Falta de conhecimento sobre a demência Falta de recursos humanos Aquisição de materiais necessária para a realização de atividades Falta de afetividade na prestação de cuidados Trabalho exigente
TAS		Gestão de tempo: falta de tempo para algumas atividades Falta de recursos humanos Trabalho exigente
AAD	Gestão do tempo: falta de tempo para algumas atividades/cuidados Falta de colaboradores Falta de formação	Gestão de tempo: falta de tempo para algumas atividades/ cuidados Falta de colaboradores Falta de formação

a) ERPI A

Em relação aos desafios que a prestação de cuidados à PvD tem, as TS destacam o auxílio que prestam nas AVD, a adaptação pessoal ao trabalho com PvD e adequar as condições físicas dos estabelecimentos às PvD:

“Prestamos auxílio na alimentação as idas a wc. É fundamental ter este apoio pela equipa nesse sentido” (TS1, ERPI A);

“Na minha opinião tem que ver com a adaptação pessoal. Nunca tinha trabalhado com PvD embora, desde que entrei cá tenha me informado melhor e ajustado as atividades a eles e tente ver as atividades e o grau de atividade adequado a eles, de forma a motivá-los, mas também a não se sentirem frustrados” (TS2, ERPI A);

“O maior desafio será realmente adequar as condições físicas dos estabelecimentos às pessoas, como por vezes têm aquelas fases que querem fugir e por vezes é difícil retirar esse rótulo da cabeça do utente. É preciso reorientar, por norma a tendência é isolar e fechar as portas, porque pensamos em salvaguardar o utente e na sua segurança” (TS3, ERPI A).

Juntamente com duas AAD⁶, uma TS refere a gestão do tempo como desafio:

“Gestão de tempo porque existem situações que precisam de mais tempo para ter resultados mais concretos” (TS4, ERPI A);

“A falta de tempo para fazer as AVD com mais calma” (AAD1, ERPI A);

“Ter mais tempo para realizar as AVD (...) para comunicar e ouvir os utentes” (AAD2, ERPI A);

“A minha revolta é essa, de ter tempo pré-definido. Deve haver mais tempo para interagir com os utentes. Estamos a falar de ser humanos que estão com demência” (AAD4, ERPI A).

As necessidades dos TS passam por reagir à agressividade das PvD, não saber como a ajudar, falta de conhecimento sobre a demência e de materiais necessários para facilitar a autonomia da PvD. As AAD referem falta de colaboradores e de formação.

“Temos uma necessidade de reativação. Temos alguns residentes que ficam agressivos” (TS1, ERPI A);

“Pessoalmente, inicialmente encontrei muitas dificuldades porque não sabia de que forma poderia ajudar ou melhorar a condição do residente face à aplicação de uma atividade” (TS2, ERPI A);

“Na minha opinião, as necessidades passam pelo entendimento da demência e a flutuação dos comportamentos associados (...) como a da segurança das PvD (...) e o risco de fuga, por exemplo” (TS3, ERPI A);

“Ao nível das necessidades, é sobretudo a aquisição de materiais diversificados que possam facilitar a autonomia das PvD (por exemplo as ajudas técnicas) devido a razões monetárias, normalmente são mais dispendiosos e por isso temos de arranjar estratégias, como por exemplo, utilizar materiais recicláveis. Ao nível das AAD pela experiência que tenho, existe falta de formação ainda que haja mais AAD que já vão tendo formação na área da gerontologia e mais conhecimentos das necessidades que as PvD têm” (TS4, ERPI A).

Ainda sobre os pontos fracos, as entrevistadas consideram a falta de colaboradores e a falta de formação.

“Falta de mais funcionários e mais tempo para realizar as AVD” (AAD2, ERPI A);

“Falta de mais colaboradores para conseguirmos melhorar a prestação dos cuidados” (AAD3, ERPI A);

“Falta de formação e, acima de tudo, gostar daquilo que se faz (...) muitos funcionários metem baixa por diversas razões e outros estão de férias e acabamos por ser menos funcionários a prestar cuidados aos utentes” (AAD4, ERPI A).

b) ERPI B

⁶ AAD3 e AAD4 não responderam à questão

Em relação aos desafios que a prestação de cuidados à PvD tem, apenas a TS⁷ destaca nomeadamente: a falta de afetos e empatia, devido a falta de recursos humanos nas instituições e a falta de materiais para a realização de atividades:

“Por vezes a falta de afeto nas tarefas é uma grande lacuna nas instituições, devido sobretudo à falta de recursos humanos que por sua vez leva a falta de tempo e temos de ser rápidos nas tarefas que fazemos. Uma das dificuldades que os profissionais na nossa área podem ter, é ao nível dos materiais que utilizam para elaborar atividades e não cair no facilitismo, por exemplo, apresentar figuras reais e não figurinhas, como no caso de o jogo de memória usar o cão em figura e não o real” (TS, ERPI B).

Juntamente com uma AAD, a TS refere a gestão do tempo como desafio:

“(…) a falta de tempo e temos de ser rápidos nas tarefas que fazemos” (TS, ERPI B);

“O tempo que temos para a realização das tarefas” (AAD4, ERPI B).

A necessidade da TS entrevistada passa para o ter mais tempo para a realização de algumas atividades, mais recursos humanos e de materiais necessários para facilitar a autonomia da PvD. Três das AAD⁸ entrevistas referem a falta de tempo e de formação na área das demências, no sentido de compreender a demência.

“Compreender os utentes com demência” (AAD2, ERPI B);

“Ter mais tempo para realizar as AVD com mais calma” (AAD3, ERPI B).

3.8 Sugestões de melhoria para a prestação de cuidados às PvD

Tabela 9 - Sugestões de melhoria para a prestação de cuidados às PvD

	ERPI A	ERPI B
TS	Formação Unidade para as PvD	Conhecer bem os utentes
TAS		Qualidade na intervenção
AAD	Formação Melhorar a comunicação com a PvD	Escutar mais os utentes Ter mais tempo para a realização das tarefas/atividades

a) ERPI A

⁷ A TAS refere não sentir dificuldades nem ter necessidades na prestação de cuidados

⁸ AAD4 refere não sentir dificuldades e necessidades na prestação de cuidados

As sugestões apontadas pelas TS e AAD para uma intervenção de qualidade passam por formação na área da demência:

“Ter formação para trabalhar com Pvd” (TS1, ERPI A);

“(…) passaria pela formação na área das demências” (TS3, ERPI A);

“Formação na área das demências, em todo o tipo de demências porque regra geral as pessoas pensam que a demência é só o Alzheimer” (AAD4, ERPI A).

Esta sugestão está associada à necessidade de melhorar da comunicação com a Pvd:

“(…) qual o tipo de comunicação que se deve ter tal como a prestação de cuidado às Pvd” (TS3, ERPI A);

“Acho a comunicação importante, se temos comunicação conseguimos que o residente nos perceba e colabore” (AAD1, ERPI A).

Para um TS seria importante uma unidade apenas para Pvd:

“(…) seria benéfico uma unidade para os utentes na área da demência. Seria mais fácil a coordenação e a intervenção seria mais personalizada e os profissionais estariam mais preparados” (TS3, ERPI A).

b) ERPI B

As sugestões apontadas pela TS e a TAS e as AAD passa por uma intervenção de qualidade, de ter mais tempo para realização das tarefas e/ou atividades e formação na área da demência:

“Conhecer bem o utente é muito importante. É preciso ver o grau da evolução da doença. Tenho trabalhado muito com eles a dança sénior e vou ser sincera quando eles estão todos juntos é difícil dizer quem tem demência, porque aquele que tem demência consegue acompanhar os outros utentes (…) (TS, ERPI B);

“Tentamos dar qualidade e a instituição tem essa preocupação só que por vezes não há retorno do por parte destes utentes” (TAS, ERPI B);

“Escutar mais estes utentes” (AAD1, ERPI B);

“Ter mais tempo quando prestamos cuidados” (AA2, ERPI B);

3.9. Desafios da COVID-19 na intervenção com a PvD

3.9.1. Medidas adotadas durante a pandemia

Tabela 10 - Medidas adotadas durante a pandemia

	ERPI A	ERPI B
DT	Plano de contingência: <ul style="list-style-type: none"> • Alteração da admissão; • Triagem; • EPI; • Visitas condicionadas; • Informação dos utentes; • Grupos de utentes para os espaços de lazer. 	Plano de contingência: <ul style="list-style-type: none"> • Separação dos idosos; • Distanciamento entre os utentes; • Tipologia dos quartos passou de triplos para duplos mantendo os quartos individuais; • Desativação de 2 quartos estar disponíveis para ser quartos de isolamento; • Divisão por grupos de utentes para os espaços de lazer e/ou convívio; • EPI.
TS	Sensibilização dos residentes e familiares Suspensão dos serviços em part-time EPI	O encerramento das visitas Distanciamento O aproveitamento dos espaços da instituição que não eram aproveitados para cumprir o distanciamento entre os utentes Mudança e readaptação da realização de algumas atividades
TAS		Distanciamento Cuidados redobrados Uso de máscara Higienizar com regularidade as mãos Testes aos colaboradores realizados com regularidade
AAD	Organização por turnos Uso de EPI Distanciamento	Uso de EPI Distanciamento Mudança de roupa e do calçado sapatos ao entrar da instituição Uso de máscara Higienização regular das mãos

a) ERPI A

A DT e a EG não exerciam funções na ERPI A durante o primeiro confinamento devido a estarem a desempenhar funções noutra instituição. No entanto, referem que o plano de contingência da ERPI foi elaborado pela DT, pelo diretor clínico e a administração, tendo em consideração as normas da DGS, da segurança social e do governo regional. Destacam-se as principais medidas do plano:

- i) alteração da admissão. Para admitir o utente, era necessário fazer apresentar um teste à COVID-19 negativo, ficando num quarto de isolamento durante vários dias e/ou realizando novamente o segundo teste;
- ii) os colaboradores começaram a fazer uma triagem, medindo a temperatura e efetuando/respondendo a questões. Os fornecedores e as pessoas externas à instituição tinham de entrar com EPI;

- iii) as visitas à instituição inicialmente foram encerradas e posteriormente realizadas consoante as orientações do governo regional: numa sala através de um acrílico. Nas visitas aos utentes acamados, os familiares usavam EPI.

Duas TS ⁹ confirmam esta realização do plano, concordando com as medidas implementadas, referindo a importância da sensibilização dos residentes e familiares.

“Tivemos de fazer uma sensibilização social e pessoal aos residentes e familiares, era uma parte fulcral; medidas de higienização; entradas e saídas eram restritas; visitas dos familiares foram encerradas; ao nível de proteção foi aplicado os EPI (TS1, ERPI A);

“Tivemos fechados, fazíamos turnos de 12 horas para evitar os contatos e a disseminação do vírus na instituição. Todos os serviços part-time ficaram suspensos de março até maio (2020) como foi o meu caso” (TS4, ERPI A).

À semelhança, também as AAD concordam com as medidas implementadas, salientando a organização por turnos:

“Horários de 12 horas de trabalho de forma a evitar contatos entre os diferentes colaboradores” (AAD1, ERPI A);

“Optámos pelas 12 horas de trabalho diárias. Testagem regular dos funcionários; mudança de sapatos e da roupa ao chegar ao trabalho e ao sair do trabalho; uso de máscara; distanciamento entre colegas e utentes da instituição” (AAD2, ERPI A);

“Turnos de 12 horas (uma noite outra manhã) (AAD 3 e 4, ERPI A);

“(…) uso de máscara, distanciamento social (AAD3, ERPI A).

A maior parte do Equipamento de Proteção Individual (EPI) disponibilizado para os colaboradores foi adquirido pela instituição, não tendo a DT conhecimento de apoios por parte da segurança social. No entanto, tiveram algumas doações, como por exemplo da Câmara Municipal. No caso das pessoas externas à instituição (fornecedores e familiares dos utentes), o EPI era adquirido pelas mesmas.

A DT refere que não houve casos de COVID-19 na instituição nem a necessidade de contratar mais profissionais. Foram adotadas estratégias para prevenção da disseminação do coronavírus dentro da ERPI, nomeadamente:

⁹ As outras duas TS entrevistadas não trabalhavam na ERPI A durante o período de confinamento

- i) Num primeiro momento, informaram os utentes de forma clara da situação, explicando que tinha de haver mudanças, como a redução provisória do número de utentes que podia estar em simultâneo na sala de convívio;
- ii) Criação de grupos de utentes para frequentarem os espaços de lazer, no sentido de respeitar o número de pessoas que podiam estar em simultâneo no mesmo espaço.

b) ERPI B

A DT refere que o plano de contingência da ERPI foi elaborado pela equipa multidisciplinar, tendo a colaboração e o apoio da medicina do trabalho, tendo por base as normas da DGS, da Segurança Social e do Iasaúde. Como principais medidas do plano são referidas:

- i) A separação dos idosos, os quartos triplos passaram a duplos;
- ii) Ao nível das salas de convívio como temos bastantes espaços inutilizáveis criamos novos espaços para cumprir o distanciamento físico de dois metros de distância entre utentes;
- iii) As visitas à instituição inicialmente foram encerradas e posteriormente realizadas consoante as orientações do governo regional;
- iv) A sala da ocupação que dava para quarenta e cinco utentes foi reduzido para vinte cinco máximo trinta utentes, dando prioridade aos utentes que estavam em cadeira de rodas; no refeitório anteriormente dava para sessenta idosos foi dividido por turnos e por grupos, sendo primeiro grupo para os utentes mais dependentes e o outro grupo os autónomos;
- v) E foi também desativado dois quartos para nesta fase ser quartos de isolamento.

A TS e a TAS confirmam a realização do plano, concordando com as medidas implementadas:

“Foi importante estas medidas tomadas, embora tenha sido uma adaptação para todos. O encerramento das visitas do exterior, distanciamento entre os utentes, o aproveitamento dos espaços da instituição que não eram aproveitados, como é o caso dos corredores que tem imenso espaço” (TS, ERPI B);

“Ter cuidados redobrados, como o uso de máscara, higienizar regularmente as mãos, estar sempre a ser testados” (TAS, ERPI B).

Também as AAD concordam com as medidas implementadas:

“Mudança de roupa e do calçado ao entrar no lar e não levar a farda do trabalho para casa como anteriormente fazíamos. Estar regularmente a desinfetar as mãos e o uso de máscara” (AAD1, ERPI B);

“Distanciamento entre os utentes, aproveitar os espaços para haver um maior distanciamento” (AAD2, ERPI B);

“Estar regularmente a desinfetar as mãos, a mudança de roupa e do calçado ao entrar e sair do lar” (AAD3, ERPI B);

“No primeiro confinamento, em março de 2020, ainda não estava a trabalhar no lar; só entrei em julho, no entanto, as medidas que continuamos a realizar são o uso de máscara, desinfetar sempre as mãos, não sair com a fralda do trabalho para fora da instituição” (AAD4, ERPI B).

A maior parte do Equipamento de Proteção Individual (EPI) disponibilizado para os colaboradores foi adquirido pela instituição, não tendo a DT apoio de outras entidades e/ou instâncias. A DT refere que não houve casos de COVID-19 na instituição nem a necessidade de contratar mais profissionais. Foram adotadas estratégias para prevenção da disseminação do coronavírus dentro da ERPI, nomeadamente:

- i) Informar os utentes de forma clara da situação, explicando que tinha de haver mudanças;
- ii) Criação de grupos de utentes para frequentarem os espaços de lazer, convívio e refeitório, no sentido de respeitar o número de pessoas que podiam estar em simultâneo no mesmo espaço.

3.9.2. Dificuldades na prestação de cuidados a PvD e consequências para a PvD, durante a pandemia

Tabela 11 - Dificuldades na prestação de cuidados a PvD e consequências para a PvD durante a pandemia

	ERPI A	ERPI B
TS	Suspensão de atividades/ serviços Contacto com familiares e amigos por videochamada Prevenção do contágio entre os colaboradores Reduzir o isolamento dos residentes (que ficaram com receio de sair do quarto) Incentivar à participação (houve baixa participação nas atividades, assim que retomadas) Realização das atividades cumprindo o distanciamento	Prevenção do contágio entre os colaboradores Reduzir o isolamento dos residentes, mantendo-se as atividades Readaptação das atividades cumprindo o distanciamento Contato com familiares e amigos por videochamadas
TAS		Prevenção do contágio entre os colaboradores Adaptação às normas Contato com familiares e amigos por videochamada
AAD	Contacto com familiares e amigos por videochamada Prevenção do contágio entre os colaboradores Adaptação às regras Excesso de trabalho Interação com os residentes	Prevenção do contágio entre os colaboradores Adaptação às regras Cuidados redobrados

a) ERPI A

Para uma TS, a suspensão das atividades durante o primeiro confinamento (março – abril 2020) constituiu um dos principais problemas:

“Inicialmente em março e abril nos tivemos que efetuar uma paragem, foi muito mudança. Nós tivemos de ajudar em todos os tipos de serviço disponíveis e os distanciamentos e das restrições que foram impostas e por isso nem todos os residentes não conseguiam se deslocar até à sala de ocupação. Retomamos as atividades em maio” (TS1, ERPI A).

Os contactos com os familiares e amigos foi, também, um verdadeiro desafio, com as TS 1 e 3 a colaborar nas videochamadas (na maioria realizadas pelos colaboradores da secretaria/ receção). Também as quatro AAD colaboraram na realização das videochamadas.

Embora não tivessem ocorrido casos positivos na ERPI A, foram realizadas dinâmicas entre os diferentes colaboradores para prevenir o contágio e a disseminação do coronavírus. A maior preocupação das TS foi evitar os ajuntamentos e os contatos, destacando a criação de três espaços e três horários diferentes para as refeições dos colaboradores. Para as AAD, a maior preocupação foi o medo de ficar infetada e de contaminar os restantes colegas e utentes, levando à disseminação do vírus dentro da instituição. Destacam a importância da criação de turnos de 12h, reduzindo o contacto entre colaboradores no trabalho e nos momentos de refeição.

Ainda assim, os TS confessam dificuldades na prestação de cuidados às PvD, que passam pelo receio de sair do quarto e baixa participação nas atividades, bem como a manutenção de cuidados e estimulação cumprindo o distanciamento, reduzir o isolamento e incentivar à participação.

“Quando retomámos, em maio, foi complicado porque a maioria dos residentes tinha receio de sair do quarto, principalmente os mais idóneos, tinham muito receio de descer para a sala de estar. Tinham medo que pudesse acontecer alguma coisa se algum de nós passasse alguma coisa. Foi preciso fazer um trabalho de casa para prevenir os nossos residentes. Inicialmente tínhamos 40 residentes participativos quando retomamos tínhamos 5/6 residentes. Foi necessário da nossa parte insistir todos os dias os utentes a participar e/ou mesmo que não participasse ficasse na sala” (TS1, ERPI A);

“Tentar manter o cuidado eficaz e a estimulação dos utentes com o distanciamento necessário. Tentar reduzir o isolamento e incentiva-los a andar mesmo dentro do quarto. O que tinha mais receio era isso. Em termos de mobilidade com o confinamento fiquei satisfeita de ver situações melhores a nível de mobilidade” (TS3, ERPI A).

Para as AAD, as principais dificuldades no início da pandemia passaram pela adaptação às regras, excesso de trabalho e interação com os residentes.

“Adaptação a todas as regras depois de haver esta adaptação foi mais fácil. Mas inicialmente foi difícil” (AAD1, ERPI A);

“As dificuldades foram sobretudo ao nível do trabalho redobrado, as 12h de trabalho e as mudanças na instituição nesta fase. Também a interação com os utentes para não caírem no desânimo, mas sentirem que somos um aconchego e explicar sempre que não estamos ali a ocupar o lugar do familiar, mas que estamos ali para apoiar” (AAD2, ERPI A);

“Não saber o que era o vírus, o medo do desconhecido” (AAD3, ERPI A).

Somente uma AAD, assume que não sentiu dificuldades no início da pandemia ao nível da prestação dos cuidados às PvD: *“Não senti dificuldades nem medo, não sou uma mulher de medos. Trabalhar 12 horas na minha opinião deu-nos mais tempo e mais espaço para pausas, a título de exemplo, pintar os cabelos, arranjar as unhas das utentes” (AAD4, ERPI A).*

b) ERPI B

Na opinião da TS, a continuação das atividades durante o primeiro confinamento (março – abril 2020) constituiu-se importante, embora tenha sido um desafio:

“Foi primordial ter estas atividades, também para esquecer um pouco a situação pandémica e o fato de estar privados de ver e estar com os familiares, foi importante manter-se as atividades” (TS, ERPI B).

Os contactos com os familiares e amigos foi, também, um verdadeiro desafio, foi sobretudo realizadas com a colaboração da equipa da animação. No entanto, as quatro AAD colaboraram sempre que necessário na realização das videochamadas.

Embora não tivessem ocorrido casos positivos na ERPI B, procurou-se sempre prevenir o contágio e a disseminação do coronavírus. A maior preocupação da TS e TAS era de dar continuidade às atividades, cumprindo o distanciamento. Algumas atividades foram eliminadas como o *“uso de plasticinas”* (TS, ERPI B).

Para as AAD, a maior preocupação era o medo de ficar contaminado e de contaminar os utentes. Ainda assim, a TS confessa que as dificuldades na prestação de cuidados às PvD

passam pela manutenção de cuidados e estimulação cumprindo o distanciamento, reduzir o isolamento e incentivar à participação:

“Para mim exigiu muito como profissional, ter de pensar noutras atividades para fazer com os utentes e inicialmente tivemos um tempo que era tentar perceber as regras de higiene” (TS, ERPI B).

As AAD entrevistadas revelam que as suas dificuldades na prestação de cuidados às PvD foram:

“Medo do desconhecido e de trazer o vírus para o lar e a tristeza por ver os utentes mais tristes, sem as visitas da família, custou muito” (AAD1, ERPI B);

“A maior dificuldade foi de, mostrar aos utentes o que era a COVID-19, que nós nem sabíamos bem o que era inicialmente e demonstram que nós estamos ali embora não substituimos as suas famílias; tive muito medo e ainda tenho de trazer o vírus para o lar” (AAD2, ERPI B);

“Inicialmente não estava cá a trabalhar, quando vim, já estavam retomadas as visitas dos familiares, estarem vacinados, já não tem tanto medo do vírus e vemos os utentes mais ânimos” (AAD4, ERPI B).

3.9.3. Consequências para a PvD

Tabela 12 - Consequências para a PvD

	ERPI A	ERPI B
TS	Maior isolamento Tristeza Apatia Depressão Agravamento do quadro demencial	Depressão Tristeza Agravamento do quadro demencial
TAS		Maior Isolamento Tristeza
AAD	Maior isolamento Maior agitação Maior nervosismo Apatia Agravamento do quadro demencial Redução da mobilidade	Tristeza, Maior agitação Desânimo Sentimento de abandono

a) ERPI A

Na opinião das TS, o contexto de pandemia e as medidas adotadas tiveram consequências nas PvD, sobretudo: maior isolamento, mais tristes, apáticos, mais depressivos e um maior agravamento do quadro demencial, passando de um grau de demência ligeiro para moderado de algumas pessoas. As AAD corroboram com o isolamento, apatia e

agravamento da demência, acrescentando uma maior agitação, nervosismo e redução da sua mobilidade.

“Foi sobretudo o isolamento, muita solidão, muita rejeição. Embora os nossos residentes com demência não sejam na maioria idóneos, eles não queriam e não demonstravam, ficavam muito apáticos, não queriam participar, queriam ir e/ou ficar no quarto. Tentámos que ficassem na sala mesmo que não participassem nas atividades” (TS1, ERPI A);

“Penso que será mais a parte emocional por causa das restrições devido à pandemia. Podem parecer pequenos estes estímulos, mas faz diferença para estes utentes e acaba por agravar a demência mais rapidamente pela falta desta estimulação (o contato e a motivação). Ter a motivação de contato, o isolamento levou aos utentes a ter menos motivação de contato e de falar” (TS2, ERPI A);

“Notámos o maior agravamento da demência. Ficavam mais parados, demoram mais a dar uma resposta e a dar uma resposta correta. Notou-se uma maior repercussão das situações por falta dos estímulos” (TS3, ERPI A);

“Agravamento das competências motoras e cognitivas apesar da adaptação que foi feita” (TS4, ERPI A);

“Na minha opinião agravou bastante os estádios de demência dos utentes. Com o distanciamento entre os utentes eles tiveram de ficar num quarto mesmo que tenha uma televisão não é a mesma coisa que estar em contato com outras pessoas. Ficaram bastante apáticos, afetou mais a sua mobilidade” (AAD4, ERPI A).

Quer as TS quer as AAD consideram que a pandemia tem efeitos no futuro das Pvd, sobretudo o agravamento da doença. Porém, enquanto três TS embora três acham que possam recuperar algumas competências, as AAD consideram que nos casos de grau de demência mais avançados não terá impactos, porque nem se apercebiam do que se passou.

Em relação às dinâmicas da ERPI e à relação com a equipa/ DT, as AAD afirmam ter-se mantido boa e, nesta fase, embora tenha havido mudanças, uniu mais a equipa:

“Uniu ainda mais a equipa, embora tenha ficado reduzida como nas outras instituições” (AAD1, ERPI A);

“A nossa DT é muito presente, muito dinâmica e muito preocupada. O que nos dizemos desde que seja para o bem do utente ela não hesita” (AAD2, ERPI A);

“Uniu mais a equipa” (AAD4, ERPI A).

b) ERPI B

Na ERPI B, as consequências apontadas pela TS foram: maior isolamento, mais tristes e um agravamento do quadro demencial, passando de um grau de demência ligeiro para moderado de algumas pessoas. Já na opinião da TAS, as consequências foi maior isolamento e mais tristes devido a privação do contato com os familiares e/ou amigos. As AAD corroboram com o isolamento, tristeza, apatia e o agravamento da demência.

Quer a TS quer as AAD consideram que a pandemia tem efeitos no futuro das PvD, sobretudo o agravamento da doença. Porém, na opinião da TAS, nos casos de demência mais avançados não terá impactos por nem se aperceberem do que se passou.

Quanto às AAD inquiridas, duas consideram o agravamento do quadro demencial, enquanto as outras duas consideram os utentes mais desanimados e alguns danos a nível emocional, devido à privação do contato com a família e amigos durante a pandemia, embora não considerem que haja um agravamento no quadro demencial.

Em relação às dinâmicas da ERPI e à relação com a equipa/ DT, as AAD afirmam ter-se mantido boa e, embora tenha havido mudanças, uniram ainda mais a equipa.

3.9.4. Implicações da pandemia na vida pessoal dos colaboradores

Tabela 13 - Implicações da pandemia na vida pessoal dos colaboradores

	ERPI A	ERPI B
TS	Medo de ser infetado e de levar o coronavírus para a ERPI Vida pessoal limitada por trabalhar com idosos Aumento da preocupação com cuidados de higiene Uma TS decidiu engravidar	Medo de ser infetado e de levar o coronavírus para a ERPI Adaptação às regras Vida pessoal limitada por trabalhar com idosos Mais cuidados preventivos
TAS		Adaptação às regras Vida pessoal limitada por trabalhar com idosos Evitar os contatos e ajuntamentos
AAD	Adaptação a novos horários Conjugação entre trabalho e vida familiar Mais cuidados preventivos	Medo de ser infetado e de levar o coronavírus para a ERPI Conjugação entre trabalho e vida familiar Vida pessoal limitada por trabalhar com idosos Mais cuidados preventivos

a) ERPI A

Sobre o impacto da pandemia e as medidas adotadas nas suas vidas pessoais, os TS referem medo de ser infetado. A reflexão sobre a vida que a pandemia permitiu levou ainda uma TS a tomar a decisão de engravidar.

“Tive muito receio porque a instituição tem muitos colaboradores, e eu tenho duas meninas pequeninas tanto que ia diretamente para casa depois do trabalho. Foi um adaptar muito complicado. Hoje em dia já conseguimos interiorizar melhor” (TS1, ERPI A);

“O facto de estar a trabalhar com idosos limitou a minha vida pessoal, evitava ao máximo os contatos. A minha rotina diária era trabalho casa. O meu maior medo era trazer o vírus para instituição. Ao nível laboral aumentou a minha preocupação e cuidados de higiene que já tinha, mas agora foram redobrados. Também tive de gerir o material, pessoal e o pouco contato físico que tinha com os utentes tendo sido nesta fase à base de orientação, foi um desafio muito interessante e desafiante nesta fase” (TS3, ERPI A);

“Deu-me outras perspetivas efeito disso foi a gravidez. Inicialmente questioneei-me se realmente não faltava algo mais para além do trabalho, do dinheiro, de coisas físicas foi. A pandemia foi para mim um abre olhos” (TS4, ERPI A).

Uma das AAD não identificou nenhum impacto da pandemia na sua vida. Para as outras três, as consequências passaram por: adaptação a novos horários, conjugação com a vida familiar e ter mais cuidados.

“Tive de me adaptar estive a trabalhar durante seis meses à noite porque tinha de ficar com o meu filho durante o dia” (AAD1, ERPI A);

“Tive de ter muitos cuidados, chegamos a casa temos de ter outros cuidados também, evitar os ajuntamentos e os contatos” (AAD2, ERPI A).

b) ERPI B

Sobre o impacto da pandemia e as medidas adotadas nas suas vidas pessoais, a TS refere nomeadamente: vida pessoal limitada por trabalhar com idosos, adaptação às normas e ter mais cuidados. Já a TAS refere a adaptação às regras e evitar os contatos e os ajuntamentos.

“Custou me muito porque o primeiro mês tive de sair daqui (...) não estive na instituição, e depois quando voltei tive de me adaptar as mudanças que fizeram” (TS, ERPI B);

“Tive de me adaptar. Evitar os contatos e os ajuntamentos” (TAS, ERPI B).

Quanto às AAD, confessam que as consequências nas suas vidas pessoais foram: cuidados redobrados em casa e no trabalho, adaptação às novas normas, vida pessoal limitada por trabalhar com idosos, reduzindo ao máximo os ajuntamentos e os contatos.

“A rotina passou a ser apenas trabalho-casa, evitando os ajuntamentos e contatos” (AAD1, ERPI B);

“Afetou muito, deixei de sair tanto, era mais trabalho-casa, ter cuidados não só aqui, mas também em casa” (AAD2, ERPI B);

“Tive de me adaptar, ir do trabalho diretamente para casa, ter cuidados redobrados em todo o lado” (AAD4, ERPI B).

3.9.5 Perceções sobre as Políticas Sociais e o seu efeito na intervenção com a PvD em ERPI

Tabela 14 - Perceções sobre as Políticas Sociais e o seu efeito na intervenção com a PvD em ERPI

	ERPI A	ERPI B
DT	<p>Beneficia do protocolo de compromisso de cooperação entre a Segurança Social e as instituições sociais</p> <p>Apoios sociais atribuídos são fixos e não fazem distinção entre a PvD e o utente sem quadro demencial o que dificulta a prestação de cuidados mais personalizado</p> <p>Assume que a abordagem centrada na PvD é difícil de ser executada, embora na ERPI, a psicologia é a área que mais tem trabalhado nesse sentido</p> <p>Inexistência de programas e de projetos direcionados para as PvD</p>	<p>Beneficia do protocolo de compromisso de cooperação entre a Segurança Social e as instituições sociais</p> <p>A ERPI não recebe nenhum apoio por ter PvD, o que dificulta a prática de cuidados centrados na PvD</p> <p>Dificuldade na execução da abordagem centrada na PvD devido ao excesso de burocracia, quando existe a necessidade por parte da instituição de pedir apoios a outras instâncias</p> <p>Necessidade de ter mais recursos humanos para um acompanhamento mais personalizado as PvD</p> <p>Inexistência de programas e de projetos direcionados para as PvD</p>

a) ERPI A

Coube à DT pronunciar-se sobre os apoios sociais, enquanto facilitadores ou inibidores da aplicação da abordagem centrada na PvD. A ERPI A beneficia do protocolo de compromisso de cooperação entre a Segurança Social e as instituições sociais. A entrevistada considera importante referir que a instituição não recebe nenhum apoio por ter PvD, o que dificulta a prática de cuidados centrados na PvD:

“O apoio que recebemos é fixo para todos e não existe distinção entre as utentes com quadro demencial ou os utentes sem quadro demencial. Acho que dificulta nesse sentido. Acho que devia de existir se queremos que haja um tratamento mais personalizado. Por exemplo, temos aqui graves dependências, tivemos aqui uma situação que a senhora tinha uma demência grave e que já comia por sonda e esquecia-se de respirar esta senhora precisa de tratamento muito mais personalizado do que outro idoso que é parcialmente dependente e não tem demência, mas o que nos é suportado é o mesmo que outro utente. Por mais que nós queiramos fazemos os possíveis e os impossíveis” (DT, ERPI A).

Apesar de terem sido aprovados os projetos de resolução que propõem o reconhecimento das demências como prioridade nacional, e de se ter abordado a criação de um plano de demências, a DT ainda não verifica desenvolvimentos. Identifica entraves e dificuldades para as ERPI, que relaciona a falta de apoios sociais e de políticas sociais direcionadas para a prestação de cuidados centrados na PvD. Acresce que considera ACPcD, difícil de ser executada, assumindo que a Psicologia é a área que mais tem trabalhado nesse sentido, na ERPI A. Em relação às parcerias com o Estado e a sociedade civil, através de por exemplo programas e de projetos direcionados para as PvD, a DT afirma que não existem programas específicos:

“Temos outros projetos e parcerias, mas normalmente as parcerias são elaboradas a pensar nos utentes mais autónomos” (DT, ERPI A).

b) ERPI B

Coube à DT pronunciar-se sobre os apoios sociais, enquanto facilitadores ou inibidores da aplicação ACPcD. A ERPI B beneficia do protocolo de compromisso de cooperação entre a Segurança Social e as instituições sociais: *“A Segurança Social têm ao dispor de dez camas cativas, sendo três para senhoras e sete para senhores, embora na maioria das institucionalizações que temos na instituição são processos vindos da Segurança Social” (DT, ERPI B).* A entrevistada considera importante referir que a instituição não recebe nenhum apoio por ter PvD, o que dificulta a prática de cuidados centrados na PvD:

“Somente recebo um complemento de dependência por quatorze idosos, sendo o valor de 1500€, contudo, é pouco. Em relação as PvD não recebo nenhum apoio específico” (DT, ERPI B).

Apesar de terem sido aprovados os projetos de resolução que propõem o reconhecimento das demências como prioridade nacional, e de se ter abordado a criação de um plano de demências, a DT ainda não se verifica desenvolvimentos. Identifica entraves e dificuldades para as ERPI, que relaciona a falta de apoios sociais e de políticas sociais direcionadas para a prestação de cuidados centrados na PvD. Acresce que considera ACPeD difícil de ser executada, deve-se sobretudo ao excesso de burocracia que está envolvido quando existe a necessidade por parte da instituição de pedir apoios a outras instâncias e a necessidade de existir mais recursos humanos para um acompanhamento mais personalizado. Em relação às parcerias com o Estado e a sociedade civil, através de por exemplo programas e de projetos direcionados para as PvD, a DT afirma não existirem.

5. Discussão dos resultados

Começamos por refletir a cultura organizacional das duas ERPI, IPSS da RAM, estando sediadas em concelhos distintos.

Quanto ao processo de institucionalização da PvD, enquanto que na A a maioria das institucionalizações são encaminhadas pela segurança social, sendo sobretudo situações provenientes de Hospitais, na B são provenientes da segurança social e/ ou a nível privado. Em ambas, a DT é a técnica responsável pelo acolhimento, estando também presente a família e, no caso de um utente idóneo/autónimo, este também participa. Neste processo são ainda envolvidos TS (enfermeiro/a nas duas ERPI e educadora sénior na ERPI B), sendo mais multidisciplinar e mais próximo da ACPcD.

Nenhuma das ERPI é especializada na área das demências e/ou prestação de cuidados a PvD. Sendo esta especialização essencial para a ACPcD (Kogan & Mosqueda, 2016), pode justificar algumas constricções na aplicação desta abordagem. Nas duas ERPI é estabelecido um horário de visitas, limitado ao período da tarde, sendo este intervalo mais reduzido na ERPI B (14h-17h), em comparação com a A (14h-19h/20h). Ainda que os DT revelem que existe flexibilidade para se efetuarem visitas fora deste horário estipulado, tratam-se de condições excecionais, entendendo a medida como limitadora dos contactos com familiares/amigos e, por isso, afastada da ACPcD.

Em relação à estrutura, vimos que as duas ERPI respeitam os requisitos sobre os quartos (individuais, duplos e triplos). Na ERPI A as PvD podem usufruir dos quartos individuais e em ambas partilham quarto com pessoas com e sem quadro demencial. Ainda que seja necessário um maior aprofundamento das questões da privacidade, a partilha de quarto com pessoas sem compromisso cognitivo é aqui identificada uma boa prática de inclusão das PvD (Kitwood, 1997).

Nas duas instituições, as PvD podem ter objetos pessoais, estando os quartos e as casas de banho identificadas. Embora a forma como esta identificação é feita não tivesse sido confirmada, são indicadores que proporcionam a criação de um ambiente confortável e seguro, conforme Brownie e Nancarrow (2013). Ainda relativamente à estrutura física, a existência um espaço de culto espiritual/religioso e de um espaço ao ar livre nas duas

ERPI é, segundo a abordagem selecionada, uma boa prática que respeita a identidade, as preferências pessoais, religiosas e/ou espirituais das PvD.

Ambas as ERPI têm um número de utentes inferior ao quantitativo máximo permitido (120). Embora a proporção de PvD entre os residentes seja baixa (26,6% na A e 12,5% na B), os DT das duas instituições consideram que há uma grande parte dos utentes com alterações cognitivas não diagnosticadas, prevalecendo na sua maioria a DA. Este é um elemento que poderá dificultar as práticas de cuidados. Em relação aos recursos humanos, as duas ERPI apresentam um rácio desequilibrado, conforme a portaria n.º 67/2012 (artigo 12º), no que diz respeito aos TS de enfermagem e AAD por turnos, sendo insuficientes para o número de utentes^{10, 11}. Esta é uma constricção da ACPcD que será necessário resolver, de forma a se aplicarem boas práticas, posicionadas nesta perspetiva. Além do rácio, a formação contínua dos colaboradores é um dos elementos centrais na prestação de cuidados às PvD. As duas instituições procuram proporcionar formação especializada aos seus colaboradores. A ERPI A possui um departamento de formação, enquanto que na ERPI B as formações são realizadas por instituições externas. Acresce que na B já foi realizada uma formação na área das demências pela Associação Alzheimer Portugal, dirigida a todos os colaboradores.

Embora os diferentes entrevistados confessem que não são realizadas ações de coesão de equipa, nas duas ERPI as DT dão *feedback* aos colaboradores. Esta prática reflete uma preocupação por parte da direção com o desempenho da equipa e a forma como são prestados os cuidados às PvD (Brownie & Nancarrow, 2013). A maioria dos profissionais das duas ERPI sabe o nome de todas as PvD, as histórias de vida e as preferências¹², o que demonstra um conhecimento total do indivíduo e da sua identidade pessoal (Mitchell & Agnelli, 2015), sendo uma prática adequada na perspetiva da ACPcD.

No que concerne à prestação de cuidados, a ERPI A não tem um plano individualizado para cada PvD, o que a distancia da abordagem selecionada, por não se encarar a PvD como um indivíduo com necessidades únicas, conforme Brooker (2006 *cit in* Fazio *et al.*,

¹⁰ Cada ERPI deveria ter um enfermeiro por cada vinte residentes. A ERPI A tem apenas dois enfermeiros no período da manhã e da tarde, e à noite possui somente um enfermeiro. Já a B possui três enfermeiros de manhã e à tarde para os oitenta residentes e um enfermeiro no turno da noite.

¹¹ Cada ERPI deveria ter um AAD por cinco residentes. A ERPI A possui somente dez AAD para os oitenta residentes no turno da manhã e da tarde e à noite tem apenas somente duas vigilantes para quarenta residentes, devendo este rácio ser vinte para cada AAD.

¹² Apenas duas AAD da A e uma AAD da B não sabem o nome de todos as PvD.

2018). No entanto, é manifestada uma preocupação e ambição por parte da EG na criação deste plano.

Apesar de existir um horário pré-definido para a realização das tarefas, em ambas as ERPI há flexibilidade a realização das tarefas, atendendo à (in)disposição das PvD. Consideramos, assim, um aspeto positivo na intervenção as PvD o foco na interação ao invés de na tarefa. As AAD partilham que respeitam as PvD e que se preocupam em construir relações carinhosas e autênticas com as mesmas. A criação destas relações é deveras importante na prestação de cuidados de qualidade, enquadrados na ACPcD, manifestando uma preocupação com a comunicação com a PvD, através do investimento na estimulação social e relacional (Brownie & Nancarrow 2013). Demonstram também preocupação em fornecer cuidados adequados às PvD (Brooker 2006 *cit in* Fazio *et al.*, 2018). Outro aspeto positivo a realçar, passa pelos colaboradores tentarem compreender o comportamento e a comunicação das PvD, demonstrando respeito pela PvD, ao tentarem descobrir os motivos para determinado comportamento, utilizarem estratégias para as acalmar nas situações em que apresentam comportamentos agressivos, proporcionando um ambiente seguro e confortável, sendo características adequadas à ACPcD (Brooker, 2006 *cit in* Fazio *et al.*, 2018). Ainda em relação à prestação de cuidados, nas duas ERPI são realizadas reuniões para reavaliação do plano de cuidados às PvD, refletindo uma preocupação em prestar cuidados adequados às suas necessidades. Sobressai aqui a prática na ERPI A, por serem reuniões regulares e multidisciplinares¹³.

Contudo, nas duas instituições o cuidado à PvD não é realizado sempre pelos mesmos colaboradores, devido a horários rotativos/ por turnos. Ainda que os colaboradores garantam que a passagem de turnos é feita de forma cuidadosa, estas transições podem originar entraves ao cuidado personalizado. Por um lado, não é dada continuidade ao atendimento das PvD e, por outro lado, não há um investimento da estimulação social e relacional com a PvD, como seria importante (Brownie & Nancarrow 2013).

Nas duas instituições, as AAD assumem encorajar e estimular as PvD ao autocuidado, por exemplo a vestirem-se sozinhas. Estas práticas indicam que as AAD tratam as PvD com respeito e dignidade, apoiam a sua individualidade, estabelecem relações carinhosas

¹³ Na ERPI A são realizadas reuniões quinzenais/anuais, participando: a DT, os TS e a AAD responsável. Na B são efetuadas sempre que existe necessidade, participando: DT e os TS.

e autênticas e preocupam- com o bem-estar e uma vida com propósito, indo ao encontro da ACPcD, conforme Kogan e Mosqueda (2016) e Fazio *et al.* (2018).

Apurámos um leque diversificado de atividades que são realizadas semanalmente nas duas ERPI, tais como: lúdicas, sensoriais, cognitivas, motoras, reabilitação cognitiva e motora e culturais. No entanto, em nenhuma existe um plano de atividades individualizado e escrito para cada PvD, o que pode ser uma prática afastada da ACPcD. Por outro lado, as atividades são planeadas considerando as preferências, histórias de vida e as necessidades das PvD, demonstrando que têm em conta as necessidades de cada uma. Acontece que as PvD não participam no planeamento das suas atividades, o que pode ser visto como um aspeto negativo.

Apesar disso, os TS manifestam que, quer na planificação das atividades quer na sua execução, consideram as necessidades, capacidades e estímulos de cada PvD (incluindo pessoas com grau de demência grave), adaptando as atividades a cada utente. Isto reflete-se numa intervenção mais individualizada, respeitando as necessidades, a individualidade e a identidade pessoal (Brooker, 2006 *cit in* Fazio *et al.*, 2018). Acresce que muitas atividades são realizadas em grupo¹⁴, juntamente com utentes com e sem quadro demencial, promovendo a inclusão.

Além destacarmos os aspetos positivos e aqueles que exigem uma mudança, para que sejam mais centrados na PvD, foi, sobretudo, importante dar voz aos colaboradores que prestam cuidados na partilha das suas dificuldades. Nas duas ERPI identificámos necessidades e desafios semelhantes, que os diferentes colaboradores enfrentam na prestação de cuidados às PvD, nomeadamente: falta de conhecimento sobre a demência (remetendo para a necessidade de formação), falta de recursos humanos, falta de tempo para realizar algumas atividades/cuidados e necessidade de adquirir materiais que facilitem a autonomia da PvD. Estas necessidades podem originar obstáculos na aplicação de uma intervenção baseada na ACPcD, constituindo constrangimentos ao exercício das suas componentes (Brooker, 2006 *cit in* Fazio *et al.*, 2018). Estas dificuldades apontadas pelos nossos entrevistados vão ao encontro da pesquisa de Carvalho (2019), realizada em ERPI em Portugal Continental. Embora as ERPI estudadas também produzissem esforços

¹⁴ Na ERPI A é feita uma intervenção mais individualizada a 5/6 utentes. As atividades do foro da Psicologia são realizadas consoante o grau de demência (ligeiro, moderado, grave).

de aproximação à ACPcD, os colaboradores tinham incertezas quanto à forma de prestar cuidados, assumindo como maiores dificuldades os comportamentos das PvD e a comunicação com a PvD (Carvalho, 2019). Simultaneamente, os nossos resultados reforçam o estudo de Barbosa *et al.* (2011), que remetia para dificuldades dos cuidadores ao nível da interação com a PvD, o conhecimento sobre a doença, a falta de tempo e as limitações dos recursos humanos, e ainda o stress, a sobrecarga e os distúrbios comportamentais das PvD.

Tendo esta pesquisa sido efetuada em contexto de pandemia COVID-19, tornou-se fulcral explorar as mudanças e desafios que os colaboradores vivenciaram, bem como as suas perceções sobre as implicações das medidas no bem-estar das PvD. Verificámos que nas ERPI estudadas foram criados e implementados planos de contingência semelhantes, englobando medidas como: encerramento das visitas aos familiares; separação dos residentes/ criação de grupos para os espaços de lazer/ refeições; uso de EPI; triagem; higienização regular das mãos; sensibilização dos residentes e familiares; suspensão e/ou readaptação das atividades realizadas cumprindo com distanciamento de dois metros. Os colaboradores consideram que estas medidas tiveram implicações relacionadas com a prestação de cuidados, a vida pessoal e o futuro das PvD. Quanto à prestação de cuidados às PvD, para os TS, foi difícil a suspensão e/ou readaptação das atividades e/ou readaptação; o isolamento dos residentes; o incentivo à participação nas atividades assim que retomadas; e a realização de contatos com os familiares por videochamadas. Já os AAD, sentiram mais dificuldades na prevenção do contágio, adaptação às novas regras, excesso de trabalho e necessidade de cuidados redobrados. Em relação às implicações na sua vida pessoal, os colaboradores salientam: medo de ser infetado; medo de introduzir o vírus na instituição; limitação da vida pessoal (social e familiar) por trabalhar com idosos; e mais cuidados preventivos. Relativamente aos efeitos negativos e impactos no futuro das PvD, no entender dos colaboradores inquiridos, conclui-se: maior tristeza, maior isolamento, mais agitação, redução da mobilidade e agravamento do quadro demencial. Estes impactos percebidos vão ao encontro dos estudos já existentes. Estas considerações já haviam sido evidenciadas por Henriques *et al.* (2021), num estudo que concluiu que o encerramento das visitas aos familiares, a limitação dos contatos com os profissionais das ERPI devido ao uso de equipamentos de proteção individual, e a impossibilidade de efetuar saídas da instituição, provocaram o isolamento, solidão, agravamento do declínio

cognitivo e perda de capacidade funcional dos residentes das ERPI (Henriques et al., 2021).

Por fim, esta pesquisa procurou ainda averiguar as perceções dos DT em relação às políticas sociais dirigidas às ERPI e sua influência na aplicação da ACPcD. As duas DT afirmaram que as instituições beneficiam do protocolo de compromisso de cooperação entre a Segurança Social e as instituições sociais¹⁵. Contudo, consideram que a aplicação da ACPcD é difícil de ser concretizada. Nas suas perceções, esta dificuldade deve-se, por um lado, à inexistência de apoios sociais para a PvD que residem na ERPI, o que dificulta a uma intervenção mais personalizada. Quer isto dizer que todos os utentes recebem apoios iguais, quer sejam independentes ou dependentes, quer apresentem ou não quadro demencial, sem se considerarem as necessidades que possam apresentar. Por outro lado, consideram que a ACPcD é difícil de aplicar devido ao excesso de burocracia na solicitação de apoios a outras instâncias. Apontam ainda a falta de recursos humanos como constrangimento para um acompanhamento mais personalizado das PvD¹⁶. Por último, outro entrave da ACPcD passa pela inexistência de programas e de projetos direcionados para as PvD, que acontece em ambas as ERPI

¹⁵ https://www.seg-social.pt/documents/10152/453857/Protocolo_cooperacao_2021_2022.pdf/94bc9e17-d0e4-4861-aa3f-f2fe8f470172

¹⁶ A DT da ERPI A revela que a Psicologia é a área que tem uma intervenção mais individualizada

Conclusões

Concluída a pesquisa, consideramos que a caracterização da prestação de cuidados às PvD nas duas ERPI selecionadas foi cumprida, tendo como modelo a ACPcD. À semelhança, foi possível explorar um conjunto de dificuldades e necessidades dos colaboradores, bem como perceções em relação às políticas e apoios sociais.

Pudemos observar que as duas ERPI se esforçam para prestar uma intervenção de acordo com a ACPcD, com cuidados de qualidade e individualizados, nomeadamente: a maioria dos profissionais sabe o nome de todas as PvD, bem como as suas histórias de vida e preferências; recorrem a interação e não da tarefa PvD; podem demorar o tempo que for necessário para a realização da tarefa/atividade; procuram compreender o comportamento e a comunicação das PvD; realização de reavaliações do plano de cuidados às PvD regulares e multidisciplinares e estimulam ao autocuidado. Ainda que apenas exista um plano de cuidados para cada PvD na ERPI A, concluímos uma demonstração da preocupação em elaborá-lo na ERPI A.

Por oposição, registam-se alguns elementos em ambas as ERPI que afastam as práticas da abordagem selecionada, tais como: a prestação dos cuidados não é realizada sempre pelos mesmos colaboradores; as instituições não têm um plano de atividades individualizado escrito para cada PvD; embora as atividades consideram as preferências, histórias de vida e as necessidades das PvD, estas não participam no planeamento; a maioria das atividades são realizadas em grupo, juntamente com utentes com e sem quadro demencial.

Sabe-se que a implementação rigorosa da ACPcD pode apresentar dificuldade nas instituições, apresentando-se como filosofia exigente. No entanto, pela evidência dos seus efeitos positivos na melhoria da vida dos indivíduos institucionalizadas, bem como nas condições de trabalho dos colaboradores e cuidadores formais, parece-nos importante salientar os aspetos a melhorar nas ERPI estudadas, agora no âmbito da cultura organizacional: o rácio de recursos humanos desequilibrado; nenhuma ERPI é especializada na área da demência e/ou prestação de cuidados a PvD; há um horário de visitas limitado ao período da tarde; e não se realizam reuniões de coesão de equipa, embora seja dado *feedback* do desempenho da equipa.

Na sequência desta auscultação aos colaboradores, foi possível concluir um conjunto de necessidades relativas à prestação de cuidados de acordo com a ACPcD, semelhantes nas duas instituições e suportados pela literatura, destacando-se i) a falta de conhecimento sobre a demência e, portanto, necessidade de formação; ii) o número insuficiente de colaboradores e, conseqüentemente a falta de tempo para realização de cuidados; e ainda iii) necessidade de adquirir materiais que facilitem a autonomia da PvD.

Refletindo sobre o contexto de pandemia COVID-19, de um modo geral, os colaboradores consideram que as medidas tomadas perturbaram o funcionamento das ERPI, exigindo-lhes que se readaptassem e repensassem as formas de prestação de cuidados, ao mesmo tempo que deviam manter as medidas de contenção e proteção entre os colaboradores e com os residentes das instituições. Falamos por exemplo da redução dos contactos e utilização os EPI durante a prestação de cuidados e comunicação com a PvD. Os colaboradores das duas instituições identificaram conseqüências idênticas ao nível da prestação de cuidados às PvD e da sua vida pessoal, pelas limitações e cuidados redobrados que o trabalho com pessoas mais velhas exige. Apesar destas mudanças terem originando dificuldades, os colaboradores estão satisfeitos por não se ter diagnosticado nenhum colaborador ou residente com COVID-19 em ambas as instituições, à data da realização das entrevistas. Contudo, apesar dos esforços por parte dos colaboradores em atenuar os impactos das medidas associadas à COVID-19 nas PvD, na perceção dos colaboradores este contexto prejudica seu bem-estar físico e psicológico das PvD, provocando, sobretudo: maior tristeza, maior isolamento, mais agitação, redução da mobilidade e agravamento do quadro demencial.

Concluimos esta reflexão final considerando que, apesar dos impactos negativos mencionados, estes desafios podem tornar-se verdadeiras oportunidades de crescimento, constituindo momentos em que se privilegia o olhar sobre o processo de envelhecimento e se podem repensar as formas de funcionamento das ERPI, abandonando modelos desadequados. No entanto, convém aqui referir que esta mudança exige não só uma alteração de paradigma dentro das ERPI, mas também ao nível das políticas sociais. Na opinião dos DT destas instituições, a falta de apoios sociais específicos e diferenciados para PvD institucionalizadas dificulta a aplicação da ACPcD. Esta dificuldade é intensificada por um excesso de burocracia nos processos de solicitação de apoios desta

natureza. Acresce ainda a falta de recursos humanos e a inexistência de programas/projetos direcionados para as Pvd.

Consideramos que a restrição da pesquisa a duas ERPI constituiu uma limitação, não se apurando grandes diversidades nas culturas organizacionais. Contudo, o contexto de pandemia e as políticas associadas no sentido de proteger os residentes, limitou a participação de mais instituições. Os colaboradores vivem tempos conturbados, com disponibilidade reduzida. Além disso, o contato com as ERPI foi apenas efetuado via email e telefone, dificultando a explicação do estudo e levando a uma demora na resposta de algumas ERPI. Estes constrangimentos também se aplicaram na realização das entrevistas. Enquanto que na ERPI B foi possível realizar as entrevistas presencialmente, na ERPI A foram realizadas online, assumindo esta diferença como uma limitação do estudo, além de não ter sido possível conhecer o espaço físico nem observar as dinâmicas dentro das instituições.

Perante estas considerações, sugerimos que outros estudos possam contribuir e refletir sobre a importância da mudança da cultura organizacional e de uma prática centrada na Pvd. Apela-se a estudos focados nas componentes-chaves da ACPd e na continuidade de realização de pesquisas acerca desta temática na RAM, ainda pouco explorada no desenvolvimento destes conhecimentos.

Bibliografia

- ADI. (2020a). *About dementia*. Obtido em 20 de Maio de 2020, de Alzheimer's Disease International: <https://www.alzint.org/about/>
- ADI. (2020b). *Risk factors and risk reduction*. Obtido em 20 de Novembro de 2020, de Alzheimer's Disease International: <https://www.alzint.org/about/risk-factors-risk-reduction/>
- Alcântara, V. d., Reis, P. C., & Menezes, R. S. (2012). Identificação de Clusters Internacionais com base nas dimensões culturais de Hofstede. *Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria*, 5(2), 204-221. Obtido em 20 de Maio de 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/2734/273424461003.pdf>
- Almeida, E. B., Silva, T. B., Suzuki, M. Y., Martins, D., Ordonez, T. N., & Silva, H. S. (2012). Gerontologia: práticas, conhecimentos e o nascimento de um novo campo profissional. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6), 489-501.
- Alzheimer Association. (2018). *Dementia Care Practice Recommendations*. Obtido em 20 de Maio de 2020, de Alzheimer Association: https://www.alz.org/professionals/professional-providers/dementia_care_practice_recommendations
- Alzheimer Portugal. (2017). *Notícias da Alzheimer Portugal*. Obtido em 30 de Dezembro de 2019, de Alzheimer Portugal: http://alzheimerportugal.org/pt/news_text-77-8-827-portugal-e-o-4-pais-da-ocde-com-mais-pessoas-com-demencia-por-cada-1000-habitante
- Alzheimer Portugal. (2020a). *A Alzheimer Portugal*. Obtido em 20 de Novembro de 2020, de Alzheimer Portugal: <https://alzheimerportugal.org/pt/alzheimer-portugal>
- Alzheimer Portugal. (2020b). *Demência*. Obtido em 20 de Maio de 2020, de Alzheimer Portugal: <https://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-32-18-o-que-e-a-demencia>
- Alzheimer Portugal. (2020c). *Demência: Uma Prioridade de Saúde Pública*. Obtido em 20 de Maio de 2020, de Alzheimer Portugal: <https://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-42-45-demencia-uma-prioridade-de-saude-publica>
- Alzheimer Portugal. (2020d). *Lares e Centros de Dia*. Obtido em 10 de Janeiro de 2020, de Alzheimer Portugal: <http://alzheimerportugal.org/pt/lares-e-centros-de-dia>

- Baeta S, M. F. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud*, 13(2), 81-84. Obtido em 19 de Novembro de 2020, de <http://ve.scielo.org/pdf/cs/v13n2/art11.pdf>
- Barbosa, A. L., Cruz, J., Figueiredo, D., & Sousa, A. M. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, saúde e doenças*, 12(1), 119-129. Obtido em 20 de Novembro de 2020, de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/50702042/Cuidar_de_idosos_com_demencia_em_institui20161203-22162-cz4doi.pdf?1480826284=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DCuidar_de_idosos_com_demencia_em_institu.pdf&Expires=1607703962&Signature=L1qZFZ
- Botelho, M. A. (2007). Idade avançada- características biológicas e multimorbilidade. Portugal: *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Família*, 23(2), 191-195.
- Brownie, S., & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1-10.
- Carvalho, C. M. (2019). Envelhecimento e Cultura Organizacional :Abordagem Centrada na Pessoa com Demência em ERPI. *Dissertação para obtenção de grau de Mestre de Gerontologia Social*. Lisboa, Portugal.
- Carvalho, I. (2021). Relatório Científico Estudo sobre o Perfil do Cuidador Familiar/Informal da Pessoa Sénior em Portugal. Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa
- Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Lapkin, S., Wang, A., & Williams, Z. L. (2019). Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. *PLoS*, 14(2). Obtido em 14 de Maio de 2021, de <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0212686>
- Cruz, C. d., Fernandes, D. d., Pimenta, M. L., & Oliveira, L. C. (2013). Do pensamento clínico, segundo Foucault, ao resgate do modelo biopsicossocial: uma análise reflexiva. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, 11(1), 30-39. Obtido em 19 de Novembro de 2020, de http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/974/pdf_6
- Fabrício, S. C., & Rodrigues, R. A. (Abril/Junho de 2008). Revisão da literatura sobre fragilidade e a sua relação com o envelhecimento. *Revista da Rede de Enfermagem*

- do Nordeste*, 9(2), 113-119. Fortaleza, Brasil. Obtido em 30 de Dezembro de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027962014.pdf>
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The Gerontologist*, 58(1), 10-19. Obtido em Maio de 20 de 2020, de https://academic.oup.com/gerontologist/article/58/suppl_1/S10/4816735
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta.
- Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., & Sousa, L. (2012). Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. São Paulo, Brasil: *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1), 31-55.
- Figueiredo, M. H., Martins, M. M., Silva, L. W., & Oliveira, P. d. (Junho de 2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(3), 11-22. São Paulo. Obtido em 30 de Dezembro de 2019, de <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/6483/4700>
- Sorgetz, Bárbarah, & Gomes, Giancarlo, & Schons, Manuir, & Wilson Torrens, Edson (2017). Cultura Organizacional e Inovação: Uma perspectiva a partir do modelo de Schein. *Revista de Administração da Unimep*, 15(1), 51-72. Obtido em 20 de Maio, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273750689003>
- Henriques, H. R., Nascimento, T., Costa, A., Durão, C., Guerreiro, M. P., & Baixinho, C. (2021). Bem-estar em pessoas idosas institucionalizadas durante a pandemia: Uma revisão integrativa. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 284-294. Obtido em 28 de Novembro de 2021, de <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/417>
- ISS, I.P. (25 de setembro de 2017). *Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas Idosas*. Obtido em 11 de Janeiro de 2020, de Instituto da Segurança Social: https://www.seg-social.pt/documents/10152/27202/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb
- ISS, I.P. (2019). *Reforma*. Obtido em 01 de Junho de 2020, de Instituto da Segurança Social: <http://www.seg-social.pt/reforma>
- ISS, I.P. (2020). *Idosos*. Obtido em 20 de maio de 2020, de Instituto da Segurança Social, I.P: <https://www.seg-social.pt/idosos#>

- ISS, I.P.- RAM (2021). *Lares para Idosos*. Obtido em 20 de outubro de 2021, de Instituto da Segurança Social da Madeira: <https://instituto-de-seguranca-social-da-madeira.pai.pt/lares-para-idosos>
- INE. (2020). *Projeções de População Residente: 2018-2080*. Obtido em Janeiro de 30 de 2021, de Instituto Nacional de Estatística, I.P.: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Kitwood, T. (1998). Toward a theory of dementia care: ethics and interaction. *The Journal of Clinical Ethics*, 9, 23-34.
- Koren, M.J. (2010). Person-Centered Care For Nursing Home Residents: The Culture-Change Movement. *Health Affairs (Project Hope)*, 29(2), 312-317. doi: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2009.0966>
- Li, J., & Porock, D. (October de 2014). Resident outcomes of person-centered care in long-term care: A narrative review of interventional research. *International Journal of Nursing Studies*, 51 (10), 1395-1415. Obtido em 20 de Dezembro de 2020, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748914000790?via%3Dihub>
- Mitchell, G., & Agnelli, J. (2015). Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. *Nursing Standard*, 30 (7), 46-50.
- Nunes, E., Moraes, F. L., & Lima, S. d. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Med Minas Gerais*, 20(1), 67-73. Obtido em 03 de Janeiro de 2020, de http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf
- Oliveira, R. R., Oliveira, R. R., & Lima, J. B. (2016). Reflexão sobre a relação entre a mudança de cultura organizacional e a gestão do conhecimento. *Revista Perspectivas em Gestão & Conhecimento*, 6(1), 19-35. Obtido em 23 de Maio de 2020, de https://www.researchgate.net/publication/303822246_Reflexao_sobre_a_relacao_entre_a_mudanca_de_Cultura_Organizacional_e_a_Gestao_do_Conhecimento
- OMS. (2013). *Demência: una prioridad de salud pública*. Washington, DC: OPS.
- OMS. (2019). *Demencia*. Obtido em 08 de Dezembro de 2019, de Organización Mundial de Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

- ONU. (2020). *Envelhecimento*. Obtido em 20 de Janeiro de 2021, de Organização das Nações Unidas: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Paquete, P. (2015). *O bem-estar de indivíduos com demência e a relação com o desempenho de ocupações significativas. Estudo a partir da aplicação do dementia care mapping (DCM) a uma população institucionalizada*. (Tese de doutoramento em Saúde Pública na Especialidade em Ciência da Vida). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Obtido em 20 de Maio de 2020, de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/19097/1/Paquete%20Patricia%20TD%202015.pdf>
- Pereira, S. A., & Marques, E. M. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD Revista de Psicologia*, 1(2), 133-140.
- Perlini, N. M., Leite, M. T., & Furini, A. C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(2), 229-236. São Paulo. Obtido em 30 de Dezembro de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/3610/361033290008.pdf>
- Simões, Â. L., & Sapeta, P. (2017). Construção Social do Envelhecimento Individual. *Revista Kairós — Gerontologia*, 20(2), 09-26. doi:10.23925/2176-901X.2017v20i2p9-26
- Sinha, R. N. (2011). Make dementia a public health priority in India. *I. J. Health*, 55(2), 67-69. Obtido em 20 de setembro de 2021, de <https://www.ijph.in/article.asp?issn=0019-557X;year=2011;volume=55;issue=2;spage=67;epage=69;aulast=Sinha>

Apêndices

Apêndice I - Componentes e indicadores chaves da abordagem do cuidado centrada na pessoa que vive com demência

Tabela 15 - Componentes e indicadores chaves da abordagem do cuidado centrada na pessoa que vive com demência

Valorizar e respeitar a pessoa com demência e os seus cuidadores	2. Atendimento individualizado/ tratar as PvD com necessidades únicas	3. Colocar-se na perspetiva da PvD para compreender o seu comportamento e compreender a sua comunicação	4. Criar um ambiente social positivo através de cuidados que promovam os relacionamentos
<ul style="list-style-type: none"> • Ter uma visão clara; • Desenvolver práticas que valorizem os funcionários; • Criar sistemas para apoiar o desenvolvimento dos funcionários; • Projetar ambientes físicos e sociais solidários e inclusivos; • E garantir mecanismos de melhoria de qualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver e revisão periódica dos planos de cuidados que reflitam os pontos fortes e necessidades; • Permitir o uso de bens pessoais; • Respeitar preferências individuais e rotinas diárias; • Aprender sobre as histórias de vida dos indivíduos; • E oferecer uma variedade de atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação com eficácia; • Sentir empatia; • Monitorizar o ambiente físico; • Avaliar a saúde física; • Descobrir razões para os comportamentos; • E ser um defensor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar o indivíduo com respeito; • Criar uma atmosfera de cordialidade; • Validar sentimentos; • Fornecer assistência apropriada; • E promover um senso de comunidade

Fonte: Brooker (2006) cit in Fazio et al., 2018).

Apêndice II – Número de ERPI por concelho na RAM

Tabela 16 - Número de ERPI por concelho na RAM

Concelho	Nome da Instituição	Número de ERPI
Calheta	- Lar Nossa Senhora da Estrela; - Lar Nossa Senhora da Conceição;	2
Ponta de Sol	- Lar Santa Teresinha;	1
Ribeira Brava	- Lar São Bento; - Lar Intergeracional Santíssima Trindade da Tabua;	2
São Vicente	- Lar do Bom Jesus de Ponta Delgada;	1
Porto Moniz	- Lar de Idosos do Porto Moniz;	1
Santana	- Lar de Idosos de Santana;	1
Câmara de Lobos	- Lar do Ilhéu; - Lar Câmara de Lobos Living Care;	2
Funchal	- Lar da Bela Vista; - Lar de Sta. Isabel; - Lar de Vale Formoso; - Lar da Assistência Social Adventista; - Lar D. Olga de Brito; - Lar Vila Assunção; - Lar Hospício Princesa D. Maria Amélia; - Lar D'Ajuda;	8
Santa- Cruz	- Lar da Sagrada Família e Refúgio de S. Vicente de Paulo; - Lar Jardim do Sol; - Lar de Sta. Cruz;	3
Machico	- Lar Nossa Senhora do Bom Caminho; - Lar Agostinho Cupertino da Câmara;	2
Porto Santo	- Lar Nossa Senhora da Piedade;	1
Total	24	24

Fonte: Instituto da Segurança Social da Madeira, 2021

Apêndice III – Guião de Entrevista dirigidas aos Diretores Técnicos da ERPI

Tema: “Adequação das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas à Abordagem Centrada na Pessoa que vive com Demência”.

Objetivo Geral: Caracterizar a prestação de cuidados às pessoas que vive com demência em ERPI na Região Autónoma da Madeira, de acordo com a abordagem centrada na pessoa que vive com demência, considerando as políticas e apoios sociais existentes, bem como as dificuldades e necessidades dos profissionais de prestação de cuidados.

Aspetos a ter em conta	Objetivos Específicos	Formulação das questões	Comentários a considerar
	Legitimar a entrevista;	<ul style="list-style-type: none">- Informar o/a entrevistado/a sobre a pesquisa os seus objetivos;- Solicitar a sua colaboração;- Garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato do/a entrevistado/a e da instituição;-Solicitar a autorização para gravação áudio da entrevista;	

	<p>Conhecer o percurso profissional do/a diretor/a técnico/a</p>	<p>Solicitar ao entrevistado/a que fale sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O seu percurso profissional; - Aspetos mais relevantes do seu percurso profissional. <p>Questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idade - Formação - Especialização - Há quanto tempo trabalha como diretor/a técnico/a nesta instituição? - Efetuou alguma mudança na instituição quando iniciou estas funções? 	

--	--	--	--

Aspetos a ter em conta	Objetivos Específicos	Formulação das questões	Comentários a considerar
	Conhecer a cultura organizacional da instituição	<ul style="list-style-type: none"> -Solicitar que o/a entrevistado/a aborde aspetos sobre os valores, normas e o ambiente da instituição; - Solicitar que o/a entrevistado/a fale sobre as práticas de prestação de cuidados com os utentes que vivem com demência; <p>Questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necessidades de formação por parte da equipa de 	<ul style="list-style-type: none"> - Quando existe a necessidade de formação em alguma área específica por parte equipa multidisciplinar é dada formação? / A instituição costuma fazer o levantamento ou identificação de necessidades de formação? / Costumam realizar/ Já proporcionaram formação na área da demência?

		<p>prestação de cuidados, identificação/levantamento dessas necessidades, formação disponibilizada/incentivada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processo de avaliação ou reavaliações das PvD, da qualidade dos serviços que lhe são prestados e do bem-estar da PvD. - Horários de funcionamento e rotinas na prestação de cuidados às PvD - Desempenho da equipa de prestação de cuidados e feedback - A instituição é especializada em alguma área de prestação de cuidados? - Plano de prestação de cuidados a PvD, nome, histórias de vida, interesses e rotinas. - Manutenção ou rotatividade dos colaboradores que prestam cuidados às PvD 	<ul style="list-style-type: none"> - É realizada? De que forma? A mesma é realizada em conjunto com a equipa - Há flexibilidade na realização das tarefas? em termos de horários por ex, de disposição da PvD... - É dado o feedback por si pelo desempenho da restante equipa multidisciplinar? e ações de coesão da equipa? são realizadas? - Já em relação à prestação de cuidados a PvD, existe um plano de cuidados, escrito e individualizado de cada PvD? Que funcionários da instituição participam na elaboração desse plano e quais têm acesso ao mesmo? - A prestação de cuidados é sempre dada pelos mesmos funcionários sempre que possível? Caso não seja possível a mudança é feita de forma cuidadosa e é passado a informação necessária?
--	--	---	---

--	--	--	--

Aspetos a ter em conta	Objetivos Específicos	Formulação das questões	Comentários a considerar
	Caracterização do espaço físico da instituição;	<p>-Solicitar que o/a entrevistado/a fale sobre a características físicas da instituição;</p> <p>Questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caracterização dos espaços da instituição (quartos, refeição, convívio, de culto, ao ar livre...) - Quartos das PvD (identificação, individuais ou partilhados, utentes com demência partilham quarto com outros utentes com demência e/ou com indivíduos com autonomia e independência? Objetos pessoais/ decorativos, identificação dos quartos e wc das PvD - Animais de estimação - Circulação 	

	<p>Conhecer os recursos humanos disponíveis da instituição;</p>	<p>- Solicitar que o/a entrevistado/a fale sobre os recursos humanos disponíveis na instituição;</p> <p>Questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de recursos humanos disponíveis na instituição (técnicos superiores e auxiliares da ação direta), no total e na distribuição por turno. - Maiores preocupações/ necessidades do DT em relação aos recursos humanos - Reuniões ou transmissão de feedback à equipa de prestação de cuidados. - Colaboradores com/sem especialização na área da demência 	<ul style="list-style-type: none"> - Considera esse rácio suficiente? - Os profissionais que prestam cuidados aos utentes com demência têm alguma especialização na área da demência?

Aspetos a ter em conta	Objetivos Específicos	Formulação das questões	Comentários a considerar
6. Caracterização dos utentes com demência da instituição	Caracterização dos residentes da instituição;	<p>- Solicitar que o/a entrevistado/a fale sobre o conjunto de utentes que residem na instituição.</p> <p>Questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de utentes total e número de utentes com diagnóstico de demência (feito pelo médico). Número de outros residentes com alterações cognitivas não diagnosticadas. - Características do acolhimento inicialmente e do utente com demência, processo de institucionalização/ ato de admissão da PvD 	-É realizado apenas por si ou é realizada em simultâneo com os vários elementos da equipa multidisciplinar?
7. Atividades de ocupação e participação dos utentes	Caracterização das atividades de ocupação e de participação dos utentes com demência;	<p>-Solicitar que o/a entrevistado/a fale das dinâmicas relacionadas com as atividades de ocupação e participação dos utentes;</p> <p>Questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plano de atividades de ocupação e participação, seleção das atividades, rotinas e horários. - Incentivo/ estimulação da participação nas AVD - Outras atividades 	<p>- Existe? É individualizado para cada pessoa com demência? Se sim é elaborado por quem?</p> <p>- Os utentes com demência têm oportunidade de participar na escolha das atividades que querem realizar? E os horários dessas atividades são livres/flexíveis ou fixos?</p> <p>- Estes utentes são estimulados diariamente nas suas atividades de vida diária (i.e., tomar banho, vestir-se) e, nas atividades de vida instrumental pelos profissionais?</p> <p>- Que tipo de atividades a Instituição dispõem, para além das Atividades de Vida Diária? (exemplo, estimulação sensorial, reabilitação cognitiva, atividades lúdicas);</p>

Aspetos a ter em conta	Objetivos Específicos	Formulação das questões	Comentários a considerar
<p>8. COVID-19 e os desafios na intervenção com as PvD</p>	<p>Conhecer os principais desafios que a situação pandemia COVID-19 originou na instituição;</p>	<p>- Solicitar que o/a entrevistado/a aborde os principais desafios que a COVID-19 originou na prestação dos cuidados nos utentes com demência;</p> <p>- Solicitar que explique ou disponibilize o plano de contingência adotado pela instituição durante a pandemia</p> <p>Questões:</p> <p>- Primeiro estado de emergência (março 2020): plano de contingência, orientações da Segurança Social, principais medidas tomadas, colaboradores que participaram na elaboração do plano.</p> <p>- Aquisição/ financiamento dos Equipamentos de Proteção Individual</p> <p>- Estratégias direcionadas para: familiares dos utentes, prevenir contágio entre os colaboradores, prevenir disseminação do vírus dentro da ERPI.</p> <p>- Número de utentes infetados (total e de PvD) e evolução clínica até à data</p> <p>- Número de colaboradores infetados. De que forma afetou o rácio de recursos humanos e, por consequência, a prestação de cuidados. Estratégias adotadas.</p> <p>- Apoios/ falta de apoios (de entidades governamentais e da Segurança Social, dos familiares...) na resolução</p>	<p>- Considerando a situação pandémica que estamos a vivenciar, inicialmente, com o primeiro confinamento e decretado o primeiro estado de emergência em março de 2020, foi elabora o plano de contingência? O mesmo foi realizado através das orientações da Segurança Social? Quem participou na elaboração desse plano? Quais as principais medidas desse plano?</p> <p>- Ao nível de por exemplo, dos Equipamentos de Proteção Individual disponibilizado aos colaboradores da instituição, o mesmo foi fornecido pela segurança social ou por outra instancia?</p> <p>- Com as orientações e recomendações da DGS, em por lado, encerrou-se as visitas e saídas ao exterior dos utentes da instituição, e por outro lado, houve um maior distanciamento social, que estratégias a instituição arranjou para a contenção e prevenção da disseminação do vírus dentro da instituição por parte dos da equipa multidisciplinar? (Exemplo: uma das estratégias, por exemplo, equipas de 15 dias, em que uma equipa trabalha 15 dias e outra 15 de forma a não haver entradas e saídas, impedindo os contatos e garantindo o isolamento social)</p> <p>- Perguntar o número de mortes, mas também a idade e outras condições clínicas desses utentes que faleceram.</p> <p>- Considerando os desafios que a COVID-19 originou, como por exemplo, sobrecarga de trabalho para os colaboradores e o maior</p>

		de problemas associados aos desafios da COVID-19	risco de contágios na instituição, houve a necessidade de contratar mais profissionais? Se sim, teve a colaboração e apoio de por exemplo da segurança social, nessa fase?
--	--	--	--

Aspetos a ter em conta	Objetivos Específicos	Formulação das questões	Comentários a considerar
9.Políticas e apoios sociais		<p>- Solicitar que o/a entrevistado/a expresse a sua opinião sobre as políticas e os apoios sociais que as estruturas residenciais têm relativamente aos utentes com demência;</p> <p>Questões:</p> <p>- Características do protocolo com a Segurança Social</p> <p>- Apoios e/ou falta de apoios (de entidades governamentais e da Segurança Social relativamente aos utentes com demência das ERPI- opinião.</p>	<p>-Tem algum acordo realizado com a Segurança Social?</p> <p>- Na sua perceção, considerando os acordos realizados entre as estruturas residenciais e a Segurança em que sentido os mesmos potenciam os cuidados centrados na pessoa que vive com demência?</p> <p>--Em relação as políticas e dos apoios sociais existentes em Portugal, as estruturas residenciais recebem apoios para as PvD? Se não, na sua opinião, em que medida a falta de apoios dificulta as práticas de prestação de cuidados centrados na PvD nas ERPIS?</p> <p>- Existem parcerias com o Estado e a sociedade civil, através de programas e de projecto direcionadas as PvD?</p> <p>- Em Portugal, embora tenha sido aprovado os projetos de Resolução que propõem reconhecimento das Demências como uma prioridade nacional, em Outubro de 2010 e de abordar-se sobre a criação de um plano nacional para as demências, na sua opinião que entraves e dificuldades as estruturas residenciais enfrentam pela falta de apoios e politicas direcionadas a prestação de cuidados centrados na PvD?</p>

**Apêndice IV - Guião da Entrevista dirigidos aos Técnicos Superiores
(Terapeuta Ocupacional, Animador Sociocultural, Enfermeiro, Psicólogo)
da ERPI**

Tema: “Adequação das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas à Abordagem Centrada na Pessoa que vive com Demência”.

Objetivo Geral: caracterizar a prestação de cuidados às pessoas que vive com demência em ERPI na Região Autónoma da Madeira, de acordo com a abordagem centrada na pessoa que vive com demência, considerando as políticas e apoios sociais existentes, bem como as dificuldades e necessidades dos profissionais de prestação de cuidados.

Aspetos a ter em conta	Objetivos Específicos	Formulação das questões	Comentários a considerar
1. Legitimação da entrevista e da motivação dos entrevistados	Legitimar a entrevista;	<ul style="list-style-type: none"> - Informar o/a entrevistado/a sobre a pesquisa os seus objetivos; - Solicitar a sua colaboração; - Garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato do/a entrevistado/a - Solicitar a autorização para gravação áudio da entrevista; 	
2. Dados gerais sobre a caracterização do entrevistado e dimensão profissional	Conhecer o percurso profissional do/a técnico/a superior	Solicitar ao entrevistado/a que fale sobre: <ul style="list-style-type: none"> - O seu percurso profissional; - Aspetos mais relevantes do seu percurso profissional. Questões: <ul style="list-style-type: none"> - Idade - Formação - Especialização - Função que desempenha na instituição (tempo e condições) 	

Aspetos a ter em conta	Objetivos Específicos	Formulação das questões	Comentários a considerar
<p>3. Caracterização das práticas de prestação dos cuidados e das atividades de ocupação e participação das PvD</p>	<p>Caracterizar as práticas de prestação de cuidados, bem como o planeamento e a execução das atividades de ocupação e participação, na perspetiva do/a técnico/a superior</p>	<p>- Solicitar que o/a entrevistado/a fale das dinâmicas da instituição ao nível das práticas de prestação de cuidados, do planeamento e da execução das atividades de ocupação e participação dos utentes com demência</p> <p>Questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plano de atividades de ocupação e participação, seleção das atividades, rotinas e horários; - Incentivo/ estimulação da participação nas AVD; - Processo de avaliação ou reavaliação das pessoas com demência, da qualidade dos serviços que lhe são prestados e do seu bem-estar; - Outras atividades; - Desempenho da equipa de prestação de cuidados. - Dá e recebe feedback da direção? 	<ul style="list-style-type: none"> - Em relação as atividades de ocupação e participação, existe um plano de atividades de ocupação e participação individualizado para cada utente com demência? É feito em conjunto com a restante equipa multidisciplinar? - Com que frequência são realizadas as atividades de ocupação e participação com as PvD? - Colabora e estimula os utentes com demência a participar nas atividades de ocupação e participação que são realizadas na instituição? - Participa nas reuniões com a equipa multidisciplinar para o acompanhamento e a avaliação ou re(avaliações) do plano de cada utente com demência (exemplo: mudanças que tenham ocorrido, etc.)? Se sim, com que frequência? - Que sugestões daria para uma intervenção de qualidade com pessoa com demência? - Que tipo de atividades a Instituição dispõem para além das Atividades de Vida Diária? (exemplo, estimulação sensorial, reabilitação cognitiva, atividades lúdicas, etc.) - Na sua opinião quais os principais desafios nos cuidados as pessoas que

			vivem com demência? E o mais gratificante?
--	--	--	--

Aspetos a ter em conta	Objetivos Específicos	Formulação das questões	Comentários a considerar
4. Dificuldades e necessidades dos/as técnicos/as superiores	Identificar as dificuldades e necessidades sentidas pelo/a técnico/a superior na prestação de cuidados, bem como nas atividades de ocupação e participação	<p>Solicitar que o/a entrevistado/a aborde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - As dificuldades e necessidades sentidas na prestação de cuidados bem como no planeamento e realização das atividades de ocupação e participação dos utentes com demência; - Dinâmicas relacionadas com as atividades de ocupação e participação dos utentes. <p>Questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Principais características da prestação dos cuidados às PvD - Dificuldades na prestação de cuidados centrados na PvD - Dificuldades no planeamento e execução das atividades de ocupação e participação dos 	<ul style="list-style-type: none"> - Considerando a PvD, é estabelecido diariamente uma relação carinhosa, tratando o indivíduo pelo o nome? se não, porquê? - Quando presta cuidados, preocupa-se com a forma como presta cuidados e a sua interação com a PvD invés de a tarefa que está a realizar? / - Quando é realizado uma tarefa, pode demorar o tempo que for necessário para a realização da mesma ou o tempo está pré-definido? - Tenta colocar-se se lugar da PvD, no sentido de compreender o seu comportamento e compreender a sua comunicação (exemplo quando esta mais agitada, tentar compreender o motivo de o mesmo estar assim?) Se não, porquê? - Quando é preparado as atividades para os utentes com demência é tido em consideração as preferências, as rotinas diárias e as histórias de vida de cada pessoa com demência? Dê por exemplo, de atividades que são feitas com as pessoas com demência? -- Há abertura por parte da chefia para mudanças (exemplo, ao nível das atividades a realizar, das dinâmicas de prestação de cuidados) no sentido de beneficiar a qualidade da prestação dos cuidados e do bem-estar da PvD?

		<p>utentes da instituição.</p> <p>-Dinâmicas da prática da prestação de cuidados às PvD e da realização das atividades de participação e ocupação;</p> <p>- Necessidades percecionadas pela equipa na prestação de cuidados as PvD.</p>	<p>- É incentivado e dado oportunidade de o planeamento das atividades ser feito em conjunto com os utentes com demência?</p> <p>- É incentivado as PvD falarem sobre a sua história de vida, os seus interesses, entre outros aspetos?</p> <p>- Quando existe a necessidade de formação em alguma área especifica por parte dos colaboradores é dada formação? / A instituição costuma fazer o levantamento ou identificação de necessidades de formação? / Costumam realizar/ Já proporcionaram formação na área da demência?</p> <p>- Na sua opinião quais as principais necessidades sentidas pela a equipa na prestação de cuidados aos utentes com demência</p>
--	--	---	---

Aspetos a ter em conta	Objetivos Específicos	Formulação das questões	Comentários a considerar
<p>5. COVID-19 e os desafios na intervenção PvD</p>	<p>Conhecer os principais desafios que a COVID-19 originou na perspetiva do/a técnico/a superior</p>	<p>Solicitar que o/a entrevistado(a) fale sobre os principais desafios que a pandemia COVID-19 originou:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a nível pessoal do/a técnico/a superior - nas dinâmicas e rotinas da instituição, nas relações entre a equipa e com o/a DT - na prestação de cuidados as PvD - nas PvD. <p>Questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primeiro estado de emergência (março de 2020): plano de contingência, orientações da segurança social, principais medidas adotadas; - Estratégias direcionadas para os familiares dos utentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Com o primeiro estado de emergência (março de 2020), colaborou no plano de contingência? Que medidas foram tomadas inicialmente? Concordou com as decisões? - Manteve a realização das atividades/ cuidados que prestava às PvD? Ou foram suspensas? - Que estratégias foram adotadas neste sentido? - Com o encerramento das visitas e das idas ao exterior, os utentes com demência têm a possibilidade de manter contato com seus familiares e amigos, através de por exemplo de videochamadas? As PvD têm o apoio e colaboração dos colaboradores neste processo? - E como foram as dinâmicas entre os diferentes colaboradores para prevenir o contágio e a disseminação do vírus na instituição? - Com aparecimento de casos de COVID-19 dentro da instituição que medidas foram tomadas? Foi

		<p>com demência, para prevenir o contágio entre colaboradores e a disseminação do vírus dentro da ERPI;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de profissionais infetados da instituição e principais preocupações; - Dificuldades e sentimentos da equipa no início da pandemia (em março de 2020 e à data da entrevista) ao nível da prestação de cuidados às PvD. <p>Estratégias para a manutenção das dinâmicas da instituição e das rotinas dos utentes com demência;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Principais dificuldades ao nível da sua vida pessoal nesta fase de pandemia; - Principais consequências que a pandemia COVID-19 despoletou nos utentes com demência. <p>Impacto das medidas de contingência no futuro das PvD.</p>	<p>realizada a contratação de profissionais nessa fase?</p> <p>Quais as suas principais dificuldades e sentimentos no início da pandemia ao nível da prestação de cuidados às PvD?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ao nível da dinâmica da ERPI, que alterações houve nessa fase? Como era a relação com equipa e com o/a diretor(a) técnico(a)? - E atualmente? Quais são as suas dificuldades e preocupações em relação à COVID-19 e prestação de cuidados às PvD? <p>De momento, após um ano de pandemia, e estar em curso nas instituições o plano de vacinação que sentimentos originou? As dificuldades transcritas anteriormente mantêm-se?</p> <p>Quais foram as principais dificuldades e impacto que a pandemia e as medidas associadas tiveram e têm atualmente na sua vida pessoal?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qual as principais consequências que notou nos utentes com demência, devido a este período de pandemia? - Quais os efeitos da COVID-19 no futuro para estes utentes?
--	--	---	--

Apêndice V - Guião da Entrevista dirigidos aos Auxiliares da Ação Direta

Tema: “Adequação das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas à Abordagem Centrada na Pessoa que vive com Demência”.

Objetivo Geral: caracterizar a prestação de cuidados às pessoas que vive com demência em ERPI na Região Autónoma da Madeira, de acordo com a abordagem centrada na pessoa que vive com demência, considerando as políticas e apoios sociais existentes, bem como as dificuldades e necessidades dos profissionais de prestação de cuidados.

Aspetos a ter em conta	Objetivos Específicos	Formulação das questões	Comentários a considerar
1. Legitimação da entrevista e da motivação dos entrevistados.	Legitimar a entrevista;	<ul style="list-style-type: none"> - Informar o/a entrevistado/a sobre a pesquisa os seus objetivos; - Solicitar a sua colaboração; - Garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato do/a entrevistado/a - Solicitar a autorização para gravação áudio da entrevista; 	
2. Dados gerais sobre a dimensão profissional dos entrevistados	Conhecer o percurso e experiência profissional dos/as auxiliares de ação direta	<p>Solicitar que o/a entrevistado(a) que falem sobre o seu percurso e experiência profissional.</p> <p>Questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idade - Escolaridade/ formação - Funções que desempenha na instituição (tempo e condições) 	

Aspetos a ter em conta	Objetivos Específicos	Formulação das questões	Comentários a considerar
<p>3. Dinâmicas da instituição ao nível da prestação dos cuidados</p>	<p>Caracterização das dinâmicas e das práticas de prestação de cuidados aos utentes da instituição</p>	<p>- Solicitar que o/a entrevistado/a fale sobre as dinâmicas da instituição ao nível da prestação dos cuidados aos utentes com demência.</p> <p>Questões:</p> <p>- Características da prestação de cuidados a PvD, rotinas e horários</p> <p>- Incentivo/ estimulação da participação nas AVD</p> <p>- Avaliação do desempenho e qualidade dos serviços/ cuidados que presta à PvD</p> <p>- Conhecimento sobre a demência e cuidados prestados a PvD</p>	<p>- Tem acesso ao plano de cuidados estabelecido para cada PvD?</p> <p>- Como se organiza a rotina de prestação de cuidados às PvD? É de acordo com os seus desejos/ necessidades? Ou há um horário/rotina estabelecido pela organização?</p> <p>- Quando existe a necessidade de alterar o Plano de Cuidados dos utentes com demência é dada abertura por parte da chefia para a sua alteração?</p> <p>- Sabe o nome de todos os utentes com demência, bem como das suas histórias de vida, os seus interesses e das suas rotinas diárias?</p> <p>- A prestação de cuidados aos utentes com demência é sempre feita pelos mesmos colaboradores e é mantida a mesma rotina sempre que possível? Se não, a mesma é feita de forma cuidadosa?</p> <p>- Colabora e estimula os utentes com demência a participar nas atividades de ocupação e participação que são realizadas na instituição? Se não, porquê?</p> <p>- Os utentes com demência que são autónomos, são estimulados e encorajados a fazer as suas atividades de vida diária sozinhos?</p> <p>- São realizadas reuniões com a equipa multidisciplinar para o acompanhamento e a avaliação ou re(avaliações) do plano de cada utente com demência (exemplo: mudanças que tenham ocorrido, etc.)? Se sim, com que frequência?</p> <p>- Partilha com a direção as necessidades e dificuldades que sente na prestação de cuidados às PvD?</p> <p>- Que sugestões daria para uma intervenção de qualidade com pessoa que vive com demência?</p> <p>- É dado o feedback do seu desempenho pela direção?</p> <p>- Tem necessidade de adquirir mais conhecimento sobre demência e a prestação de cuidados a PvD?</p> <p>- Quando existe a necessidade de formação em alguma área específica por parte dos colaboradores é dada formação? / A instituição</p>

			costuma fazer o levantamento ou identificação de necessidades de formação? / Costumam realizar/ Já proporcionaram formação na área da demência?
--	--	--	---

Aspetos a ter em conta	Objetivos Específicos	Formulação das questões	Comentários a considerar
4. Dificuldades e necessidades dos/as auxiliares de ação direta	Identificar as dificuldades e necessidades sentidas pelo/a técnico/a superior na prestação de cuidados, bem como nas atividades de ocupação e participação	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar que o/a entrevistado/a fale das dificuldades e as necessidades sentidas na prestação de cuidados aos utentes com demência; Questões: - Principais características da prestação dos cuidados às PvD - Dificuldades na prestação de cuidados centrados na PvD - Dificuldades no planeamento e execução das atividades de ocupação e participação dos utentes da instituição. - Dinâmicas da prática da prestação de cuidados às PvD e da realização das atividades de participação e ocupação - Necessidades percecionadas pela equipa na prestação de cuidados as PvD. 	<ul style="list-style-type: none"> - Considerando a PvD, é estabelecido diariamente uma relação carinhosa, tratando o individuo pelo o nome? se não, porquê? - Quando presta cuidados, preocupa-se com a forma como presta cuidados e a sua interação com a PvD invés de a tarefa que está a realizar? / - Quando é realizado uma tarefa, pode demorar o tempo que for necessário para a realização da mesma ou o tempo está pré-definido? - Tenta colocar-se se lugar da PvD, no sentido de compreender o seu comportamento e compreender a sua comunicação (exemplo quando esta mais agitada, tentar compreender o motivo de o mesmo estar assim?) Se não, porquê? Quando é preparado as atividades para os utentes com demência é tido em consideração as preferências, as rotinas diárias e as histórias de vida de cada pessoa com demência? Dê por exemplo, de atividades que são feitas com as pessoas que vivem com demência? -- Há abertura por parte da chefia para mudanças (exemplo, ao nível das atividades a realizar, das dinâmicas de prestação de cuidados) no sentido de beneficiar a qualidade da prestação dos cuidados e do bem-estar da PvD? - É incentivado e dado oportunidade de o planeamento das atividades ser feito em conjunto com os utentes com demência? - É incentivado as PvD falarem sobre a sua história de vida, os seus interesses, entre outros aspetos? - Quando existe a necessidade de formação em alguma área específica por parte dos colaboradores é dada formação? / A instituição costuma fazer o levantamento ou identificação de necessidades de formação? / Costumam realizar/ Já proporcionaram formação na área da demência?

			- Na sua opinião quais as principais necessidades sentidas pela a equipa na prestação de cuidados aos utentes com demência
--	--	--	--

Aspetos a ter em conta	Objetivos Específicos	Formulação das questões	Comentários a considerar
5. COVID-19 e desafios na prestação dos cuidados a PvD	Conhecer os principais desafios e dificuldades que COVID-19 originou na perspectiva dos/as auxiliares de ação direta	<p>Solicitar que o/a entrevistado(a) fale sobre os principais desafios que a pandemia COVID-19 originou:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a nível pessoal dos/as auxiliares de ação direta - nas dinâmicas e rotinas da instituição, nas relações entre a equipa e com o/a DT - na prestação de cuidados as PvD - nas PvD. <p>Questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primeiro estado de emergência (março de 2020): plano de contingência, orientações da segurança social, principais medidas adotadas; - Estratégias direcionadas para os familiares dos utentes com demência, para prevenir o contágio entre colaboradores e a disseminação do vírus dentro da ERPI; - Número de profissionais infetados da instituição e principais preocupações; - Dificuldades e sentimentos da equipa no início da pandemia (em março de 2020 e à data da entrevista) ao nível da prestação de cuidados às PcD. Estratégias para a manutenção das dinâmicas da instituição e das rotinas dos utentes com demência; - Principais dificuldades ao nível da sua vida pessoal nesta fase de pandemia; 	<ul style="list-style-type: none"> - Com o primeiro estado de emergência (março de 2020), colaborou no plano de contingência? - Que medidas foram tomadas inicialmente? Concordou com as decisões? - Manteve a realização das atividades/cuidados que prestava às PvD? Ou foram suspensas? - Que estratégias foram adotadas neste sentido? - Com o encerramento das visitas e das idas ao exterior, os utentes com demência têm a possibilidade de manter contato com seus familiares e amigos, através de por exemplo de videochamadas? As PvD têm o apoio e colaboração dos colaboradores neste processo? - E como foram as dinâmicas entre os diferentes colaboradores para prevenir o contágio e a disseminação do vírus na instituição? - Com aparecimento de casos de COVID-19 dentro da instituição que medidas foram tomadas? Foi realizada a contratação de profissionais nessa fase? - Quais as suas principais dificuldades e sentimentos no início da pandemia ao nível da prestação de cuidados às PvD? - Ao nível da dinâmica da ERPI, que alterações houve nessa fase? Como era a relação com equipa e com o/a diretor(a) técnico(a)? - E atualmente? Quais são as suas dificuldades e preocupações em relação à COVID-19 e prestação de cuidados às PvD? - De momento, após um ano de pandemia, e estar em curso nas instituições o plano de vacinação que sentimentos originou? As dificuldades transcritas anteriormente mantêm-se?

		<ul style="list-style-type: none"> - Principais consequências que a pandemia COVID-19 despoletou nos utentes com demência. Impacto das medidas de contingência no futuro das PvD. 	<ul style="list-style-type: none"> - Quais foram as principais dificuldades e impacto que a pandemia e as medidas associadas tiveram e têm atualmente na sua vida pessoal? - Qual as principais consequências que notou nos utentes com demência, devido a este período de pandemia? - Quais os efeitos da COVID-19 no futuro para estes utentes?
--	--	--	--

Apêndice VI – Rácio dos recursos Humanos ERPI A e ERPI B

Tabela 17 - Recursos Humanos ERPI A

Função	Número de Funcionários
Diretora Técnica e Assistente Social	1
Fisioterapeuta (part-time)	1
Nutricionista (part-time)	1
Psicóloga	1
Terapeuta Ocupacional (part-time)	1
Animadora Sociocultural	1
Enfermeiros (11 a part-time)	16
Auxiliares das atividades ocupacionais	2
Auxiliares alocados à cozinha	3
Auxiliares da Ação Direta	23
Serviço Gerais	4
Rececionista	2
Total	56

Tabela 18 - Recursos Humanos ERPI B

Função	Número de Funcionários
Diretora Técnica	1
Fisioterapeuta (part-time)	1
Nutricionista	1
Técnico Animação Sociocultural	1
Educadora Sénior	1
Enfermeiros (part-time)	3
Auxiliares alocados à cozinha	4
Auxiliares da Ação Direta	25
Serviço Gerais	15
Auxiliares alocados à lavandaria	5
Assistente Técnica	1
Total	58

Apêndice VII – Consentimento informado e autorização

A pesquisa intitulada “Adequação das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas à Abordagem Centrada na Pessoa que vive com Demência” decorre no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, no ISCSP-ULisboa, e tem como principal objetivo caracterizar a prestação de cuidados às pessoas que vivem com demência em ERPI na Região Autónoma da Madeira de acordo com a abordagem centrada na pessoa com demência.

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre as práticas de prestação de cuidados a pessoas que vivem com demência, as dificuldades e necessidades sentidas pelos profissionais.

O sucesso da pesquisa passa pela realização de entrevistas a profissionais em ERPI, e por isso a sua colaboração é fundamental.

Todos os dados recolhidos são anónimos totalmente confidenciais.

Os resultados não serão analisados individualmente, mas em termos gerais, conjuntamente com a resposta dos outros participantes.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco.

Os resultados da investigação serão apresentados e publicados na dissertação, podendo, se desejar, contactar a sua autora para se inteirar dos resultados obtidos.

Agradeço desde já a sua disponibilidade em colaborar

Ana Cristina Teixeira

Eu, _____
compreendi a informação que me foi fornecida acerca da pesquisa acima mencionada.
Consinto a participação no estudo, realizando a entrevista solicitada.

_____, _____ de _____ de 2021.