

Envelhecimento e Cultura Organizacional: Abordagem Centrada na Pessoa com Demência em ERPI

Cláudio Marcelo Mateus Carvalho

Orientador: Professora Doutora Maria João Bernardo Bárrios

Dissertação para obtenção de grau de Mestre
Em Gerontologia Social

Lisboa
2019

WWW.ISCSP.U LISBOA.PT

Folha de Rosto

Envelhecimento e Cultura Organizacional: Abordagem Centrada na Pessoa com Demência em ERPI

Cláudio Marcelo Mateus Carvalho

Orientador: Professora Doutora Maria João Bernardo Bárrios

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

Júri:

Presidente:

- Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes, Professora Catedrática do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

Vogais:

- 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 Maria da Cunha Ribeirinho, Professora Auxiliar Convidada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

Lisboa
2019

AGRADECIMENTOS

De forma terna endereço os meus especiais agradecimentos:

À Professora Doutora Maria João Bárrios pela incansável orientação e por partilhar comigo todo o seu conhecimento ao longo dos dois anos de mestrado.

Aos meus pais, Isabel e Jorge, pelo amor incondicional.

Ao meu avô Joaquim por ser o meu melhor amigo.

À Susana, minha companheira, pelo apoio e por comprovar que mesmo em tempos de cólera o amor ainda impera.

Ao David, Bruno, Nuno e Saramago pela amizade e por acrescentarem vida à minha.

À minha tribo. Ao Afonso, Cátia, Rafaela e Teresa por sonharem comigo.

A todos os meus professores pela partilha do conhecimento.

Às Estruturas Residenciais para a Pessoa Idosa por participarem na pesquisa.

Às pessoas com demência por serem o motivo da elaboração deste estudo.

E à pessoa que me guia.

RESUMO

O envelhecimento populacional se, por um lado, representa uma conquista das sociedades, por outro constitui-se um dos maiores desafios do século. Não só por se traduzir no aumento da população mais velha mas também, tendo em conta a transição epidemiológica, por as doenças crónicas se tornarem mais prevalentes, como a demência. Portugal, segundo a OCDE (2017), considera-se o 4º país da OCDE com mais pessoas com demência por cada mil habitantes.

O elevado quantitativo de pessoas com demência também se replica nas respostas sociais, onde 90% dos idosos nos lares tem alterações cognitivas. Neste grupo, 78% tem demência, segundo a União das Misericórdias Portuguesas - projeto VIDAS. Torna-se pertinente verificar como as Estruturas Residenciais para a Pessoa Idosa (ERPI) se organizam na prestação de cuidados às pessoas com demência.

A literatura existente apresenta a *abordagem centrada na pessoa com demência* como ideal desafiador do modelo biomédico, colocando ao centro da sua intervenção a escolha e autonomia pessoais. Os estudos da cultura organizacional desenvolvem também pesquisas relacionadas com o funcionamento e prestação de serviços em ERPI.

O objetivo da pesquisa consistiu em caracterizar a cultura organizacional de ERPI em Portugal, na perspetiva dos profissionais, segundo a abordagem centrada na pessoa com demência.

Participaram na pesquisa quatro ERPI, com mais de 1/3 de residentes com demência. Os funcionários foram inquiridos mediante a aplicação de questionários construídos a partir de dimensões e indicadores da abordagem em estudo, subdivididos em quatro grupos: Diretor Técnico; Técnicos Superiores/Profissionais; Auxiliares de Ação Direta; Funcionários da Cozinha.

De forma geral, os resultados revelam que, para além das ERPI conseguirem cumprir alguns indicadores afetos à abordagem, verificam-se lacunas nas áreas: especialização em cuidados; formação em cuidados em demência; recursos humanos;

horário de visita; avaliação da qualidade de serviços e bem-estar; gestão de vagas e decisão de integração em ERPI.

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

ABSTRACT

Population aging, on the one hand, represents an achievement within society, on the other hand it is one of the greatest challenges of the century. Not only because it translates into an increase in the older population, but also taking into account the epidemiological transition due to chronic illnesses becoming more prevalent, such as dementia. Portugal, according to OCDE (2017), is considered the fourth country of OCDE with most people with dementia per thousand inhabitants.

The high number of people with dementia is also evident in the data collected, where 90% of the elderly in nursing homes have cognitive impairment. Within this group, 78% have dementia, according to the União das Misericórdias Portuguesas - project VIDAS`. It becomes relevant to examine how the Estruturas Residenciais para a Pessoa Idosa (ERPI) are organized to provide care for people with dementia.

Existing literature presents the person-centered approach with dementia as a challenging ideal of the biomedical model, placing at the center of its intervention personal choice and autonomy. Organizational culture studies also develop research related to the functioning and service provision of ERPI.

The goal of this research was to characterize the organizational culture of ERPI in Portugal, from the perspective of professionals, according to the approach focused on people with dementia.

Four ERPI participated in this research, with more than 1/3 of residents with dementia. Employees were surveyed by applying questionnaires built on dimensions and indicators of the approach under study, subdivided into four groups: Technical Director; Senior / Professional Technicians; Certified Nursing Assistants; Kitchen staff.

Overall, the results show that, in addition to the ERPI being able to meet some indicators related to the approach, there are gaps in the areas: specialization in care; training in dementia care; Human Resources; visiting time; quality of service and welfare assessment; vacancy management and ERPI integration decision.

Keywords: Aging; Dementia; Person-Centered Approach with Dementia; ERPI

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. REVISÃO DA LITERATURA	4
1.1. Processo de Envelhecimento e Demência	4
1.1.2. Situar a Demência no campo da Gerontologia	5
1.1.3. Envelhecimento e Demência: prevalência, incidência e formas comuns da patologia	6
1.2. Instituições de acolhimento das pessoas com demência	7
1.2.1. Respostas Sociais dirigidas a pessoas mais velhas em Portugal	7
1.2.2. Respostas Sociais dirigidas às Pessoas com Demência	10
1.3. Modelo de Intervenção Biopsicossocial e Abordagem Centrada na Pessoa com Demência	12
1.3.1. História da abordagem centrada na Pessoa com Demência.....	13
1.3.2. Componentes da abordagem centrada na Pessoa com Demência.....	14
1.3.3. Benefícios da Abordagem Centrada na Pessoa com Demência.....	20
1.3.4. Avaliação de práticas de prestação de cuidados/ serviços de acordo com a Abordagem Centrada na Pessoa com Demência	22
1.4. Cultura Organizacional e Influência na Pessoa com Demência.....	24
2. METODOLOGIA.....	29
2.1. Modelo de Análise.....	29
2.2. Objetivos	30
2.3. Amostra	31
2.4. Recolha de Dados	32
2.5. Tratamento de Dados.....	32
2.6. Desenho do Estudo	33
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	34
3.1. Caracterização dos territórios onde se encontram as ERPI selecionadas.....	34
3.2. Análise MICRO: Resultados de cada ERPI.....	37
3.3. Análise MESO: Resultados por categoria/grupo profissional.....	54
3.3.1. Diretores Técnicos.....	54
3.3.2. Técnicos Superiores.....	56
3.3.3. AAD.....	59
3.3.4. Funcionários da Cozinha.....	63
3.4. Análise MACRO: tendências gerais e discrepâncias	67
CONCLUSÕES.....	70

BIBLIOGRAFIA.....	75
APÊNDICES	79
APÊNDICE I - Construção dos Instrumentos de Recolha de Dados – questionários dirigidos aos diferentes profissionais das ERPI	80
APÊNDICE II - Questionários dirigidos aos Diretores Técnicos, Técnicos Profissionais/ Superiores, Auxiliares de Ação Direta e Funcionários da Cozinha	86
APÊNDICE III – RESULTADOS DA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS, POR ERPI E POR CATEGORIA PROFISSIONAL	117

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Componentes da abordagem centrada na PcD segundo Brooker (2006).....	14
Tabela 2 - Efeitos da abordagem centrada na pessoa	21
Tabela 3 –Mudança de filosofia de cuidados em relação à abordagem centrada na PcD	28
Tabela 4 - ERPI selecionadas para a realização da pesquisa	34
Tabela 5 - Caracterização demográfica dos territórios das ERPI selecionadas.....	35
Tabela 6 - Análise Micro ERPI A - Pontos fortes e pontos fracos de acordo com a abordagem centrada na PcD.....	37
Tabela 7 - Recursos humanos ERPI A	39
Tabela 8 - Análise Micro ERPI B - Pontos fortes e pontos fracos de acordo com a abordagem centrada na PcD.....	42
Tabela 9 – Recursos Humanos ERPI B	44
Tabela 10 - Análise Micro ERPI C - Pontos fortes e pontos fracos de acordo com a abordagem centrada na PcD	47
Tabela 11 - Recursos Humanos ERPI C.....	48
Tabela 12 - Análise Micro ERPI D - Pontos fortes e pontos fracos de acordo com a abordagem centrada na PcD	50
Tabela 13 - Recursos Humanos ERPI D.....	52
Tabela 14 - Técnicos Superiores inquiridos.....	56
Tabela 15 – AAD inquiridos.....	59
Tabela 16 - Fun.Cozinha inquiridos	63
Tabela 17 - Componentes da abordagem centrada na PcD de Kitwood 1997	80
Tabela 18 - Componentes da abordagem centrada na PcD de Brooker 2006.....	81
Tabela 19 - Componentes da abordagem centrada na PcD de Brownie e Nancarrow 2013.....	82
Tabela 20 - Componentes da abordagem centrada na PcD de Mitchell e Agnelli 2015.....	83
Tabela 21 - Componentes da abordagem centrada na PcD de Kogan, Wilber e Mosqueda 2016	83
Tabela 22 - Componentes da abordagem centrada na PcD de Manthorpe e Samsi 2016	84
Tabela 23 - Componentes da abordagem centrada na PcD de Burshnic e Bourgeois 2017	84
Tabela 24 - Componentes da abordagem centrada na PcD de Fazio, Pace, Flinner e Kallmyer (2018)	85

Tabela 25 - Recursos Humanos ERPI A.....	118
Tabela 26 - Recursos Humanos ERPI B.....	129
Tabela 27 - Recursos Humanos ERPI C.....	140
Tabela 28 - Recursos Humanos ERPI D.....	152

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Análise.....	29
Figura 2 - Desenho do Estudo	33
Figura 3 - Análise das respostas dos DT	54
Figura 4 - Maiores complicações identificadas pelos DT	55
Figura 5 - Sugestões referidas pelos DT	55
Figura 6 – Análise das respostas dos Técnicos Superiores.....	56
Figura 7 - Perceção dos técnicos superiores face á demência.....	57
Figura 8 - Perceção dos técnicos superiores face às alterações/perdas relativas à demência.....	57
Figura 9 - Definição de demência pelos técnicos superiores.....	57
Figura 10 - O que os técnicos superiores sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD.....	58
Figura 11 - Maiores complicações identificadas pelos Técnicos Superiores.....	58
Figura 12 - Sugestões referidas pelos Técnicos Superiores	59
Figura 13 - Análise das respostas dos AAD.....	60
Figura 14 - Perceções dos AAD face à demência	61
Figura 15 - O que os AAD sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD	61
Figura 16 - Maiores complicações identificadas pelos AAD.....	62
Figura 17 - Sugestões referidas pelos AAD.....	62
Figura 18 - Análise das respostas dos Fun.Cozinha.....	64
Figura 19 - Perceções dos Fun.Cozinha face à demência.....	64
Figura 20 - O que os Fun.Cozinha sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD	65
Figura 21 - Maiores complicações identificadas pelos Fun.Cozinha	65
Figura 22 - Sugestões referidas pelos Fun.Cozinha.....	66
Figura 23 - Opinião dos Fun.Cozinha sobre envolver a PcD nos trabalhos da cozinha.....	67
Figura 24 - Formação especializada aos funcionários ERPI B (segundo os AAD)	134

ACRÓNIMOS E SIGLAS

PcD – Pessoa(s) com Demência

OMS – Organização Mundial de Saúde

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

DGSS – Direção Geral da Segurança Social

GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento

INE – Instituto Nacional de Estatísticas

AVD – Atividades de Vida Diária

DCM – *Dementia Care Mapping*

PCC – *Person-Centered Care* (cuidado centrado na pessoa)

DT – Diretor(a) Técnico(a)

AAD – Auxiliar de Ação Direta

Fun.Cozinha – Funcionário de Cozinha

Téc.n.Sup. – Técnico(a) Superior/Profissional

HACCP – Análise de Perigos e Controlo de Pontos Críticos

SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

INTRODUÇÃO

No decurso natural do processo de envelhecimento somos, inevitavelmente, confrontados com uma panóplia de problemáticas inerentes a uma fase avançada ou tardia da vida, à qual temos que estar atentos e reunir o máximo de sinergias para a promoção da dignidade humana. Tratam-se de questões relacionadas com o envelhecimento individual e coletivo, como a necessidade de aumentar e adequar os cuidados sociais e de saúde, considerando que à medida que a idade avança aumenta a suscetibilidade a doenças e diminui a funcionalidade física e/ou cognitiva. Quer isto dizer que, perante o aumento da longevidade e da proporção de pessoas muito velhas, prevê-se um crescimento contínuo do número de pessoas com doenças, nomeadamente com demência.

O processo de envelhecimento é vivido de diferentes formas, conforme o país, a cultura, os ambientes físicos e sociais, as condições económicas e a consideração que socialmente se tem acerca dos velhos e do envelhecimento. Todavia, há aspetos acerca do envelhecimento que são universais - é um processo pessoal, contínuo, incontornável, inevitável e inerente à condição humana, a que se pode chamar desenvolvimento humano. Começa na conceção e termina com a morte do indivíduo (Vaillant, 2003). E é com o decorrer da idade, que o indivíduo tem maior propensão em adquirir doenças crónicas degenerativas, como é o caso das demências.

De acordo com a OMS (2013), a demência é uma síndrome causada por uma doença do cérebro, geralmente de natureza crónica ou progressiva, onde se verifica uma alteração de múltiplas funções como a memória, pensamento, orientação, compreensão, linguagem, capacidade de aprender e fazer cálculos e tomar decisões. Acresce que, um estudo da União das Misericórdias Portuguesas, integrado no projeto VIDAS – *Valorização e Inovação em Demências*, constatou que nove em cada dez idosos em lares têm alterações cognitivas que sugerem demência, sendo que dentro deste grupo, 78% tem efetivamente demência. É de acordo com esta informação, que se torna pertinente redobrar as nossas atenções nas respostas sociais para pessoas mais velhas e tentar perceber se as mesmas reúnem as condições necessárias para o cuidado da PcD.

Considerando a heterogeneidade das pessoas mais velhas e com quadro demencial, torna-se imperativo a criação de estratégias geradoras de bem-estar, que poderão consistir na elaboração ou adaptação de espaços devidamente articulados, na criação de uma equipa multidisciplinar que garanta uma intervenção holística e personalizada, na valorização e respeito pela PcD e seus cuidadores, em atitudes que se foquem em respeitar a autonomia e escolha, nutrir relacionamento, proporcionar atividades adequadas, investir em formação em demência, proporcionar inclusão, criar uma atmosfera de conforto entre outras, que se incluem na prestação de cuidados.

A investigação realizada é resultante de um interesse sobre o estudo das respostas de cuidados sociais e de saúde em instituições, dirigidas às pessoas com demência (PcD). Interessa-nos, sobretudo, aprofundar as dinâmicas de prestação de cuidados a PcD em contexto institucional, alicerçada às diretrizes e orientações de organizações e da academia. Para tal, seleccionámos a *abordagem centrada na PcD*, em conformidade com o modelo biopsicossocial, como diretriz capaz de analisar e avaliar as práticas institucionais. Apesar da parca investigação em torno desta abordagem, as práticas em que assenta têm contribuído para a diminuição significativa dos comportamentos desafiadores e agitação; produção de afetos positivos; e redução do uso de medicamentos psicotrópicos (Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018; Brownie & Nancarrow, 2013).

É neste sentido, que não parece excessivo afirmar que a temática constitui um dos principais focos de intervenção e investigação no âmbito da Gerontologia. A partir da análise da literatura e das respostas sociais existentes, ergue-se, assim, a questão de partida que sustenta a pesquisa: *De que forma as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) promovem uma cultura organizacional baseada na abordagem centrada na PcD?* Pretende-se, assim, caracterizar a cultura organizacional de ERPI em Portugal, na ótica dos seus profissionais, de acordo com o modelo biopsicossocial e a abordagem centrada na PcD.

Esta dissertação está estruturada em 4 capítulos. No capítulo I, começamos por apresentar uma revisão da literatura com base em 4 pontos. Num primeiro momento retratamos algumas considerações à volta do processo de envelhecimento, com especial incidência no envelhecimento cognitivo e respetivos efeitos. O segundo ponto é destinado à compreensão do conceito em torno das demências e respetivas formas comuns da

patologia, bem como à exploração da sua prevalência e incidência, quer a nível planetário quer a nível nacional. A terceira parte da fundamentação teórica reserva-se a questões relacionadas com as instituições de acolhimento para pessoas mais velhas e com quadro demencial. Na quarta e última etapa, procedemos à explanação de questões relacionadas com a abordagem centrada na PcD e respetivos benefícios.

Exposta a sustentação teórica e conceptual que a pesquisa implicou, prosseguimos com a explicação detalhada da metodologia aplicada, em termos de material e métodos (capítulo II). Serão esclarecidos os objetivos e procedimentos de recolha e análise de dados, bem como o modelo de análise e desenho do estudo.

No capítulo seguinte (capítulo III), realizamos a apresentação e discussão dos dados, refletidos em jeito de confronto com a literatura existente, através da caracterização dos territórios onde se encontram as ERPI selecionadas; da análise micro, onde apresentamos os resultados por ERPI; da análise meso, ao nos incidirmos nos resultados por categoria/grupo profissional (DT, Técnicos Superiores/Profissionais, Auxiliares de Ação Direta e Funcionários de Cozinha) e da análise macro onde apresentamos as tendências gerais e as discrepâncias da pesquisa.

Por último, é possível verificar as conclusões e reflexões finais mais relevantes, incluindo as limitações da pesquisa realizada e sugestões que dela pudemos retirar.

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1. Processo de Envelhecimento e Demência

1.1.1. Envelhecimento Individual e Demográfico

A noção e as considerações em torno do envelhecimento parecem-nos, inevitavelmente, uma inquietação contemporânea. No entanto, o termo foi alvo de preocupação para filósofos como Platão (427-347 a.C) e Hipócrates (460-377 a.C), ao considerar o envelhecimento como uma extensão dos jovens e adultos, bem como ao formular hipóteses médicas relativas às causas do envelhecimento, respetivamente (Sequeira, 2010).

Genericamente assumimos como envelhecimento, o processo constituído por várias mudanças que ocorrem ao nível do nosso organismo, de forma gradual e irreversível, desde que nascemos até ao momento em que morremos. Estas alterações decorrem de forma normal, com o passar do tempo e de forma universal. No entanto, esta fundamentação remonta-nos, somente, para o conceito de envelhecimento físico ou biológico.

Note-se que este conceito, para além da noção anteriormente explanada, acarreta consigo outras dimensões, como servem de exemplo: o envelhecimento psicológico e envelhecimento demográfico. O primeiro define-se “pela auto-regulação do individuo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento” (Schroots e Birren, 1980 cit por Paúl, 2005). Já o envelhecimento demográfico, não só entendido como um dos maiores ganhos da humanidade, mas também como o maior desafio da sociedade contemporânea, afirma-se como resultado do aumento do quantitativo de pessoas com mais de 60 ou 65 anos de idade, bem como pelo aumento da esperança de vida e uma redução do quantitativo de pessoas com menos de 15 ou 19 anos de idade, constituindo um processo irreversível ao longo dos próximos anos em países industrializados (Fernandes, 1997). Ainda António (2013), adianta que este tipo de envelhecimento traduz-se pelo aumento da população idosa e muito idosa no total da população, decorrente fundamentalmente da baixa taxa da natalidade e pelo aumento da esperança de vida, quer à nascença quer aos 65 anos de idade, associado à baixa da taxa da

mortalidade infantil. Neste sentido, as alterações na composição etária da população residente em Portugal e para o conjunto da UE 28 são reveladoras do envelhecimento demográfico da última década. Portugal apresenta no conjunto dos 28 Estados Membros: o quinto valor mais elevado do índice de envelhecimento; o terceiro valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa e o terceiro maior aumento da idade mediana entre 2003 e 2013 (INE, 2015).

1.1.2. Situar a Demência no campo da Gerontologia

Partindo do pressuposto que a problemática central deste documento recai sobre a demência, importa-nos desde já enquadrá-la no campo da Gerontologia enquanto disciplina multidisciplinar e holística no estudo do indivíduo em processo de envelhecimento.

De acordo com a OMS (2013), a demência é uma síndrome causada por uma doença do cérebro, geralmente de natureza crónica ou progressiva, onde se verifica uma alteração de múltiplas funções como a memória, pensamento, orientação, compreensão, linguagem, capacidade de aprender e fazer cálculos e tomar decisões. Quando falamos em demência, importa analisá-la enquanto síndrome possuidora de vários tipos, que posteriormente serão anunciados.

Segundo a Alzheimer Portugal (2018), apesar da maioria das PcD ser idosa, importa salientar que a síndrome assume-se como uma patologia e pode surgir em qualquer idade. É de acordo com esta contestação que a Gerontologia Social, enquanto disciplina responsável pelo “estudo do impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais desse processo e as ações sociais que podem otimizar o processo de envelhecimento” (Paúl, 2005), deverá olhar a demência e para todos os agentes afetos como sistemas potenciadores de dignidade, autonomia e envelhecimento ativo, conceito último definido como (pro) motor de saúde, participação e segurança, na garantia de um envelhecimento com qualidade de vida (idem).

1.1.3. Envelhecimento e Demência: prevalência, incidência e formas comuns da patologia

Quando o envelhecimento e a demência se combinam, tendem a ser vistos como extremamente problemáticos (Dewing, 2008 cit por Paquete, 2015).

A autora destaca “que as taxas de mortalidade entre as pessoas mais velhas estão a cair e a esperança de vida aos 60 anos continua a aumentar em todas as regiões do globo. À medida que as pessoas vivem mais, as doenças crónicas tornam-se mais prevalentes, uma tendência exacerbada pelos estilos de vida e comportamentos que as predispõem. Esta “Transição epidemiológica”, ligada às dietas com alto teor de gorduras, sal e açúcar, ao sedentarismo e ao uso do tabaco é particularmente evidente nos países em desenvolvimento”.

Segundo a Alzheimer Portugal (2018), apesar da maioria das PcD ser idosa, importa salientar que nem todas as pessoas idosas desenvolvem demência e que esta não faz parte do processo de envelhecimento natural, considerando-se assim como uma patologia. Cerca de 6% a 8% das pessoas com mais de 65 anos sofrem de doença de Alzheimer e a sua prevalência duplica de cinco em cinco anos, após os 60 anos, atingindo cerca de 39% das pessoas com mais de 90 anos (Sequeira, 2010).

De acordo com a OMS (2013), no seu relatório intitulado “Demência: uma propriedade de saúde pública?”, a demência constitui um dos maiores problemas de saúde da população idosa da Europa. Segundo o mesmo relatório, um novo caso de Demência é diagnosticado a cada 4 segundos; o número de pessoas diagnosticadas com demência poderá triplicar até 2050 e estima-se que, em todo o mundo, haja um quantitativo de 35,6 milhões de PcD.

No que concerne ao caso nacional, tendo por base o Relatório da OCDE intitulado “Health at a Glance 2017”, verificamos que Portugal é considerado o 4º país da OCDE com mais PcD por cada mil habitantes. O mesmo documento revela-nos que a média da OCDE é de 14,8 casos por mil habitantes, ao passo que Portugal apresenta um quantitativo de 19,9 por mil. Nos lugares cimeiros, podemos encontrar o Japão com o quantitativo de 23,3 casos por mil habitantes, seguindo de Itália, Alemanha, Portugal, França, Grécia e Espanha. Estima-

se que Portugal detenha mais de 205 mil pessoas portadoras de demência, número que subirá, substancialmente, para 322 mil casos até ao ano de 2037.

De acordo com a Alzheimer's Disease International (2018), os quatro maiores tipos são: Demência de Alzheimer, Demência Vascular, Demência Corpus de Lewys e Demência Frontotemporal, onde as duas primeiras são responsáveis por até 90% dos casos de demência. No entanto, para além destes, ainda existem outros tipos de doença que de acordo com a Alzheimer Portugal podem considerar-se: Doença de Parkinson; Doença de Huntington; Demência provocada pelo álcool (Síndrome de Korsakoff) e Doença de Creutzfeldt-Jacob.

1.2. Instituições de acolhimento das pessoas com demência

Com o advento de uma nova estratégia governativa intitulada *Aging in Place*, sabemos que a maioria das PcD permanece com a família em casa. No entanto, a ausência de uma rede de apoio familiar tem contribuído para a institucionalização dos idosos, na medida em que os cuidados informais são supridos, maioritariamente, por familiares (Imaginário, 2008).

1.2.1. Respostas Sociais dirigidas a pessoas mais velhas em Portugal

No campo das respostas sociais, ainda o GEP (2009), “no sentido de combater o isolamento individual e social, promover a autonomia, bem como de assegurar um conjunto de serviços e cuidados multidisciplinares a grupos alvos específicos e vulneráveis como os idosos, pessoas com deficiência e/ou incapacidade, e/ou pessoas em situação de dependência, foram sendo implementados progressivamente na sociedade portuguesa um conjunto alargado de serviços e equipamentos sociais de suporte”. De acordo com a DGSS (2018), o território nacional conta com cinco equipamentos sociais: Acolhimento familiar - resposta social que consiste na integração, temporária ou permanente, de pessoas idosas em famílias idóneas, capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro; Centro de convívio - resposta social que consiste no apoio a atividades sociais, recreativas e culturais,

organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade; Centro de dia - resposta social que consiste num conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 e mais anos que precisem dos serviços prestados pelo Centro de Dia; Centro de noite - resposta social que funciona em equipamento de acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite; Estruturas residenciais - resposta social que consiste em alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos. Considera-se Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. A estrutura residencial pode assumir uma das seguintes modalidades de alojamento: apartamentos e/ou moradias; quartos e tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos (Carta social – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais, 2011:51 cit por António, 2013). A mesma autora complementa que no que às respostas sociais diz respeito, para além de Equipamentos sociais, ainda existe um leque de Serviços tais como: o Serviço de Apoio Domiciliário; Apoio Domiciliário Integrado; Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Adultas com Deficiência.

1.2.1.1. Enquadramento legal das ERPI

De acordo com a DGSS (2019), considera-se ERPI o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. A ERPI tem 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; potenciar a integração social (Portaria nº 67/2012, artigo 3º).

A supra portaria mencionada, também refere no seu artigo 4º que a estrutura residencial possui os seguintes princípios de atuação: Qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade; Interdisciplinaridade; Avaliação integral das necessidades do

residente; Promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia; Participação e corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares, na elaboração do plano individual de cuidados, tendo como destinatários pessoas com 65 ou mais anos que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência; pessoas adultas de idade inferior a 65 anos, em situações de exceção devidamente justificadas, bem como a pessoas que necessitem de alojamento em situações pontuais, decorrentes da ausência, impedimento ou necessidade de descanso do cuidador (Portaria nº67/2012, artigo 5º)

O artigo 6º, do mesmo documento, remonta-nos para a sua capacidade. Neste sentido, a capacidade máxima da estrutura residencial é de 120 residentes, não podendo ser inferior a 4 residentes, organizando-se por unidades funcionais, entendendo-se por unidade funcional o conjunto de áreas 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 capacidade da estrutura residencial for até 80 residentes, é dispensada a obrigatoriedade de existência de unidades funcionais.

A estrutura residencial pode assumir uma das seguintes modalidades de alojamento: apartamentos e/ou moradias; quartos e tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos (Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais, 2011:51 cit por António, 2013).

A estrutura residencial presta um conjunto de atividades e serviços, designadamente: Alimentação adequada às necessidades dos residentes, respeitando as prescrições médicas; Cuidados de higiene pessoal; Tratamento de roupa; Higiene dos espaços; Atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a estimulação e manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas; Apoio no desempenho das atividades da vida diária; Cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde; Administração de fármacos, quando prescritos.

Ainda neste domínio, a Estrutura Residencial deve permitir: A convivência social, através do relacionamento entre os residentes e destes com os familiares e amigos, com os

cuidadores e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses; A participação dos familiares ou representante legal, no apoio ao residente sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafetivo do residente. Pode ainda, disponibilizar outro tipo de serviços, visando a melhoria da qualidade de vida do residente, nomeadamente, fisioterapia, hidroterapia, cuidados de imagem e transporte, como também deve ainda permitir a assistência religiosa, sempre que o residente o solicite, ou, na incapacidade deste, a pedido dos seus familiares ou representante legal (Portaria nº67/2012, artigo 8º).

A estrutura residencial deve dispor de pessoal que assegure a prestação dos serviços 24 horas por dia. Neste sentido, a estrutura residencial, para além do diretor técnico (DT), deve dispor no mínimo de: Um(a) animador(a) sociocultural ou educador(a) social ou técnico de geriatria, a tempo parcial por cada 40 residentes; Um(a) enfermeiro(a), por cada 40 residentes; Um(a) ajudante de ação direta, 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 domésticos em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 40 residentes; Um(a) cozinheiro(a) por estabelecimento; Um(a) ajudante de cozinheiro(a) por cada 20 residentes; Um(a) empregado(a) auxiliar por cada 20 residentes. E sempre que a estrutura residencial acolha idosos em situação de grande dependência, os rácios de pessoal de enfermagem, ajudante de ação direta e auxiliar são os seguintes: 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 nº67/2012, artigo 12º).

1.2.2. Respostas Sociais dirigidas às Pessoas com Demência

Segundo Carvalho (2015), a sociedade industrial e pós-industrial são pautadas por transformações no que concerne à estrutura e dinâmica das famílias. Outrora, atribuíam-se ao homem o papel de provedor de rendimento familiar, enquanto a mulher estaria responsável pelo cuidado da casa e dos respetivos familiares. No entanto, este modelo tornou-se permeável à medida que as alterações no processo do trabalho e o avanço das tecnologias emergiam.

É a família, apesar das alterações sentidas, enquanto instituição primordial do ser humano, que acarreta a função do suporte e de cuidado para com as pessoas mais velhas, ainda que se evidencie a proliferação de instituições direcionadas para este segmento populacional. E se olharmos para Portugal, no que diz respeito às PcD o cenário é idêntico. Segundo Paquete (2015), a maioria das pessoas continua a viver em sua casa até muito tarde mesmo com quadro demencial, sendo que a família continua a ser a principal fonte de cuidados.

Apesar da existência de uma vasta panóplia de repostas sociais dirigidas às pessoas mais velhas, o mesmo não se verifica no que diz respeito às PcD, pelo que se torna imperativo a criação de estruturas direcionadas a um acompanhamento diferenciado em pessoas com quadros demenciais, onde Portugal assume-se como o 4º país da OCDE com mais PcD por cada mil habitantes tendo por base os dados do Relatório da OCDE intitulado “Health at a Glance 2017”.

Tendo por base o documento intitulado “Bases para a definição de políticas públicas na área das demências”, nos termos do Despacho nº 17/2016 de 20 de Outubro do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, poder-se-á constatar que são poucas as respostas sociais existentes a nível nacional, com acordo de cooperação em vigor com o Instituto de Segurança Social e com intervenção especializada na prestação de cuidados a PcD. Identificam-se uma ERPI e quatro Centros de Dia da Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer, onde se destacam o Lar e Centro de Dia “Casa do Alecrim”; o Centro de Dia Professor Doutor Carlos Garcia; Centro de dia “Memória de Mim” e o Centro de dia do Marquês.

De acordo com um estudo da União das Misericórdias Portuguesas, integrado no projeto VIDAS – Valorização e Inovação em Demências, constatou-se que 90% dos idosos nos lares têm alterações cognitivas que sugerem demência, sendo que dentro deste grupo, 78% tem efetivamente um quadro de demência¹.

¹ <https://www.dn.pt/sociedade/interior/quase-80-dos-idosos-que-vivem-em-lares-sofrem-de-demencia-5112617.html>

1.3. Modelo de Intervenção Biopsicossocial e Abordagem Centrada na Pessoa com Demência

Por oposição ao Modelo Biomédico, as diretrizes para a prestação de cuidados às PcD têm ido ao encontro da abordagem centrada na PcD alicerçada no Modelo Biopsicossocial. Lembremo-nos que o modelo biomédico, segundo Baeta e Maria (2015), tem sido a base conceptual da medicina científica moderna, onde o corpo humano é analisado sob o ponto de vista das suas partes, onde a doença corresponde ao funcionamento defeituoso dos mecanismos biológicos ou químicos e a função da prática médica é intervir fisicamente ou quimicamente para corrigir as disfunções de um mecanismo específico. Com efeito, essa conceção mecanicista, naturalista do processo de saúde da doença, obteve muitas conquistas na melhoria da saúde do homem, no entanto não é suficiente para interpretar o ser humano em todas as suas dimensões biofisiológicas, psicológicas, socioambientais e espirituais. Por sua vez, o modelo Biopsicossocial, de acordo com Cruz et al (2013) ao se debruçarem na obra de De Marco (2006) intitulada “A Face Humana da Medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial”, referem que na medicina moderna houve a necessidade da integração de uma prática de saúde mais humanista e próxima do doente, ancorada em estratégias como a boa comunicação, criação de empatia, humanização no atendimento, valorização, proximidade e respeito, em contraposição ao modelo anterior. Considerando o homem como ser biopsicossocial, há que se considerar outros fatores que estão envolvidos nas causas, manifestações, curso e evolução da saúde e das doenças (Cruz et al, 2013).

Segundo Fazio, Pace, Flinner e Kallmyer (2018), a abordagem centrada na PcD é construída em torno das necessidades do indivíduo, dependendo do conhecimento da pessoa e concretiza-se através de um relacionamento interpessoal. Esta abordagem desafia o modelo biomédico e as perspetivas concentradas nos processos, cronogramas e necessidades organizacionais, rejeitando as perspetivas de tratamento rígido da doença. Há uma mudança de foco do modelo biomédico tradicional em favor de abraçar a escolha pessoal e a autonomia (Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018).

É a filosofia subjacente à *Dementia Care Practice Recommendations* (Alzheimer's Association, 2018). Segundo a Associação, estas recomendações foram desenvolvidas para definir melhor os cuidados de qualidade em todos os locais de atendimento e durante todo o curso da doença, destinadas a prestadores de cuidados profissionais que trabalham com pessoas possuidoras de quadros demenciais e às suas famílias em ambientes residenciais e comunitários. Neste sentido, as recomendações assentam em diversas áreas fundamentais ao tratamento de qualidade em demência como: Cuidado centrado na pessoa; Detecção e diagnóstico; Avaliação e planeamento de cuidados; Gestão médica; Informação, educação e apoio; Cuidados continuados para sintomas comportamentais e psicológicos da demência e apoio em atividades de vida diária; *Staff*; Ambientes de apoio e terapêuticos; Transições e coordenação de serviços.

Fazio, Pace, Flinner e Kallmyer (2018), apresentam-nos uma descrição da história e princípios gerais desta abordagem, bem como métodos de avaliação e discussão das intervenções.

1.3.1. História da abordagem centrada na Pessoa com Demência

As origens do termo *person-centered care* remontam aos trabalhos de Carl Rogers sobre os efeitos da experiência pessoal; e a Tom Kitwood, que usa o termo em 1998 para fazer a distinção entre as abordagens médicas e as comportamentais, na PcD, enfatizando a comunicação e os relacionamentos.

Para Kitwood, a demência pode ser melhor entendida como uma interação entre o comprometimento neurológico e os fatores psicossociais; acrescentando que o ambiente tem tanto efeito sobre o cérebro quanto o cérebro tem sobre as habilidades (Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018).

A evidência começou a surgir com Kitwood e Bredin (1992 cit por Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018). Neste estudo, os autores sugerem que a demência não progride de maneira linear, variando de pessoa para pessoa; que a PcD tem determinado estado de bem-estar/mal-estar; e ainda a necessidade de cuidados interpessoais de alta qualidade, através da

abordagem centrada na pessoa, focada em 5 ramos: conforto, apego, inclusão, ocupação e identidade (Kitwood, 1997 cit por Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018).

Com efeito, a abordagem que Kitwood desenvolveu, apela aos profissionais que prestem os cuidados de acordo com princípios que reforcem ou apoiem a personalidade e o bem-estar da PcD, focados na pessoa, e não de acordo com rotinas organizadas por conveniência. Incentiva ainda a que as equipas se concentrem mais na forma como são prestados os cuidados (Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018).

1.3.2. Componentes da abordagem centrada na Pessoa com Demência

Em 2006, Brooker (cit por Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018) destacou quatro componentes essenciais na abordagem centrada na PcD, que podem resultar na mudança da prática e da cultura organizacional. Dois anos mais tarde, o mesmo autor criou um leque de indicadores para cada componente (tabela 1).

Tabela 1 - Componentes da abordagem centrada na PcD segundo Brooker (2006)

i) Valorizar e respeitar a pessoa com demência e os cuidadores;	<ul style="list-style-type: none"> • ter uma visão clara • desenvolver práticas que valorizem os funcionários • criar sistemas para apoiar o desenvolvimento da equipa, • projetar ambientes físicos e sociais solidários e inclusivos • garantir mecanismos de melhoria da qualidade
ii) Atendimento individualizado/ tratar as pessoas com demências como pessoas com necessidades únicas;	<ul style="list-style-type: none"> • desenvolvimento e revisão periódica de planos de cuidados que reflitam os pontos fortes e as necessidades • permitir o uso de bens pessoais, • Respeitar as preferências individuais e rotinas diárias, • aprender sobre histórias de vida individuais • oferecer uma variedade de atividades.
iii) Colocar-se na perspetiva da pessoa com demência, para compreender o seu comportamento e entender a comunicação;	<ul style="list-style-type: none"> • comunicar-se efetivamente • experimentar empatia • monitorizar o ambiente físico • avaliar a saúde física • revelar razões para comportamentos • ser um defensor.
iv) Criar um ambiente social positivo através de cuidados que promovam relacionamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • tratar os indivíduos com respeito • criar uma atmosfera de calor • validar sentimentos • fornecer apoio e assistência adequados • promover um senso de comunidade.

Brooker (2006 cit por Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018)

Numa revisão sistemática da literatura de Cuidado Centrado na Pessoa (PCC), White et al (2008) identificaram um modelo multidimensional de cuidados centrados na pessoa. As dimensões deste modelo incluem *personalidade, conhecer a pessoa, autonomia e escolha, nutrir relacionamento e apoiar no meio ambiente*. Embora esta revisão tenha sido focada em estudos conduzidos em cuidados de longo prazo em ambientes para PcD, as suas descobertas são transversais, podendo ser aplicadas a clientes de todas as faixas etárias (Burshnic & Bourgeois, 2017).

Na revisão de literatura levada a cabo por Levy-Storms (2013 cit por Fazio, Pace, Flinner e Kallmyer, 2018), concluem-se características comuns de várias práticas efetuadas com PcD: i) apoiar um sentido de identidade e personalidade através de serviços e cuidados baseados nos relacionamentos; ii) realizar atividades individualizadas e de envolvimento com significado; e iii) proporcionar orientação para os cuidadores.

Também numa revisão da literatura, Kogan, Wilber e Mosqueda (2016) identificam os princípios ou valores, sendo os de maior domínio: i) cuidado holístico, centrado na pessoa; ii) respeito; iii) escolha; iv) dignidade; v) autodeterminação e vi) vida com propósito.

Muitos destes elementos já tinham sido referidos na obra *Federal Nursing Home Reform Act* que data a 1987 que refere que: *each person receives the necessary care and services to attain or maintain the highest practicable physical, mental, and psychosocial well-being, in accordance with the comprehensive assessment and plan of care* (Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018).

Para tal, é necessária uma mudança de cultura. Fundou-se assim um modelo que vai ao encontro desta mudança: The Eden Alternative, com o objetivo de eliminar as três "pragas intoleráveis" da vida em lar de idosos - solidão, desamparo e tédio - seguindo dez princípios do Éden, melhorando assim a qualidade de vida dos idosos (Thomas, 1996 cit por Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018). Para isso, precisa tornar-se o ambiente físico institucional mais familiar, incluindo: i) plantas; ii) animais; e iii) programas intergeracionais (Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018).

Na sua revisão da literatura, Brownie e Nancarrow (2013), consideram que as intervenções de mudança de cultura centradas na pessoa não são homogêneas e incluem:

- i) Melhoria do ambiente;
- ii) Oportunidades de estimulação social e cumprimento de relacionamentos;
- iii) Continuidade do atendimento ao residente, atribuindo aos residentes o mesmo pessoal de atendimento;
- iv) Mudança nas abordagens de gestão e liderança, com a introdução de abordagens democratizadas para a tomada de decisões que envolvam os residentes e os funcionários;
- v) Mudança nos modelos de funcionários, focados no empoderamento da equipa;
- vi) Filosofia humanista individualizada do cuidado.

A partir do estudo de Mitchell e Agnelli (2015) alicerçado no trabalho de Kitwood (1997) em torno das demências, verificamos duas abordagens distintas no cuidado e intervenção em demência.

Neste sentido, se por um lado a *Malignant social psychology* (Psicologia social maligna) é um termo assente numa gama de comportamentos que minam a personalidade e bem-estar das PcD. Estas tendências de despersonalização geralmente ocorrem devido à falta de educação especializada dos profissionais que se consubstanciam em comportamentos como: Traição - o uso de fraude para distrair ou manipular o comportamento; Desativar - não permitir que uma pessoa use as capacidades que ainda possui; Infantilização - tratar a pessoa como uma criança; Intimidação - fazer com que a pessoa sinta medo como resultado de ameaça ou poder físico; Rotulagem - referindo-se às pessoas de forma inadequada, por exemplo, "idosos mentalmente doentes"; Estigmatização - tratar a pessoa como se fosse um exilado; Outpacing - fornecer informações ou opções muito rapidamente, dificultando assim as informações para entender; Invalidação - não reconhecer a realidade da pessoa; Banimento - excluir a pessoa fisicamente ou emocionalmente; Objetificação - tratar a pessoa como um objeto, por exemplo, durante a lavagem ou vestir-se; Ignorar - Conversar com outras pessoas na presença da pessoa como se ela não estivesse presente; Imposição - forçar a pessoa a fazer alguma coisa; Retenção - falha em prestar atenção ou atender a uma

necessidade óbvia; Acusação – culpar a pessoa pelo seu mal-entendido ou incapacidade; Ruptura - de repente, perturbar uma pessoa e interromper sua atividade ou pensamentos; Mockery - fazer graça ou brincar às custas da pessoa; Desprezo – Dizer ou demonstrar à pessoa que ela é inútil.

Por outro, o *Positive Person Work* (trabalho positivo centrado na pessoa) contrasta com a psicologia social maligna. Este tipo de abordagem pretende atender às necessidades psicológicas das PcD, mantendo ou aprimorando sua personalidade e bem-estar. Existe, portanto, uma panóplia de comportamentos ou boas práticas na prestação de cuidados em demência que se fundem no: Reconhecimento - uma pessoa que é reconhecida pelo nome e reconhecida como uma pessoa com pensamentos, sentimentos e preferências, por exemplo, cumprimentando uma pessoa pelo seu nome preferido; Negociação - facilitada através de consulta com a pessoa sobre suas preferências no atendimento e sua vida diária. Sempre que possível, eles são apoiados para se envolverem no processo de tomada de decisão; Colaboração - parceria entre o profissional e a pessoa na realização de uma atividade ou tarefa, por exemplo tomar banho ou vestir de maneira a que a pessoa se sinta confortável; Jogar - a prestação de atividade adequada e capacitação de auto-expressão, por exemplo, rolando uma bola, partilha uma piada ou realizar um jogo. Dar - aceitar qualquer gentileza que a PcD dê, por exemplo, a PcD pode querer dar a um profissional uma flor colhida no jardim. Meditação – uma forma de interação, como a aromaterapia, que estimula os sentidos. Celebração – não se cinge apenas às comemorações mais convencionais, como aniversários, mas também as conquistas. Por exemplo, aproximar-se à pessoa que demonstra um sentimento positivo, independentemente da razão, batendo palmas, assobiando, cantando ou sorrindo; Relaxamento - reconhecer que algumas pessoas gostam de relaxar na solidão, por exemplo, ouvindo música ou passar o tempo no jardim; Validação - aceitar a realidade de outro mesmo que seja como resultado de alucinações ou percepções errôneas; Holdinq - proporcionar um espaço ou ambiente psicológico seguro que permita que as pessoas se expressem; Criação - encorajar a pessoa a ser criativa. Por exemplo, cantar espontâneo ou dança, ou terapia hortícola; Facilitação - permitir que a pessoa faça o que de outra forma seria incapaz de fazer. Isso é semelhante à colaboração, por exemplo, acompanhar uma pessoa num passeio fora da unidade/instituição.

A informação supra mencionada leva-nos a questionar as práticas profissionais e institucionais do ponto de vista dos seus discursos em torno do envelhecimento. Ora se por um lado, olhamos a pessoa mais velha como sujeito possuidor de conhecimentos e experiências e capaz de exercer a sua cidadania. Por outro, também tendemos a olhá-la como ser frágil a nível físico, mental e social, onde lhe é revogada a sua autonomia. Neste sentido, “numa sociedade alicerçada na garantia dos direitos humanos e comprometida com a inclusão, importa analisar em que circunstâncias e em que medida as práticas institucionais e profissionais continuam a produzir e/ou reproduzir estes estereótipos, de alguma forma conducentes a formas de exclusão” (Quaresma & Ribeirinho, 2016).

Também Manthorpe e Samsi (2016) propõem que a abordagem centrada na pessoa deve seguir componentes essenciais como servem de exemplo: cuidado personalizado, envolvimento familiar, auto-cuidado, reconhecimento, empatia, ambiente seguro, bem como acesso rápido a conselhos de saúde confiáveis, tratamento eficaz prestado por profissionais de confiança, continuidade de cuidados e transições suaves, informação clara e compreensível, envolvimento nas decisões e respeito pelas preferências.

As recomendações do estudo de Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer (2018) apontam ainda para a identificação de componentes essenciais:

- i) Conhecer a PcD, incluindo os seus valores, crenças, interesses, capacidades, gostos e desgostos, tanto do passado como do presente;
- ii) Ver o mundo a partir da perspetiva da PcD, reconhecendo o seu comportamento como forma de comunicação;
- iii) Identificar e apoiar atividades de envolvimento da PcD, com significado e propósito para o indivíduo, apoiando os interesses e preferências, permitindo a escolha e o sucesso e reconhecendo que, mesmo quando a demência é mais grave, a pessoa pode sentir alegria, conforto e significado na vida;
- iv) Construir e cultivar relações autênticas e carinhosas, tratando a PcD com dignidade e respeito, apoiando a sua individualidade, centrando o cuidado na interação ao invés da tarefa;

v) Criar e manter o apoio aos indivíduos, famílias e funcionários, permitindo conforto e criando oportunidades para o sucesso, valorizando cada pessoa, respeitando as diferenças individuais, fornecendo oportunidades de autonomia, envolvimento e experiências compartilhadas;

vi) Avaliar as práticas de cuidados com regularidade efetuando as mudanças necessárias, utilizando as ferramentas existentes.

1.3.3. Benefícios da Abordagem Centrada na Pessoa com Demência

Estudos como Fazio, Pace, Flinner e Kallmyer (2018) e Brownie e Nancarrow (2013) deixam claro que o impacto das intervenções centradas na pessoa precisa ser aprofundado, tendo limitações como a heterogeneidade das intervenções e as diferenças metodológicas das investigações. Apesar das dificuldades, a literatura tem apontado resultados mensuráveis, incluindo efeitos positivos das mudanças na cultura organizacional que incluam os cuidados centrados na pessoa, quer para indivíduos sem problemas cognitivos quer para PcD (Li & Porock, 2014 cit por Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018).

No que concerne à cognição intacta (e demência ligeira), os estudos mostraram efeitos essencialmente ao nível da melhoria da qualidade de vida (incluindo dignidade, segurança, individualidade e autonomia), diminuição significativa da depressão (avaliada na Escala de Depressão Global), redução da solidão, desamparo, tédio, solidão, e menor dependência nas atividades da vida diária (AVD); bem como um menor uso da contenção física, úlceras de pressão, infeções, medicação, quedas e problemas nutricionais (Li & Porock, 2014 cit por Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018). Brownie e Nancarrow (2013) corroboram com estes benefícios das intervenções centradas na pessoa, ao proporcionarem melhoria no estado psicológico dos residentes em termos de menores taxas de aborrecimento e sentimentos de desamparo.

Já nos estudos relativos às PcD, as abordagens centradas na pessoa mostraram: i) diminuição significativa dos comportamentos desafiadores e agitação; ii) produção de afetos positivos; e iii) redução do uso de medicamentos psicotrópicos (Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018; Brownie e Nancarrow, 2013). Também Li e Porock (2014) referem que uma mudança de cultura organizacional adotando uma abordagem centrada na PcD produz efeitos benéficos em termos de diminuição dos sintomas comportamentais, criação de afeto positivo e redução da medicação psicotrópica.

No entanto, parece que algumas intervenções centradas na pessoa podem estar associadas a um aumento do risco de quedas em residentes idosos (Brownie & Nancarrow, 2013) o que pode dever-se ao facto dos residentes correrem mais riscos de quedas quando

deambulam e são ativos, ao invés de serem sedentários e ficarem sentados/ deitados a maior parte do dia (Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018).

Mas a aplicação de práticas centradas na pessoa (com e sem demência) e a mudança na cultura organizacional tem sido estudada não só em termos de impacto nos residentes como também nos profissionais. A evidência aponta que estas intervenções podem não só melhorar a vida das pessoas institucionalizadas, como também as condições de trabalho dos profissionais (Koren, 2010). Na revisão da literatura de Brownie e Nancarrow (2013) demonstra que as intervenções centradas na pessoa estão associadas a efeitos positivos na equipa de profissionais em termos de satisfação e capacidade de atendimento individualizado; Melhoria no estado psicológico dos residentes – menos taxas de aborrecimento e sentimentos de desamparo; Níveis reduzidos de agitação em residentes de demência. No entanto, o PCC pode estar também associado a um aumento de risco de quedas dos residentes.

Segundo Barbosa, Sousa, Nolan e Figueiredo (2015), é igualmente apresentado os efeitos do PCC no *staff* como a redução do *stress* e *burnout*, vejamos a tabela 2:

Tabela 2 - Efeitos da abordagem centrada na pessoa

	Autores	Tipo de estudo	Descrição	Resultados
Intervenções orientadas para a estimulação	Van Weert et al (2005)	Experimental pré-teste e pós-teste	Eficácia do <i>snoezelen</i> integrado em resultados relacionados com o trabalho do <i>staff</i> em lares de idosos	Redução de stress e exaustão emocional
	Fritsch et al (2009)	Pós-teste com um grupo de controlo	Avaliação de um impacto de uma abordagem de narração de grupo em pessoas com demência e <i>staff</i>	Nenhum efeito sobre o desgaste ou a satisfação no trabalho
Intervenções orientadas para a emoção	Finnema et al (2005)	Pré e pós-teste de grupo de controlo	<i>Staff</i> recebeu treino básico e avançado para a as emoções	Diminuição significativo do stress
	Schrijmaekers et al (2003)	Ensaio clínico randomizado	Efeito do cuidado orientado para a emoção no <i>staff</i> através de aulas clinicas	Efeitos positivos sobre burnout e satisfação no local de trabalho
Abordagens orientadas para o comportamento	Passalacqua & Harwood (2012)	Quase-experimental pré e pós-intervenção sem grupo de controlo	Avaliação dos efeitos de um treino em habilidades de comunicação	Efeitos significativos em relação a burnout
	Wells et al. (2000)	Implementação de uma abordagem comportamental	Treinar o <i>staff</i> através de cinco sessões educacionais através de habilidades de rotina de cuidado matinal focada para com os residentes.	Ausência de impacto nos níveis de stress da equipe
Dementia Care Mapping	Jeon et al (2012)	Ensaio clínico randomizado	Avaliação eficácia do DCM e PCC no stress e burnout do pessoal	Diminuição de exaustão emocional

Barbosa, Sousa, Nolan e Figueiredo (2015)

1.3.4. Avaliação de práticas de prestação de cuidados/ serviços de acordo com a Abordagem Centrada na Pessoa com Demência

Existe uma variedade de instrumentos disponíveis para medir e avaliar as práticas de cuidados centrados nas pessoas, nas pessoas idosas e nas PcD (Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018). Para os cuidados de longa duração apontam-se os instrumentos: *Person-Directed Care Measure*, *Person-Centered Care Assessment Tool (P-CAT)*, *Measures of Individualized Care* e *Family Involvement in Care*. Para os cuidados hospitalares: *Person-Centered Climate Questionnaire (PCQ)*, *Person-Centered Inpatient Scale* e *Client-Centered Care Questionnaire*. Outros instrumentos são ainda identificados como: *Client-Centered Care Questionnaire*, *Person-Centered Care Tracking Tool* e *Person-Centered Environment and Care Assessment Tool (PCECAT)*.

Para a demência em particular consiste no DCM (Dementia Care Mapping). Segundo Paquete (2015), trata de um instrumento de observação com quatro codificações predeterminadas que visam fazer o observador ver o mundo do ponto de vista da PcD:

Intensificadores de humor: Muito feliz, alegre. Humor muito positivo; Contente, feliz, descontraído. Humor consideravelmente positivo; Neutro. Ausência de sinais notórios de humor positivo ou negativo; Pequenos sinais de humor negativo; Sinais consideráveis de humor negativo; Muito angustiado. Sinais muito grandes de humor negativo.

Categorias de comportamento: Articulação - Interação verbal ou de outra forma com outras pessoas – sem atividade adicional óbvia; Limite - Envolvimento mas de forma passiva (observação); Tranquilo - Desprendimento, isolamento; Fazer algo para si próprio - Tratar de si próprio; Expressivo - Atividades expressivas ou criativas; Alimentos - Ingestão de comida ou bebida; Voltar atrás - Reminiscência e revisão de vida; Intelectual - Dar prioridade à utilização de capacidades intelectuais; Articulações - Exercício ou desporto físico; Caminhar - Caminhar, estar em pé ou mover-se de forma independente; Lazer - Adormecido, a dormir; Sono; Objetos - Demonstração de apego a ou em relação a objetos inanimados; Físico - Receção de cuidados práticos, físicos ou pessoais; Religião - Envolvimento numa atividade religiosa; Expressão sexual - Expressão sexual; “Timalation” - Envolvimento direto

dos sentidos; Sem resposta - Tentativa de comunicação sem receber uma resposta; Vocacional - Trabalho ou atividade semelhante a trabalho; Resistente - Auto estimulação repetitiva de natureza contínua; A própria pessoa - Interação na ausência de qualquer pessoa observável; Opção zero - Não se adequa a nenhuma das categorias existentes.

Potenciadores pessoais: Afetividade: Demonstra afeto, interesse e preocupação genuínos pelo participante; Suporte: Dá segurança, proteção e conforto ao participante; Ritmo descontraído: Reconhece a importância de criar uma atmosfera descontraída; Respeito: Tratar o participante com um membro valioso da sociedade e reconhecer a sua experiência e idade; Aceitação: Encetar uma relação com base numa atitude de aceitação ou consideração positiva pelo participante; Celebração: Reconhecer, apoiar e alegrar-se pelas capacidades e conquistas do participante; Reconhecimento: Reconhecer, aceitar e apoiar o participante como ser único e valorizá-lo como indivíduo; Autenticidade: Ser honesto e aberto com o participante de um modo que seja sensível às suas necessidades e sentimentos; Validação: Reconhecer e apoiar a realidade do participante. A sensibilidade a sentimentos e emoções tem prioridade; Empoderamento: Abdicar do controlo e ajudar o participante a usar as capacidades; Facilitação: Avaliar o nível de apoio necessário e oferecê-lo; Colaboração: Tratar o participante com um parceiro completo e igual naquilo que se passa, consultando-o e trabalhando com ele; Habilitação: Reconhecer e incentivar o nível de envolvimento de um participante enquadrado num sistema de referência; Reconhecer: Encontrar-se com o participante na sua unicidade com uma atitude aberta e sem preconceitos; Incluir: Facilitar e incentivar o participante a estar e a sentir-se incluído, física e psicologicamente; Pertença: Promover o sentimento de aceitação num dado ambiente independentemente das capacidades ou incapacidades; Divertimento: Forma de estar e de ser criativa e livre, usando e respondendo à diversão e humor.

Detradores Pessoais: Intimidação: Assustar ou intimidar alguém através de ameaças verbais ou força física; Recusa: Recusar-se a dar atenção ou responder a uma necessidade evidente de contacto a alguém que a pediu; Ultrapassar: Dar informação e apresentar escolhas a um ritmo demasiado apressado para que um participante entenda; Infantilização: Tratar um doente de forma condescendente como se fosse uma criança pequena; Rotular: Utilizar um rótulo como forma principal de descrever ou referir-se a um participante; Menosprezar: Dizer a um participante que é incompetente, inútil, incapaz e que não tem

valor; Acusação: Culpar um participante pelo que tenha feito ou não tenha sido capaz de fazer; Engano: Fazer uso de truques ou dissimulação para distrair ou manipular um participante de modo a que este faça ou não faça algo; Invalidação: Não reconhecer a realidade de um participante numa determinada situação; Desempoderamento: Não permitir a um participante utilizar as capacidades que possui; Imposição: Forçar um participante a fazer algo, sobrepondo-se aos seus próprios desejos ou vontades ou negando-lhes a escolha; Perturbação: Intrometer-se ou interferir em algo que um participante esteja a fazer, ou quebrar de forma cruel o seu “sistema de referência”; Objetificação: Tratar um participante como se fosse um pedaço de matéria morta ou um objeto; Estigmatização: Tratar um participante como se fosse um objeto doente, um alienígena ou um marginal; Ignorar: Continuar (uma conversa ou ação) na presença de um participante como se ali não estivesse; Banir: Mandar o participante embora ou excluí-lo física ou psicologicamente; Gozar: Troçar de um participante; provocá-lo, humilhá-lo e fazer piadas à sua custa.

No seu estudo, Paquete (2015) usa o *Dementia Care Mapping* para analisar a influência de variáveis individuais e organizacionais nos níveis de bem-estar observados em PcD que residem em instituições, a fim de elaborar um modelo preditivo de bem-estar de PcD em instituição e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados às PcD. Desta forma, a autora verificou que a maioria das instituições (ERPI) não promove formação específica em demência, encontrando também uma correlação significativa entre os níveis de *burnout* dos profissionais e o bem-estar, sendo que, quanto maior o *burnout*, menor o bem-estar. Já o modelo preditivo corrobora que o ambiente físico e a diversidade ocupacional têm um efeito positivo nos níveis de bem-estar.

1.4. Cultura Organizacional e Influência na Pessoa com Demência

Antes de nos debruçarmos na influência da Cultura Organizacional na PcD importa, ainda que sucintamente expor o que se entende por organização como consequente cultura. Neste sentido, de acordo com Bertrand e Guillemet (1988), percebe-se por organização um sistema situado num meio que compreende: um subsistema cultural (intenções, finalidades, valores, convicções); um subsistema tecnocognitivo (conhecimentos, técnicas, tecnologias e

experiência); um subsistema estrutural (regras, procedimentos e tarefas); um subsistema psicossocial (motivações e expectativas) e um subsistema de gestão (planificação, controlo e coordenação). Adiantam ainda, tendo em conta a obra intitulada *“In Search for Excellence”* de Waterman e Peters (1983), que o sucesso de uma organização depende de um conjunto de convicções e valores compartilhados que se traduzem na Cultura Organizacional. Desta forma, Waterman e Peters na sua obra exibem um modelo organizacional onde enumeram seis dimensões basilares afetas à cultura organizacional que influenciam e se deixam por esta, como: Estrutura (organogramas, linhas operacionais e funcionais); Sistemas (relatos, operações de rotina, reuniões); Estilo (Comportamentos dos dirigentes); Pessoal (descrição de categorias profissionais); Saber-fazer (qualidade dos recursos humanos) e Estratégia (planos ou linhas, objetivos).

Para Gonçalves (2014), Cultura Organizacional diz respeito “aos valores fundamentais, pressupostos, normas, procedimentos, etc., que são aceites e seguidos no dia-a-dia de uma organização, desempenhando um papel importante no comportamento das pessoas no local de trabalho”. Completa a mesma autora que esta cultura promove um desenvolvimento de sinergias potenciadoras de um espírito de pertença entre os funcionários da organização. No entanto, podemos constatar que a definição de Cultura Organizacional mais citada pertence a seu maior pioneiro Edgar Schein, que nos esclarece como “um padrão de pressupostos básicos compartilhados que o grupo aprendeu e que resolve os seus problemas de adaptação externa e integração interna, que tem funcionado suficientemente bem para ser considerado valioso e, portanto, para ser ensinado aos novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação aos outros” (Schein, 1992 cit por Gonçalves, 2014: 467).

Na literatura existem várias manifestações de culturas organizacionais. No entanto, as mais divulgadas são as de Schein (1984; 1989; 1992; 1997), de Hofstede (1997, 2003) e de Neves (1996, 2001), que passamos a descrever.

Segundo Schein, existem três níveis na cultura organizacional de componentes: os artefactos, os valores declarados e os pressupostos básicos. O primeiro nível de cultura organizacional refere-se aos artefactos que dizem respeito aos aspetos que são visíveis e observáveis da cultura, à estrutura física e material, por exemplo, ao vestuário, aos produtos

da organização, ao espaço físico, às bandeiras e aos logótipos da organização. O segundo nível da cultura organizacional é formado pelos valores declarados que incluem as políticas, as estratégias, os objetivos, as filosofias, com o objetivo de orientar os comportamentos dos grupos e a função normativa na organização. Por fim, e considerado o nível mais profundo da cultura estão os pressupostos básicos nos quais se incluem as crenças, pensamentos, percepções e sentimentos tendo como objetivo imprimir um sistema de significados para interpretar e viver as situações (Gonçalves, 2014).

Hofstede traz-nos outra proposta, dividindo as manifestações de cultura em quatro níveis, que se agrupam como em camadas de uma cebola: símbolos, heróis, rituais e valores, sendo que os valores representam uma manifestação mais profunda, os heróis e rituais uma posição intermédia e os símbolos a manifestação mais superficial da cultura. Assim, o autor elucida-nos que: “Os símbolos são palavras, gestos, figuras ou objetos [e.g., forma de vestir, bandeiras] que transportam um significado particular que apenas é reconhecido pelos que partilham a cultura [...]. Os heróis são pessoas, vivas ou falecidas, reais ou imaginárias, que possuem características altamente valorizadas numa determinada cultura e que por isso servem de modelos de comportamentos [...]. Os rituais [e.g., forma de cumprimentar, cerimónias sociais] são atividades coletivas, tecnicamente supérfluas, para atingir fins desejados, mas considerados como essenciais numa determinada cultura. [...] Símbolos, heróis e rituais foram agrupados sob o termo de práticas por serem visíveis ao observador externo [...]. O núcleo da cultura é formado pelos valores [...]” (Hofstede, 2003 cit por Gonçalves, 2014: 469).

Por fim, Neves, propõe um modelo baseado num conjunto de camadas que se organizam por: A1- atributos organizacionais, que representam as variáveis de contexto, estrutura e processo; A2- atributos individuais, ou seja, o campo psicológico do indivíduo, por exemplo percepções, motivações, ideias; A3- artefactos, que dizem respeito às palavras, gestos, figuras e objetos, que ajudam na expressão cultural de atividades; A4- Padrões/Normas de comportamento, que se configuram nas práticas de gestão, as práticas de recursos humanos e os planeamentos estratégicos; A5- Valores, crenças e ideologias, que direcionam o comportamento das pessoas e por último a camada A6 que é a mais profunda e que simboliza os pressupostos básicos, ajudando as pessoas na forma de pensar sentir e comportar nas situações. Este modelo configura-se num conjunto de anéis que se

encontram concêntricos e sobrepostos e onde cada anel representa “um elemento ou manifestação da cultura e estando dispostos segundo uma ordem que seja o reflexo, quer do grau de materialidade da manifestação, quer do grau de dificuldade de acessibilidade do mesmo, quer ainda da forma de apreensão e aprendizagem do significado (do comportamental ao emocional)” (Neves,1996 cit por Gonçalves, 2014: 470).

Para além das suas manifestações, importa-nos enumerar os diversos tipos de cultura organizacional como a cultura de apoio, cultura de inovação, cultura de regras e cultura de objetivos que congregados formam o modelo dos valores contrastantes. A cultura de apoio possui como valores a participação, o trabalho em equipa, o sentimento de pertença e a confiança, inserindo-se no modelo de relações humanas que se baseia no desenvolvimento humano com base na coesão e no compromisso. A cultura de inovação remete-nos para o modelo de sistemas abertos, ou seja, enfatiza os valores de rapidez e de crescimento, onde a flexibilidade e a mudança são valorizadas. Este tipo de cultura centra as suas atenções às exigências da envolvente externa. Por sua vez, a cultura de regras revê-se no modelo dos processos internos em que a prioridade passa pela estabilidade interna e controlo dos processos. É caracterizado também por uma ação mais burocrática e tradicional, na qual impera a formalização, a centralização, a estruturação, a uniformidade e a estabilidade. Por último, a cultura de objetivos é traduzida pelo modelo dos objetivos racionais em que os principais objetivos são alcançar a produtividade e eficiência. Existe assim, uma orientação para os resultados e para o alcance dos objetivos previstos (Gonçalves, 2014).

Desta forma, podemos constatar que todas as organizações possuem uma cultura organizacional, não obstante e de acordo com a realidade distinta e heterogénea de cada organização, poderá, eventualmente, existirem um ou mais tipos de culturas associadas influenciadas vários fatores como os humanos, organizacionais e contextuais (Goncalves, 2014)

No que concerne à abordagem centrada na PcD, esta faz parte de um grande movimento de mudança de cultura organizacional que inclui esforços para transformar os lares de idosos em instituições de cuidados interpessoais. Os objetivos residem em individualizar o cuidado aos residentes, tornando os espaços mais “caseiros” e menos “institucionais”. Esta mudança requer uma reorientação em termos de valores, atitudes e

normas, quebrar hierarquias, flexibilidade do trabalho e dar aos trabalhadores mais controlo sobre o seu ambiente de trabalho. Deve ainda honrar os direitos individuais dos residentes, garantindo a qualidade de vida e qualidade dos cuidados e serviços (Koren, 2010 cit por Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018). Para o autor, trata de um movimento em que se prestam cuidados de alta qualidade, individualizados, que atendem às necessidades de cada um, num ambiente que maximiza a autodeterminação e o bem-estar, sendo a pessoa o foco central. Podemos assim, considerar que esta abordagem vai ao encontro de uma cultura de apoio, supramencionada.

Desta forma, fica expresso na tabela seguinte a mudança de filosofia de cuidados no que concerne à abordagem centrada na PcD.

Tabela 3 –Mudança de filosofia de cuidados em relação à abordagem centrada na PcD

Cultura Antiga	Cultura Nova
Visão geral da demência	
As demências degenerativas primárias são doenças devastadoras do Sistema Nervoso Central, em que a personalidade e identidade são progressivamente destruídos	As doenças que provocam demência devem ser vistas sobretudo como formas de incapacidade. A maneira como uma pessoa é afetada depende crucialmente da qualidade dos cuidados que recebe.
Melhor fonte de conhecimentos	
Em relação à demência, quem possui o conhecimento mais relevante e fiável são os médicos e os neurocientistas.	Em relação à demência as pessoas que possuem o conhecimento mais relevante e fiável são os prestadores de cuidados qualificados e atentos.
Enfase para a pesquisa	
Não existe muito de positivo que possamos fazer pela pessoa com demência, até que venha a descoberta médica. Assim é necessária muito mais pesquisa biomédica	Há muita coisa que podemos fazer agora, através da expansão das aptidões humanas e capacidade de insight. Esta é a matéria mais urgente para a investigação
O que implica o cuidar	
Cuidar é sobretudo criar um ambiente seguro, responder às necessidades básicas (comer, vestir, limpeza, sono, etc.) e prestar cuidados físicos de forma competente.	Cuidar é sobretudo manter e melhorar o <i>personhood</i> . Criar um ambiente seguro, responder às necessidades básicas, prestar cuidados físicos são aspetos essenciais, mas representam apenas uma parte do cuidar da pessoa toda.
Prioridades na compreensão	
É importante ter uma compreensão clara e precisa da deficiência da pessoa, especialmente as da cognição. O curso de uma doença demencial pode ser traçado em termos de estágios de declínio.	É importante ter uma compreensão clara e aprofundada sobre as competências, gostos, interesses, valores e espiritualidade da pessoa. Existem tantas manifestações de demência quanto pessoas com demência.
Problemas de comportamento	
Quando a pessoa apresenta problemas de comportamento, estes devem ser geridos eficiente e competentemente.	Todos os chamados problemas de comportamento devem ser vistos, principalmente, como tentativas de comunicação, relacionadas com necessidades. É preciso tentar compreender a mensagem e responder à necessidade que não está a ser respondida.
Sentimentos dos Cuidadores	
Durante o processo de cuidar, o mais importante é por de lado as nossas próprias preocupações, sentimentos e vulnerabilidades, e continuar o trabalho de um a forma sensível e efetiva.	Durante o processo de cuidar o mais importante é estarmos em contacto com as nossas preocupações, sentimentos e vulnerabilidades e transformá-los em recursos positivos para o trabalho

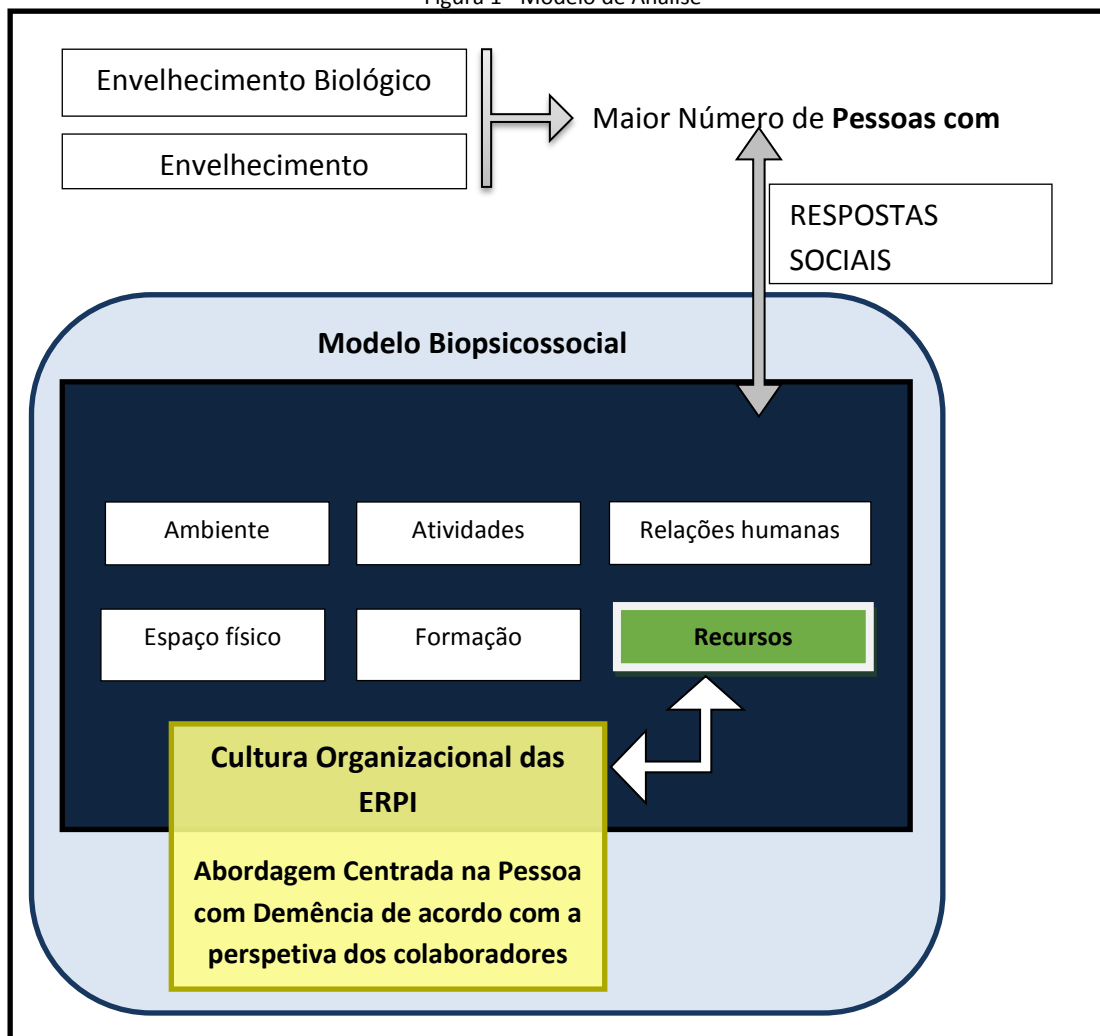
Fonte: Dementia Reconsidered: The person comes first, (Tom Kitwood, 1993: 136 cit por Paquete, 2015)

2. METODOLOGIA

2.1. Modelo de Análise

Foi possível construir-se um modelo de análise (figura 1), onde se interligam conceitos e dimensões. O esquema abaixo exposto, permite-nos perceber como se articulam as componentes conceptuais, bem como verificar a forma de como as ERPI prestam os seus cuidados e a sua intervenção de acordo com a abordagem centrada na PcD, tendo em conta a perspetiva dos colaboradores.

Figura 1 - Modelo de Análise



De forma a interpretar o nosso modelo de análise podemos referir que, o aumento do número de pessoas muito velhas, com diminuição da funcionalidade quer a nível físico quer em termos cognitivos, revela-se no crescimento de pessoas mais suscetíveis a doenças crónicas como demências. É a verificação do paradigma epidemiológico, sabendo-se que estas pessoas vivem, sobretudo, em resposta social como serve de exemplo as ERPI. Neste sentido, considerando a heterogeneidade da pessoa mais velha e com quadro demencial torna-se imperativo a criação estratégias e planos de intervenção geradores de bem-estar, que poderão consistir na aplicação da abordagem centrada na PcD, associada a determinada cultura organizacional, ou melhor, a uma mudança de cultura de intervenção e prestação de cuidados, virada para a pessoa, respeitando a sua história e personalidade, ancorada ao modelo biopsicossocial. Torna-se assim, fulcral verificar de que forma as ERPI se estruturam e funcionam a fim de respeitar este modelo. Uma das perspetivas possíveis diz respeito à perspetiva dos seus colaboradores, onde todas as outras dimensões como o ambiente, atividades, formação, relações humanas, recursos humanos e espaço físico serão também analisadas.

2.2. Objetivos

Tendo em conta a realidade portuguesa, como o aumento do quantitativo de pessoas com mais de 65 anos, com demência e institucionalizadas, cabe às respostas sociais constituem um leque de soluções, enquadrado numa intervenção e prestação de cuidados de qualidade, ao encontro das reais necessidades deste segmento populacional. Com base na literatura exposta, a investigação aqui apresentada partiu dos seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

Caracterizar a cultura organizacional de ERPI em Portugal, na perspetiva dos funcionários/profissionais, de acordo com a abordagem centrada na PcD.

Objetivos Específicos:

i) Identificar dimensões e indicadores da análise da cultura organizacional de acordo com a abordagem centrada na PcD, a partir da literatura e estudos existentes, de forma a construir questionários a aplicar aos funcionários;

ii) Caracterizar várias ERPI em Portugal em termos organizacionais, que tenham institucionalizadas PcD;

iii) Caracterizar a cultura organizacional das ERPI selecionadas, na perspetiva dos seus funcionários/profissionais, com base nas dimensões e indicadores da literatura da abordagem centrada na PcD.

2.3. Amostra

A pesquisa incidiu sobre ERPI sediadas em território português onde resida população com quadro demencial diagnosticado. A escolha das estruturas residenciais assentou no critério de conveniência, isto é, cujo DT e equipa de funcionários se tenham disponibilizado em colaborar com o estudo. Além disso, procurou-se estudar ERPI de diferentes contextos territoriais, em termos sociodemográficos e geográficos. Foram contactadas formalmente² ERPI dos distritos de Lisboa, Guarda e Torres Vedras, por uma maior facilidade de deslocação do investigador, considerando ainda as suas diferenças sociodemográficas e territoriais. Das ERPI contactadas apenas aceitaram colaborar com a pesquisa duas do distrito de Lisboa (concelho da Amadora e Lisboa) e duas do distrito da Guarda (concelho do Sabugal).

Incidindo o foco da pesquisa sobre os funcionários das ERPI, a amostra foi constituída por todos os funcionários que se relacionam/contactam direta ou indiretamente com as PcD, das ERPI selecionadas: DT, técnicos superiores/profissionais, AAD, funcionários da cozinha/ outros).

² Por email e envio do projeto de pesquisa, declaração de compromisso e garantia de anonimato

2.4. Recolha de Dados

A partir da literatura existente em torno do modelo biopsicossocial, em particular da abordagem centrada na PcD, foram identificados dimensões e indicadores de análise da cultura organizacional. Esta listagem de dimensões e indicadores (Anexo I) permitiu a construção de questionários (Anexo II) a aplicar junto das ERPI, dirigido aos diferentes profissionais, divididos em quatro segmentos: aos DT; aos restantes técnicos superiores/profissionais; aos AAD; e aos funcionários da cozinha. Relembrando que, segundo Fazio, Pace, Flinner e Kallmyer (2018), a abordagem centrada na PcD requer o comprometimento de todos os elementos da organização, mas especialmente da liderança, os questionários foram dirigidos à maioria dos profissionais, mas interessando-nos, sobretudo, a participação do DT.

Neste sentido, o questionário (de tipologia mista) incluiu não só as dimensões e indicadores respeitantes à cultura organizacional na perspetiva da abordagem à PcD, mas procurou, simultaneamente, efetuar um levantamento e breve descrição das atividades realizadas com as PcD, em cada organização em estudo, tudo isto na ótica dos funcionários. Importa salientar ainda que os instrumentos de recolha de dados foram aplicados nas datas de 9 e 10 de Maio nas ERPI A e B e de 5 de Julho nas ERPI C e D.

2.5. Tratamento de Dados

A informação recolhida foi analisada de diferentes formas. Relativamente aos questionários, foi efetuada uma análise estatística das respostas fechadas, com recurso ao *software* EXCEL. Quanto às respostas abertas, foram tratadas mediante análise de conteúdo, permitindo a categorização da informação.

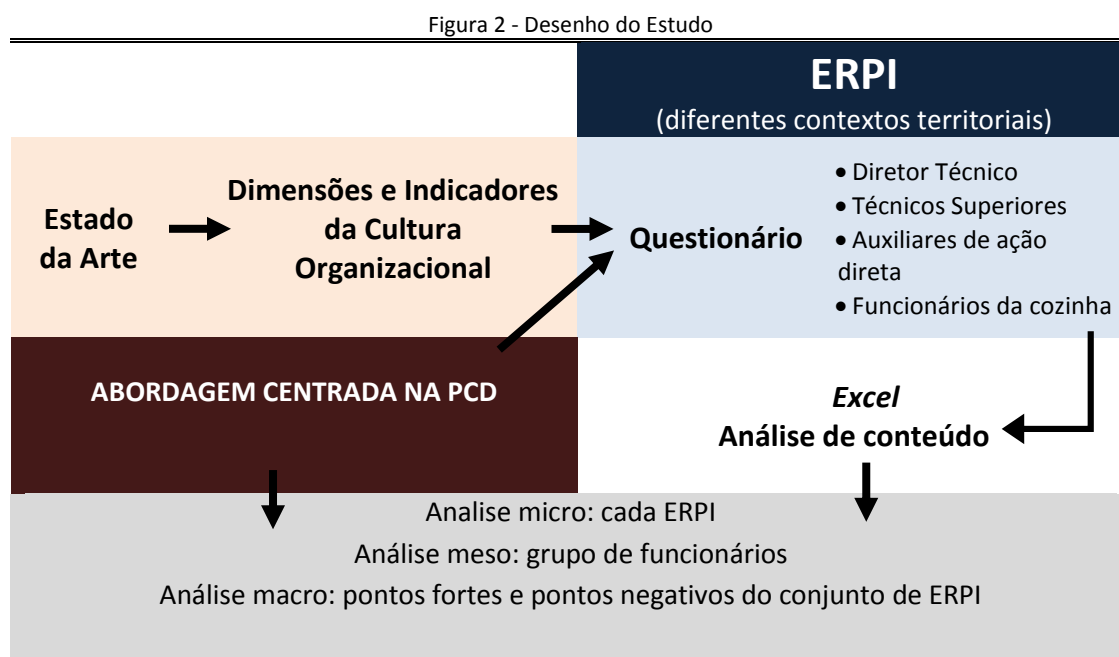
Esta informação obtida junto dos diferentes subgrupos de funcionários, nas diversas ERPI, foi posteriormente sujeita a uma análise integrativa aprofundada, de acordo com as dimensões e indicadores de análise da abordagem selecionada. Para esta análise integrativa, que convidou a uma discussão e reflexão alargada dos resultados, recorreremos ao que Kitwood (1997) encontrou de errado na prestação de cuidados ao que chama de “Psicologia

Social Maligna”, descrevendo um role de processos e interações que tendem a despersonalizar a PcD, que incluem desempoderamento, rotulagem, infantilização e objetificação, desprezo, estigmatização, retenção, entre outros a fim de analisar o conteúdo dos questionários aplicados a todos os profissionais das ERPI estudadas. Os rótulos despersonalizam os indivíduos e podem levá-los a serem tratados de maneiras que não apoiam sua personalidade. Relacionamentos com os outros têm um grande impacto na personalidade (Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2017).

O detalhe da informação reunida permitiu a sua análise e reflexão a vários níveis. Num primeiro momento foi efetuada uma análise micro, refletindo sobre a cultura organizacional de cada ERPI. Num segundo momento procedemos a uma abordagem meso, discutindo os resultados por categoria profissional, no conjunto das quatro ERPI estudadas. Por último, efetuámos uma análise macro, identificando os pontos fortes e as fragilidades do conjunto de ERPI, de acordo com os indicadores da abordagem centrada na PcD.

2.6. Desenho do Estudo

O plano metodológico encontra-se seguidamente esquematizado na figura 2:



3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos pela aplicação dos questionários foram analisados e transcritos de forma detalhada. Por se tratar de informação extensa e pormenorizada, mas de importância para a compreensão da análise e reflexão aqui efetuadas, estes resultados encontram-se explanados em Anexo III. Sem prejuízo da necessidade de consultar o anexo referido, procedemos de imediato para a análise dos dados.

Assim, após a breve descrição dos territórios das ERPI seleccionadas, apresentamos, então, a discussão dos resultados realizada por três fases. Numa análise mais micro, discutimos os resultados de cada ERPI em particular, destacando os indicadores mais positivos e/ou negativos. Numa análise meso, refletimos os dados por categoria profissional. Por último, numa análise macro, efetuamos uma discussão mais generalizada e global, destacando os resultados mais semelhantes e/ou contraditórios.

3.1. Caracterização dos territórios onde se encontram as ERPI seleccionadas

Para a realização da pesquisa foram seleccionadas quatro ERPI (tabela 4) tendo em conta a sua localização geográfica e em termos de diferenças sociais.

Tabela 4 - ERPI seleccionadas para a realização da pesquisa

ERPI	Área Geográfica	Concelho
A	Área Metropolitana	Lisboa
B	de Lisboa	Amadora
C	Nuts III - Beiras e	Sabugal
D	Serra da Estrela	Sabugal

Faremos então um breve enquadramento sociodemográfico e territorial, de forma a verificarmos que as quatro instituições estudadas estão sediadas em territórios social e demograficamente distintos.

A área metropolitana de Lisboa, onde foram seleccionadas duas ERPI (A e B), caracteriza-se socio-demograficamente (tabela 5) por se constatar que:

- i) A população residente apresentou um aumento entre os dois períodos dos censos (2001 e 2011);
- ii) Todos os indicadores de envelhecimento têm sofrido um aumento ao longo do tempo, ainda que se mantenham inferiores à média do país.

Por sua vez, as outras duas ERPIS selecionadas (C e D) pertencem à NUTS III – Beiras e Serra da Estrela, tendo prosseguido com a caracterização sociodemográfica (tabela 5), concluindo que:

- i) A população residente apresentou um decréscimo entre os dois períodos dos censos (2001 e 2011)
- ii) Todos os indicadores de envelhecimento têm sofrido um aumento ao longo do tempo, com valores muito superiores à média do país

Tabela 5 - Caracterização demográfica dos territórios das ERPIS selecionadas

	Nuts III - Área Metropolitana de Lisboa	Concelho de Lisboa	Concelho da Amadora	Nuts III – Beiras e Serra da Estrela	Concelho do Sabugal	Portugal
População Residente						
2001	2.661.850	563.312	175.533	258.799	14.799	10.362.70
2011	2.821.876	542.917	175.440	236.023	12.471	10.557.60
Índice de Envelhecimento						
2001	103,5	203,4	93,8	173,1	378,2	101,6
2011	117,3	186	126	236	513	125,8
Índice de Dependência de Idosos						
2001	22,1	36,4	19,7	37,7	1,6	24,4
2011	27,5	37,8	28,1	44,9	0,7	28,5
Índice de Longevidade						
2001	39,7	43,7	34,6	46,3	9,2	41,9
2011	45,7	52,9	42,1	53	9,5	48,3
População Residente 65+ (%)						
2001	15,5	23,7	14,1	23,9	37,7	16,5
2011	18,7	26,4	19,6	26,5	39,6	18,9

Fonte: INE, 2019; PORDATA, 2019

No que respeita à ERPI A, trata-se de uma Instituição Particular de Solidariedade Social, localizada no concelho de Lisboa. Neste concelho constatámos que (tabela 5):

- i) A população residente apresentou um decréscimo entre os dois períodos dos censos (2001 e 2011)
- ii) Todos os indicadores de envelhecimento apresentam valores superiores à média do país, tendo sofrido um aumento ao longo do tempo, à exceção do índice de envelhecimento.

A ERPI B, consubstancia-se enquanto ERPI agregada a uma das obras sociais de uma fundação com outras respostas sociais. Encontra-se sediada no concelho da Amadora que, em termos de indicadores demográficos (tabela 5), podemos referir que:

- i) A população residente apresentou um ligeiro decréscimo entre os dois períodos dos censos (2001 e 2011)
- ii) Todos os indicadores de envelhecimento têm sofrido um aumento ao longo do tempo, aproximando-se dos dados de Portugal.

As ERPI C e D são também IPSS, localizadas no concelho do Sabugal (distrito da Guarda). Analisando o concelho do Sabugal em termos demográficos (tabela 5) verificamos que:

- i) A população residente apresentou um decréscimo entre os dois períodos dos censos (2001 e 2011)
- ii) Todos os indicadores de envelhecimento têm sofrido um aumento ao longo do tempo, sendo esmagadoramente superiores aos do país, consistindo num dos municípios mais envelhecidos de Portugal.

3.2. Análise MICRO: Resultados de cada ERPI

3.2.1. ERPI A

Na tabela 6 estão sintetizados os pontos fortes e fracos da ERPI A, resultantes da análise micro (à instituição).

Tabela 6 - Análise Micro ERPI A - Pontos fortes e pontos fracos de acordo com a abordagem centrada na PcD

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ul style="list-style-type: none"> • Os quartos e casas de banho estão identificados com fotografias das PcD • As PcD podem personalizar o quarto e levar consigo mobiliário • Existe um espaço de culto espiritual/religioso bem como um espaço ao ar livre onde as PcD podem circular³ • A ERPI proporciona algum tipo de formação aos profissionais⁴ • A ERPI dá <i>feedback</i> das funções que a equipa desempenha • A prestação de cuidados é feita pelo mesmo funcionário ou dupla de profissionais⁵ • A prestação de cuidados é centrada na interação e não na tarefa • As PcD têm oportunidade de sair da ERPI com os seus familiares e amigos • A PcD é estimulada a realizar ações sozinha como vestir-se • As atividades selecionadas e realizadas são pensadas de acordo com os gostos das PcD • As PcD realizam as atividades com residentes sem quadro demencial • É celebrado o aniversário da PcD 	<ul style="list-style-type: none"> • Não é uma unidade especializada em nenhuma área de cuidados (mas possui 44,9% PcD) • Apenas 1 AAD diz que tem formação especializada (e o DT diz que nenhum tem) • Tem horário de visita reduzido • Nenhuma PcD tem acesso a quarto individual • As PcD não partilham quarto com pessoas sem défice cognitivo ou que não estejam fisicamente dependentes • Não possui rácio equilibrado staff-cliente • Não são realizadas ações de coesão de equipa • A maioria dos AAD considera que as suas funções não são reconhecidas • A maior parte dos funcionários não sabe o nome das PcD nem as suas preferências e histórias de vida⁶ • Não é permitido que a PcD leve um animal de estimação • Não existe plano de cuidados individualizados⁷ • A maioria dos profissionais não sabe lidar com as necessidades das PcD⁸ nem age de maneira diferente perante uma PcD • A PcD nunca propõe ou consente a sua integração em ERPI, a família é que decide • Não existe avaliação de qualidade de serviços e bem-estar das PcD • Não existe plano de atividades de ocupação e participação individualizado e a PcD não tem oportunidade de selecionar as atividades • Os funcionários da cozinha não são responsáveis pela ementa e não sabem se as PcD gostam das refeições • A PcD está impedida de levar consigo animais de estimação para a ERPI

³ Mas os AAD dizem que as PcD não são incentivadas nem encaminhadas para esses locais

⁴ Mas 3 AAD e os funcionários da cozinha alegam que não

⁵ Mas 2 AAD dizem que não

⁶ Embora o DT tenha respondido que sim

⁷ Embora os técnicos superiores digam que sim, o DT afirma que não

⁸ Embora a maior parte das AAD diga que se sente capacitada

A ERPI A detém 89 residentes, ou seja, número inferior ao quantitativo máximo por cada Estrutura Residencial (120 residentes), onde quase metade dos residentes comporta quadro demencial (44,9%). Esta ERPI não é especializada em nenhuma área de cuidados/demência, o que poderá, eventualmente, comprometer a intervenção e prestação de cuidados individualizados junto dos residentes com demência, segundo Kogan, Wilber e Mosqueda (2016). Verificamos também que, embora o horário de visita seja alargado (12h00-21h00), poderá não corresponder às reais pretensões ou disponibilidade quer dos residentes quer dos familiares, amigos, conhecidos que o visitam, podendo limitar um vínculo afetivo, de acordo com Kitwood (1997).

No que concerne aos quartos, constatamos que a ERPI responde aos requisitos apresentados no decreto de lei 67/2012, que define as condições de organização, funcionamento e instalação das ERPI, comportando quartos de tipologia individual, dupla e tripla. No entanto, constatamos que nenhum dos utentes com demência tem acesso a quarto individual, partilha quarto com outros utentes sem quadro demencial ou sem dependência física o que, de acordo com Kitwood (1997), não respeita a privacidade e inclusão da pessoa, segregando-a assim. Por outro lado, a DT referiu que os quartos e casas de banho estão identificados com fotografias dos residentes, tendo em conta os défices cognitivos dos clientes. Acresce que as PcD podem personalizar os quartos levando consigo mobiliário de casa, o que corresponde a uma prática que respeita quer a identidade e conforto dos utentes (Kitwood, 1997), quer um ambiente seguro segundo Brownie e Nancarrow (2013).

Um aspeto que respeita a identidade da pessoa segundo Kitwood (1997) e atende às preferências pessoais, culturais, espirituais e religiosas é o facto de a ERPI possuir um espaço de culto espiritual/religioso como um espaço ao ar livre onde as pessoas possam circular e frequentar⁹.

Quanto aos recursos humanos (tabela 7) e formação, de acordo com a Portaria nº 67/2012, constatamos que a ERPI não apresenta o rácio suficiente para dar resposta aos 89 residentes (só existindo um rácio equilibrado de AAD por utente, no turno da noite), onde deveria ter um enfermeiro por cada vinte residentes e um AAD por cada cinco,

⁹ Mas os AAD dizem que as PcD não são incentivadas nem encaminhadas para esses locais

comprometendo assim, um rácio staff-cliente equilibrado segundo Kitwwood (1997), a promoção de um cuidado personalizado segundo Manthorpe e Samsi (2016), bem como a construção de relações autênticas e carinhosas de acordo com Fazio, Pace, Flinner e Kallmyer (2018).

Tabela 7 - Recursos humanos ERPI A

Função	Número de Funcionários	
DT	1	
Enfermeiro(a)	2	
Animador(a) Sociocultural	1	
Porteiro(a)	2	
Elementos alocados à cozinha	8	
AAD	47	Turno da manhã: 15 Turno da tarde: 10 Turno da noite: 5

Adianta-se que, nenhum dos profissionais detém formação na área da demência¹⁰ o que se poderá traduzir, tendo em conta o elevado quantitativo de PcD na ERPI, numa lacuna na aferição e formação em demência e conseqüente intervenção (Brownie e Nancarrow, 2013).

Apesar de não serem realizadas ações de coesão de equipa, a ERPI é responsável por proporcionar algum tipo de formação aos profissionais (embora não seja específica na área da demência)¹¹:

- “relações interpessoais, posicionamentos e suporte básico de vida” (DT);
- “cuidados em demência e posicionamento/transferências de utentes” (Téc. Sup);
- “cuidados em demência” (AAD1);
- “posicionamento e compreensão do idoso” (AAD2).

À semelhança, é dado *feedback* das funções que a equipa desempenha, o que constitui uma certa preocupação e empenho no *empowerment* da equipa de profissionais, de acordo com Brownie e Nancarrow (2013)¹².

¹⁰ Embora 1AAD diga que sim

¹¹ Embora os funcionários da cozinha e 3 AAD digam que não

¹² Embora 4 AAD considerem que as suas funções não são reconhecidas

Outro indicador que ressaltamos prende-se com o facto de a maior parte dos profissionais não saber os nomes de todas as PcD, bem como não conhecerem as suas preferências, rotinas diárias e histórias de vida¹³, o que nos indica um défice no conhecimento holístico da pessoa e na maximização da identidade (Mitchell e Agnelli, 2015).

Segundo Brooker (2006 cit por Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018), o facto de não existir um plano de cuidados individualizado¹⁴ constitui um desinvestimento de como a ERPI encara a PcD como uma pessoa com necessidades únicas e próprias. Por outro lado, segundo Manthorpe e Samsi (2016), a prestação de cuidados como as AVD é feita pelo mesmo funcionário ou dupla de profissionais sempre que possível¹⁵, o que se consubstancia na promoção de um cuidado personalizado, bem como, de acordo com Brownie e Nancarrow (2013) um investimento na estimulação social e relacional. Ainda neste ponto, verificamos que os profissionais não se sentem capacitados para lidar com as reais necessidades das PcD, a DT considera que não agem de maneira diferente perante uma pessoa com quadro demencial, não adequam as estratégias de comunicação¹⁶ e infantilizam as pessoas mais velhas, sobretudo as PcD. Deste modo, não podemos descuidar que a abordagem centrada na PcD tende a ser aplicada não só nos utentes/residentes, como também a todos os recursos humanos que constituem a equipa de profissionais, através de aferição e formação em demência, como na capacitação para trabalhar com pessoas com quadro demencial, o que no caso desta ERPI constitui uma lacuna (Brownie e Nancarrow, 2013).

Como indicador positivo destacamos que a prestação de cuidados é centrada na interação e não na tarefa, pelo facto de a equipa não ter um tempo limitado para executar as tarefas: “Posso demorar o tempo que precisar” (na prestação de cuidados) (AAD1, AAD2, AAD3, AAD4, AAD5). Acresce que a pessoa é estimulada a realizar ações sozinha e apoiada para o autocuidado como vestir-se¹⁷. Estas atitudes consubstanciam no respeito pelo indivíduo, na criação de uma atmosfera de calor, no fornecimento de apoio e assistência adequados, na autocuidado e, essencialmente, na criação de um ambiente de suporte (Brooker, 2006 cit por Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018).

¹³ Embora o DT tenha respondido que sim

¹⁴ Embora os 2 Téc. Sup. tenham respondido que sim

¹⁵ Ainda que 2 AAD tenham respondido que não

¹⁶ Embora um Téc. Sup. diga que sim

¹⁷ Nas situações de maior dependência são as AAD que seleccionam a roupa e vestem a PcD

No que concerne ao processo da PcD na instituição apuramos que, de acordo com Burshnic e Bourgeois (2017), não é respeitada a autonomia nem validada as opções da PcD na medida em que, segundo a DT a institucionalização da pessoa é uma decisão da família. Além disso, apesar de ser realizada uma avaliação inicial do utente padronizada e escrita (pelo DT e Enfermagem), bem como avaliações mensais/trimestrais/anuais da PcD, segundo Brooker (2006) não são criados mecanismos de melhoria da qualidade, por não existir avaliação de qualidade de serviços e bem-estar das PcD¹⁸.

De acordo com Kitwood (1997), a ocupação enquanto necessidade psicológica fica comprometida, por não existir um plano de atividades individualizado para cada PcD. No entanto, a PcD colabora nas AVD¹⁹ e realizam atividades de ocupação e participação semanalmente:

“lúdicas e estimulação sensorial” (DT)

“atividades através do estímulo verbal, sensorial, ao ar livre, medicação e curativos” (Téc.n.Sup.)

“atividades de motricidade grossa e fina, ensaio do coro da igreja, artes plásticas e missa” (Téc.n.Sup.)

“estimulação sensorial, reabilitação cognitiva, treino de AVD e atividades lúdicas (Téc.n.Sup)

“reminiscência, estimulação sensorial, atividades lúdicas” (Téc.n.Sup.)

Estas atividades são pensadas de acordo com os gostos das PcD e estas são integradas nas atividades com outros utentes sem quadro demencial. Facto que se liga ao respeito pela maximização e reconhecimento da identidade pessoal. Como aspetos menos positivos salientamos que, as PcD não têm possibilidade de selecionar as atividades, não são envolvidas no processo de construção de ementa das refeições, nem incluídas em algum tipo de atividade de culinária, por exemplo.

Adiantamos ainda, que as PcD têm oportunidade de sair da ERPI com os seus familiares e amigos, o que lhes permite maximizar a capacidade de se sentirem conectadas e aceites no seu ambiente, nutrindo assim relacionamento (Burshnic & Bourgeois, 2017).

¹⁸ Embora os Tec.n.Sup. digam que sim “através das AAD e através das coordenadoras de auxiliares”

¹⁹ Apesar de 1 AAD frisar que não

3.2.2. ERPI B

Na tabela 8 são sintetizados os pontos fortes e fracos da análise à ERPI B.

Tabela 8 - Análise Micro ERPI B - Pontos fortes e pontos fracos de acordo com a abordagem centrada na PcD

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ul style="list-style-type: none"> • Especializada na área de cuidados em demência • Uma PcD tem acesso a quarto individual • Algumas PcD partilham quarto com pessoas sem défices cognitivos e sem estarem fisicamente dependentes • Os quartos e casas de banho estão identificados com pictogramas e fotografias dos residentes • As PcD podem personalizar os quartos e levar mobiliário • A PcD pode fazer-se acompanhar de um animal de estimação • A ERPI possui um espaço de culto espiritual/religioso e um espaço ao ar livre onde as pessoas podem circular, e as AAD incentivam e encaminham-nas para esses locais • A maioria dos profissionais tem formação na área da demência²⁰ • A ERPI é responsável por proporcionar algum tipo de formação aos profissionais²¹ • São realizadas ações de coesão de equipa²² e é oferecido <i>feedback</i> das funções que a equipa desempenha • Todos os profissionais sabem os nomes de todas as PcD • A maioria dos funcionários conhece as preferências, rotinas diárias e histórias de vida das PcD²³ • Existe um plano de cuidados individualizado • A prestação de cuidados é feita pelo mesmo funcionário ou dupla de profissionais²⁴ • As PcD são estimuladas a colaborar nas AVD • A maioria dos funcionários sente-se capaz de lidar com PcD²⁵ • É efetuada uma avaliação inicial padronizada, avaliações semestrais e é avaliada a qualidade de serviços e bem-estar das PcD • Existe um plano de ocupação e atividades individualizado para cada PcD, estas têm possibilidade de selecionar as atividades, o plano tem em conta os seus gostos e preferências, e as PcD são incluídas em atividades com pessoas sem quadro demencial. • As PcD têm oportunidade de sair da ERPI com os seus familiares e amigos • São providenciados suportes de comunicação apropriados que permitam a pessoa tomar decisões e facilitar a relação • É celebrado o aniversário na PcD 	<ul style="list-style-type: none"> • Horário de visita bastante limitado • Não apresenta o rácio staff-cliente equilibrado²⁶ • A prestação de cuidados é centrada na tarefa e não na interação • A PcD raramente propõe a integração em ERPI, acabando por esta função ser encarregue à família, com frequência • Os funcionários da cozinha não são responsáveis pela ementa e não sabem se as PcD gostam das refeições

²⁰ Mas 4 das AAD, 1 Téc.Sup e os Fun.Cozinha não têm

²¹ Mas 1 técn.sup. e os funcionários da cozinha dizem que não

²² Mas 1 técn.sup. diz que não

²³ 1 técn.sup e 3 AAD não

²⁴ Mas 2 AAD dizem que não

²⁵ Mas os Fun.Cozinha assumem que não

²⁶ Só é equilibrado no turno da noite

Verificamos que a ERPI B detém 63 residentes, ou seja, número inferior ao quantitativo máximo permitido (120 residentes), onde mais de metade dos residentes comporta quadro demencial (60,3%). Acrescentamos que esta ERPI é especializada em prestação de cuidados (em demência), através da sua unidade de neuroestimulação. Facto que detém diversas vantagens na intervenção e prestação de cuidados individualizados junto dos residentes, segundo Kogan, Wilber e Mosqueda (2016). Constata-se que o horário de visita é bastante (14h30-18h30), o que poderá comprometer o vínculo afetivo (Kitwood, 1997). No entanto, a ERPI possui flexibilidade para admitir visitas em horário extra, por forma a reduzir a incapacidade de visita em horário pré-estabelecido.

A ERPI responde aos requisitos apresentados no decreto-lei 67/2012 em relação aos seus quartos, mas só uma PcD tem acesso a quarto individual, existindo um esforço da ERPI no respeito pela privacidade da pessoa. Nos restantes casos as PcD partilham quarto com outros utentes com e sem quadro demencial o que eventualmente poderá transparecer uma tentativa de inclusão da pessoa (Kitwood, 1997). Os quartos e casas de banho estão identificados com pictogramas e fotografias dos residentes, e estes podem levar consigo mobiliário de casa, correspondendo a uma prática que respeita quer a identidade e conforto dos utentes (Kitwood, 1997), quer um ambiente seguro e inclusivo segundo Brownie e Nancarrow (2013).

Um outro indicador que respeita a identidade da pessoa prende-se com o facto de a ERPI possuir um espaço de culto espiritual/religioso, assim como um espaço ao ar livre onde as pessoas possam circular e frequentar (Kitwood, 1997).

À semelhança da ERPI A, também esta instituição não apresenta o rácio suficiente para dar resposta aos 63 residentes (só é equilibrado ao nível das AAD no turno da noite) (tabela 9), comprometendo assim, um rácio staff-cliente equilibrado (Kitwood, 1997), a promoção de um cuidado personalizado (Manthorpe & Samsi, 2016), e a construção de relações autênticas e carinhosas (Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018).

De forma geral, os profissionais têm formação na área da demência e outras áreas de intervenção promovidas pela ERPI, o que se poderá traduzir, tendo em conta o elevado quantitativo de pessoas com demência, uma vantagem na aferição e formação em demência

e consequente intervenção, como também no *empowerment* da equipa (Brownie & Nancarrow, 2013):

“formação em demência, AVD, relações interpessoais, higiene, saúde e segurança no trabalho” (DT);

“AVD, relações interpessoais, cuidados em demência” (Téc. Sup);

“AVD, relações interpessoais, cuidados de demência, suporte básico de vida e lidar com o luto” (AAD4);

“AVD, relações interpessoais, posicionamentos, sondas” (AAD6).

Tabela 9 – Recursos Humanos ERPI B

Função	Número de Funcionários	
DT	1	
Fisioterapeuta	2	
Terapeuta Ocupacional	2	
Psicólogo	1	
Animador Sociocultural	1	
Enfermeiro	1	
Diretor Adjunto	1	
Neurologista	1	
Elementos alocados à cozinha	2	
AAD	24	Turno da manhã: 9 Turno da tarde: 9 Turno da noite: 3

São, igualmente, realizadas ações de coesão de equipa, como também é transmitido *feedback* das funções que a equipa desempenha, o que constitui uma certa preocupação no desempenho e conforto da equipa de profissionais, de acordo com Brownie e Nancarrow (2013).

De modo geral, todos os profissionais sabem os nomes de todas as PcD, bem como, conhecem as suas preferências, rotinas diárias e histórias de vida, onde podemos observar a existência de um conhecimento total da pessoa como da sua identidade (Mitchell & Agnelli, 2015). Compõe um investimento de como a ERPI encara a PcD como uma pessoa com necessidades únicas e próprias, o facto de a ERPI possuir um plano de cuidados individualizado (Brooker, 2006 cit por Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018). A prestação de cuidados é feita pelo mesmo funcionário ou dupla de profissionais, o que contribui para um cuidado personalizado segundo Manthorpe e Samsi (2016), como na estimulação social e relacional de acordo com Brownie e Nancarrow (2013). A prestação de cuidados é beneficiada pelo facto dos profissionais saberem lidar com as necessidades das PcD e, de

acordo com a DT, por não adotarem uma relação comunicacional ancorada na infantilização com as pessoas. Ainda assim, a prestação de cuidados é mais centrada na tarefa e não tanto na interação, pelo facto da equipa ter um tempo limitado para a executar, segundo os AAD 1,2,3,5 e 7. No entanto, a PcD é estimulada a realizar ações sozinha como vestir-se, ou seja, incentivada para o autocuidado.

Segundo Burshnic e Bourgeois (2017), tanto a autonomia como as opções das pessoas não são tidas em conta, na medida em que raramente a pessoa propõe a integração em ERPI, acabando por esta função ser encarregue à família, com frequência, de acordo com a DT. No entanto, um dado positivo recai na possibilidade da pessoa poder levar mobiliário e fazer-se acompanhar de um animal de estimação, o que constitui no atendimento individualizado e no respeito das PcD como pessoas com necessidades únicas, bem como no atendimento às preferências pessoais, através da negociação e facilitação (Mitchell & Agnelli, 2015). A DT indica-nos que é feita uma avaliação inicial do utente, padronizada e escrita, quer pela mesma, como por Enfermeiro, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. São criados, segundo Brooker (2006 cit por Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018), mecanismos de melhoria da qualidade por existir avaliação de qualidade de serviços e bem-estar das PcD, através da escala de depressão geriátrica e QOL (escala de qualidade de vida familiar).

Podemos também constatar que, a ocupação é respeitada pela existência de um plano de atividades individualizado para cada PcD, onde as pessoas com demência têm possibilidade de selecionar as atividades e realizá-las diariamente, tendo em conta os seus gostos e preferências, sendo ainda incluídas em atividades com pessoas sem quadro demencial:

“reminiscência, estimulação sensorial, reabilitação cognitiva, treino de atividades de vida diária, atividades lúdicas, orientação para a realidade, *snoezelen*, relaxamento, treino escrito e cálculo, treino de memória” (DT);

“jogos de memória, bingo, atividades religiosas” (Téc. Sup);

“ida ao *snoezelen* e estimulação cognitiva” (Téc. Sup).

Isto espelha o respeito pela maximização e reconhecimento da identidade pessoal e inclusão (Kitwood, 1997). São também providenciados suportes de comunicação apropriados que, permitam a pessoa tomar decisões e facilitar a relação (Burshnic e

Bourgeois, 2017). É celebrado o aniversário da PcD. No entanto, as PcD não são envolvidas no processo de construção de ementa das refeições, nem incluídas em algum tipo de atividade de culinária, pelo facto de estarem expostas a utensílios cortantes e perigosos, bem como são as AAD que, normalmente, decidem o que a PcD vai vestir. Concluímos referindo que as PcD têm oportunidade de sair da ERPI B com os seus familiares e amigos, o que lhes permite maximizar a capacidade de se sentirem conectadas e aceites no seu ambiente, nutrindo assim relacionamento (Burshnic e Bourgeois, 2017).

3.2.3. ERPI C

Na tabela 10 estão resumidos os pontos fortes e as fraquezas da ERPI C, resultantes de uma análise em particular.

A ERPI C detém 60 residentes, número inferior ao quantitativo máximo por cada ERPI (120 residentes). De acordo com Kogan, Wilber e Mosqueda (2016), ao não ser especializada em prestação de cuidados (em demência), e tendo 28,3% dos residentes com quadro demencial, pode comprometer a sua prestação de cuidados junto dos residentes. Constatase que o horário de visita é bastante limitado (14h00-17h30). No entanto, durante os meses de verão por ser uma zona de emigrantes não há restrições nos horários, desde que não perturbem os funcionários da instituição.

A ERPI obtém os requisitos apresentados no decreto-lei 67/2012, ao possuir quartos de tipologia individual, dupla e tripla. Nenhuma PcD tem acesso a quarto individual, mas 6 partilham quarto com outros utentes sem quadro demencial, o que de acordo com Kitwood (1997), corresponde a uma tentativa de inclusão da pessoa. Verificamos, segundo a DT que os quartos e casas de banho estão identificados com desenhos e nomes. As PcD também podem levar consigo mobiliário de casa para colocar nos quartos, indicando, desta forma, que quer a identidade e conforto dos utentes (Kitwood, 1997), quer um ambiente seguro segundo Brownie e Nancarrow (2013) estão a ser tidos em consideração.

Um aspeto que respeita a identidade da pessoa segundo Kitwood (1997) e atende às preferências pessoais, culturais, espirituais e religiosas é o facto de a ERPI possuir um espaço

de culto espiritual/religioso, como um espaço ao ar livre que as pessoas possam frequentar espelha o esforço por parte da ERPI em respeitar as preferências culturais e religiosas das pessoas, mas essencialmente a sua identidade segundo Kitwood (1997).

Tabela 10 - Análise Micro ERPI C - Pontos fortes e pontos fracos de acordo com a abordagem centrada na PcD

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ul style="list-style-type: none"> • Seis PcD partilham quarto com outros utentes sem quadro demencial ou dependência física • Os quartos e casas de banho estão identificados com desenhos e nomes das pessoas • As PcD podem personalizar o quarto e levar consigo mobiliário • Há um espaço de culto espiritual/religioso e um espaço ao ar livre onde as pessoas podem circular²⁷ • São realizadas ações de coesão de equipa e é dado <i>feedback</i> das funções desempenhadas aos profissionais • A ERPI é responsável por proporcionar algum tipo de formação aos profissionais. • Todos os profissionais sabem os nomes de todas as pessoas com demência e a maioria conhece as suas preferências, rotinas diárias e histórias de vida²⁸ • Existe um plano de cuidados individualizado • A grande maioria dos profissionais sente-se capaz de lidar com as reais necessidades e não infantilizam as PcD • A prestação de cuidados é centrada na interação e não na tarefa • A pessoa é estimulada a colaborar nas AVD, a realizar ações sozinha, como vestir-se • Existe uma avaliação inicial padronizada, avaliações mensais e é avaliada a qualidade de serviços e bem-estar das PcD • Existe um plano de atividades individualizado para cada PcD e estas têm possibilidade de selecionar as atividades²⁹ • As atividades selecionadas e realizadas são pensadas de acordo com os gostos das PcD, realizando as atividades com residentes sem quadro demencial <ul style="list-style-type: none"> • As PcD têm oportunidade de sair da ERPI com os seus familiares e amigos • É celebrado o aniversário da PcD 	<ul style="list-style-type: none"> • A ERPI não é especializada em prestação de cuidados • O Horário de visita é bastante limitado, só flexível no verão • Nenhum dos utentes com demência tem acesso a quarto individual • A prestação de cuidados não é feita pelo mesmo funcionário ou dupla de profissionais³⁰ • A ERPI não apresenta o rácio staff-cliente suficiente • Mais de metade dos profissionais não possui formação na área da demência • A PcD nunca propõe a integração em ERPI, acabando por esta função ser encarregue sempre à família • A PcD não pode levar um animal de estimação • Os funcionários da cozinha não são responsáveis pela ementa e não sabem se a ementa tem em conta os gostos das PcD

De acordo com a Portaria nº 67/2012, a ERPI não apresenta o rácio suficiente entre staff-cliente, tendo em conta os seus 60 residentes (tabela 11). Deveria ter um enfermeiro por cada vinte residentes e um AAD por cada cinco, não indo ao encontro de um rácio

²⁷ Mas 3 AAD referem que as PcD não são incentivadas ou encaminhadas para o local de culto

²⁸ Apenas dois funcionários (AAD) responderam que não ao segundo ponto

²⁹ Mas 1 técn.sup. dizem que não colabora no plano

³⁰ Apenas 3 funcionários disseram que sim (AAD). Todos referem que quando os cuidados são prestados por pessoas diferentes a transição é suave e cuidadosa

equilibrado segundo Kitwood (1997), ficando assim penalizadas a promoção de um cuidado personalizado e a construção de relações únicas e carinhosas segundo Manthorpe e Samsi (2016), e Fazio, Pace, Flinner e Kallmyer (2018), respetivamente.

Tabela 11 - Recursos Humanos ERPI C

Função	Número de Funcionários
DT	1
Fisioterapeuta	1 (a tempo parcial)
Enfermeiro(a)	1
Animador(a) Sociocultural	1
Cozinheiros	4
Auxiliar de Serviços Gerais	7
Escriturária	1
Médico	1 (a tempo parcial)
AAD	13 Turno da manhã: 4 Turno da tarde/noite: 5

Mais de metade dos profissionais não possui formação na área da demência, o que compromete a intervenção com PcD (Brownie e Nancarrow, 2013). Para além de serem realizadas ações de coesão de equipa, a ERPI é responsável por proporcionar algum tipo de formação aos profissionais, representando empenho no *empowerment* da equipa de profissionais de acordo com Brownie e Nancarrow (2013), nomeadamente em:

“cuidados em demência e envelhecimento ativo/positivo” (DT e Técn.Sup);
 “avd, cuidados do idoso” (AAD9).

A ERPI também concede *feedback* das funções dos seus funcionários.

Destacamos que todos os funcionários sabem os nomes de todas as PcD e a grande parte conhece as suas preferências, rotinas diárias e histórias de vida, traduzindo um conhecimento da pessoa e a maximização da identidade (Mitchell & Agnelli, 2015).

A existência de um plano de cuidados individualizado traduz a forma de como a ERPI observa a PcD como pessoa singular e com necessidades próprias de acordo com Brooker (2006 cit por Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018). Contudo, existe uma lacuna ao nível do cuidado personalizado e na estimulação na relação entre staff-cliente, pelo facto da prestação de cuidados não ser feita sempre que possível pelo mesmo funcionário ou dupla (Manthorpe & Samsi, 2016); (Brownie & Nancarrow, 2013). De acordo com a DT, o *staff*

sente-se capacitado para trabalhar com as PcD e não as infantilizam. Agem de maneira diferente com as mesmas e usam estratégias de comunicação para facilitação relacional.

Podemos ainda verificar que, de acordo com a equipa de AAD, a prestação de cuidados é centrada na interação e não na tarefa, por declararem que não têm um tempo determinado para realizar a prestação (AAD1, AAD2, AAD3, AAD4, AAD5, AAD6, AAD7, AAD8). Só a AAD9 partilhou que o tempo destinado para a prestação dependia da rotina da instituição. A pessoa é incentivada a realizar tarefas sozinha como vestir-se. Verificamos assim, que estas ações espelham o respeito pelo indivíduo, a proximidade entre staff e cliente, o autocuidado e o fornecimento de apoio e assistência adequados de acordo com Brooker (2006 cit por Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018).

Tendo em conta a DT, a decisão de integração em ERPI fica sempre encarregue à família em detrimento da PcD. O que, segundo Burshnic e Bourgeois (2017), representa a amputação da autonomia e da escolha da PcD, bem como, a PcD está impedida de levar consigo um animal de estimação. Por outro lado, são criados, segundo Brooker (2006 cit por Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018), mecanismos de melhoria da qualidade, pelo facto de existir uma avaliação de qualidade de serviços e bem-estar das PcD, bem como realizada uma avaliação inicial do utente padronizada e escrita pelo DT e Enfermeiro e (re) avaliações mensalmente e sempre que necessário.

Acrescentamos que a ERPI conta com um plano de ocupação por existir um plano de atividades individualizado, onde a PcD pode selecionar as atividades tendo em conta as suas preferências e realizá-las com pessoas sem demência. Neste sentido, evidenciamos as seguintes realizadas diariamente:

“jogos e musicas” (DT);

“puzzle, cantar, movimentos com o corpo, ler ou mesmo escrever” (Téc. Sup);

“estimulação cognitiva, simulação de AVD” (Téc. Sup).

As PcD têm oportunidade de sair da ERPI com os seus familiares e amigos, o que lhes permite maximizar a capacidade de se sentirem conectadas e aceites no seu ambiente, nutrindo assim relacionamento (Burshnic & Bourgeois, 2017). Também é celebrado o aniversário da PcD, bem como, geralmente, a PcD e o AAD escolhem a roupa a utilizar pela PcD.

Adiantamos ainda que, em termos menos positivos, as PcD não participam em nenhuma tarefa relacionada com a cozinha.

3.2.4. ERPI D

Na tabela 12 encontram-se resumidos os resultados da análise micro à ERPI D, identificando-se os pontos fortes e os pontos fracos.

Tabela 12 - Análise Micro ERPI D - Pontos fortes e pontos fracos de acordo com a abordagem centrada na PcD

PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
<ul style="list-style-type: none"> • Os quartos e casas de banho estão identificados com placas com diferentes cores e com fotografia de cada utente • ERPI possui um espaço de culto espiritual/religioso como um espaço ao ar livre onde as pessoas possam circular e frequentar³¹ • São realizadas ações de coesão de equipa • A ERPI é responsável por proporcionar formação aos profissionais (saúde na pessoa idosa, violência no idoso, gestão, técnicas de estimulação) • É dado <i>feedback</i> das funções que a equipa desempenha³² • Todos os profissionais sabem os nomes de todas as PcD e a maioria conhece as suas preferências, rotinas diárias e histórias de vida³³ • Existe um plano de cuidados individualizado • Os profissionais sentem-se capacitados para lidar com as reais necessidades das PcD³⁴ e não infantilizam as pessoas • A prestação de cuidados, maioritariamente é centrada na interação e não na tarefa³⁵ • A PcD é estimulada a participar nas AVD e realizar ações sozinha como vestir-se³⁶ • Existe um plano de atividades individualizado para cada PcD³⁷, estas têm a possibilidade de selecionar as 	<ul style="list-style-type: none"> • A ERPI não é especializada em prestação de cuidados • Horário de visita é reduzido • Nenhuma PcD tem acesso a quarto individual • Nenhuma PcD partilha quarto com utentes sem quadro demencial ou sem dependência física • As PcD não podem personalizar o quarto levando consigo mobiliário • Não é permitido fazer-se acompanhar de um animal de estimação • A prestação de cuidados não é feita pelo mesmo funcionário ou dupla de profissionais³⁸ • Não apresenta o rácio staff-cliente suficiente • A maioria dos profissionais não possui formação na área da demência (apenas 2 possuem) • PcD raramente propõe a integração em ERPI, acabando por esta função ser encarregue, frequentemente, à família

³¹ Mas 3 AAD referem que as PcD não são incentivadas nem encaminhadas para o local de culto e apenas 4 AAD ajudam as PcD a circular pelo exterior

³² 1 AAD diz que não

³³ 1 AAD refere que não conhece

³⁴ Apenas 1 técn.sup. diz que não

³⁵ Embora 2 AAD refiram que têm um tempo estimado para executar a tarefa

³⁶ Mas 1 técn.sup. e 4 AAD dizem que não

³⁷ Embora 1 técn.sup diga que não colabora no plano

³⁸ Embora 3 AAD digam que sim

<p>atividades e realizam atividades com residentes sem quadro demencial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe uma avaliação inicial padronizada e avaliações anuais • As PcD têm oportunidade de sair da ERPI com os seus familiares e amigos • É celebrado o aniversário da PcD 	<ul style="list-style-type: none"> • Não é avaliada a qualidade de serviços e bem-estar das PcD • Os funcionários de cozinha não são responsáveis pela ementa das refeições e não sabem se as PcD gostam das refeições
---	--

A ERPI possui 41 residentes cujo 17,7% dos residentes comporta quadro demencial. Acrescentamos que esta ERPI não tem qualquer tipo de especialização em prestação de cuidados (em demência), o que, segundo Kogan, Wilber e Mosqueda (2016) representa um défice numa intervenção individualizada. Outro indicador que nos parece limitador prende-se com o parco horário de visita (13h30-18h30) que pode dificultar a presença de familiares e amigos da PcD, afetando assim o vínculo afetivo (Kitwood, 1997).

De acordo com o enquadramento dos quartos, verificamos que respondem aos requisitos legais. No entanto, nenhuma PcD tem acesso a quarto de tipologia individual, e nenhuma partilha quarto com outros utentes sem quadro demencial o que, podendo afetar a privacidade e inclusão da pessoa segundo Kitwood (1997). A DT afirma que os quartos e casas de banho estão identificados com placas com diferentes cores e com fotografia de cada utente, tendo em conta os défices cognitivos que apresentam. Contudo, a ERPI não permite que a PcD traga de casa mobiliário para colocar nos quartos, o que representa uma medida que menospreza a identidade e conforto da pessoa, bem como um ambiente seguro de acordo com Kitwood (1997) e Brownie & Nancarrow (2013), respetivamente.

A ERPI detém um espaço de culto espiritual/religioso e um espaço ao ar livre onde as PcD podem andar livremente.

Importa salientar que esta ERPI não apresenta o rácio staff-cliente suficiente para dar resposta aos 41 residentes, penalizando assim um cuidado individualizado (Manthorpe e Samsi, 2016), como também a construção de relações autênticas e carinhosas de acordo com Fazio, Pace, Flinner e Kallmyer (2018).

Tabela 13 - Recursos Humanos ERPI D

Função	Número de Funcionários	
DT	1	
Animador(a) Sociocultural	1	
Encarregado de Serviços Gerais	1	
Enfermeiro(a)	1	
Auxiliar de Serviços Gerais	3	
Cozinheiros	3	
Fisioterapeuta	1 (a tempo parcial)	
Médico	1 (a tempo parcial)	
AAD	10	Turno da manhã: 3 Turno da tarde/ noite: 2

A maioria dos profissionais não possui formação na área da demência. No entanto, a ERPI, para além de realizar ações de coesão de equipa e dar *feedback* das funções aos seus funcionários, concede-lhes formação noutras temáticas, sendo medidas que revelam esforço no *empowerment* e literacia da equipa (Brownie & Nancarrow, 2013):

“saúde na pessoa idosa; violência no idoso; gestão (só direcionado para a DT), formação de técnicas de estimulação (para a animadora sociocultural)” (DT);

“relações interpessoais” (Téc. Sup);

“violência no idoso” (Téc. Sup);

“relações interpessoais e cuidados em demência” (AAD6).

Verifica-se que todos os profissionais sabem os nomes de todas as PcD, e a maioria conhece as suas preferências, rotinas diárias e histórias de vida. Podemos constatar também, que a ERPI tem a PcD como alguém que carece de necessidades exclusivas ao possuir um plano de cuidados individualizado (Brooker, 2006 cit por Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018). Contudo, a prestação de cuidados não é feita pelo mesmo funcionário ou dupla de profissionais, o que se consubstancia num défice de cuidado personalizado segundo Manthorpe e Samsi (2016), como também numa lacuna na estimulação relacional (Brownie e Nancarrow, 2013). Salientamos que os profissionais sentem-se capacitados para trabalhar com PcD, agindo de maneira diferente com as mesmas, não as infantilizam e complementam a sua informação com base na gesticulação.

Os profissionais revelam que a pessoa é estimulada para o autocuidado, bem como a prestação de cuidados é centrada maioritariamente na interação pelo facto da equipa partilhar que: “Posso demorar o tempo que precisar” na execução da mesma (AAD1, AAD2,

AAD3, AAD6). Neste sentido, observamos que o indivíduo é respeitado, é-lhe fornecido apoio e assistência adequados, é criado um ambiente confortável e seguro (Brooker, 2006 cit por Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018).

Verificamos que a PcD não é respeitada no momento da integração em ERPI, pelo facto de propor a sua institucionalização raramente, onde, frequentemente, a decisão cabe à família, segundo a DT. A PcD também fica impedida de levar consigo animal de estimação, caso possuir. Apesar de ser elaborada uma avaliação inicial do utente padronizada e escrita (pelo DT e Encarregado de Serviços Gerais), bem como avaliações anualmente da PcD, segundo Brooker (2006) não são criados mecanismos de melhoria da qualidade por não existir avaliação de qualidade de serviços e bem-estar das PcD.

A ERPI detém um plano de atividades individualizado para cada PcD, onde estas podem selecionar as atividades que lhes agradam, após previamente escolhidas e apresentadas pela equipa. As atividades de ocupação são realizadas semanalmente e são integradas nas atividades com pessoas sem demência:

“reminiscência, estimulação sensorial, reabilitação cognitiva, treino de atividades de vida diária, atividades lúdicas” (DT);

“estimulação sensorial, reabilitação cognitiva, treino de AVD, atividades lúdicas” (Téc. Sup);

Contudo, não são envolvidas no processo de construção de ementa das refeições, nem incluídas em algum tipo de atividade de culinária. Quem escolhe a roupa que a PcD veste é sempre as AAD, o que não aprova, segundo Manthorpe e Samsi (2016), o reconhecimento e validação das opções da PcD. Por outro lado, é celebrado o aniversário da PcD. Adiantamos, ainda que as PcD têm oportunidade de sair da ERPI com os seus familiares e amigos, maximizando a capacidade de se sentirem conectadas e aceites no seu ambiente, nutrindo assim relacionamento (Burshnic & Bourgeois, 2017).

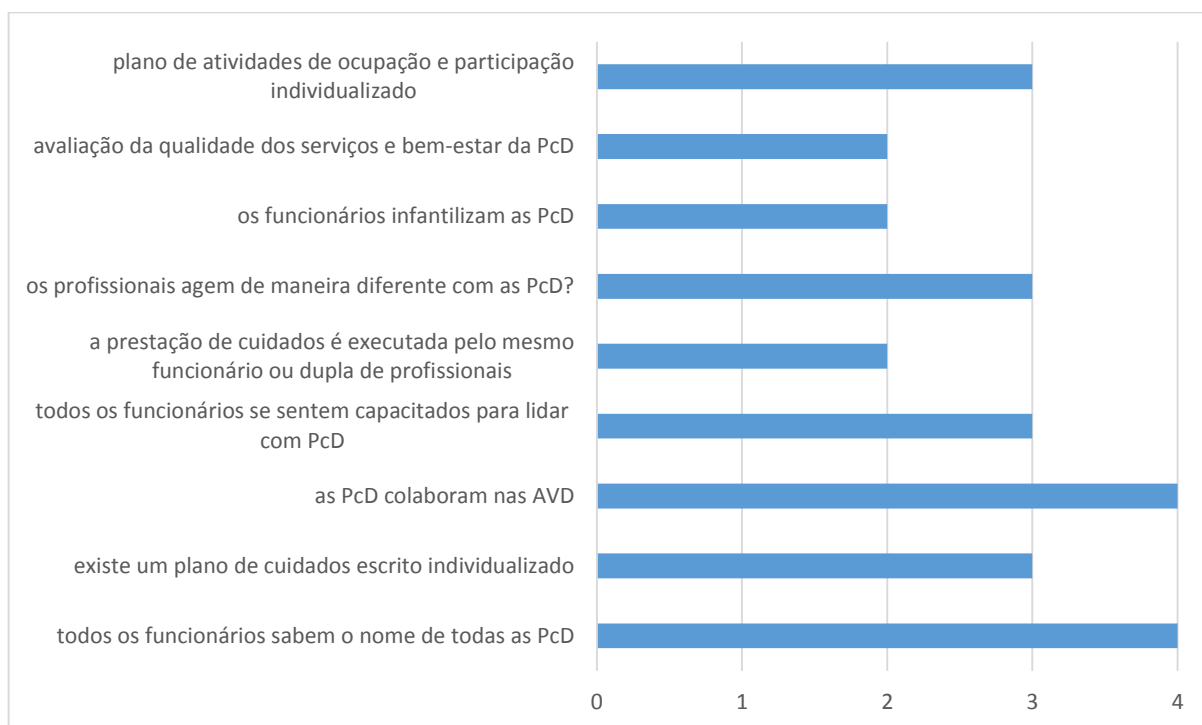
3.3. Análise MESO: Resultados por categoria/grupo profissional

3.3.1. Diretores Técnicos

Uma vez que existe apenas um DT em cada ERPI, foi possível inquirir 100% dos DT, cujas respostas são aqui refletidas enquanto grupo profissional. Na figura 3 podemos observar os indicadores de análise mais relevantes.

A análise da figura 3 permite-nos constatar que todos os DT consideram que os seus funcionários sabem o nome das PcD e conhecem as suas preferências, rotinas e histórias de vida. Conforme referimos na análise micro, tal não é verdade. Quer isto dizer que há não só uma discrepância entre as expectativas dos DT em relação aos seus funcionários e a realidade, como uma possível falta de informação.

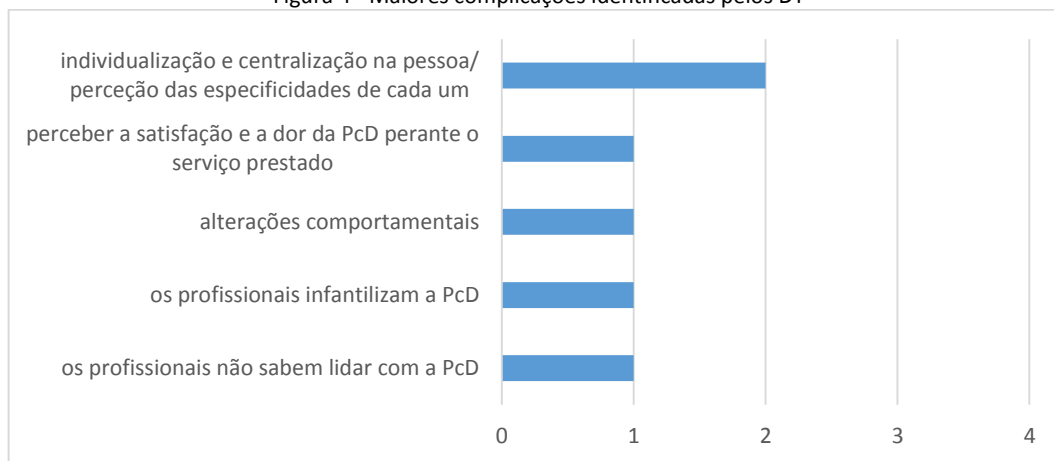
Figura 3 - Análise das respostas dos DT



Todos os DT consideram que as PcD colaboram na realização das AVD embora, tal como verificámos na análise micro, não seja uma opinião consensual entre todos os funcionários.

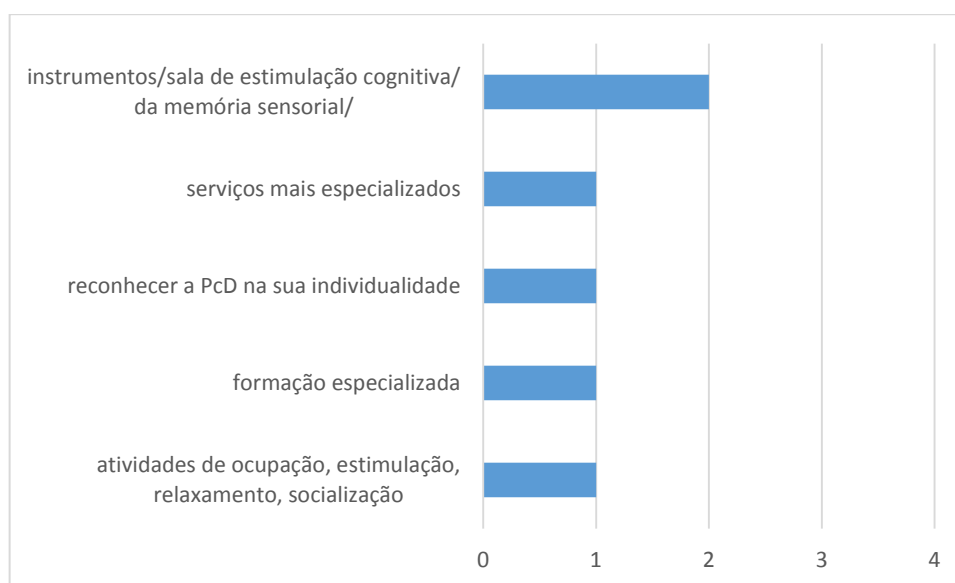
Quanto às maiores complicações, vemos na figura 4 que, na perspetiva dos DT, passam por comportamentos característicos de diferentes graus de doença, mas também da falta de preparação dos funcionários.

Figura 4 - Maiores complicações identificadas pelos DT



Por fim, ao analisarmos as sugestões (figura 5), verificamos que as direções técnicas das ERPI estudadas gostariam de melhorar os seus serviços quer a nível dos recursos disponibilizados à PcD, quer no investimento na capacidade e competências dos seus funcionários na observação da PcD como ser holístico e detentor da sua própria individualidade.

Figura 5 - Sugestões referidas pelos DT



3.3.2. Técnicos Superiores

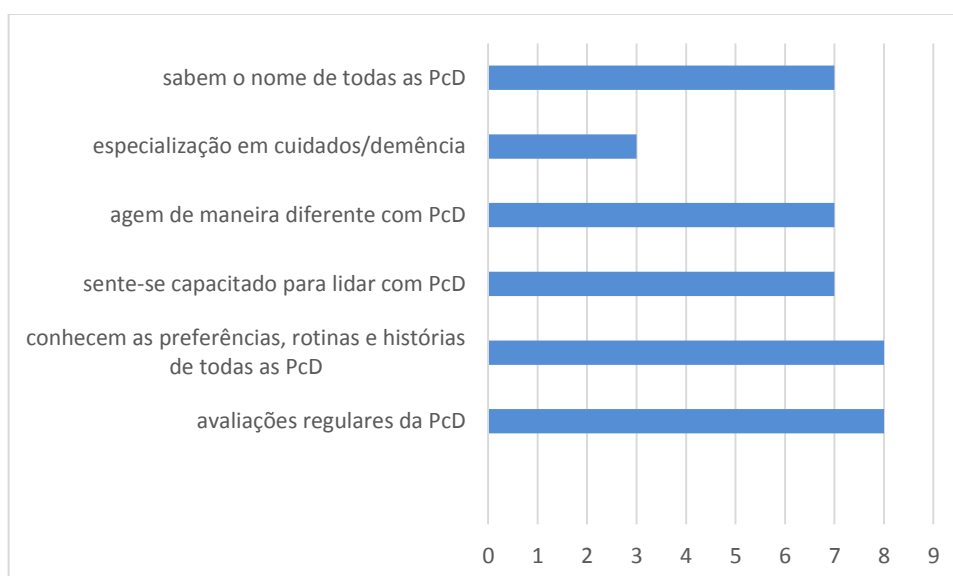
No conjunto das quatro ERPI somam-se 22 técnicos superiores, tendo-se inquirido 9 (41%) (tabela 14). Considera-se uma proporção generosa se tivermos em consideração que 13 dos 22 técnicos se encontram a tempo parcial, interessando-nos sobretudo os profissionais a tempo integral, de maior interesse para a análise da cultura organizacional.

Tabela 14 - Técnicos Superiores inquiridos

	Total Técnicos	Amostra
A	3	2 67%
B	9	2 22%
C	5	3 60%
D	5	2 40%
	Total: 22	9 41%

Na figura 6, estão representados os indicadores que mais se destacam no questionário aos técnicos superiores. A maioria dos técnicos não tem formação especializada em cuidados/ demência (apenas 3 possuem). Os restantes indicadores da figura 6 mostram resultados mais positivos e de acordo com a abordagem centrada na PcD, pela grande maioria realizar avaliações regulares, agir de maneira diferente perante uma PcD, saber o nome de todas as PcD, sentir-se capacitado para lidar com PcD, conhecer as suas preferências e saber o seu nome.

Figura 6 – Análise das respostas dos Técnicos Superiores



No que concerne à percepção face à demência, a maioria dos técnicos refere comprometimento de funcionalidade física/comportamental e cognitiva (figura 7), destacando como perda a memória e o raciocínio, maioritariamente (figura 8). Uma menor proporção faz referência a um conjunto de doenças que surgem de forma gradual/progressiva e que têm vários graus (figura 9).

Figura 7 - Percepção dos técnicos superiores face à demência

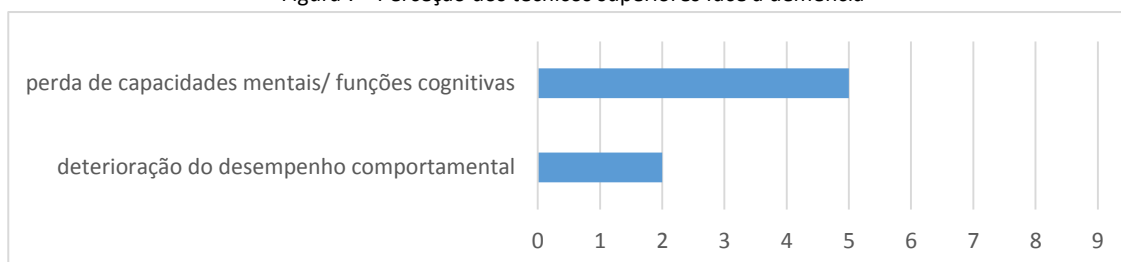


Figura 8 - Percepção dos técnicos superiores face às alterações/perdas relativas à demência

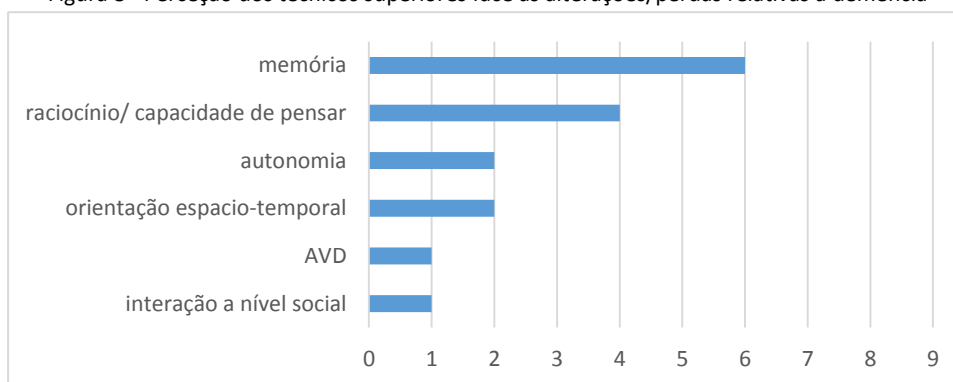
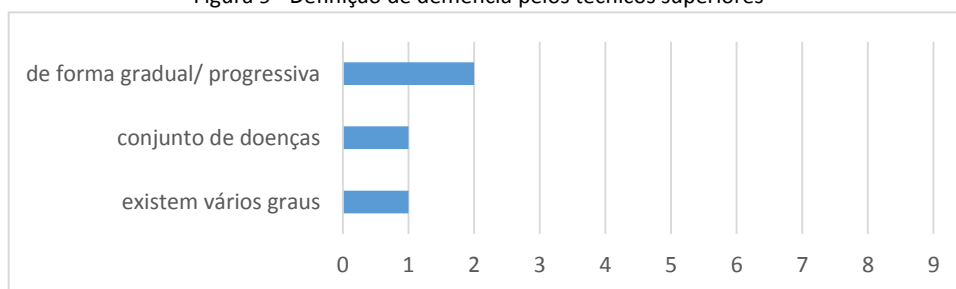
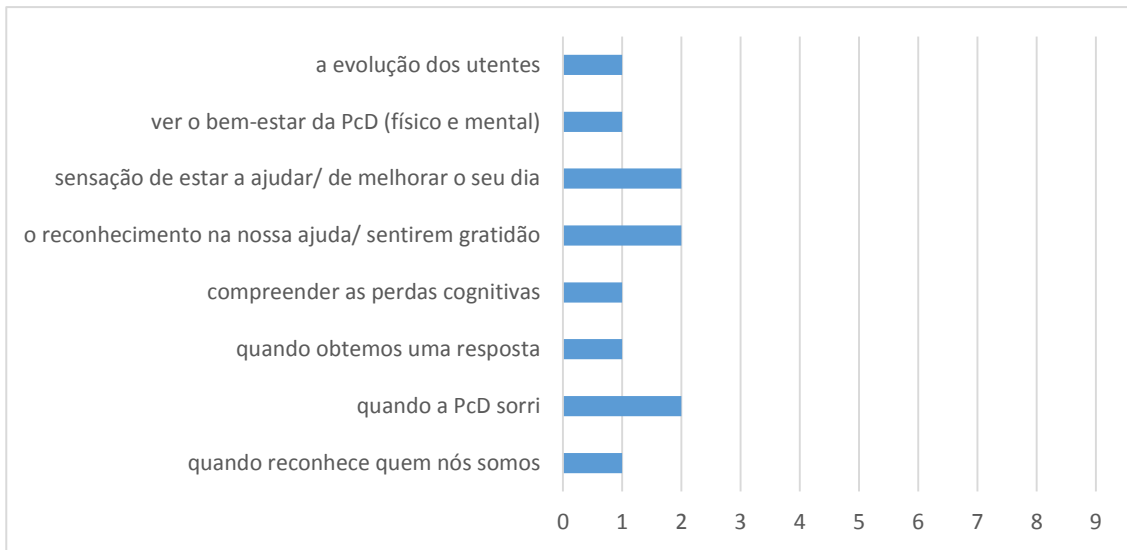


Figura 9 - Definição de demência pelos técnicos superiores



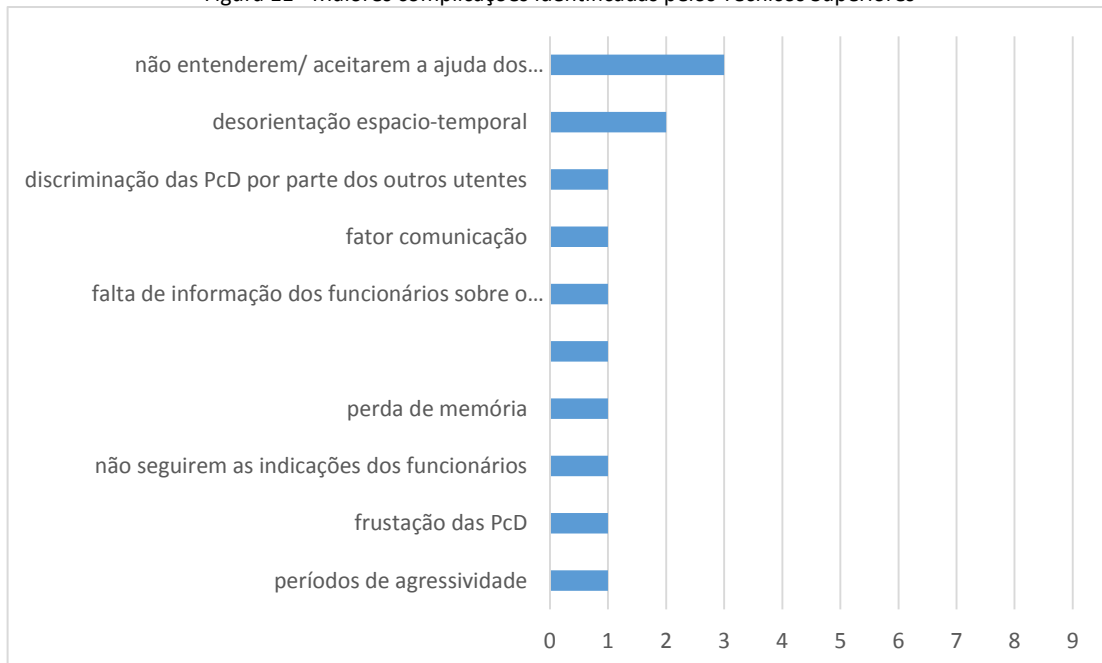
De acordo com o que os profissionais sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD (figura 10), verificamos que os técnicos destacam mais o impacto que o processo de ajuda acarreta, como serve de exemplo a gratidão e a satisfação ou expressão alegre da PcD.

Figura 10 - O que os técnicos superiores sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD

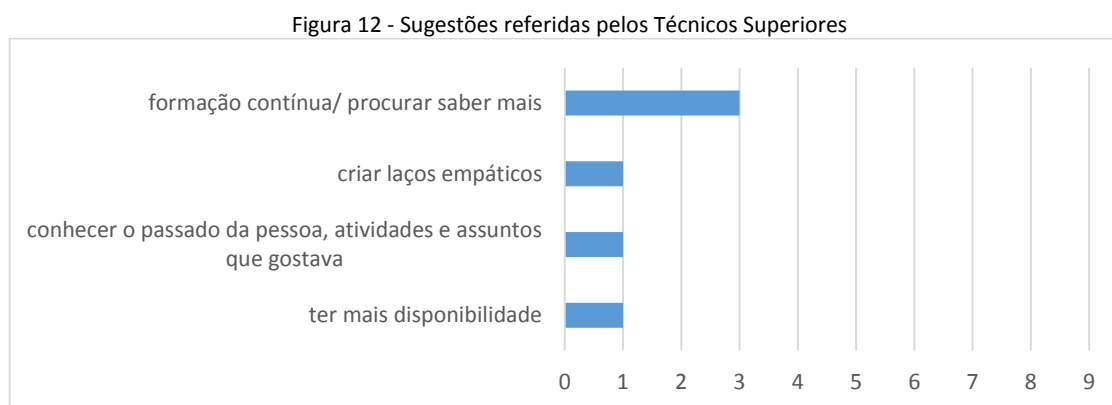


No que concerne às maiores complicações no cuidado da PcD (figura 11), verificamos que a prestação de cuidados poder-se-á tornar mais difícil por a PcD, maior parte das vezes não estar devidamente orientada como por não estar aberta ao processo de ajuda da equipa.

Figura 11 - Maiores complicações identificadas pelos Técnicos Superiores



De acordo com as sugestões deixadas pelos técnicos superiores para uma intervenção de qualidade (figura 12), apurámos referem maioritariamente a necessidade de se promover formação contínua e especializada na área do envelhecimento, por forma a capacitar as aptidões e competências dos funcionários das ERPI.³⁹



3.3.3. AAD

No conjunto das quatro ERPI, contam-se 94 Auxiliares de Ação Direta, tendo-se inquirido 27 (28,7%) (tabela 15). Entenda-se que a proporção não se apresenta a mais desejável. No entanto, importa frisar que, no momento da recolha dos questionários, o investigador enfrentou grandes dificuldades para obtê-los de volta dada a fraca adesão na colaboração da pesquisa por parte dos AAD das quatro organizações.

Tabela 15 – AAD inquiridos

	Total AAD	Amostra	
A	47	5	10,63%
B	24	7	29,16%
C	13	9	69,2%
D	10	6	60%
	Total: 94	27	28,7%

³⁹ 3 Técn.Sup. não justificaram a sua resposta.

Dos 27 AAD inquiridos, na figura 13 podemos observar os indicadores de análise mais relevantes. Constata-se, por exemplo, que ao contrário dos técn.sup (que não se sentiam capacitados para lidar com a PcD) a maioria dos AAD sente-se capacitado. Os AAD também agem de maneira diferente com a PcD:

“de maneira que atenda as suas atividades individuais, tendo um olhar holístico diante dos seus cuidados e necessidades” (AAD 2 da ERPI 1);

“com mais paciência e mais calma” (AAD5 da ERPI 3).

Sabem o nome da PcD, bem como verificam que as PcD colaboram com o funcionário nas AVD. Adianta-se, porém, que a maioria dos AAD não possui especialização em cuidados e, neste caso, em demência.

No que diz respeito à percepção face à demência (figura 14), os AAD referem, maioritariamente, a perda de incapacidades mentais/ funções cognitivas, seguidas da afetação da memória. Com menos expressão podemos observar quer o comprometimento da orientação espaço-temporal e a concretização das AVD. Importa admitir que 2 AAD não justificaram a sua resposta.

Figura 13 - Análise das respostas dos AAD

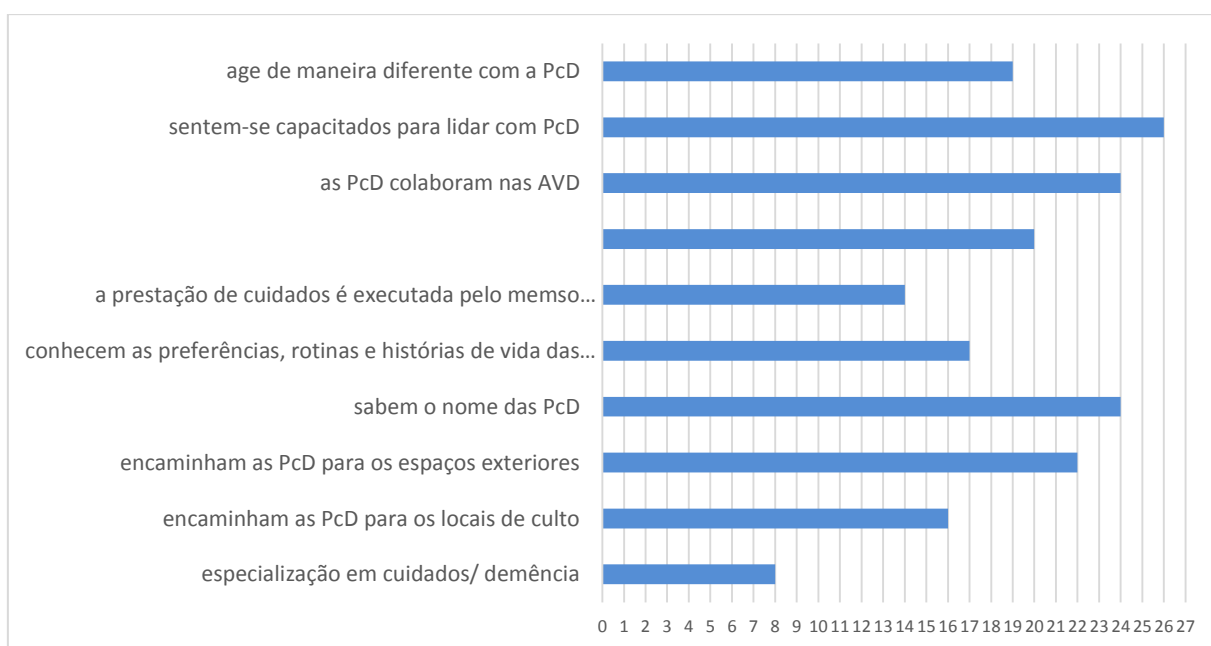
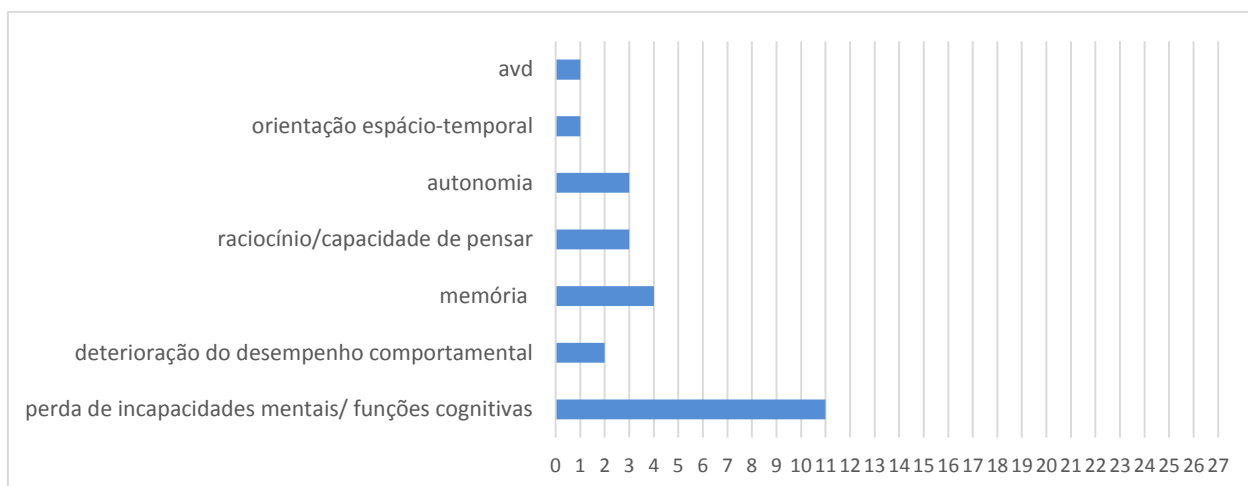
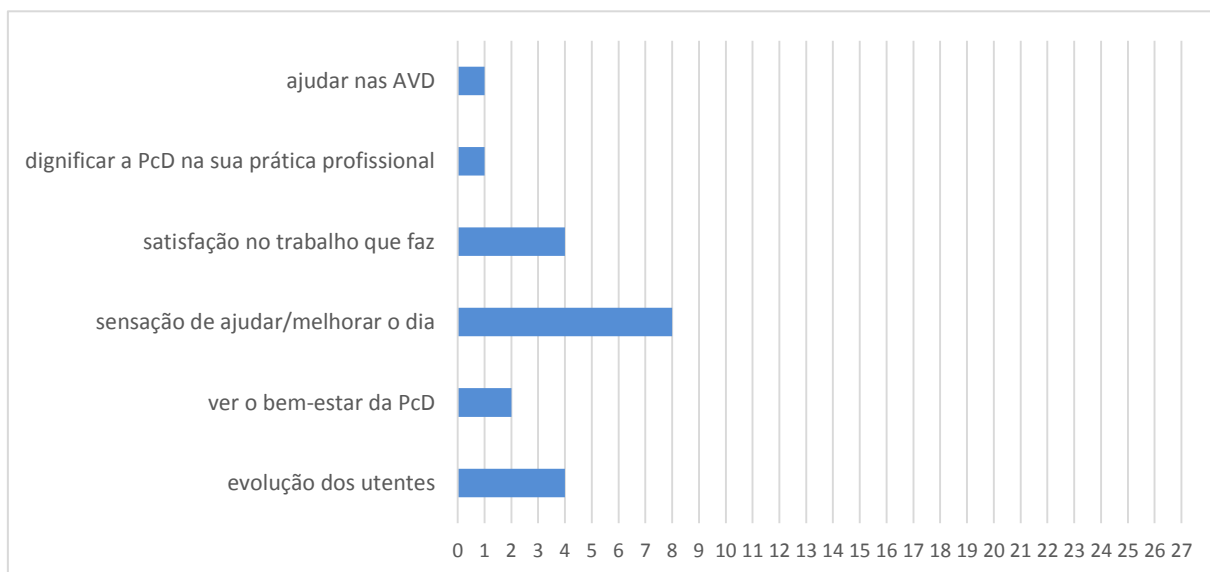


Figura 14 - Perceções dos AAD face à demência



De acordo com o que os profissionais sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD, os auxiliares indicam-nos que, maioritariamente, sentem que o processo de ajuda é potenciado e que podem contribuir para o melhoramento do dia da PcD, seguido pela satisfação do próprio trabalho e do reconhecimento da evolução da pessoa (figura 15).⁴⁰

Figura 15 - O que os AAD sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD



⁴⁰ 7 AAD não justificaram a sua resposta

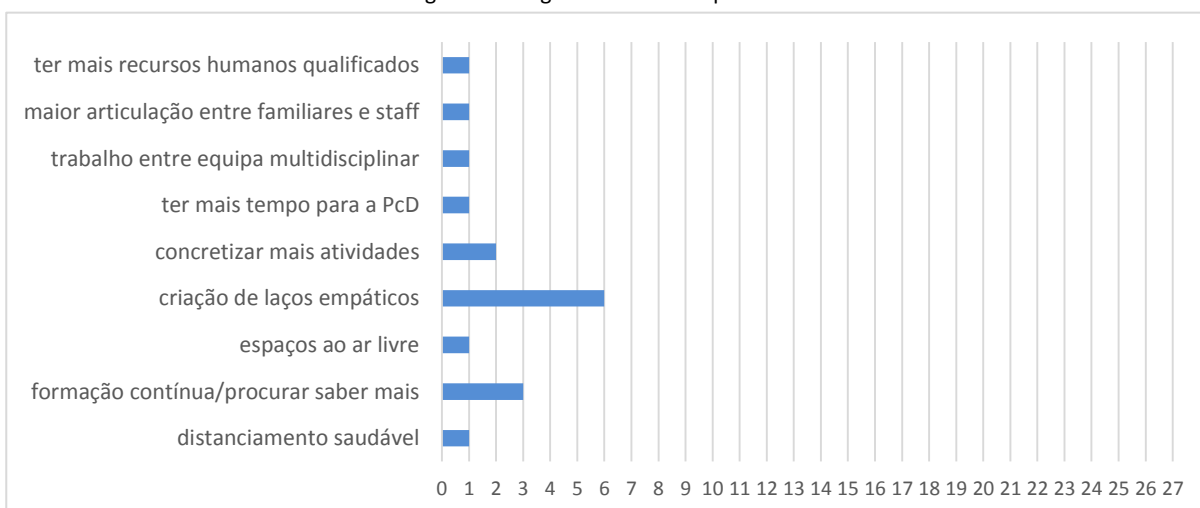
Apontam-nos também que as maiores complicações no cuidado da PcD passam essencialmente por não conseguirem estabelecer um diálogo coerente com a pessoa, pelo facto de não a entenderem, e por muitas vezes a PcD rejeitar ajuda e o auxílio da equipa. Adiantamos que 5 dos AAD não justificaram a sua resposta.

Figura 16 - Maiores complicações identificadas pelos AAD



E revelam que sugestões dariam para uma intervenção de qualidade (figura 17): a necessidade de se criarem maiores laços empáticos com a PcD, por forma a criar uma relação mais próxima e humanizada, seguido da promoção de formação contínua e especializada no processo *empowerment* da equipa (à semelhança da sugestão dos Técn.Sup.). Constatamos que 9 AAD não justificaram a sua resposta

Figura 17 - Sugestões referidas pelos AAD



3.3.4. Funcionários da Cozinha

No que concerne aos Funcionários da Cozinha, somam-se 17 no conjunto das quatro ERPI, tendo-se conseguido inquirir 13 (76,4%). O que se consubstancia numa proporção aceitável.

Tabela 16 - Fun.Cozinha inquiridos

	Total Fun.Cozinha	Amostra	
A	8	4	50%
B	2	2	100%
C	4	4	100%
D	3	3	100%
	Total: 17	13	76,4%

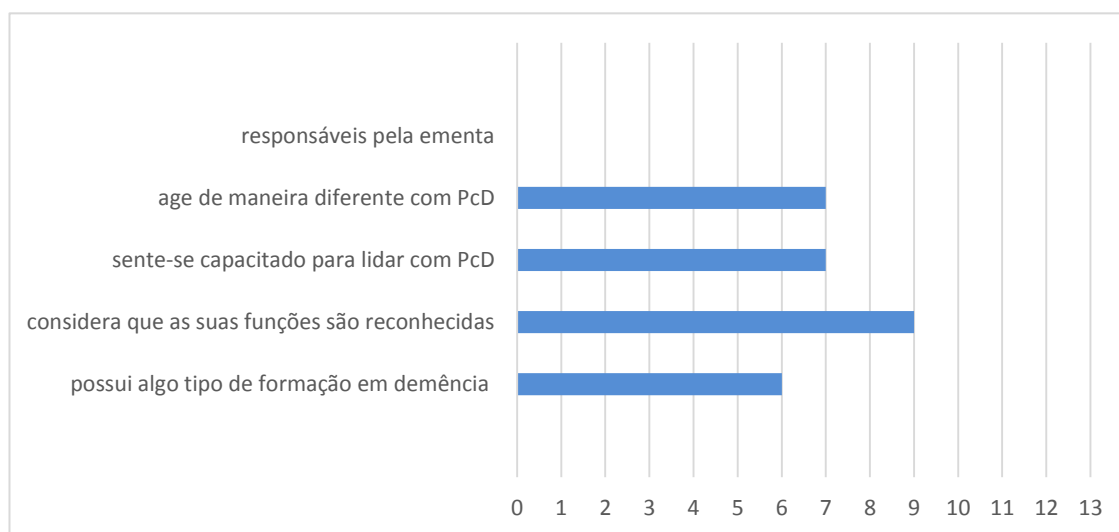
A figura 18 permite-nos constatar que maior parte dos Fun.Cozinha considera que as funções que desempenham são reconhecidas através “de opiniões positivas” (Fun.Cozinha1 da ERPI 4). Podemos admitir que menos de metade sente-se capacitado para lidar com PcD e age de maneira diferente com a mesma, de forma:

“mais atenta às necessidades dos mesmos. Falar carinhosamente e repetidamente” (Fun.Cozinha1 da ERPI 2);

“mais paciente, alocando mais tempo para a realização de tarefas” (Fun.Cozinha1 da ERPI 3).

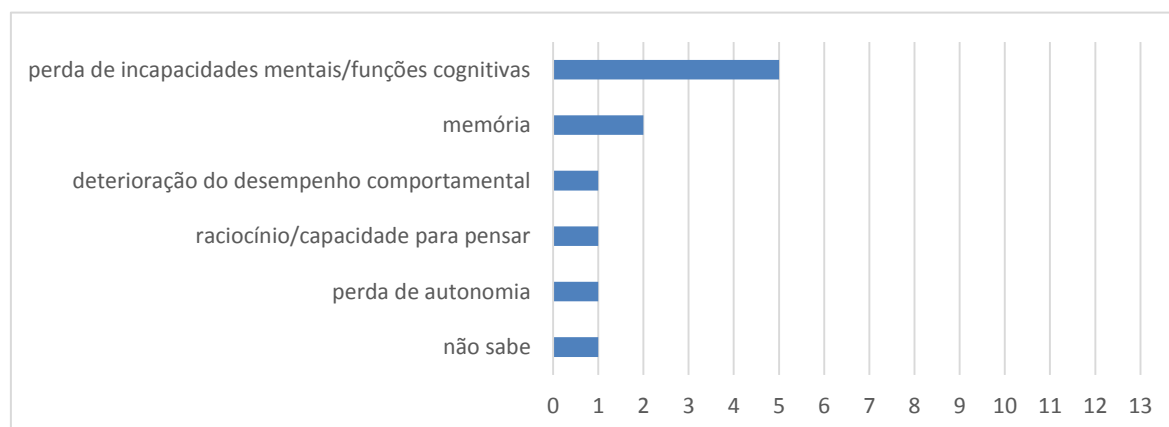
Verifica-se também que, a maior parte não possui formação em demência e que nenhum Fun.Cozinha é responsável pela construção da ementa da ERPI.

Figura 18 - Análise das respostas dos Fun.Cozinha



No que diz respeito à percepção face à demência, as respostas sintetizadas na figura 19 levam-nos a considerar que os Fun.Cozinha referem maioritariamente, à semelhança dos AAD, a perda de incapacidades mentais/ funções cognitivas, seguidas da afetação da memória. Com menor expressão salientamos o comprometimento do desempenho comportamental, da autonomia e raciocínio.

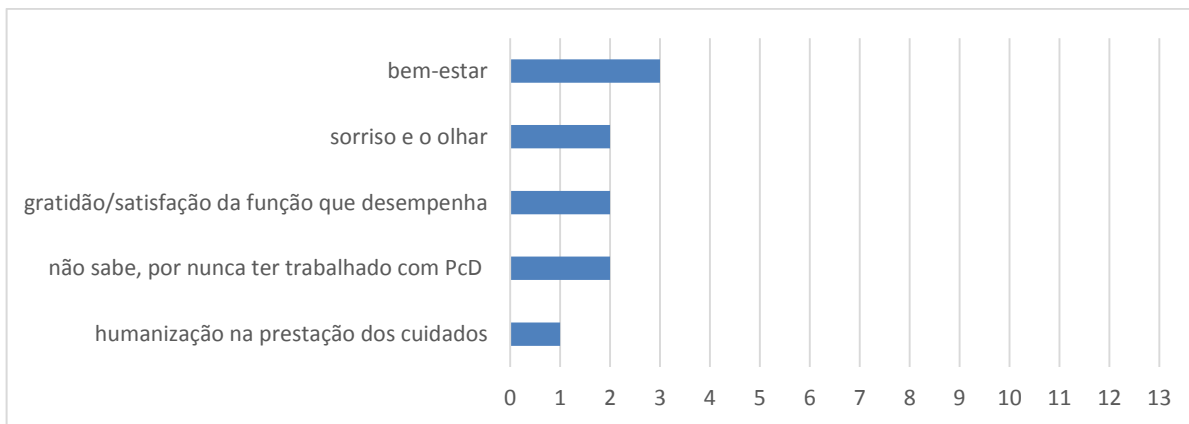
Figura 19 - Percepções dos Fun.Cozinha face à demência



De acordo com o que os profissionais da cozinha sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD, salientamos com maior expressão o bem-estar da pessoa, seguido da satisfação da função que desempenha, bem como na contemplação do sorriso e

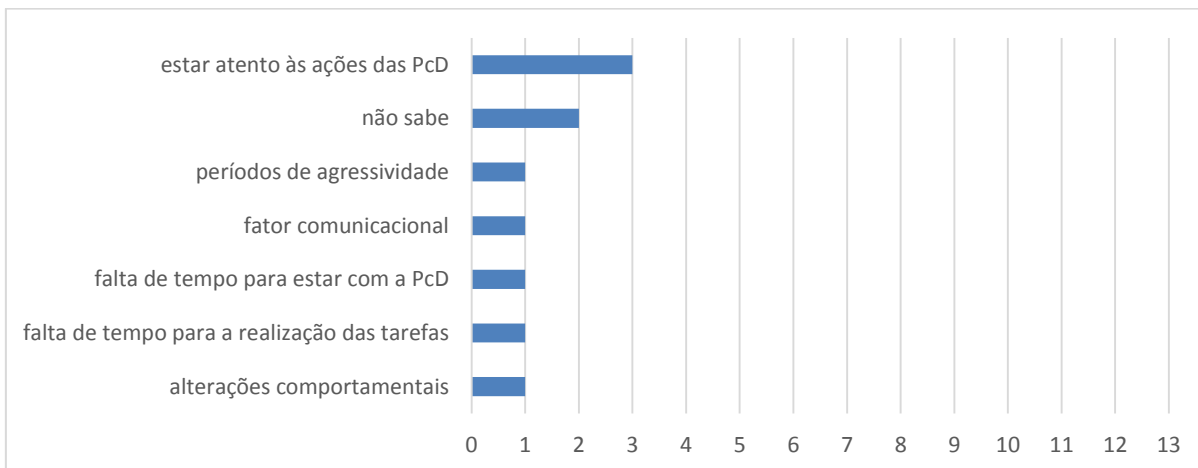
o olhar da PcD que manifestamente despoleta um impacto positivo nos Fun.Cozinha (figura 20).⁴¹

Figura 20 - O que os Fun.Cozinha sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD



Também de acordo com os Fun.Cozinha, as maiores complicações no cuidado da PcD passam essencialmente pela dificuldade de estarem atentos a todas as movimentações as pessoas, na medida em que podem perder ou agarrar em algo que não lhes pertence (figura 21).⁴²

Figura 21 - Maiores complicações identificadas pelos Fun.Cozinha



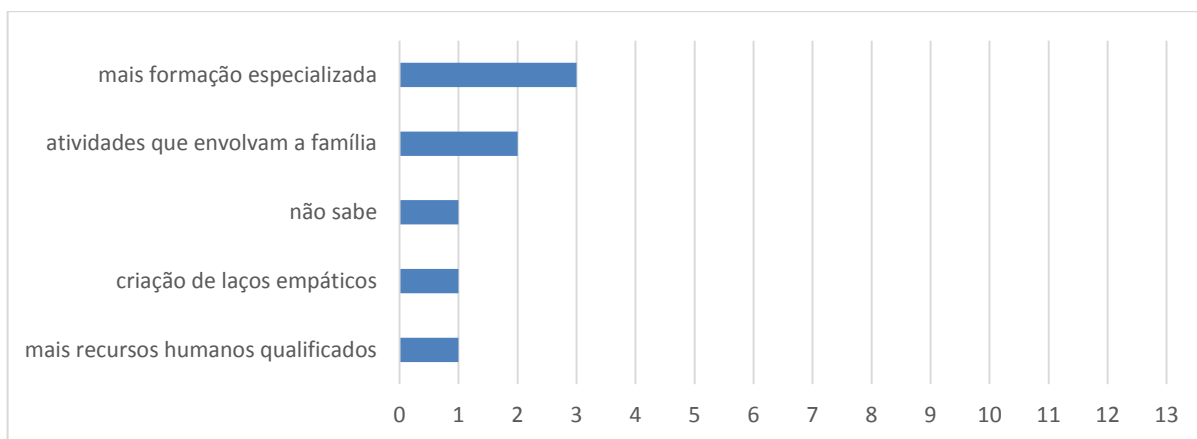
Os Fun.Cozinha ainda revelam as sugestões dariam para uma intervenção de qualidade como um maior investimento na formação especializada (à semelhança dos Técn.Sup.) e atividades que envolvessem os suportes informais como a família,

⁴¹ 3 Fun.Cozinha não justificaram a sua resposta

⁴² 3Fun.Cozinha não justificaram a sua resposta

maioritariamente. Com menos expressão salientam a criação de laços empáticos e um reforço de profissionais qualificados no seio da equipa (figura 22).⁴³

Figura 22 - Sugestões referidas pelos Fun.Cozinha



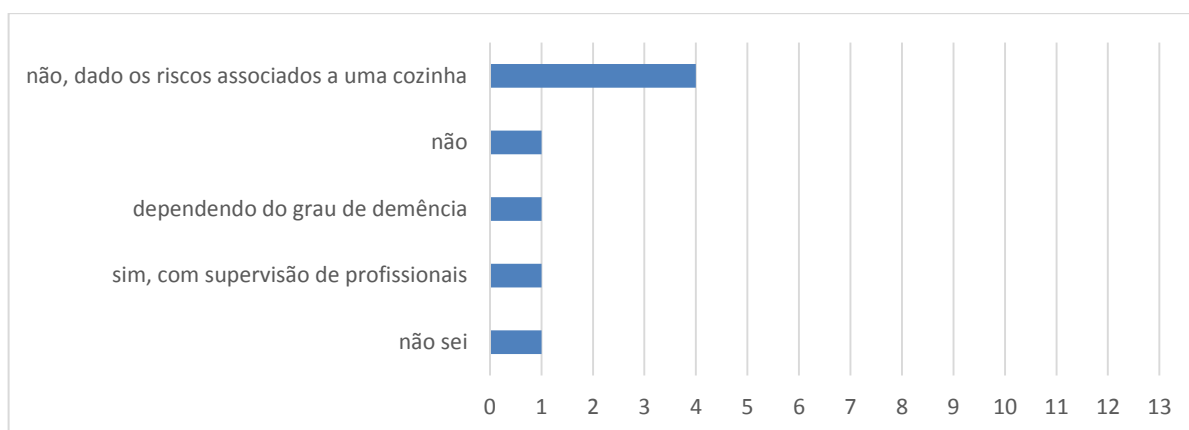
Por fim, e tendo em conta que a abordagem centrada na demência atende às capacidades da PcD em detrimento da sua patologia, bem como reforça a forma de como olhamos o indivíduo na sua componente biopsiocossocial, torna-se pertinente discutirmos o indicador que se prende ao facto de como o trabalho da cozinha deveria envolver as PcD na ERPI onde estão inseridas. Deve-se admitir que o investigador, ao logo da sua pesquisa, não encontrou nenhum suporte bibliográfico que valide ou cimente o indicador supramencionado. Contudo, na tentativa de aprofundar os seus conhecimentos na abordagem centrada na pessoa com demência, assistiu a um documentário intitulado “Revolutionizing Dementia Care” (seleção oficial do Virginia Film Festival 2018) que lhe mostrou a forma de como várias Respostas Sociais na área do envelhecimento e demência unem sinergias para a aplicação da abordagem estudada, como serve de exemplo a A.G. Rhodes Health & Rehab - Atlanta, Georgia; Jill’s House - Bloomington, Indiana; Larmax Homes - McLean, Virginia; English Rose Suites - Edina, Minnesota; Hearthstone - Marlborough, Massachusetts; Silverado Sierra Vista - Azusa, California; Westminster-Canterbury on Chesapeake Bay - Virginia Beach, Virginia; Claremont Manor - Claremont, California. Uma das atividades passa pela ajuda na cozinha e confeção de refeições por parte das PcD, na tentativa da exploração da criatividade, estreitamento de relações e realização

⁴³ 5 Fun.Cozinha não justificaram a sua resposta

de atividades significativas, tendo sempre em conta o seu grau de demência, mas nunca descorando que acarretam ainda consigo um conjunto de potencialidades e que se podem apresentar também parte fundamental e integrante no funcionamento e dinâmica do meio em que se inserem.

A partir da figura 23 podemos frisar que os Fun.Cozinha consideram, com maior expressão, que a cozinha não deve envolver a PcD na sua dinâmica por se considerar um local de risco à integridade física da pessoa, onde esta possa estar exposta a utensílios cortantes, locais quentes com os quais se possa magoar.⁴⁴

Figura 23 - Opinião dos Fun.Cozinha sobre envolver a PcD nos trabalhos da cozinha



3.4. Análise MACRO: tendências gerais e discrepâncias

Efetuamos, de seguida, uma análise mais macro que nos permite, genericamente, traçar os resultados que mais se revelaram nesta discussão dos resultados, bem como as suas discrepâncias.

Neste sentido, destacamos como resultados mais semelhantes no estudo:

- Em todas as ERPI estudadas, os quartos e casa de banho estão devidamente identificados com algum tipo de objeto referente à PcD;
- Todas as ERPI analisadas têm horário de visita reduzido;
- O rácio de funcionários-PcD é sempre insuficiente em todas as ERPI;

⁴⁴ 5 Fun.Cozinha não justificaram a sua resposta

- Nas quatro ERPI a PcD tem oportunidade de sair da estrutura residencial com os seus familiares e amigos;
- Em todas as ERPI estudadas a PcD realiza atividades com residentes sem quadro demencial;
- Nas quatro estruturas é celebrado o aniversário da PcD;
- Em todas as ERPI, raramente é a PcD que propõe ou consente a sua institucionalização, acabando por ser responsabilidade da família;
- Nenhum dos funcionários da cozinha de nenhuma ERPI estudada responsável pela elaboração da ementa;
- Os AAD e os Fun.Cozinha, maioritariamente, têm a mesma perceção de demência, ao indicar a perda de incapacidade mentais/funções cognitivas, seguidas da afetação da memória. No entanto, observamos que, geralmente, a perceção não é adequada tendo em conta o que a literatura nos apresenta como definição de demência;
- A oportunidade de ter mais formação especializada em demência é a sugestão mais popular entre os inquiridos para uma intervenção de qualidade, sobretudo pelos técnicos superiores e pelos funcionários da cozinha.

Já no que concerne aos resultados contraditórios, constatamos algumas discordâncias entre o que é referido pelo DT e os funcionários:

- O DT refere que a ERPI proporciona formação especializada mas 3 AAD e todos os elementos da cozinha inquiridos na ERPI A referem que não, 1 técn.Sup. e os funcionários da cozinha da ERPI B também dizem que não;
- O DT (e a maioria dos AAD) considera que a prestação de cuidados é executada pelo mesmo profissional ou dupla de funcionários sempre que possível mas 2 AAD da ERPI A, 2 AAD da ERPI B e 6 AAD da ERPI C referem que não. O oposto também acontece na ERPI D, na medida em que, embora 3 AAD digam que sim, o DT refere que isso não acontece;
- Os técnicos superiores afirmam que existe um plano individualizado mas o DT diz que não (ERPI A). O oposto ocorre nas ERPI C e D, em que o DT refere a existência desse

- plano, que as PcD têm possibilidade de selecionar as atividades mas 1 Técn.Sup. na ERPI C e 1 Técn.Sup. na ERPI D dizem que não colaboram;
- Os técnicos superiores dizem que é realizada avaliação da qualidade dos serviços e bem-estar das PcD mas o DT diz que não (ERPI A);
 - O DT refere que a maioria dos profissionais tem formação na área da demência mas a maioria dos inquiridos refere que não (ERPI B)⁴⁵;
 - O DT refere que são realizadas ações de coesão de equipa mas 1 Técn.Sup. diz que não (ERPI B);
 - Há um espaço de culto espiritual/religioso e um espaço ao ar livre onde as pessoas podem circular mas 3 AAD da ERPI C e 3 AAD da ERPI D referem que as PcD não são incentivadas ou encaminhadas para o local de culto;
 - O DT refere que a maioria dos funcionários conhece as preferências, rotinas diárias e histórias de vida das PcD mas na ERPI A 1 Técn.Sup. e 3 AAD dizem que não, na ERPI C 2 AAD dizem que não, na ERPI D 1 AAD diz que não;
 - O DT refere que é dado *feedback* das funções que a equipa desempenha mas 1 AAD da ERPI D diz que não;
 - O DT refere que os profissionais sentem-se capacitados para lidar com as reais necessidades das PcD. Mas os func.cozinha da ERPI B e 1 técn.sup da ERPI D referem que não.
 - A prestação de cuidados, maioritariamente é centrada na interação e não na tarefa, embora 2 AAD da ERPI D referem que têm um tempo estimado para executar a tarefa

⁴⁵ Falamos de 4 AAD, 1 Téc.Sup. e 2 Fun.Cozinha. No entanto, a amostra inquirida não corresponde à maioria dos funcionários da ERPI B

CONCLUSÕES

Este estudo tinha como objetivo caracterizar a cultura organizacional de várias ERPI em Portugal, de acordo com a abordagem centrada na PcD. Os resultados obtidos permitiram-nos saber até que ponto é que as mesmas promovem uma cultura organizacional baseada na abordagem centrada na PcD na percepção dos profissionais, tendo em conta os indicadores de análise expressos na bibliografia selecionada. Desta forma, construiu-se assim, um questionário dirigido aos profissionais divididos em quatro segmentos: aos diretores técnicos; aos restantes técnicos profissionais/superiores; aos ajudantes de ação direta e aos funcionários da cozinha/outros. Vimos que se procurou estudar ERPI de diferentes contextos territoriais, em termos sociodemográficos e geográficos. Foram contactadas ERPI do Distrito de Lisboa, Guarda e Torres Vedras, mas apenas duas ERPI de Lisboa e duas ERPI da Guarda se mostraram recetivas e colaboraram na pesquisa através do preenchimento dos questionários, sendo que as ERPI A e B estão sediadas no distrito de Lisboa e as ERPI C e D no distrito da Guarda.

A abordagem centrada na pessoa com demência não se esgota só numa prática de intervenção e prestação de cuidados. É também uma mudança de paradigma de como olhamos as respostas sociais e de como as tentamos (re) organizar, com o objetivo maior de tornar as instituições em verdadeiros espaços caseiros e acolhedores através da valorização da PcD até ao seu cuidador; da procura de um atendimento individualizado e holístico, reconhecendo a pessoa como sujeito de necessidades únicas; da criação de laços empáticos que estreitem relações interdisciplinares e pessoa-staff; da autonomia e independência da PcD; da promoção de atividades significativas, e sobretudo na criação de ambientes seguros que promovam um sentimento comunitário aguçado.

De acordo com o que os resultados nos indicam, de forma geral, as instituições produzem esforços e sinergias na prestação de cuidados de qualidade ao possuírem planos individuais de cuidado; permitirem as PcD personalizar seus quartos com mobiliário que trazem de casa; ao possuírem uma prestação de cuidados centrada na interação e não na tarefa; ao estimularem a PcD para o autocuidado; certificarem-se que os profissionais saibam o nome e preferências das PcD; ao celebrar o aniversário da PcD; deterem

profissionais que se sintam capazes de cuidar da PcD; ao existir um plano de atividades individualizado; permitirem que as atividades sejam selecionadas pelas PcD, tendo em conta os seus gostos e por estas realizarem-nas com outros residentes sem quadro demencial como também serem promovidos encontros entre PcD e família/amigos. Não obstante, e pelo facto da abordagem centrada na PcD se poder constituir como uma filosofia cuja implementação se torne exigente, constatamos que subsistem algumas lacunas, por parte de grande parte das ERPI, na defesa e promoção de uma cultura organizacional ao encontro da supra mencionada, principalmente nas áreas da especialização em cuidados em demência; do *empowerment* e formação da equipa em prestação de cuidados e intervenção em demência (principalmente de quem trabalha diretamente como as AAD); da insuficiência de recursos humanos (rácios desequilibrados); da avaliação da qualidade de serviços e bem-estar; horário de visita reduzido; da gestão de vagas, por forma promover a privacidade e a inclusão das PcD (por dificilmente terem acesso a quartos individuais e por, maior parte das vezes, não partilharem quarto com pessoas sem défices cognitivos e sem dependência física); e do respeito pela capacidade de decisão no momento da institucionalização (pelo facto da PcD raramente propor a sua integração em ERPI).

Contudo, podemos declarar que uma das ERPI, nomeadamente a B (sediada no distrito de Lisboa), é a que mais se aproxima das dimensões e indicadores defendidos pela abordagem centrada na pessoa com demência e de uma cultura organizacional de apoio por se consubstanciar numa Estrutura Residencial que é especializada na área de cuidados em demência, através da sua já mencionada unidade de neuroestimulação, pautada pela maximização da identidade pessoal; validação da identidade do quarto; elaboração de plano individual de atividades; participação em atividades diárias e possibilidade da respetiva seleção; existência de reconhecimento, negociação e colaboração; desenvolvimento de práticas que valorizem os funcionários a partir da criação de sistemas de apoio (feedback e práticas de coesão de equipa); provimento de formação na área da demência; aprendizagem das histórias de vida individuais; geração de sentimentos positivos na prática profissional; acionamento de suportes de comunicação apropriados que permitam a pessoa tomar decisões, bem como incentivar a relação entre familiares/amigos e a pessoa através de arraiais, festas de natal, festas de família, magusto e saídas.

Importa ainda admitir que, tendo em conta que as ERPI se encontram em diferentes distritos, não observamos disparidades substanciais de aplicação da abordagem centrada na pessoa com demência, em termos territoriais. Apenas verificámos que a ERPI B (Lisboa) se aproxima dos indicadores/dimensões da abordagem estudada, como supra mencionado.

Concluimos assim, que a abordagem centrada na pessoa com demência não se constitui enquanto ideologia adversária às presentemente implantadas, mas sim, como uma tentativa de apelar às ERPI e aos seus profissionais a importância do cuidado que reforce e/ou apoie as relações, bem como a autonomia e personalidade da PcD. É neste sentido que nos importa afirmar que a formação continua e a identificação de necessidades de formação tornar-se-ão parte basilar na potenciação de todos os profissionais de uma instituição, conferindo, assim, vantagens não só para os utentes, como para os profissionais e própria instituição, ao melhorar a qualidade de prestação de serviços, maior coesão e melhor clima institucional (Ribeirinho, 2013).

a) Limitações da pesquisa

Podemos constatar que esta pesquisa tornou-se muito relevante não só a nível académico como também a nível organizacional, pelo facto de poder desconstruir e elucidar os pares das várias práticas institucionais que podem ou não responder às reais necessidades das PcD institucionalizadas em ERPI.

Como limitações da pesquisa destacamos vários pontos responsáveis por colocar entraves à mesma e conseqüente celeridade, como a dificuldade na obtenção de ERPI do território nacional dispostas a colaborar no estudo; a aplicação do instrumento de recolha de dados de forma não presencial e a parca adesão dos profissionais na resposta ao instrumento de recolha de dados. Saliente-se que foram enviados e-mails formais com recurso a pareceres institucionais solicitando a colaboração no estudo a todas as ERPI do concelho de Torres Vedras, 10 do Distrito de Lisboa e 4 do Distrito da Guarda, tendo obtido resposta favorável apenas de 4 organizações sediadas nos concelhos de Lisboa, Amadora e Sabugal. Verificamos, assim, que um maior número de ERPI (amostra) podia tornar os resultados mais sólidos e consistentes. Só um maior número de ERPI nos permitiria ainda

tecer comentários mais generalizados da situação em Portugal no que respeita aos cuidados prestados às PcD em ERPI.

Outro aspeto prende-se com o facto de terem sido aplicados questionários (instrumento não presencial) aos vários profissionais das ERPI colaborantes, o que poderia provocar diversas dúvidas quer na compreensão quer no seu preenchimento. Nestas situações, consideramos que o método de entrevista poderia esclarecer dúvidas, evitando as não-respostas em várias questões, podendo ainda levar a uma maior percentagem de inquiridos.

Um último ponto, e não menos importante, está relacionado com a parca adesão dos profissionais no momento do preenchimento do questionário, ou seja, no momento da recolha dos questionários, o investigador deparou-se que vários elementos da equipa não tinham respondido ao mesmo, o que condicionou a obtenção total das perspetivas dos segmentos profissionais selecionados para a pesquisa. Importa salientar ainda, a pouca celeridade por parte das ERPI no processo de resposta/preenchimento dos questionários.

b) RECOMENDAÇÕES – Implicações para a prática profissional no respeito da Abordagem Centrada na Pessoa com Demência

Para definir uma melhor prestação de cuidados de qualidade em todos os locais de atendimento e durante todo o curso da doença, destinadas a prestadores de cuidados profissionais que trabalham com pessoas possuidoras de quadros demenciais e às suas famílias em ambientes residenciais e comunitários, a Alzheimer’s Association (2018) lançou um conjunto de recomendações intitulada “*Dementia Care Practice Recommendations*” que assentam em diversas áreas fundamentais ao tratamento de qualidade em demência como: Cuidado centrado na pessoa; Detecção e diagnóstico; Avaliação e planeamento de cuidados; Gestão médica; Informação, educação e apoio; Cuidados continuados para sintomas comportamentais e psicológicos da demência e apoio em atividades de vida diária; *Empowerment* e envolvimento de todo o Staff; Ambientes de apoio e terapêuticos; Transições e coordenação de serviços.

A pesquisa aqui relatada teve em consideração estas *guidelines* e é também de acordo com estas diretrizes se podem lançar as seguintes recomendações, agrupadas em cinco segmentos, tendo em conta as lacunas detetadas:

- i) Consciencialização e formação em demência: apesar das ERPI concederem formação em diversas áreas, ainda são muitos os funcionários que não têm acesso a formação em demência e respetiva intervenção;
- ii) Captação de recursos humanos: tendo em conta os rácios desequilibrados cliente-staff, principalmente na contratação de mais AAD;
- iii) Gestão de vagas e inclusão da PcD: pelo facto das PcD não terem acesso a quartos individuais e por, maior parte das vezes, não partilharem quarto com pessoas sem défices cognitivos e sem dependência física;
- iv) Respeito pela capacidade de decisão da PcD: pelo facto da PcD raramente propor a sua integração em ERPI. É necessário assim, existir uma articulação entre família e PcD, onde o DT ou elementos responsáveis pela admissão garantam que a PcD, de forma autónoma e consolidada, seja parte fundamental da decisão da sua institucionalização e;
- v) Horário de visita alargado para que as famílias e/ou amigos se possam deslocar às ERPI, tendo em conta a flexibilidade de horário e dinâmicas dos mesmos.

BIBLIOGRAFIA

Alzheimer's Association (2018). *Dementia Care Practice Recommendations*. Disponível em: https://www.alz.org/professionals/professional-providers/dementia_care_practice_recommendations. Acedido a 28 de Dezembro de 2018.

Alzheimer Disease International (2018). *Tipos de Demência*. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/info/types-of-dementia>. Acedido a 11 de Maio de 2018.

Alzheimer Portugal (2018). *Quem desenvolve demência?* Disponível em: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-32-18-o-que-e-a-demencia>. Acedido a 11 de Maio de 2018.

António, S. (2013). *Das políticas sociais da velhice à política social de envelhecimento*. In Carvalho, M. Serviço Social no Envelhecimento (pp. 96). Lisboa: PACTOR.

Baeta, S. & María, F. (2015). Culture and biomedical model: reflections in the health-disease process. *Comunidad y Salud*, 13(2), 81-84. Retrieved: October 27, 2018, from http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169032932015000200011&lng=en&tlng=en

Barbosa, A.; Sousa, L.; Nolan, M. & Figueiredo, D. (2015). Effects of Person-Centered Care Approaches to Dementia Care on Staff: A Systematic Review. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 30(8), 713–722.

Bertrand, Y. & Guillemet, P. (1988). *Organizações: uma abordagem sistémica*. Lisboa: Instituto Piaget.

Burshnic, V.L.; & Bourgeois, M.S. (2017). Cuidado centrado na pessoa. In J. Damico & M. Ball (Eds.), *A Enciclopédia SAGE de Ciências da Comunicação Humana e Distúrbios*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

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, M. I. (2015). Cuidados Familiares Prestados a Pessoas Idosas. In Carvalho, M. I (coord.) *Serviço Social com Famílias*. Lisboa: PACTOR.

Cruz, C.S.S.; FERNANDES, D.R.F.; Pimenta, M.L.P. & CALEGÁRIO, L.O. (2013). Do pensamento clínico, segundo Foucault, ao resgate do modelo biopsicossocial: uma análise reflexiva. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 11(1), 30-39. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrv.2013.111.3039>

DGSS (2018). *Proteção Social – Pessoas Idosas*. Direção de Serviços de Instrumentos de Aplicação (DSIA), Direção-Geral da Segurança Social, Lisboa.

DGSS (2019). *Proteção Social – Pessoas Idosas*. Direção de Serviços de Instrumentos de Aplicação (DSIA), Direção-Geral da Segurança Social, Lisboa.

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. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>

Fernandes, A.A (1997). *Velhice e Sociedade. Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*, Oeiras: Celta Editora.

Fundação Afid (2019). Apresentação. Acedido em 20 de julho de 2019, em: <http://www.comissaodemelhoramentosdefoios.pt>

Fundação Afid (2019). Afid Senior – Residência Senior. Acedido em 20 de julho de 2019, em: <http://www.comissaodemelhoramentosdefoios.pt>

Gabinete de Estratégia e Planeamento (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS).

Gonçalves, Sónia. (2014). *Psicossociologia Do Trabalho e Das Organizações: Princípios e Práticas*. Lisboa: PACTOR.

Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.

Instituto da Segurança Social. (2009). *Guia Prático – Respostas Sociais – População Adulta – Pessoas Idosas*.

Instituto Nacional de Estatísticas (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia* (informação à comunicação social de 11 de Julho de 2015). Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2019). Indicadores de Envelhecimento. Acedido em 24 de Julho de 2019, em: <http://www.ine.pt>

Kitwood, T. (1990). The dialectics of dementia: With particular reference to Alzheimer's disease. *Ageing and Society*, 10, 177–196.

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Berkshire, UK: Open University Press.

Kitwood, T. (1998). Toward a theory of dementia care: ethics and interaction. *The Journal of Clinical Ethics*, 9, 23–34.

Kogan, A.C; Wilber, K. & Mosqueda, L. (2016). Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64. e1-e7. 10.1111/jgs.13873.

Koren, M.J. (2010). Person-Centered Care for Nursing Home Residents: The Culture-Change Movement, *Health Affairs* Web First, Jan. 10.

Lar São Pedro (2019). Início. Acedido em 20 de julho de 2019, em: <http://www.comissaodemelhoramentosdefoios.pt>

Li, J., & Porock, D. (2014). Resident outcomes of person-centered care in long-term care: A narrative review of interventional research. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 1395–1415. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.04.003nfx.

Manthorpe, J. & Samsi, K. (2016). Person-centered dementia care: current perspectives. *Clinical interventions in aging*, 11, 1733-1740. doi:10.2147/CIA.S104618.

Ministério da Saúde (2016). *Bases para a definição de políticas públicas na área das demências*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Mitchell, G. & Agnelli, J. (2015). Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. *Nursing Standard*, 30(7), 46-50.

OCDE (2017). *Health at a Glance 2017: OCDE Indicators*, Paris: OCDE Publishing.

OMS (2013). *Demencia: una prioridad de salud pública*. Washington, DC: OPS.

Paquete, P. (2015). *O bem-estar de pessoas 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 para a obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública na Especialidade em Ciências da Vida – Faculdade de Ciências Médicas: Universidade Nova de Lisboa.

Paúl, C. (2005). Envelhecimento Activo e redes de suporte social, *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15.

PORDATA (2019). Indicadores de Envelhecimento. Acedido a 23 de Julho de 2019, em <http://www.pordata.pt>

Portaria nº67/2012 de 21 de Março. Diário da República nº 58 - 1.ª série. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.

Quaresma, M de L., & Ribeirinho, C. (2016, julho-setembro). Envelhecimento – Desafios do Séc. XXI. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(3), pp. 29-49. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

Ribeirinho, C. (2013). "Serviço Social Gerontológico: contextos e práticas profissionais" in CARVALHO, M. I. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Pactor, pp. 177-200.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência mental e física*. Lisboa: Lidel – edições técnicas.

Vaillant, G. E. (2003). *Aging well*. New York, NY: Little Brown.

White, D. L., Newton-Curtis, L. and Lyons, K. S. (2008). Development and initial testing of a measure of person-directed care. *Gerontologist*.

Apêndices

Apêndice I - Construção dos Instrumentos de Recolha de Dados – questionários dirigidos aos diferentes profissionais das ERPI

Após a revisão da literatura em torno dos componentes da abordagem centrada na PcD foi possível sintetizar as principais dimensões e indicadores de análise a considerar nesta investigação, permitindo a construção de questões específicas a inquirir à amostra de profissionais. As tabelas seguintes representam esses componentes organizados por autor e cronologicamente, bem como as questões específicas construídas. Estas questões destinam-se a fazer parte dos questionários dirigidos aos diferentes funcionários de cada ERPI. Na tabela 17 resumem-se as dimensões, indicadores e questões específicas a partir de Kitwood (1997) cit por Paquete (2015) e por Fazio, Pace, Flinner e Kallmyer (2018).

Tabela 17 - Componentes da abordagem centrada na PcD de Kitwood 1997

Dimensões	Indicadores	Questões específicas
Identidade	<ul style="list-style-type: none"> - Maximizar a identidade pessoal; - Validar a identidade do quarto; - Validar a indumentária que a PcD prefere; - Validar e apoiar a forma como a PcD se apruma; 	<ul style="list-style-type: none"> - A PcD possui quarto individual? - Os quartos estão identificados? - Os quartos detêm mobiliário e outros objetos afetos à pessoa? - É respeitada a privacidade da pessoa? - Existe algum espaço de culto espiritual ou religioso? A pessoa é encaminhada a esse espaço? - Quem decide e como se decide a roupa que a PcD veste? - Os profissionais que ajudam a PcD a vestir-se a arranjar-se conhecem as preferências e hábitos da pessoa antes de ser institucionalizada?
Vínculo	<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar um rácio staff-cliente equilibrado - Possibilitar visitas de familiares sem horário - Criar oportunidades de formação em demência e prestação de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> - Qual o rácio entre staff-cliente? - Há horários de visita? Quais são? - O staff tem formação em demência e prestação de cuidados? - Qual a interação presente entre o staff e PcD?
Ocupação	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de espaços para realização de atividades; - Participação em atividades diárias; - Elaboração de plano individual de atividades; - Possibilidade de seleção de atividades; - Frequência de atividades 	<ul style="list-style-type: none"> - Que tipo de atividades de ocupação/ participação/ estimulação são realizadas com a PcD? - Por quem são selecionadas as atividades? As PcD participam da seleção das atividades? - Com que frequência se realizam atividades de ocupação? - Onde são realizadas as atividades diárias? - Existe um plano individual de atividades para a PcD?
Conforto	<ul style="list-style-type: none"> - Criar uma atmosfera caseira - Criar espaços acessíveis 	<ul style="list-style-type: none"> - Como é feita a climatização do espaço? - Como são os corredores? - Como é a disposição das divisões? - Como são os quartos? - Existe espaço exterior? Quais as características do espaço exterior em termos de segurança e conforto? - As PcD usufruem do espaço exterior?
Inclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de reconhecimento, negociação, colaboração e criatividade 	<ul style="list-style-type: none"> - A PcD é tratada pelo nome? - A PcD decide o que come? - Existe colaboração entre staff e a PcD nas AVD? - A PcD é encorajada a expressar-se livremente?

- A PcD é integrada nas atividades diárias da instituição?
- A PcD participa em atividades com outros membros da instituição?

A tabela 18 representa os componentes extraídos de Brooker (2006 cit por Fazio, Pace, Flinner e Kallmyer, 2018).

Tabela 18 - Componentes da abordagem centrada na PcD de Brooker 2006

Dimensões	Indicadores	Questões específicas
Valorizar e respeitar a PcD e os cuidadores;	<ul style="list-style-type: none"> - Ter uma visão clara; - Desenvolver práticas que valorizem os funcionários; - Criar sistemas para apoiar o desenvolvimento da equipa; - Projectar ambientes físicos e sociais solidários e inclusivos; - Garantir mecanismos de melhoria da qualidade 	<ul style="list-style-type: none"> - É concedido ao staff formação na área da demência e/ou especificamente na abordagem centrada na PcD? - É dado ao staff o feedback das suas funções profissionais? - São realizadas ações que promovam a coesão da equipa? - É avaliada a qualidade dos serviços e o bem-estar das PcD? Como?
Atendimento individualizado/ tratar as pessoas com demências como pessoas com necessidades únicas	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento e revisão periódica de planos de cuidados que reflitam os pontos fortes e as necessidades; - Permitir o uso de bens pessoais; - Respeitar as preferências individuais e rotinas diárias; - Aprender sobre histórias de vida individuais; - Oferecer uma variedade de atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Na Instituição existe um plano de atividades individualizado, focado nos pontos fortes e necessidades das pessoas com demência? - É permitido o uso de bens pessoais? (jóias, relógios, colares, roupas que gosta, moveis no quarto, objetos de decoração...) - Os profissionais que trabalham com as PcD conhecem as preferências de cada uma, as rotinas diárias e histórias de vida? - As PcD são “encorajadas” a participar nas atividades da instituição? - As PcD são integradas em atividades com outras sem quadro demencial? - Como é o dia da PcD na instituição? Quais as atividades de ocupação/ participação?
Colocar-se na perspectiva da PcD, para compreender o seu comportamento e entender a comunicação;	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar-se efectivamente; - Experimentar empatia; - Monitorar o ambiente físico; - Avaliar a saúde física; - Revelar razões para comportamentos; - Ser um defensor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observação da comunicação: <ul style="list-style-type: none"> i) dirigida numa base de infantilização? ii) complementada com gesticulação? iii) comunicação corporal é rejeitada em função do quadro patológico?
Criar um ambiente social positivo através de cuidados que promovam relacionamentos.	<ul style="list-style-type: none"> - Tratar os indivíduos com respeito; - Criar uma atmosfera de calor; - Validar sentimentos; - Fornecer apoio e assistência adequados; - Promover um senso de comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os profissionais sabem o nome das PcD? - Os profissionais cumprimentam a PcD? - O cuidado é centrado na interação e não na tarefa?

A próxima tabela 19 resume as dimensões, indicadores e questões específicas relativas à mudança de cultura centrada na PcD, a partir de Brownie e Nancarrow (2013).

Tabela 19 - Componentes da abordagem centrada na PcD de Brownie e Nancarrow 2013

Dimensões	Indicadores	Questões específicas
Ambiente	- Estrutura caseira, segura e inclusiva	- Os quartos e casas de banho estão identificados, tendo em conta os deficits cognitivos que os clientes possam apresentar? Como é feita a sinalização? - A Instituição tem quartos de outras tipologias para PcD? (Por exemplo - casal, triplo ou outra) - A Instituição dispõe de um espaço ao ar livre, onde os clientes podem circular livremente e em segurança? - As PcD frequentam o espaço ao ar livre? - As PcD estão sujeitas a contenção? Ou circulam livremente?
Estimulação social e relacionamentos	Estimulação social e relacionamentos	- São promovidas oportunidades de estimulação social? Quais? - São favorecidos os relacionamentos? De que forma?
Continuidade do atendimento	Continuidade do atendimento	- Efetua-se a atribuição do mesmo pessoal de atendimento à PcD, sempre que possível?
Gestão de Recursos Humanos	- abordagens de gestão e liderança democratizadas - empowerment da equipa - Filosofia humanista individualizada do cuidado? - Aferição do conhecimento em demência - Capacitação para trabalhar com PcD - Prática profissional com PcD - Necessidade de formação em demência e consequente intervenção - Sentimentos positivos da prática profissional - Sugestões para intervenção de qualidade	- A liderança procede a tomadas de decisão que envolvem a participação dos residentes e os funcionários? - É promovido o empowerment da equipa de funcionários? - Os modelos de prestação de cuidados são baseados na perspetiva humanista individualizada? - Os profissionais conhecem a definição de demência? - Os profissionais sentem-se capacitados para cuidar de uma PcD? - Os profissionais agem de maneira diferente perante um caso de demência? - Quais as maiores complicações no cuidado da PcD na perspetiva dos profissionais? - O que é que os profissionais sentem de positivo ou gratificante no cuidado a uma PcD? - Que sugestões dariam os profissionais para uma intervenção de qualidade com PcD?

A partir do estudo de Mitchell e Agnelli (2015), foram extraídas as seguintes dimensões, indicadores e questões específicas a incluir na grelha de observação ou questionário dirigido a os funcionários das instituições (tabela 20).

Tabela 20 - Componentes da abordagem centrada na PcD de Mitchell e Agnelli 2015

Dimensões	Indicadores	Questões específicas
Reconhecimento	- Maximizar a identidade - Conhecimento holístico da pessoa	- Os profissionais sabe o nome das PcD? - Os profissionais cumprimenta a PcD? - Os profissionais sabem a sua história de vida da PcD? - Os profissionais conhecem os gostos e preferências da PcD?
Negociação/facilitação	- Auxiliar a PcD em alguma acção - Atender às preferências pessoais, culturais, espirituais e religiosas	- O Staff consente e ajuda a PcD a ir ao espaço exterior, a andar pela Instituição? - Caso a pessoa tenha animais de estimação é possibilitada a entrada ou a permanência do mesmo na Instituição? - A PcD é incentivada à prática espiritual ou religiosa?
Colaboração	- Parceria entre profissional e pessoa	- A PcD é levada a cooperar com o staff em alguma AVD ou atividade da Instituição?
Jogar/Criar	- Proporcionar atividades adequadas - Estimular a capacidade de auto-expressão	- As PcD são estimuladas a participar em atividades? - As PcD decidem as próprias atividades? - É validada formas de expressão alternativas? - As atividades realizadas são sujeitas a avaliação?
Dar	- Aceitar uma oferta da PcD (objecto ou acto afectivo)	- Os profissionais aceitam e usam objectos oferecidos pelas pessoas?
Meditação/relaxamento	- Realização de terapias alternativas (terapias não farmacológicas)	- Snoezelen - Aromoterapia - Arteterapia - Musicoterapia
Celebração	- Comemoração do aniversário - Comemoração de vitórias/conquistas	- Horticultura terapêutica - Massagem - Reiki - outros
Holding	- Proporcionar ambiente social seguro	- Celebra-se o aniversário da PcD? - A manifestação positiva da PcD é reconhecida e celebrada com staff? - Aquando de uma manifestação negativa é dado suporte psicológico? (stress, tristeza, angustia)

Na tabela 21 resume-se os componentes identificados na revisão sistemática de Kogan, Wilber e Mosqueda (2016).

Tabela 21 - Componentes da abordagem centrada na PcD de Kogan, Wilber e Mosqueda 2016

Dimensões	Indicadores	Questões específicas
Cuidado individualizado	- Desenvolvimento e revisão periódica de planos de cuidados que reflitam os pontos fortes e as necessidades; - Oferecer uma variedade de atividades.	- A Instituição é especializada em alguma área de prestação de cuidados? (por exemplo, demência, Parkinson ou outra) - Quem propõe o cliente para integração na Instituição? - Na Instituição existe um técnico responsável pelo acolhimento do cliente? - Existe uma avaliação abrangente de saúde da PcD? - Existe uma comunicação personalizada?
Facilitar relacionamentos	- Permitir e incentivar relação entre família/amigos e pessoa	- A Instituição tem horário de visitas? Qual?
Conhecer a pessoa	- Aprender sobre histórias de vida individuais; - Respeitar as preferências individuais e rotinas diárias;	- Os profissionais conhecem a história de vida das PcD? - Os profissionais conhecem as preferências individuais e as rotinas diárias das PcD?

Também Manthorpe e Samsi (2016) nos propõe que a abordagem centrada na pessoa deve seguir componentes essenciais, tendo-se selecionado os presentes na tabela 22.

Tabela 22 - Componentes da abordagem centrada na PcD de Manthorpe e Samsi 2016

Dimensões	Indicadores	Questões específicas
Cuidado Personalizado	- Promoção de cuidado personalizado - Promoção de transição suave de cuidados	Os cuidados à PcD são prestados sempre pelos mesmos profissionais (sempre que possível)? Quando os cuidados são prestados por pessoas diferentes, a transição é suave e cuidadosa?
Envolvimento familiar	- Facilitar envolvimento de familiares	A instituição procura envolver os familiares e cuidadores?
Auto-cuidado	- Estimular a pessoa a realizar acções sozinha	A PcD é apoiada para o auto-cuidado?
Reconhecimento	- Existência de reconhecimento - Validar as opções da pessoa	Os profissionais conhecem as preferências da PcD? A PcD é envolvida nas decisões?
Empatia	- Reconhecer os sentimentos da pessoa - Validar as emoções da pessoa	- Os profissionais escutam ativamente a pessoa? - Os profissionais validam/aparam os sentimentos ou frustrações da pessoa?
Ambiente seguro	- Estrutura inclusiva e segura	- Os quartos e casas de banho estão identificados, tendo em conta os deficits cognitivos que os clientes possam apresentar? Como é feita a sinalização? - A Instituição tem quartos de outras tipologias para PcD? (Por exemplo - casal, triplo ou outra) - A Instituição dispõe de um espaço ao ar livre, onde os clientes podem circular livremente e em segurança? - As PcD frequentam o espaço ao ar livre? - As PcD estão sujeitas a contenção? Ou circulam livremente?

Na tabela 23 são apresentados os componentes de análise extraídos de Burshnic e Bourgeois (2017).

Tabela 23 - Componentes da abordagem centrada na PcD de Burshnic e Bourgeois 2017

Dimensões	Indicadores	Questões específicas
Personalidade	- Respeitar as vontades da pessoa - Enfatizar os pontos fortes da pessoa (ao invés da sua incapacidade)	- Os gostos da PcD são conhecidos? - Quem propõe a realização das atividades da instituição? - As atividades/tarefas processuais são pensadas em função da história de vida ou gostos da PcD? - A vontade da PcD é tida em conta na realização/ não realização das atividades?
Conhecer a pessoa	- Existência de reconhecimento	- A PcD é tratada pelo nome? - A equipa conhece todo o historial de vida da PcD? E o seu nível de funcionamento? - Os profissionais conhecem com quem a pessoa comunica, as atividades ou interesses mais valiosos para a pessoa e integram estes conhecimentos no tratamento/atividades?

Autonomia e escolha	<ul style="list-style-type: none"> - Validar as opções da pessoa - Capacitar a pessoa a tomar decisões sobre o seu cuidado - Providenciar suportes de comunicação apropriados que permitam a pessoa tomar decisões 	<ul style="list-style-type: none"> - Quem propõe a institucionalização da PcD? - Quem decide sobre a prestação de cuidados da PcD? (por ex sobre as formas de alimentação) - As PcD circulam livremente pela instituição? - São criados suportes visuais e imagens q ajudam a PcD a tomar as decisões?
Nutrir relacionamento	<ul style="list-style-type: none"> - Maximizar a capacidade da PcD se sentir conectada e aceite no seu ambiente comunicacional 	<ul style="list-style-type: none"> - As PcD podem sair da Instituição com familiares e amigos? - São promovidas atividades com a família e amigos? - São usados livros, fotografias e gestos na comunicação coma PcD?
Ambiente de apoio	<ul style="list-style-type: none"> - Criar ambiente de suporte 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe estimulação sensorial? - São incluídos instrumentos apropriados aos pontos fortes da PcD?

As recomendações do estudo de Fazio, Pace, Flinner e Kallmyer (2018) apontam ainda para a identificação de componentes essenciais, tal como representado na tabela 24.

Tabela 24 - Componentes da abordagem centrada na PcD de Fazio, Pace, Flinner e Kallmyer (2018)

Dimensões	Indicadores	Questões específicas
Conhecer a pessoa	- Conhecer a PcD, os seus valores, crenças, interesses, capacidades, gostos e desgostos, tanto do passado como do presente	- Os profissionais conhecem os valores, crenças, capacidades e gostos da PcD, no passado e no presente?
Empatia	- Ver o mundo a partir da perspetiva da PcD, reconhecendo o seu comportamento como forma de comunicação	- Os profissionais colocam-se na perspetiva da PcD? - Os profissionais procuram compreender os comportamentos da PcD?
Inclusão	- Identificar e apoiar atividades de envolvimento da PcD, com significado e propósito para o indivíduo, apoiando os interesses e preferências, permitindo a escolha e o sucesso e reconhecendo que, mesmo quando a demência é mais grave, a pessoa pode sentir alegria, conforto e significado na vida;	- São apoiadas atividades que envolvam a PcD - As atividades promovidas com a PcD têm significado e propósito - São apoiados os interesses e preferências da PcD - É permitida a escolha da PcD - Os profissionais reconhecem que a PcD pode sentir alegria, conforto e significado na vida?
Respeito	- Construir e cultivar relações autênticas e carinhosas, tratando a PcD com dignidade e respeito, apoiando a sua individualidade, centrando o cuidado na interação ao invés da tarefa;	- A PcD é tratada com dignidade e respeito? - O cuidado é centrado na interação e não na tarefa?
	- Criar e manter o apoio aos indivíduos, famílias e funcionários, permitindo conforto e criando oportunidades para o sucesso, valorizando cada pessoa, respeitando as diferenças individuais, fornecendo oportunidades de autonomia, envolvimento e experiências compartilhadas;	- É providenciado apoio aos indivíduos, familiares e funcionários? - A PcD é valorizada? - São respeitadas as diferenças individuais da PcD? - São criadas oportunidades de autonomia, envolvimento e experiências compartilhadas da PcD?
Avaliação	- Avaliar as práticas de cuidados com regularidade efetuando as mudanças necessárias, utilizando as ferramentas existentes	As práticas de cuidados à PcD são avaliadas com regularidade? Com que ferramentas?

Apêndice II - Questionários dirigidos aos Diretores Técnicos, Técnicos Profissionais/ Superiores, Auxiliares de Ação Direta e Funcionários da Cozinha

Questionário dirigido aos Diretores Técnicos das ERPI

O meu nome é Cláudio Marcelo Mateus Carvalho e estou a realizar um estudo para a obtenção do grau de mestre em Gerontologia Social, no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa (ISCSP/UL).

O presente estudo tem como objetivo caracterizar a cultura organizacional de acordo com o modelo centrado na pessoa com demência, na ótica dos profissionais.

Serão asseguradas todas as precauções para que o anonimato quer da Instituição quer da sua identidade sejam garantidos.

Não existem respostas certas ou erradas. Apenas a sua opinião conta, pelo que lhe solicitamos respostas sinceras e espontâneas a todas as questões. Este questionário possui tipologia mista, pelo que em algumas questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta e outras desenvolver a sua resposta/opinião.

Agradeço, desde já, a sua colaboração!

1. CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL (Pessoa que responde ao questionário)

Idade	
Sexo	
Escolaridade	
Função que desempenha na instituição	
Formação	
Curso	
Formação especializada	

2. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA INSTITUIÇÃO

Identificação da Instituição	
Distrito	
Concelho	

3. Denominação da Instituição

<input type="checkbox"/>	Lar
<input type="checkbox"/>	Residência
<input type="checkbox"/>	Casa de Repouso
<input type="checkbox"/>	Outro, qual? _____

4. Há quanto tempo funciona a Instituição?

(Escreva o número de meses ou anos de funcionamento)

5. Qual é a natureza jurídica da entidade gestora da Instituição?

(Selecione a opção correta da lista)

<input type="checkbox"/>	Associação de Solidariedade Social
<input type="checkbox"/>	Fundação de Solidariedade Social
<input type="checkbox"/>	Centro Social Paroquial
<input type="checkbox"/>	Outro Instituto de Organizações Religiosas
<input type="checkbox"/>	Irmandade das Misericórdias
<input type="checkbox"/>	União, Federação, Confederação
<input type="checkbox"/>	Cooperativa de Solidariedade Social
<input type="checkbox"/>	Associação Mutualista
<input type="checkbox"/>	Outras ONG'S
<input type="checkbox"/>	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
<input type="checkbox"/>	Instituição do Ministério
<input type="checkbox"/>	Autarquia Local
<input type="checkbox"/>	Serviços Sociais de Empresa
<input type="checkbox"/>	Entidade com fins lucrativos

6. Assinale as opções corretas:

<input type="checkbox"/>	A Instituição tem Autorização Provisória de Funcionamento
<input type="checkbox"/>	A Instituição tem Alvará
<input type="checkbox"/>	A Instituição está a implementar o processo de Qualidade
<input type="checkbox"/>	A Instituição já é certificada

7. Quantos clientes residem na Instituição? _____

8. Quantos clientes com diagnóstico de demência (feito pelo médico) tem a Instituição (Alzheimer, Demência Vascular...)? _____

9. A Instituição é especializada em alguma área de prestação de cuidados? (por exemplo, demência, Parkinson ou outra)

Sim

9.1 Em que área (s) de prestação de cuidados se especializou? _____

9.2 Que características tem a Instituição para que se considere especializada?

Não

10. A Instituição tem horário de visitas?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

10.1 Se sim, por favor indique qual o horário de visitas da Instituição:

--

ESTRUTURA FÍSICA

11. Quantos quartos tem a Instituição?

TIPOLOGIA	NÚMERO DE QUARTOS
Individuais	
Duplos	
Triplos ou outros	

12. Qual é a distribuição das pessoas com demência pelas diferentes tipologias de quarto?

TIPOLOGIA	NÚMERO DE PESSOAS COM DEMÊNCIA
Individuais	
Duplos	
Triplos ou outros	

13. No que se refere aos quartos partilhados, com quem partilham quarto as pessoas com demência?

	NÚMERO DE PESSOAS COM DEMÊNCIA
Partilha quarto com outras pessoas com demência/ défices cognitivos	
Partilha quarto com pessoas dependentes fisicamente	
Partilha quarto com pessoas independentes e autónomas, física e cognitivamente	

14. Os quartos e casas de banho estão identificados, tendo em conta os défices cognitivos que os clientes possam apresentar?

Sim

14.1 Qual o tipo de identificação? (fotografias, etc.)

Não

15. Os clientes podem personalizar os seus quartos, trazendo consigo peças de mobiliário?

Sim

Não

16. Existe algum espaço de culto espiritual ou religioso?

Sim

Não

17. A Instituição dispõe de um espaço ao ar livre, onde os clientes podem circular livremente e em segurança?

Sim

Não

RECURSOS HUMANOS E FORMAÇÃO

18. Da totalidade dos funcionários da Instituição, que recursos humanos estão em contacto direto com os clientes?

(Escreva a função (p.e. Ajudante ou Fisioterapeuta), o número (p.e. 3 Ajudantes e 1 Fisioterapeuta) e o horário (p.e. 3 Ajudantes a tempo inteiro e 1 Fisioterapeuta a meio tempo))

Função/ cargo do funcionário	Tempo (Integral ou Parcial)	Número de funcionários

19. Em cada turno, qual o número de ajudantes presentes na Instituição?

TURNO	Nº DE AJUDANTES
Manhã	
Tarde	
Noite	

20. Os profissionais que trabalham com a pessoa com demência têm formação especializada em demência e prestação de cuidados?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

21. A Instituição proporciona formação especializada aos seus funcionários?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

21.1 Se, sim, por favor indique que temáticas de formação foram ministradas no último ano:

(Assinale todas as opções que se verificaram)

<input type="checkbox"/>	Atividades de Vida Diária
<input type="checkbox"/>	Relações Interpessoais
<input type="checkbox"/>	Cuidados em Demência
<input type="checkbox"/>	Outras, quais? _____

22. São realizadas ações que promovam a coesão da equipa?

<input type="checkbox"/>	Sim, quais? _____
<input type="checkbox"/>	Não

23. É dado o feedback aos profissionais das funções desempenhadas?

<input type="checkbox"/>	Sim, de que forma? _____
<input type="checkbox"/>	Não

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

24. Todos os funcionários sabem o nome de todas as pessoas com demência?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

25. Existe um Plano de cuidados, escrito e individualizado, para cada cliente?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

26. A prestação de cuidados à pessoa com demência é executada pelo mesmo funcionário, pela mesma dupla de profissionais ou pela mesma equipa, sempre que possível?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

26.1 Se, não, quando os cuidados são prestados por pessoas diferentes, a transição é suave e cuidadosa?

<input type="checkbox"/>	Sim, de que forma? _____
<input type="checkbox"/>	Não

27. Os funcionários que trabalham com pessoas com demência conhecem as preferências de cada uma, as rotinas diárias e histórias de vida?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

28. Os profissionais sentem-se capacitados para cuidar de uma pessoa com demência?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

29. Os profissionais agem de maneira diferente perante uma pessoa com demência?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

30. Os profissionais dirigem-se à pessoa com demência numa base de infantilização?

<input type="checkbox"/>	Sim, quais os grupos profissionais? _____
<input type="checkbox"/>	Não

31. Os profissionais complementam a sua comunicação através de gesticulação?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

32. O que é que os profissionais sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à pessoa com demência?

33. Na sua perceção, quais as maiores complicações no cuidado da pessoa com demência?

34. Que sugestões daria para uma intervenção de qualidade com pessoa com demência?

PROCESSO DA PESSOA COM DEMÊNCIA NA INSTITUIÇÃO E AVALIAÇÃO

35. Quem propõe a integração da pessoa com demência na Instituição?

	Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre
Família				
O Próprio				
Serviços de Saúde (Hospitais, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, etc)				
Serviços Sociais (Segurança Social, Misericórdia, etc.)				
Outro				

36. Na Instituição existe um técnico responsável pelo acolhimento do cliente?

Sim, qual a categoria profissional do técnico responsável? _____

Não

37. Existe uma avaliação, padronizada e escrita, inicial do cliente?

Sim, de que forma? _____

Não

37.1 Se respondeu sim, que técnicos estão envolvidos nessa avaliação inicial?

(Assinale todos os que estiverem envolvidos na avaliação inicial)

Assistente Social

Diretor Técnico

Enfermeiro

<input type="checkbox"/>	Fisioterapeuta
<input type="checkbox"/>	Médico
<input type="checkbox"/>	Psicólogo
<input type="checkbox"/>	Terapeuta Ocupacional
<input type="checkbox"/>	Outro _____

38. Com que frequência são realizadas a (re)avaliações dos clientes?

(Assinale apenas uma opção)

<input type="checkbox"/>	Mensal
<input type="checkbox"/>	Trimestral
<input type="checkbox"/>	Semestral
<input type="checkbox"/>	Anual
<input type="checkbox"/>	Não se realizam
<input type="checkbox"/>	Outra _____

39. É avaliada a qualidade dos serviços e o bem-estar das Pessoa com Demência?

<input type="checkbox"/>	Sim, por quem e com que ferramentas? _____
<input type="checkbox"/>	Não

40. É permitido o uso de bens pessoais? (jóias, relógios, colares, roupas que gosta)

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

ATIVIDADES

41. Na Instituição existe um Plano de Atividades de Ocupação e Participação individualizado para cada pessoa com demência?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

42. As pessoas com demência podem sair da Instituição com familiares e amigos?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

43. São promovidas atividades com a família e amigos?

<input type="checkbox"/>	Sim, quais? _____
<input type="checkbox"/>	Não

44. Celebra-se o aniversário da Pessoa?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

45. Caso a pessoa tenha animais de estimação é possibilitada a entrada ou a permanência dos mesmos na Instituição?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

46. Existe colaboração entre a equipa de funcionários e a pessoa com demência nas Atividades de Vida Diária?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

47. Com que frequência se realizam atividades de ocupação e participação com as pessoas com demência?

- Diariamente
- Mais que uma vez por dia
- Semanalmente
- Mensalmente
- Ocasionalmente

48. As pessoas com demência na Instituição têm oportunidade de participar na seleção das atividades a realizar?

- Sim
- Não

48.1 Se respondeu sim, por favor indique algumas das atividades que são planeadas em conjunto:

49. Que tipo de atividades a Instituição oferece, para além das Atividades de Vida Diária?

(assinale todas as opções que se verificarem)

- Reminiscência
- Estimulação Sensorial
- Reabilitação Cognitiva
- Treino de Atividades de Vida Diária
- Atividades Lúdicas
- Outro

50. As pessoas com demência são integradas em atividades com outras sem quadro demencial?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

51. As atividades/tarefas processuais são pensadas em função da história de vida ou gostos da Pessoa com Demência?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

52. Quem decide e como se decide a roupa que a pessoa com demência veste?

53. A pessoa é incentivada e encaminhada a espaços de culto?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

Obrigado pela sua colaboração!

Questionário dirigido aos Técnicos Profissionais/ Superiores da ERPI: Psicólogos,
Fisioterapeutas, Enfermeiros, Terapeutas ocupacionais, Terapeutas da fala, Gerontólogos,
Farmacêuticos, Animadores Socioculturais e outros técnicos

O meu nome é Cláudio Marcelo Mateus Carvalho e estou a realizar um estudo para a obtenção do grau de mestre em Gerontologia Social, no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa (ISCSP/UL).

O presente estudo tem como objetivo caracterizar a cultura organizacional de acordo com o modelo centrado na pessoa com demência, na ótica dos profissionais.

Serão asseguradas todas as precauções para que o anonimato quer da Instituição quer da sua identidade sejam garantidos.

Não existem respostas certas ou erradas. Apenas a sua opinião conta, pelo que lhe solicitamos respostas sinceras e espontâneas a todas as questões. Este questionário possui tipologia mista, pelo que em algumas questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta e outras desenvolver a sua resposta/opinião.

Agradeço, desde já, a sua colaboração!

1. CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL (Pessoa que responde ao questionário)

Idade	
Sexo	
Escolaridade	
Função que desempenha na instituição	
Formação Curso Formação especializada	

RECURSOS HUMANOS E FORMAÇÃO

2. O que entende por demência?

3. Possui formação especializada em demência e prestação de cuidados?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

4. A Instituição proporciona formação especializada aos seus funcionários?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

4.1 Se, sim, por favor indique que temáticas de formação foram ministradas no último ano:

(Assinale todas as opções que se verificaram)

<input type="checkbox"/>	Atividades de Vida Diária
<input type="checkbox"/>	Relações Interpessoais
<input type="checkbox"/>	Cuidados em Demência
<input type="checkbox"/>	Outras, quais? _____

5. São realizadas ações que promovam a coesão da equipa?

<input type="checkbox"/>	Sim, quais? _____
<input type="checkbox"/>	Não

6. É dado feedback das funções desempenhadas por si?

<input type="checkbox"/>	Sim, de que forma? _____
<input type="checkbox"/>	Não

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

7. Sabe o nome de todas as pessoas com demência?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

8. Existe um Plano de cuidados, escrito e individualizado, para cada cliente?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

9. Como profissional conhece as preferências, as rotinas diárias e histórias de vida de cada pessoa com demência?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

10. Sente-se capacitado para cuidar e trabalhar com uma pessoa com demência?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

11. Age de maneira diferente perante uma pessoa com demência?

<input type="checkbox"/>	Sim, de que forma? _____
<input type="checkbox"/>	Não

12. O que é que sente de positivo ou gratificante na prestação de cuidados e trabalho com uma pessoa com demência?

--

13. Na sua perceção, quais as maiores complicações no cuidado da pessoa com demência?

14. Que sugestões daria para uma intervenção de qualidade com pessoa com demência?

PROCESSO DA PESSOA COM DEMÊNCIA NA INSTITUIÇÃO E AVALIAÇÃO

15. É responsável pelo acolhimento do cliente na Instituição?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

16. É incluído na avaliação, padronizada e escrita, inicial do cliente?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

17. Com que frequência são realizadas as (re)avaliações dos clientes?

(Assinale apenas uma opção)

<input type="checkbox"/>	Mensal
<input type="checkbox"/>	Trimestral
<input type="checkbox"/>	Semestral
<input type="checkbox"/>	Anual

<input type="checkbox"/>	Não se realizam
<input type="checkbox"/>	Outra _____

18. É avaliada a qualidade dos serviços e o bem-estar das Pessoa com Demência?

<input type="checkbox"/>	Sim, por quem e com que ferramentas? _____
<input type="checkbox"/>	Não

ATIVIDADES

19. Colabora na elaboração de um Plano de Atividades de Ocupação e Participação individualizado para cada pessoa com demência?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

20. De acordo com a sua categoria profissional enumere os tipos de atividades executadas com a pessoa com demência.

--

21. Colabora com a pessoa com demência nas Atividades de Vida Diária?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

22. Com que frequência se realizam atividades de ocupação e participação com as pessoas com demência?

- Diariamente
- Mais que uma vez por dia
- Semanalmente
- Mensalmente
- Ocasionalmente

23. As atividades/tarefas processuais são pensadas em função da história de vida ou gostos da Pessoa com Demência?

- Sim
- Não

24. As pessoas com demência na Instituição têm oportunidade de participar na seleção das atividades a realizar?

- Sim
- Não

24.1 Se respondeu sim, por favor indique algumas das atividades que são planeadas em conjunto:

25. Que tipo de atividades a Instituição oferece, para além das Atividades de Vida Diária?

(assinale todas as opções que se verificarem)

<input type="checkbox"/>	Reminiscência
<input type="checkbox"/>	Estimulação Sensorial
<input type="checkbox"/>	Reabilitação Cognitiva
<input type="checkbox"/>	Treino de Atividades de Vida Diária
<input type="checkbox"/>	Atividades Lúdicas
<input type="checkbox"/>	Outro _____

26. São criados suportes visuais e imagens que ajudam a pessoa com demência a tomar as decisões?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

27. São usados livros, fotografias e gestos na comunicação com a pessoa com demência?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

28. São criadas oportunidades de autonomia, envolvimento e experiências compartilhadas da pessoa com demência?

<input type="checkbox"/>	Sim, quais? _____
<input type="checkbox"/>	Não

Obrigado pela sua colaboração!

Questionário dirigido aos Auxiliares de Ação Direta

O meu nome é Cláudio Marcelo Mateus Carvalho e estou a realizar um estudo para a obtenção do grau de mestre em Gerontologia Social, no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa (ISCSP/UL).

O presente estudo tem como objetivo caracterizar a cultura organizacional de acordo com o modelo centrado na pessoa com demência, na ótica dos profissionais.

Serão asseguradas todas as precauções para que o anonimato quer da Instituição quer da sua identidade sejam garantidos.

Não existem respostas certas ou erradas. Apenas a sua opinião conta, pelo que lhe solicitamos respostas sinceras e espontâneas a todas as questões. Este questionário possui tipologia mista, pelo que em algumas questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta e outras desenvolver a sua resposta/opinião.

Agradeço, desde já, a sua colaboração!

1. CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL (Pessoa que responde ao questionário)

Idade	
Sexo	
Escolaridade	
Função que desempenha na instituição	
Formação	
Curso	
Formação especializada	

RECURSOS HUMANOS E FORMAÇÃO

2. O que entende por demência?

3. Tem formação especializada em demência e prestação de cuidados?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

4. A Instituição proporciona-lhe formação especializada?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

4.1 Se sim, por favor indique que temáticas de formação no último ano:

(Assinale todas as opções que se verificaram)

<input type="checkbox"/>	Atividades de Vida Diária
<input type="checkbox"/>	Relações Interpessoais
<input type="checkbox"/>	Cuidados em Demência
<input type="checkbox"/>	Outras, quais? _____

5. As funções que desempenha na Instituição são reconhecidas pela chefia?

<input type="checkbox"/>	Sim, de que forma? _____
<input type="checkbox"/>	Não

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

6. Sabe o nome de todas as pessoas com demência?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

7. A prestação de cuidados à pessoa com demência é executada pelo mesmo funcionário, pela mesma dupla de profissionais ou pela mesma equipa, sempre que possível?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

7.1 Se não, quando os cuidados são prestados por pessoas diferentes, a transição é suave e cuidadosa?

<input type="checkbox"/>	Sim, de que forma? _____
<input type="checkbox"/>	Não

8. Conhece as preferências, as rotinas diárias e histórias de vida de cada pessoa com demência?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

9. Nas atividades com as pessoas com demência tem algum tempo a cumprir para a tarefa ou pode demorar o tempo que precisar?

<input type="checkbox"/>	Sim, quanto tempo? _____
<input type="checkbox"/>	Posso demorar o tempo que precisar

10. Existe colaboração consigo e com a pessoa com demência nas Atividades de Vida Diária?
(por exemplo: higiene, vestir, comer)

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

11. A pessoa com demência é apoiada para o autocuidado? (encorajada a vestir-se ou fazer a sua higiene pessoal sozinha, por exemplo)

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

12. Sente-se capaz de cuidar de uma pessoa com demência?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

13. Trata as pessoas com demência de maneira diferente das pessoas que não têm problemas cognitivos?

<input type="checkbox"/>	Sim, de que forma? _____
<input type="checkbox"/>	Não

14. O que é que sente de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à pessoa com demência?

15. Na sua perceção, quais as maiores complicações no cuidado da pessoa com demência?

16. Que sugestões daria para uma intervenção de qualidade com pessoa com demência?

ATIVIDADES

17. Acompanha e auxilia a pessoa com demência em atividades de ocupação (ginástica, ir ao espaço de culto, fisioterapia, atividades de animação sociocultural) para além das Atividades de Vida Diária?

	Sim, quais? _____
	Não

18. Ajuda a pessoa com demência a circular livremente pelo interior e exterior da Instituição?

	Sim
	Não

19. Quem decide e como se decide a roupa que a pessoa com demência veste?

20. As pessoas com demência ingerem os alimentos sozinhas?

Sim

Não, por que motivo? _____

21. A pessoa com demência é incentivada e encaminhada a espaços de culto?

Sim

Não

Obrigado pela sua colaboração!

Questionário dirigido aos Funcionários da Cozinha

O meu nome é Cláudio Marcelo Mateus Carvalho e estou a realizar um estudo para a obtenção do grau de mestre em Gerontologia Social, no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa (ISCSP/UL).

O presente estudo tem como objetivo caracterizar a cultura organizacional de acordo com o modelo centrado na pessoa com demência, na ótica dos profissionais.

Serão asseguradas todas as precauções para que o anonimato quer da Instituição quer da sua identidade sejam garantidos.

Não existem respostas certas ou erradas. Apenas a sua opinião conta, pelo que lhe solicitamos respostas sinceras e espontâneas a todas as questões. Este questionário possui tipologia mista, pelo que em algumas questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta e outras desenvolver a sua resposta/opinião.

Agradeço, desde já, a sua colaboração!

1. CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL (Pessoa que responde ao questionário)

Idade	
Sexo	
Escolaridade	
Função que desempenha na instituição	
Formação	
Curso	
Formação especializada	

RECURSOS HUMANOS E FORMAÇÃO

2. O que entende por demência?

3. Possui algum tipo de formação em demência e prestação de cuidados?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

4. A Instituição proporciona formação especializada aos seus funcionários?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

4.1 Se, sim, por favor indique que temáticas de formação foram ministradas no último ano:

(Assinale todas as opções que se verificaram)

<input type="checkbox"/>	Atividades de Vida Diária
<input type="checkbox"/>	Relações Interpessoais
<input type="checkbox"/>	Cuidados em Demência
<input type="checkbox"/>	Outras. Quais? _____

5. As funções que desempenha na Instituição são reconhecidas pela chefia?

<input type="checkbox"/>	Sim, de que forma? _____
<input type="checkbox"/>	Não

6. É responsável por fazer a ementa da Instituição?

<input type="checkbox"/>	Sim, de que forma? _____
<input type="checkbox"/>	Não

7. Os gostos e preferências das pessoas com demência são levados em conta na elaboração da ementa?

<input type="checkbox"/>	Sim, de que forma? _____
<input type="checkbox"/>	Não

8. As pessoas com demência participam em algum tipo de tarefas da cozinha?

<input type="checkbox"/>	Sim, quais? _____
<input type="checkbox"/>	Não

9. Consegue perceber se as pessoas com demência gostam ou não das refeições?

<input type="checkbox"/>	Sim, de que forma? _____
<input type="checkbox"/>	Não

10. Sente-se capacitado para trabalhar com uma pessoa com demência?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

11. Age de maneira diferente perante uma pessoa com demência?

<input type="checkbox"/>	Sim, de que forma? _____
<input type="checkbox"/>	Não

12. O que é que sente de positivo ou gratificante no trabalho com uma pessoa com demência?

13. Na sua perceção, quais as maiores complicações no trabalho com uma pessoa com demência?

14. Que sugestões daria para uma intervenção de qualidade com pessoa com demência?

15. Considera que o trabalho na cozinha poderia envolver mais as pessoas com demência?

Obrigado pela sua colaboração!

Apêndice III – RESULTADOS DA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS, POR ERPI E POR CATEGORIA PROFISSIONAL

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA ERPI A

i) Resultados do questionário ao Diretor Técnico (DT)

Caracterização do Profissional

A DT possui 23 anos, assume também funções de Assistente Social, é licenciada em Serviço Social e frequenta o mestrado em Gerontologia Social.

Caracterização da Instituição

A presente instituição tem 90 anos de existência que detém como natureza jurídica Centro Social e Paroquial. No que diz respeito ao número de clientes, a ERPI conta 89 utentes mulheres, e 40 comportam quadro demencial. De acordo com a DT, aferimos que a instituição não é especializada em nenhuma área de prestação de cuidados/ demência.

Horário de visita: 12h00 – 21h00

Estrutura Física

A DT revela que os quartos encontrados na instituição são do tipo individual (22), duplo (11) ou triplo (13). Nenhuma pessoa com quadro demencial se encontra em quartos individuais, pelo que estão divididas nos quartos duplos (10 utentes) e triplos (30 utentes). Adianta que 25 utentes com demência partilham quarto com outras pessoas com demência/défices cognitivos e que 15 partilham quarto com pessoas dependentes fisicamente. Os quartos e casas de banho estão identificados, tendo em conta os défices cognitivos dos clientes, onde o primeiro é identificado através de fotografias. Os utentes podem personalizar os seus quartos trazendo consigo peças de mobiliário. Sobre a estrutura física acrescenta ainda que a ERPI detém espaço de culto espiritual/religioso bem como um espaço ao ar livre onde os utentes podem circular livremente.

Recursos Humanos e Formação

A DT revela o quadro de recursos humanos (tabela 6) e assume que nenhum dos profissionais que trabalham com PcD possui formação especializada na área mencionada e prestação de cuidados. No entanto, a instituição proporciona outra formação especializada aos seus funcionários como por exemplo relações interpessoais, posicionamentos e suporte básico de vida. Apesar de não serem realizadas ações de coesão de equipa, a DT refere que é dado aos funcionários o *feedback* das funções que desempenham na passagem de turno.

Tabela 25 - Recursos Humanos ERPI A

Função	Número de Funcionários	
DT	1	
Enfermeiro(a)	2	
Animador(a) Sociocultural	1	
Porteiro(a)	2	
Elementos alocados à cozinha	8	
AAD	47	Turno da manhã: 15 Turno da tarde: 10 Turno da noite: 5

Prestação de cuidados

A DT reconhece que nem todos os funcionários sabem os nomes de todas as PcD. No entanto, refere que conhecem as preferências, rotinas diárias e histórias de vida. A ERPI não possui nenhum plano de cuidados escrito e individualizado por utente. A prestação de cuidados (higiene, alimentação, administração de medicação, etc) é executada pelo mesmo funcionário ou dupla de profissionais sempre que possível.

Podemos também verificar, de acordo com a perceção da DT, que os profissionais não se sentem capacitados para trabalhar com PcD, não agem de maneira diferente perante uma pessoa com quadro demencial, não complementam a sua comunicação através de gesticulação e ainda se dirigem à PcD utilizando uma base de infantilização.

A DT indica-nos ainda que: “as melhorias face ao efeito severo da demência, embora que pequenas por causa da nossa intervenção” é o que os profissionais sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD. Aponta-nos também que as maiores complicações no cuidado da PcD são: “não saberem lidar com as necessidades da PcD e

infantilizarem essa população”. E revela que a sugestão que daria para uma intervenção de qualidade: “reconhecê-los na sua individualidade”.

Processo da PcD na instituição e avaliação

No que concerne à integração da PcD na ERPI, a DT afirma que a Família propõe SEMPRE; o Próprio (utente) RARAMENTE; os Serviços de Saúde (RNCCI) NUNCA e Serviços Sociais (Segurança Social, Misericórdias) NUNCA.

O técnico responsável pelo acolhimento do utente é o DA/ Assistente Social, onde o primeiro pode trazer e utilizar objetos pessoais e mobiliário para o quarto. No entanto, não é permitido que a PcD se faça acompanhar de um animal de estimação. É desenvolvida também uma avaliação inicial do utente padronizada e escrita, que se configura por um Processo Diagnóstico, onde o DA/ Assistente Social e Enfermeiros são envolvidos. São realizadas trimestralmente (re)avaliações dos utentes. No entanto, a DT confessa que não é avaliada a qualidade dos serviços e bem-estar das PcD.

Atividades

A DT refere que na instituição não existe nenhum plano de atividades e ocupação e participação individualizados para casa PcD. Contudo, as PcD podem sair da instituição com os seus familiares e amigos e são promovidas atividades com os mesmos com é o caso de celebrações de épocas festivas, aniversários e participação nas AVD (auxílio na alimentação). No que concerne ainda às AVD, existe colaboração entre equipa de funcionários e PcD na sua elaboração. Sobre quem decide a roupa que a PcD veste a DT respondeu: “dependendo do nível de dependência da pessoa. As pessoas com mais dependência quem escolhe são as AAD, tendo em conta os hábitos da pessoa”.

Realizam-se atividades de ocupação e participação semanalmente, mas a DT relata que os utentes com demência não têm oportunidade de participar na seleção das atividades a realizar. Para além das AVD, a instituição oferece outro tipo de atividades como serve de exemplo atividade lúdicas e estimulação sensorial e utilização de espaços de culto, pensados

de acordo com a história de vida ou gostos dos utentes, onde as PcD são integradas nas atividades com outros utentes sem quadro demencial.

ii) Resultados do questionário aos Técnicos Superiores/Profissionais

Caracterização dos Profissionais

Os 2 profissionais (67% dos Técnicos Superiores) tinham idades compreendidas entre 23 e 33 anos, assumindo funções de Enfermeira e Animador Sociocultural, em que primeiro detém licenciatura em Enfermagem e o segundo em Educação Social.

Recursos humanos e Formação

No que diz respeito à perceção face à demência, verificamos as seguintes respostas:

“Perda de capacidades mentais de forma gradual como por exemplo: perda de memória e raciocínio e interação a nível social” (Téc.n.Sup.1)
“Alterações das funções cognitivas, espaço-temporal, memória. Havendo vários graus” (Téc.n.Sup.2)

Nenhum dos profissionais possui formação especializada em demência e prestação de cuidados. No entanto o Téc.n.Sup.2 afirma que a instituição proporciona formação especializada aos seus funcionários, nomeadamente: “cuidados em demência e posicionamento/transferências de utentes”.

Ambos os profissionais referem que não são realizadas ações de coesão de equipa. No entanto, um dos técnicos destaca que é dado *feedback* das funções que desempenha através “da avaliação em equipa das atividades, eventos, saída ao exterior” (Téc.n.Sup.2).

Prestação de cuidados

Os dois técnicos declaram a existência de um plano de cuidados escrito e individualizado para cada pessoa. Também sabem o nome de todas as PcD da ERPI, bem

como as suas preferências, as rotinas diárias e histórias de vida. Ambos se sentem capacitados para cuidar e trabalhar com PcD. No entanto, enquanto um refere que não age de maneira diferente perante uma PcD, o outro declara que quando existe comunicação bilateral prima por: “falar pausada e objetivamente”.

De acordo com o que os profissionais sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD, indicam-nos:

“Quando não estamos à espera do *feedback* da PcD, é enriquecedor. Quando reconhece quem nós somos, quando esboça um sorriso, quando estimuladas obtemos uma resposta do outro lado” (Téc.n.Sup.1)

“É enriquecedor compreender a panóplia de perdas cognitivas que os utentes sofrem no processo de demência” (Téc.n.Sup.2)

Apontam-nos também que as maiores complicações no cuidado da PcD são:

“Os períodos de agressividade, a frustração delas próprias quando eram capazes de fazer certas atividades e quando têm a noção disso” (Téc.n.Sup.1)

“A desorientação espacial. Ao darmos uma indicação, por exemplo, para a pessoa não se levantar da cadeira de rodas, e a pessoa minutos depois esquece-se e levanta-se” (Téc.n.Sup.2)

E revelam que sugestões dariam para uma intervenção de qualidade:

“Disponibilidade para o toque, o estar presente sem ser só presença física, o procurar em saber mais” (Téc.n.Sup.1)

“Ter formação contínua sobre o tema” (Téc.n.Sup.2)

Processo da PcD na instituição e avaliação

Na perceção dos técnicos, a Enfermeira é uma das profissionais responsáveis pelo acolhimento do cliente na instituição, bem como na avaliação inicial do mesmo. Os dois técnicos inquiridos relatam que são realizadas reavaliações dos clientes: “mensalmente” pela enfermagem e “anual” pelas atividades de animação sociocultural.

Os técnicos referem que é avaliada a qualidade dos serviços e o bem-estar das PcD “através das AAD e através das coordenadoras de auxiliares. A passagem de turno é um

momento de reflexão e discussão acerca do estudo social das utentes, incluindo as utentes com demência” (Téc.n.sup.1.).

Atividades

Os dois técnicos superiores referem que não existe um plano de atividades e ocupação e participação individualizados para cada PcD onde a enfermagem participe. No entanto, o Animador Sociocultural elabora um plano de ocupação e participação individualizado que é pensado em função da história de vida e gostos da PcD. Ademais, realiza atividades de ocupação e participação: “diariamente”.

No que diz respeito à sua categoria profissional, os técnicos enumeraram os tipos de atividades que executam com a PcD:

“Atividades através do estímulo verbal, sensorial, atividades ao ar livre, medicação e curativos” (Téc.n.Sup.1)

“Atividades de motricidade grossa e fina, ensaio do coro da igreja, artes plásticas e missa” (Téc.n.Sup.2)

Adiantamos que a um dos técnicos colabora com a PcD nas AVD, o que não acontece com outro. Para além deste tipo de AVD, a ERPI ainda oferece as seguintes atividades:

“Estimulação sensorial, reabilitação cognitiva, treino de AVD e atividades lúdicas” (Téc.n.Sup.1)

“Reminiscência, estimulação sensorial, atividades lúdicas” (Téc.n.Sup.2)

Nas respetivas funções, o Téc.n.Sup.1 declara que são criados suportes visuais e imagens que ajudam a PcD a tomar as decisões, bem como são usados livros, fotografias e gestos na comunicação com a PcD. Já o Téc.n.Sup.2 revela-nos que não. No entanto, são criadas oportunidades de autonomia, envolvimento e experiências compartilhadas da PcD:

“Nas atividades em grupo, como por exemplo na pintura” (Téc.n.Sup.1)

“No treino da marcha” (Téc.n.Sup.2)

iii) Resultados do questionário aos Auxiliares de Ação Direta (AAD)

Caracterização dos Profissionais

Dos 47 AAD, colaboraram com a nossa pesquisa 5 (10,6%), que constituem a nossa amostra. Tinham idades compreendidas entre 24 e 70 anos, quatro do sexo feminino e um do sexo masculino, possuindo níveis de escolaridade compreendidos entre 4º ano e licenciatura em Enfermagem.

Recursos humanos e Formação

No que diz respeito à perceção dos AAD face à demência, verificamos as seguintes respostas:

“Incapacidade mental para decidir só por si” (AAD1)
“Alteração patológica, mental/cognitiva” (AAD2)
“Qualquer pessoa que não tenha qualquer capacidade de decisão própria” (AAD3)
“Doença neurológica que afeta essencialmente os mais idosos e pode levar à sua incapacidade. A demência abrange várias doenças com etapas e varia de pessoa para pessoa” (AAD4)
“Envelhecimento do cérebro” (AAD5)

Somente um dos profissionais possui formação especializada em demência e prestação de cuidados, no entanto dois AAD afirmam que a instituição proporciona formação especializada aos seus funcionários, nomeadamente: “cuidados em demência” (AAD1) e “posicionamento e compreensão do idoso” (AAD2).

Todos os profissionais referem que lhes é dado *feedback* das funções que desempenha através de: “testemunho que me passam” (AAD1) e “obrigado pelo seu trabalho” (AAD4).

Prestação de cuidados

Apenas dois profissionais sabem o nome de todas as PcD. Além disso, nenhum conhece as suas preferências, as rotinas diárias e histórias de vida. Duas auxiliares frisam que a prestação de cuidados não é executada pelo mesmo funcionário ou dupla de profissionais sempre que possível. No entanto, declaram que quando os cuidados são prestados por pessoas diferentes a transição é suave e cuidadosa. Verificamos também que na opinião das AAD inquiridas a prestação de cuidados é centrada na interação e não na tarefa pelo facto de todos os profissionais assumirem que: “Posso demorar o tempo que precisar” (na prestação de cuidados) (AAD1, AAD2, AAD3, AAD4, AAD5).

Somente uma AAD frisa que não existe colaboração nas AVD entre ela e a PcD. Todos os outros consideram que a pessoa é apoiada para o autocuidado, por exemplo: encorajada a vestir-se ou fazer a sua higiene pessoal sozinha. Por outro lado, referem também que quem decide quem decide a roupa que a pessoa veste são os próprios auxiliares, como também três dos profissionais referem que as PcD não comem sozinhas pelo seguinte motivo:

“Porque não têm capacidade” (AAD1)

“Depende do nível de demência, mas grande parte é auxiliada por haver perigo de engasgamento ou também porque a pessoa demente esquece-se de comer e não tem agilidade para tal” (AAD4)

“Risco de engasgamento ou dificuldade motora” (AAD5)

No que diz respeito à capacidade para cuidar e trabalhar com PcD, só um auxiliar demonstra inaptidão para tal. Quatro dos auxiliares referem que agem de maneira diferente perante uma PcD:

“Falando devagar” (AAD1)

“De maneira que atenda às suas atividades individuais, tendo um olhar holístico diante dos seus cuidados e necessidades” (AAD2)

“Cada pessoa deve ser tratada de forma singular e adaptada, atendendo às suas necessidades” (AAD4)

“Através de compreensão e apaziguamento” (AAD5)

De acordo com o que os profissionais sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD, os auxiliares indicam-nos:

“Tudo para mim é positivo e gratificante porque faço o que gosto” (AAD1)

“Ver melhoras/evolução cognitiva. Ao se recuperar de funções antes não vencidas” (AAD2)

“É sempre uma experiência enriquecedora a nível pessoal, pois apesar da demência são seres humanos com as suas vivências” (AAD3)

“Ajudar alguém com mais necessidades e por outro lado, observar o que este tipo de doença pode provocar a uma pessoa” (AAD4)

“Sinto-me grata para ter capacidade para cuidar destas pessoas” (AAD5)

Apontam-nos também que as maiores complicações no cuidado da PcD são:

“Às vezes não nos compreendem pela sua própria situação” (AAD1)

“Que os profissionais entendam a necessidade de um cuidado individualizado. Fazer perceber que o cuidado e autocuidado são essenciais para a sua evolução cognitiva e psicológica” (AAD2)

“Agressividade quando surge” (AAD3)

“A apatia” (AAD4)

“Não estar atento às mudanças bruscas do comportamento” (AAD5)

E revelam que sugestões dariam para uma intervenção de qualidade:

“Paciência e carinho” (AAD1)

“Treinamentos, consciencialização dos profissionais quanto aos cuidados individualizados” (AAD2)

“Música, passeios ao ar livre, principalmente atividade que a PcD goste e se sinta confortável a realizar” (AAD3)

“Trabalho de equipa entre familiares, cuidadores e médicos assistentes” (AAD4)

“Não se deixar envolver, apenas cuidar” (AAD5)

Atividades

Só um auxiliar refere que acompanha e auxilia as PcD em atividades de ocupação para além das AVD, como serve de exemplo: “Passeios ao ar livre” (AAD3). Todos os auxiliares ajudam as PcD a circular livremente pelo interior e exterior da ERPI. No entanto, dois profissionais referem que as pessoas não são incentivadas nem encaminhas para locais de culto.

iv) Resultados do questionário aos Funcionários da Cozinha

Caracterização dos Profissionais

Dos oito funcionários de cozinha, quatro constituem a nossa amostra (50%). Tinham idades compreendidas entre 25 e 56 anos, três do género feminino e um do género masculino, possuindo com níveis de escolaridade compreendidos entre 4º ano e 12º ano e com formações em Técnico Florestal e Ambiental, Animação Sociocultural e HACCP e Segurança no Trabalho.

Recursos Humanos e Formação

No que diz respeito à perceção face à demência, verificamos as seguintes respostas:

“Não sei” (Fun.Cozinha1 e 2)
“Uma pessoa que está doente sem ser capaz de tomar conta de si própria” (Fun.Cozinha3)
“Perda de funções cerebrais, tais como a memória e raciocínio. Alguma deterioração do sistema comportamental” (Fun.Cozinha4)

Os funcionários da cozinha referem que não possuem formação especializada em demência e prestação de cuidados, como também afirmam que a instituição não lhes proporciona formação especializada.

Só um profissional referiu que as suas funções na ERPI são reconhecidas. Nenhum dos funcionários é responsável por fazer a ementa da instituição. Referem não saber se os

gostos e preferências das PcD são levados em consideração na elaboração da ementa, bem como não conseguem perceber se as PcD gostam ou não das refeições. Todos referem também que nenhuma das PcD participa em algum tipo de tarefas da cozinha.

Todos referem que não se sentem capacitados para trabalhar com uma PcD nem agem de maneira diferente perante uma pessoa com quadro demencial.

De acordo com o que os profissionais da cozinha sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD, dois indicam-nos que não sabem por nunca terem trabalhado com PcD. Os restantes não responderam.

Dois funcionários apontam-nos que também não sabem as maiores complicações no cuidado da PcD. Os restantes não responderam.

Nenhum dos funcionários partilhou que sugestões daria para uma intervenção de qualidade, nem como é que o trabalho na cozinha poderia envolver mais as PcD.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA ERPI B

i) Resultado do questionário ao Diretor Técnico (DT)

Caracterização do Profissional

A DT tem 37 anos, é do género feminino, assume também funções de Assistente Social, sendo licenciada em Serviço Social.

Caracterização da Instituição

A presente instituição está em funcionamento desde 2013, detém como natureza jurídica Fundação de Solidariedade Social, possui alvará e é certificada. À data do inquérito, esta ERPI contava 63 utentes, dos quais 38 comportam quadro demencial. De acordo com a resposta da DT no questionário aferimos que a instituição é especializada em prestação de

cuidados, como serve de exemplo a área da demência, através da sua unidade de neuroestimulação que comporta também uma sala de *snoezelen* para todas as demências.

Horário de visita: das 14:30 às 18:30, mas são admitidas visitas extra em vários horários.

Estrutura Física

Os quartos encontrados na instituição são do tipo individual (4) e duplo (32). Apenas uma pessoa com quadro demencial tem um quarto individual, pelo que as restantes estão divididas nos quartos duplos. Adianta-se que os utentes com demência partilham quarto com outras pessoas com demência/défices cognitivos, partilham quarto com pessoas dependentes fisicamente, como também com pessoas independentes e autónomas física e cognitivamente. A DT refere que os quartos e casas de banho estão identificados tendo em conta os défices cognitivos dos clientes, onde o primeiro é identificado através de fotografias e pictogramas. Acrescenta ainda que os utentes podem personalizar os seus quartos trazendo consigo peças de mobiliário de suas casas. A ERPI detém também espaço de culto espiritual/religioso bem como um espaço ao ar livre onde os utentes podem circular livremente.

Recursos Humanos e Formação

A DT revela o quadro de profissionais (tabela 7) e refere que os profissionais que trabalham com PcD possuem formação especializada na área mencionada e prestação de cuidados. A DT adianta que a instituição proporciona formação especializada aos seus funcionários, como por exemplo formação em demência, AVD, relações interpessoais, higiene, saúde e segurança no trabalho. Também são realizadas ações de coesão de equipa, como *outdoors*, jantares e dinâmicas de grupo, sendo dado aos funcionários o *feedback* das funções que desempenham através de avaliações de desempenho.

Tabela 26 - Recursos Humanos ERPI B

Função	Número de Funcionários	
DT	1	
Fisioterapeuta	2	
Terapeuta Ocupacional	2	
Psicólogo	1	
Animador Sociocultural	1	
Enfermeiro	1	
Director Adjunto	1	
Neurologista	1	
Elementos alocados à cozinha	2	
	24	Turno da manhã: 9
AAD		Turno da tarde: 9
		Turno da noite: 3

Prestação de cuidados

A DT acredita que todos os funcionários sabem os nomes de todas as PcD, bem como conhecem as preferências, rotinas diárias e histórias de vida. Refere que a ERPI possui um plano de cuidados escrito e individualizado por utente. A prestação de cuidados (higiene, alimentação, administração de medicação, etc) é executada pelo mesmo funcionário ou dupla de profissionais sempre que possível.

Podemos também verificar, de acordo com a perceção da DT, que os profissionais se sentem capacitados para trabalhar com PcD, agem de maneira diferente perante uma pessoa com quadro demencial, caso seja necessário, complementam a sua comunicação através de gesticulação e não se dirigem à PcD utilizando uma base de infantilização.

De acordo com o que os profissionais sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD, a DT indica-nos: “o apoio aos que mais necessitam, estimulando o que ainda conseguem realizar dos seus AVD o carinho no cuidado”.

Aponta-nos também que as maiores complicações no cuidado da PcD são: “a dificuldade de individualização e da centralização na pessoa em contexto institucional. As alterações comportamentais”.

E revela que a sugestão que daria para uma intervenção de qualidade: “atividades de ocupação, estimulação, relaxamento, socialização com pares”.

Processo da PcD na instituição e avaliação

No que concerne ao processo de institucionalização da PcD na ERPI, a DT refere que a Família propõe FREQUENTEMENTE; o Próprio (utente) RARAMENTE; os Serviços de Saúde (RNCCI) FREQUENTEMENTE e os Serviços Sociais (Segurança Social, Misericórdias) RARAMENTE.

A DT/ Assistente Social considera-se o técnico responsável pelo acolhimento do utente e refere que este pode trazer e utilizar objetos pessoais e mobiliário para o quarto, como também é permitido que a PcD se faça acompanhar de um animal de estimação. É desenvolvida também uma avaliação, padronizada e escrita, inicial do utente, através de instrumentos de avaliação técnica e funcional, participando o DT, Enfermeiro, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. São realizadas semestralmente (re)avaliações dos utentes, bem como também é avaliada a qualidade dos serviços e bem-estar das PcD através da escala de depressão geriátrica e QOL (escala de qualidade de vida familiar).

Atividades

A DT afirma que existe um plano de atividades e ocupação e participação individualizados para cada PcD. As PcD podem sair da instituição com os seus familiares e amigos, bem como são promovidas atividades com os mesmos com é o caso de um arraial, festa de natal, festa de família, magusto, entre outras. No que concerne às AVD, existe colaboração entre a equipa de funcionários e a PcD na sua elaboração e quem decide a roupa que a PcD veste: “é tentado dar à escolha mas nas fases mais avançadas da doença têm-se complicado e acaba por ser os auxiliares”.

Realizam-se atividades de ocupação e participação diariamente e mais que uma vez por dia na ERPI, onde os utentes com demência têm oportunidade de participar na seleção das atividades a realizar, registado no Plano de Desenvolvimento Individual. Para além das AVD, a instituição oferece outro tipo de atividades como serve de exemplo reminiscência, estimulação sensorial, reabilitação cognitiva, treino de AVD, atividades lúdicas, orientação para a realidade, *snoezelen*, relaxamento, treino escrito e cálculo, treino de memória, onde as PcD são integradas nas atividades com outros utentes sem quadro demencial.

ii) Resultados do questionário aos Técnicos Superiores/Profissionais

Caracterização dos Profissionais

Dos nove elementos nesta categoria, dois profissionais fazem parte da amostra (22%). Possuem idades compreendidas entre 25 e 36 anos, assumindo funções de Terapeuta Ocupacional (Téc. Sup.1) e Diretor Adjunto (Téc. Sup.2), em que primeiro detém licenciatura em Terapia Ocupacional e o segundo licenciatura em Ciências da Comunicação e Cultura e formação especializada em Gestão de Organizações Sociais.

Recursos Humanos e Formação

No que diz respeito à perceção face à demência, verificamos as seguintes respostas:

“Um conjunto de doenças nas quais existe deterioração do desempenho cognitivo e comportamental, condicionando as AVD e perda de autonomia” (Téc. Sup.1)

“Doença a nível cerebral que diminui a capacidade de pensar, de raciocinar e de memória” (Téc. Sup.2)

Ambos os profissionais assumem que possuem formação especializada em demência e prestação de cuidados. No entanto, só um técnico afirma que a instituição proporciona formação especializada aos seus funcionários, nomeadamente: “AVD, relações interpessoais, cuidados em demência” (Téc. Sup.2). Este mesmo profissional refere que não são realizadas ações de coesão de equipa, enquanto o Téc. Sup.2 refere que são realizados jantares de colaboradores e formações em equipa para o efeito. Por outro lado, o Téc. Sup.2 acrescenta que é dado *feedback* das funções que desempenha através de “avaliação de desempenho, reuniões de coordenação”.

Prestação de cuidados

Os dois técnicos inquiridos declaram a existência de um plano de cuidados escrito e individualizado para cada pessoa. Referem não saber o nome de todas as PcD. O Téc. Sup.1

sabe as suas preferências, as rotinas diárias e histórias de vida dos utentes enquanto o Técn.Sup.2 declara não saber.

Ambos se sentem capacitados para cuidar e trabalhar com PcD. Contudo, um técnico refere que não age de maneira diferente perante uma PcD e o outro declara sim, “tendo sempre consciência que a perda de memória é um dos principais sintomas” (Técn.Sup.1).

De acordo com o que os profissionais sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD, os técnicos indicam-nos:

“O reconhecimento da nossa ajuda nas AVD” (Técn.Sup.1)
“Devemos cuidar de todos do mesmo jeito. Quando ajudamos a melhorar o dia do próximo é sempre gratificante” (Técn.Sup.2)

Apontam-nos também que as maiores complicações no cuidado da PcD são:

“A perda de memória, dificuldade no planeamento e organização das tarefas e dificuldades na orientação espaço-temporal” (Técn.Sup.1)
“Capacidade da PcD entender a necessidade do que está a fazer” (Técn.Sup.2)

E o Técn.Sup.1 revela ainda sugestões para uma intervenção de qualidade: “Ter consciência que a qualidade de vida da pessoa fica afetada, apresentando problemas cognitivos, de memória, raciocínio, linguagem, comportamento e a própria”.

Processo da PcD na instituição e avaliação

No que concerne ao processo de institucionalização da PcD na ERPI nenhum dos técnicos inquiridos se considera responsável, revelando ainda que não são incluídos na avaliação inicial do utente. Relatam que são realizadas reavaliações dos clientes: “semestralmente” pela TO e “trimestralmente” pelo DA. Da mesma forma, consideram que é avaliada a qualidade dos serviços e o bem-estar das PcD:

“Pelos técnicos e pela direção” (Técn.Sup.1)
“Pelos técnicos com os seus instrumentos de avaliação e medição” (Técn.Sup.2)

Atividades

Nenhum dos técnicos colabora num plano de atividades e ocupação e participação individualizados para cada PcD. No entanto, no que concerne à sua categoria profissional, os técnicos enumeraram os tipos de atividades que executam com a PcD:

“Orientação espaço-temporal, treino de AVD, estimulação cognitiva, *snoezelen*, reminiscência e treino de competências sociais” (Téc.n.Sup.1)
“Aquisição de equipamentos e materiais para atividades” (Téc.n.Sup.2)

Apenas um dos técnicos colabora com a PcD nas AVD, mas os dois asseguram que a ERPI ainda oferece as seguintes atividades realizadas diariamente: “Reminiscência, estimulação sensorial, reabilitação cognitiva, treino de AVD, atividades lúdicas”.

Os técnicos também nos afirmam que as atividades/tarefas processuais são pensadas em função da história de vida e gostos da PcD e que estas têm oportunidade de participar na seleção das atividades a realizar como:

“Ida ao *snoezelen* e estimulação cognitiva” (Téc.n.Sup.1)
“Jogos de memória, bingo, atividades religiosas” (Téc.n.Sup.2)

Nas respetivas funções, os dois profissionais declaram que são criados suportes visuais e imagens que ajudam a PcD a tomar as decisões bem como são usados livros, fotografias e gestos na comunicação com a PcD. São também criadas oportunidades de autonomia, envolvimento e experiências compartilhadas da PcD: “a decisão de ir ao passeio semanal” (Téc.n.Sup.1).

iii) Resultados do questionário aos Auxiliares de Ação Direta (AAD)

Caracterização do Profissional

Os sete AAD que constituem a nossa amostra (29%) tinham idades compreendidas entre 22 e 54 anos, cinco do género feminino e dois do género masculino, possuindo níveis

de escolaridade compreendidos entre 7º e 12º ano. Destaca-se que um dos auxiliares possui curso profissional de Animação Sociocultural.

Recursos Humanos e Formação

No que diz respeito à perceção face à demência, verificamos as seguintes respostas⁴⁶:

“É uma doença que ao longo do tempo vai-se agravando” (AAD1)

“Doença caracterizada pela diminuição da capacidade de raciocínio e de memória” (AAD2)

“Ausência prolongada ou pequenos momentos de ausência de memória” (AAD3)

“Uma doença ou grupo de doenças que provocam a falta parcial ou total de um indivíduo, de responder de forma física ou intelectual às capacidade e exigências de vida diária” (AAD4)

“Doença cerebral que gradualmente cauda diminuição de capacidades” (AAD5)

Três dos profissionais possuem formação especializada em demência e prestação de cuidados. Adiantamos também que cinco técnicos afirmam que a instituição proporciona formação especializada aos seus funcionários, nomeadamente as referidas na figura 1.⁴⁷

Figura 24 - Formação especializada aos funcionários ERPI B (segundo os AAD)



⁴⁶ Dois profissionais não responderam a esta questão

⁴⁷ Dois inquiridos não responderam a esta questão

À exceção de um, todos os inquiridos referem que lhes é dado *feedback* das funções que desempenha através “de elogios e confiança” (AAD4).

Prestação de cuidados

Todos os AAD referem que sabem o nome de todas as PcD. No entanto, só cinco consideram conhecer as suas preferências, as rotinas diárias e histórias de vida.

Constatámos que 2 auxiliares frisam que a prestação de cuidados não é executada pelo mesmo funcionário ou dupla de profissionais sempre que possível. Porém, declaram que quando os cuidados são prestados por pessoas diferentes a transição é suave e cuidadosa. Verificamos também que a prestação de cuidados é centrada na tarefa e nem tanto na interação pelo facto de cinco auxiliares assumirem que tinham um tempo para cumprir a prestação de cuidados, que podia variar entre 15 a 30 minutos.

Todos os profissionais frisam que existe colaboração nas AVD entre auxiliar e PcD. Todos consideram que a pessoa é apoiada para o autocuidado, por exemplo: encorajada a vestir-se ou fazer a sua higiene pessoal sozinha. Por outro lado, referem que quem decide a roupa que a pessoa veste são os próprios auxiliares. Relatam que as PcD comem sozinhas, à exceção “daquelas que perdem essa capacidade” (AAD6 e AAD7).

No que diz respeito à capacidade para cuidar e trabalhar com PcD, todos os auxiliares consideram que têm aptidão para tal. Quatro dos auxiliares referem que agem de maneira diferente perante uma PcD:

“Falo devagar” (AAD1)

“Na maneira de falar, no trato pessoal” (AAD2)

“Falo com calma” (AAD3)

“Sou mais persistente e repetitiva no que digo” (AAD5)

“Quando a PcD não entende por vezes o que estamos a fazer, tento ser persistente” (AAD7)

De acordo com o que os profissionais sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD, indicam-nos⁴⁸:

“Poder ajudar na qualidade de vida” (AAD2)

“É gratificante trabalhar e estimular pessoa com demência pois é bom ver a evolução dos mesmos e, fazendo o treino de AVD, muitas pessoas recuperam a sua autonomia” (AAD4)

“O momento em que estou com a pessoa, ela sentir-se bem” (AAD5)

“Poder restituir alguma dignidade à PcD” (AAD6)

“O carinho e o sorriso” (AAD7)

Apontam-nos também que as maiores complicações no cuidado da PcD são⁴⁹:

“Falta de compreensão” (AAD2)

“Normalmente as pessoas com demência têm outras doenças associadas como depressão, agitação, agressão, delírios e alucinações. E às vezes torna-se muito complicado” (AAD4)

“A pessoa perceber o que fazemos (higiene, apoio à alimentação) ser para o bem dela e não mostrar que é capacitada” (AAD5)

“A falta de acompanhamento psicológico para quem cuida” (AAD6)

“Por vezes não os entendemos e não sabemos o que nos querem dizer. Fica complicado não os poder ajudar” (AAD7)

E revelam que sugestões dariam para uma intervenção de qualidade⁵⁰:

“Mais dinâmica e atividades lúdicas para promover o envelhecimento ativo, caso possível” (AAD2)

“Devem estar enquadrados numa equipa multidisciplinar, em que cada pessoa deve ter um plano individual e trabalhar com cada pessoa individualmente com qualidade e focalizado à PcD” (AAD4)

“Formação e apoio psicológico” (AAD6)

“Terem mais espaços ao ar livre” (AAD7)

⁴⁸ Dois profissionais não responderam a esta questão

⁴⁹ Dois profissionais não responderam a esta questão

⁵⁰ Dois profissionais não responderam a esta questão

Atividades

Apenas dois auxiliares referem que acompanham e auxiliam as PcD em atividades de ocupação para além das AVD, como serve de exemplo: “Ginástica, atividades de animação, estimulação cognitiva, espaço de culto, *snoezelen*, estimulação sensorial” (AAD4 e AAD7). Os restantes não responderam à questão.

Todos os auxiliares ajudam as PcD a circular livremente pelo interior e exterior da ERPI, bem como referem que as pessoas são incentivadas e encaminhadas para locais de culto.

iv) Resultados do questionário aos Funcionários da Cozinha

Caracterização dos Profissionais

Os dois funcionários da cozinha (100%) que constituem a nossa amostra tinham idades compreendidas entre 25 e 39 anos, ambos do género feminino, possuindo níveis de escolaridade compreendidos entre 10º ano e bacharelato em Turismo e SENAC. Desempenham funções de Ajudante de Cozinha (AC) e Encarregado de Refeitório (ER), respetivamente.

Recursos Humanos e Formação

No que diz respeito à perceção face à demência, verificamos as seguintes respostas:

“Surge em qualquer pessoa, mas com frequência em idosos. Perda de memória, autonomia, incapacidade de expressão verbal, orientação e socialização, alteração emocional” (Fun.Cozinha2)

“É uma doença cerebral que gradualmente e a longo prazo causa diminuição de capacidade de raciocínio e de memória, a tal ponto que interfere com a função normal das pessoas” (Fun.Cozinha2)

Nenhum dos funcionários da cozinha assume ter formação especializada em demência e prestação de cuidados, como também afirmam que a instituição não lhes proporciona

formação especializada. Os dois profissionais referiram que as suas funções na ERPI eram reconhecidas, através: “de mais trabalho”.

Nenhum dos funcionários é responsável por decidir a ementa da instituição, referindo não saber se os gostos e preferências das PcD são levados em consideração. No entanto, um funcionário consegue perceber se as PcD gostam ou não das refeições: “conversando diariamente com as mesmas” (Fun.Cozinha2).

Ambos referem que nenhuma das PcD participa em algum tipo de tarefas da cozinha. Referem também que não se sentem capacitados para trabalhar com uma PcD, no entanto agem de maneira diferente perante uma pessoa com quadro demencial:

“Mais atenta às necessidades dos mesmos. Falar carinhosa e repetidamente” (Fun.Cozinha1)

“Com mais atenção e cuidados” (Fun.Cozinha2)

De acordo com o que os profissionais sentem de positivo ou gratificante no trabalho com as PcD, um funcionário não respondeu a esta questão, enquanto o Fun.Cozinha2 diz: “o bem-estar das pessoas”.

A Fun.Cozinha2 foi também a única a apontar as maiores complicações no cuidado da PcD: “a repetição da tarefa e a repetição, também a mudança de humor”; a partilhar sugestões para uma intervenção de qualidade: “na minha área seria interessante termos formação” e a comentar como é que o trabalho na cozinha poderia envolver mais as PcD:

“Na minha opinião não. Isto porque as PcD estariam expostas a utensílios de corte com os quais se poderiam magoar. Obrigando as pessoas da cozinha a estarem em vigília constante” (Fun.Cozinha2)

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA ERPI C

i) Resultado do questionário ao Diretor Técnico (DT)

Caracterização do Profissional

O DT possui 35 anos e é licenciado em Serviço Social.

Caracterização da Instituição

A presente instituição possui 36 anos de existência e detém como natureza jurídica Centro Social Paroquial. No que diz respeito ao número de clientes, a ERPI conta 60 utentes e 17 deles comportam quadro demencial. De acordo com o DT, a instituição não é especializada em nenhuma área de prestação de cuidados, como serve de exemplo a área da demência.

Horário de visita: 14h00 – 17h30, mas durante os meses de verão por ser uma zona de emigrantes não há restrições nos horários desde que não perturbem os funcionários da instituição.

Estrutura Física

O DT revela que os quartos encontrados na instituição são do tipo individual (4), duplo (25) ou triplo (2). Nenhuma pessoa com quadro demencial se encontra em quartos individuais, pelo que estão divididas nos quartos duplos (14 utentes) e quartos triplos (3). Adiantamos que 9 utentes com demência partilham quarto com outras pessoas com demência/défices cognitivos, 2 partilham quarto com pessoas dependentes fisicamente e 6 partilham quarto com pessoas independentes e autónomas física e cognitivamente. Os quartos e casas de banho estão identificados, tendo em conta os défices cognitivos dos clientes, onde o primeiro é identificado com desenhos e nome. Os utentes podem personalizar os seus quartos trazendo consigo peças de mobiliário. Sobre a estrutura física acrescenta ainda que a ERPI detém espaço de culto espiritual/religioso bem como um espaço ao ar livre onde os utentes podem circular livremente.

Recursos Humanos e Formação

O DT revela o quadro de profissionais (tabela 8) e assume que os profissionais que trabalham com PcD possuem formação especializada na área mencionada e prestação de cuidados. A instituição proporciona formação especializada aos seus funcionários como por exemplo cuidados em demência e envelhecimento ativo/positivo. São realizadas ações de coesão de equipa através convívios e reuniões informais e formais. O DT refere também que é dado aos funcionários o *feedback* das funções que desempenham sempre que possível verbalmente.

Tabela 27 - Recursos Humanos ERPI C

Função	Número de Funcionários
DT	1
Fisioterapeuta	1 (a tempo parcial)
Enfermeiro	1
Animador Sociocultural	1
Cozinheiros	4
Auxiliar de Serviços Gerais	7
Escriturária	1
Médico	1 (a tempo parcial)
AAD	13 Turno da manhã: 4 Turno da tarde/ noite: 5

Prestação de cuidados

O DT afirma que todos os funcionários sabem os nomes de todas as PcD. Adianta também que os funcionários conhecem as preferências de cada uma, as rotinas diárias e histórias de vida. A ERPI possui um plano de cuidados escrito e individualizado por utente. A prestação de cuidados (higiene, alimentação, administração de medicação, etc.) não é executada pelo mesmo funcionário ou dupla de profissionais sempre que possível.

Na perceção do DT, os profissionais sentem-se capacitados para trabalhar com PcD, e agem de maneira diferente perante uma pessoa com quadro demencial, complementam a sua comunicação através de gesticulação e ainda não se dirigem à PcD utilizando uma base de infantilização.

De acordo com o que os profissionais sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD, o DT indica-nos: “ter a satisfação de que tudo é feito de forma a proporcionar a melhor qualidade de vida e bem-estar do residente.”

Aponta-nos também que as maiores complicações no cuidado da PcD são: “a perceção das especificidades de cada um”.

E revela que a sugestão que daria para uma intervenção de qualidade: “apostar em formação especializada e arranjar instrumento ou formas de estimular a memória sensorial”.

Processo da PcD na instituição e avaliação

No que concerne ao processo de institucionalização da PcD na ERPI, o DT afirma que a Família propõe SEMPRE; o Próprio (utente) NUNCA; os Serviços de Saúde (RNCCI) FREQUENTEMENTE e Serviços Sociais (Segurança Social, Misericórdias) FREQUENTEMENTE.

O técnico responsável pelo acolhimento do utente é o DT, o Enfermeiro e o responsável pelos AAD, onde o primeiro (utente) pode trazer e utilizar objetos pessoais. A PcD não se pode fazer acompanhar de um animal de estimação. É desenvolvida também uma avaliação inicial do utente padronizada e escrita, que se configura por um questionário/processo sociofamiliar, onde o DT e Enfermeira são envolvidos. São realizadas mensalmente e sempre que necessário (re)avaliações dos utentes como também é avaliada a qualidade dos serviços e bem-estar das PcD.

Atividades

O DT refere que na instituição existe um plano de atividades e ocupação e participação individualizados para cada PcD. Celebra-se o aniversário da PcD. As PcD podem sair da instituição com os seus familiares e amigos e são promovidas atividades com os mesmos como é o caso da festa de natal e da família. No que concerne às AVD, existe colaboração entre equipa de funcionários e PcD na sua elaboração. Sobre quem decide a roupa que a PcD veste a DT respondeu: “são as AAD”.

Realizam-se atividades de ocupação e participação diariamente, bem como os utentes com demência têm oportunidade de participar na seleção das atividades a realizar como jogos e músicas. Para além das AVD, a instituição oferece outro tipo de atividades como serve de exemplo reminiscência, estimulação sensorial, reabilitação cognitiva, treino de

AVD, atividades lúdicas, pensadas de acordo com a história de vida ou gostos dos utentes, onde as PcD são integradas nas atividades com outros utentes sem quadro demencial.

ii) Resultados do questionário aos Técnicos Superiores/Profissionais

Caracterização dos Profissionais

As 3 profissionais (60% dos Técnicos Superiores/Profissionais) tinham idades compreendidas entre 28 e 36 anos, sexo feminino, assumindo funções de Escriturária (Téc.n.Sup.1), Animadora Sociocultural (Téc.n.Sup.2) e Enfermeira (Téc.n.Sup.3). A primeira é licenciada em Línguas e literaturas modernas (variante de estudos franceses e alemães), a segunda em Educação Social e a terceira em Enfermagem.

Recursos humanos e Formação

No que diz respeito à perceção face à demência, verificamos as seguintes respostas:

<p>“Diminuição da capacidade de raciocínio e perda de memória” (Téc.n.Sup.1)</p> <p>“É uma doença que faz com que existam perdas de capacidade no funcionamento da pessoa” (Téc.n.Sup.2)</p> <p>“Engloba alterações de carácter cognitivo e comportamental levando na maior parte das vezes á perda progressiva da autonomia” (Téc.n.Sup.3)</p>

Só a escriturária não possui formação especializada em demência e prestação de cuidados. As três profissionais inquiridas afirmam que a instituição proporciona formação especializada aos seus funcionários, nomeadamente: “AVD” (Téc.n.Sup.1) e “cuidados em demência e envelhecimento ativo/positivo” (Téc.n.Sup.2 e 3). Da mesma forma, todas referem que são realizadas ações de coesão de equipa através de convívios e reuniões formais e informais, como também destacam que é dado *feedback* das funções que desempenham.

Prestação de cuidados

As 3 técnicas declaram a existência de um plano de cuidados escrito e individualizado para cada pessoa. Também sabem o nome de todas as PcD da ERPI, bem como as suas preferências, as rotinas diárias e histórias de vida. Duas sentem-se capacitadas para cuidar e trabalhar com PcD e uma não. Todas referem que agem de maneira diferente perante uma PcD:

“Mais pacientemente” (Téc.Sup.1)
“Ter em atenção por exemplo se há algum tem que incomoda a pessoa” (Téc.Sup.2)
“Na medida em que se torna necessário adaptar as nossas posturas à pessoa em si e aos vários momentos que ela atravessa” (Téc.Sup.3)

De acordo com o que as profissionais sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD, indicam-nos:

“É gratificante sentir gratidão por parte daqueles que ajudamos” (Téc.Sup.1)
“Um sorriso no final da atividade” (Téc.Sup.2)
“Sobretudo ver o seu bem-estar na, medida do possível, quer físico quer mental” (Téc.Sup.3)

Apontam-nos também que as maiores complicações no cuidado da PcD são:

“Nem sempre as PcD interpretam bem os nossos gestos ou atitudes na ajuda diária” (Téc.Sup.1)
“Falta de informação sobre o passado da pessoa” (Téc.Sup.2)
“Fator comunicação” (Téc.Sup.3)

E revelam que sugestões dariam para uma intervenção de qualidade⁵¹:

“Conhecer o passado da pessoa, atividades e assuntos que gostava” (Téc.Sup.2)
“Dar extrema importância à criação de laços empáticos” (Téc.Sup.3)

⁵¹ A Téc.Sup.1 não respondeu a esta questão.

Processo da PcD na instituição e avaliação

Das técnicas superiores inquiridas, só a enfermeira é uma das profissionais responsáveis pelo acolhimento do cliente na instituição bem como pela avaliação inicial do mesmo. As técnicas relatam que são realizadas reavaliações dos clientes: “mensalmente”.

Todas referem que é avaliada a qualidade dos serviços e o bem-estar das PcD.

Atividades

Só a Técn.Sup.1 refere que não colabora na elaboração de um plano de ocupação e participação individualizado que é pensado em função da história de vida e gostos da PcD. As técnicas 2 e 3 realizam atividades de ocupação e participação: “diariamente”.

No que diz respeito à sua categoria profissional, à exceção da Técn.Sup.1, as inquiridas enumeraram os tipos de atividades que executam com a PcD:

“Puzzle, cantar, movimentos com o corpo, ler ou mesmo escrever”
(Técn.Sup.2)

“Estimulação cognitiva, simulação de AVD” (Técn.Sup.3)

Todas colaboram com a PcD nas AVD. Para além deste tipo de AVD, a ERPI ainda oferece as seguintes atividades:

“Reminiscência, estimulação sensorial, reabilitação cognitiva, treino de AVD, atividades lúdicas” (Técn.Sup.1 e 3)

“Reabilitação cognitiva, treino de AVD, atividades lúdicas” (Técn.Sup.2)

Nas respetivas funções, apenas a Técn.Sup.1 declara que não são criados suportes visuais e imagens que ajudam a PcD a tomar as decisões. No entanto, são criadas oportunidades de autonomia, envolvimento e experiências compartilhadas da PcD:

“Passear pela instituição” (Técn.Sup.2)

“O lema é ajudar e não fazer por eles o que eles conseguem fazer”
(Técn.Sup.3)

iii) Resultados do questionário aos Auxiliares de Ação Direta (AAD)

Caracterização dos Profissionais

Dos treze AAD, colaboraram com a nossa pesquisa nove (69,2%), que constituem a nossa amostra. Tinham idades compreendidas entre 24 e 65 anos, 12 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, possuindo níveis de escolaridade compreendidos entre 4º ano e 12º ano.

Recursos Humanos e Formação

No que diz respeito à perceção dos auxiliares face à demência, verificamos as seguintes respostas:

"Falta de capacidade" (AAD1)
"Perda de memória e seu conhecimento" (AAD2)
"É uma doença com incapacidade que causa declínio no funcionamento da pessoa" (AAD3)
"Uma incapacidade física e/ou psicológica" (AAD4)
"Quando uma pessoa já não consegue tratar de si própria e não consegue fazer coisas simples como fazer a higiene ou comer" (AAD5)
"É quando uma pessoa já não consegue tomar conta de si própria sozinha" (AAD6)
"Perda das funções mentais" (AAD7)
"Pessoa não lucida, com perda de memória, raciocínio e com alteração das reacções emocionais normais" (AAD8)
"Perda das capacidades mentais, físicas e emocionais" (AAD9)

Dos 9 AAD, 4 afirmaram que possuíam formação especializada em demência e prestação de cuidados e todos afirmam que a instituição proporciona formação especializada aos seus funcionários, nomeadamente AVD e cuidados em demência.

Todos os profissionais, referem que lhes é dado *feedback* das funções que desempenha verbalmente.

Prestação de cuidados

Todos os profissionais sabem o nome de todas as PcD. Só dois referem que não conhecem as suas preferências, as rotinas diárias e histórias de vida. Seis dos auxiliares frisam que a prestação de cuidados não é executada pelo mesmo funcionário ou dupla de profissionais sempre que possível. No entanto, declaram que quando os cuidados são prestados por pessoas diferentes a transição é suave e cuidadosa.

Verificamos também que, na opinião dos AAD inquiridos, a prestação de cuidados é centrada na interação e não na tarefa pelo facto de todos os profissionais, à exceção de um, assumirem que:

“Posso demorar o tempo que precisar” (na prestação de cuidados)
(AAD1, AAD2, AAD3, AAD4, AAD5, ADD6, AAD7, AAD8)

Todos frisam que existe colaboração nas AVD entre ela e a PcD. Todas as AAD consideram que a pessoa é apoiada para o autocuidado, por exemplo: encorajada a vestir-se ou fazer a sua higiene pessoal sozinha. Por outro lado, referem também que quem decide quem decide a roupa que a PcD veste são os próprios auxiliares. Três AAD referem que as PcD não comem sozinhas porque “não têm capacidade” (AAD5, 6 e 7). Os outros disseram que sim.

No que diz respeito à capacidade para cuidar e trabalhar com PcD, todas demonstram aptidão para tal. Seis dos Auxiliares referem que agem de maneira diferente perante uma PcD:

“Tentar dar-lhe outro apoio” (AAD2)
“Na forma de comunicar e nas rotinas” (AAD3)
“Com mais paciência e mais calma” (AAD5 e 6)
“Tento que estejam sempre calmas” (AAD7)
“Mais pacientemente e dedicando mais tempo às atividades” (AAD9)

Os restantes responderam que não.

De acordo com o que os profissionais sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD, as auxiliares indicam-nos⁵²:

“Sinto-me bem porque ajudo-a a ter um nível de vida melhor” (AAD1)

“Às vezes são muito carinhosos, mas por vezes faz-me sentir uma tristeza” (AAD2)

“Mesmo com os problemas físicos e/ou psicológicos tem sempre uma força” (AAD4)

“Saber que estou a ajudar alguém que precisa” (AAD5)

“Saber que estamos a fazer algo que um dia talvez nós também precisamos” (AAD6)

“O facto de poder proporcionar uma melhor forma de vida e bem-estar” (AAD8)

“Ajudá-los nas suas AVD” (AAD9)

Apontam-nos também que as maiores complicações no cuidado da PcD são⁵³:

“Aceitarem a nossa ajuda” (AAD1)

“Falar com eles e não entender, às vezes estar-lhe a fazer a higiene e a pessoa não estar quieta” (AAD2)

“Há sempre aspetos no cuidado da PcD, que visam um trabalho mais árduo/complicado, mas é sempre gratificante conviver e cuidar de pessoas com outras capacidades cognitivas, mas na minha opinião acho que o mais complicado é a maneira de se exprimirem, por vezes sentem-se incompreendidos” (AAD4)

“O utente ter dias que não deixa que seja feito os cuidados diários” (AAD5)

“Tentar ajudar e alguns dias, e eles não aceitam a nossa ajuda” (AAD6)

“Ter ajudá-las quando elas vivem algum momento complicado” (AAD7)

“Tudo vai depender do tipo de demência, esta pode estar apenas no início ou ser já muito avançada” (AAD8)

“A falta de tempo para a realização das AVD com mais calma” (AAD9)

⁵² O AAD3 não justificou a sua resposta

⁵³ O AAD3 não justificou a sua resposta

E revelam que sugestões dariam para uma intervenção de qualidade⁵⁴:

“Dar apoio e carinho” (AAD2)

“Acho que todas as instituições deviam ter mais psicólogos” (AAD4)

“Ter muita paciência, calma e pensar que um dia pode ser alguém da nossa família ou até mesmo nós naquela situação” (AAD5)

“Ter paciência e calma” (AAD6)

“Mais formação e informação” (AAD8)

“Paciência e empatia e disposição para enfrentar as dificuldades” (AAD9)

Atividades

Só 3 AAD acompanham e auxiliam as PcD em atividades de ocupação para além das AVD. Só 1 dos auxiliares é que não ajuda as PcD a circular livremente pelo interior e exterior da ERPI. Três AAD referem que as pessoas não são incentivadas nem encaminhadas para locais de culto.

iv) Resultados do questionário aos Funcionários da Cozinha

Caracterização dos Profissionais

Os 4 funcionários de cozinha da nossa amostra (100%), tinham idades compreendidas entre 29 e 54 anos, 3 do género feminino e 1 do género masculino, possuindo níveis de escolaridade compreendidos entre 6º ano e 12º ano.

Recursos humanos e Formação

No que diz respeito à perceção face à demência, verificamos as seguintes respostas:

⁵⁴ Os AAD1, 3 e 7 não justificaram a sua resposta

“A perda progressiva das capacidades motoras, psíquicas, sociais e comocionais” (Fun.Cozinha1)

“Pessoas que não têm capacidades” (Fun.Cozinha2)

“Falta de capacidade mental” (Fun.Cozinha3)

“Perda de capacidades mentais e com o passar do tempo perdem muitas mais” (Fun.Cozinha4)

Todos referem que não possuem formação especializada em demência e prestação de cuidados. Todas afirmam que a instituição proporciona-lhes formação especializada.

Três referiram que as suas funções na ERPI são reconhecidas, um respondeu negativamente. Nenhum dos funcionários é responsável por fazer a ementa da instituição. Só um refere que os gostos e preferências das PcD são levados em consideração na elaboração da ementa, os restantes respondem negativamente. No entanto, três conseguem perceber se as PcD gostam ou não das refeições, através:

“Da reação/resposta” (Fun.Cozinha1)

“Quando querem comer mais” (Fun.Cozinha2 e 3)

Todos referem também que nenhuma das PcD participa em algum tipo de tarefas da cozinha.

Todos afirmam que se sentem capacitados para trabalhar com uma PcD e 2 agem de maneira diferente perante uma pessoa com quadro demencial:

“Mais paciente, alocando mais tempo para a realização de tarefas” (Fun.Cozinha1)

“Temos que ter mais paciência e carinho” (Fun.Cozinha4)

De acordo com o que os profissionais sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD, as funcionárias da cozinha indicam-nos:

“Saber que alguém se importa e atua mais humanamente por um utente que a maior parte das vezes já não consegue comunicar as suas necessidades” (Fun.Cozinha1)

“Conseguir que estejam bem” (Fun.Cozinha2)

“O facto de poder ajudá-la” (Fun.Cozinha3)

“Elas dependem completamente de quem as rodeia. Nós fazemos toda a diferença na vida delas, mais que a própria família” (Fun.Cozinha4)

Apontam-nos também que as maiores complicações no cuidado da PcD são:

“O tempo necessário para a realização das tarefas” (Fun.Cozinha1)

“Falta de tempo para estar com eles” (Fun.Cozinha2)

“O facto de não perceberem tudo o que lhes é dito/explicado” (Fun.Cozinha3)

“Temos que ter muita atenção como se lida com elas, porque elas perdem a noção de tudo” (Fun.Cozinha4)

As Funcionárias deram sugestões para uma intervenção de qualidade⁵⁵:

“Paciência, compreensão, empatia e respeito. Todas as interações devem ser do jeito que gostaríamos que fosse para nós” (Fun.Cozinha1)

“Mais gente para trabalhar” (Fun.Cozinha2)

“Muita formação especializada, gosto pelo nosso trabalho, paciência e muito amor para dar a quem nos rodeia” (Fun.Cozinha4)

⁵⁵ A Fun.Cozinha3 não justinou a sua resposta

Por fim, as funcionárias referiram se o trabalho na cozinha poderia envolver mais as PcD:

“Sim, se houvesse staff e tempo suficiente para o fazer”
(Fun.Cozinha1)

“Depende da demência e da atividade que se pede” (Fun.Cozinha2)

“Não ” (Fun.Cozinha3)

“Não sei se a cozinha seria o melhor sitio pelos perigos que há dentro de uma cozinha” (Fun.Cozinha4)

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA ERPI D

i) Resultado do questionário ao Diretor Técnico (DT)

Caracterização do Profissional

A DT possui 32 anos, é do género feminino e é Mestre em Psicologia.

Caracterização da Instituição

Esta ERPI tem capacidade para 37 utentes e tem SAD, com capacidade de resposta para 6 utentes. Possui 25 anos de existência que detém como natureza jurídica Associação de Solidariedade Social. No que diz respeito ao número de clientes conta 41 utentes onde 7 comportam quadro demencial. De acordo com a DT, aferimos que a instituição não é especializada em nenhuma área de prestação de cuidados, como serve de exemplo a área da demência.

Horário de visita: 13h30 – 18h30

Estrutura Física

A DT revela que os quartos encontrados na instituição são do tipo individual (4), duplo (11) ou triplo (3). Nenhuma pessoa com quadro demencial se encontra em quartos individuais, pelo que estão divididas nos quartos duplos (7 utentes). Adiantamos que 3

utentes com demência partilham quarto com outras pessoas com demência/défices cognitivos e que 4 partilham quarto com pessoas dependentes fisicamente. Os quartos e casas de banho estão identificados, tendo em conta os défices cognitivos dos clientes, onde o primeiro é identificado com placas com diferentes cores e com foto de cada utente. Em fase de integração é colocado uma pulseira com a cor respondente ao quarto. Os utentes não podem personalizar os seus quartos trazendo consigo peças de mobiliário. Sobre a estrutura física acrescenta ainda que a ERPI detém espaço de culto espiritual/religioso bem como um espaço ao ar livre onde os utentes podem circular livremente.

Recursos humanos e Formação

A DT revela o quadro de profissionais da ERPI (tabela 9) assume que só dois dos profissionais que trabalham com PcD possuem formação especializada na área mencionada e prestação de cuidados (Enfermeira e DT). No entanto, a instituição proporciona outra formação especializada aos seus funcionários como por exemplo saúde na pessoa idosa; violência no idoso; gestão (só direcionado para a DT), formação de técnicas de estimulação para a animadora sociocultural. São realizadas ações de coesão de equipa através de reuniões mensais ou de 2 em 2 meses com toda a equipa para se decidir os assuntos de trabalho. A DT refere também que é dado aos funcionários o *feedback* das funções que desempenham sempre que possível verbalmente e pessoalmente. Noutros casos, de forma escrita ou por telefone.

Tabela 28 - Recursos Humanos ERPI D

Função	Número de Funcionários	
DT	1	
Animador Sociocultural	1	
Encarregado de Serviços Gerais	1	
Enfermeiro	1	
Auxiliar de Serviços Gerais	3	
Cozinheiros	3	
Fisioterapeuta	1 (tempo parcial)	
Médico	1 (tempo parcial)	
AAD	10	Turno da manhã: 3 Turno da tarde/noite: 2

Prestação de cuidados

A DT reconhece que todos os funcionários sabem os nomes de todas as PcD. Adianta também que os funcionários conhecem as preferências de cada uma, as rotinas diárias e histórias de vida das PcD. A ERPI possui um plano de cuidados escrito e individualizado por utente. A prestação de cuidados (higiene, alimentação, administração de medicação, etc) é não executada pelo mesmo funcionário ou dupla de profissionais sempre que possível.

Podemos também verificar, de acordo com a perceção da DT, que os profissionais se sentem capacitados para trabalhar com PcD, e agem de maneira diferente perante uma pessoa com quadro demencial, complementam a sua comunicação através de gesticulação e ainda não se dirigem à PcD utilizando uma base de infantilização, “apesar de 2 ou 3 o fazerem”.

De acordo com o que os profissionais sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD, a DT indica-nos: “as AAD e Auxiliares de serviços gerais vêm como pessoas que é necessário prestar todos os cuidados. Enfermagem, animação e encarregada ficam satisfeitos com qualquer aspeto positivo demonstrado pelo utente.”

Aponta-nos também que as maiores complicações no cuidado da PcD são: “nos estados muito avançados, tentar perceber a satisfação ou dor perante qualquer serviço a ser prestado quando já não existe expressão verbal e não verbal por parte do utente”.

E revela que a sugestão que daria para uma intervenção de qualidade: “ter mais recursos para prestar serviços mais especializado nesta área. Criar uma sala de estimulação cognitiva aos utentes com demência”.

Processo da PcD na instituição e avaliação

No que concerne ao processo de institucionalização da PcD na ERPI, a DT afirma que a Família propõe FREQUENTEMENTE; o Próprio (utente) RARAMENTE; os Serviços de Saúde (RNCCI) FRENQUENTEMENTE e Serviços Sociais (Segurança Social, Misericórdias) FREQUENTEMENTE.

O técnico responsável pelo acolhimento do utente é o DT e o Encarregado de Serviços Gerais, onde o primeiro (utente) pode trazer e utilizar objetos pessoais. A PcD não se pode fazer acompanhar de um animal de estimação. É desenvolvida também uma avaliação inicial do utente padronizada e escrita, que se configura por um Plano de Desenvolvimento Individual, onde o Diretor Técnico, Enfermeiro, Médico e Encarregado de Serviços Gerais são envolvidos. São realizadas anualmente (re) avaliações dos utentes. No entanto, a DT confessa que não é avaliada a qualidade dos serviços e bem-estar das PcD.

Atividades

A DT refere que na instituição existe um plano de atividades e ocupação e participação individualizados para cada PcD. Celebra-se o aniversário da PcD. As PcD podem sair da instituição com os seus familiares e amigos e são promovidas atividades com os mesmos como é o caso de convívios abertos à comunidade e atividades nos espaços de convívio dos utentes nas horas de visita. No que concerne às AVD, existe colaboração entre equipa de funcionários e PcD na sua elaboração. Sobre quem decide a roupa que a PcD veste a DT respondeu: “são as AAD, tendo em conta os hábitos da pessoa e o grau de dependência”.

Realizam-se atividades de ocupação e participação semanalmente, e as PcD têm oportunidade de participar na seleção das atividades a realizar. Para além das AVD, a instituição oferece outro tipo de atividades como serve de exemplo reminiscência, estimulação sensorial, reabilitação cognitiva, treino de atividades de vida diária, atividades lúdicas, pensadas de acordo com a história de vida ou gostos dos utentes, onde as PcD são integradas nas atividades com outros utentes sem quadro demencial.

ii) Resultados do questionário aos Técnicos Superiores/Profissionais

Caracterização dos Profissionais

Os dois inquiridos (40% dos Técnicos Superiores/Profissionais) tinham idades compreendidas entre 36 e 39 anos. Assumem funções de Animador Sociocultural (sexo feminino) (Téc.Sup.1) e de Chefe de Serviços Administrativos (sexo masculino) (Téc.Sup.2), em que primeiro detém um curso profissional de Animação Sociocultural e o segundo uma licenciatura em Gestão.

Recursos humanos e Formação

No que diz respeito à perceção face à demência, verificamos as seguintes respostas:

“Pessoa que perde as suas capacidades mentais: memória e raciocínio” (Téc.Sup.1)

“Doença mental que tem por características principais a perda de memória e a desorientação espaço-temporal” (Téc.Sip.2)

Nenhum dos profissionais possui formação especializada em demência e prestação de cuidados. No entanto, os dois afirmam que a instituição proporciona formação especializada aos seus funcionários, nomeadamente: “Relações Interpessoais” (Téc.Sup.1) e “Violência no idoso” (Téc.Sup.2).

Um dos técnicos refere que são realizadas ações de coesão de equipa através de “reuniões”, e o outro adianta que não. No entanto, os dois técnicos destacam que é dado *feedback* das funções que desempenha através: “de sugestão para atividades” (Téc.Sup.1) e “de forma verbal” (Téc.Sup.2).

Prestação de cuidados

Os dois técnicos declaram a existência de um plano de cuidados escrito e individualizado para cada pessoa. Também sabem o nome de todas as PcD, bem como as suas preferências, as rotinas diárias e histórias de vida. Um técnico sente-se capacitado para cuidar e trabalhar com PcD, e o outro não. Ambos referem que agem de maneira diferente

perante uma PcD, e um declara que quando existe comunicação bilateral prima por: “simplificar a informação que transmito” (Téc.n.Sup.2).

De acordo com o que os profissionais sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD, indicam-nos:

“A evolução que alguns utentes apresentam depois de estarem institucionalizados” (Téc.n.Sup.1)

“A sensação de estar a ajudar” (Téc.n.Sip.2)

Apontam-nos também que as maiores complicações no cuidado da PcD são:

“A discriminação por parte dos outros utentes para com as PcD” (Téc.n.Sup.1)

“Fazer como que acreditem/aceitem o que lhes transmito quando estão desorientados” (Téc.n.Sup.2)

E apenas um deles revela que sugestões dariam para uma intervenção de qualidade: “Mais formação nesta área” (Téc.n.Sup.1).

Processo da PcD na instituição e avaliação

Os técnicos inquiridos consideram que o(a) animador(a) é uma das profissionais responsáveis pelo acolhimento do cliente na instituição, já o CSA não. Os dois profissionais não são responsáveis da avaliação inicial do mesmo. Os dois técnicos inquiridos relatam que são realizadas reavaliações dos clientes: “não sei” (a periodicidade) (Téc.n.Sup.1) e “anualmente” (Téc.n.Sup.2).

Um dos técnicos refere que não é avaliada a qualidade dos serviços e o bem-estar das PcD e o outro não respondeu a esta questão.

Atividades

O Técn.Sup.1 colabora na elaboração de um plano de ocupação e participação individualizado que é pensado em função da história de vida e gostos da PcD. Ademais, realiza atividades de ocupação e participação: “diariamente”. E o outro diz que não.

No que diz respeito à sua categoria profissional, os técnicos enumeraram os tipos de atividades que executam com a PcD:

“Marcha, promoção da autonomia para as tarefas do dia-a-dia. Estimulação cognitiva” (Técn.Sup.1)
“Tarefas de carácter administrativo e financeiro” (Técn.Sup.2)

Adiantamos que apenas um dos técnicos colabora com a PcD nas AVD. Para além deste tipo de AVD, a ERPI ainda oferece as seguintes atividades:

“Estimulação sensorial, reabilitação cognitiva, treino de AVD, atividades lúdicas” (Técn.Sup.1)
“Estimulação sensorial, atividades lúdicas” (Técn.Sup.2)

Nas respetivas funções, apenas um dos inquiridos declara que são criados suportes visuais e imagens que ajudam a PcD a tomar as decisões. No entanto, são criadas oportunidades de autonomia, envolvimento e experiências compartilhadas da PcD:

“Tarefas simples como vestir, higiene pessoal e alimentação” (Técn.Sup.1)
“Diversas atividades de animação sociocultural” (Técn.Sup.2)

iii) Resultados do questionário aos Auxiliares de Ação Direta (AAD)

Caracterização dos Profissionais

Dos 10 AAD, colaboraram com a nossa pesquisa 6 (60%). Tinham idades compreendidas entre 26 e 54 anos, todas do género feminino, possuindo níveis de escolaridade compreendidos entre 4º ano e 12º ano.

Recursos Humanos e Formação

No que diz respeito à perceção das auxiliares face à demência, verificamos as seguintes respostas:

“São pessoas que perdem memória” (AAD1)
“Quando a pessoa perde a função da memória e do raciocínio” (AAD2)
“São pessoas que já não sabem de si” (AAD3)
“Pessoas que já não têm capacidades mentais” (AAD4)
“São pessoas que perdem as suas capacidades funcionais” (AAD5)
“É um conjunto de perdas de capacidades de cada pessoa” (AAD6)

Nenhum dos profissionais possui formação especializada em demência e prestação de cuidados, no entanto cinco técnicos afirmam que a instituição proporciona formação especializada aos seus funcionários (mas 1 disse que não), nomeadamente:

“AVD e relações interpessoais” (AAD1)
“Cuidados em demência” (AAD2)
“Higiene e Segurança no trabalho” (AAD4 e 5)
“Relações interpessoais e cuidados em demência” (AAD6)

Todos os profissionais, à exceção de um, referem que lhes é dado *feedback* das funções que desempenha através de: “avaliação” (AAD2, 3, 4, 5, 6)

Prestação de cuidados

Todos os profissionais sabem o nome de todas as PcD. Só um refere que não conhece as suas preferências, as rotinas diárias e histórias de vida. Metade das auxiliares frisa que a prestação de cuidados não é executada pelo mesmo funcionário ou dupla de profissionais sempre que possível. No entanto, declaram que quando os cuidados são prestados por pessoas diferentes a transição é suave e cuidadosa. Verificamos também que na opinião de quarto AAD inquiridas a prestação de cuidados é centrada na interação e não na tarefa pelo facto de todos os profissionais assumirem que “posso demorar o tempo que precisar” (na prestação de cuidados) (AAD1, 2, 3 e 6). As restantes frisaram que tinham tempo estimado para fazer a tarefa.

Somente duas AAD frisam que não existe colaboração nas AVD entre ela e a PcD. Todas as AAD consideram que a pessoa é apoiada para o autocuidado, por exemplo: encorajada a vestir-se ou fazer a sua higiene pessoal sozinha. Por outro lado, referem também que quem decide quem decide a roupa que a PcD veste são os próprios auxiliares, como também todas referem que as PcD não comem sozinhas porque “não têm capacidade”.

No que diz respeito à capacidade para cuidar e trabalhar com PcD, todas demonstram aptidão para tal. Cinco das auxiliares referem que agem de maneira diferente perante uma PcD⁵⁶:

“Com mais calma” (AAD4)
“Dando uma atenção diferente” (AAD5)
“Tratando-as com calma” (AAD6)

De acordo com o que os profissionais sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD, apenas 3 responderam, indicando-nos:

⁵⁶ Duas não justificaram a sua resposta

“Ajudá-las a ser mais autónomas” (AAD4)

“Saber que estou a fazer algo que contribui para o bem-estar da pessoa” (AAD5)

“Sinto-me bem porque estou a tratar de uma pessoa que precisa” (AAD6)

Quatro AAD apontam-nos também que as maiores complicações no cuidado da PcD são:

“Os desequilíbrios, a agressividade e a falta de orientação” (AAD1)

“Não saber o que eles estão a pensar” (AAD4)

“O facto de não se conseguirem expressar” (AAD5)

“Dar as refeições” (AAD6)

E três revelam que sugestões dariam para uma intervenção de qualidade:

“Ter mais paciência para cuidar delas” (AAD4 e 5)

“Ter muita paciência e calma” (AAD6)

Atividades

Nenhuma AAD acompanha e auxilia as PcD em atividades de ocupação para além das AVD. Quatro dos auxiliares ajudam as PcD a circular livremente pelo interior e exterior da ERPI, os restantes dois não. Metade das AAD referem que as pessoas não são incentivadas nem encaminhadas para locais de culto.

iv) Resultados do questionário aos Funcionários da Cozinha

Caracterização dos Profissionais

Os três funcionários de cozinha da nossa amostra (100%) tinham idades compreendidas entre 55 e 57 anos, todas do género feminino, possuindo níveis de escolaridade compreendidos entre 4º ano e 9º ano.

Recursos humanos e Formação

No que diz respeito à percepção face à demência, verificamos as seguintes respostas:

“Na experiência do meu dia-a-dia entendo que o ser humano com demência necessita de cuidados especiais porque dependem na totalidade de quem está a cuidar deles. Uma vez que é a perda progressiva das capacidades intelectuais” (Fun.Cozinha1)

“Quando as pessoas perdem as faculdades (memória, raciocínio...)” (Fun.Cozinha2 e 3)

Dois funcionários da cozinha referem que possuem formação especializada em demência e prestação de cuidados. Todas afirmam que a instituição lhes proporciona formação especializada, como:

“Relações interpessoais” (Fun.Cozinha1)

“Saúde e higiene no trabalho e higiene e segurança no idoso” (Fun.Cozinha2 e 3)

Todas referiram que as suas funções na ERPI são reconhecidas. Nenhuma das funcionárias é responsável por fazer a ementa da instituição. Duas referem não saber se os gostos e preferências das PcD são levados em consideração na elaboração da ementa. No entanto, todas conseguem perceber se as PcD gostam ou não das refeições, através de “estar atenta no dia-a-dia” (Fun.Cozinha1) e “ela quantidade que deixa no prato” (Fun.Cozinha2)⁵⁷.

⁵⁷ Uma funcionária não justificou a sua resposta

Todos referem também que nenhuma das PcD participa em algum tipo de tarefas da cozinha.

Todos referem que se sentem capacitados para trabalhar com uma PcD e agem de maneira diferente perante uma pessoa com quadro demencial:

“Consoante os comportamentos” (Fun.Cozinha1)
“Com mais paciência” (Fun.Cozinha2)
“Com mais carinho” (Fun.Cozinha3)

De acordo com o que os profissionais sentem de positivo ou gratificante na prestação de cuidados à PcD, as funcionárias da cozinha indicam-nos:

“É gratificante poder ajudar alguém que não se pode valer por si própria” (Fun.Cozinha1)
“O seu sorriso quando lhe fazemos alguma coisa de que gostam” (Fun.Cozinha2)
“O sorriso e o olhar” (Fun.Cozinha3)

Apontam-nos também que as maiores complicações no cuidado da PcD são:

“Estados de agressividade” (Fun.Cozinha1)
“O facto de se perderem facilmente ou pegarem na medicação de outros utentes” (Fun.Cozinha2)
“Pegar nas coisas dos outros” (Fun.Cozinha3)

De seguida, fizeram sugestões para uma intervenção de qualidade:

“Nas instituições, haver mais especializações para cuidar deles” (Fun.Cozinha1)
“Desenvolverem mais atividades que envolvam as famílias, para estes não perderem os laços familiares” (Fun.Cozinha2 e 3)

Por fim, as funcionárias referiram que o trabalho na cozinha não poderia envolver mais as PcD (1 não respondeu):

“Não, porque é um sítio com muitos perigos para eles, como fogão, os objetos cortantes e os tachos muito quentes” (Fun.Cozinha2)

“Não, porque é um lugar com alguns perigos” (Fun.Cozinha3)