



Universidades Lusíada

Agapito, Rita Inês Gaspar, 1991-

A adequação do centro do dia a idosos com demência

<http://hdl.handle.net/11067/2528>

Metadados

Data de Publicação	2016-07-13
Resumo	A demência é um conceito utilizado para descrever os sintomas de um grupo alargado de doenças que provocam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa. Esta doença é caracterizada pela perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e alterações das reações emocionais normais. Diversos estudos apontam para a predominância desta doença nas idades mais avançadas existindo assim a necessidade de políticas sociais adaptadas e coesas para promover uma melhor qualida...
Palavras Chave	Idosos - Assistência em instituições - Portugal, Idosos com deficiência mental - Assistência em instituições - Portugal, Lares de Terceira Idade - Portugal, Serviço social com idosos - Portugal
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-ISSSL] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T10:18:09Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa
Mestrado em Gerontologia Social

**A adequação do centro do dia a
idosos com demência**

Realizado por:
Rita Inês Gaspar Agapito
Orientado por:
Prof.^a Doutora Maria Júlia Faria Cardoso

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Marina Manuela Santos Antunes
Orientadora: Prof.^a Doutora Maria Júlia Faria Cardoso
Arguente: Prof. Doutor João José da Silva Pissarra

Dissertação aprovada em: 9 de Abril de 2015

Lisboa
2015



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Gerontologia Social

A adequação do centro do dia a idosos com demência

Rita Inês Gaspar Agapito

Lisboa

Janeiro 2015



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Gerontologia Social

**A adequação do centro do dia a idosos com
demência**

Rita Inês Gaspar Agapito

Lisboa

Janeiro 2015

Rita Inês Gaspar Agapito

A adequação do centro do dia a idosos com demência

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social.

Orientadora: Prof.^a Doutora Maria Júlia Faria Cardoso

Lisboa

Janeiro 2015

Ficha Técnica

Autora Rita Inês Gaspar Agapito
Orientadora Prof.^a Doutora Maria Júlia Faria Cardoso
Título A adequação do centro do dia a idosos com demência
Local Lisboa
Ano 2015

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

AGAPITO, Rita Inês Gaspar, 1991-

A adequação do centro do dia a idosos com demência / Rita Inês Gaspar Agapito ; orientado por Maria Júlia Faria Cardoso. - Lisboa : [s.n.], 2015. - Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CARDOSO, Maria Júlia Faria, 1955-

LCSH

1. Idosos - Assistência em instituições - Portugal
2. Idosos deficientes mentais - Assistência em instituições - Portugal
3. Lares de terceira idade - Portugal
4. Serviço social com idosos - Portugal
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Older people - Institutional care - Portugal
2. Older people with mental disabilities - Institutional care - Portugal
3. Old age homes - Portugal
4. Social work with older people - Portugal
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HV1481.P8 A33 2015

AGRADECIMENTOS

Esta página permite-me agradecer a todos aqueles que de certa maneira contribuíram para que este trabalho deixasse de ser um sonho e se torna-se realidade.

Começo por agradecer aos meus pais, à minha irmã Marta e ao Ricardo todo apoio o moral e emocional. Por terem tido a paciência de me tolerarem em fases menos boas e de me apoiarem nas melhores. Com a vossa ajuda foi mais fácil concluir esta etapa.

Para a restante família e amigos, um agradecimento por toda a compreensão, paciência e apoio.

Um agradecimento especial à Dora Carinhas pela ajuda preciosa em momentos cruciais para a elaboração desta investigação. Agradeço também à D. Catarina da mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa, que foi incansável no apoio prestado.

Não posso deixar de mencionar, a importante passagem de conhecimentos e apoio de toda a equipa dos diversos Centros de Dia onde realizei esta investigação. A todos eles, um imenso obrigado.

Finalmente a todos os professores que ao longo da minha licenciatura e mestrado me transmitiram conhecimentos e me apoiaram nesta etapa, um muito obrigado pela partilha. Destaco a professora e orientadora Júlia Cardoso, pela orientação, pelo empenho, pelo trabalho e pela disponibilidade. Pelo permanente estímulo ao trabalho, pela dinâmica e motivação que imprimiu, o meu muito obrigado!

O Centro de Dia

Alegria o idoso tem
Por ter onde passar o dia
Com companhia,
É quase uma família
E assim passa o seu dia-a-dia

As atividades...
Verdadeiras alegrias
Os cantares
Grandes sinfonias

Chegam as festas,
As dores vão de férias
Vamos para o arraial
Para afastar este mal

As marchas populares
Os arcos e balões
Enchem os olhares
E alegam os corações

Como sugestão
Vivam bem a vida
Com amor no coração
E com muita alegria

APRESENTAÇÃO

A Adequação do Centro de Dia a Idosos com Demência

Rita Inês Gaspar Agapito

A demência é um conceito utilizado para descrever os sintomas de um grupo alargado de doenças que provocam um declínio progressivo no funcionamento da pessoa. Esta doença é caracterizada pela perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e alterações das reações emocionais normais.

Diversos estudos apontam para a predominância desta doença nas idades mais avançadas existindo assim a necessidade de políticas sociais adaptadas e coesas para promover uma melhor qualidade de vida a estes idosos e também aos seus cuidadores.

Os Centros de Dia são uma resposta social, com uma estrutura semiestruturada, tendo como objetivo manter o utente no seu domicílio, retardando a sua institucionalização permanente. Este objetivo é alcançado através da promoção de atividades que promovam a autonomia e a qualidade de vida dos utentes e dos seus familiares.

Partindo da perceção do aumento de utentes dos Centros de Dia com sintomatologia ou diagnóstico de demência, constitui objetivo geral deste estudo analisar e refletir sobre a adequação desta resposta social a este novo fenómeno.

Os resultados apontam para a necessidade de alterar o paradigma de cuidados dos Centros de Dia. Há um longo caminho a percorrer por parte das instituições no que diz respeito à intervenção nas pessoas idosas com demência, embora se verifique algum esforço em aperfeiçoar a intervenção e torna-la mais adequada às necessidades específicas destes cidadãos.

Palavras-Chave: Envelhecimento, Demência, Políticas Sociais, Centro de Dia

PRESENTATION

The adequacy of the Elderly Day Care Center with Dementia

Rita Inês Gaspar Agapito

Dementia is a term used to describe the symptoms of a large group of diseases that cause a progressive decline in the functioning of a person. This disease is characterized by loss of memory, intellectual ability, reasoning, social skills and changes of normal emotional reactions.

Several studies point to the prevalence of this disease at older ages so there is the need for social policies adapted and cohesive to promote a better quality of life for these elderly and also to their caregivers.

The Day Care Centers are a social response, with a semi-structured framework, aiming to keep the user in their homes, delaying its permanent institutionalization. This objective is achieved by promoting activities that promote the autonomy and quality of life of patients and their families.

From the perception of the increase in users of Day Care Centers with symptoms or diagnosis of dementia, is the aim of this study to analyze and reflect on the appropriateness of this social response to this new phenomenon.

The results points to the needs to change the paradigm of caring of the Day Care Centers. There is a long way to go for institutions with regard to intervention in older people with dementia, although there is some effort to improve intervention and make it more suitable to the specific needs of these citizens.

Keywords: Aging, Dementia, Social Policies, Day Care Centers

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Tipos de demência. (Ilustração nossa, 2014)	21
Ilustração 2 – Centro Social e Paroquial Campo Grande	58
Ilustração 3 - Centro Social e Paroquial São Romão de Carnaxide.....	59
Ilustração 4 - Centro de Dia do Centro Social e Paroquial São Romão de Carnaxide	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Constituição da República Portuguesa, informações relevantes .	30
Tabela 2 - Respostas Sociais para Idosos.....	32
Tabela 3 - Respostas Sociais para doentes do foro psiquiátrico	32
Tabela 4 - Prestações Sociais para idosos e doentes do foro psiquiátrico	33
Tabela 5 - Modelo de Análise	49
Tabela 6 – Correlação entre agregado familiar, demência e suporte de rede informal	66
Tabela 7 – Lotação e Horário dos Centros de Dia	67
Tabela 8 - Serviços Existentes em cada Centro de Dia.....	68
Tabela 9 - Equipa de Auxiliares Existentes no CSPNSA	69
Tabela 10 - Equipa Multidisciplinar existente no CSPNSA	69
Tabela 11 - Equipa de Auxiliares existentes no CSPSRC	70
Tabela 12 - Equipa Multidisciplinar existente no CSPSRC	70
Tabela 13 - Equipa de Auxiliares existentes no CSPCG	71
Tabela 14 - Equipa Multidisciplinar existente no CSPCG	71
Tabela 15 - Atividades Elaboradas nos Centros de Dia e sua Frequência	72
Tabela 16 - Análise de Conteúdo das Entrevistas	101
Tabela 17 - Informação sobre os Utentes.....	109
Tabela 18 - Informação sobre os Recursos Humanos.....	109
Tabela 19 - Informação sobre os Serviços Disponibilizados.....	110

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Variação Global dos Centros de Dia ao Nível das Idades	61
Gráfico 2 - Correlação entre a Idade e o Género no Total dos Centros de Dia.....	62
Gráfico 3 - Género englobando os Centros de Dia em Estudo (%).....	62
Gráfico 4 - Género por Centro de Dia (%).....	62
Gráfico 5 - Prevalência da Demência nos Centros de Dia (nº).....	63
Gráfico 6 - Prevalência da Demência no Total dos Centros de Dia (%).....	63
Gráfico 7 - Prevalência da Demência por CSP (%).....	63
Gráfico 8 - Correlação entre a demência e a idade.....	64
Gráfico 9 - Correlação entre género e demência	64
Gráfico 10 - Correlação entre a demência e a dependência funcional.....	65
Gráfico 11 - Correlação entre demência e agregado familiar	65
Gráfico 12 - Correlação entre demência e agregado familiar (reside com a família)	65

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

- OMS - Organização Mundial de Saúde
- SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana
- DAS - Demência associada à SIDA
- AVD - Atividades da Vida Diária
- UE - União Europeia
- MSESS - Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social
- MS - Ministério da Saúde
- UCCISM - Unidade de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental
- RNCCISM - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental
- DMJ - Doença de Machado-Joseph
- ELA - Esclerose Lateral Amiotrófica
- DA - Doença de Alzheimer
- GAM - Grupos de Ajuda Mútua
- CSPNSA - Centro Social e Paroquial Nossa Senhora da Ajuda
- CSPCG - Centro Social e Paroquial do Campo Grande
- CSPSRC - Centro Social e Paroquial São Romão de Carnaxide
- IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social
- PI - Plano de Intervenção

SUMÁRIO

1. Introdução	17
I – Pessoas idosas e intervenção na demência	19
2. Envelhecimento e Demência.....	19
2.1. Tipos de Demência	20
2.2. Fases da Demência	24
2.2.1. Demência Inicial	24
2.2.2. Demência Moderada	26
2.2.3. Demência Avançada	26
3. Envelhecimento, Demência e Políticas Sociais.....	29
4. Pessoas Idosas e Intervenção na Demência	35
4.1. Intervenção nos Idosos com Demência – objetivos e modalidades de intervenção	35
4.2. Intervenção Social nas Pessoas com Demência	39
II – Metodologia da Pesquisa	45
5. Fundamentação, Objeto e Objetivos da Pesquisa	45
6. Modelo de Análise.....	49
7. Método e Procedimentos Metodológicos	53
8. Instrumentos	55
III - Apresentação e discussão dos dados.....	57
9. Caracterização da População dos Centros de Dia.....	61
10. A Resposta do Centro de Dia aos Utentes com Demência	67
11. Análise das Entrevistas aos Diretores Técnicos.....	77
IV - Conclusão.....	81
Referências	85

1. INTRODUÇÃO

A demência é o resultado de uma doença cerebral crónica degenerativa progressiva, que interfere amplamente com a vida pessoal, familiar e social. Interferindo na autonomia e nas atividades da vida diária (CDS/PP. Grupo Parlamentar, 2010, p.1).

Segundo Figueiredo (2007, p. 69) a demência tem efeitos complexos no doente e nos seus familiares. Priva a pessoa da memória, da capacidade de raciocínio, personalidade, autonomia e independência, retirando à família um membro de modo particularmente penoso; os familiares, para além de irem assistindo à deterioração cognitiva, emocional e física do familiar do doente.

Tendo em conta o aumento progressivo do número de pessoas idosas com demência surgem a necessidade de existirem respostas adaptadas na comunidade colocando novos desafios às instituições de terceira idade, nomeadamente a resposta social Centro de Dia.

Assim esta investigação tem como objetivo responder à seguinte questão *estão os centros de dia adaptados às novas necessidades decorrentes do aumento de utentes em processo demencial?*

O presente trabalho estrutura-se em quatro capítulos que se articulam e complementam entre si.

O primeiro capítulo visa enquadrar teoricamente o problema da investigação através da identificação das temáticas mais relevantes, nomeadamente a relação entre o envelhecimento e a demência, as políticas sociais e a intervenção subjacente a esta população.

O segundo capítulo, para além da informação sobre o tipo, objeto e objetivos do estudo, centra-se nas questões metodológicas, nomeadamente, na apresentação do modelo de análise, procedimentos metodológicos e instrumentos utilizados na recolha e tratamentos dos dados.

O terceiro capítulo contempla a apresentação, interpretação dos dados recolhidos, efetuada com base no quadro teórico de referência, tentando evidenciar os seus significados.

Por fim o último capítulo apresenta as conclusões e reflexões retiradas da investigação elaborada tendo em vista dar resposta à pergunta de partida. Ainda neste item se apresentam linhas futuras para novos desenvolvimentos nesta temática.

I – PESSOAS IDOSAS E INTERVENÇÃO NA DEMÊNCIA

2. ENVELHECIMENTO E DEMÊNCIA

A demência é hoje uma das mais temidas doenças à medida que a idade avança. Esse quadro sintomático, antigamente era considerado característica intrínseca à velhice, configura hoje um problema de saúde pública, conquistando gradualmente espaço nos media e na pesquisa científica (Lima, 2006).

A demência constitui uma situação adquirida e permanente de déficit das dificuldades mentais, onde se incluem as capacidades cognitivas, que integram a senso-percepção e a comunicação, as capacidades afetivas e volitivas, o comportamento e a personalidade (Barreto, 2005). É um conceito genérico que caracteriza síndromes de etiologias diversas, cujo aspeto fundamental consiste na deterioração intelectual adquirida devido a uma causa orgânica não específica. Surge na sequência de uma doença cerebral, normalmente de natureza crónica, progressiva e com perturbação de múltiplas funções corticais, cuja característica essencial consiste no comprometimento da memória de fixação e evocação, associada ao comprometimento do pensamento abstrato, do julgamento, de outras alterações da função cortical superior e de mudanças da personalidade (American Psychiatric Association, 2002; Serna, 2001; Nunes, 2005).

Diversos estudos afirmam que a prevalência e a incidência das demências aumentam com a idade. Este aspeto encontra-se diretamente relacionado com o envelhecimento e com o carácter insidioso e crónico da doença (Evans et al., 1989; Elby, et al., 1994; Barreto, 2005).

A nível mundial, em 2010 existiam 758,54 milhões de pessoas com mais de 60 anos, e, neste grupo, 35,56 milhões possuíam demência (Prince et al., 2013). Segundo o Relatório do Fundo de População das Nações Unidas (Greene, Joshi e Robles, 2012), em 2012 existiam no mundo 810 milhões de pessoas com 60 ou mais anos, sendo que 46% dessas pessoas apresentavam incapacidades, prevendo-se que a população com demência alcance 65,7 milhões em 2030.

Lopes e Bottino (2002), efetuaram uma revisão de diversos estudos sobre a incidência da demência, a partir dos 65 anos de idade, tendo este valor variado entre os 2,2% em

África, 5,5% na Ásia, 6,4% na América do Norte, 7,1% na América do Sul e 9,4% na Europa.

No caso da Europa, a demência constitui um dos maiores problemas de saúde da população idosa (Maguirre, 1999; OMS, 2001). Segundo Prince et al. (2013), em 2010 existiam 160,18 milhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que 9,95 milhões tinham demência. Estima-se ainda que em 2030 sejam 13,95 milhões e em 2050 sejam 18,65 milhões de pessoas com demência.

Segundo o EuroDEM (Eurogeographics, 2014), a incidência da demência na UE é muito superior em idades mais avançadas, aumentando exponencialmente a partir dos 75 anos. Entre os 95 e os 99 anos de idade afeta 31,58% dos homens e 36% das mulheres no mesmo grupo etário.

Alguns autores salientam que as demências são relativamente incomuns em pessoas com menos de 60 anos (Ritchie e Kildea, 1995; Nunes, 2005), sendo a sua prevalência inferior a 1%. A partir dos 60 anos, verifica-se uma duplicação da incidência por cada cinco anos, atingindo taxas perto de 40% a partir dos 90 anos (Spart e La Rue, 2005; Garrett, 2005). Em idades superiores aos 90 anos, as taxas de prevalência são muito mais elevadas e muitos estudos fazem referência a taxas superiores a 50% (Evans et al., 1989; Elby et al., 1994).

Segundo os resultados do Projecto European Collaboration on Dementia (Alzheimer Europe, 2006) estima-se que em Portugal existam 153.000 pessoas com demência, prevendo-se que nos próximos 30 anos os valores de prevalência aumentem significativamente, pelo facto de se verificar um aumento do número de indivíduos nas faixas etárias superiores a 65 anos, e pelo facto de se verificarem progressos ao nível das metodologias de diagnóstico, o que permitirá diagnosticar uma maior percentagem de casos.

2.1. TIPOS DE DEMÊNCIA

De acordo com a OMS (2001), a demência caracteriza-se por:

Uma síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva no qual se registam múltiplas alterações das funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio, [...] As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes

acompanhadas, e por vezes precedidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação.



Ilustração 1 – Tipos de demência. (Ilustração nossa, 2014)

A demência do tipo Alzheimer, mais conhecida por doença de Alzheimer, foi descrita pela primeira vez em 1907 por Alois Alzheimer, sendo nos dias de hoje o tipo de demência neuro-degenerativa mais frequente no conjunto global das demências (Santana, 2005), podendo representar entre 60% a 70% dos casos de demência (Cummings e Cole, 2002). Segundo Nunes (2005), a doença de Alzheimer incide sobretudo nos grupos mais envelhecidos, pelo que é considerada uma patologia do envelhecimento. Adquire um carácter degenerativo, associado a um processo orgânico, que desorganiza progressivamente e em seguida destrói as redes neuronais que sustentam as diferentes modalidades cognitivas (Barreto, 2005).

A demência Vascular é difícil de estimar devido à diversidade de critérios de diagnóstico utilizados em diferentes estudos (Roman et al., 1993). Todavia, de acordo com Leys, Pasquier e Pametti (1998), a prevalência varia entre os 2,2% (70-79 anos) e os 16,3% em homens com mais de 80 anos. Segundo Santana (2005), a demência vascular tem a prevalência na ordem dos 20% a 30% e constitui a segunda forma de demência mais prevalente, pelo que assume alguma relevância em termos de saúde

pública. Este tipo de demência tem como etiologia comum uma alteração do funcionamento cognitivo, em consequência de lesões cerebrais vasculares de natureza isquémica ou, mais raramente, de natureza hemorrágica.

A demência Frontotemporal surge quando existe degeneração de um ou ambos os lobos frontais e temporais do cérebro. Ao nível dos lobos frontais (esquerdo e direito), estes regulam o humor, o comportamento, o julgamento e o auto-controlo. Assim, as lesões nestes lobos levam a alterações da personalidade e comportamento, alterando a forma como a pessoa se sente e expressa as suas emoções. Existe também perda da capacidade de julgamento. Ao nível dos lobos temporais (esquerdo e direito), estes encontram-se envolvidos na organização dos inputs sensoriais (ouvir e ver), pelo que, a existência de lesões nestes lobos pode ter como consequência a dificuldade na colocação de palavras e imagens em categorias (Associação Alzheimer Portugal, 2014).

Já a demência de Corpos de Lewy é causada pela degeneração e morte das células nervosas do cérebro. O nome tem origem devido à presença de estruturas esféricas anormais, denominadas por Corpos de Lewy, que se desenvolvem dentro das células nervosas. Pensa-se que tal acontecimento pode contribuir para a morte das células cerebrais, todavia ainda não existe uma causa conhecida e não foram identificados quaisquer fatores de risco. Ressalva-se que não existe igualmente a evidência que a demência em questão seja hereditária (Associação Alzheimer Portugal, 2014).

A demência Alcoólica é uma forma de demência provocada pelo consumo excessivo de álcool. Afeta a memória, a aprendizagem e outras funções mentais. (Associação Alzheimer Portugal, 2014).

A demência associada à SIDA (DAS) surge quando uma pessoa tem o vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e a síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). É uma síndrome complexa, que pode ser desenvolvida por pessoas portadoras do vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e que envolve vários sintomas mentais e do sistema nervoso. Embora se tenha demonstrado que o VIH não infeta diretamente as células nervosas pensa-se que pode, de alguma forma, infetá-las indiretamente. Nota-se que a incidência da DAS é pouco comum nas pessoas que se encontram nas fases iniciais da doença, mas aumenta à medida que esta avança, atingindo cerca de 7% das pessoas que não tomam medicação antirretroviral. Mas é necessário destacar que

algumas pessoas com VIH/SIDA desenvolvem DAS e outras não (Associação Alzheimer Portugal, 2014).

A penúltima demência designa-se de Síndrome de Down e Doença de Alzheimer, pela relação estreita que se estabelece entre elas. Estudos indicam que por volta dos 40 anos, quase 100% das pessoas com Síndrome de Down possuíam alterações cerebrais características da doença de Alzheimer. Uma vez que as pessoas com Síndrome de Down têm uma cópia extra do cromossoma 21, produzem 1,5 vezes mais proteína precursora amiloide¹ do que as outras e, nessa medida, tal acontecimento parece resultar na tendência para a formação excessiva da proteína, causando o surgimento mais precoce das alterações cerebrais típicas da doença de Alzheimer (Associação Alzheimer Portugal, 2014).

A Síndrome de Down é um distúrbio genético causado quando, devido a um erro biológico no momento da conceção, uma pessoa tem três cópias do cromossoma 21 em todas as células do corpo, em vez do habitual par, o que perturba o equilíbrio genético. Já a doença de Alzheimer, como já foi referido anteriormente é uma condição física que afeta o cérebro e que resulta numa deterioração da memória, pensamento e comportamento. Todavia existe um número significativo de pessoas com Síndrome de Down com mais de 40 anos que não demonstra sinais de ter doença de Alzheimer (Associação Alzheimer Portugal, 2014).

E por fim a doença de Parkinson e Demência. A doença de Parkinson é uma condição neurológica degenerativa e progressiva, que ocorre quando as células nervosas (neurónios) de uma zona do cérebro denominada por substância *nigra* ficam comprometidas ou morrem. Estas células elaboram uma substância química designada por dopamina, que facilita a coordenação dos músculos corporais e do movimento. Mas nem todas as pessoas que desenvolvem doença de Parkinson têm demência. No entanto, a demência atinge cerca de um terço das pessoas com doença de Parkinson. Se ocorrer surge numa fase avançada da doença ou nas pessoas que desenvolvem a doença numa fase mais tardia da vida. Note-se que ainda não se compreende claramente como é que a demência ocorre na doença de Parkinson, mas ressalva-se que o desenvolvimento de demência em alguém com doença de Parkinson, especificamente uma pessoa idosa, poderá ser devido a outra causa

¹ A proteína beta-amiloide, naturalmente presente no cérebro, tem tendência para formar aglomerados. Inicialmente pequenos, esses agregados acabam por formar placas ditas amilóides que "asfixiam" os neurónios e são uma das "assinaturas" inequívocas da Alzheimer (Associação Alzheimer Portugal, 2014).

coexistente (ex: doença de Alzheimer ou pequenos enfartes múltiplos) (Associação Alzheimer Portugal, 2014).

Importa destacar que, independentemente do tipo de demência, as alterações constituintes da mesma são suficientes para interferir no quotidiano do indivíduo alterando o estatuto do mesmo no seio da família, no trabalho e na sociedade. Todavia, salvaguarda-se que a demência não deve ser considerada uma doença, mas sim uma síndrome, ou seja, um conjunto de sinais e sintomas, que podem ter várias etiologias e englobar várias doenças (Barreto, 2005).

2.2. FASES DA DEMÊNCIA

As pessoas com demência diferem nos padrões de problemas que apresentam e na velocidade com que as suas capacidades se vão deteriorando. Ressalva-se que as suas capacidades podem sofrer modificações de um dia para o outro ou mesmo ao longo do dia. Contudo, vão sofrer uma deterioração, que pode ser mais rápida em alguns casos, ocorrendo em poucos meses, ou pode ser mais lenta, desenvolvendo-se ao longo de vários anos.

Sequeira (2010, p. 112) identifica a existência de três fases no processo demencial: o inicial, o moderado e o avançado/grave.

2.2.1. DEMÊNCIA INICIAL

O diagnóstico de uma síndrome demencial numa fase inicial reveste-se de alguma dificuldade, devido ao carácter heterogéneo do funcionamento cognitivo das pessoas e à frequência com que surgem patologias associadas, como, por exemplo, a depressão. Na verdade, nesta fase os próprios amigos e família não conseguem perceber os sintomas, associando-os ao normal processo de envelhecimento. Contudo, deve dar-se especial atenção às alterações cognitivas, pelo facto de estas adquirirem maior visibilidade, sendo que, com a evolução do processo demencial, também são afetados outros domínios da vida mental e do funcionamento do organismo em geral (Barreto, 2005).

Na fase inicial da demência surgem diversas perturbações cognitivas e comportamentais, nomeadamente: perturbações da memória, da linguagem, da atenção e orientação e do humor.

Perturbações da Memória: as primeiras alterações na memória emergem através de dificuldades de apreensão de novas informações e perda significativa de memória, nomeadamente dos acontecimentos mais recentes. Segundo Sequeira (2010, p. 113), a partir dos 60/70 anos, a maioria das pessoas começa a ter dificuldades em recordar.

Perturbação da Linguagem: visualiza-se alterações ao nível da linguagem escrita, mais concretamente, o doente apresenta mudanças ao nível das narrativas, segue-se uma disortografia², mantendo a ortografia e só posteriormente surge a disgrafia (ex: a utilização de letras maiúsculas em todas as frases). Ao nível da linguagem oral, o doente pode revelar hesitações devido à falta de palavras, podendo utilizar frases inacabadas, apresentar diminuição da fluência verbal e dificuldades em nomear durante um determinado tempo palavras correspondentes à mesma categoria (ex: frutas). A leitura e a compreensão oral encontram-se inalteradas (Touchon e Portet, 2002).

Perturbações da Atenção e da Orientação: as perturbações da atenção consistem nas dificuldades que o doente tem em se concentrar e em manter uma atenção de qualidade. Este tipo de perturbação também pode estar associado a uma possível desorientação temporal e/ou espacial. Ao nível das perturbações da orientação espacial e temporal as queixas principais são discretas. Nesta fase, surge a desorientação espacial que evolui de forma progressiva até incluir os contextos ambientais familiares (Barreto, 2005; Santana, 2005). A desorientação temporal encontra-se normalmente comprometida, começando o doente a ter dificuldades em referir o ano, o mês em que se encontra e, posteriormente o dia de semana e a hora.

Perturbações do Humor: podem verificar-se alterações do humor relacionadas com a ansiedade que emerge em consequência de o doente ter necessidade de minimizar as incapacidades crescentes – processo de negação. Habitualmente experienciam tipologias de humor depressivo, associadas a apatia progressiva e a um desinteresse pelas atividades habituais que gostava de realizar. Este contexto é favorável ao surgimento de depressão (Barreto, 2005).

² É uma perturbação que afeta as aptidões da expressão escrita, em particular a precisão ortográfica, a organização/estruturação das frases, bem como as regras gramaticais (Moura, 2014).

2.2.2. DEMÊNCIA MODERADA

Na fase moderada a doença progride, sendo que as dificuldades ficam cada vez mais evidentes e mais graves nos seguintes níveis, de acordo com Sequeira (2010, p. 116).

Perturbações da Memória: visualiza-se uma perturbação designada de agnosia, consistindo na deterioração da capacidade para reconhecer ou identificar objetos, pessoas, sons e formas.

Perturbações da Linguagem: maior dificuldade para falar e se expressar com clareza, existindo assim uma perturbação da afasia.

Perturbações da Atenção e da Orientação: agravamento da atenção não conseguindo manter uma atenção de qualidade. Desorientação temporal (já não consegue identificar qualquer indicador temporal) e espacial (perde-se dentro e fora da casa), existindo uma grande confusão por parte do doente.

Perturbações do Humor: alterações de comportamento (agressividade, irritabilidade, inquietação), ideias sem sentido (desconfiança, ciúmes) e alucinações (ver pessoas, ouvir vozes de pessoas que não estão presentes). Alterações do ritmo sono-vigília e dificuldades em expressar sentimentos.

Perturbações de Execução Motora: Visualiza-se nos doentes a apraxia³ existindo a dificuldade em utilizar ferramentas e outros instrumentos, cometendo frequentemente graves erros que podem colocar em risco a sua integridade física e a de outras pessoas. Verifica-se a incapacidade de cozinhar, de cuidar da casa, de fazer compras, iniciando-se, assim, o processo de dependência de terceiros para a higiene pessoal, autocuidados, não estando a pessoa capaz de viver sozinha.

2.2.3. DEMÊNCIA AVANÇADA

Nesta fase da doença, os sintomas assumem maior gravidade, a saber:

Perturbações da Memória: verifica-se o agravamento das perturbações agnósticas associadas às alterações da percepção, em que a anosognosia (ausência de consciência das perturbações) se torna frequente. Surge igualmente a agnosia visual em que o utente tem dificuldade em reconhecer imagens e objetos. Com o seu

³ Incapacidade de executar movimentos coordenados, sem que haja paralisia muscular.

agravamento, surge a prosopagnosia, na qual o doente não reconhece o rosto dos familiares ou a sua própria imagem no espelho (Touchon e Portet, 2002). Verifica-se igualmente uma alteração da perturbação da memória, na qual os acontecimentos recentes são esquecidos e as capacidades de aprendizagem severamente comprometidas.

Perturbação da Linguagem: A linguagem nesta fase torna-se pobre e incoerente. As perturbações da compreensão tornam-se mais evidentes, bem como as perturbações da leitura e da escrita, sendo que esta última pode ficar ilegível. Com o evoluir da doença surge a síndrome afaso-apraxo-agnósica, que é um conjunto de alterações da linguagem, do gesto e da perceção (Barreto, 2005; Guerreiro, 2002). A afasia acentua-se, levando o doente a usar um número restrito de palavras e a perder, de forma progressiva, a capacidade de comunicar verbalmente com aqueles que o rodeiam (Barreto, 2005).

Perturbações da Atenção e da Orientação: Agravam-se as dificuldades ao nível da orientação por alteração da perceção (ex: dificuldades de orientação relativa a lugares).

Perturbações do Humor: Podem igualmente emergir alterações perceptivas e do pensamento, como alucinações e fenómenos delirantes. Existe igualmente um agravamento das alterações psicocomportamentais normalmente associadas a perturbações ansiosas (ansiedade, fobias, perturbações de pânico, etc.). Nesta etapa pode verificar-se um fenómeno conhecido por Sundowning, que consiste num agravamento da agitação ao fim do dia como se o doente ficasse aterrorizado com a diminuição da luminosidade (Barreto, 2005). Pode apresentar irritabilidade e até agressividade verbal ou física. Podem também surgir alterações dos comportamentos básicos como: perturbações alimentares, do controlo dos esfíncteres e sexuais (Touchon e Portet, 2002). Podem surgir insónias frequentes, caracterizadas por múltiplos acordares, dificuldades em ter sono de qualidade. As perturbações da personalidade também podem surgir, pois existe por parte dos doentes indiferença afetiva, desinteresse, desmotivação, ausência de prazer.

Perturbações de Execução Motora: Surge a dependência total com o comprometimento da capacidade de execução das Atividades da Vida Diária (AVD's). A apraxia torna-se mais complexa, podendo levar à incapacidade para imitar gestos sem significados, incapacidade para realizar gestos automáticos por ordem ou

imitação, incapacidade para realizar gestos com manipulação de objetos e incapacidade de se vestir corretamente (Touchon e Portet, 2002). Por fim, numa fase terminal o idoso entra em mutismo, fica totalmente dependente, incontinente, perda de reflexos da marcha, perda de mobilidade, surge a atrofia muscular e as complicações associadas à mobilidade (complicações respiratórias, infeções, úlceras de pressão, entre outras).

A morte surge inevitavelmente devido a complicações somáticas, em média, após 8 a 12 anos de surgimento e evolução da doença.

3. ENVELHECIMENTO, DEMÊNCIA E POLÍTICAS SOCIAIS

O campo das políticas sociais, embora carecendo de um maior rigor conceitual, recebe a sua melhor definição quando tratado sob o apoio do conceito de cidadania. Assim, as políticas sociais tratariam dos planos, programas e medidas necessários ao reconhecimento, implementação, exercício e gozo dos direitos sociais reconhecidos numa dada sociedade como incluídos na condição de cidadania, gerando uma pauta de direitos e deveres entre aos quais se atribui a condição de cidadãos e seu Estado. (Teixeira, 2008).

Segundo a Conferência Europeia de Alto Nível “Juntos pela Saúde Mental e Bem-Estar” (2008), uma das áreas de intervenção prioritária é a saúde mental dos idosos. Conforme o documento a população da UE está a envelhecer, o que pode implicar alguns riscos para a saúde mental e para o bem-estar, como a perda de apoio social da família e amigos e o aparecimento de doenças físicas ou neuropsiquiátricas, como a demência. Assim a promoção do envelhecimento ativo e saudável é um dos objetivos políticos fundamentais da UE.

A nível nacional, não existe nenhum departamento concreto, direcionado para o apoio social para as pessoas com demência e seus cuidadores. Ressalva-se que foi elaborado um estudo sobre a situação socioeconómica das pessoas com demência pelo Departamento da Segurança Social, todavia, não foram tomadas medidas sérias e criados serviços para responder às necessidades identificadas (Alzheimer Europe, 2013).

Assim é o Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (MSESS) que adquire competências em matérias relacionadas com a reabilitação e integração das pessoas idosas e/ou doentes psiquiátricos. O Ministério da Saúde (MS) é também responsável pelo desenvolvimento e coordenação de programas de cuidados de saúde para as pessoas idosas, dependentes e doentes psiquiátricos.

Tendo em consideração os ministérios que delineiam políticas e programas de apoio, estes devem ter por base a Constituição da República Portuguesa, sendo que a mesma descreve diversas informações que são linhas orientadoras para criação de apoios e serviços a pessoas idosas com demência e seus cuidadores (Tabela 1) (Alzheimer Europe, 2013).

Tabela 1 – Constituição da República Portuguesa, informações relevantes

Localização	Informação
<p>Parte I: Direitos e deveres fundamentais</p> <p>Título III, Económicos, direitos e deveres sociais e culturais</p> <p>Capítulo II, direitos e deveres sociais</p> <p>Artigo 63, a segurança social e solidariedade</p>	<p>3. O sistema de segurança social protege os cidadãos na doença, velhice, invalidez, viuvez ou desempregados, e em todas as outras situações em que os meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho foram perdidos ou prejudicados.</p>
<p>Título III, Económicos, direitos e deveres sociais e culturais</p> <p>Capítulo II, direitos e deveres sociais</p> <p>Artigo 64, da Saúde</p>	<p>1. Qualquer cidadão tem o direito à proteção na saúde e o dever de a defender e promover.</p> <p>2. O direito à proteção da saúde é realizado por: b. A criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção das crianças, os jovens e os velhos; a melhoria sistemática das condições de vida e trabalho; a promoção da cultura física e desportiva; o desenvolvimento de práticas de vida saudável.</p>
<p>Título III, Económicos, direitos e deveres sociais e culturais</p> <p>Capítulo II, direitos e deveres sociais</p> <p>Artigo 67, Família</p>	<p>2. O Estado tem o dever de proteger a família, em especial:</p> <p>b. Promover a criação e garantir o acesso a uma rede nacional de equipamentos sociais de apoio à família, e uma política de terceira idade;</p>
<p>Título III, Económicos, direitos e deveres sociais e culturais</p> <p>Capítulo II, direitos e deveres sociais</p> <p>Artigo 72, Idosos</p>	<p>1. As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.</p> <p>2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação cativa na vida da comunidade.</p>

Fonte: Alzheimer Europe, 2013

Destaca-se que a demência consta nas políticas de saúde mental, mas segundo a Alzheimer Portugal a demência não é uma doença mental, é uma doença do cérebro,

pois quando o mesmo é afetado, são detetados problemas em todas as ações, incluindo recordar/lembrar, falar, entender e aprender novas competências.

Segundo o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro, os problemas de saúde mental, aliados a situações de demência que, em parte, resultam do aumento da esperança média de vida e do envelhecimento da população, importam severas consequências para a vida das famílias. Por isso a saúde mental constitui uma das prioridades das políticas sociais e de saúde.

Assim o MS e o MESS iniciaram uma política no âmbito do XVII Governo Constitucional, aprovado pela Resolução de Ministros n.º 49/2008, de 6 de Março, a Unidade Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental (UCCISM).

Todavia apenas o XVIII Governo Constitucional concretizou medidas para a organização e coordenação de unidades e equipas multidisciplinares com vista à prestação de apoio psicossocial e de cuidados médicos, ao reforço das competências, à reabilitação, à recuperação e integração social das pessoas com incapacidade psicossocial, bem como à promoção e reforço das capacidades das famílias que lidam com estas situações.

No entanto, apesar da elaboração do Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro, onde consta toda a especificação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental (RNCCISM), tal medida nunca foi efetivada. Ressalva-se que esta política constava no Coordenação Nacional de Saúde Mental (2008), na área da reabilitação, desinstitucionalização, integração social e cuidados continuados.

O MS desenvolveu igualmente o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Portugal, 2004). Todavia, segundo Pontes (2009), este plano não particulariza medidas concretas dirigidas à deteção e promoção do tratamento de idosos com demência, sendo que os indicadores selecionados não parecem contemplar uma avaliação sobre o peso da demência no idoso em Portugal.

Tal como indica a Constituição da Republica Portuguesa, o MESS garante aos cidadãos o direito universal à proteção social e às pensões de reforma, desenvolve e apoia programas de ação social para melhorar as condições de vida das famílias e promove a igualdade de oportunidades na infância, na juventude, no envelhecimento

ativo, na dependência, na imigração, entre minorias étnicas e outros grupos em situação de vulnerabilidade (Alzheimer Europe, 2013).

Ao nível das respostas sociais para as pessoas idosas, a Segurança Social destaca um conjunto de respostas de apoio social, que têm como objetivo promover a autonomia, a integração social e a saúde.

Tabela 2 - Respostas Sociais para Idosos

Resposta Social	Definição
Centro de Dia	Desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar
Estruturas Residenciais	Desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia
Acolhimento Familiar	Consiste em integrar, temporária ou permanentemente, pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro.
Apoio Domiciliário	Consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar.

Fonte: Portugal, 2014

Ao nível dos doentes do foro psiquiátrico a Segurança Social distingue um conjunto de respostas integradas de cuidados de saúde e de apoio social a este grupo. Este tipo de respostas sociais visam promover a reabilitação, a autonomia e a integração sociofamiliar e profissional.

Tabela 3 - Respostas Sociais para doentes do foro psiquiátrico

Resposta Social	Definição
Unidade de vida apoiada	Destina-se a jovens e adultos com elevado grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizados sem autonomia suficiente para poderem organizar sem apoio as atividades de vida diária, sem suporte familiar ou social adequado e não precisem de intervenção médica psiquiátrica a tempo inteiro.
Unidade de vida protegida	Destina-se a jovens e adultos com moderado grau de incapacidade psicossocial clinicamente estabilizados, sem suporte familiar ou social adequado.

Fonte: Portugal, 2014

Existe outro tipo de apoio social, tal como as prestações sociais, importantes no reforço económico dos indivíduos que a eles recorrem. A este nível expõem-se no quadro seguinte as prestações sociais inerentes aos dois grupos em questão.

Tabela 4 - Prestações Sociais para idosos e doentes do foro psiquiátrico

Grupo	Nome	Definição
Idosos	Complemento Solidário do Idoso	Prestação monetária para pessoas com baixos recursos, sendo o seu pagamento mensal. Este apoio pretende completar a pensão que o idoso já recebe.
	Complemento por Dependência	Prestação monetária mensal para pessoas em situação de dependência.
	Pensão por Velhice	Prestação pecuniária mensalmente, destinado a proteger os beneficiários do regime geral de Segurança Social, na situação de velhice, substituindo as remunerações de trabalho.
	Pensão Social de Velhice	Dirigida às pessoas com 65 ou mais anos de idade, com baixos rendimentos, que não tenham direito à pensão.
	Pensão por Invalidez	Prestação pecuniária, paga mensalmente, destinada a proteger os beneficiários do regime geral de segurança social nas situações de incapacidade permanente para o trabalho
	Pensão Social de Invalidez	Prestação em dinheiro atribuída, mensalmente, aos beneficiários em situação de incapacidade permanente para toda e qualquer profissão
	Proteção especial por invalidez	Destinada a proteger os beneficiários em situações de incapacidade permanente para o trabalho ou de dependência causada por doença, como por exemplo Alzheimer
Saúde Mental		

Fonte: Portugal, 2014

Assim ambos os ministérios promovem planos, programas e medidas que refletem orientações para determinadas áreas de intervenção para melhorar a qualidade de vida e promover a autonomia dos utentes que a eles recorrem.

No entanto ainda existe falha de informação sobre os serviços de saúde, serviços comunitários e informações gerais sobre a demência e suas consequências. Este facto não permite um diagnóstico e intervenção precoce (Alzheimer Europe, 2013).

Segundo Bonfim e Saraiva (1996), para um Centro de Dia com capacidade para 30 utentes, independentemente do grau de dependência, deve existir o seguinte tipo de recursos humanos: um Diretor Técnico, um Técnico de Animação, um Ajudante de

Centro de Dia, um Motorista, um Cozinheiro e um Empregado Auxiliar. Ressalva-se ainda que se o número de utentes for inferior a 30, o Diretor Técnico poderá acumular a função de Técnico de Animação. Os Centros de Dia podem também funcionar com recursos humanos de outras estruturas e também com voluntários devidamente enquadrados.

Ressalva-se portanto que a maioria dos serviços que apoiam pessoas com demência são destinados a idosos, não adquirindo recursos humanos e/ou estrutura física para prestar cuidados de qualidade. Destaca-se também que não existe nenhuma diretiva ao nível da saúde e da Segurança Social que regularize o número e a qualificação dos recursos humanos necessários para prestação de cuidados a este tipo de população. Assim, na sua grande maioria, os serviços só prestam assistência às pessoas em fases concretas do processo demencial, e muitas vezes as pessoas vivenciam um cuidado desregulado (Alzheimer Europe, 2013).

Salienta-se também que a prestação de apoio social não tem em consideração os diferentes tipos de demência. Esta questão é visível na Lei n.º 90/2009 de 31 de Agosto – Aprova o regime especial de proteção na invalidez originada por:

“(…) paramiloidose familiar, doença de Machado-Joseph (DMJ), sida (vírus da imunodeficiência humana, HIV), esclerose múltipla, doença do foro oncológico, esclerose lateral amiotrófica (ELA), Doença de Parkinson ou Doença de Alzheimer (DA).”

Não constando todos os outros tipos de demência que também podem levar à invalidez/ incapacidade das pessoas portadoras.

Por fim, mas não menos importante, é necessário explicitar que os cuidadores dos doentes com demência não têm direito a dispensa de trabalho para cuidar do familiar (remunerada ou não), não têm horários flexíveis, benefícios fiscais ou contribuições para a pensão face aos serviços que prestam (Alzheimer Europe, 2013).

4. PESSOAS IDOSAS E INTERVENÇÃO NA DEMÊNCIA

4.1. INTERVENÇÃO NOS IDOSOS COM DEMÊNCIA – OBJETIVOS E MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

O envelhecimento conjugado com a demência reanimou as consciências para a necessidade de promoção de um envelhecimento saudável, ou seja, com saúde, autonomia e independência durante o maior período de tempo possível. Esta nova realidade implica pensar no envelhecimento ao longo do ciclo vital, o que constitui um desafio individual e coletivo, numa atitude preventiva e promotora de saúde.

No entanto deve-se considerar o envelhecimento humano como um processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social, que se desenvolve ao longo da vida (Portugal, 2004).

Para tal, devem-se unir esforços coletivos e individuais no sentido de promover o envelhecimento ativo, sendo este, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem.

A necessidade de melhorar a qualidade de vida⁴ do idoso, mais especificamente a dos doentes com demência tem contribuído para uma maior sensibilização sobre a importância de programas de reabilitação. Todavia, apesar do crescente interesse nas últimas décadas, ainda não se dispõe de dados seguros sobre a eficácia real das diferentes modalidades de intervenção não farmacológica nos doentes com demência (Guerreiro, 2002). Mas, os trabalhos desenvolvidos visam demonstrar as vantagens da intervenção, ao nível do prolongamento do tempo com qualidade de vida do doente com demência (Loewenstein et al., 2004).

A intervenção adequada dependerá igualmente dos recursos humanos existentes, no entanto apesar da inexistência de uma diretiva que regularize o número e a qualificação dos recursos humanos necessários para prestação de cuidados a utentes com demência, a Diretora Técnica do Centro de Dia de Lisboa da Associação Alzheimer Portugal, Dra. Filipa Gomes (2014), em entrevista, aconselha que as equipas multidisciplinares deverão ser constituídas por, um Assistente Social, um

⁴ É um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente (OMS, 2001)

Terapeuta Ocupacional, um Enfermeiro, um Neuropsicólogo, um Fisioterapeuta e um Psicólogo para poderem intervir com os utentes e com os cuidadores nas mais diversas áreas, dando resposta às suas necessidades. Ao nível da equipa de auxiliares é recomendado que exista pelo menos um auxiliar por cada dois utentes, isto porque é necessário uma supervisão constante e deve ser promovido o bem-estar diário dos utentes na instituição. Destaca-se que é essencial existir uma equipa multidisciplinar e uma equipa de auxiliares em número e qualificação suficientes para se promover serviços de qualidade e bem-estar aos utentes com demência e seus cuidadores.

Sequeira (Sequeira, 2010, p. 136-137) defende que o tratamento das demências deve ser personalizado e adaptado a cada caso, no qual incluem estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Destaca-se que não existem demências, mas sim doentes com demência, pelo que deve ser elaborado um plano específico de intervenção para cada pessoa/família.

Antes da elaboração do plano individual de intervenção, os utentes devem ser sempre avaliados por toda a equipa técnica, fazendo cada técnico a avaliação correspondente à sua área. Com esta avaliação será possível obter diversas informações fulcrais, mais concretamente: perceber o estadió da doença, perceber as capacidades que estão deterioradas e as que estão preservadas, recolher a história de vida da pessoa (com a pessoa e com os familiares, para se os gostos, interesses e hábitos), elaborar um diagnóstico social, entre outras informações. Assim é esta avaliação que permite desenhar e compor o plano individual de intervenção, nunca esquecendo que nesse modelo de cuidados se intervém com o utente e com a sua família.

Dá-se especial destaque à família pois esta é o grande suporte dos utentes com demência. Se não existir intervenção – formação e apoio psicológico – a família pode utilizar estratégias inadequadas que interferem gravemente no bem-estar dos utentes

Assim para cada doente deve ser elaborado um plano de cuidados específico, devendo o mesmo ser reformulado regularmente, de acordo com a evolução da situação. Importa ressaltar que o conjunto de perdas funcionais e sintomas cognitivos/comportamentais podem apresentar uma grande variabilidade de caso para caso, pois a sintomatologia da demência não é homogénea e, em muitas situações, existe em coabitação com outras doenças.

Independentemente das técnicas que se utilizem, as intervenções não farmacológicas centram-se na reabilitação. Entende-se por reabilitação – a participação ativa da pessoa com incapacidade e de outros, no sentido de reduzir o impacto da doença e as dificuldades no quotidiano. Assim, o principal objetivo das técnicas de reabilitação ou de estimulação passam por ajudar alguém no seu desempenho, de modo a minimizar as necessidades de outrem (Guerreiro, 2002).

Existem diversas técnicas com possibilidades de serem utilizadas, englobando uma série de modalidades de intervenção psicoterapêutica (estimulação cognitiva, terapia por reminiscências, musicoterapia, etc.), cuidados de enfermagem, apoio social e apoio psicológico. Destaca-se que qualquer técnica a implementar deverá ter por base uma avaliação neuropsicológica exaustiva, de modo a identificar os défices e as funções que podem ser estimuladas, o tipo de demência e a fase em que se encontra. Sequeira (2010, p. 138) defende que existem essencialmente duas tipologias de intervenção, uma mais direcionada para os aspetos relacionais/emocionais e outra mais vocacionada para a estimulação cognitiva.

Todavia, os principais objetivos das modalidades de intervenção são os seguintes Sequeira (2010, p. 138):

- Promover ou manter a autonomia;
- Melhorar a função cognitiva ou evitar o seu agravamento brusco;
- Melhorar o estado de saúde geral;
- Estimular as capacidades cognitivas;
- Manter a interação com o meio;
- Estimular a identidade pessoal e a autoestima;
- Minimizar o stress.

A intervenção psicoterapêutica subdivide-se na estimulação cognitiva, terapia de orientação para a realidade, terapia da reminiscência, terapia de validação e musicoterapia.

A estimulação cognitiva é uma das modalidades de intervenção que tem demonstrado efeitos positivos, essencialmente em doentes com demência leve e, em alguns casos, moderada (Tàrraga, 1994). Esta modalidade dirige-se essencialmente à esfera mnésica, através de um método individual adaptado a cada doente, em função dos défices existentes e da deterioração global. As estratégias visam sempre potenciar as

capacidades que ainda se mantêm. Salienta-se que o treino da memória obtém melhores resultados se enquadrado no contexto do doente e quando dirigido a tarefas ligadas a défices concretos (Zanetti, 2000). Existe uma panóplia de atividades que podem ser utilizadas para o treinar a memória, a atenção, o processamento da informação, etc.

A terapia de orientação para a realidade consiste num conjunto de técnicas simples, nas quais se proporciona informação básica. Esta informação proporciona ao doente identificar melhor o tempo, o espaço, a sua habitação, etc. Assim pretende-se manter o doente orientado e evitar a perda de capacidade percetivas. Esta modalidade pode ser aplicada de modo informal; contudo, o modo formal é aquele que proporciona uma melhor eficácia em termos de resultados (Breuil et al., 1994).

A terapia por reminiscências tem como objetivo que o doente reviva acontecimentos agradáveis, como forma de estimulação da memória, melhoria da sua qualidade de vida, melhoria da sua autoestima, facilitando o interesse pelo contacto social. Pode ser realizada em grupo ou individualmente. Guerreiro (2002) defende que apesar de ainda não existirem estudos que comprovem a eficácia desta modalidade de intervenção, visualizam-se melhoras ao nível cognitivo.

A terapia de validação é uma técnica que pretende, em conjunto com o doente, a resolução de problemas concretos, em que o enfoque terapêutico se centra na escuta ativa reflexiva, na empatia, cordialidade e aceitação do doente e da sua doença. Esta técnica promove a melhoria da autoestima, a redução da ansiedade e a promoção da comunicação e da autonomia.

A musicoterapia é uma técnica que permite o relaxamento, muito importante numa fase inicial de intervenção, para diminuir a ansiedade e facilitar o contacto com o outro. Segundo Touchon e Portet (2002), este tipo de intervenção centra-se na música, existindo essencialmente duas técnicas, uma dita recetiva – focando-se na escuta de estratos musicais eventualmente relaxantes, sob indução musical, seguida de uma sessão de verbalização. E a outra dita ativa, consistindo por fazer música, produzir o som e através deste melhorar o seu “eu”, facilitando a relação com o outro.

Já as modalidades de intervenção social e ambiental visam essencialmente modificar o meio do idoso, de modo a tornar mais favorável o seu quotidiano. Muitas destas medidas têm por objetivo reduzir ao máximo a dependência do idoso, o que, por

vezes, pode ser conseguido através da alteração de espaços físicos, melhorar a sinalização, etc. Deve-se assim proporcionar um ambiente agradável e estimulante para o idoso.

Por fim os cuidados de enfermagem visam maximizar as potencialidades do idoso, minimizando a sua dependência, através de ajuda e suporte ao idoso nas Atividades da Vida Diária (AVD's), na instrução do idoso sobre técnicas facilitadoras do desempenho de algumas atividades, na informação, entre outras. (Melo, 2005; Sotto Mayor, Sequeira e Paúl, 2006).

Nas diversas técnicas de intervenção não farmacológica no idoso com demência parece evidente que existem benefícios na sua utilização, principalmente quando implementadas de forma integrada com o contexto em que o doente se insere. Todavia, os estudos ainda não são conclusivos quanto à eficácia do seu uso (Spector et al., 2004).

4.2. INTERVENÇÃO SOCIAL NAS PESSOAS COM DEMÊNCIA

À medida que as pessoas envelhecem, as atividades que apreciam podem ir mudando. Esta mudança assume caráter mais acentuado quando se surge a situação de reforma, acontecimento a que, de uma forma geral, se associa a várias ruturas sociais: o fim da vida profissional, da vida ativa, o corte com os colegas do trabalho, a falta de planeamento quanto à ocupação do tempo livre e, frequentemente, também a perda financeira. Desta forma, as pessoas idosas passam por uma alteração do seu papel na sociedade, sendo essencial que existam formas de apoio no ajustamento a uma nova vida e na programação da melhor maneira de organizarem o seu tempo livre.

Neto (1993:19) define tempo livre como “o tempo disponível após o cumprimento das obrigações produtivas diárias, e do atendimento das necessidades fisiológicas sociais.” Ferrari (2002) afirma que os idosos encaram o envelhecimento de diversas formas, uns como um período vazio, sem valor, inútil, outros encaram o envelhecimento como tempo de liberdade, corte com compromissos profissionais e de se fazer aquilo que não houve oportunidade de se fazer anteriormente.

Para Fonseca (2005), a necessidade de ocupar os tempos livres deve ser feita de forma comprometida, com o objetivo de promover a ligação dos tempos livres e

aprendizagem das quais surjam resultados positivos, promovendo atividades e projetos consoante os interesses de cada um. Por isso, a intervenção na velhice deve ser ativa, promotora do acesso e da participação em atividades, e não passiva, em que o idoso é atendido e cuidado (Silva, 2011).

Segundo Silva (*apud* Abreu, 2008) é cada vez mais importante incentivar os idosos e proporcionar atividades de recreação e lazer que são cada vez mais encaradas como estratégias de redução do isolamento e de exclusão do idoso no meio social, melhorando assim a autoestima e o estado de saúde do mesmo (Feliciano, Moraes e Freitas, 2004). As atividades de lazer e recreação para idosos devem promover a capacidade de adaptação a novos estímulos, aumentar a capacidade criativa, proporcionar maior integração e participação social, constituindo um meio para melhorar a saúde mental e física e potenciar confiança, autocontrolo e satisfação com a vida.

Num idoso com demência, vivenciar as alterações relacionadas com a própria doença pode também significar uma alteração nas atividades em que participa. Mas é necessário que, apesar de todas as alterações inerentes ao processo demencial, os sujeitos se mantenham ativos e envolvidos em atividades que apreciem, esta é uma das funções e objetivos das instituições sociais.

Estas quando elaboram o plano anual e semanal de atividades devem inserir atividades realizadas em contexto real, como ir ao cabeleireiro, ao café, à missa, ao museu, entre outras, pois muitas destas atividades pertencem há rotina que as pessoas tinham e devem ser preservadas. Estas ações fazem com que os utentes se sintam parte integrante da comunidade. Conseguindo igualmente combater o estigma conseguindo passar uma mensagem positiva de inclusão à sociedade.

Para além das atividades em contexto real a Associação Alzheimer Portugal distingue diversos tipos de atividades que, de uma forma geral, devem ser realizadas para e com pessoas em processo demência (Reis, 2012-2013b, p. 10).

- Atividades Físicas: a atividade física é importante para manter a forma e a flexibilidade dos músculos e articulações. A atividade física desencadeia a libertação de substâncias químicas responsáveis por sensações de bem-estar podendo assim ajudar a reduzir a depressão e a ansiedade. Assim explicita-se

alguns exemplos de atividades físicas, como caminhar, jardinar, cortar a relva, praticar golf, ténis, ginástica, ioga, tai chi ou fazer alongamentos em casa.

- Atividades Mentais: é extremamente importante manter a mente ativa, estimular as partes do cérebro que ainda não estão afetadas, através por exemplo de palavras cruzadas, ler, fazer puzzles, jogar ou até mesmo fazer exercícios aritméticos. Manter-se envolvido nas atividades domésticas pode ser uma outra maneira de manter a mente estimulada.
- Atividades Criativas: na sua grande maioria as pessoas gostam de atividades criativas e estas podem incluir tricotar, bordar, executar trabalhos de carpintaria, costurar, pintar, desenhar, tocar um instrumento musical ou simplesmente ouvir música.
- Atividades Sociais: a este nível algumas pessoas investiram no relacionamento social e outras procuraram ser um pouco mais caseiras. É importante manter o contacto social, se lhe der prazer, e até onde for possível. Este tipo de atividades pode envolver a participação em grupos sociais, como por exemplo clubes de cidadãos seniores, grupos de dança ou até mesmo grupos de cantares. Visitar os amigos, ir a um café ou um museu com um amigo ou familiar, jogar às cartas ou passar tempo com a família, também podem ser atividades gratificantes. Note-se que para algumas pessoas com demência é difícil estar em grandes grupos de pessoas, isto porque, por vezes, o ruído ou o movimento pode criar ansiedade ou confusão. Nestas situações poderá estar na mesma em encontros sociais, no entanto com apenas uma duas pessoas.
- Espiritualidade: pode significar mais do que a religião ou a igreja. Pode relacionar-se com qualquer coisa que dê sentido ou paz à nossa vida. Para muitas pessoas, a fé espiritual é uma força importante para lidar com a demência, pelo que manter o envolvimento religioso poderá ser útil. Este sentimento de espiritualidade pode ser adquirido, por exemplo, através de meditação, apreciar arte, desfrutar do pôr-do-sol, fazer uma caminhada ao longo da praia, entre outros.
- Sentido de Humor: é essencial que os utentes com demência continuem a rir. Partilhar o sentido de humor é uma excelente maneira de libertar as tensões, bem como dar e contribuir na vida quotidiana.

É crucial que a pessoa, apesar da dificuldade na realização de qualquer atividade de que goste, não desista; por isso, qualquer atividade que se organize deve ser simplificada e, se necessário, se o doente não a conseguir executar deve ser-lhe prestado o apoio necessário nunca substituindo nem infantilizando. É extremamente importante que os doentes continuem a desfrutar de tudo o que dá sentido à sua vida, lhe dê prazer e sensação de paz.

No entanto salienta-se que num grupo de utentes diversificados, com e sem demência é necessário precaução quando se aplica atividades. Não se pode aplicar a mesma atividade a utentes com e sem demência sem existir uma avaliação. No fundo pode existir um idoso com demência que possa integrar um grupo de utentes sem demência podendo ser benéfico para o mesmo. No entanto também pode existir outros idosos com demência que é contraproducente e até mesmo prejudicial para os mesmos, pois afeta a sua autoestima e o seu bem-estar.

Assim a melhor estratégia depois de ser elaborada a avaliação do utente como um todo é formar grupos o mais homogêneos possível, pois também constitui um erro agrupar utentes com demência em fases distintas de evolução.

As instituições quando intervêm com pessoas com demência individualmente ou em grupos restritos devem ainda ter em consideração o espaço onde a intervenção é elaborada. Esta intervenção deve ser efetuada numa sala tranquila, com o mínimo de interferências possível e o mínimo de ruído, pois este tipo de população tem deficit de concentração e atenção. Caso contrário pode despoletar episódios de ansiedade, inquietação e irritabilidade.

A intervenção nas pessoas idosas e, também, naqueles que experienciam a demência contribui:

“(...) para a alegria de viver, devido ao facto de possibilitar a estabilidade de saúde, manutenção de condição física, contacto e comunicação com outras pessoas, independência e autonomia na resolução das tarefas quotidianas. Está em ajudar a alimentar a sensação agradável de não constituir um fardo para os outros, combater a tendência para atitudes e comportamentos de isolamentos e de refúgio, em manter bem vivo o desejo e a apetência de viver a vida plenamente até ao fim dos seus dias” (Bento, 1991).

A intervenção social na demência concretiza-se quer em meio institucional, quer em meio familiar. Os centros de dia são equipamentos que acolhem cada vez mais pessoas idosas com demência e síndrome demencial, sendo urgente diversificar as

suas atividades e consolidar as suas metodologias de intervenção no que diz respeito às necessidades específicas deste tipo de utentes. Referimo-nos, sobretudo, aos cuidados mais individualizados, à frequência semanal de determinado tipo de atividades, à diversidade de funções da vida diária de cada utente que é necessário estimular.

No que diz respeito à família, a importância da sua formação enquanto cuidadores e o apoio na sua vida quotidiana, dado o peso que constitui o cuidado a uma pessoa em processo demencial, seja do ponto de vista emocional, seja do ponto de vista físico e económico. Registe-se o caso da Alzheimer Portugal, que privilegia o apoio às famílias, seja através dos Gabinetes Cuidar +, de incidência local, seja através de Grupos de Ajuda Mútua (GAM). Mais recentemente instituíram-se em diversos locais os Cafés Memória, estes consistem em locais de encontro destinados a pessoas com problemas de memória ou demência, bem como os seus familiares e cuidadores para partilha de experiências e suporte mútuo.

II – METODOLOGIA DA PESQUISA

5. FUNDAMENTAÇÃO, OBJETO E OBJETIVOS DA PESQUISA

Sequeira (2010, p. 34-35) garante que devido ao aumento da longevidade que se tem vindo a verificar nos últimos tempos, a sociedade é deparada com novos desafios entre os quais a saúde e a prestação de cuidados à população idosa. Ressalva-se que antigamente a prestação de cuidados era desenvolvida somente pela família. Todavia o conceito de família ao longo do tempo foi-se modificando - essencialmente devido à inserção das mulheres no mercado de trabalho e também a existência de famílias menos numerosas – existindo assim uma maior dificuldade para as famílias cuidarem dos seus idosos.

Esta dificuldade aumenta com o avançar da idade, pois existe um maior risco de doenças que poderá originar uma maior dependência. A demência poderá constar neste grupo de doenças incapacitantes e do envelhecimento. Segundo a Associação Alzheimer Portugal à medida que as pessoas envelhecem, a possibilidade de desenvolver demência aumenta, ou seja, a taxa de prevalência da demência aumenta com a idade. (Reis, 2012-2013a, p. 4).

Por isso é fulcral criar respostas diversificadas e adaptadas à população idosa com demência. Para Paúl (1991, p. 21-26) o idoso ingressa numa instituição devido à crescente incapacidade funcional ou devido a problemas graves de saúde, a escassez de recursos económicos ou perda do conjugue ou até da própria casa. Osorio e Pinto (2007) acrescentam ainda que muitos idosos preferem e sentem-se mais satisfeitos a viver no meio familiar e junto dos amigos e vizinhos onde sempre viveram.

Assim das respostas sociais existentes, segundo Arrozola (*apud* Cid e Dapía, 2007) defendem que o Centro de Dia é um recurso social de utilização diurna que surge como alternativa à institucionalização permanente, concebido para utentes com algum grau de deficiência física ou psíquica.

Segundo Bonfim e Saraiva (1996), o Centro de Dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar.

Segundo Conrad et al. (*apud* Teixeira, 2008) o principal objetivo do Centro de Dia é manter, desenvolver e melhorar as funções físicas e mentais do idoso através de atividades da vida diária e de interação social. Promove igualmente, um apoio familiar às necessidades básicas, terapêuticas e socioculturais dos idosos, promovendo a sua autonomia e a sua permanência em contexto domiciliário uma vez que o idoso só permanece durante o dia na instituição (Sancho, 1996).

O centro de dia torna-se, assim, útil, na medida que dá respostas às necessidades básicas de idosos que por motivos de saúde se tornam dependentes, sem que seja necessário retirá-los do seu meio ambiente (Benet, 2003). Cerrato (*apud* Teixeira, 2008) indica que a procura destes serviços serve, sobretudo, para colmatar a solidão que por motivos sociais ou de saúde obriga aos idosos a passarem várias horas do dia sozinhos. Segundo Catherine Needham (2013) os centros de dia são, porém, também identificados como “lugares em que as pessoas se reúnem em comunidades forçadas e com pouco estímulo de desenvolvimento”. É, também, com base nessa perspetiva que consideramos pertinente avaliar em que medida esta resposta social se adequa, efetivamente, ao aumento crescente de utentes com demência ou com síndrome demencial e às necessidades de estímulo que requerem, por forma a retardar o processo demencial e a manter a sua qualidade de vida.

Assim, a indagação que orientou o nosso estudo é a seguinte: estão os centros de dia adaptados às novas necessidades decorrentes do aumento de utentes em processo demencial?

Segundo as estatísticas sobre as demências, estas têm evoluído na sociedade atual, nomeadamente na população sénior, estando alguma desta população enquadrada nos centros de dia, pelo que o nosso objeto de estudo serão os *centros de dia e a intervenção que neles é desenvolvida nos utentes em processo de demência*.

A *necessidade de refletir sobre a adequação da resposta social centro de dia a este novo fenómeno de aumento das pessoas idosas com demência* constitui o objetivo central da pesquisa, procurando-se, através dela, contribuir para a melhoria dessa resposta face às necessidades atuais.

Ao nível dos objetivos específicos, pretende-se:

- Perceber a incidência da problemática da demência nos Centros de Dia;

- Identificar as atividades e serviços prestados nos Centros de Dia, os recursos humanos de que dispõem e a sua relação com as características da população utente;
- Conhecer as perceções dos responsáveis técnicos sobre a problemática da demência e suas implicações no funcionamento quotidiano dos Centros de Dia.

6. MODELO DE ANÁLISE

O trabalho exploratório tem como função alargar a perspetiva de análise, travar conhecimento com o pensamento de autores cujas investigações e reflexões podem inspirar as do investigador, revelar facetas do problema nas quais não teria certamente pensado por si próprio e, por fim, optar por uma problemática apropriada. Posto isto, a construção do modelo de análise constitui a charneira entre a problemática fixada pelo investigador, por um lado, e o seu trabalho de elucidação sobre o campo de análise restrito e preciso, por outro (Quivy e Campenhoudt, 1992:109).

Face aos objetivos da pesquisa e à pergunta de partida – estão os Centros de Dia adaptados às novas necessidades decorrentes do aumento de utentes em processo demencial? – foram privilegiados os conceitos de Demência e de Centro de Dia. Estes foram operacionalizados em variáveis, dimensões e indicadores com pertinência para um melhor conhecimento do objeto de estudo, tal como se apresentam na tabela seguinte.

Tabela 5 - Modelo de Análise

Conceitos	Variáveis	Dimensões	Indicadores	
Demência	Síndrome Demencial	Perturbações em alguma das seguintes funções (memória, linguagem, orientação temporal e/ou espacial e humor)	Nº de utentes com perturbação em algumas das funções	
	Demência Diagnosticada	Perturbações em alguma das seguintes funções (memória, linguagem, orientação temporal e/ou espacial, humor e funções execução motora)	Nº de utentes com perturbação em algumas das funções	
	Caracterização dos utentes	Dados Pessoais		Idade
				Género
		Agregado Familiar		Reside Só
				Reside com familiares
				Com rede familiar de apoio
Rede Informal de Apoio		Sem rede familiar de apoio		
Centro de Dia	Organização	Capacidade de acolhimento das Instituições	Capacidade de acolhimento X nº de utentes	
			Nº de utentes com síndrome demencial	
			Nº de utentes com demência diagnosticada	

		Horário	Capacidade da instituição para acolhimento de pessoas com demência
			Reduzido
			Alargado
	Recursos Humanos	Equipa Multidisciplinar	Nº de psicólogos
			Nº de assistentes sociais
			Nº de terapeutas ocupacionais
			Nº de animadores socioculturais
			Nº de fisioterapeutas
		Equipa de Auxiliares	Nº de auxiliares X nº de utentes
	Estrutura	Espaço Físico	Espaços próprios para atividades
			Grau de adaptação dos espaços - ruído
			Grau de adaptação dos espaços - área disponível
	Atividades	Tipo de Atividade	Atividades Físicas
			Atividades Cognitivas
			Atividades Criativas
			Atividades Sociais
			Atividades de natureza espiritual
		Frequência de atividades	1x por semana
			2x por semana
			3x por semana
			Todos dos dias
			Mensal
	Serviços	Saúde e Bem-estar	Anual
			Fisioterapia
			Acompanhamento Médico
			Enfermagem
			Acompanhamento psicossocial
Higiene e Cuidados Pessoais		Gestão de medicamentos	
		Higiene Pessoal	
		Cabeleireiro/ Barbeiro	
Alimentação		Manicure/ Pedicure	
		Alimentação Diária	
Outros		Alimentação ao fim-de-semana	
		Transporte	
	Tesouraria		

Complementarmente, e a partir das entrevistas efetuadas aos diretores técnicos dos Centros de Dia, procurou-se obter informação acerca de outras variáveis, nomeadamente:

- Incidência da demência na população do Centro de Dia;

- O Centro de Dia na promoção da autonomia e bem-estar da pessoa com demência ou com síndrome demencial;
- Principais constrangimentos na intervenção com utentes com demência e com síndrome demencial.

7. MÉTODO E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A investigação social tem por base compreender melhor os significados de um acontecimento ou de uma conduta, a fazer de forma inteligente o ponto da situação, a captar com maior perspicácia as lógicas de funcionamento de uma organização, a refletir acertadamente sobre as implicações de uma decisão política, ou ainda a compreender com mais nitidez como determinadas pessoas apreendem um problema e a tornar visíveis alguns fundamentos das suas representações (Quivy e Campenhoudt, 1992:17).

No fundo, pretende-se que o investigador seja capaz de conceber e de colocar em prática um dispositivo para a elucidação do real, isto é, um método de trabalho, variando a escolha, a elaboração e a organização dos processos de trabalho de acordo com cada investigação específica (Quivy e Campenhoudt, 1992:16).

O estudo, de natureza qualitativa, seguiu uma estratégia dedutiva, em que se partiu da compreensão geral da demência e dos tipos de intervenção adequados a esta problemática desenvolvidos a partir do Centro de Dia, para então compreender a situação específica de três respostas sociais. Para Fortin (1999:373), a metodologia qualitativa é a “(...) compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. Ela observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresente sem se preocupar em controlá-los”.

Recorreu-se a fontes diversas para exploração da problemática e construção dos conceitos, destacando-se a revisão da literatura e o recurso a informação privilegiada obtida na Associação Alzheimer Portugal.

A recolha de informação foi realizada segundo um método triangular, privilegiando-se não só a análise documental e as entrevistas como também a observação participante, por se considerar a sua complementaridade e a possibilidade de resultados mais fidedignos.

O estudo centrou-se na zona de Lisboa, especificamente, nos concelhos de Lisboa e Oeiras, onde existem 69 e 15 Centros de Dia, respetivamente. Face ao número reduzido de Centros de Dia estudados – três – a amostra é de tipo intencional e os resultados obtidos não são, por isso, generalizáveis.

Foram objeto de estudo os Centros de Dia que se disponibilizaram em colaborar em tempo oportuno, considerando o tempo reduzido para conclusão do nosso trabalho. Das seis entidades contactadas, quatro de Lisboa e duas de Oeiras, foram selecionadas três com base nos seguintes critérios:

- Estarem inseridos em Centros Sociais e Paroquiais com estatuto de Instituição Particular de Solidariedade Social;
- Terem capacidade de acolhimento semelhante, entre os 30 e 40 utentes;
- Terem, pelo menos, 25% de utentes com demência.

Numa primeira fase da investigação existiu a necessidade de realizar leituras tendo como objetivo aprofundar o conhecimento da problemática. Segundo Quivy e Campenhoudt (1992:67), as leituras ajudam a fazer o balanço dos conhecimentos relativos ao problema de partida. Para apoiar esta reflexão surgiu a necessidade e a oportunidade de realizar uma entrevista exploratória à Diretora Técnica do Centro de Dia de Lisboa da Associação Alzheimer Portugal, essencial para descobrir aspetos a ter em consideração, alargando ou retificando o campo de investigação das leituras (Quivy e Campenhoudt 1992:67).

8. INSTRUMENTOS

Como anteriormente referido, optou-se por uma estratégia metodológica triangular: análise documental, observação participante e entrevista. A análise documental, para além de relacionada com a exploração da problemática, foi utilizada na observação e tratamento de documentos fornecidos pelas instituições em estudo. Foram analisados os processos individuais dos utentes, os planos de atividades anuais e semanais, assim como documentos institucionais que permitiram caracterizar as instituições e o seu funcionamento. Estes dados foram trabalhados no software estatístico SPSS versão 22.

No decurso da investigação surgiu necessidade de utilizar a observação participante para complementar os dados obtidos documentalmente e melhor conhecer a realidade no que diz respeito às práticas de intervenção. Esta técnica de recolha de dados é muito importante quando se pretende apreender o máximo de conhecimento dinâmico sobre determinada situação ou fenómeno (Minayo e Deslandes, 1998), apresentando como vantagem, nomeadamente:

[...] apreensão dos comportamentos e dos acontecimentos no próprio momento em que se produzem. A recolha de um material de análise não suscitado pelo investigador e, portanto, relativamente espontâneo. A autenticidade relativa dos acontecimentos em comparação com as palavras e com os escritos [...] (Quivy e Campenhoudt, 1992:199).

A observação participante permitiu, assim, analisar a realidade dos Centros de Dia no seu dia-a-dia, a sua dinâmica e também a intervenção realizada junto dos utentes com demência e seus familiares. A observação decorreu durante uma semana em cada uma das instituições.

Foram, ainda, realizadas entrevistas aos três Diretores Técnicos dos Centros de Dia em estudo, com o objetivo de recolher informação sobre a importância e papel de um Centro de Dia na resposta a utentes com demência ou síndrome demencial, a sua perceção quanto à relação entre o tipo de necessidades dos utentes, tipo de atividades e recursos humanos disponíveis na instituição e em que medida as práticas interventivas promovem a autonomia e o bem-estar dos e, por fim, perceber os constrangimentos que se colocam na intervenção com este tipo de população.

Os dados das entrevistas foram trabalhados através da técnica de análise de conteúdo, possibilitando analisar de forma metódica a informação recolhida, com rigor e profundidade (Quivy e Campenhoudt, 2008:227).

III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

O estudo foi efetuado, como anteriormente referido, em três centros de Dia, dois do concelho de Lisboa e um do concelho de Oeiras, sobre os quais se apresenta informação sintética sobre a sua origem e âmbito de atuação. Posteriormente, serão apresentados os dados recolhidos de acordo com as variáveis selecionadas.

Centro Social e Paroquial Nossa Senhora da Ajuda

O CSPNSA é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos, canonicamente ereta. A instituição adquire diversas respostas sociais nomeadamente: creche, jardim-de-infância, lar de idosos, apoio domiciliário, refeitório, convívio e também Centro de Dia (Centro Social e Paroquial Nossa Senhora da Ajuda, 2014, p. 3).

O Centro de Dia surge da iniciativa da paróquia para responder às necessidades das pessoas que, pelas suas características físicas, psicológicas ou sociais, se encontram em situação de especial vulnerabilidade ou com autonomia limitada. O serviço é inspirado na doutrina do evangelho e no reconhecimento da dignidade de toda a pessoa humana, em que cada um é respeitado na sua individualidade e privacidade (Centro Social e Paroquial Nossa Senhora da Ajuda, 2014, p. 4). Assim o CSPNSA tem capacidade para acolher 35 utentes (Portugal, 2007).

São objetivos desta valência:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias;
- Prevenir situações de dependência e promover a autonomia;
- Prestar apoio psicossocial, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar;
- Fomentar relações interpessoais entre os idosos e outros grupos etários, de modo a evitar o isolamento;
- Aconselhar e dar indicações aos idosos e respetivas famílias na resolução dos seus problemas (Centro Social e Paroquial Nossa Senhora da Ajuda, 2014, p. 5).

O Centro Social Paroquial do Campo Grande

O CSPCG é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), que se integra na Pastoral Sócio caritativa da Igreja. O Centro Social tem como objetivos, responder às necessidades concretas dos habitantes da Paróquia, com opção preferencial pelos mais pobres (não só de bens materiais, mas também os que estão isolados, doentes e marginalizados); cultivar e promover a fraternidade, aceitando a colaboração de todos os que se sentirem dispostos a partilhar dons e capacidades e proporcionar espaços de convívio e de reflexão a quem estiver interessado em clarificar e enriquecer pontos de vista cristãos. (Igreja Campo Grande, 2014)



Ilustração 2 – Centro Social e Paroquial Campo Grande

O Centro de Dia/Centro de Promoção de Autonomia é um espaço de acolhimento onde se desenvolve um conjunto de programas ocupacionais e de lazer adequados aos utentes nas mais variadas condições e etapas das suas vidas que visam promover a qualidade de vida da Pessoa Idosa, assim como atividades que premeiam a prevenção, estimulação e manutenção das capacidades físicas, mentais, cognitivas, relacionais e espirituais da mesma tendo em vista a revalorização da individualidade e da sua contínua autonomia (Igreja Campo Grande, 2014). Assim o CSPNSA tem capacidade para acolher 80 utentes (Portugal, 2007).

São objetivos do Centro de Dia/Centro de Promoção de Autonomia:

- Melhorar a qualidade de vida do Idoso e da sua família;
- Estimular a participação comunitária do Idoso;
- Promover a autonomia do Idoso;
- Conservar as competências sociais, psíquicas, físicas e espirituais do Idoso;
- Transmitir aos Idosos um ambiente de segurança;
- Manter a auto – estima;

O Centro intervém em diversas áreas, tais como: atendimento pessoal, acompanhamento psicológico, aconselhamento jurídico, envolvimento familiar, formação, acompanhamento social, animação e lazer. (Igreja Campo Grande, 2014)

Centro Social e Paroquial São Romão de Carnaxide

O CSPSRC é uma IPSS inserida na Paroquia de São Romão de Carnaxide. Em 1995, com a construção da nova Igreja de Nossa Senhora do Amparo nasce também o Centro Social e Paroquial, embora só seja oficial em 1996, após publicação em Diário da República, a 31 de Julho, intitulado de Centro Social Paroquial de São Romão de Carnaxide. A Instituição iniciou o apoio social com o Centro de Dia São José e o Serviço de Apoio ao Domicílio (Centro Social e Paroquial São Romão de Carnaxide, 2014b).



Ilustração 3 - Centro Social e Paroquial São Romão de Carnaxide



Ilustração 4- Centro de Dia do Centro Social e Paroquial São Romão de Carnaxide

O centro tem como missão prestar apoio a toda a Comunidade, sobretudo aos mais desfavorecidos, dando uma resposta adequada às carências e necessidades existentes e promovendo sempre a equidade e o desenvolvimento social. Pretende ser uma instituição reconhecida pela oferta de respostas sociais qualificadas e adaptadas à realidade tendo como objetivo principal a satisfação contínua dos nossos utentes e da comunidade (Centro Social e Paroquial São Romão de Carnaxide, 2014b).

O Centro de Dia de S. José é uma das valências existentes no Centro Social Paroquial de São Romão de Carnaxide, que consiste na prestação de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida, visando a promoção de autonomia e a prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento (Centro Social e Paroquial São Romão de Carnaxide, 2014a). Adquire capacidade para 50 utentes (Portugal, 2007).

O Centro de Dia tem como objetivos: incentivar e proporcionar meios para a participação ativa do idoso na vida da comunidade; criar condições que permitam o exercício das capacidades do idoso em ordem a manter a própria autoconfiança; promover o encontro e o convívio do idoso com outras pessoas que vivem a mesma condição etária no seio da comunidade; estimular o idoso a manter um projeto de vida, de modo a facilitar e manter uma integração harmoniosa no seu seio familiar e social, geradora de uma benéfica partilha entre gerações; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação interfamiliar (Centro Social e Paroquial São Romão de Carnaxide, 2014a).

9. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DOS CENTROS DE DIA

Para alcançar o objetivo da investigação, foi necessário recolher informação sobre os utentes que utilizam a resposta social, procedimento efetuado através da análise dos processos individuais que incidu nas seguintes variáveis: idade, género, demência diagnosticada, síndrome demencial, dependência funcional, agregado familiar e rede de suporte informal presente (Apêndice C – Tabela 17).

Idade e Género

O Centro de Dia é uma resposta social direccionada para a população idosa, com prioridade para pessoas a partir dos 65 anos. Em termos globais, predomina o grupo 80-89 anos, seguido do grupo 70-79 anos. Salienta-se, no entanto, o surgimento de um grupo de utentes com idades superiores a 90 anos e, apesar de em número reduzido, também pessoas com idade inferior a 65 anos. (Gráfico 1). Torna-se, pois, necessário que as instituições estejam atentas a esta dinâmica, para que a resposta social possa ser reajustada a esta nova realidade.

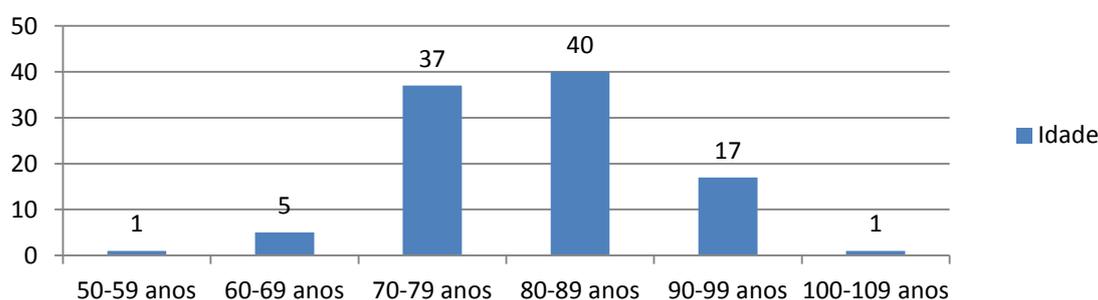


Gráfico 1 – Variação Global dos Centros de Dia ao Nível das Idades

De realçar o facto de, nos três Centros de Dia, as idades serem muito elevadas, verificando-se o reflexo de uma maior longevidade, em que o género feminino predomina como indica o gráfico 2, existindo, assim, uma evidência estatística entre as variáveis género e idade, com um nível de confiança de 95%.

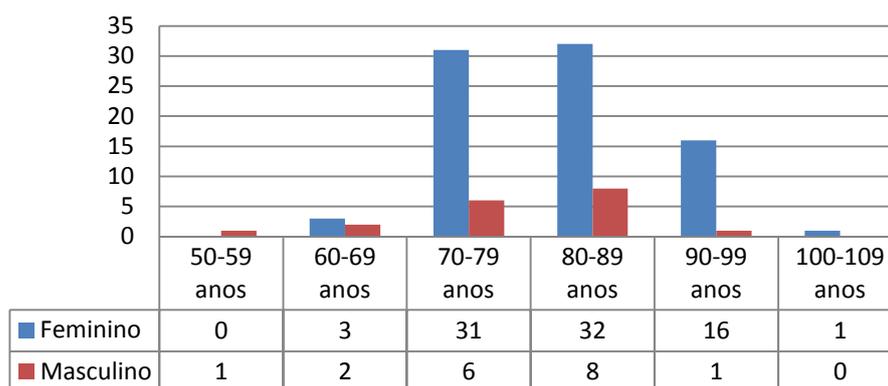


Gráfico 2 - Correlação entre a Idade e o Género no Total dos Centros de Dia

Verifica-se, igualmente, a predominância do género feminino quer a nível global dos Centros de Dia (Gráfico 3), quer ao nível de cada um deles (Gráfico 4).

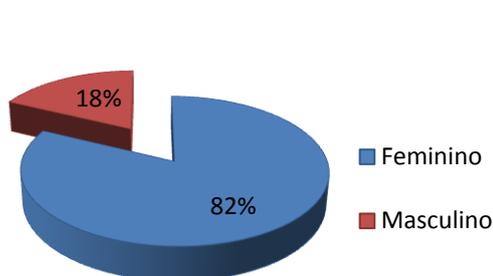


Gráfico 3 - Género englobando os Centros de Dia em Estudo (%)

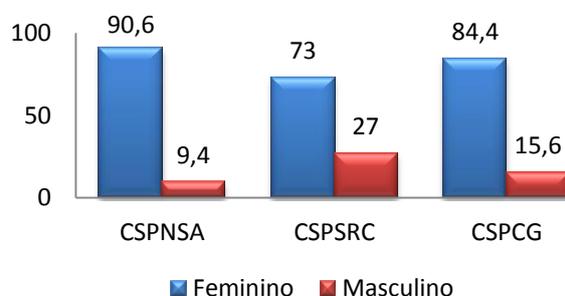


Gráfico 4 - Género por Centro de Dia (%)

Demência Diagnosticada e Síndrome Demencial

Neste estudo pretende-se dar especial relevo à questão da demência, sendo este um dos conceitos chave da investigação.

É essencial perceber o número de utentes com demência, note-se que quando for abordado a variável demência, encontra-se englobado as situações de demência diagnosticada pelos médicos e a síndrome demencial, alterações visíveis de défices cognitivos (Gráfico 5).

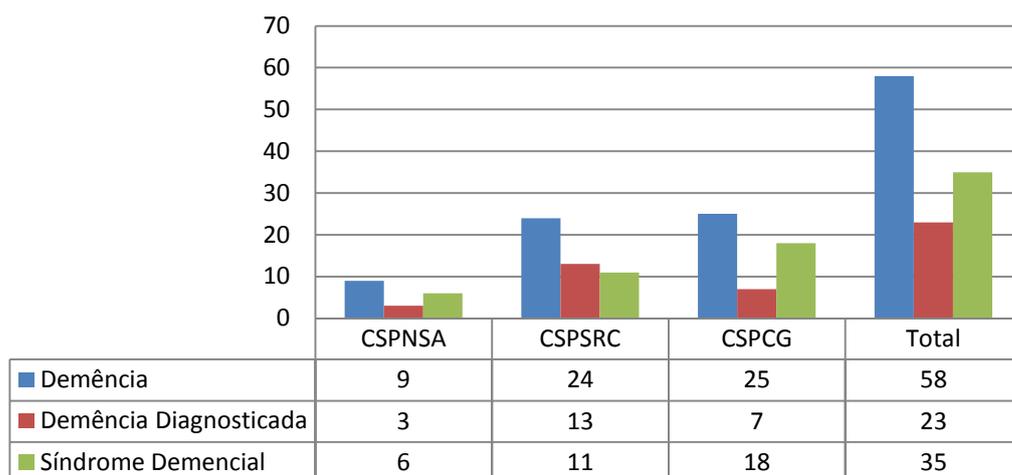


Gráfico 5 - Prevalência da Demência nos Centros de Dia (nº)

Tendo em conta o número total de indivíduos dos Centros de Dia em estudo, é possível perceber que de 101 utentes, 58 têm demência, o que equivale a 57% (Gráfico 6).

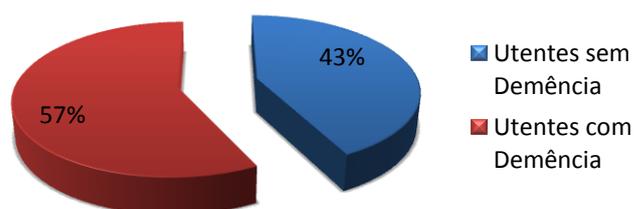


Gráfico 6 - Prevalência da Demência no Total dos Centros de Dia (%)

No que diz respeito à prevalência das situações de demência em cada um dos Centros de Dia, verifica-se que é no Centro Social Paroquial de São Romão que ela é mais elevada, atingindo 65% dos utentes. No Centro Social Paroquial do Campo Grande a percentagem é de 56% e no Centro Social Paroquial Nossa Senhora da Ajuda é de 28% (Gráfico 7).

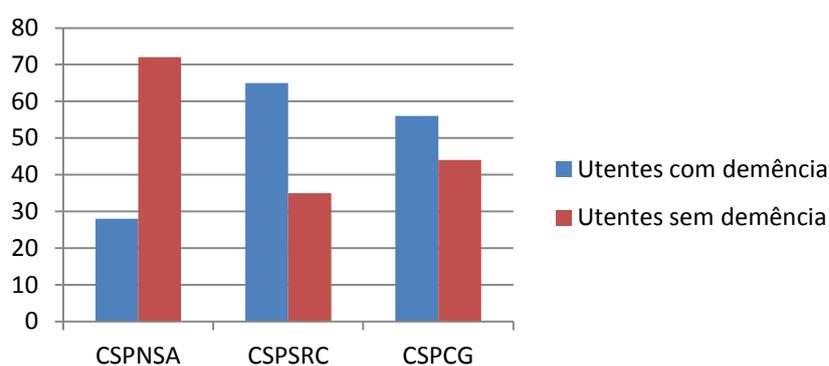


Gráfico 7 - Prevalência da Demência por CSP (%)

Correlação entre idade e demência

Neste estudo não existe evidência estatística entre a variável demência e idade com um nível de confiança de 95%, como indica o gráfico 8.

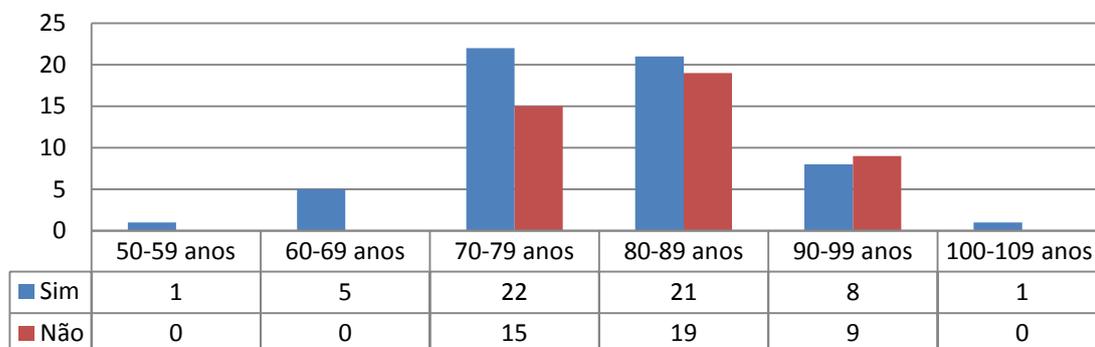


Gráfico 8 - Correlação entre a demência e a idade

Todavia diversos estudos demonstram que a prevalência da demência aumenta com a idade, sendo os grupos mais envelhecidos aqueles onde o predomínio da demência adquire percentagens mais significativas (Ferri et al., 2005).

Correlação entre género e demência

Quando correlacionadas as variáveis demência e género, não existiu evidência estatística entre ambas, com um nível de confiança de 95% (Gráfico 9).

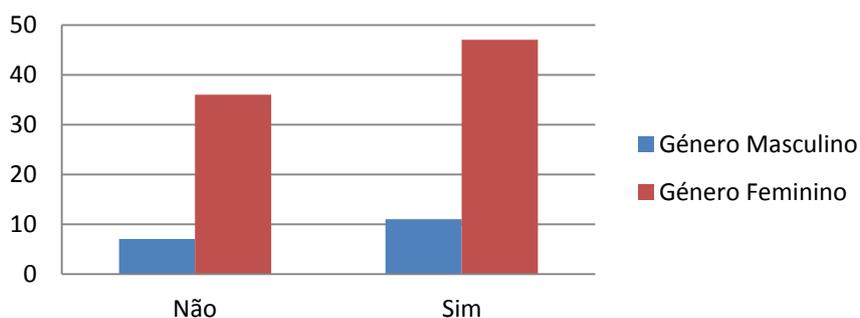


Gráfico 9 - Correlação entre género e demência

No entanto alguns estudos têm verificado a prevalência do género feminino na doença de Alzheimer, ao passo que a demência por enfartes múltiplos é mais recorrente no género masculino (Jorm, Korten e Henderson, 1987; Lopes e Bottino, 2002).

Correlação entre dependência funcional e demência

Na correlação entre a variável demência e a variável dependência funcional, existe evidência estatística com um nível de confiança de 95% (Gráfico 10).

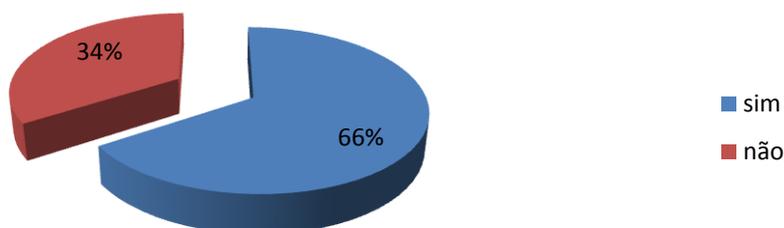


Gráfico 10 - Correlação entre a demência e a dependência funcional

Assim 66% dos utentes com demência adquirem uma dependência funcional. Estes aspetos permitem questionar e refletir sobre a intervenção destes Centros de Dia ao nível da promoção da capacitação, autonomia e bem-estar, tendo em consideração o grau de dependência.

Correlação entre agregado familiar e demência

Destaca-se também que existe evidência estatística entre a variável demência e a variável agregado familiar – reside só (Gráfico 11) e a variável demência e a variável agregado familiar – reside com a família (Gráfico 12), com um nível de confiança de 95%. Da primeira correlação é possível afirmar que dos 40 utentes que residem sós, 17 (42,5%) têm demência. Relativamente à segunda correlação dos 61 utentes que residem com a família, 41 (67,2%) têm demência.

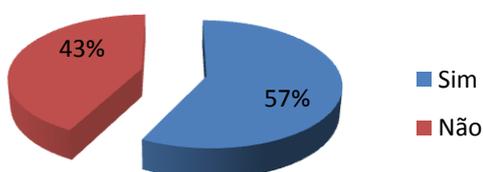


Gráfico 11 - Correlação entre demência e agregado familiar (reside só)

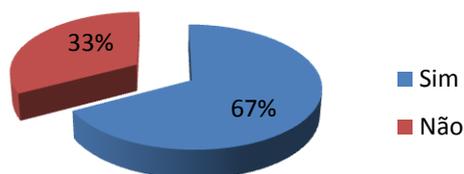


Gráfico 12 - Correlação entre demência e agregado familiar (reside com a família)

Correlação entre agregado familiar, demência e suporte de rede informal

Tendo em consideração que residir com a família não indica que a mesma promova um apoio adequado ao utente. Assim foi necessário correlacionar a variável Suporte de Rede Informal, Demência e Agregado Familiar – reside só ou reside com a família, obteve-se os seguintes resultados (Tabela 6).

Tabela 6 – Correlação entre agregado familiar, demência e suporte de rede informal

Demência		Com suporte de Rede Informal		Total
		Não	Sim	
Não	Reside Só	5	18	23
	Reside com a família	2	18	20
Sim	Reside Só	6	11	17
	Reside com a família	5	36	41
Total	Reside Só	11	29	40
	Reside com a família	7	54	61

Destacam-se os seguintes dados: 6 utentes têm demência, residem sós e não possuem rede de suporte informal; 11 utentes têm demência, residem sós mas têm rede de suporte informal ativa; 5 utentes têm demência, residem com a família, mas não possuem rede de suporte informal ativa; 36 utentes têm demência, residem com a família e possuem rede de suporte informal ativa.

Estes dados refletem a importância da intervenção nos cuidadores, nomeadamente ao nível da formação, do acompanhamento psicossocial mas, também, de aconselhamento médico e de enfermagem para poderem lidar melhor com a doença e com os respetivos doentes.

10. A RESPOSTA DO CENTRO DE DIA AOS UTENTES COM DEMÊNCIA

Pretendeu-se obter informação relativa à capacidade total de acolhimento dos Centros de Dia e número efetivo de utentes, horário de funcionamento, os serviços que prestam (Apêndice C – Tabela 19), recursos humanos disponíveis (Apêndice C – Tabela 18), as atividades que desenvolvem e o espaço físico onde são concretizadas. Pretende-se igualmente obter informação sobre a avaliação inicial ao utente e o plano de intervenção (PI).

Capacidade Total, Nº de Utentes e Horário

Tabela 7 – Lotação e Horário dos Centros de Dia

	CSPNSA	CSPSRC	CSPCG
Lotação da Instituição	35	50	80
Lotação atual da Instituição	32	37	32
Horário	9h00-17h00	9h00-18h00	10h00-17h30

Fonte: Portugal, 2007

Tendo em conta a informação da tabela 7 é possível observar que em termos de lotação as instituições são muito distintas, sendo que a única semelhança é a capacidade atual de ambas, requisito essencial para a elaboração desta investigação.

Ao nível do horário de funcionamento verificam-se algumas variações, mas não são significativas. Considera-se horário alargado neste tipo de resposta, aquele que possibilita que a família possa deixar o idoso de manhã antes do horário laboral e que este permaneça no Centro até terminar a jornada de trabalho.

De acordo com o formalmente estipulado pelas instituições, nenhuma tem horário alargado. Todavia, em termos da prática quotidiana, existe alguma flexibilidade para responder a algumas situações, analisadas caso a caso. Considera-se que o ideal seria estar previsto, regulamentarmente, o prolongamento de horário para todos os casos de que dele necessitem.

Serviços e Recursos Humanos

Os serviços disponibilizados, os recursos humanos disponíveis e as atividades organizadas são fundamentais para promover uma resposta de qualidade, promovendo a autonomia e o bem-estar dos idosos com demência e os seus familiares.

Iniciamos esta análise pelos serviços existentes em cada Centro de Dia. Tendo em consideração a tabela 8, é possível verificar que o Centro de Dia com maior variedade de serviços é o CSPCG, todavia o CSPNSA e o CSPSRC apesar de não disponibilizarem serviço de apoio psicológico e de aconselhamento jurídico, possuem o serviço de lavandaria, tirando partido de ser um serviço existente na valência de lar que também possuem no mesmo edifício.

Tabela 8 - Serviços Existentes em cada Centro de Dia

	CSPNSA	CPSRC	CSPCG
Serviços	Higiene	Higiene	Higiene
	Lavandaria	Lavandaria	Transporte
	Transporte	Transporte	Alimentação
	Alimentação	Alimentação	Animação e Lazer
	Animação e Lazer	Animação e Lazer	Acompanhamento Psicológico
	Acompanhamento Social	Acompanhamento Social	Acompanhamento Social
			Aconselhamento Jurídico

Ao nível dos recursos humanos optou-se por subdividir os mesmos em duas áreas: a equipa multidisciplinar e a equipa de auxiliares. A primeira deve ser diversificada ao nível da formação para intervir com os utentes e com os cuidadores a diversos níveis dando resposta às suas necessidades. A segunda deverá existir em número suficiente para garantir a supervisão e a promoção do bem-estar diário dos utentes na instituição.

De acordo com os dados obtidos e a observação realizada, considera-se que na generalidade nenhum Centro de Dia adquire recursos humanos adaptados a utentes com demência.

No CSPNSA ao nível da equipa de auxiliares, o Centro de Dia dispõe apenas uma auxiliar, que exerce também funções no lar, situado no mesmo edifício. A auxiliar só se dirige para o Centro de Dia depois de realizar as higienes no lar. Quando existe algum problema com equipa do lar a auxiliar não pode, exercer funções no Centro de Dia (tabela 9).

Ao nível da equipa técnica esta é composta por três técnicos (tabela 10), a animadora sociocultural que promove atividades (todavia quando a auxiliar não pode exercer funções é este técnico que assume o trabalho de supervisão e apoio aos 32 utentes, ficando as suas funções anuladas). A professora geriátrica que se encontra a trabalhar a part-time estando afeta às duas valências sendo a sua intervenção diminuta. Por fim, a assistente social, acumula funções de diretora técnica de diversas valências não conseguindo dar o apoio necessário à valência de Centro de Dia, aos seus utentes e aos seus familiares.

Tabela 9 - Equipa de Auxiliares Existentes no CSPNSA

CSPNSA		Afetação
Equipa de Auxiliares	Nº	1
		Tempo inteiro

Tabela 10 - Equipa Multidisciplinar existente no CSPNSA

CSPNSA	Afetação	Nº	
	3		
Equipa Multidisciplinar	Diretora Técnica	Tempo inteiro	1
	Assistente Social		
	Animadora Sociocultural	Tempo inteiro	1
	Professora Geriátrica	Tempo parcial	1

A situação do Centro de Dia do CSPSRC tem semelhanças mas também diferenças face ao anterior. Ao nível da equipa auxiliares tal como indica a tabela 11, existe apenas existe uma profissional afeta à sala de estar que é comum aos utentes de Centro de Dia e de Lar, tendo como função supervisionar os utentes e promover o bem-estar diário, o que dificilmente acontece face ao elevado número de utentes existentes na sala.

Ao nível da equipa multidisciplinar, esta é composta por três técnicos: uma animadora sociocultural que, apesar de trabalhadora a tempo inteiro, exerce funções nas três valências - Centro de Dia, Lar e Apoio Domiciliário - comprometendo a qualidade do seu trabalho com os utentes de Centro de Dia; uma fisioterapeuta que assegura, duas vezes por semana, a classe de movimento; a diretora técnica que, além de acumular a função de assistente social e de exercer ambas também na valência de lar, tem sob sua responsabilidade a gestão dos recursos humanos da instituição e o processo de gestão da qualidade, não sendo possível, por isso, dedicar o tempo necessário e suficiente aos utentes e familiares do Centro de Dia (Tabela 12).

Tabela 11 - Equipa de Auxiliares existentes no CSPSRC

CSPNSA		Afetação
Equipa de Auxiliares	Nº	1
		Tempo inteiro

Tabela 12 - Equipa Multidisciplinar existente no CSPSRC

CSPSRC	Afetação	Nº	
	3		
Equipa Multidisciplinar	Diretora Técnica	Tempo inteiro	1
	Assistente Social		
	Animadora Sociocultural	Tempo inteiro	1
	Fisioterapeuta	4 Horas por semana	1

O Centro de Dia do CSPCG é a instituição onde a relação recursos humanos e utentes é mais favorável a uma intervenção adequada: a equipa de auxiliares é composta por três elementos, facilitando, assim, a supervisão adequada e o bem-estar dos utentes

(tabela 13); ao nível da equipa técnica, esta é composta por quatro técnicos, sendo que, tal como nos Centros de Dia anteriores, o diretor técnico acumula a função de assistente social e tem a seu cargo também a valência de apoio domiciliário. Nesta instituição existe terapeuta ocupacional, em vez de animador sociocultural, assim como duas psicólogas, o que permite uma melhor avaliação e intervenção com os utentes com demência e seus familiares (tabela 14).

Tabela 13 - Equipa de Auxiliares existentes no CSPCG

CSPNSA		Afetação	
Equipa de Auxiliares	Nº	3	Tempo inteiro

Tabela 14 - Equipa Multidisciplinar existente no CSPCG

CSPCG		Afetação		Nº	
		4			
Equipa Multidisciplinar	Diretora Técnica	Tempo inteiro	1		
	Assistente Social				
	Terapeuta Ocupacional	Tempo inteiro	1		
	Psicóloga	Tempo inteiro	2		

Atividades Desenvolvidas e Espaço Físico

Por fim na tabela 15, constam as atividades desenvolvidas nas diversas áreas e a respetiva frequência pelos Centros de Dia. Em termos gerais, as instituições promovem atividades nas mais diversas vertentes de intervenção e com frequências semelhantes embora, de uma forma geral, se destinem a todos os utentes, significando que não estão garantidas atividades adaptadas ao estado de dependência dos utentes com demência.

Tabela 15 - Atividades Elaboradas nos Centros de Dia e sua Frequência

		CSPNSA	1x por semana	2x por semana	3x por semana	Todos os Dias	Mensal	Anual	CSPSRC	1x por semana	2x por semana	3x por semana	Todos os Dias	Mensal	Anual	CSPCG	1x por semana	2x por semana	3x por semana	Todos os Dias	Mensal	Anual
Animação Motora	Caminhar	x	x						x	x						x	x					
	Hidroginástica																					
	Ginástica	x		x					x		x					x		x				
	Yoga																					
	Pilatos																					
	Fisioterapia																					
	Jogo da Boccia	x					x		x					x								
	Dança															x		x				
	Hidroterapia																					
	Outro																					
Animação Intelectual e Cognitiva	Alfabetização	x	x						x	x												
	Música	x	x						x		x					x	x					
	Informática	x					x															
	Fichas de Trabalho	x		x					x				x			x				x		
	Desenho	x		x					x		x					x	x					
	Quadro Temporal								x				x			x				x		
	Leitura de Jornal								x	x						x	x					
	Sessões de esclarecimento	x	x													x	x					
	Jogos de memória	x	x						x			x				x				x		

Animação Social	Atuações de grupos de Cantares, Teatro, etc...	x						x	x					x	x					x
	Passeios	x						x	x					x	x					x
	Festas Temáticas	x					x		x					x	x					x
	Jogos Tradicionais	x					x		x					x	x					x
	Convívios	x	x						x					x	x					x
	Outro	x intergeracionalidade e vendas						x							x intergeracionalidade e colónias					

No CSPNSA não existem atividades adaptadas aos utentes com demência, mesmo atendendo ao reduzido número de utentes nestas condições. As atividades promovidas, direcionam-se para os idosos sem demência, sendo que os utentes com demência, na sua grande maioria, são colocados de parte, não participando nas mesmas. A frequência das atividades é diversificada, existindo uma focalização para as atividades manuais. Ao nível do espaço, a área da sala é pequena para o número de utentes, observando-se também a inexistência de um espaço específico onde possa ser realizada intervenção com esta população.

Ao nível das atividades no CSPSRC observou-se um esforço em intervir com os utentes com demência. Mais concretamente, a animadora reúne um grupo de utentes com e sem demência ao redor de uma mesa, aos utentes sem demência é-lhes proposto uma atividade, como por exemplo bingo dos frutos, aos utentes com demência é proposto a realização de fichas de trabalho, por exemplo. A animadora centraliza as suas atenções nos utentes com demência, pois necessitam de um maior acompanhamento todavia supervisiona a atividade dos utentes sem demência. Ressalva-se que a frequência das atividades é diversificada, no entanto visualiza-se uma preocupação em realizar com maior regularidade atividades de estimulação cognitiva e intelectual, como por exemplo, jogos de memória, música, fichas de trabalho, entre outros. Existe igualmente uma preocupação ao nível da animação motora, através das classes de movimento. Todavia o espaço onde decorrem as atividades revela-se inadequado por não ter a necessária tranquilidade e sossego para este tipo de doentes, dado o elevado número de pessoas idosas que nele permanecem.

Por último no CSPCG observou-se que os técnicos intervêm de forma adaptada, dividindo os utentes em grupos consoante a fase da doença, os grupos não excedem as quatro pessoas. Os diferentes grupos são trabalhados em salas adequadas com a necessária tranquilidade e sossego que este tipo de doentes necessita. Assim mediante a capacidade dos diferentes grupos são elaboradas atividades de estimulação cognitiva, através de fichas, jogos de memória, jogos interativos, entre outros, destaca-se que este tipo de atividades é realizado diariamente. A instituição privilegia também atividades de animação motora, nomeadamente classes de movimento e aulas de dança.

Avaliação Inicial e Plano de Intervenção

No que diz respeito à necessidade de elaboração de um plano de intervenção (PI) para cada pessoa, que pode incluir, também, a família, visualizou-se de uma forma generalizada que os Centros de Dia adquirem dificuldade na elaboração e no cumprimento do mesmo. No entanto antes da elaboração do PI, é necessário que os utentes sejam avaliados por toda a equipa técnica, fazendo cada técnico a avaliação correspondente à sua área.

Os PI constituem mecanismos de reabilitação e de estimulação que visam minimizar as perdas ao nível do desempenho e retardar o desenvolvimento do processo demencial. Dele devem fazer parte diferentes áreas de intervenção: intervenção psicoterapêutica, cuidados de enfermagem, apoio social e apoio psicológico.

No CSPNSA, existe uma avaliação inicial do utente a mesma é realizada apenas pelo técnico responsável pelo acolhimento, não existindo uma avaliação multidisciplinar. Ao nível da elaboração do plano de intervenção, este não existe, pois não existem reuniões de equipa onde possam ser elaborados os PI.

Aquando da entrada do utente no Centro de Dia do CSPSRC existe uma avaliação inicial por parte dos técnicos existentes, mas não contempla a fase da demência, por não existir um técnico especializado. No entanto o plano de intervenção é elaborado individualmente por cada técnico, devido ao facto de ser um documento que consome muito tempo de trabalho, sendo que por vezes os planos de intervenção ficam incompletos. No PI encontram-se contempladas as seguintes áreas, apoio social e intervenção psicoterapêutica. O cumprimento do PI é difícil devido essencialmente ao número de técnicos ser reduzido face ao número de utentes existentes. Note-se que no PI dos utentes não consta a intervenção com a família.

Por fim no CSPCG é elaborado uma avaliação inicial do utente onde consta o parecer de todos os técnicos, nomeadamente a fase da demência, tal é possível pois o Centro de Dia adquire técnicos especializados – psicólogos. Posteriormente elaboram o PI de uma forma simples e objetiva constando áreas de intervenção como o apoio social, apoio psicológico e a intervenção psicoterapêutica, este é igualmente concretizado em equipa – reuniões de equipa - e o seu cumprimento é assegurado pela mesma, intervindo igualmente com a família nas diversas áreas, especificamente, informação/formação e apoio psicológico.

Destaca-se que nenhum dos Centros de Dia, nos seus PI contempla os cuidados de enfermagem, pois segundo Bonfim e Saraiva (1996) o enfermeiro não é um técnico obrigatório neste tipo de resposta.

11. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS AOS DIRETORES TÉCNICOS

Para além da entrevista exploratória à diretora técnica do Centro de Dia de Lisboa da Associação Alzheimer Portugal, foram realizadas entrevistas a cada um dos diretores técnicos dos Centros de Dia em estudo, com o objetivo de obtenção de informação sobre a incidência do fenómeno da demência em cada um dos equipamentos e os contributos para o bem-estar dos idosos com essa patologia, bem como sobre a sua perceção quanto ao tipo de atividades, recursos humanos e sua relação com a promoção da autonomia e o retardar da evolução da doença; procurou-se, ainda, recolher informação sobre os principais constrangimentos na intervenção do Centro de Dia no âmbito da problemática em estudo (Apêndice B – Guião de Entrevista).

Incidência do fenómeno da demência no Centro de Dia

No que respeita à incidência do fenómeno da demência nos diversos Centros de Dia, os diretores técnicos referenciaram que é uma realidade crescente, estando a afetar pessoas cada vez mais novas, com os problemas decorrentes do facto de os potenciais cuidadores destes doentes se encontrarem ainda em idade ativa. Ao nível do diagnóstico clínico, na maioria das vezes os utentes não vêm com diagnóstico predefinido (A1 e A2), para além de que, aquando do acolhimento os familiares omitem o estado de saúde do utente por acharem que os diversos sintomas são normais do processo de envelhecimento (A1). Apenas um dos responsáveis técnicos afirma que, atualmente, os utentes surgem com diagnóstico devido à sensibilização da família, dos médicos e da comunicação social (A3). Apesar de, em muitas situações, se verificar a existência de algum tipo e grau de demência apenas à medida que se vai desenvolvendo o processo de intervenção (A1 e A2), todos os diretores técnicos informam registar-se um aumento crescente de pedidos de integração de pessoas com algum grau de demência.

Contributos do Centro de Dia na resposta à demência

É reconhecido o papel da resposta social Centro de Dia para as pessoas com demência ou algum tipo de incapacidade, seja ao nível do estímulo das capacidades

funcionais, seja como meio de combate ao isolamento e às depressões (A1). São, também, realçadas as mais-valias para o utente e para a família e cuidadores diretos através, por exemplo, da disponibilização de um horário alargado (A2), sendo, no entanto, necessário dar um salto qualitativo na resposta às necessidades específicas dos utentes com demência (A3).

Adaptação do Centro de Dia na resposta à demência

Ao nível das atividades e serviços, eles vão da ginástica, serviço religioso, alimentação, gestão da medicação e transporte (A1), ao desenvolvimento de atividades ocupacionais (A2) ou, quando se consegue partilhar dos recursos existentes na valência de lar, providencia-se serviço de higiene e fisioterapia (A3).

No que se refere à forma como os diretores técnicos avaliam a relação entre o tipo de necessidades dos utentes, o tipo de atividades que são disponibilizadas e os recursos humanos disponíveis, as opiniões revelam como é limitada esta resposta social para as pessoas que têm demência: A1 revela que a instituição se encontra muita aquém das necessidades que as pessoas sentem e devido a este facto é obrigada a seleccionar os utentes que integram a resposta social; A3 considera que não é a melhor resposta nem a mais adequada, concretamente porque não tem uma terapeuta ocupacional e a animadora não consegue dar a resposta de que necessita este tipo de utentes, para além de não estar assegurado o trabalho individualizado ou em grupos pequenos que requerem os utentes; apenas A2 afirma que consegue responder ao número de pedidos na área da demência, dado ter uma equipa constituída por terapeuta ocupacional, duas psicólogas e o serviço social como “chapéu”.

O Centro de Dia na promoção da autonomia e bem-estar da pessoa com demência ou em processo demencial

Procurou-se perceber em que medida as instituições promoviam a autonomia e o bem-estar dos utentes com demência. A1 destaca que a capacitação dos utentes é efetuada mediante os recursos da instituição, tentando adaptar as atividades para promover o envelhecimento ativo. A2 afirma que é necessário perceber as atividades de que os utentes gostam e as suas dinâmicas para que as mesmas possam ser adaptadas, numa linha de respeito e de promoção do envelhecimento ativo através, por exemplo, de atividades de carácter intergeracional. Por fim A3 considera que a sua instituição deveria promover mais autonomia e a qualidade de vida, que deveria existir

um trabalho de empowerment do utente, todavia vão apenas adaptando os pormenores do dia-a-dia, fazendo a manutenção da escrita e a estimulação da mobilidade.

Principais constrangimentos na intervenção com cidadãos utentes com demência ou em processo demencial.

Sobre os constrangimentos na intervenção face às necessidades dos utentes com demência, foram identificadas por todos as questões relativas à inadequação dos espaços, mais concretamente a área, o número de divisões disponível e o ruído. Também a falta de recursos humanos é identificada como constrangimento por parte de duas diretoras técnicas (A1 e A3), assim como a falta de formação/preparação técnica para intervir neste tipo de doenças (A1). A2 e A3 abordam a questão dos recursos financeiros, limitadores da contratação, por exemplo, de mais técnicos, apontando, também, para os requisitos definidos pela Segurança Social que não prevê a majoração das comparticipações para estes utentes (A2), contribuindo para o desequilíbrio entre os custos por utente, as mensalidades estabelecidas e a comparticipação daquela entidade (A3). A1 revela, também, constrangimentos relacionados com o órgão diretivo, não conseguindo sensibilizá-lo para determinados assuntos essenciais. São referidos, ainda, constrangimentos associados à inexistência de limites geográficos relativos à proveniência dos utentes, bem como a dificuldade em conciliar a capacidade resposta com a urgência da situação (A2). O facto de o diretor técnico assumir em simultâneo funções diversas na instituição é identificado, também, como grande constrangimento (A3).

IV - CONCLUSÃO

A demência é uma doença do foro neurológico que afeta diversas funções cognitivas nomeadamente: a memória, a linguagem, praxias e agnosias, orientação temporal e espacial, atenção, cálculo, capacidade executiva, pensamento e capacidade de juízo e abstração. Para serem definidas como demência, estes sintomas devem ser persistentes no tempo e revestirem-se de gravidade suficiente de forma a interferir na funcionalidade do indivíduo (Skoog, Blennow e Marcusson, 1996; Cohen e Eisdorfer, 1988; Baztán e Rexach, 2002).

Segundo o Guia Prático, Apoios Sociais – Idosos (Instituto da Segurança Social, 2014) o Centro de Dia tem os seguintes objetivos: atender às necessidades dos utentes; estabilizar ou retardar as consequências desagradáveis do envelhecimento; prestar apoio psicológico e social; promover as relações pessoais e entre as gerações; permitir que a pessoa idosa continue a viver na sua casa e no seu bairro; evitar ou adiar ao máximo o internamento em instituições e prevenir situações de dependência e promover a autonomia.

A investigação teve como objetivo responder à seguinte questão: estão os centros de dia adaptados às novas necessidades decorrentes do aumento de utentes em processo demencial? Da análise dos dados recolhidos, salientam-se os seguintes aspetos:

- a) As idades mais frequentes nos Centros de Dia em estudo variam entre os 70-89 anos, observa-se também o surgimento de um grupo considerável de utentes com 90 e mais anos, refletindo-se assim o fenómeno da longevidade. De destacar também, apesar do número ser reduzido, o surgimento de utentes com idades inferiores a 65 anos, o que requer o ajustamento das instituições a esta nova realidade.
- b) Tendo em consideração o número de utentes atual de cada Centro de Dia, é possível concluir que, em média, os utentes com demência constituem cerca de 50% do total de utentes desta resposta social. Destes, 65,6% adquirem uma dependência funcional, sendo necessário que as instituições adotem estratégias de intervenção que incidam sobre a reabilitação, promoção da autonomia por forma a assegurar o bem-estar dos utentes.

- c) Os utentes que residem sós e têm demência representam 42,5% (17), e destes, seis não têm rede de suporte informal, aumentando, assim, o risco social a que estão expostos e exigindo das instituições um acompanhamento diário e a disponibilização de serviços diversificados, por forma a garantir a sua segurança e o seu bem-estar.
- d) Dos 61 utentes que residem com a família, 41 (67,2%) têm demência, sendo de realçar, portanto, a importância da intervenção nos cuidadores, nomeadamente ao nível da informação/formação, acompanhamento psicossocial e aconselhamento médico e de enfermagem para poderem lidar melhor com a doença e com as alterações que a mesma provoca no utente.
- e) As equipas dos Centros de Dia não se encontram ajustadas, de uma forma geral, às necessidades de uma população com necessidades específicas e que representam uma percentagem elevada dos seus utentes: não só os auxiliares são em número reduzido estando comprometida a providência de atenção de que necessitam estes utentes, como a equipa técnica não dispõe dos recursos humanos necessários tanto em número como em multidisciplinaridade
- f) Foram mencionados diversos constrangimentos, nomeadamente financeiros, falta de recursos humanos, problemas ao nível do espaço, falta de formação, entre outros.

As instituições têm o dever de ser sensíveis e de sensibilizar a comunidade para a problemática da demência e que é possível organizar atividades para os utentes com demência e que os mesmos tenham tanto prazer em realizá-las como qualquer outra pessoa. É que é por este pensamento e ação que se promove a autonomia, bem-estar e satisfação dos utentes com demência, assim como dos seus familiares.

Face ao exposto e tendo em consideração a pergunta que orientou o nosso trabalho, pode afirmar-se que o Centro de Dia não constitui uma resposta adaptada às necessidades dos utentes com demência ou em síndrome demencial. Para que as instituições promovam o bem-estar dos utentes com demência não podem orientar-se por um modelo de cuidados baseado na pirâmide de Maslow, em que são privilegiados os cuidados de alimentação e higiene. O modelo de intervenção tem que ser definido numa perspetiva individualizada, deve variar conforme as necessidades dos utentes e das famílias e de acordo com a fase da demência em que o utente se encontre.

Devem existir, assim, respostas específicas, focadas e direcionadas para as características desta doença.

Ao nível das políticas nacionais nomeadamente de saúde e de apoio social, não existem medidas concretas e direcionadas para idosos com demência e seus cuidadores, sendo que as respostas sociais existentes são destinadas a pessoas idosas e não a pessoas idosas com demência. Salienta-se, também, a inexistência de legislação que defina as condições de prestação de cuidados a pessoas com demência, nomeadamente ao nível do número funcionários (técnicos e auxiliares), da formação especializada dos prestadores de cuidados nas instituições, da especialidade de formação dos técnicos (assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, entre outros), ao nível dos espaços físicos, entre outros.

A disponibilidade de criar serviços que prestem cuidados adequados a pessoas com demência é um desafio para a maioria dos países europeus e de quase todo o mundo. A sociedade e os governos nacionais devem ser sensíveis a este fenómeno sendo necessário um investimento na criação de uma rede ampla de serviços destinados a pessoas com demência que respondam efetivamente às suas necessidades específicas. E que apoiem adequadamente não só esta população como os seus cuidadores.

Linhas futuras de investigação: Deve ser continuado a linha do tema desenvolvido, sendo necessário mais estudos sobre a realidade dos Centros de Dia, e como estes se estão a adaptar a esta nova problemática do aumento das demências.

REFERÊNCIAS

ABREU, A. (2008) – Dar Vida aos Anos e Anos à Vida-Prática de Exercícios Físicos pela População com mais de 65 anos na Cidade de Lisboa. Lisboa : [s.n.]. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.

ALZHEIMER EUROPE (2006) - Dementia in Europe Yearbook 2006 [Em linha]. Luxembourg : Alzheimer Europe. [Consult. 18 Set. 2014]. Disponível em WWW: <URL: http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/docs/2006_dementiayearbook_en.pdf>.

ALZHEIMER EUROPE (2013) - Alzheimer Europe [Em linha]. Luxembourg : Alzheimer Europe. [Consult. 18 Set. 2014]. Disponível em WWW: <URL: www.alzheimer-europe.org>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002) – DSM-IV-TR : manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 4.^a ed. ver. Lisboa : Climepsi Editores.

ASSOCIAÇÃO ALZHEIMER PORTUGAL (2014) - Alzheimer Portugal : Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer [Em linha]. Lisboa : Associação Alzheimer Portugal. [Consult. 18 Set. 2014]. Disponível em WWW:<URL:<http://alzheimerportugal.org/pt/>>.

BARRETO, J. (2005) – Os sinais da doença e sua evolução. In CALDAS, A.C., org. ; MENDONÇA, A. org. - A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa : Lidel.

BAZTÁN, F.B. ; REXACH, J.S. (2002) – Orientación y tratamiento del anciano com demencia. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 26:3 (2002) 65-77.

BENET, A. (2003) – Los centros de día para personas mayores. [S.I.] : Edicions de la Universitat de Lleida.

BENTO, J. (1991) – Desporto, saúde, vida : em defesa do desporto. Lisboa : Livros Horizonte.

BONFIM, C. ; SARAIVA, M. (1996) – Centro de Dia : condições de localização, instalação e funcionamento [Em linha]. Lisboa : Direcção – Geral da Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação Lisboa. [Consult. 18 Set. 2014]. Disponível em WWW:<URL: http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13328/Centro_dia>.

BREUIL, V. [et al.] (1994) – Cognitive stimulation of patients with dementia: preliminary results. International Journal Geriatric of Psychiatry. 9 (1994) 211-217.

CDS/PP. Grupo Parlamentar (2010) - Projecto de Resolução n.º 265/XI/2.^a : Recomenda ao Governo que considere a abordagem das Demências uma prioridade política, que elabore um Plano Nacional de Intervenção para as Demências e adopte as medidas necessárias para um apoio adequado aos doentes e suas famílias. São Bento : CDS/PP. [Consult. 19 Out. 2014]. Disponível em WWW:<URL: <file:///C:/Users/cgraca/Downloads/CDS%20PP%20Projecto%20de%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20265%20XI%202a.pdf>>.

CENTRO SOCIAL PAROQUIAL NOSSA SENHORA DA AJUDA (2014) – Centro de dia : regulamento interno. Ajuda : Centro Social Paroquial Nossa Senhora da Ajuda.

CENTRO SOCIAL PAROQUIAL SÃO ROMÃO DE CARNAXIDE (2014a) – Centro de dia : regulamento interno [Em linha]. Carnaxide : Centro Social Paroquial São Romão de Carnaxide. [Consult. 18 Set. 2014]. Disponível em WWW:<URL:http://media.wix.com/ugd/0f9b72_5ea3dc16e2a84c56b4be98b7bb677fe4.pdf>.

CENTRO SOCIAL PAROQUIAL SÃO ROMÃO DE CARNAXIDE (2014b) - Centro Social Paroquial São Romão de Carnaxide [Em linha]. Carnaxide : Centro Social Paroquial São Romão de Carnaxide. [Consult. 18 Set. 2014]. Disponível em WWW:<URL:www.csp-carnaxide.org.pt/>.

CID, X. e DEPIA, M. (2007) – Lazer e Tempos Livres para as gerações idosas – perspectivas de animação sociocultural e aproximação à realidade Galega. In Osório, Requejo; Pinto, F. – As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa. Lisboa: Instituto Piaget, Coleção Horizontes Pedagógicos.

COHEN, D. ; EISDORFER, C. (1988) – Depression in family members caring for a relative with Alzheimer’s disease. Journal of the American Geriatrics Society. 36 (1988) 885-889.

CONFERÊNCIA EUROPEIA DE ALTO NÍVEL “JUNTOS PELA SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR”, Bruxelas, 2008 - Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar. Bruxelas : OWH. Conferência realizada entre 12 e 13 de Junho de 2008.

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL (2008) - Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Lisboa : CNSM.

DECRETO-LEI n.º 8/2010 de 28 de Janeiro. Diário da República. 1.ª Série, n.º 19 (28 Jan. 2010) 257-263.

ELBY, E. M. ; [et al.] (1994) – Prevalence and types of dementia in the very old: results from de Canadian study of health and aging. Neurology. 44 (1994) 1593-1600.

EUROGEOGRAPHICS (2014) – EuroDEM [Em linha]. [S.l.] : EuroGeographics. [Consult. 18 Set. 2014]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.eurogeographics.org/content/products-services-eurodem>>.

EVANS, D. A. [et al.] (1989) – Prevalence of Alzheimer’s disease in a community population of older persons: higher than previously reported. JAMA. 262 (1989) 2551-2556.

FELICIANO, A. ; MORAES, A.; FREITAS, I. (2004) – O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. Cadernos de saúde pública. 20:6 (2004) 1575-85.

FERRARI, M. (2002) – Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In PAPALÉO, Netto M. - Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paul : Atheneu. p. 98-105.

FERRI, C.P. [et al.] (2005) - Global prevalence of dementia : a Delphi consensus study. The Lancet. 366 (2005) 2112-2117.

FIGUEIREDO, Daniela (2007) – Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa : Climepsi. (Cadernos Climepsi Saúde).

FONSECA, A.M. (2005) – Aspectos psicológicos da passagem à reforma. In PAÚL, C., ed. ; FONSECA, A. M., ed. - Envelhecer em Portugal. Lisboa : Climepsi Editores.

FORTIN, M. (1999) – O processo de Investigação : da concepção à realização. Loures : Lusociência.

GARRETT, C. (2005) – Impacto sócio-económico da doença de Alzheimer. In CALDAS, A.C., org. ; MENDONÇA, A. org. - A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa : Lidel.

GOMES, Filipa (2014) – Entrevista a Filipa Gomes. Entrevista realizada por Rita Agapito. Lisboa [S.N.]. Entrevista realizada no dia 27 de Novembro, no Centro de Dia de Lisboa da Associação Alzheimer Portugal.

GREENE, Margaret ; JOSHI, Shareen ; ROBLES, Omar (2012) – Por escolha não por acaso : planeamento familiar, direitos humanos e desenvolvimento [Em linha]. Coordenação Editorial da versão brasileira Ulisses Lacava Bigaton, tradução Eleny Corina Heller. Nova York : Fundo da População das Nações Unidas. [Consult. 18 Set. 2014]. Relatório sobre a situação da população mundial 2012. Disponível em WWW:<URL:<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2012.pdf>>.

GUERREIRO, M. (2002) – Diagnóstico de demência. Uma questão de critérios: DSM-IV ou ICD10?. Psicologia. 16:1 (2002) 51-58.

IGREJA CAMPO GRANDE (2014) – Paróquia do Campo Grande [Em linha]. Campo Grande : Igreja Campo Grande. [Consult. 18 Set. 2014]. Disponível em WWW:<URL:www.igrejacampogrande.pt>.

INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL (2014) - Guia Prático – Apoios Sociais – Idosos [Em linha]. Lisboa : ISS. [Consult. 18 Set. 2014]. (N35J – V4.09). Disponível em WWW:<URL:http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27202/apoios_sociais_idosos>.

JORM, A. F. ; KORTEN, A.E. ; HENDERSON, A.S. (1987) - The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. Acta Psychiatrica Scandinavica. 76:5 (1987) 465-479.

LEI n.º 90/2009, de 31 de Agosto. Diário da República. 1.ª Série, n.º 168 (31 Ago. 2009) 5722-5723.

LEYS, D. ; PASQUIER, F. ; PAMETTI, L. (1998) – Epidemiology of vascular dementia. Haemostasis. 28 (1998) 134-150.

LIMA, Juliane Silveira (2006) - Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso?. Revista de Ciências Humanas. Florianópolis. 40 (Novembro 2006) 469-489.

LOEWENSTEIN, D.A. [et al.] (2004) – Cognitive rehabilitation of mildly impaired Alzheimer disease patients on cholinesterase inhibitors. American Journal of Geriatric Psychiatry. 12:4 (2004) 395-402.

LOPES, M.A. ; BOTINO, C.M.C. (2002) – Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. Arq. Neuro-Psiquiatr. [Em linha]. 60:1 (Mar. 2002) 61-69. [Consult. 18 Set. 2014]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2002000100012&script=sci_arttext>.

MAGUIRRE, P. (1999) – Dementia care: challenges for ageing Europe. Promotion & Education. 6 (1999) 12-15.

MARCONI, Marina de Andrada. ; LAKATOS, Eva Maria. (2007) – Fundamentos de metodologia científica. 6.ª ed. São Paulo : Editora Atlas S.A.

MELO, G. (2005) – Apoio ao doente no domicílio. In CALDAS, A.C., org. ; MENDONÇA, A., org. - A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa : Lidel.

MINAYO, Maria Cecília de Souza ; DESLANDES, Suely Ferreira (1998) - A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 14:1 (jan./mar. 1998) 35-42.

MOURA, O. (2014) – Portal da Dislexia [Em Linha]. Porto: Clínica de Saúde Mental do Porto. [Consult. 6 Mar. 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://dislexia.pt/comorbilidades/disortografia-disgrafia/>>.

NEEDHAM, C. (2013) – Personalisation : from day centres to community hubs?. Critical Social Policy [Em linha]. (17 June 2013). DOI: 10.1177/0261018313483492. [Consult. 18 Set. 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://csp.sagepub.com/content/34/1/90.abstract>>.

NETO, M.F. (1993) – Lazer : opção pessoal. Brasília : Departamento de Educação Física, Esportes e Recreação – SCE/GDF.

NUNES, B. (2005) – A demência em números. In CALDAS, A.C., org. ; MENDONÇA, A., org. - A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa : Lidel.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2001) – Relatório sobre a saúde no mundo : saúde mental : nova concepção, nova esperança. Tradução da edição em português a cargo do Escritório Central da Oficina Panamericana de Saúde, e revisão técnica da mesma pela Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde do Brasil. Geneva: OMS.

OSORIO, R.A., coord. ; PINTO, F.C., coord. (2007) – As pessoas idosas : contexto social e intervenção educativa. Lisboa : Instituto Piaget.

PAÚL, M. (1991) – Panorama demográfico dos idosos em Portugal. Geriatrics. 38:4 (1991).

PONTES, Celso (2009) – A demência em Portugal [Em linha]. [S.l. : s.n.]. [Consult. 18 Set. 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.forbrain.pt/uploads/documentos/11%20A%20Demencia%20em%20Portugal.pdf>>.

PORTUGAL. Gabinete de Estratégia e Planeamento (2007) – Resposta Social : Centro de Dia - Equipamentos existentes no Distrito de Lisboa [Em linha]. Lisboa : GEP. [Consult. 18 Set. 2014]. Disponível em WWW:<URL:http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod_distrito=11&cod_concelho=0&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=2103&nome=&localpostal=&temCert=false>.

PORTUGAL. Ministério Da Saúde (2004) – Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Lisboa : Ministério da Saúde. Despacho Ministerial de 8 de Junho de 2004.

PORTUGAL. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (2014) – Segurança Social [Em linha]. Lisboa : MSESS. [Consult. 18 Set. 2014]. Disponível em WWW:<URL: <http://www4.seg-social.pt/>>.

PRINCE, M. et al (2013) – The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. Alzheimers Dement. Jan; 9(1): 63-75.

QUIVY, R ; CAMPENHOUDT, L (1992) – Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa : Editora Gravida.

QUIVY, R. ; CAMPENHOUDT, L. (2008) – Manual de Investigação em Ciências Sociais. 5.ª ed. Lisboa : Editora Gravida.

REIS, Maria do Rosário Zincke dos (2012-2013a) – Demência explicada aos mais novos – perguntas mais frequentes. Alzheimer Portugal. 50 (Novembro 2012-Janeiro 2013) 4.

REIS, Maria do Rosário Zincke dos (2012-2013b) –Tenho demência : é importante manter-se envolvido e ativo. Alzheimer Portugal. 50 (Novembro 2012-Janeiro 2013) 10.

RESOLUÇÃO de Ministros n.º 49/2008 de 6 de Março. Diário da República. 1.ª Série, n.º 94 (6 Mar. 2008) 1656.

RITCHIE, K. ; KILDEA, D. (1995) – Is senile dementia “age-related” or ageing-related? : evidence from meta-analysis of dementia prevalence in the oldest old. Lancet. 346 (1995) 931-934.

ROMAN, G. C. [et al.] (1993) – Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the ninds-airn international workshop (comments). Neurology. 43 (1995) 250-260.

SANCHO, M. (1996) – Centro de dia: conceptualizacion. In ALDA, J. ; DOMPEDRO, J. ; MONTALBO, M. - Centro de dia para personas Mayores Dependientes. Madrid : Ministério de Trabajo y Assuntos Sociales.

SANTANA, I. (2005) – A doença de Alzheimer e outras demências. Diagnóstico diferencial. In CALDAS, A.C., org. ; MENDONÇA, A., org. - A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa : Lidel.

SEQUEIRA, Carlos (2010) - Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa : LIDEL.

SERNA, I. (2001) – Manual de Psicogeriatría Clínica. Barcelona : Masson.

SILVA, L. (2011) – Vida com Animus: uma perspectiva de animação sociocultural de idosos. [S.l.] : Universidade do Minho. Relatório de estágio de mestrado em Educação (área de especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária).

SKOOG, I. ; BLENNOW, K. ; MARCUSSON, J. (1996) – Dementia. In J. Birren, ed. - Encyclopedia of Gerontology. Age, Aging and the Aged. San Diego : Academic Press. p. 383-403.

SOTTO MAYOR, M. ; SEQUEIRA, C. ; PAÚL, C. (2006) – Um espaço de intervenção com os cuidadores, num serviço de Psicogeriatría – A consulta de enfermagem. In LEAL, Isabel, ed. ; RIBEIRO, José Luís Pais, ed. ; JESUS, Saul Neves de, ed. - Actas do 6.º Congresso Nacional da Psicologia da Saúde – Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida. Lisboa : Edições ISPA.

SPAR, J. E. ; LA RUE, A. (2005) – Guia prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica. 1.^a Ed. Lisboa : Climepsi Editores.

SPECTOR, A. [et al.] (2004) - Cochrane dementia and cognitive improvement group. Reality orientation for dementia. Cochrane database of systematic reviews. Oxford. 3 (2004).

TÁRRAGA, L. (1994) – Estrategia no farmacológica del deterioro cerebral senile y demencia. Medicine. 6 (1994) 44-53.

TEIXEIRA, M. (2008) – Centro de dia na perspectiva do utente : uma visão global. Aveiro : Universidade de Aveiro.

TOUCHON, J. ; PORTET, F. (2002) – Guia prático da doença de Alzheimer. Lisboa : Climepsi Editores.

ZANETTI, O. R. (2000) – Effectiveness of procedural memory stimulation in mild Alzheimer's disease patients : a controlled study. Neuropsychological Rehabilitation. 11:3/4 (2000) 263-272.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Análise de Conteúdo das Entrevistas

Apêndice B - Guião de Entrevista

Apêndice C - Tabelas de Recolha de Dados

APÊNDICE A

Análise de Conteúdo das Entrevistas

Tabela 16 - Análise de Conteúdo das Entrevistas

	Categories de Análise	A1	A2	A3
1º Questão: Segundo as estatísticas as demências têm evoluído na sociedade atual nomeadamente e na população sénior. Como se tem verificado, este fenómeno na instituição, tendo em consideração que muitas das situações não são diagnosticadas clinicamente.	Prevalência da demência			
	Demência			
	Processo de intervenção			
	Número de pedidos			
2- Considerando o nº de pessoas com algum grau de demência ou algum tipo de incapacidade, quais as mais-valias de um Centro de Dia para o seu bem-estar?	Mais-valias			
	Atividades/Serviços			
3 -Como avalia o tipo de necessidade do utente, o tipo de atividades que existe e os recursos humanos disponíveis na instituição?	Necessidade do utente, o tipo de atividades que existe e os recursos humanos disponíveis			
4-Em que medida a instituição promove a autonomia e a qualidade de vida dos utentes com demência?	Dimensão institucional			
	Dimensão utente			

5-Quais os principais constrangimentos na sua intervenção como Diretora Técnica deste centro de dia face às necessidades deste tipo de utentes?	Constrangimento			

APÊNDICE B
Guião de Entrevista

A presente entrevista tem como objetivo conhecer os desafios colocados na vida quotidiana de um Centro de Dia, face ao número de utentes com algum grau de dependência e autonomia funcional devido, essencialmente, à incidência das demências na população idosa. Pretende-se, também, avaliar as condições de que dispõe esta resposta social para prevenir e/ou retardar o agravamento da sua situação de saúde e assegurar o bem-estar dos utentes.

É garantida a confidencialidade dos dados no que diz respeito à sua proveniência.

Guião de Entrevista:

Segundo as estatísticas as demências têm evoluído na sociedade atual, nomeadamente na população sénior.

1. Como se tem verificado este fenómeno na instituição, tendo em consideração que muitas das situações não são diagnosticadas clinicamente?
2. Considerando o número de pessoas com algum grau de demência ou outro tipo de incapacidade, quais as mais-valias de um Centro de Dia para o seu bem-estar?
3. Como avalia a relação entre o tipo de necessidades dos utentes/tipo de atividades/ recursos humanos disponíveis na instituição que dirige?
4. Em que medida a instituição promove a autonomia e a qualidade de vida dos utentes com demência?
5. Quais os principais constrangimentos na sua intervenção como Diretor(a) técnico(a) deste Centro de Dia, face às necessidades deste tipo de utentes?

Muito obrigada

APÊNDICE C

Tabelas de Recolha de Dados

Tabela 17 - Informação sobre os Utentes

Utentes								
Utente	Género	Data de nascimento	Demência diagnosticada	Diagnóstico de síndrome demencial (utentes que não são diagnosticados com demência mas visualmente os técnicos percebem que existem défices)	Com algum outro tipo de dependência funcional (motora - apoio de Ajudas técnicas, fala, visual, etc.)	Agregado		Com rede de suporte informal (presente, participativa)
						Sozinha	Vive com família	

Tabela 18 - Informação sobre os Recursos Humanos

	Diretor(a) técnico(a)	Assistente social	Terapeuta ocupacional	Animador sociocultural	Enfermeiro	Pessoal auxiliar – Ajudantes de CD	Outros
Recursos humanos do CD							
Nº							
Afetação de tempo (tempo inteiro ou tempo parcial)							

Tabela 19 - Informação sobre os Serviços Disponibilizados

Alimentação	Banho	Cabeleireiro, Barbeiro	Manicure, pedicure	Lavandaria	Médico	Enfermagem	Fisioterapia	Transporte