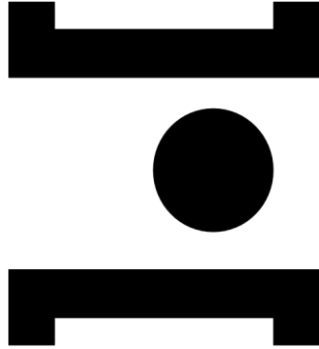


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior Educação de Santarém



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

Promoção do Bem-Estar na Demência

Trabalho de Projeto

Mestrado em Educação Social e Intervenção Comunitária

Maria Inês Coelho Cotrim

Orientação:

Lia Pappámikail

janeiro, 2025

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu querido avô Serafim. Infelizmente já não está presente, sei que está no céu a dar-me apoio e que era um sonho dele que a sua neta conseguisse terminar o Mestrado. Foi ele que esteve sempre ao meu lado a dar-me apoio e ele é a minha inspiração. Vai ser por ti avô, infelizmente já não te consegui salvar quando faleceste nos meus braços. Saber ajudar o outro como tu me ensinaste é um pequeno gesto que faz toda diferença.

*“Não tenha medo de seus medos. Não estão aí para assustar. Estão aí para fazer
você saber que algo vale a pena”*

C. JoyBell C.

Agradecimentos

Venho por este meio agradecer à Escola Superior de Educação de Santarém pela oportunidade de ter frequentado o Mestrado Educação Social e Intervenção Comunitária durante estes três anos e a todos os professores que me acompanharam neste percurso, à coordenadora de curso Professora Perpétua Silva por toda a sua disponibilidade e toda a ajuda durante este percurso e à Intérprete Língua Gestual Portuguesa Raquel Rei pela sua tradução ao longo do curso.

Muito obrigada à Professora Lia Pappámikail como orientadora que esteve sempre disponível para me orientar e pela sua motivação e partilha de aprendizagens ao longo deste percurso e pelo apoio que me deu para superar os obstáculos que foram surgindo.

À minha psicóloga, Dr. Susana, e à equipa de enfermeiros da psiquiatria da ULS do MÉDIO TEJO – CHMT que estiveram sempre ao meu lado a dar-me força em todas as consultas e telefonemas e motivação para alcançar este objetivo e por toda ajuda na vida profissional e saber lidar dor e fortalecerem a minha vontade de enfrentar obstáculos de medo.

Aos meus pais por tudo o que me ensinaram ao longo de toda a minha vida e que estiveram sempre ao meu lado, a dar-me força para ultrapassar todas as minhas dificuldades.

Ao meu namorado, por estar sempre ao meu lado a dar força e apoio naqueles momentos de muitas noites desesperadas e dias difíceis e paciência para me altura.

À minha madrinha e ao meu padrinho pelo carinho e pelas horas de conversas para me animar naqueles dias difíceis que passei.

Um obrigado ao professor Rúben Gonçalves da Escola da Academia de Música de Guitarra de Ferreira do Zêzere pelo incentivo a nunca desistir e demonstrar a minha força de vontade, ao Grupo de Rancho Folclórico e Etnográfico da Vila de Pias e a todos os amigos que me apoiaram nesta etapa.

Para terminar, agradeço também à Dra. Florinda, coordenadora da Instituição, Santa Casa da Misericórdia de Ferreira do Zêzere pela sua disponibilidade e apoio ao longo do desenvolvimento do projeto e na vida profissional em tudo o que me tem ensinado.

Resumo

O presente documento refere-se a um projeto de intervenção, desenhado no âmbito do Mestrado em Educação Social e Intervenção Comunitária e que tem como principal objetivo promover o bem-estar na demência junto de idosos institucionalizados.

A elaboração deste projeto resultou de um processo de diagnóstico para entender as necessidades e potencialidades do grupo-alvo (constituído por idosos 23 idosos com demência, 4 do sexo masculino e 19 do sexo feminino). Após essa análise, foram pensadas linhas de intervenção direta e indireta com vista à melhoria da qualidade de vida destes idosos, nomeadamente, a construção de materiais de apoio para os técnicos e funcionárias, no sentido de os ajudar a melhor intervir com este grupo-alvo.

Realizado todo o planeamento, conclui-se que o projeto é capaz de contribuir para obter bons resultados no trabalho dos técnicos e funcionárias nesta área, e consequentemente estimular as capacidades dos idosos com demência, para que tenham uma melhor qualidade de vida nas rotinas do seu dia-a-dia.

Palavras Chave:

Educação Social, Demência, , Envelhecimento, ERPI

Abstract

This document refers to an intervention project, designed within the scope of the Master's in Social Education and Community Intervention and whose main objective is to promote well-being in dementia among institutionalized elderly people.

The development of this project resulted from a diagnostic process to understand the needs and potential of the target group (consisting of elderly people, 23 elderly people with dementia, 4 males and 19 females). After this analysis, lines of direct and indirect intervention were designed with a view to improving the quality of life of these elderly people, namely support materials for technicians and employees, in order to help them better intervene with this target group.

Having carried out all the planning, it is concluded that the project is capable of contributing to obtaining good results in the work of technicians and employees in this area, and consequently stimulating the capabilities of elderly people with dementia, so that they have a better quality of life in their home routines. day-to-day.

Key words:

Social Education, Dementia, Aging, ERPI

Acrónimos / Siglas

MESIC- Mestrado em Educação Social e Intervenção Comunitária.

ESES- Escola Superior de Educação

SMFZ- Santa Casa Misericórdia de Ferreira do Zêzere

OMS- Organização Mundial da Saúde

PNS- Plano Nacional de Saúde

PcD- Pessoa com Deficiência

SNS- Serviço Nacional de Saúde

ERPI- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

PNSM- Plano Nacional de Saúde Mental

IPSS- Instituição de Solidariedade Social

ES- Educação Social

Índice

Dedicatória	2
Agradecimentos	3
Resumo	4
Abstract	5
Acrónimos / Siglas	6
Introdução	9
1.Caracterização da Instituição de Acolhimento	11
1.1 Valência Lar de S. Miguel	12
1.2 Problemáticas de Intervenção.....	12
2.Enquadramento Teórico	14
2.1 Envelhecimento Ativo e Saudável	14
2.2 Demência	16
3.Tipos de Demência	18
3.1 Classificação da Tipologia de Demências	18
3.2 Demência Parkinson	18
3.3 Demência Vascular	19
3.4 Demência Frontotemporais	19
3.5 Demência de Corpo de Lewy	20
3.6 Alzheimer	20
4.Situar a Demência no Campo da Gerontologia	22
5.Cuidar de Pessoas com Demências	23
5.1 Os idosos Institucionalizados	23
5.2 Papel do Cuidador Formal com Idosos com Demência	24
6. Intervenção dos Cuidadores formais no Cuidado a Idosos com Demência	25
7.Papel do Educador Social	26
8. Metodologia de Diagnóstico	30
8.1 Pesquisa Quantitativa.....	31
8.2 Inquérito por Questionário	31
8.3 Pesquisa Qualitativa.....	31
8.4 Elaboração das Entrevistas	32
8.5 Apresentação dos Resultados das Entrevistas.....	32
8.6 Inquérito por questionário: resultados.....	35
8.7 Observação.....	38
9. Projeto de Intervenção	39
9.1 Público-alvo.....	39
9.2 Justificação do Projeto	39
9.3 Objetivos Gerais.....	41

9.4 objetivos Específicos	41
10. Projeto “Promoção do bem – estar na demência”	41
10.1 Plano de ação	42
10.2 Orçamento do Projeto	49
10.3 Cronograma do Projeto	50
11.Avaliação	53
11.1 Avaliação do projeto	53
11.2 Avaliação do processo (on going).....	54
11.3 Heteroavaliação Interna	54
11.4 Avaliação das Atividades.....	54
11.5 Avaliação final (ex post)	54
12.Conclusão	56
Referências	58
Anexos	60
Anexo A - Carta Pedido Autorização	61
Anexo B – Guião de Entrevista Semiestruturado – Coordenadora da Instituição	62
Anexo C - Guião de Entrevista Semiestruturada – Enfermeira	69
Anexo D – Grelha Síntese de Entrevistas.....	74
Anexo E – Inquérito por Questionário.....	77
Anexo F – Matriz Lógica do Projeto.....	84
Anexo G – Avaliação Geral	86
Anexo H – Avaliação Portefólio de Atividades	88
Anexo I – Avaliação Final (ex post)	90
Anexo J- Avaliação pelos Técnicos	91
Anexo K- Avaliação Folheto Promoção do Bem – Estar na Demência	92

Introdução

O presente projeto de Intervenção “Promoção do Bem-Estar na Demência” foi desenhado no âmbito do mestrado em Educação Social e Intervenção Comunitária e orientado pela docente Lia Pappámikail. O projeto tem como principal objetivo responder às necessidades dos idosos com demência e, conseqüentemente, contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida. Foi pensado tendo em vista o envolvimento dos técnicos e colaboradores da instituição, bem como das famílias.

O documento é iniciado com a caracterização da instituição de acolhimento do projeto, valência Lar S. Miguel – SCMFZ as problemáticas de intervenção e o enquadramento teórico do envelhecimento ativo e saudável.

Abordaremos as seguintes temáticas: A demência e os tipos de demências; o Alzheimer e a situação da demência no campo da gerontologia; os cuidados com as pessoas com demência; os idosos institucionalizados e as adaptações no ambiente institucional.

No que diz respeito ao papel do educador social, sublinhar a importância de dinamizar a inclusão e a participação da pessoa idosa na comunidade bem como a animação sociocultural e fisioterapia, a educação, a estimulação motora e cognitiva, o apoio e motivação psicoafetiva, os relacionamentos interpessoais e na intervenção com pessoas com demência.

Mateus (2012) refere precisamente que “O educador social desempenha um papel importante junto dos sujeitos com os quais interage, pois dele depende uma integração social positiva nos contextos em que vivem. O seu trabalho, orientado por critérios de competência profissional baseada em metodologias e técnicas orientadas para uma prática social de intervenção, corresponde, no dizer da Carvalho e Baptista (2004), a um espaço profissional desenhado no ponto de encontro, e de cruzamento, entre a área de trabalho social e da área da educação (p. 83)” (p. 12).

Nesta perspetiva, trata-se de um trabalho que exige muitas competências e, nas intervenções no dia-a-dia e pequenos momentos da vida de cada um dos utentes, com os seus medos e incertezas, contribuem para um processo de aprendizagem e reconhecimento profissional.

Segundo (Mateus, 2012) “os educadores sociais por possuírem um saber profissional culturalmente abrangente (...) encontram-se numa situação privilegiada para ajudar a redefinir os mapas educativos e sociais das cidades, de modo que possam, efectivamente, constituir-se como cidades educadoras. É que a cidade educadora pressupõe uma concepção estratégica, cultural e relacional do desenvolvimento, convocando a mobilização de competências profissionais culturalmente alicerçadas (Carvalho e Baptista, 2004, pág. 90)” (pág. 7).

De acordo com Carvalho e Baptista (2004, cit por Mateus (2012) “ a atuação do educador social só será viável se, em liberdade e com responsabilidade, interventivo e reflexivo, conseguir pôr em prática o círculo virtuoso ação reflexão, reflexão-ação, na medida em que consegue a mobilização das capacidades de decisão, de enfrentar riscos, de avaliar, de agir e escutar, sem privilegiar qualquer procedimento em detrimento de outro (p. 87)”.

Será posteriormente apresentada a metodologia de diagnóstico onde constam a pesquisa qualitativa e quantitativa, a elaboração das entrevistas à coordenadora e à enfermeira da Instituição e a elaboração do inquérito por questionário aos colaboradores da instituição.

Após a apresentação do processo de investigação que nos permitiu recolher dados empíricos, prossegue-se com a apresentação do projeto em si, o público-alvo e os objetivos, bem como a justificação do mesmo. Para finalizar, é apresentado o modelo de avaliação do processo, a conclusão e serão mencionadas as referências bibliográficas.

1. Caracterização da Instituição de Acolhimento

De acordo com as fontes consultadas (Regulamento Interno), “a Santa Casa da Misericórdia de Ferreira do Zêzere é uma associação de fiéis, constituída na ordem jurídica e católica e tem como objetivo praticar a solidariedade social. A instituição foi fundada em 1892, ano em que surgiu o Hospital de Todos os Santos.

Desde a sua origem que o Hospital de Todos os Santos balizou a sua atuação pela prática da solidariedade, tendo como base o apoio dos seus beneméritos, salientando-se entre muitos os sócios fundadores, Doutor Guilherme Augusto de Faria Godinho que declarou fazer todo o serviço clínico do hospital gratuitamente.

Após o 25 de abril do ano 1974, à semelhança de outros hospitais do país, ficou a ser gerido pelo estado. Entretanto, a Instituição, posteriormente designada por Santa Casa da Misericórdia de Ferreira do Zêzere, adquiriu uma quinta onde planeou a criação do Lar de São Miguel.

O Lar de São Miguel foi então inaugurado a 1 de novembro de 1985, passando a funcionar na Casa da Quinta das Acácias após sofrer obras de adaptação para aí ficar a funcionar o Lar de Idosos e Centro de Dia. Após dois anos foi iniciado o Apoio Domiciliário para o normal funcionamento destas respostas sociais, a Santa Casa da Misericórdia de Ferreira do Zêzere celebrou um protocolo de cooperação com o Centro Regional de Segurança Social de Santarém que dura até hoje”.

Na presente resposta social consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e família quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, estes não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e / ou atividades da vida diária. Esta resposta social tem capacidade para 53 utentes que podem usufruir dos seguintes serviços:

- Higiene Pessoal, Alimentação, Tratamento de Roupa, Higiene Habitacional, Apoio na Saúde.

O horário de atendimento desta resposta social é das 10h00 às 17h00 de segunda-feira a sexta-feira.

1.1 Valência Lar de S. Miguel

No regulamento da instituição (s/d)” refere-se que o Lar de S. Miguel tem por fim acolher pessoas idosas em situação de maior risco de perda de autonomia, de ambos os sexos, especialmente as que têm domicílio no concelho de Ferreira do Zêzere e que se encontrem impossibilitadas de se manter no seu meio familiar e social. Apresenta como objetivo principal garantir uma qualidade de vida que concilie a vivência em comum com o respeito pela individualidade e privacidade de cada idoso, bem como proporcionar serviços permanentes e adequados numa perspetiva biopsicossocial, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência. Para além dos cuidados básicos a cada utente a Instituição afirma que também são oferecidas as atividades de animação sociocultural, recreativa e ocupacional que visam contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os idosos e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas o Lar. S. Miguel na Santa Casa da Misericórdia de Ferreira do Zêzere é uma IPS´S de instituição particulares de Solidariedade Social”.

O espaço interior do Lar. S. Miguel é composto por dois pisos. O piso 1, que tem a ala A, com espaço de quartos e uma sala dedicada à leitura de livros e ver televisão e jogar jogos e o piso 0 é são dividido por ala B, C que são espaço de quartos, tem uma sala grande de refeições e sala de estar onde utentes pode ver televisão e conversar uns com os outros, tem uma sala de atividades e uma sala de ginástica e gabinete enfermagem e gabinete da direção do lar, técnicos da equipa e das colaboradoras. O lar possui ainda uma varanda e jardim ao ar livre no exterior.

1.2 Problemáticas de Intervenção

As problemáticas de Intervenção que motivaram o desenho deste projeto foram analisadas com base nas informações das entrevistas e inquéritos realizados, e que mais à frente detalharemos, que corroboraram as observações decorrentes da prática profissional no contexto, uma vez que a proponente deste projeto exerce funções na Instituição. Apesar dos objetivos a que se propõe, e tendo em conta a complexidade das problemáticas envolvendo o envelhecimento, verifica-se que é importante que os utentes que apresentam alterações cognitivas e comportamentais sejam acompanhados pela psiquiatria ou neurologia, ou seja, que se lhes diagnostique a demência. O médico de família, depois da mudança ou deterioração cognitiva, deverá prescrever uma medicação adaptada, que é fundamental para os idosos com demência.

As necessidades de cada utente são possíveis de observar através das emoções que expressam, pela parte debaixo do rosto, pelo sorriso, pelo olhar. É importante não entrar em conflito quando eles estão com discurso mais desorientado, mas sim, oferecer-lhes rotinas adaptadas.

A falta de diálogo com utentes com Demência, por dificuldade, desconhecimento ou receio por parte de profissionais bem-intencionados, mas pouco qualificados, é outro dos problemas mais presentes, observado sistematicamente ao longo da prática profissional. É importante perceber que estes utentes podem não ser colaborantes no tempo que os profissionais desejariam para facilitar as rotinas, por exemplo, podem não querer comer naquele momento pelo que mais vale não insistir, esperando mais um bocadinho, assim como em todas as outras rotinas.

A maior parte dos conflitos que se observaram entre as pessoas com demência e os funcionários ou entre elas próprias, resultam de dificuldades de comunicação, não sendo esta adequada. Existe ainda muita potencialidade na ocupação das pessoas com demência, no entanto existem dificuldades na interação das funcionárias com elas, não as estimulam a participar nas atividades e, como as pessoas com demência não são compreendidas, não lhes são oferecidas atividades adaptadas.

No entanto, a ocupação é fundamental porque ajuda a estimular o cérebro, que já está em processo de deterioração cognitiva, e manter a ocupação com coisas que as motivem e que elas gostem, já que a maior parte das vezes elas não são colaborantes, não estão ocupados e isso acelera o processo de perda cognitiva.

Segundo Sequeira, 2010, p.12, cit por Evangelista (2013), "a Demência consiste na deterioração intelectual, devido a uma causa orgânica não específica que causa alguma perda de memória e deterioração na capacidade de aprendizagem" devido às alterações das funções cognitivas e aos problemas motores que a demência causa, a pessoa tem mais dificuldade em realizar atividades que envolvam atenção, memória e equilíbrio. Por isso, deve-se continuar a estimular o seu envolvimento nas atividades de vida diária, de forma a manter as suas capacidades o maior tempo possível (Cruz et al., n.d.)."

2. Envelhecimento Ativo e Saudável

2.1 Envelhecimento Ativo e Saudável

Segundo a OMS (2005), citado por São José (2019), “envelhecimento ativo é um processo que visa a melhoria das oportunidades para a saúde, participação e segurança, e que tem como consequências o aumento da esperança de vida e da sua qualidade à medida que as pessoas envelhecem, num quadro de solidariedade entre gerações. Para isso torna-se relevante que os indivíduos com idade maior ou igual a 65 anos procurem ter como propósito um estilo de vida ativo. O que implica procurar atividades que lhes deem prazer, alegria, e satisfação, facilitando assim a sua participação nas mesmas e a participação nestas atividades leva à redução da ocorrência de doenças cardiovasculares; de acidentes vasculares cerebrais; de doenças causadas por problemas respiratórios crónicos, de distúrbios mentais com consequências a nível da autonomia, permitindo aumentar o autocuidado do idoso, aumentando, por conseguinte, a esperança de vida saudável e a qualidade de vida (pág.16)”.

Segundo a Organização das Nações Unidas (2021) “um processo do envelhecimento ativo e saudável é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o propósito de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Trata-se de um conceito multidimensional que se centra nos indivíduos, grupos e populações e engloba a participação no mercado de trabalho, o envolvimento em atividades não remuneradas, produtivas e sociais, e uma vida saudável, independente e segura à medida que as pessoas envelhecem. Assim, as políticas de envelhecimento ativo abordam geralmente estas dimensões: (i) permitir possibilidades de uma vida profissional mais longa; ii) assegurar a participação social; iii) encorajar estilos de vida saudáveis; e iv) proporcionar oportunidades de vida independente e de envelhecimento com dignidade, tanto para homens como para mulheres. (pág.11)”.

No PNS – Revisão e Extensão a 2020, citando São José (2019), “muito há a fazer e a melhorar para que aos anos alcançados com o aumento da longevidade esteja associada qualidade de vida, sendo por isso propostas como metas deste plano a redução da mortalidade prematura (<70 anos); o aumento da esperança de vida saudável aos 65 anos, capacitando os indivíduos, levando-os a envolver-se e a participar 30%”.

Ter uma vida saudável tanto a nível físico como mental pode ser melhor forma de contrariar as alterações que sofre o cérebro ao envelhecer. Ser acompanhado por especialista e adotar por ter uma alimentação equilibrada e ter uma ocupação física e atividade quotidianas.

Desta forma, é bastante importante enquanto profissionais da área de Educação Social na intervenção em lares, estarmos atentos e informados sobre todas as condicionantes que podem influenciar a saúde dos utentes, e como podemos contribuir para a prevenção de doenças.

No processo de envelhecimento ativo e saudável, é necessário existir um trabalho contínuo para que ocorram melhorias significativas na qualidade de vida e bem-estar dos idosos. Neste sentido, é crucial serem realizadas atividades dinâmicas, por exemplo, atividades onde exista contacto com a natureza, trabalhos manuais, uma vez que estas contribuem para a saúde física e saúde mental.

Segundo Loureiro (2019), que cita Ferreira (2016) e Sequeira (2018), “em saúde mental, o contexto de vida tem impactos no aparecimento, na melhoria ou até na manutenção da doença mental. Neste sentido, os cuidados prestados na comunidade permitem intervir junto do indivíduo adaptando essa mesma intervenção às necessidades que vão sendo identificadas nos respetivos contextos. No entanto, este trabalho poderá ser realizado por uma equipa multidisciplinar, desde o psicólogo, ao assistente social, educador social, profissionais de saúde, entre outros técnicos. A educação deve contemplar a realidade das pessoas idosas, iniciando ações educativas que promovam a participação de todas as pessoas, valorizando e potenciando os contributos dos mais velhos e o Educador Social dotar as pessoas idosas de meios para que assumam uma posição mais ativa, mas também criar oportunidades para que a sociedade seja recetora, inclusiva e integradora das pessoas mais velhas (Amante et. al. 2014). Para que esta atividade profissional se desempenhe da melhor forma, é fundamental que o Educador Social tenha sempre em mente o código deontológico, concebido pela Associação Promotora da Educação Social (APES), que tem de respeitar e cumprir, onde constam todos os princípios e responsabilidades destes profissionais “ (Loureiro, 2019, p.28).

Os idosos com qualidade de vida sentem-se mais seguros no seu dia-a-dia, são mais recetivos às mudanças e adquirem hábitos, bem como, comportamentos de vida mais saudáveis. Nesta fase da vida, é bastante importante que a família e amigos estejam por perto e tenham interesse em acompanhar as atividades diárias dos idosos.

Segundo Martins (2021) "exercitar todas as capacidades mentais criar um plano de sete dias semanas vai permitir-lhe manter e melhorar o seu funcionamento intelectual global e desenvolver algumas capacidades específicas, como criatividade flexibilidade cognitivas, a memória, a capacidade de concentração e obter um maior autoconhecimento em termo das suas capacidades mentais e reforçar a confiança nas suas habilidades, fortalecendo a sua autoestima." (pág.13)

Em concordância com Rocha (2016), "A qualidade de vida tem indicadores, objetivos e subjetivos. Entre os indicadores objetivos podem ser incluídos os níveis de doença crónica, as relações interpessoais com a família e amigos e os recursos comunitários. Os indicadores subjetivos são baseados em avaliações pessoais, no que concerne a satisfação de vida, felicidade, adequação alimentar, recursos financeiros, recursos domiciliários, relações familiares e autorrealização" (pág.47).

2.2 Demência

Segundo Rocha (2016), "a demência é uma síndrome cerebral orgânica crónica (conjunto de sintomas e sinais), caracterizada por um defeito global das funções nervosas superiores, podendo ocorrer em qualquer idade, de causa conhecida ou desconhecida, e podendo ser reversível ou irreversível (Santana, 2005). É considerada uma síndrome cerebral orgânica porque, em todos os casos, ou tem uma causa testável pelos meios de diagnóstico atualmente disponíveis na prática clínica corrente, ou tem um substrato histológico identificável (Garcia, 1984)" (pág. 22).

Tal como refere o Sistema Nacional de Saúde (10/05/2023), "a síndrome demencial, vulgarmente conhecida por demência é constituída por um conjunto de sintomas que correspondem a um declínio contínuo e geralmente progressivo das funções nervosas superiores, que incluem:

- Perda de memória
- Diminuição da agilidade mental
- Diminuição das funções executivas
- Dificuldades de expressão
- Problemas de compreensão
- Problemas de capacidade de decisão.

Neste sentido, é possível entender que existem sintomas distintos na demência, que podem ser causados por diferentes patologias. O diagnóstico de Demência realiza-se, caso estejam presentes défices de memória e outros défices cognitivos superiores ao que se poderia esperar no processo normal de envelhecimento e se os sintomas causam deficiências no funcionamento social ou/e ocupacional (DSM-V, 2013)”.

A Demência é considerada uma doença de Saúde Mental, posto isto, é conveniente explicar o artigo da Lei da Saúde Mental 36/98 de 24 de julho referente à proteção e promoção da Saúde Mental e que nos diz: “1. A proteção da Saúde Mental efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive; as medidas referidas no número anterior incluem ações de prevenção primária, secundária e terciária da doença mental, bem como as que contribuam para a promoção da Saúde Mental das populações”.

Do ponto de vista das políticas, a saúde mental é considerada uma problemática muito relevante, sendo que abordagem às Demências se enquadra nos seus objetivos. Assim, o Plano Nacional de Saúde Mental tem como objetivos fundamentais:

- “Assegurar o acesso equitativo a cuidados de Saúde Mental de qualidade a todas as pessoas com problemas de Saúde Mental no país, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
- Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de Saúde Mental; - Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da Saúde Mental das populações;
- Promover a descentralização dos serviços de Saúde Mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e facilitar uma maior participação das comunidades, dos clientes e das suas famílias;
- Promover a integração dos cuidados de Saúde Mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização” (Dec-Lei nº 5/2008, pág. 23).

3. Tipos de Demência

3.1 Classificação da Tipologia de Demências

Segundo Santana (2005, citado por Rocha, 2016, "existem duas tipologias de entidades patológicas, as que se manifestam exclusivamente como síndromes demenciais, as denominadas Demências primárias (formas não reversíveis) e as doenças curáveis ou preveníveis que se manifestam nas fases iniciais da evolução". Segundo este autor," a síndrome demencial ou demência, é a expressão clínica de múltiplas entidades patológicas que se distinguem principalmente pela causa que as antecede" (s/p).

As demências não reversíveis são as que não sustentam a possibilidade de tratamento curativo. Considerando-se ainda dois subgrupos, as Demências preveníveis, aquelas em que é possível a correção de fatores de risco, interferindo no processo patológico que conduz ao aparecimento da Demência como a vascular, a pós-traumática e associada à infeção pelo vírus VIH, e as Demências não preveníveis, primárias/degenerativas como a Doença de Alzheimer, as Demências frontotemporais, (como por exemplo a de Pick), a Demência de Corpos de Lewy, e as Demências extrapiramidais (como por exemplo a Parkinson e a de Huntigton) (Santana, 2005, p. 29, citado por Rocha, 2016, s/p)".

3.2 Demência Parkinson

Segundo Martins (2021)," a doença de Parkinson caracteriza-se por ser uma doença crónica que afeta o sistema motor, logo os movimentos corporais. Como sintomas surgem os tremores, a rigidez das extremidades, os movimentos corporais tornam-se mais lentos, a postura instável e a marcha alterada. As primeiras manifestações da doença costumam ser um tremor ligeiro numa mão, braço ou perna, o qual é mais evidente em momentos de tensão. À medida que a doença progride o tremor dissemina-se, acabando, eventualmente, por vir a afetar as extremidades de ambos os lados do corpo. Numa fase mais avançada da doença, algumas pessoas podem desenvolver demência" (p.33).

De acordo com Fernandes (2021), "nem todas as pessoas que tem um diagnóstico de doença de Parkinson desenvolvem demência, contudo, é possível que

isso aconteça especialmente nas fases mais avançadas da doença, visto que, segundo Alzheimer Portugal (2021), a demência associada à doença de Parkinson atinge cerca de um terço das pessoas. Este tipo de demência é a segunda doença neurodegenerativa mais comum a nível mundial, cuja causa ainda permanece desconhecida, caracterizando-se por alterações nas componentes motoras, cognitivas, sensoriais e emocionais (Abbas et al., 2017; Prasad & Hung, 2021, p.19)”.

3.3 Demência Vascular

Segundo Martins (2021), “entre os fatores de risco de AVC, a demência vascular, destacam-se: hipertensão arterial, complicações cardíacas, diabetes, colesterol elevado, hábitos tabágicos, alcoolismo, obesidade e sedentarismo. Os sintomas desta doença podem manifestar-se logo na sua fase inicial por graves complicações a nível sensorial, incontinência urinária, lentidão dos movimentos, dificuldades de concentração e instabilidade emocional com irritabilidade” (pág. 34).

Segundo Fernandes (2021), “a demência vascular é para alguns investigadores citados por Engelhardt et al. (2011) e Parmera & Nitri, (2015), a segunda demência predominante em Portugal, com cerca de 47% dos casos diagnosticados (Gregorio & Sánchez, 2018). Esta demência desenvolve-se por problemas relacionados à má circulação do sangue para o cérebro, o indivíduo acaba por ter um ou sucessivos acidentes vasculares cerebrais que se podem traduzir numa demência irreversível e consequente perda de funções individuais (Soares, 2017) (...) Ávila (2016) revela que esta demência acontece quando existe danos ou lesões nos vasos capilares pertencentes ao cérebro e pode resultar de uma atividade simples como o desporto, sendo que na maioria das vezes, surge em idades inferiores de 65 anos. Este tipo de demência também provoca uma alteração a nível cognitivo como consequência decorrente de uma lesão cerebrovascular de natureza isquémica ou hemorrágica, sendo que na maioria dos casos a demência surge por natureza isquémica (Sequeira, 2020).” (p.18)

3.4 Demência Frontotemporais

Segundo Martins, (2021) “as demências frontotemporais caracterizam-se por alterações precoces da personalidade, do comportamento e da linguagem. Em fases mais avançadas da evolução da doença poderão ocorrer défices de memória, apraxia, reflexos arcaicos (cabecear, sugar, agarrar), apatia ou extrema agitação. Não obstante, a capacidade de orientação mantém-se e a memória não sofre graves prejuízos como nas doenças de Alzheimer” (pág. 34).

3.5 Demência de Corpo de Lewy

Segundo Martins, (2021),” esta demência manifesta-se em sintomas como as alucinações visuais, a lentidão dos movimentos e a presença de rigidez ou tremores. No estágio inicial ocorrem flutuações de períodos de défices de memória com períodos de normalidade. Pode ser difícil a distinção entre a demência de corpos de Lewy e a doenças de Parkinson, verificando-se que algumas pessoas com a última desenvolvem uma forma de demência semelhante à primeira” (pág. 35).

3.6 Alzheimer

Segundo Fernandes (2021)” a demência por doença de Alzheimer é conhecida como sendo uma perda de capacidades cognitivas do indivíduo, de forma irreversível e progressiva, que faz com que haja uma alteração no indivíduo a vários níveis, fazendo com o mesmo se torne dependente de terceiros para a realização de atividades de vida diárias (AVD's), sendo que segundo a Alzheimer Portugal (2021):

- À medida que as células cerebrais vão sofrendo uma redução, de tamanho e número, formam-se tranças neurofibrilares no seu interior e placas senis no espaço exterior existente entre elas. Esta situação impossibilita a comunicação dentro do cérebro e danifica as conexões existentes entre as células cerebrais. Estas acabam por morrer e isto traduz-se numa incapacidade de recordar a informação. Deste modo, conforme a Doença de Alzheimer vai afetando as várias áreas cerebrais vão-se perdendo certas funções ou capacidades (p.17)”.

Segundo Fernandes (2021), citando Ávila (2016) “os primeiros sinais dados pela demência são a falta de memória recente, nomeadamente no tempo e no espaço, pelo que necessita de ajuda e orientação de outros para conseguir sobreviver.

No entanto, o início desta demência pode ser difícil de detetar, na medida em que é lenta e progressiva, sendo que as alterações cognitivas que apresenta, inicialmente,

muitas vezes, podem ser confundidas com o envelhecimento normal. Depois destes sintomas se agravarem, começam a incidir na vida e autonomia da pessoa e do seu cuidador, sendo que o processo de evolução desta demência varia entre os 8 e os 12 anos (Sequeira, 2020). A doença de Alzheimer começa a evidenciar-se através das perturbações de memória que progridem em poucos anos. Mais tarde, com a evolução rápida da patologia surgem dificuldades “de ordem cognitiva ou intelectual e também perturbações da linguagem, dos gestos (saber-fazer), do reconhecimento e do raciocínio” (Cramet, 2016)” (pág. 67).

Segundo Meireles (2021) “atualmente, existem cada vez mais pessoas com Alzheimer, as doenças neurodegenerativas têm vindo a aumentar com a idade permite perceber o estado de cada processo das doenças neurodegenerativas e de todos os processos do cérebro, ajudando a compreender melhor a origem das alterações cognitivas e a adaptar a vida diária das pessoas que sofrem destes problemas” (pág. 4).

De acordo com a Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer em (2012),” a Organização Mundial de Saúde” publicou o relatório Dementia, a Public Health Issue, estimando que a prevalência da demência nas pessoas com 60 ou mais anos varie entre 5% e 7%, tem vindo a aumentar exponencialmente com a idade. Especificamente, na zona da Europa Ocidental, onde Portugal está incluído, a prevalência duplica com um incremento de 6,3 anos na idade”.

Em Portugal, segundo Isabel Santana, Filipa Farinha, Sandra Freitas, Vitor Rodrigues e Álvaro Carvalho (2015), no estudo Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação, os autores estimaram que “em 2013 a prevalência da demência no grupo dos 60+ seria de 5,91%, o que corresponderia a aproximadamente a um número de 160287 pessoas com demência, observando-se um aumento no número de pessoas com demência à medida que avançamos no grupo etário. A demência é uma síndrome que pode resultar de uma série de condições que afetam o cérebro com consequências avassaladoras para o doente e para os seus familiares e prestadores de cuidados, e que pode ter várias causas, sendo a Doença de Alzheimer a principal” (p.5).

Em suma, a demência afeta a pessoa a vários níveis, nomeadamente cognitivo, funcional e social. Sendo os critérios que definem a demência, segundo a 5ª Edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria (2014),” são: i) declínio em um ou mais domínios cognitivos, quando comparado com um nível anterior de funcionamento, nomeadamente no

domínio da atenção complexa, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, perceptivo-motor e cognição social; ii) interferência nas atividades de vida diária; e, iii) ausência de delírio. De acordo com a fase de evolução da doença, os sintomas e sinais mais frequentes manifestados podem ser diferentes”.

4.Situar a Demência no Campo da Gerontologia

Como referimos, a problemática central deste documento recai sobre a demência, importa-nos desde já enquadrá-la no campo da Gerontologia enquanto disciplina multidisciplinar e holística no estudo do indivíduo em processo de envelhecimento (Carvalho, 2019). De acordo com a OMS (2013), “a demência é uma síndrome causada por uma doença do cérebro, geralmente de natureza crônica ou progressiva, onde se verifica uma alteração de múltiplas funções como a memória, pensamento, orientação, compreensão, linguagem, capacidade de aprender e fazer cálculos e tomar decisões. Quando falamos em demência, importa analisá-la enquanto síndrome possuidora de vários tipos, que posteriormente serão enunciados (p.17)”. Segundo Carvalho (2019), em 2006 Brooker (citado por Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018) “destacou quatro componentes essenciais na abordagem centrada na PcD - Pessoa(s) com demência que podem resultar na mudança da prática e da cultura organizacional” (pág.26). Dois anos mais tarde, o mesmo autor criou um leque de indicadores para cada componente (apresentado na tabela 1).

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

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

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

Podemos concluir que a Tabela 1- Componentes da abordagem centrada na Pessoa com Demência apresenta diversas temáticas fundamentais para se pensar a intervenção com este público, sublinhando a importância do atendimento individualizado para o acompanhamento destas pessoas, às respostas para as necessidades dos idosos e sensibilizar a equipa para o plano de cuidados e compreender determinados comportamentos através da comunicação, movimento do corpo e olhar de modo a promover atividades para o bem-estar na demência.

5.Cuidar de Pessoas com Demências

5.1 Os idosos Institucionalizados

Em concordância com Neves (2012), “os idosos institucionalizados precisam de maior atenção, suporte e serviços especializados, uma vez que a grande maioria é fragilizada e apresenta morbididades físicas e mentais” (pág. 28). Segundo Neves (2012) de Santos e Andrade (2005), citados por Medeiros (2012)” subentendem que quanto maior o tempo de institucionalização, maior a debilidade do idoso”. Neste sentido, Montenegro e Silva (2007), citados por Neves (2012),“referem ainda que a

institucionalização acelera e/ou acentua a velocidade das perdas funcionais dos idosos, forçando assim o declínio das funções físicas e cognitivas” (pág.28).

As afirmações destes autores, levam-nos a refletir relativamente à falta de independência do idoso no ambiente institucional, uma vez que vai perdendo a sua autonomia e conseqüentemente as suas capacidades físicas e cognitivas.

Desta forma, Neves (2012) “refere também que “a maioria dos estudos demonstram associações negativas sobre a instituição, contudo existe uma corrente de estudiosos que recomendam essas instituições para aqueles idosos que possuem dependência total e impossibilidade de recuperação, ou moram sós e não tem família, levando-nos a considerar o valor social dessas instituições, pois constituem um lugar de proteção e de cuidado em situações de vulnerabilidade (Araújo e Ceolim, 2007) ” (pág.28).

Apesar dos aspetos negativos da institucionalização, existem também bastantes aspetos positivos e é necessário criar estratégias para os desenvolver, uma vez que ainda existem motivos que levam as famílias a optar pela institucionalização. Segundo Silva (2015), citando Pimentel (2005), “o principal motivo é a dependência física, seguindo-se a solidão, o isolamento, a falta de recursos financeiros e habitacionais ou a inexistência de redes de solidariedade que fornecem um suporte de situação de necessidade”. (p.47).

De acordo com a Silva (2015) citando Jacob (2001), “o aumento progressivo do número de pessoas idosas, sobretudo das mais idosas, tem aumentado também a probabilidade de ocorrência de situações de dependência física, psíquica e social, despontando a necessidade de criar novas respostas por parte do Estado e da Sociedade Civil” (pág.4).

Em suma, é possível compreender que quando se fala no tema da institucionalização, existem muitas preocupações e uma grande necessidade de respostas. Para o idoso, a mudança que constitui sair da sua casa para um Lar não é fácil, e é necessário que exista um acompanhamento contínuo e individualizado, de forma a estimular as suas capacidades físicas e cognitivas e não a levá-las ao declínio.

5.2 Papel do Cuidador Formal com Idosos com Demência

O papel do cuidador formal é muito importante e desafiante, contribuindo para a qualidade de vida dos idosos com demência. Nesta patologia, é necessário existir

intervenções constantes, com base na estimulação das funções cognitivas, realização de atividades diárias, interação social e bem-estar psicológico. Os cuidadores enfrentam inúmeros desafios quando o cuidado na Demência e esses cuidados podem variar em função da progressão da doença (Santos et al., 2014, p.47).

Aos cuidadores é atribuída a responsabilidade e o apoio físico e emocional de um doente com demência. O foco principal é no cliente e não no cuidador. Este, o cuidador, embora não experienciando a doença na primeira pessoa, relaciona-se com esta, na terceira pessoa, isto é, vive de perto todas as limitações, ansiedades e regressões provenientes deste estado tão incapacitante. Independentemente do estágio da doença, os cuidadores quando sobrecarregados com essa responsabilidade, também acabam por sofrer danos colaterais, mas extremamente sérios na sua própria condição física e mental. Óbvio será que um cuidador quando enfrenta um estágio inicial da doença, ainda se encontra bastante revitalizado e por isso mais capaz, mas com a progressão da mesma o peso vai fazer-se sentir negativamente, chegando a manifestar-se, embora de um modo diferente na personalidade e na própria vitalidade do cuidador (Santos et al., 2014).

Para concluir é importante realçar que a demência é uma doença cerebral que acontece em qualquer faixa-etária ao longo do envelhecimento. Os cuidadores têm de se adaptar aos diversos estádios iniciais da doença e entender que cada utente tem a sua personalidade, dificuldades e necessidades diferentes. E permite-nos descobrir curiosidade, reforçar a ligação da vida e sentir que estar - bem com mudança da sua vida diária.

6. Intervenção dos Cuidadores formais no Cuidado a Idosos com Demência

Segundo Ramos (2017) “os cuidadores formais de idosos para que possam prestar cuidados de qualidade têm necessariamente de possuir formação específica, o que implica que as instituições se sensibilizem para a prática do cuidado entendida como um processo centrado na pessoa com demência que possui características próprias que derivam da sua doença que devem e têm que ser respeitadas, Brondani et al. (2010). No dizer de Caravau & Martin (2015), citando Huang *et al* (1988)” a diferença de tempo despendido para o cuidado com cada tipo de utente é a maior parcela dos custos entre pessoas com e sem demência em lares de idosos. Um utente idoso com

demência necessita de 36% mais tempo de assistência para prestação de cuidados em relação aos sem demência, (Huang, Hu & Cartwright, 1986)” (pág.25).

Segundo o mesmo autor (Ramos, 2017) “A demência, em estados mais avançados, leva o doente a possuir menores capacidades de controlo nas áreas de expressão verbal, compreensão auditiva, repetição, leitura e escrita Murdoch, Chenery, Wilks, & Boyle (1987). A inexistência ou a frágil comunicação induz, entre outros, a distúrbios comportamentais que muitos doentes de Alzheimer evidenciam, Horner (1985, pág. 40)” (p.25).

Os diversos tipos de demência necessitam por parte dos cuidadores formais de um aumento do tempo de vigilância para monitorar e evitar problemas associados às alterações comportamentais, nomeadamente, quedas, interrupções de terapias, alimentação, cuidados de higiene e fugas.

São precisamente os equipamentos sociais de apoio à população idosa a fornecer um conjunto de respostas de apoio social com o objetivo de apoiar, através de serviços e equipamentos adequados, a manutenção dos idosos no seu meio familiar e social promovendo ainda o apoio à família.

7.Papel do Educador Social

Segundo Monteiro (2016) “face às várias necessidades e problemas associados ao ato de cuidar que afetam diretamente os cuidadores formais, torna-se crucial refletir sobre o contributo que a intervenção no âmbito de educação social pode proporcionar junto dos cuidadores formais de pessoas com demência. A existência de um apoio multidisciplinar é essencial no sentido de criar e disponibilizar recursos capazes de apoiar os cuidadores nesta tarefa. Atendendo ao envelhecimento da população, o aumento da esperança de vida e ao facto de a incidência da demência aumenta exponencialmente com a idade, o desenvolvimento de estratégias para responder às necessidades das pessoas idosas e das suas famílias é encarado como uma das questões mais pertinentes para o século XXI(Czaja e Schul, 2003)” (pág. 27).

O educador social no trabalho em equipa multiprofissional tem um papel de comunicação importante, definir estratégia de Intervenção e identificar quais os problemas e reconhecer os recursos, analisar várias situações para ver as necessidades e potencialidade dos contextos.

Enquanto profissionais devemos ter uma perspetiva inclusiva e promover o desenvolvimento de atividades de dinamização criando estratégias mobilizadoras aos idosos com demência. Há necessidade de haver uma integração social no contexto em que vivem. É importante haver diálogo entre educador social e os utentes, para que estes partilhem os seus medos e as suas angústias, incertezas e dúvidas, por vezes somente através de um olhar.

Segundo Mateus (2012), citando Carvalho e Baptista (2004) "a atuação do educador social só será viável se, em liberdade e com responsabilidade, interventivo e reflexivo, conseguir pôr em prática o círculo virtuoso ação reflexão, reflexão-ação, na medida em que consegue a mobilização das capacidades de decisão, de enfrentar riscos, de avaliar, de agir e escutar, sem privilegiar qualquer procedimento em detrimento de outro" (pág.87).

Monteiro (2016) refere ainda que face a esta situação, "consideramos pertinente clarificar o perfil, as competências e os contextos de intervenção deste profissional. Segundo Azevedo (2011), "a educação social assume um papel ativo na formação cívica, uma vez que supõe uma diversidade complexa e integrada de aprendizagens" (s/p).

É neste sentido que Carvalho e Batista (2004) realçam que "a formação das competências do educador social exige, em conformidade, uma sólida preparação em alguns domínios das ciências da educação em íntima conjugação com o estudo dos comportamentos individuais e coletivos e uma sólida cultura geral" (p. 25). Borda Cardoso (s/d) acrescenta que o que o distingue dos outros profissionais é a sua formação polivalente e multifacetada, o que lhe permite responder a situações diversas, sem juízos pré-estabelecidos e encaminhar para outros profissionais os casos que necessitam de intervenção especializada. Azevedo (2011) "afirma que este profissional possui também uma formação crítica e em "sintonia com as rápidas mudanças da sociedade" (p. 38).

Em concordância com Azevedo (2001), "os educadores sociais são profissionais de intervenção social que trabalham com e para as pessoas, e que recorrendo a vários meios procuram estabelecer o seu bem-estar no seio de uma relação de respeito e proximidade pela alteridade e tendo como referência o respeito pelos Direitos Humanos e pelos princípios da democracia e da liberdade. Para além de satisfazerem as necessidades básicas dos seus educandos, o seu dever passa também por integrar as pessoas em risco de exclusão e marginalização social. Desta forma, este profissional é encarado como um mediador social, por criar alternativas que conduzam a um equilíbrio

integrador entre o indivíduo e a sociedade. A sua intervenção é assente numa exigente interpretação da realidade, na comunicação, na avaliação de situações, na empatia, na perseverança e na superação sempre com espírito crítico, pensamento alternativo e criativo, imaginação, espírito empreendedor, com disponibilidade e capacidade para escutar, dialogar e aconselhar, evitando a fixação de rotinas e os riscos de empirismo" (p.58). Para Azevedo (2011), "o educador social concede apoio psicossocial, cultural e profissional a indivíduos e grupos inseridos em diversos contextos sociais, desenvolvendo competências a nível profissional, social e pessoal".

Segundo Carvalho e Batista (2004) destacam, também, as (...) competências informais tais como o autodomínio, a abertura ao outro e a capacidade de enfrentar o risco e o sofrimento" (p.58). Durante a intervenção educativa, social, formativa e cultural, o educador social baseia o seu conhecimento em três níveis, que segundo Maslow (2000, citado por Azevedo, 2001) "são os seguintes: o conhecimento na ação (isto é, conhecimento técnico/científico); a reflexão sobre a ação (ou seja, autoanálise, autocrítica, identificação dos problemas/necessidades e reflexão na prática); e a racionalização e sistematização dos conhecimentos". Segundo Carvalho e Batista (2004) "as áreas de intervenção do educador social, são diversas: educação de adultos; ocupação especializada; educação para o tempo livre; educação cívica; educação comunitária; educação para a saúde; educação penitenciária; educação intercultural e educação ambiental, no entanto, os autores afirmam que "as áreas indicadas não cobrem, naturalmente, o universo possível da educação social" (p. 63). Desta forma, também os grupos com quem intervêm são diversos: crianças, jovens, adultos e idosos (Azevedo, 2001).

O papel do educador social é crucial, uma vez que contribui para o bem-estar dos grupos de pessoas com quem desempenham o seu trabalho diariamente. Este profissional passa por muitas fases ao longo do seu conhecimento, com o intuito de saber gerir diversas atitudes, aprender com as competências e dificuldades de cada um, com as diversas experiências e perceber quais são os limites de cada um. Neste sentido, é importante destacar que as relações de proximidade desenvolvidas pelo educador social com as pessoas que intervêm no seu dia a dia, ajudam-no a compreender os diversos problemas sociais que existem no momento e a trabalhar na sua resolução.

Catumba (2021), refere na sua pesquisa que, na resposta à questão "Que papel desempenham os Educadores Sociais/Técnicos, na sua relação com a família?", as participantes idosas institucionalizadas responderam possuir uma boa relação no

sentido de ajuda, e existir uma boa comunicação com os técnicos, através da integração das famílias nos meios institucionais.

De acordo Catumba (2021), citando Gattai (2019) “as pessoas necessitam de interagir, comunicar e manter relacionamentos umas com outras pessoas, através de dinâmicas em grupo. Existe a possibilidade de interação entre diferentes agentes, assim como a partilha de sentimentos e interesses” (pág.87).

Assim, surge o conceito de cuidado centrado na pessoa, uma perspetiva muito pertinente nesta problemática e compatível com o perfil de competências do educador social. Segundo Fernandes (2021), citando Paquete (2015). “este conceito centra-se em reconhecer a pessoa, respeitar e ter confiança perante a pessoa com demência”

Este conceito desenvolveu-se com base na premissa de que, muito embora as pessoas possam perder algumas capacidades físicas e intelectuais, não deixam de ser pessoas que merecem ser respeitadas, sendo assim importante desenvolver e trabalhar o personhood da pessoa com demência, de forma a contribuir para uma melhor qualidade de vida da mesma citado por (Brooker, 2013)”. Não obstante, Kitwood teve ainda a ideia de criar uma flor imaginária com cinco pétalas como resposta à promoção do bem-estar diário das pessoas com demência, de modo a representar graficamente as suas necessidades psicossociais, e que os cuidadores devem-se focar-se em suprir (Figura1). Isto quer dizer que, para além de nos preocuparmos em garantir uma resposta às necessidades físicas da pessoa com demência, hoje em dia não podemos descurar a resposta às necessidades afetivas e emocionais que são tão ou mais importantes para o processo que uma demência exige “ (Paquete, 2015, p.43, citado por Fernandes, 2021)

Figura 3.2. Flor de Kitwood (adaptado de Paquete, 2015)



Figura 1 (Paquete, 2015, pág. 43)

Segundo Carvalho (2019) “numa revisão sistemática da literatura de Cuidado Centrado na Pessoa (PCC) e White et al (2008) identificaram um modelo multidimensional de cuidados centrados na pessoa. As dimensões deste modelo incluem personalidade, conhecer a pessoa, autonomia e escolha, nutrir relacionamento e apoiar no meio ambiente. Embora esta revisão tenha sido focada em estudos conduzidos em cuidados de longo prazo em ambientes para PcD, as suas descobertas são transversais, podendo ser aplicadas a clientes de todas as faixas etárias citado por (Burshnic & Bourgeois, 2017)”. (pág. 26).

8. Metodologia de Diagnóstico

Para o desenho do projeto, desenvolveu-se um processo de diagnóstico em várias etapas.

Segundo Serrano (2008) “a metodologia a utilizar neste projeto define-se como qualitativa, participativa, ativa, didática, flexível, orientada para o grupo, para os seus interesses e para a melhoria da sua recolha de informação relevante durante o desenvolvimento do projeto e a seleção dos recursos necessários” (pág. 163)

O processo de diagnóstico com vista à identificação e justificação dos problemas previamente identificados foi feito com base numa pesquisa mista: observação participante, entrevistas à coordenadora da instituição e a enfermeira do lar e inquérito por questionário às colaboradoras.

8.1 Pesquisa Quantitativa

De acordo com Gouveia (2012), citando Freixo (2011),” a pesquisa quantitativa consiste num processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, assente na observação de factos objetivos, fenómenos e acontecimentos que existem independentemente do investigador” (pág. 56).

Com a realização da pesquisa a nível quantitativo, através da aplicação de um inquérito por questionário (via OfficeForms), pretendeu-se adquirir conhecimento sobre a problemática da demência e o seu impacto na rotina diária do idoso, partindo da perspectiva das auxiliares de ação direta que desempenham uma série de cuidados fundamentais aos idosos. Apesar de ser uma pesquisa sobretudo qualitativa, optou-se por esta técnica com este público em particular, devido à dificuldade em realizar entrevistas a um número significativo de auxiliares e à pouca disponibilidade destas para qualquer tipo de inquirição.

8.2 Inquérito por Questionário

A construção do inquérito por questionário teve como objetivo a recolha de dados. Conforme a análise da informação pretendida, foram elaboradas perguntas de resposta aberta e fechada, tendo sido neste caso maioritariamente fechadas. O inquérito por questionário foi realizado a dez ajudantes de lar. Com mais experiência no trabalho com idosos. Neste sentido, foram feitas várias questões de resposta aberta para recolher opiniões acerca do seu trabalho nos cuidados aos idosos. Foram elaboradas perguntas relativas à participação em ações de formação na área do cuidado a idosos, bem como, questões relativas ao que poderia melhorar no funcionamento do lar para aumentar o bem-estar dos idosos.

8.3 Pesquisa Qualitativa

Com a realização da pesquisa a nível qualitativo, pretendeu-se compreender melhor o trabalho com a população idosa com demência, de forma a realizar investigação relativa às necessidades e dificuldades que são apresentadas pelos diversos profissionais na instituição onde irá ser desenvolvido o projeto de intervenção socioeducativa.

Neste sentido, a entrevista revelou-se um instrumento bastante importante pois permitiu a recolha de informação com uma enorme quantidade e variedade de respostas que permitem perceber melhor o contexto real. As entrevistas realizadas no âmbito do desenvolvimento do projeto de intervenção foram semiestruturadas, realizadas com base num guião e centrando-se no problema em estudo.

Em suma, neste projeto de intervenção a pesquisa qualitativa teve como principais objetivos, identificação do problema e dos recursos, conhecer a opinião dos técnicos da instituição, bem como, adquirir conhecimento acerca do trabalho realizado com os idosos com demência e a importância dos profissionais na sua vida.

8.4 Elaboração das Entrevistas

Como referido, as elaborações das entrevistas contribuíram para compreender melhor a temática em estudo, bem como, conhecer o trabalho realizado pelos profissionais com os idosos com demências, quais as suas particularidades e aspetos mais relevantes. De acordo com Silva (2022), citando (Quivy, 2008, p. 192), “a realização de entrevistas semiestruturadas, “dispõe de uma série de perguntas-guias abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado”

As entrevistas foram realizadas à coordenadora e à Enfermeira da Instituição. Para cada uma das entrevistadas, foi elaborado como instrumento um guião de entrevista, de forma a compreender o percurso de cada uma, os seus conhecimentos, a sua experiência e o trabalho realizado na instituição em Anexo Grelha Síntese de Análise da Entrevista.

8.5 Apresentação dos Resultados das Entrevistas

No que diz respeito os resultados da análise à entrevista à coordenadora da instituição, esta refere que o trabalho na ERPI tem evoluído com desafios tem-se melhorado no conhecimento nas formas de tratar com este público (idosos) e tem havido

um “(..) aumentando as instalações físicas e o bem-estar dos utentes”. Acrescenta que é fundamental saber lidar com o desenvolvimento de um ser humano, e saber lidar com maneira de ser de cada um, o que remete para a importância de abordagens o mais individualizadas possíveis

Quando questionada sobre a questão específica das demências, esclarece que os idosos têm “na maioria têm demências vasculares, as chamadas Alzheimer não estão devidamente diagnosticadas e as famílias aceitam melhor a designação de alzheimer do que a demência”.

A entrevistada esclarece que a instituição tem um plano gerontológico específico para estes idosos, acrescentando que“(..) individualmente e ao nível da animação procura-se ocupar mais especificamente estes idosos com demência. Para melhorar a sua qualidade de vida, tem um plano individual [que] é prática corrente no acolhimento e acompanhamento dos utentes”. As atividades devem ser ajustadas aos seus gostos e características pessoais para que a adaptação ao lar seja mais agradável e fácil.

De facto, refere que a demência é fator constrangedor que limita o convívio com os outros e a integração, devido às dificuldades que estes idosos sentem na adaptação, por via da saída da rotina do seu meio e de espaços familiares. Neste sentido sublinha que o acompanhamento é fundamental em consulta e a medicação também nos casos que se consegue adequar, para o utente não desesperar.

No que diz respeito aos profissionais, diz que “temos ter sensibilidade para a problemática e obter formação para melhorar e atender a população.”

As atividades que considera mais adequadas (...) “ são atividade preferidas dos utentes e fazê-las parte do dia-a-dia é muito importante, e a adaptação inerente é muito importante.”

A demência é uma problemática quase inesgotável. É preciso saber da situação e é necessário ter cuidado neste trabalho no lar :“(..) a convivência é difícil no dia-a-dia, ninguém compreende o esquecimento consecutivo , os acessos de fúria e desespero: tirem-me esta criatura daqui e isto não é casa de malucos”. Refere que muitas vezes os familiares não gostam de tocar no tema das doenças e muitos idosos chegam ao lar sem acompanhamento médico adequado.” Muitos utentes sentem-se tristes, destroçados e perdidos sem saber o que fazer, pelo que o trabalho com estes utentes é complexo e exige formação específica e atualização.

No que diz respeito aos resultados da entrevista à enfermeira, esta concorda com a coordenadora quando diz que é importante estabelecer um diagnóstico diferencial,

que deve ser feito pelo “médico de família ou medico assistente ou até nós mesmos podemos ver que há realmente ali uma mudança ou deterioração cognitiva, mas ter uma medicação adaptada é fundamental para que eles depois também consigam colaborar”. Desta forma as rotinas diárias devem ser adequadas ao ritmo deles e deve-se sempre falar com eles.

Reconhece que no trabalho realizado com idosos com demência “ (...) as auxiliares, que tem pouco conhecimento na áreas, são quem está mais tempo com eles e não se conseguem adaptar, porque também não conseguem perceber a áreas das demências”. Acrescenta que “é difícil conseguir ter profissionais dar formação nesta áreas de intervenção e devia haver mais motivação.”

Um dos aspetos a trabalhar, na sua perspetiva, são as técnicas de comunicação. Por exemplo: “ chegarmos ao pé deles à altura dos olhos deles, não lhe tocamos sem que eles nos vejam, não falarmos de lado onde eles não nos conseguem ver e falar sempre num tom calmo, que eles consigam ver bem a nossa cara porque eles até decifram muito mais as emoções pela parte de baixo do nosso rosto, pelo nosso sorriso, eles conseguem decifrar muito melhor do que pelos nossos olhos.” Os profissionais nunca devem entrar em conflito, e devemos sempre manter-nos calmos e adaptados às necessidade deles.

Questionada sobre as rotinas diárias dos idosos com demência refere que “(..), é privilegiar as rotinas que eles tinham em casa, as rotinas que eles se lembram, eles podem não ser colaboradores no tempo que nós queremos, por exemplo, podem não querer comer agora e se calhar mais vale não insistir agora, é esperar mais um bocadinho e daqui a nada ele também se calhar até já vai querer comer, assim como em todas as outras rotinas.”

A ocupação é fundamental porque a “ocupação ajuda a estimular ali o cérebro, que já está em processo de deterioração cognitiva e manter a ocupação com coisas que os motivam e que eles gostem porque a maior parte das vezes como eles não são colaboradores, não estão ocupados e isso acelera claro o processo de perda cognitiva.”

O plano gerontológico ligado à problemática da demência é uma perspetiva que vê como importante, dizendo que “está previsto no plano nacional de saúde, mas também há várias fundações que o fazem. Portanto, é caso de vermos, há várias fundações mesmo que estudam a temática, que têm formações, planos e vários workshops na área”.

8.6 Inquérito por questionário: resultados

A amostra inquirida, constituída por um grupo de 10 de ajudantes de lar é totalmente feminina, existe mais ajudantes de lar, mas só se fez 10 inquéritos uma vez que apenas estas estavam ao serviço. Estas profissionais prestam cuidados aos 54 idosos desta população, sendo que destes, 23 idosos (4 do sexo masculino e 19 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 68 e 98 anos, tem diagnóstico de demência na instituição. As idades das colaboradoras da instituição variam entre 22 aos 58 anos, a maioria das quais entre 38 e 58 anos.

Tabela 2. Tempo de Serviço

Anos de Serviço :	
< 5 ano	1
5-10 anos	1
11-15	2
16-20	4
+21	2

Através da tabela 2, apresenta os anos de serviços das colaboradoras e pode verificar-se que o maior número é entre 16 - 20 anos de serviço na instituição SCMFZ, o que indica experiência e estabilidade.



Gráfico 1. Atividades que ocupam o dia-a-dia das funcionárias

Através do gráfico 1, é possível observar que as ajudantes de lar desempenham funções diferentes ao longo do dia. A higiene dos idosos, a organização, higiene dos espaços e o apoio na hora das refeições são as tarefas que mais ocupam tempo.

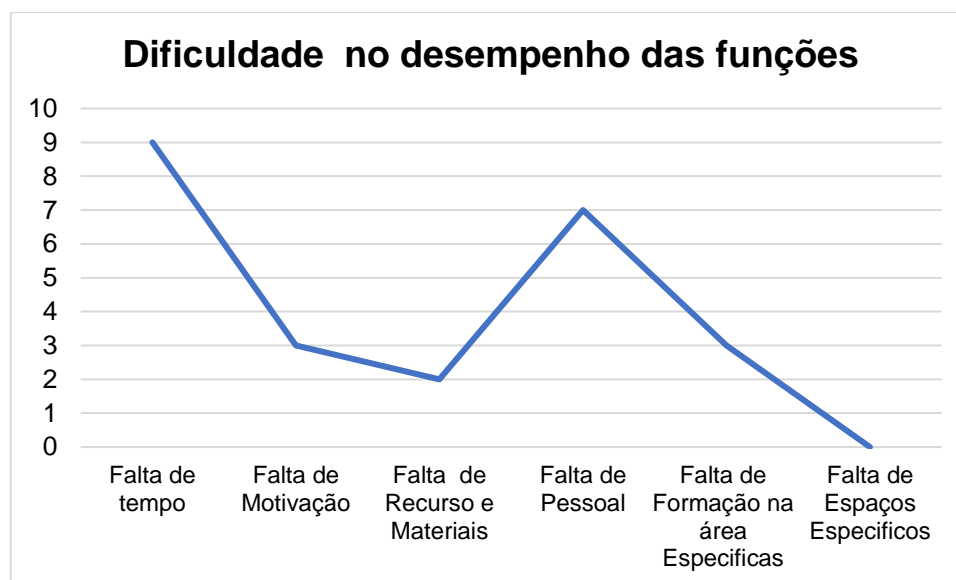


Gráfico 2 Dificuldade no desempenho das funções

Através do gráfico 2, é possível compreender que, na perspetiva das funcionárias inquiridas, a maior dificuldade no desempenho das suas funções é devido à falta de tempo e falta de pessoal. A Falta de pessoal impede que haja tempo para dar atenção aos utentes.

Analisando as respostas às questões abertas, conclui-se que são 4 os temas mais relevantes identificados pelas funcionárias.

O primeiro tema que surge é precisamente a questão de falta de pessoal que justificaria a falta de tempo sentida para um trabalho mais aprofundado, envolvendo diálogo, que surge como essencial no trabalho com estes utentes. É um aspeto muito relevante que acaba por dificultar o trabalho dos colaboradores na questão de dividir as tarefas de rotina.

“Devido à falta de pessoal não conseguimos dar a atenção devida que eles necessitam.”

“Haver mais colaboradoras para trabalhar nesta casa (...)”

“Mais pessoas a trabalhar poderíamos dar muito mais atenção.”

Um segundo tema, intimamente ligado ao primeiro, refere-se precisamente à importância do diálogo e a necessidade de “haver mais alegria e generosidade à volta deles.”, o que necessariamente exige tempo.

“Haver diálogo com utentes com demência.”

“Criar momento de conversa e diálogo (...)”

“Ter mais tempo para estar com os idosos. De modo a conversar com eles.”

“Mais tempo para podermos entender e ajudar naquele momento de crise.”

“Fazê-los pensar nas experiências de vida deles. Valoriza-los mais.”

Referem também a possibilidade de haver mais saídas: idas ao mercado, missa, biblioteca, teatro.

Num outro registo, as inquiridas reconhecem haver falta de respostas orientadas para este público, bem como melhores condições de trabalho e formação para melhor exercer o seu trabalho, do qual gostam.

“O amor em trabalhar com pessoas. Sem amor não se consegue exercer aquela profissão de maneira nenhuma.”

“Haver mais apoio para as colaboradoras e falta atenção.”

“(...) termos fins de semana e feriados, ter mais colegas em cada turno e com formação”.

Para concluir, verifica-se que existe reconhecimento entre as inquiridas da necessidade de uma abordagem diferente a estes idosos, assente no diálogo e atenção. Para além das questões relacionadas com mais formação, e melhores condições de trabalho (que passam também pela falta de pessoal), verifica-se haver disponibilidade e vontade de fazer um trabalho mais diferenciado, mediante condições.

8.7 Observação

Ao desenvolver atividades profissionais no contexto em estudo, foi possível observar que existem alguns problemas que não facilitam o desenvolvimento das capacidades físicas e cognitivas dos idosos com demência.

Existe um plano de animação em que são desenvolvidas atividades com dada regularidade, no entanto os idosos com demência não dispõem de nenhuma resposta específica de ocupação de tempo. Outros aspetos considerados pertinentes são o elevado absentismo dos funcionários e a carência de pessoal, que acaba por influenciar a comunicação que, como vimos, deve ser especialmente clara com estes idosos e não assente em rotinas rígidas.

No contexto de trabalho nesta instituição, acontecem diariamente situações novas e problemáticas com os idosos com demência:

- Ter um lugar fixo para se sentarem, e se por acaso alguém se sentar nesse lugar, começam a desorientar-se.
- Não querem comer, não querem sair da sala de estar para a sala de refeições;
- Querer estar sempre a fazer as mesmas coisas que recuperam das rotinas que recordam.

Os utentes com demência, quando percebem que os outros idosos são autónomos, ficam desmotivados. Às vezes vão fazer as atividades juntamente com o outro grupo de idosos, mas depois ficam cansados, ou porque têm dores ou porque não conseguem fazer e acabam por desistir.

De acordo com a experiência da proponente deste projeto, nos idosos com demências profundas, existem ainda mais limitações e estes já não querem fazer nada, nem conseguem falar, apenas querem ouvir e sentir que estamos com eles. No caso destes idosos, não é possível dar resposta de ocupação convencional, deve ser ajustada e individualizada.

Os utentes com demência, mas que tiveram uma vida ativa, ainda se esforçam e têm vontade de aprender coisas novas e recordar os tempos do passado. Nas atividades que são realizadas de manhã, por exemplo, o utente com demência tem mais vontade de participar. Nas atividades da tarde, muitas vezes recusam por ter sono ou por quererem descansar. A nível de medicação, tem de ser regular e certa. Caso não tomem a medicação, existe maior dificuldade no trabalho dos técnicos e profissionais que ali trabalham.

É importante realçar que para ultrapassar a dificuldade de quando os idosos são agressivos (verbal ou fisicamente) é fundamental dar espaço e tempo. Os utentes conseguem fazer a sua higiene diária com o apoio das ajudantes de ação direta e ser

autónomos durante as refeições. Muitas vezes há discussões por causa da escolha da roupa, uma vez que querem outra roupa e não a que está arrumada no armário, o que revela autonomia e necessidade de se assegurar independência e capacidade de escolha e decisão nas rotinas diárias.

Quando não há atividades de ginástica, atividades plásticas ou musicoterapia durante aquele dia, os utentes ficam muito ansiosos. De acordo com estas observações, é importante realçar que existe alguma autonomia e força de vontade por parte dos utentes, no entanto, é difícil desenvolver uma relação positiva entre o profissional e o utente porque os utentes às vezes querem ser totalmente autónomos e quando veem que não são capazes dizem “Eu já não vejo!” às vezes é necessário dar volta e mostrar aos poucos que vão conseguindo, embora leve o seu tempo.

Referir, por fim, que alguns destes idosos gostam, por exemplo, de ficar na rua ver flores e ver pássaros e de estar sentados no banco do jardim a ler o jornal ou jogar às cartas UNO, ou ficar na varanda para conversar com outros idosos.

9. Projeto de Intervenção

No capítulo de projeto de intervenção apresentamos o público – alvo que participará na projeto do “ Promoção Bem – Estar na Demência” e a apresentação da justificação do projeto, em particular os objetivos gerais e específicos.

9.1 Público-alvo

A resposta social tem capacidade para 107 utentes, divididos da seguinte forma:

- 53 Utentes na sede desta Santa Casa - Pólo I
- 29 Utentes no Pólo II - Lar são Miguel
- 30 Utentes Centro de Dia / SAD (Serviço de Apoio Domiciliário)

9.2 Justificação do Projeto

Um projeto de intervenção socioeducativa relacionado com a demência requer, como argumentámos, uma abordagem multidisciplinar e centrada na pessoa. A escolha desta problemáticas está ligada ao facto de a proponente ter trabalhado sempre com

idosos até ao momento atual e no contexto de trabalho em que se encontra existirem utentes com demência que apresentam bastantes dificuldades no seu dia-a-dia. Desta forma, as motivações pessoais e profissionais para implementar este projeto têm a ver com o interesse neste público-alvo e em perceber as suas maiores necessidades e potencialidades, para que estes utentes consigam ter uma melhor qualidade de vida e uma resposta adequada em contexto institucional.

Como potencialidades, tendo em conta o diagnóstico já apresentado, é possível realçar o facto de os idosos terem uma rotina organizada, no entanto, com algumas dificuldades notórias, que geram angústias e conflitos. Desta forma, segundo Aptses (2021) “o profissional da Educação Social deve acreditar que todos os indivíduos podem crescer, pessoal e socialmente, mediante uma relação positiva que estabelece consigo mesmo, com os outros e com a realidade que os rodeia”. “Na sua práxis profissional, os educadores sociais podem assumir, simultaneamente, diferentes papéis: ator social, educador e mediador (Carvalho e Baptista, 2004)”.

Através da observação direta, e como já referido, foi possível verificar que os utentes com esta patologia sentem-se sozinhos, têm dificuldades motoras, dificuldade na audição, repetição da informação, dificuldade na leitura e escrita e dificuldades em recordar eventos ou informações recentes, o que os deixa confusos e angustiados, com dificuldade em se adaptarem às rotinas rígidas de uma ERPI.

De facto, segundo Martinho (2018) “as características do perfil cognitivo/funcional do idoso com demência é que o indivíduo com demência passa por uma deterioração crónica e progressiva das suas funções cognitivas. Este processo leva à incapacidade de realizar com independência e autonomia as suas tarefas diárias. Apesar do declínio gradual das funções cognitivas estar geralmente associado ao processo fisiológico do envelhecimento, a perda progressiva de memória, bem como episódios de desorientação e confusão podem indicar a presença de um caso de demência citado por (Castro-Caldas & Mendonça, 2005)”.

Através das entrevistas e dos inquéritos por questionário realizados, destaca-se ainda a falta de tempo sentida pelos profissionais para acolher e cuidar deste grupo de idosos e algum défice de formação dos profissionais como dois dos fatores que mais influenciam a falta de dinâmicas com os idosos com demência. Destaca-se ainda a motivação para prestar um melhor serviço, criando-se melhores condições para o diálogo e interação positiva com os idosos.

Conforme o que foi referido, é possível perceber que existem diversas necessidades que podem ser ultrapassadas através de intervenções específicas com e

para este público, bem como com um trabalho com a equipa de sensibilização e informação.

9.3 Objetivos Gerais

Assim, este projeto tem como objetivos gerais:

- Melhorar o bem-estar dos utentes, potenciando a autonomia e independência no desempenho das suas atividades.
- Elaborar intervenções personalizadas, estratégias de apoio e recursos adaptados com vista à melhoria do bem-estar dos idosos com demência.

9.4 Objetivos Específicos

Como objetivos específicos, propomos:

- Melhorar a orientação e autonomia dos idosos com demência nas rotinas diárias;
- Promover a realização de atividades individualizadas com a participação ativa dos idosos com demência indo ao encontro das suas capacidades e interesses;
- Construir recursos adaptados à demência, com impacto na funcionalidade, cognição e qualidade de vida dos idosos com demência;
- Sensibilizar e capacitar os profissionais da ERPI para o trabalho de intervenção na área da demência
- Melhorar a relação entre os profissionais e os utentes com demência.

10. Projeto “Promoção do bem – estar na demência”

O projeto “Promoção do bem-estar na demência” destina-se a um grupo de 23 idosos (4 do sexo masculino e 19 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 69 e 98 anos com diagnóstico de demência, e parte de um processo de diagnóstico que procurou identificar problemas e necessidades, já anteriormente referidas, mas também potencialidades e oportunidades.

O presente projeto está organizado em três eixos principais:

Eixo 1 – Sensibilização e formação dos cuidadores formais

Neste eixo propõem-se ações que visam informar e sensibilizar de modo a melhorar o trabalho de intervenção dos profissionais junto deste grupo de utentes, por via de folhetos informativos, workshops, onde os profissionais poderão pedir informações para desenvolvimento dos seus conhecimentos, de forma a compreender melhor as implicações positivas na qualidade de vida dos utentes e a reconfigurar as rotinas de atividades no perfil de pessoas idosas com demência ter uma abordagem individualizada às necessidades de cada um.

Eixo 2 – Sensibilização e informação das famílias

Neste eixo propõem-se ações que visam melhorar o envolvimento das famílias e a relação entre as famílias e a instituição e entre as famílias e os idosos institucionalizados, considerando a sua patologia e condição atual.

Eixo 3 – Portfólio de atividades

Neste eixo propõem-se uma ação que consiste no desenvolvimento de um portefólio de atividades para os utentes, que vai ser construído com base nas necessidades atuais e será um material de apoio para a equipa multidisciplinar da instituição. Neste constam, atividades de estimulação cognitiva e física para realizar com os idosos com demência de forma individualizada ou pequenos grupos, bem como, materiais de apoio para a realização das mesmas.

10.1 Plano de ação

Como referido, o presente projeto está organizado em três eixos que são o sensibilização e formação dos cuidadores formais e Sensibilização e informação das famílias e o eixo Portfólio de atividades.

Assim, neste projeto, “Promoção do Bem – Estar na Demência”, propõe-se apresentar um conjunto de ações, organizadas pelos eixos acima explicitados:

Eixo 1 – Sensibilização e formação dos cuidadores formais

Como referido, neste eixo pretende-se aumentar capacidade de escuta para perceber os problemas da intervenção quotidiana para capacitar para a construção de

soluções, aumentando o conhecimento das necessidades do profissional, aprender a comunicá-las aos outros e procurar ajuda.

Quando nos conseguimos motivar, contribuímos para a eficácia ao conseguirmos melhor reconhecer as emoções dos idosos com demência, o que permite melhorar o nosso relacionamento com estes e também com a equipa e famílias que nos rodeiam.

Ação 1 – Apresentação de um pequeno vídeo documentário com objetivo de sensibilizar as funcionárias que trabalham com o público – alvo, os idosos com demência. Este vídeo, que poderá ser visto consoante a disponibilidade das mesmas, dado que existem poucos momentos em que é possível reuni-las, apresenta o que é demência e que tipos existem, que tipos de tratamento e que abordagens devem ser aplicadas na demência. Disponibilizar-se-á um momento e um espaço para esclarecimento de dúvidas e para identificação dos principais contributos e aprendizagens.

Etapas de desenvolvimento da atividade:

1. Pesquisa de documentários sobre a temática
2. Seleção e validação do recurso a utilizar
3. Disponibilização do recurso
4. Agendamento de uma reunião de equipa para discussão e esclarecimento de dúvidas.

Recursos:

- Câmara para filmagens
- Computador com programa mostagem Movavi Video Editor Plus
- Marcadores em Cartolina para diferente temática apresentada
- Plataforma digital para colocar o vídeo onde está acesso com Link.

Calendarização:

Fevereiro de 2025 (a repetir anualmente, introduzindo novos temas que se venham a revelar pertinentes).

Avaliação:

Feedback qualitativo recolhido no final da sessão (debriefing)

Indicadores:

- Reconhecimento dos principais conceitos associados à demência.
- Identificação de contributos para o quotidiano profissional por parte das participantes
- Compreender as necessidades dos idosos com vista ao bem-estar destes

Ação 2 – Workshop de linguagem e comunicação com idosos com demência – Neste workshop procurar-se-á, mediante facilitação por parte de uma educadora social e um especialista em demência desenvolver competências para trabalhar a questão da linguagem e comunicação dos cuidadores com os idosos com demência.

Etapas de desenvolvimento da atividade:

1. Aprofundamento bibliográfico acerca da temática para workshop
2. Recolher as necessidades e dúvidas por parte da equipa
3. Construção da apresentação powerpoint para o workshop e seleção das metodologias participativas a aplicar.
4. Identificar especialistas na comunidade em Gerontologia para colaborar dinamizar o workshop
5. Agendar local e hora

Recursos:

- Sala com cadeiras em írculo
- Computadores / Projetor

Calendarização:

Março de 2025 (a repetir três vezes por anos como por exemplo Março, Junho, Setembro introduzindo novos temas que se venham a revelar pertinentes).

Avaliação:

Feedback qualitativo recolhido no final da sessão

Indicadores:

- Reconhecimento dos vários tipos de comunicação e comportamentos nos idosos com demência
- Identificação de estratégias a aplicar no quotidiano profissional
- Reconhecimento das implicações para a qualidade de vida dos idosos de intervenções desadequadas.

Ação 3 – Produção de uma brochura sobre a temática da demência, com informações úteis, cientificamente validadas, e dicas práticas para aplicar no quotidiano do lar. Tendo em conta a elevada rotatividade de funcionárias, esta estratégia permite que qualquer novo funcionário possa ser informado e sensibilizado, já depois do tempo de implementação do projeto.

Etapas de desenvolvimento da atividade:

1. Recolher informação relevante e cientificamente validada acerca das temáticas
2. Construção da brochura
3. Validação da brochura por especialistas
4. Produção da brochura

Recursos:

- Computador
- Programa de edição (Canva)

Calendarização:

Maio de 2025 (permite que haja um suporte físico onde esteja depositada a informação trabalhada nas ações anteriores e depois do tempo de implementação do projeto)

Avaliação:

Inquéritos por questionário

Feedback qualitativo

Indicadores:

- Nº de brochuras disponibilizadas e recolhidas
- Níveis de satisfação com os conteúdos, sua qualidade, pertinência e relevância para a prática profissional

Eixo 2 – Sensibilização e informação das famílias

Ação 1 – Produção de um folheto informativo a distribuir pelas famílias que reúna informações sobre demência explica o que é demência, os sinais de alerta, como deve prevenir e cuidar, como manter o seu cérebro saudável por mais tempo, e o processo de encaminhar para profissionais para um diagnóstico preciso, por via de uma avaliação das várias funções neurológicas, em particular, as funções cognitivas (fala, memória, atenção, consciência). Um diagnóstico correto é um passo fundamental para um cuidado mais adequado. Incluir informações sobre o acompanhamento adequado a idosos já institucionalizados.

Etapas de desenvolvimento da atividade:

1. Pesquisa sobre a informação da temática demência e o papel das famílias
2. Seleção e validação científica do recurso a utilizar
3. Construção do folheto
4. Disponibilização do folheto

Recursos:

- Computador
- Programa de Edição (Canva)

Calendarização:

Abril de 2025

Avaliação:

Inquéritos por questionário

Feedback qualitativo

Indicadores:

- Nº de folhetos disponibilizados/distribuídos
- Níveis de satisfação com os conteúdos, a sua qualidade, pertinência e relevância para as famílias

Ação 2 - Workshop para famílias “Bem-estar dos idosos com demências”

Sessão dedicada a esclarecer dúvidas sobre o que acontece no cérebro no desenvolvimento das demências, informando acerca de outras manifestações que podem surgir. Dinamização de atividades para melhorar o cuidado e comunicação com os familiares idosos com demências.

Etapas de desenvolvimento da atividade:

1. Recolher as necessidades e dúvidas junto de familiares durante as visitas
2. Pesquisa da temática para workshop
3. Identificar e convidar especialistas na comunidade em Gerontologia
4. Construção da apresentação powerpoint para o workshop
5. Agendar local e hora
6. Desenvolver e enviar convites

Recursos:

- Sala com cadeiras em círculo na Instituição
- Computador / Projetor

Calendarização:

Maio de 2025

Avaliação:

Feedback qualitativo recolhido no final da sessão (debriefing)

Indicadores:

- Reconhecimento dos principais conceitos abordados
- Identificação de estratégias para maior implicação e envolvimento por parte das famílias com vista ao bem-estar dos idosos
- Níveis de satisfação e participação por parte das famílias participantes

Eixo 3 – Portfólio de atividades

Ação 1 – desenvolvimento e produção de um portefólio de atividades adequadas a idosos com demências, selecionadas a partir de materiais disponíveis e validado por especialistas em demências. Tendo em conta a necessidade de uma intervenção individualizada, baseada numa comunicação empática e dedicada, este portefólio servirá para os momentos de intervenção específica com estes idosos, de forma alternada, e implementadas pelos profissionais disponíveis (que sublinharam a importância dessa atenção, como vimos). As atividades serão organizadas em dois grandes grupos: atividades de estimulação cognitiva e motora.

Etapas de desenvolvimento da atividade:

1. Pesquisa dos materiais para atividades do portefólio
2. Seleção e validação das atividades a incluir no portefólio
3. Construção dos Atividade
4. Disponibilização do portefólio de atividades

Recursos:

- Computador
- Internet
- Programa Word

Calendarização:

Maio de 2025

Avaliação:

Grelha de avaliação (em anexo) para as atividades desenvolvidas a partir do portefólio de atividades

Indicadores:

- Nº de atividades desenvolvidas com recurso ao Portfólio.

Redução dos problemas relacionados com a falta de ocupação dos idosos com demências

10.2 Orçamento do Projeto

Orçamento do Projeto

Descrição	Fontes	Quantidade	Preço Unitário
<i>Sala com Cadeira</i>	Instituição	1	
<i>Computador /Projektor</i>	Instituição	1	-
<i>Impressora</i>	Instituição	1	-
<i>Internet Plataforma digital</i>	Instituição	1	-
<i>Maquina fotografica</i>	Worten	1	74,59€
<i>Tinteiros</i>	Worten	Pack 2 tinteiros HP 3005 tricolor	25,99 €
<i>Bloco Folha de Papel A4</i>	Note	Pack 500 folha de papel	4,85 €
<i>Tesouras</i>	Note	Conjunto de 4 unidades	1,79 €
<i>Esferográfica Cristal Soft</i>	Note	Conjunto de unidade 4	2,59 €
<i>Bloco Cartolinas Fluor A4</i>	Note	50 folhas	3,49 €
<i>Cola Stic 21g</i>	Note	2	2,99 €
<i>Total</i>			116,29€

10.3 Cronograma do Projeto

Na seguinte tabela apresento os passos do cronograma do projeto e como se desenvolve a recolha de informação para a implementação do projeto.

Mês: Fevereiro		Eixo 1 – Sensibilização e Formação dos Cuidados Formais – Apresentação do Produto Vídeo																														
Tarefas a realizar	Dias:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29		
Pesquisa dos temas		■	■	■	■	■	■	■	■																							
Seleção da informação							■	■	■	■	■	■	■						■	■	■	■	■									
Seleção programa digital													■	■	■																	
Validação do Produto													■	■	■	■	■															
Reunião com Equipa																	■															
Montagem do vídeo																		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Divulgação do vídeo																													■	■	■	■

Tarefas a realizar	Dias:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
Pesquisa dos temática para workshop / brochura		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																							
Seleção da informação												■	■	■	■																				
Construção powerpoint apresentação workshop													■	■	■	■	■	■	■	■	■														
Síntese da informação brochura																			■	■	■	■													
Montagem da brochura																						■	■	■	■	■									
Validação dos produtos																											■								
Realizar um email convidados																										■	■								
Marcar hora e local do workshop																													■	■					
Apresentação da brochura																														■	■	■	■		

Eixo 2 – Sensibilização e Informação das Famílias – Folheto informativo / Workshop para famílias

Tarefas a realizar	Dias :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
		Pesquisa dos temática apresentar no folheto																															
Seleção da informação																																	
Construção powerpoint apresentação workshop																																	
Síntese da informação folheto																																	
Montagem do folheto																																	
Validação dos Produtos																																	
Realizar um email convidados																																	
Marcar hora e local do workshop																																	
Apresentação folheto																																	

Mês: Maio

Eixo 3- Portfólio de Atividades

Tarefas a realizar	Dias:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
		Pesquisa de materiais																															
Construção do Portfólio																																	
Selecionar as atividades																																	
Apresentação do Portfólio de atividade																																	
Disponibilizar Portfólio																																	

11. Avaliação

De acordo com Guerra (2000), “a avaliação consiste numa componente do processo de planeamento. Todos os projetos contêm necessariamente um “plano de avaliação” que se estrutura em função do desenho do projeto e é acompanhado de mecanismos de autocontrolo que permitem, de forma rigorosa, ir conhecendo os resultados e os efeitos da intervenção e corrigir as trajetórias casos estas sejam indesejáveis”.

Segundo Guerra (2000), “a avaliação Interna é realizada dentro da organização gestora do projeto, mas com distanciamento da equipa de execução, ou seja, neste tipo de avaliação existe dissociação entre a equipa de terreno e a de avaliação e geralmente, recursos a técnicas de recolha de informação e sistematizadas com um maior controlo metodológico”.

Neste sentido, a avaliação interna é bastante importante, uma vez que ajuda a equipa de execução a obter melhores resultados sobre o projeto em si, as suas potencialidades e principais vantagens na prática para o público-alvo.

11.1 Avaliação do projeto

A avaliação do projeto “Promoção do Bem – Estar na Demência” irá realizar-se através do modelo de avaliação por objetivos. Este modelo, em concordância com Guerra (2000) é executado com base nas finalidades e objetivos, tendo como principal ênfase a avaliação de objetivos atingidos pela intervenção”.

Neste sentido, o presente projeto vai ser avaliado pelos técnicos da instituição tendo como principais objetivos compreender a importância dos workshops e ações de sensibilização realizadas, bem como dos recursos elaborados (Folhetos brochuras e Portefólio de Atividades) no apoio do trabalho dos técnicos e conseqüentemente no bem-estar dos idosos, através do feedback dos mesmos (quantitativo e qualitativo).

11.2 Avaliação do processo (on going)

Em concordância com a Guerra (2000), “pretende-se saber se os projetos de Intervenção estão a atingir os grupos – alvos e estão a assegurar os recursos e serviços precisos”. Este projeto visa atingir a população com demência e ter uma ocupação de diversos meios de intervenção. É uma avaliação de um acompanhamento que determina de forma sistemática se o projeto está a ir a e encontro dos objetivos pretendidos para promover o bem-estar dos idosos com demência.

11.3 Heteroavaliação Interna

A heteroavaliação interna vai ser realizada pelos técnicos da instituição e será crucial para analisar se os indicadores foram cumpridos e a que nível, e garantir a continuidade do projeto. Deste modo, foi elaborada uma grelha de observação das atividades (anexo H) constantes do Portefólio de atividades e uma grelha de avaliação do folheto Promoção do Bem – Estar na Demência (anexo K) para os técnicos e equipa preencherem, contribuindo assim para uma melhor leitura dos resultados e permitindo uma avaliação detalhada.

11.4 Avaliação das Atividades

Para cada atividade será desenhada uma avaliação. Cada atividade avaliada irá conter objetivos de avaliação, indicadores, métodos e técnicas que a utilizar. Para avaliar cada atividade, iremos verificar se os indicadores propostos foram bem-sucedidos.

11.5 Avaliação final (ex post)

A avaliação final tem como objetivo principal verificar se os objetivos e resultados foram atingidos. Desta forma, a avaliação consiste em averiguar em que medida o projeto produzirá as mudanças desenhadas. Para verificar a concretização dos objetivos principais do projeto foi elaborada uma tabela que se encontra no anexo I.

Nesta são apresentados os objetivos gerais, dimensões de análise e os indicadores globais que ajudarão na seleção dos instrumentos de avaliação interna organizada dentro do projeto, esta será realizada pelos técnicos, de forma a avaliar a adequação e eficácia do projeto.

Adequação do Projeto:

Relativamente ao indicador adequação das atividades do projeto consiste em saber se as ações propostas são adequados ao contexto e às problemáticas de intervenção.

Eficácia do projeto:

Relativamente ao indicador eficácia, é preenchida a grelha para saber se as propostas contidas no projeto são pertinentes e se o projeto utilizou recursos suficientes e adequados para promover a melhoria da qualidade de vida dos utentes com demência, de forma a que tenham um acompanhamento, promovendo o bem-estar na sua vida quotidiana e também para que os utentes consigam manter as suas capacidades. De igual modo se pretende que os profissionais se capacitem para que consigam acompanhar as necessidades específicas deste público.

12. Conclusão

Para finalizar, o projeto “Promoção no Bem-Estar na Demência”, desenhado para os utentes com demência, através de abordagens diretas e indiretas, é fundamental para a melhoria dos processos de orientação nas rotinas diárias e terá, aquando da sua implementação, como consequência melhorar a qualidade de vida e o seu bem-estar, intervindo no seu contexto de vida e junta das pessoas que deles cuidam, com vista a uma ação mais individualizada.

Escolhi esta temática por gostar de trabalhar com idosos e porque no meu contexto profissional consigo observar as necessidades e potencialidades deste público-alvo. É importante trabalhar com populações mais idosas e ajudá-los a superar as dificuldades.

Todos são diferentes e existem muitos momentos de solidão para estes idosos, mesmo vivendo em contextos coletivos, em que pensam muito na sua vida e é muito importante os técnicos estarem atentos às suas dificuldades diárias e aos seus comportamentos.

Neste sentido o educador social surge como um técnico com um perfil muito relevante. O exercício profissional do Técnico Superior de Educação Social assume-se numa vertente socioeducativa, ao serviço do cumprimento dos valores fundamentais do Estado de Direito: igualdade perante todos os cidadãos, justiça social e pleno desenvolvimento da consciência democrática (ASEDES, 2007, p. 13).

O plano de ação desenvolvido foi pensado tendo em conta o perfil e as características dos idosos, tanto a nível do seu potencial, como a nível das suas limitações, favorecendo interações satisfatórias e procurando evitar experiências frustrantes.

Apresentado por Carvalho (2016) citando Motta (2002),” no imaginário social dos idosos, o envelhecimento é um processo que se desenrola com desgaste, limitações crescentes e perdas físicas e de papéis sociais em trajetória que finda com a morte”.

Neste sentido, a criação de um portfólio de atividades é importante não só para os idosos, mas também para a equipa de profissionais que trabalham na linha que os profissionais tenham informação suficiente.

Na elaboração de atividades para os idosos é importante que estes façam parte desse mesmo processo de desenvolvimento como agentes participativos. Deste modo é importante que “a prática do educador social evolua de acordo com a sensibilidade

das situações e desafios que sucessivamente se vão colocando” (Carvalho e Baptista, 2004, p.87).

Na educação social, como refere Diaz (2006), “que é dada ao educador social a aquisição de competências sociais, na medida em que é uma acção educativa que procura que os indivíduos pertencentes a uma determinada sociedade se formem e adquiram as habilidades e competências sociais, consideradas necessárias para alcançar a integração social (p.100)”.

É importante referir que este desempenhou um papel inicial no bem-estar dos idosos uma vez que responde às suas necessidades e os ajuda no sentido de melhorarem a sua realidade de vida. Neste sentido é importante manter uma boa relação e comunicação entre técnicos e utentes, mas também com as famílias.

É preciso lembrar que com frequência os idosos com demência precisam de expor o que sentem, falar sobre si próprios e daquilo que os rodeia e das suas preocupações. No entanto, a perda de memória, problemas para utilizar a linguagem e fazer as atividades, alterações de personalidade, desorientação dificultam esta tarefa, gerando situações de angústia, tensão e conflito frequentes.

É importante ajudar a desenvolver e o estimular de comunicação que ajudem a gerir com sensibilidade todos os aspetos para melhorar o seu bem-estar.

Em suma, na realização deste projeto, na intervenção em particular do técnico superior de educação social com e para os idosos, este deve ter capacidades para melhorar o bem-estar destes utentes.

Enquanto profissional habilitado para uma intervenção social, tem uma tarefa fundamental que é saber lidar com o sofrimento humano e construir respostas eficazes ou pontes socioeducativas que permitam a resolução dos problemas e criar respostas para o bem-estar dos cidadãos, neste caso idosos, sabendo lidar com a diferença de cada um.

“A persistência é o caminho do êxito.”

Charles Chaplin

Referências

- Alzheimer Portugal. (2012). Estilo de vida e saúde ajudam a reduzir o risco de demência. <https://alzheimerportugal.org/estilo-de-vida-e-saude-ajudam-a-reduzir-o-risco-de-demencia/>
- Batista, M. J., & Sousa, C. S. (2011). Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios. Factor.
- Caldas de Almeida, M. (2018). Manual de boas práticas: Demência. União das Misericórdias Portuguesas. https://cdn.ump.pt/files/files/Manual_Boas_Praticas_Demencia.pdf
- Cardoso, A. M. (2006). Alguns desafios que se colocam à Educação Social. Cadernos de Estudo, (3), 7–15.
- Carvalho, C. (2019). Envelhecimento e cultura organizacional: Abordagem centrada na pessoa com demência em ERPI [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas – Universidade de Lisboa].
- Catumba, A. F. (2021). O educador social na relação entre o idoso institucionalizado e a família [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/24990/1/Andreia%20Catumba.pdf>
- Duarte, S. (2019). Protocolo individual de estimulação cognitiva. Psicosoma.
- Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa (UNECE). (2021). Orientações para a integração do envelhecimento. https://unece.org/sites/default/files/2022-11/PRT_Guidelines_for-Mainstreaming_Ageing.pdf
- Evangelista, D. S. (2013). Promoção da saúde em idosos: Projeto de intervenção na demência [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação de Coimbra]. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11005/1/DIANA_EVANGELISTA.pdf
- Fernandes, B. L. (2021). Cuidadores informais de pessoas com demência: A realidade do Concelho de Castro Marim [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve]. <https://sapientia.ualg.pt/entities/publication/ec2c9dd2-11ab-49a4-ae8f-706d1bb9c054>
- Guerra, I. C. (2000). Fundamentos e processos de uma sociologia de ação. Principia.
- José, M. J. (2019). Envelhecimento ativo: Um desafio para o idoso institucionalizado [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28857/1/Versão_Final_de_Relatório_-_Maria_João_Correia_de_São_José.pdf
- Martinho, C. R. (2018). Intervenção na demência [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve]. <https://sapientia.ualg.pt/entities/publication/48b8e2fb-7ecd-4aeb-9761-8a91a104775d>
- Martins, S. D. (2021). Um cérebro à prova de cansaço. Planeta.

Mateus, M. D. (2012). O educador social na construção de pontes socioeducativas contextualizadas. EDUSER: Revista de Educação, 4(1).

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7726/1/87-335-1-PB.pdf>

Meireles, L. P. (2021). Impacto do programa Impovecog dirigido a pessoa com défice cognitivo ligeiro e demência [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto].

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/136177/2/496662.pdf>

Mitchell, W. (2022). O que eu quero que todos saibam sobre demência (V. Ribeiro, Trad.). Editorial Presença.

Monteiro, C. P. (2016). Cuidadores informais de pessoa com demência: Perceções e necessidades socioeducativas [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13909/1/CM_cuidadores-informais.pdf

Morais, A. M., & Neves, I. P. (2007). Fazer investigação usando uma abordagem metodológica mista. Revista Portuguesa de Educação, 20(2), 75–104.

Neves, H. M. (2012). Causas e consequências da institucionalização de idosos [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior].

https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1209/1/CAUSAS_CONSEQUENCIAS_INSTITUCIONALIZACAO_IDOSOS.pdf

Passos, L. M. (2018). Retrato social dos cuidadores informais das pessoas com demência [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança].

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/18134/4/LilianaPassos.pdf>

Ramos, T. M. (2017). Cuidar de idosos com demência: Necessidades de apoio e recurso ótimos de intervenção na perspetiva dos cuidadores formais [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa].

<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/14688/1/Tese-Final-Word%20-%20versão%20final%20após%20discussão.pdf>

Rita de Carvalho, F. C. (2021). Educação social: Contextos e funções. APTSES.

<https://pt.slideshare.net/slideshow/livro-educacaosocialfuncoesecontextos/250533808>

Rocha, A. R. (2016). Pessoas com demência: Que respostas sociais em Portugal? [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra].

<https://estudoqeral.uc.pt/bitstream/10316/32406/3/Pessoas%20com%20demência.pdf>

Serrano, G. P. (2007). Elaboração de projetos sociais: Casos práticos. Porto Editora.

Silva, L. G. (2020). A humanização das práticas da equipa de assistência a idosos com demência no Solar de Guião: Realidades e desafios [Dissertação de Mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/21152/4/master_leonor_pimenta_silva.pdf

Silva, V. P. (2015). Mecanismos de intervenção existentes nas instituições relativamente a programas de estimulação para pessoas idosas com demência [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Bissaya Barreto].

Teixeira, A. C. (2022). Prestação de cuidados centrados na pessoa que vive com demência: Um estudo em estruturas residenciais para pessoas idosas na Região Autónoma da Madeira [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa].

<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/24768/1/Dissertação%20FINAL.pdf>

Anexos

Anexo A- Carta Pedido Autorização

Bom Dia,

Ex. Senhor Provedor Luís Ribeiro,

Eu, Maria Inês Coelho Cotrim, colaboradora nesta instituição na função de Animadora Sociocultural e estudante do Mestrado em Educação Social e Intervenção Comunitária em regime pós-laboral, venho por este meio pedir autorização para desenvolver um projeto de intervenção na promoção do bem-estar das pessoas com demência, que irá decorrer de março a julho.

A escolha do tema para este projeto está ligada ao facto de ter trabalhado sempre com idosos até ao momento atual e, no contexto de trabalho em que me encontro, existirem utentes com demências e alzheimer, que apresentam bastantes dificuldades no seu dia-a-dia. Neste projeto, serão propostas atividades de acordo com um diagnóstico de necessidades e potencialidades de cada utente, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida. Para a elaboração deste trabalho será também necessário a realização de entrevistas à enfermeira e à diretora técnica da instituição para recolha de dados qualitativos.

Sem mais assunto de momento, coloco-me ao dispor para quaisquer esclarecimentos adicionais que julgue oportunos.

Com os meus melhores cumprimentos,

Maria Inês Coelho Cotrim

Anexo B – Guião de Entrevista Semiestruturado – Coordenadora da Instituição

Bloco Temáticos	Dimensões	Objetivos	Questões	Informação Recolhida
1- Apresentação	Apresentação da Coordenadora	<p>Conhecer o percurso profissional da entrevistada</p> <p>Conhecer o trabalho da coordenadora na instituição</p>	<p>1-Pode falar-me um pouco sobre o seu percurso académico?</p> <p>2-Qual foi o seu percurso profissional até chegar aqui?</p> <p>3-Há quantos anos trabalha na instituição?</p> <p>4-Pode contar-me como é que se tornou coordenadora da instituição?</p> <p>5-Globalmente, como descreveria o seu trabalho atualmente? Foi sempre assim? Como é que a instituição tem evoluído?</p>	<p>1- R: Tirei o curso Superior de Serviço Social na ISSS Lisboa.</p> <p>2- R: Comecei a trabalhar num COJ– Centro Ocupação Jovem em Ferreira do Zêzere e a seguir mudei para a Santa Casa Misericórdia de Ferreira do Zêzere que estava a abrir o Lar de S. Miguel.</p> <p>3- R: Há quase 38 anos</p> <p>4- R: Já fui admitida para essa função.</p> <p>5-R: O grande desafio de sempre é tratar/ lidar com a velhice. É uma fase da vida humana pouco valorizada socialmente e as profissões</p>

			<p>Que desafios tem enfrentado?</p> <p>6-Na sua perspetiva, quais as grandes finalidades de uma instituição desta dimensão?</p>	<p>ligadas ao cuidado efetivo do idoso não são devidamente valorizadas.</p> <p>A Santa Casa da Misericórdia de Ferreira do Zêzere é uma instituição centenária, fundada no Hospital de Todos os Santos. Desde 1985 tem-se dedicado ao Lar de S. Miguel através da compra de uma quinta; nesta adaptou uma casa e com os anos foi crescendo, aumentando as instalações físicas e o bem-estar dos utentes.</p> <p>6- R: Como instituições católicas, devem manter viva e prosseguir as obras da Misericórdia. Atendendo ao tempo que atravessamos, estão cada vez mais em causa.</p>
2- Instituição	Funcionamento / Organização da instituição	Recolher informações sobre a instituição	7-Pode falar-me um pouco sobre como funciona esta instituição, como está organizada?	7- R: Tal como todas as instituições desta natureza a sua gestão é feita pela Mesa Administrativa, suportada pela Mesa da Assembleia e coadjuvada pelo Conselho Fiscal. Temos o Lar de S. Miguel e outro lar como Polo II; Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário; Creche, Jardim de Infância, Centro de Atividades de Tempos Livres e Centro de Convívio.

			<p>8-O que é que na sua opinião funciona bem?</p> <p>9-E o que é que podia ser melhorado?</p>	<p>8-R: Todas as respostas sociais estão bem organizadas e os respectivos quadros de pessoal técnico adequado que orienta a sua equipa .</p> <p>9- R: Tudo pode ser resultado porque os problemas evoluem e as respostas tem que ser adequada ao momento e à Pessoa</p>
3- Idosos com demência	Casos de idosos com demência na instituição	Recolher dados quantitativos e qualitativos sobre os idosos com demência	<p>10-Tem ideia de quantos utentes existem identificados com Demência na instituição?</p> <p>11-E quais os tipos de Demência mais identificados?</p> <p>12-Existe algum plano gerontológico específico para estes idosos?</p>	<p>10- R: Sim. Temos 19 (14 Mulheres e 5 Homens) no lar de S. Miguel, polo I e no Polo II são 13 (11 Mulheres e 2 Homens)</p> <p>11- R: A maioria tem demências vasculares, as chamadas Alzheimer não estão devidamente diagnosticadas. (As famílias aceitam melhor a designação de Alzheimer do que a Demência).</p> <p>12- R: Sim Individualmente e ao nível da animação procura-se ocupar mais especificamente estes idosos.</p>

			<p>13- Se sim, como é que foi construído e em que é que se baseia. Se não, porquê não existe ainda?</p> <p>14- Qual é a importância que atribui à dinamização de atividades com os utentes?</p> <p>15- O que é que na sua perspetiva contribui mais para a qualidade de vida dos utentes?</p>	<p>13- R: O Plano Individual é prática corrente no acolhimento e acompanhamento do utente.</p> <p>14- R: É muito importante porque a tendência do idoso é refugiar-se no seu mundo interior. Independente, e por norma, concentra-se nos pensamentos mais negativos. A animação é fundamental para os tirar do seu mundo tenebroso. Adequando as atividades aos seus gostos e características pessoais a adaptação ao lar é mais agradável e fácil. Também a interação com os outros colegas e técnicas são facilitadas.</p> <p>15- R: O alívio, compreensão e atuação ao idoso por parte da equipa de trabalho do lar é fundamental. Corresponder às suas expectativas é também muito importante; ver a Pessoa como o ser individual que é, é básico para todo o desenvolvimento do Idoso enquanto utente do lar, mas também enquanto indivíduo.</p>
--	--	--	---	---

			<p>16-Qual é a sua perspetiva sobre a problemática da demência?</p> <p>17-Que condições considera que as instituições devem ter para lidar com esta problemática cada vez mais frequente?</p>	<p>16- R: A demência é um fator constrangedor que limita o convívio com os outros. A integração não é com “os outros” não é pacífica porque não é compreendida´</p> <p>17- R: É uma problemática mais exigente, do ponto de vista técnico. O apoio da psiquiatria e psicologia é fundamental e são áreas ainda de difícil acesso no nosso SNS</p>
	Rotina diária	<p>Identificar problemas</p> <p>Identificar os recursos Vamos falar mais um pouco sobre este grupo de utentes, os idosos com demência</p>	<p>18-Na sua perspetiva quais são as dificuldades que estes idosos em geral sentem na sua rotina diária?</p> <p>19-Existe alguma adaptação na rotina diária dos idosos com demência? Se sim, quais?</p> <p>20-Na sua perspetiva , é importante existir formação continua para os profissionais</p>	<p>18- Se a adaptação é difícil, nestes idosos é ainda pior. A compreensão muito limitada obsta á comunicação. A saída da rotina, do seu meio e espaço é mais difícil nestes casos. A aceitação recíproca é um obstáculo difícil de transpor.</p> <p>19- O acompanhamento é fundamental. E a adaptação é mais demorada, mas, mediante os casos, consegue-se a rotina adequada a cada um.</p> <p>20- É muito importante.</p>

4- Trabalho dos Técnicos	Papel dos Profissionais no bem-estar dos idosos	Conhecer a importância dos profissionais na vida dos utentes	<p>21-Na sua perspetiva, é importante existir formação contínua para os profissionais poderem desempenhar melhor as suas funções?</p> <p>22-Enquanto profissional, quais os maiores desafios no trabalho com idosos com demência?</p>	<p>21- É muito importante. Os modos de atuação são diversos, a problemática tem as suas nuances e é preciso conhecimento adequado a esta área de trabalho.</p> <p>22- É preciso ter uma sensibilidade para esta problemática Logo, neste caso, é preciso obter mais formação para melhor atender a esta população.</p>
5- Atividades aplicadas na demência	Participação dos idosos nas atividades	Perceber o impacto da realização de atividades no bem-estar dos utentes e conhecer os seus gostos e interesses	<p>23 - Na sua perspetiva, a realização de atividades é importante para o bem-estar dos idosos com demência ou não faz muita diferença</p> <p>24-Se sim, quais as atividades que considera mais adequadas a este grupo e porque?</p>	<p>23 - Nestes utentes é imprescindível criar uma rotina e ocupar é parte integrante da tua vida em lar.</p> <p>24- É preciso descobrir a atividade preferida e fazê-la fazer parte do dia- a-dia é muito importante e a alteração inerente é muito importante mesmo</p>
			25-Há alguma coisa que gostasse de partilhar a este	25- A demência é uma problemática ainda nova nesta área é uma fonte inesgotável de

			<p>respeito que não tenha perguntado? Por exemplo, um caso que a tenha marcado, uma experiência que gostasse de implementar aqui no lar</p>	<p>saber, muito diversificada.. Sem alguma sensibilidade a esta problemática é quase impossível trabalhar no lar. É preciso um background de apoio técnico para os “primeiros dias” e seguintes. A Integração é difícil por falta de aceitação pelos outros, a convivência é difícil no dia-a-dia: ninguém compreende o esquecimento consecutivo, os acessos de fúria e desespero: “tirem-me esta criatura daqui” “Isto não é casa de malucos”. Os familiares não gostam de tocar nas “doenças” muitos idosos chegam ao lar sem acompanhamento médico adequado.O SNS está agora a despertar para a doença mental; aquilo que decorre de muitos problemas de ordem mental e emocional mal resolvidos vai se acumulando ao longo dos anos de recolhimento e solidão. Quando chegam ao lar,já vêm destroçados e com pouco a fazer. E depois é entendido como desordem própria da velhice: Ali! É da Idade! ... Espero que o apoio psico-social se enquadre oficialmente e haja apoio do SNS para melhorar tanto mal. Implementar, venha tudo o que houver de novo , para continuar a melhorar a qualidade de vida dos idosos; que a população deixe de encarar a velhice como um cargo desagradável e a demência como algo a esconder. Experiências marcantes, têm sido todas as histórias de vida que ao longo dos anos tenho partilhado na estadia no lar. Continuo a apoiar</p>
--	--	--	---	---

				esta população com o entusiasmo e o encanto do princípio. É muito difícil encarar a finitude , mas é uma grande satisfação sentir que de algum modo concorremos para um final de vida com conforto e todo o apoio que se pode proporcionar. Nunca me arrependi de ter trocado os jovens pelos idosos com quem sempre senti afinidade e estou cá por gosto.
--	--	--	--	--

Anexo C- Guião de Entrevista Semiestruturada – Enfermeira

Bloco Temáticos	Dimensões	Objetivos	Questões	Informação Recolhida
1-Apresentação	Apresentação da Enfermeira	Conhecer o percurso profissional e trabalho da instituição	1-Qual a sua formação de Percurso Académica?	1-Então, eu tenho Licenciatura em Enfermagem e tenho um mestrado incompleto em saúde mental e psiquiátrica

			<p>2-Fala um pouco do seu percurso enquanto enfermeira da instituição?</p> <p>3- Há quantos anos trabalha na instituição?</p>	<p>2- Então, eu estou aqui há relativamente pouco tempo, cerca de 3 meses, ainda estou no período de adaptação, mas está a correr muito bem. São muitos idosos, já que vamos falar na temática da demência, com muita prevalência de demência. E estou a gostar bastante porque é uma área que me interessa. Mas ainda estou no início.</p> <p>3- Há três meses</p>
2-Conhecimentos teórico-práticos	Técnicas utilizadas com idosos com demências	<p>Conhecer os vários tipos de demências</p> <p>Conhecer o trabalho realizado com idosos com demência</p>	<p>4-O que pensa da resposta que se dá ao problema das demências nesta instituição?</p> <p>5-O que poderia ser diferente? Porquê?</p>	<p>4- A resposta que se dá neste momento é pouca ou nenhuma. Já tivemos aqui uma psicóloga, que estava em termos de estágio, que também era uma ajuda, mas neste momento a resposta direcionada não é nenhuma</p> <p>5- Era haver formação para auxiliares e para resto da equipa técnica, claro que faz todo o sentido. Mas principalmente para as auxiliares que têm pouco conhecimento na área e são quem está mais tempo com eles e não se conseguem adaptar porque também não conseguem perceber a área das demências.</p>

			<p>8-É importante estabelecer um diagnóstico diferencial dos vários tipos de demência? Porquê?</p> <p>9-Quais as técnicas que devemos usar com idosos com demência?</p>	<p>de um psiquiatra, nem que seja por algumas horas ou que todas as pessoas com demência tenham psiquiatra ou um neurologista que lhes diagnostique a demência. Claro que o médico de família ou médico assistente ou até nós mesmos podemos ver que há realmente ali uma mudança ou deterioração cognitiva, mas ter uma medicação adaptada é fundamental para que eles depois também consigam colaborar.</p> <p>9- Técnicas de comunicação, de aproximação. Por exemplo, chegarmos ao pé deles à altura dos olhos dele, não lhe tocamos sem que eles nos vejam, não falarmos de lado onde eles não nos conseguem ver e falar sempre num tom calmo, que eles consigam ver bem a nossa cara porque eles até decifram muito mais as emoções pela parte de baixo do nosso rosto, pelo nosso sorriso, eles conseguem decifrar muito melhor do que pelos nossos olhos. E não entrar em conflito quando eles estão com discurso mais desorientado, sei lá, oferecer rotinas adaptadas também às necessidades deles, por exemplo.</p>
3-Qualidade de Vida	Adaptação da rotina diária dos idosos com demência	Conhecer os fatores que influenciam a adaptação dos idosos com demência	10- Quais as adaptações que devem ser feitas na rotina diária dos idosos com demência? Porquê?	10-As rotinas diárias é, mas isso é como com qualquer idoso, é privilegiar as rotinas que eles tinham em casa, as rotinas que eles se lembram, eles podem não ser colaboradores no tempo que nós queremos, por exemplo, podem não querer comer agora e se calhar mais vale não insistir agora é esperar mais um bocadinho e daqui a nada ele

			<p>11-Há algum plano ligado à problemática da demência?</p> <p>12-Gostaria de deixar alguma sugestão?</p>	<p>também se calhar até já vai querer comer, assim como em todas as outras rotinas. A ocupação é fundamental porque a ocupação ajuda a estimular ali o cérebro, que já está em processo de deterioração cognitiva e manter a ocupação com coisas que os motivam e que eles gostem porque a maior parte das vezes como eles não são colaboradores, não estão ocupados e isso acelera claro o processo de perda cognitiva.</p> <p>11- Há. Está previsto no plano nacional de saúde, mas também há várias fundações que o fazem. Portanto, é caso de vermos, há várias fundações mesmo que estudam a temática, que têm formações, planos e vários workshops na área.</p> <p>12- A minha sugestão, como eu já falei anteriormente, é formar toda a gente. A nossa sociedade está um bocadinho ainda atrasada em relação a outros países da europa, que já têm muitos projetos. Temos a fundação alzheimer, por exemplo, que também dá muito apoio em relação a isso, seria um ponto de partida, contactamos a fundação alzheimer para perceber porque eles dão muito</p>
--	--	--	---	--

				apoio e muita formação, mesmo aos cuidadores que ficam em casa com os familiares. Portanto, é apostar na formação. Se nós todos estivermos alerta, é mais fácil.
--	--	--	--	--

Anexo D – Grelha Síntese de Entrevistas

Temas	Entrevista Coordenadora	Entrevista Enfermeira
1-Apresentação percurso profissional da entrevistadas	Tirei o curso Superior de Serviço Social na ISSS Lisboa. Iniciei a trabalhar num COJ– Centro Ocupação Jovem em Ferreira do Zêzere e a seguir mudei para a Santa Casa Misericórdia de Ferreira do Zêzere a abrir o lar de S. Miguel. Há quase 38 anos	Então, eu tenho Licenciatura em Enfermagem e tenho um meio mestrado incompleto em saúde mental e psiquiátrica. Então, eu estou aqui relativamente há pouco tempo, acerca de 3 meses, ainda estou no período de

		<p>adaptação, mas está a correr muito bem. São muitos idosos, já que vamos falar na temática da demência, com muita prevalência de demência. E estou a gostar bastante porque é uma área que me interessa.</p>
<p>2-Recolher dados quantitativos e qualitativos sobre os idosos com demência O diagnóstico diferencial dos vários tipos de demência</p>	<p>Sim. Temos 19 (14 Mulheres e 5 Homens) no lar de S. Miguel, polo I e no Polo II são 13 (11 Mulheres e 2 Homens)</p>	<p>“Sim. Isso também nos leva a outro ponto que aqui também não temos resposta, que é a permanência de um psiquiatra, nem que seja por algumas horas ou que todas as pessoas com demência tenham psiquiatra ou um neurologista que lhes diagnostique a demência. Claro que o médico de família ou médico assistente ou até nós mesmos podemos ver que há realmente ali uma mudança ou deterioração cognitiva, mas ter uma medicação adaptada é fundamental para que eles depois também consigam colaborar.</p>
<p>3-O plano gerontológico específico para estes idosos e as técnicas trabalhar idosos com demência</p>	<p>O Plano Individual é prática corrente no acolhimento e acompanhamento do utente</p>	<p>Está previsto no plano nacional de saúde, mas também há várias fundações que o fazem. Portanto, é caso de vermos, há várias fundações mesmo que estudam a temática, que têm formações, planos e vários workshops na área.</p> <p>Técnicas de comunicação, de aproximação. Por exemplo, chegarmos ao pé deles à altura dos olhos dele, não lhe tocamos sem que eles nos vejam, não falarmos de lado onde eles não nos conseguem ver e falar sempre num tom calmo, que eles consigam ver bem a nossa cara porque eles até decifram muito mais as emoções pela parte debaixo do nosso rosto, pelo nosso sorriso, eles conseguem decifrar muito melhor do que pelos nossos olhos. E não entrar em conflito quando eles estão com discurso mais</p>

		desorientado, sei lá, oferecer rotinas adaptadas também às necessidades deles, por exemplo.
4-Importância dinamização de atividades	É muito importante. Porque a tendência do idoso porque a tendência é refugiar-se no seu mundo interior. Independente e por norma concentra-se no pensamento mais negativo. A animação é fundamental para os ficar do seu mundo adequado às atividades aos seus gostos e características pessoais a adaptação ao lar é mais agradável e fácil. Também a inter-relação com os outros colegas e técnicas são facilitadas.	As potencialidades são imensas, uma vez que não está nada feito a nível da comunicação, por exemplo, era excelente. Porque a maior parte dos conflitos que há aqui entre pessoas com demência e os trabalhadores ou entre eles próprios, é a parte da comunicação que não é adequada, mas há muita potencialidade também em termos de ocupação, porque aqui as pessoas com demência, como elas não conseguem interagir com eles, não as puxam tanto também para as atividades e como não são compreendidos, acabam por não ter atividades adaptadas.
5-Conhecer o trabalho realizado com idosos com demência	Se a adaptação é difícil, neste idoso é ainda pior. A compressão muito limitada obsta a comunicação. A saída da rotina do seu meio e espaço é mais difícil nestes casos. Aceitação recepção é um obstáculo difícil de transpor. O ocupadamente é fundamental e a adaptação é mais demorada, mas, mediamente os casos, consegue-se a rotina adequada para cada um.	As rotinas diárias é, mas isso é como com qualquer idoso, é privilegiar as rotinas que eles tinham em casa, as rotinas que eles se lembram, eles podem não ser colaboradores no tempo que nós queremos, por exemplo, podem não querer comer agora e se calhar mais vale não insistir agora é esperar mais um bocadinho e daqui a nada ele também se calhar até já vai querer comer, assim como em todas as outras rotinas. A ocupação é fundamental porque a ocupação ajuda a estimular ali o cérebro, que já está em processo de deterioração cognitiva e manter a ocupação com coisas que os motivam e que eles gostem porque a maior parte das vezes como eles não são colaboradores, não estão ocupados e isso acelera claro o processo de perda cognitiva.

Anexo E – Inquérito por Questionário

Bloco Temático	Dimensão de Análise	Indicadores	Análise de Respostas
1-Identificação e caracterização sociodemográfica	1-Dados Pessoais	1-Idade 2-Sexo 3-Escolaridade: Ensino Básico Ensino Secundário Ensino Superior	1- 44 ^o anos ,57 ^o anos ,58 ^o anos, 50 ^o anos, 38 ^o anos,34 ^o anos,38 ^o anos, 37 ^o anos,53 ^o anos ,22 ^o anos 2-Feminino 3- Escolaridade: 1 ^o ciclo -0 pessoas 2 ^o ciclo-1 pessoas 3 ^o ciclo-6 pessoas Ensino Profissional- 2 pessoas Ensino Superior – 1 pessoas

<p>2- Habilitações Profissionais</p>	<p>2-Experiência de trabalho</p>	<p>4-Há quantos anos trabalha na instituição?</p> <p>5-Tem formação na área do cuidado a idosos? Sim Não</p> <p>5.1 Se sim, de que tipo?</p>	<p>4- 21ºanos 17º anos, 22ºanos. 19º anos 6ºanos, 14º anos, 19º anos, 15º anos, 17 anos, 9 meses.</p> <p>5- Sim – 10 pessoas</p> <p>5.1 - 80% Frequentei ações de formação por esta instituição. 20% frequentei ações de formação promovidas por outras instituições.</p>
<p>3-Trabalho com os idosos</p>	<p>3-Necessidades e dificuldades</p>	<p>6-Tendo em conta a lista seguinte, identifique as tarefas que a ocupam no seu dia a dia (assinale tantas opções quantas necessárias):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higiene dos idosos - Apoio na hora das refeições - Interação com os idosos (conversar, companhia) - Cuidado com as roupas. - Organização e higiene dos espaços 	<p>6- Higiene dos idosos - 6 pessoas</p> <p>Apoio na hora das refeições – 7 pessoas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interação com os idosos (conversar, companhia) – 5 pessoas - Cuidado com as roupas- 5 pessoas - Organização e Higiene dos espaços – 5 pessoas - Todas Opções – 7 pessoas

		<p>7-Tendo em conta a sua experiência, quais as principais dificuldades que encontra no desempenho das suas funções?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de tempo - Falta de motivação -Falta de recursos e materiais -Falta de formação -Falta espaço de específico - Falta de Pessoal -Outros: _____ <p>8- No caso específico dos idosos com demência quais as dificuldades que encontra no desempenho das suas funções?</p>	<p>7-</p> <ul style="list-style-type: none"> -Falta de tempo - 9 pessoa -Falta de motivação -3 pessoa -Falta de recursos e materiais – 2 pessoa -Falta de formação e na área Específica – 3 pessoa -Falta de Pessoal- 7 pessoa
--	--	--	---

		<p>9-Tendo em conta a sua experiência, como avalia a sua capacidade para trabalhar com idosos com demência? (inserir escala de 1 a 5).</p>	<p>8-É difícil convencer os utentes quando estão chateados com alguma coisa. Nesta situação é sempre melhor dar tempo e espaço e voltar a tentar mais tarde falar. Já houve alguns casos aqui no lar em que os utentes estão desorientados e depois querem fugir. Não contradizer, dar tempo que ele necessita e respeitar os pedidos deles. Não encontro nenhuma dificuldade. Só apenas quando os utentes com demência são agressivos ali que trabalho depois é mais difícil. Acho que é preciso ter tempo e estar completamente disponíveis para esse idoso Devido à falta de pessoal Não conseguimos dar a atenção devida que eles necessitam Só mesmo a falta de tempo para poder estar com eles com mais calma e paciência que precisam Falta de formação, falta de pessoal para trabalhar, tempo Mudança de emoções nos comportamentos e na memória Quando um idoso apresenta demência temos que ter tempo para estar, conversar, ouvir e sinto que não tenho tempo. Por vezes a agressão física e/ou verbal</p>
--	--	--	--

			<p>9- (inserir escala de 1 a 5). 3- 1 pessoas 4- 4 pessoas 5- 5 pessoas</p>
4-Bem-Estar	Importância do trabalho Ajudante de lar	<p>10-Como a avalia a importância do seu trabalho para o bem-estar dos utentes em geral? (Inserir escala de 1 a 5)</p> <p>11-Como a avalia a importância do seu trabalho para o bem-estar dos utentes com demência? (Inserir escala de 1 a 5)</p>	<p>10- (Inserir escala de 1 a 5)</p> <p>3- 1 pessoas 4- 1 pessoas 5- 8 pessoas</p> <p>11- Haver mais colaboradoras para trabalhar nesta casa, haver diálogo entre as colaboradoras e os utentes, haver mais animação para os utentes. Ter mais funcionárias para dar atenção e cuidado necessário aos utentes. Haver mais pessoal é ter tempo para conversar com os utentes. Haver mais alegria e generosidade à volta deles Havendo mais pessoal e de preferência com alguma formação talvez melhorasse</p>

			<p>Todos os funcionários terem a mesma capacidade e vontade de executar as tarefas necessárias para o serviço</p> <p>Mais trabalhadores, mais formação, mais organização</p> <p>Ter a família dos idosos mais presente na vida deles</p> <p>Em 1º- lugar ter mais tempo ou sermos mais funcionárias, 2º- os idosos poderem sair mais vezes, como ir ao mercado, missa, piscina, teatro.</p> <p>Ter mais tempo para estar com os idosos. De modo a conversar com eles. Fazê-los pensar nas experiências de vida deles. Valorizá-los mais.</p>
5-Sugestões	Conselhos / sugestões aos técnicos	<p>12-Tendo em conta a sua experiência, o que poderia melhorar no funcionamento do lar para aumentar o bem-estar dos idosos em geral?</p> <p>(questão aberta)</p> <p>13-E dos idosos com demência em particular?</p>	<p>12-Haver mais colaboradoras para trabalhar nesta casa, haver diálogo entre as colaboradoras e os utentes, haver mais animação para os utentes.</p> <p>Ter mais funcionárias para dar atenção e cuidado necessário aos utentes.</p> <p>Haver mais pessoal. Há tempo para conversar com os utentes.</p> <p>Haver mais alegria e generosidade à volta deles</p> <p>Havendo mais pessoal e de preferência com alguma formação talvez melhorasse</p> <p>Todos os funcionários terem a mesma capacidade e vontade de executar as tarefas necessárias para o serviço</p> <p>Mais trabalhadores, mais formação, mais organização</p> <p>Ter a família dos idosos mais presente na vida deles</p> <p>Em 1- lugar ter mais tempo ou sermos mais funcionárias, 2- os idosos poderem sair mais vezes, como irem ao mercado, missa, piscina, teatro.</p> <p>Ter mais tempo para estar com os idosos. De modo a conversar com eles. Fazê-los pensar nas experiências de vida deles. Valorizá-los mais.</p>

		<p>14-Qual considera ser o fator mais importante para a motivação no trabalho?</p>	<p>13-Falta de acompanhamento Psicológico para os utentes Haver diálogo com utentes com demência. Criar momentos de conversa e diálogo e animação para promover estimulação dos idosos. Mais tempo para podermos entender e ajudar naquele momento de crise. Mais pessoas a trabalhar poderíamos dar muito mais atenção Penso que nada lhe falta, apenas mais tempo para estar com eles, conversar e dar lhes mais de nós. Mais acompanhamento e atenção Sentirem se úteis como dar tarefas para fazerem como dobrar a roupa fazerem as camas Estes têm mais acompanhamento de nós e também outras atividades funcionais, pois o não ter. Iguamente tempo. Para poder abordá-los de modo mais paciente. Sem desistir. O tempo obriga-nos a ser rápidos, por vezes. E em situações simples como a alimentação, sinto que a prioridade é despachar e não lhes dar tempo.</p> <p>14-Chefe Superior devia de acompanhar mais colaboradoras e haver diálogo entre as colegas do respectivo turno.</p>
--	--	--	---

			<p>Ter uma boa equipa Haver mais animação criar atividade no exterior com idosos e funcionárias. Há mais apoio para as colaboradoras e falta atenção. 1 gostar do que fazemos 2 sentir que o nosso esforço é reconhecido, muito pelos nossos idosos. O amor em trabalhar com pessoas. Sem amor Não se consegue exercer aquela profissão de maneira nenhuma Reconhecimento Bom ambiente e entreajuda Saber que realizar este trabalho é tão importante Teremos um salário mais elevado pois temos fins de semana e feriados, ter mais colegas em cada turno e com formação. Uma boa equipa.</p>
--	--	--	--

Anexo F – Matriz Lógica do Projeto

<i>Matriz lógica do projeto</i>					
<u>Publico – Alvo</u>	<u>Objetivos</u> <u>Especificos</u>	<u>Lógica de intervenção</u>	<u>Ações</u>	<u>Indicadores</u>	<u>Avaliação</u>
<i>Lar S. Miguel</i>	Estimular a memória	Melhorar o bem-estar dos utentes	<ul style="list-style-type: none"> - Conversa - Participação na sua rotina 	Desenvolver as competências motoras dos utentes	Observação direta

*Idosos 69 a
100 anos*

-Autonomia tarefas

Melhorar a orientação e autonomia	Melhorar a capacidade funcional dos idosos com demência	-Orientação da conversa - Ouvir / escutar as necessidades idosos com demência	-Comportamento calmo - Capacidade de autonomia - Aumentar a capacidade cognitiva - Satisfazer as necessidades de orientação	Grelha de Registo
Atividades de lazer	Ir participar na atividades	- Atividade motoras e dias festivos e passeios	Motivação e interesse de cada idoso para participar em atividades que estimulem a memória e ter uma ocupação	Grelha de Registo

Anexo G – Avaliação Geral

O quê?	O que vamos avaliar	Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none">- Melhorar a orientação e autonomia dos idosos com demência nas rotinas diárias;- Promover a realização de atividades individualizadas- Construir recursos adaptados à demência,- Melhorar a relação entre os profissionais e os utentes com demência
---------------	---------------------	-----------------------	--

Quem?	Participantes	Avaliação interna	técnica
Quando?	Temporalidade	On going	On-going – avaliação realizada durante todo o processo de implementação do projeto assim como no planeamento das atividades e sua ocupação ao longo do dia e sensibilização e formação dos cuidadores formais e família. E folheto com informação informativa explicar o que demência e primeiro sinais, como dever cuidar e manter cérebro ocupado.
Como?	Metodologias de Investigação	Métodos, técnicas e instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> -Observação participante; -Conversas informais - Inquérito por questionário - Feedback qualitativo -Grelha de avaliação e Portfólio de Atividades -Grelha Avaliação pelos Técnicos

Anexo H – Avaliação Portefólio de Atividades

GRELHA DE PORTFÓLIO DE ATIVIDADES

<i>DATA</i>	
<i>NOME DA ATIVIDADE:</i>	
<i>FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS RECURSOS</i>	

ADEQUAÇÃO:

SE SE ADEQUOU AO CONTEXTO

SE SE ADEQUOU AOS INTERVENIENTES

SE OS RECURSOS DIGITAIS SE ADEQUARAM À ATIVIDADE

EFICÁCIA:

TEM CONSCIÊNCIA DAS NECESSIDADES

TEM CONSCIÊNCIA DAS DIFICULDADES SENTIDAS PELOS UTENTES

Anexo I – Avaliação Final (ex post)

<i>CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO</i>	QUESTÃO PROBLEMÁTICA/ NECESSIDADE	INDICADORES (OBJETIVOS)	MÉTODOS (TÉCNICAS)	AGENTES ENVOLVIDOS
-------------------------------	--------------------------------------	----------------------------	-----------------------	--------------------

<i>ADEQUADO</i>				
<i>PERTINÊNCIA NA INSTITUIÇÃO</i>				

EFICIÊNCIA NOS RESULTADOS

--	--	--	--

Anexo J- Avaliação pelos Técnicos

NOME ATIVIDADE

<i>LOCAL</i>	
<i>DURAÇÃO</i>	
<i>OBJETIVO</i>	
<i>VANTAGENS</i>	

DESVANTAGENS

IMPLICAÇÃO AO NÍVEL DO AVALIADOR

Anexo K- Avaliação Folheto Promoção do Bem – Estar na Demência

Avaliação Folheto Promoção do Bem-Estar na Demência

Critérios de Avaliação:

Clareza da Informação

Design Visual

Responde às suas Necessidades

Pontuação (1-5)