INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

A adequação das respostas sociais dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer do Concelho de Cascais: O papel e a perspetiva dos Assistentes Sociais e dos Governantes Locais

Margarida Soares Coelho

Mestrado em Serviço Social

Orientadora:
Doutora Alexandra Ramos Cortês, Professora Auxiliar Convidada,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Novembro, 2022

SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Ciência Política e Políticas Sociais

A adequação das respostas sociais dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer do Concelho de Cascais: O papel e a perspetiva dos Assistentes Sociais e dos Governantes Locais

Margarida Soares Coelho

Mestrado em Serviço Social

Orientadora:
Doutora Alexandra Ramos Cortês, Professora Auxiliar Convidada,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Novembro, 2022

Dedico este trabalho às minhas avós Fernanda e Agostinha.

Agradecimentos

Após a realização deste trabalho, reconheço a constante presença de algumas pessoas durante este caminho. Por esse motivo, não posso deixar de lhes agradecer.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Alexandra Ramos Cortês, pela excelente orientação, sugestões e conselhos ao longo de todo este percurso.

Agradeço, também, a todos os professores, de licenciatura e mestrado, pela constante exigência e por tudo o que me ensinaram.

Os meus agradecimentos vão, também, para todas as instituições e pessoas que, prontamente, colaboraram na realização do estudo e que foram parte essencial do mesmo.

Agradeço, também, às minhas colegas de trabalho, especialmente, à Catarina e à Cátia, por me ensinarem dia após dia e por serem um exemplo de profissionalismo e dedicação.

Não posso deixar de agradecer aos colegas e amigos de turma que fizeram parte deste caminho. Da licenciatura, deixo uma palavra à Catarina, ao Cláudio, à Diana e à Marta; do mestrado, agradeço, em especial, à Beatriz e à Débora. A eles, agradeço toda a amizade, companhia e conselhos.

Aos meus amigos, quero agradecer a amizade e constante apoio. Em especial à Barbs, à Carlota, à Cc, à Licas e à Mariana, por serem como irmãs e por estarem sempre presentes nos momentos mais importantes da minha vida.

O maior agradecimento, quero fazê-lo à minha família. Ao meu avô Manuel, pela força que transmite; aos meus irmãos, Henrique e Maria, pelas conversas e gargalhadas intimistas que partilhamos; à minha sobrinha, Madalena, por ser uma fonte de aprendizagem e de amor; e aos meus pais, António e Paula, por serem o maior pilar e suporte em todas as fases da minha vida. Ao meu pai, agradeço a resiliência, responsabilidade e foco; e à minha mãe, agradeço a serenidade, disponibilidade e entrega.

Por último, agradeço a Deus, por me guiar na fé e por ser a verdadeira luz do meu caminho. A Ele agradeço o dom da vida e todas as vivências ao longo do meu percurso académico.

Resumo

O presente estudo tem como objetivo analisar a adequação das respostas sociais dirigidas às pessoas idosas com doença de Alzheimer do Concelho de Cascais, na perspetiva e na prática profissional dos assistentes sociais e dos governantes locais.

Através de uma abordagem qualitativa, numa lógica de modelo indutivo, foi utilizada a entrevista semidiretiva como técnica de recolha de dados. As entrevistas, realizadas presencialmente e através de plataformas *online*, incluíram assistentes sociais de seis instituições para pessoas idosas do Concelho de Cascais e governantes locais do município, que participaram no estudo de forma voluntária.

Os resultados obtidos demonstraram que as respostas sociais existentes no Concelho de Cascais não estão ajustadas às necessidades das pessoas idosas com Alzheimer e das suas famílias. De uma forma genérica, não apresentam os recursos humanos, físicos e materiais necessários para uma prática adequada.

Apesar do desconhecimento geral de um modelo de cuidados e boas práticas com pessoas idosas com Alzheimer, os participantes revelaram a necessidade de melhoria dos cuidados e serviços prestados a esta população, através da criação de mais respostas e do investimento em formação específica e num plano de ação para as demências e doença de Alzheimer.

Palavras-chave: Adequação; Respostas Sociais; Pessoas Idosas; Doença de Alzheimer; Assistentes Sociais; Governantes Locais; Concelho de Cascais.

Abstract

This study aims to analyze the adequacy of social responses for older people with Alzheimer's disease in Cascais, from the perspective and professional practice of social workers and local governments.

Through a qualitative approach, based on an inductive model, semi-directive interviews were used as a data collection technique. The interviews, conducted face-to-face and through online platforms, included social workers from six institutions for the elderly in Cascais and local governors of the municipality, who participated in the study on a voluntary basis.

The results obtained showed that the existing social responses in the Municipality of Cascais are not adjusted to the needs of elderly people with Alzheimer's and their families. In general, they do not have the human, physical and material resources necessary for an adequate practice.

Despite the general lack of knowledge about a model of care and good practices with older people with Alzheimer's, participants revealed the need to improve the care and services provided to this population, through the creation of more responses and investment in specific training and an action plan for dementias and Alzheimer's disease.

Keywords: Adequacy; Social Responses; Elderly People; Alzheimer's Disease; Social Workers; Local Governments; Municipality of Cascais.

Índice

Agradecimentos v
Resumo vii
Abstract ix
Índice de Figuras xiii
Índice de Anexos xiv
Glossário de Siglas e Acrónimos xv

Introdução 1

Capítulo 1: Envelhecimento, Demências e Doença de Alzheimer 3
1.1. Envelhecimento 3
1.2. Demência 4
1.3. Doença de Alzheimer 6

Capítulo 2: Respostas Sociais e Doença de Alzheimer 9
2.1. Respostas Sociais 9
2.2. Necessidades das Pessoas Idosas com Alzheimer 11
2.2.1. Necessidades e cuidados a ter com pessoas idosas com Alzheimer 11
2.2.2. O papel das famílias no cuidado a pessoas idosas com Alzheimer 12
2.2.3. Perspetiva nacional sobre as respostas sociais existentes no apoio a pessoas idosas com Alzheimer 14
2.2.4. Políticas sociais de saúde e a doença de Alzheimer 15
2.3. Serviço Social na Doença de Alzheimer 17
2.3.1. Intervenção do assistente social na doença de Alzheimer 17
2.3.2. Modelos de intervenção do Serviço Social na doença de Alzheimer 18

Capítulo 3: Metodologia 23

Capítulo 4: Apresentação, Análise e Discussão de Resultados 27
4.1. Caracterização Sociodemográfica dos Entrevistados 27
4.2. Análise das Entrevistas aos Assistentes Sociais 28
4.2.1. Prevalência da doença de Alzheimer 28

4.2.2. Objetivos da resposta social 29
4.2.3. Funções do assistente social na resposta social 31
4.2.4. Competências do assistente social com pessoas idosas com Alzheimer 32
4.2.5. Formação na doença de Alzheimer/área das demências 33
4.2.6. Adequação da instituição e da resposta social às pessoas idosas com Alzheimer 33
4.2.7. Adequação da intervenção no Concelho de Cascais para pessoas idosas com Alzheimer e suas famílias 35
4.2.8. Modelo de cuidados e boas práticas com pessoas idosas com Alzheimer 35
4.2.9. Relação com as famílias das pessoas idosas com Alzheimer 36
4.2.10. Articulação com os cuidados de saúde 37
4.2.11. Melhoria dos cuidados às pessoas idosas com Alzheimer e suas famílias 38
4.2.12. Desafios e dificuldades do assistente social à atividade profissional e com as pessoas idosas com Alzheimer e suas famílias 39
4.3. Análise das Entrevistas aos Governantes Locais 39
4.3.1. Funções de vereador 40
4.3.2. Envelhecimento e doença de Alzheimer enquanto prioridade do Concelho de Cascais 40
4.3.3. Linhas orientadoras para uma prática adequada às pessoas idosas com Alzheimer e suas famílias 41
4.3.4. Adequação das respostas sociais à problemática da doença de Alzheimer 41
4.3.5. Contacto com as instituições e respostas dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer 42
4.3.6. Melhoria das respostas dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer e suas famílias 42

Conclusões 45

Referências Bibliográficas 49

Anexos 57

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo de análise 26
Figura 2: Pessoas integradas nas respostas sociais de análise Versus Pessoas com diagnóstico clínico de doença de Alzheimer/demência nas respostas de análise 29

Índice de Anexos

Anexo 1: Estrutura etária da população por grandes grupos etários, 2009 e 2019 (% da população total) 57
Anexo 2: O número de pessoas com demência em Portugal de 2018 a 2050 58
Anexo 3: Distribuição percentual dos óbitos pela doença de Alzheimer, por sexo e grupo etário, Portugal, 2019 58
Anexo 4: Evolução do número de respostas sociais, por população-alvo, Continente – 2000-2020 59
Anexo 5: Distribuição percentual das respostas sociais por população-alvo, Continente – 2020 60
Anexo 6: Distribuição territorial das respostas sociais para as pessoas idosas, por concelho – 2019 61
Anexo 7: Evolução do número das principais respostas sociais para as pessoas idosas, Continente – 2000-2020 62
Anexo 8: Evolução da taxa de utilização das principais respostas sociais para as pessoas idosas, Continente – 2010-2020 63
Anexo 9: Distribuição percentual dos utentes em Centro de Dia (A), ERPI (B) e SAD (C) por capacidade de realização de Atividades Básicas da Vida Diária, Continente – 2020 64
Anexo 10: Maxqda 65
Anexo 11: Consentimentos informados – Assistentes Sociais e Governantes Locais 67
Anexo 12: Guiões de entrevista – Assistentes Sociais e Governantes Locais 69

Glossário de Siglas e Acrónimos

CEDRU – Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano

CMC – Câmara Municipal de Cascais

DGSS – Direção-Geral da Segurança Social

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento

INE – Instituto Nacional de Estatística

ONU – Organização das Nações Unidas

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSES – Rede Social de Equipamentos Sociais

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

WHO – World Health Organization [Organização Mundial de Saúde]

Introdução

O conceito de envelhecimento tem sofrido diversas mutações, estando associado a transformações biológicas, psicológicas e sociais. A partir da segunda metade do século XX, regista-se um aumento significativo da população idosa nas sociedades europeias, surgindo o duplo envelhecimento, traduzido no aumento da longevidade e na diminuição da natalidade. Estima-se que o número mundial de pessoas idosas continuará a duplicar ao longo dos anos, atingindo 1.5 biliões de pessoas em 2050 (United Nations Department of Economic and Affairs, Population Division, 2020).

Associadas à questão do envelhecimento, surgem as temáticas da demência e da doença de Alzheimer. Apesar de ser difícil identificar os fatores influenciadores de algum tipo de demência, fatores como a idade, os antecedentes genéticos, o historial clínico e o estilo de vida, podem explicar o aparecimento de demência (WHO, 2012).

A doença de Alzheimer representa cerca de 60% a 70% de todos casos de demência do mundo inteiro, podendo caracterizar-se, de acordo com Alzheimer Portugal (s.d.-a), por uma deterioração global, progressiva e irreversível das funções cognitivas, levando a alterações comportamentais, de personalidade e das capacidades funcionais da pessoa.

Devido ao início de uma deterioração cognitiva e, consequentemente, de um maior grau de dependência das pessoas idosas com Alzheimer, torna-se imperativo criar respostas adequadas às suas necessidades. O cuidar desta população deve ser entendido como uma prática centrada na pessoa e, nesse sentido, a família é considerada essencial no apoio ao idoso em situação de demência e dependência, sendo importante destacar o conceito de sobrecarga, que se reflete nas consequências negativas do ato de cuidar. A família deve, então, fazer parte do plano de cuidados e, como tal, deve ser criado um conjunto de políticas que respondam às suas necessidades reais.

De acordo com a literatura, as instituições e as respostas sociais para as pessoas idosas com Alzheimer têm-se demonstrado insuficientes (Pimentel, 2001 como citado em Seoane, 2018). Assim sendo, torna-se urgente trabalhar na melhoria dos serviços e cuidados a esta população, criando centros especializados para idosos com diagnóstico de Alzheimer (Fonseca, 2014; Seoane, 2018). A própria Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados tem-se revelado insuficiente na resposta a pessoas idosas com Alzheimer, sendo de extrema importância a criação de um Plano Nacional de Demências e da Doença de Alzheimer.

Neste contexto, espera-se do assistente social a adoção de uma intervenção individualizada, em que o ponto de partida é a dignidade humana (Ribeirinho, 2013). Enquanto modelos do Serviço Social, a abordagem centrada na pessoa e o modelo ecossistémico, baseados no cuidado personalizado e no envolvimento da rede de suporte, demonstram-se os mais adequados à problemática em questão.

Face ao exposto, torna-se extremamente relevante a realização do presente estudo, como contribuição para o avanço científico da temática. Nesse sentido, a pergunta de partida foi "*Na perspetiva e na prática profissional dos assistentes sociais e dos governantes locais, as respostas sociais que existem no Concelho de Cascais para as pessoas idosas com Alzheimer estão ajustadas às necessidades das mesmas e das suas famílias?*".

De modo a responder à pergunta de partida, foram definidos objetivos para o desenvolvimento do estudo. O objetivo geral consistiu em analisar a adequação das respostas sociais dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer do Concelho de Cascais, face às suas necessidades e das suas famílias, na perspetiva e na prática profissional dos assistentes sociais e dos governantes locais, e os objetivos específicos consistiram em identificar e analisar que respostas sociais existem no Concelho de Cascais dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer; analisar a perceção dos assistentes sociais e dos governantes locais relativamente às respostas sociais dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer do Concelho de Cascais; compreender o papel do assistente social no apoio às pessoas idosas com Alzheimer acompanhadas nas respostas sociais identificadas; identificar o papel dos governantes locais relativamente ao tema da doença de Alzheimer no Concelho de Cascais; e compreender se as respostas sociais identificadas estão articuladas e/ou integradas com os cuidados de saúde.

Para a realização do presente estudo, tornou-se pertinente a utilização da metodologia qualitativa, numa lógica de modelo indutivo, dando importância às relações entre os diferentes conceitos, descrições, explicações e significações dos participantes e investigadores relativamente ao fenómeno em análise (Fortin, 1999).

Em termos de organização, o trabalho está dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo aborda as questões do envelhecimento, das demências e da doença de Alzheimer; o segundo capítulo incide sobre as respostas sociais na doença de Alzheimer, fazendo referência ao papel e à intervenção do Serviço Social; o terceiro capítulo diz respeito à metodologia de investigação, incluindo as técnicas de recolha de dados utilizadas; e o quarto capítulo incide sobre a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. No final, são apresentadas as principais conclusões do estudo.

Capítulo 1: Envelhecimento, Demências e Doença de Alzheimer

1.1. Envelhecimento

De acordo com Ermida (1999 como citado em Drago, 2011:15), "*o envelhecimento trata-se de um processo de diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo.*"

Ao longo dos tempos, o conceito de envelhecimento tem sofrido algumas alterações, desenvolvendo-se de acordo com atitudes, crenças, culturas, conhecimento e relações sociais de cada época (Sequeira, 2007). No entanto, é possível afirmar que o envelhecimento está subjacente a um conjunto de transformações biológicas, psicológicas e sociais, que se processam ao longo de toda a vida.

De acordo com Fonseca (2006 como citado em Pereira, 2015), devemos ter em conta três dimensões do envelhecimento: a biológica, a psicológica e a social. A dimensão biológica refere-se às mudanças no organismo, que reduzem a probabilidade de sobrevivência e a capacidade biológica de autorregulação, e a dimensão psicológica diz respeito à influência que os fatores patológicos, genéticos, ambientais e do meio sociocultural têm na pessoa idosa. Por último, a dimensão social pode ser vista através de duas perspetivas: por um lado, as pessoas idosas veem uma clara alteração nos seus papéis sociais, o que exige uma adaptação às suas novas condições de vida e, por outro lado, o fenómeno do envelhecimento causa impacto na própria sociedade, tendo esta uma forma de olhar e conceptualizar esta fase vital do ser humano.

Rosa (2012) acrescenta que existe o envelhecimento individual e o envelhecimento coletivo. Dentro do envelhecimento individual, podemos ter em conta o envelhecimento cronológico, aquele que resulta exclusivamente da idade, e o envelhecimento biopsicológico, que se refere à forma como cada pessoa vive e perceciona esta fase da vida. Relativamente ao envelhecimento coletivo, salientamos o envelhecimento demográfico, que se traduz no aumento da proporção das pessoas idosas na população total, e o envelhecimento societal, que se refere à forma "deprimida" com que a sociedade encara o fenómeno do envelhecimento.

Tendo como base Rosa (2012), devemos destacar o conceito de envelhecimento demográfico.

"*o envelhecimento está associado ao declínio da fecundidade, diminuição da natalidade, ao aumento da longevidade, com consequências na modificação da estrutura da população jovem, adulta e idosa.*" (Carvalho, 2013:3).

Podemos afirmar que, foi a partir da segunda metade do século XX, que as sociedades, principalmente as europeias, começaram a viver o chamado "duplo envelhecimento", que se pode refletir no aumento da longevidade (envelhecimento no topo) e na diminuição da natalidade (envelhecimento na base). Rapidamente, o envelhecimento demográfico atingiu todo o globo, porém, os grupos mais envelhecidos situam-se nas regiões mais desenvolvidas, nomeadamente as da Europa (Rosa, 2012).

De acordo com os dados apresentados pela ONU (United Nations Department of Economic and Affairs, Population Division, 2020), registaram-se 727 milhões de pessoas com 65 anos ou mais no ano de 2020. Sendo que as mulheres têm uma esperança média de vida superior à dos homens, estas apresentam a maioria da população idosa.

As Nações Unidas avançam, ainda, que, nas próximas três décadas, o número mundial de pessoas idosas irá duplicar, atingindo 1.5 biliões em 2050. Nesse sentido, todas as regiões verão um aumento significativo da sua população idosa entre 2020 e 2050 (aumento de 9.3% em 2020 para 16.0% em 2050).

Tendo em conta o panorama dos 27 Estados-Membros da União Europeia, podemos afirmar que as taxas de natalidade sistematicamente baixas e o aumento da esperança média de vida continuam a transformar a pirâmide etária dos países europeus. De acordo com os dados apresentados pela Eurostat (2020), em 2019, a população da UE27 foi estimada em 446.8 milhões de pessoas, sendo que os idosos representavam 20.3% da população (um aumento de 0.3 pontos percentuais relativamente ao ano anterior, e de 2.9 pontos percentuais relativamente aos 10 anos anteriores). Convém ainda destacar, que Portugal, juntamente com Itália, Grécia e Finlândia, foi um dos países que registou uma das percentagens mais elevadas de pessoas com 65 anos ou mais em 2019 (21.8%). Assim sendo, Portugal é considerado um dos países mais envelhecidos do espaço europeu e, consequentemente, do mundo (ver anexo 1).

1.2. Demência

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1992 como citado em Sequeira, 2007:66), a demência caracteriza-se por "*Uma síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva no qual se registam múltiplas alterações das funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio, (...). As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes precedidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação*".

De uma forma ampla, a demência engloba os seguintes critérios: diminuição progressiva da memória e do pensamento e existência de, pelo menos, seis meses de evolução e com possibilidade de estar associada a funções como linguagem, cálculo, julgamento, pensamento abstrato, praxias, agnosias ou modificações da personalidade. "*a demência implica uma evolução progressiva e crónica para um estado, quase sempre irreversível, na ausência de perturbação acentuada e persistente do estado de vigília.*" (Sequeira, 2007:66).

A demência pode afetar qualquer pessoa de qualquer idade, no entanto, é mais comum nas pessoas idosas. Uma em seis pessoas com mais de 80 anos tem algum tipo de demência e uma em catorze pessoas com mais de 65 anos tem algum tipo de demência (Knapp & Prince, 2012).

Neste sentido, podemos afirmar que a demência é, sobretudo, uma patologia do envelhecimento, refletida no acentuado aumento da sua prevalência nos grupos mais idosos. É difícil identificar os fatores que influenciam o aparecimento de algum tipo de demência e, como tal, os investigadores continuam a trabalhar na descoberta das diferenças entre os tipos de demências que existem. Fatores como a idade, os antecedentes genéticos, a história médica e o estilo de vida podem explicar o aparecimento de demência (WHO, 2012). Porém, o fator de risco com maior destaque é, de facto, a idade avançada.

Barreto (2005) identifica sete estádios da deterioração: normalidade, queixas subjetivas, ligeiro defeito de memória, demência ligeira ou inicial, demência moderada, demência grave e demência muito grave. De um modo geral, numa fase inicial da demência, surgem as perturbações cognitivas e comportamentais, numa fase moderada estas perturbações agravam, instalando-se a síndrome afaso-apraxo-agnósica, as perturbações do ritmo sono-vigília, as alucinações e fenómenos delirantes, e numa fase mais avançada (grave ou muito grave), surge a dependência total com o comprometimento da capacidade e execução das atividades da vida diária (Sequeira, 2007).

Tendo em conta o artigo publicado pelo The Lancet Public Health (2022), em 2019, havia mais de 57 milhões de pessoas com demência no mundo inteiro, número que tende a duplicar nos próximos 20 anos, alcançando mais de 153 milhões de pessoas em 2050. Relativamente a Portugal, tendo como base os dados lançados pela Alzheimer Europe (2019), podemos referir que, em 2019, existiam 193 516 casos de demência no país, número que também tende a aumentar significativamente até ao ano de 2050 (ver anexo 2).

1.3. Doença de Alzheimer

A "*doença de Alzheimer é uma enfermidade que foi identificada há cem anos. Foi Alois Alzheimer, médico e investigador alemão, que publicou a primeira descrição clínica de um caso, ocorrido numa paciente de cerca de 60 anos de idade*" (Barreto, 2007 como citado em Medeiro, 2020:10).

Segundo a Alzheimer Portugal (s.d.-a), a doença de Alzheimer é um tipo de demência que provoca uma deterioração global, progressiva e irreversível de diversas funções cognitivas. Esta deterioração tem como principais consequências as alterações no comportamento, na personalidade e na capacidade funcional da pessoa, dificultando a realização das suas atividades da vida diária. Em termos neuropatológicos, a doença de Alzheimer caracteriza-se pela morte neuronal em determinadas partes do cérebro, com algumas causas por determinar. Esta doença "*caracteriza-se por um processo neurodegenerativo, que se manifesta, inicialmente, por défices amnésicos e, durante o seu curso, afeta, progressivamente, outros domínios cognitivos, tais como a linguagem, a capacidade visuoespacial e as funções executivas. Numa fase terminal, o doente torna-se completamente dependente*" (Albuquerque et al., 2016 como citado em Medeiro, 2020:11).

De acordo com Sequeira (2007), existe uma fase assintomática ou pré-clínica em que a doença de Alzheimer ainda não está suficientemente desenvolvida para provocar alterações no funcionamento cognitivo. O estado pré-clínico incide, essencialmente, em alterações da memória verbal, muitas vezes confundidas com o normal processo de envelhecimento. De seguida, surge a fase demencial com o aparecimento dos primeiros sintomas, que acabam por interferir na vida das pessoas.

Alguns dos sintomas mais frequentes da doença de Alzheimer, são: dificuldades de memória persistentes, predominância de um discurso vago, perda de entusiasmo na realização de tarefas e atividades, necessidade de mais tempo na realização de tarefas e atividades rotineiras, esquecimento de pessoas e lugares antes conhecidos, incapacidade para perceber questões ou instruções, perda de competências sociais e instabilidade emocional.

Apesar de existirem algumas causas por determinar, a verdade é que fatores como a idade e o género aumentam a probabilidade de desenvolver a doença de Alzheimer. A idade é o principal fator de risco, no entanto, fatores como a prática regular de exercício físico, a manutenção de uma alimentação equilibrada e a higiene do sono poderão alterar o desenvolvimento de quadros demenciais (Paquete, 2020). Sequeira (2007) apresenta, ainda,

fatores de risco como: antecedentes familiares, problemas vasculares, baixo nível sociocultural, trissomia 21 e antecedentes de traumatismo craniano. No entanto, muitas das possíveis causas do aparecimento da doença de Alzheimer precisam de ser investigadas, de forma a compreender a sua relação com este tipo de demência.

Não existe nenhum teste específico para fazer o diagnóstico da doença de Alzheimer, sendo este realizado através de uma observação clínica cuidadosa. O diagnóstico poderá incluir algumas estratégias, tais como: história médica detalhada, exame físico e neurológico aprofundado, exame do funcionamento intelectual, avaliação psiquiátrica, avaliação neuropsicológica e análises laboratoriais ao sangue e à urina. A aplicação destas estratégias terá o papel de excluir outros tipos de demência (Alzheimer Portugal, s.d.-d).

Uma pessoa que tenha um diagnóstico de doença de Alzheimer poderá viver entre três a vinte anos, sendo que a média estabelecida é de sete a dez anos. Esta doença acaba por levar a uma dependência total e, por fim, à morte. "*O seu início é lento, insidioso e evolui de forma gradualmente progressiva*" (Sequeira, 2007:71).

A doença de Alzheimer é considerada, por muitos, uma "*epidemia dos tempos modernos*", "*a epidemia silenciosa*" ou "*a epidemia do século XXI*" (Silva, 2018:6).

A doença de Alzheimer é, de facto, a demência mais comum em todo o mundo, assumindo um lugar de destaque, representando cerca de 60% a 70% de todos os casos de demência.

Tendo como base as Estatísticas da Saúde, lançadas pelo INE (2019), afirmamos que, no ano de 2019, 1687 óbitos tiveram como causa a doença de Alzheimer, sendo 532 homens e 1155 mulheres (ver anexo 3). Concluímos, assim, que a mortalidade pela doença de Alzheimer atingiu com maior intensidade o grupo etário dos 75 e mais anos, em particular, as pessoas dos 85 aos 89 anos. No caso dos homens, as mortes devido ao Alzheimer ocorreram com mais frequência entre os 80 e os 89 anos e, no caso das mulheres, a partir dos 90 anos.

Capítulo 2: Respostas Sociais e Doença de Alzheimer

2.1. Respostas Sociais

As respostas sociais podem ser entendidas como "*o conjunto de atividades e/ou serviços desenvolvidos em equipamentos, ou a partir destes, vocacionadas para o apoio a pessoas e/ou famílias.*" (GEP, 2021:18). Mouro (2013:24) acrescenta ainda que "*(...) podem ser ideologicamente outorgadas como a consubstanciação de soluções refratoras do(s) problema(s) sociais.*"

A criação e o desenvolvimento de mais respostas para as pessoas idosas têm vindo a ganhar destaque em Portugal. Tendo como base os dados apresentados pelo GEP (2021), o número de respostas sociais cresceu 106% de 2000 a 2020, crescimento particularmente significativo no âmbito das pessoas idosas (ver anexo 4). Em 2020, 41.08% das respostas que compunham a Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) tinha como público-alvo a população idosa (ver anexo 5).

Existe, de facto, um número significativo de pessoas idosas que não encontra uma resposta adequada às suas condições, por inexistência ou insuficiência de meios económicos e apoios. Nesse sentido, torna-se frequente a necessidade de recursos a respostas sociais, de cariz temporário ou permanente (Lima, 2013).

De acordo com a Direção-Geral da Segurança Social ([DGSS], 2022:10), as respostas sociais para as pessoas idosas "*Visam assegurar a prevenção e reparação das situações de carência e dependência, assegurando especial proteção aos grupos mais vulneráveis, designadamente das pessoas idosas em situação de dependência ou de carência económica ou social e podem ser desenvolvidas pelo Estado, pelas autarquias e por instituições privadas sem fins lucrativos.*"

Podemos, então, identificar três respostas sociais dirigidas às pessoas idosas que têm maior representatividade na RSES: Centro de Dia, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e Serviço de Apoio Domiciliário (CEDRU, 2020; DGSS, 2022; GEP, 2021).

- O Centro de Dia engloba um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção da pessoa idosa no seu meio sociofamiliar e tem como propósitos: assegurar a prestação de cuidados e serviços à satisfação das necessidades e expectativas da pessoa, prevenir situações de dependência e promover a autonomia, promover as relações pessoais, favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida, contribuir para

retardar ou evitar o internamento em instituições e promover estratégias para o desenvolvimento da autoestima, da autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal e social da pessoa.

- A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) consiste em alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos. Esta resposta social pretende proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social.
- O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é uma resposta social que se caracteriza pela prestação de cuidados e serviços a pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e/ou psíquica e que não podem assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou a realização das atividades da vida diária.

Para além das respostas enunciadas, podemos identificar a de Centro de Convívio, resposta que consiste num apoio a atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com uma participação ativa dos idosos, em que os principais objetivos passam por: prevenir a solidão e o isolamento, incentivar a participação e inclusão dos idosos na vida social, fomentar as relações interpessoais, e contribuir para retardar ou evitar o internamento em instituições (GEP, 2021; Segurança Social, 2021).

Em 2020, todos os concelhos de Portugal Continental dispunham de respostas dirigidas a esta população-alvo, com destaque para as regiões Norte e Centro (ver anexo 6).

O GEP (2021) apresenta que as respostas dirigidas a pessoas idosas registaram um crescimento de 53% entre 2000 e 2020. Destacamos que as respostas sociais de ERPI e SAD foram as que apresentaram um crescimento maior no período em análise (ver anexo 7). Em 2020, existiam, em território continental, 7350 respostas de ERPI, SAD e Centro de Dia.

A taxa de utilização média das principais respostas para a população idosa (ERPI, SAD e Centro de Dia) registou uma redução entre 2010 e 2020, tendo-se fixado em 72.5% no ano de 2020 (ver anexo 8). No que concerne à caracterização dos utilizadores das respostas sociais que integram a RSES, podemos salientar que os níveis de dependência, incluindo situações de demência, na resposta de ERPI são bastante elevados, ao contrário das restantes respostas, nas quais a maioria dos utentes apresenta alguma autonomia (ver anexo 9).

Segundo Ramos (2017), o início da deterioração cognitiva é o que desencadeia a institucionalização das pessoas com algum tipo de demência. Porém, são poucos os dados que

apresentam a prevalência da demência e da doença de Alzheimer nas pessoas institucionalizadas, estimando-se apenas que cerca de ¾ dos residentes em instituições com respostas sociais para idosos tenham demência.

Em Portugal não se encontram dados publicados que deem conta da percentagem de pessoas com demência a viver em estruturas residenciais para idosos ou a usufruir de outras respostas sociais.

2.2. Necessidades das Pessoas Idosas com Alzheimer

2.2.1. Necessidades e cuidados a ter com pessoas idosas com Alzheimer

"*Cuidar de idosos exige, pois, uma multiplicidade de cuidados, técnicos e humanos que promovam uma atenção detalhada ao idoso*" (Bidarra, 2010 como citado em Ramos, 2017:25).

Cuidar deve ser uma prática entendida como um processo centrado na pessoa com Alzheimer, que apresenta características muito próprias que derivam da sua doença e que devem ser totalmente respeitadas. Esta prática requer dar atenção, não apenas ao idoso, mas ao ambiente, às estruturas, às pessoas e a tudo o que está à sua volta e que faz parte da sua vida.

Em comparação com pessoas idosas que não apresentam este tipo de patologia, a pessoa idosa com Alzheimer tem necessidade de mais cuidados pessoais e supervisão, que implicam um maior esforço, quer ao nível dos cuidados, quer ao nível dos custos.

É extremamente importante que o ambiente em que o idoso com Alzheimer está integrado lhe seja familiar, facilitando os acessos e permitindo-lhe saber onde está e para onde pretende ir.

A Alzheimer Portugal (s.d.-c) apresenta algumas sugestões para criar um ambiente calmo e tranquilo para as pessoas idosas com Alzheimer: manter as rotinas, evitar a confusão, reduzir a desorganização, o ruído, os brilhos intensos e as possibilidades de escolha, ajudar a pessoa na concentração e no descanso, proporcionar atividades adequadas, ser flexíveis em relação às refeições e criar espaços de privacidade para as pessoas estarem.

Esta associação apresenta, ainda, algumas estratégias e atividades que poderão ter um efeito tranquilizador para a pessoa com Alzheimer: utilizar cores lisas e sem padrões, utilizar cores contrastantes para limitar o chão e a parede, utilizar cores fortes mas calmantes, caminhar, utilizar uma bicicleta ergométrica, pescar, praticar atividades musicais, praticar atividades ao

ar livre, visitar locais tranquilos, fazer tarefas domésticas, ler ou ouvir alguém a ler, praticar atividades plásticas, interagir com animais de estimação e criar momentos de relaxamento.

Relativamente à abordagem em contexto residencial, podemos identificar alguns fatores que são essenciais na prestação dos cuidados às pessoas idosas com Alzheimer: equipa profissional e multidisciplinar com formação e competências, garantindo um cuidado especializado e com foco na pessoa com Alzheimer; abordagem e programas de atividades individualizados, garantindo a integridade física e o bem-estar social, cultural e mental; ambientes culturalmente familiares, no sentido de conhecer e compreender as origens culturais de cada pessoa; participação ativa dos familiares e amigos da pessoa no planeamento e avaliação dos cuidados; e aconselhamento de outros profissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, dietistas, psicólogos, entre outros), garantindo uma melhor qualidade de vida (Alzheimer Portugal, s.d.-b).

"*A chave para uma boa prestação de cuidados é assegurar que o ambiente é o mais familiar possível e as necessidades e desejos da pessoa são assegurados, proporcionando, assim, uma boa qualidade de vida à pessoa com Alzheimer. Esta prestação de cuidados deve, ainda, ser centrada numa abordagem flexível, de modo a oferecer o melhor apoio possível à pessoa.*" (Alzheimer Portugal, s.d.-b).

2.2.2. O papel das famílias no cuidado a pessoas idosas com Alzheimer

A família tem sido considerada como o principal pilar de apoio ao idoso em situação de dependência. Estima-se que, aproximadamente, 70% a 80% da assistência às pessoas idosas é prestada pela família (Pereira, 2015; Walker, 1995 como citado em Figueiredo & Sousa, 2008).

Esta unidade de suporte assume um papel essencial na vida da pessoa com Alzheimer, principalmente na tarefa do cuidar. Conforme Sequeira (2010), de um modo genérico, o processo de cuidar poderá ser visto a partir de três fases: numa fase inicial, este processo caracteriza-se, essencialmente, pela supervisão; numa fase intermédia, com a evolução da demência e com um maior grau de dependência, o cuidar exige mais disponibilidade física e durante mais tempo; e numa fase final, os cuidados implicam uma elevada dedicação e esforço físico.

O familiar que assume o papel de cuidador procura, assim, responder às necessidades básicas e instrumentais da pessoa idosa, no sentido de orientar, vigiar a sua condição, zelar pela sua segurança e proporcionar sentimentos de bem-estar, conforto e satisfação. As principais funções do cuidador passam pela vigilância na saúde, promoção da autonomia e independência, promoção de um ambiente seguro, adaptação ao ambiente, participação e envolvimento

familiares, supervisão das atividades, promoção da comunicação e socialização e desenvolvimento de um projeto de vida pessoal (Sequeira, 2010).

"*a manutenção do idoso no seu ambiente habitual deve ser privilegiada, o que constitui uma situação complexa e um desafio para a família, atendendo ao conjunto e alterações cognitivas, comportamentais, de conduta social e psicológica que um doente com demência apresenta.*" (Silva, 2015:8).

Tendo em conta a investigação realizada nos últimos anos, tem-se dado especial atenção ao impacto negativo causado pela prestação de cuidados informal, nomeadamente, no que diz respeito à saúde e ao bem-estar físico, psicológico e social dos cuidadores.

No envelhecimento, abordamos o conceito de sobrecarga para descrever as consequências negativas da tarefa do cuidar, consistindo no conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que surgem no desenvolvimento do cuidado a pessoas idosas (Sousa et al., 2004 como citado em Pereira, 2015:52).

O conceito de sobrecarga pode ser visto a partir de duas dimensões: a dimensão objetiva, que diz respeito à situação de doença ou incapacidade, à exigência dos cuidados de acordo com a gravidade, ao grau de demência e comportamento do idoso e às consequências na vida familiar, social, económica e profissional do cuidador; e a dimensão subjetiva, que se refere às emoções e sentimentos decorrentes da prática do cuidar (Sequeira, 2007).

Cuidar de uma pessoa com demência altera significativamente o contexto familiar, tendo implicações aos níveis económico, físico, humano e social (Silva, 2015). Ao nível económico, pode verificar-se um aumento das despesas, existe uma diminuição dos rendimentos devido à falta de disponibilidade para trabalhar, para além da necessidade de adaptar o espaço físico à pessoa e à sua condição. No que respeita à saúde física, esta poderá apresentar grandes declínios, devido ao esforço e ao *stress* experienciados. Surgem, também, dificuldades relacionadas com o comportamento da pessoa idosa, que dizem respeito à agitação, agressividade, deambulação, esquecimentos, repetição e dificuldades no contacto social. A nível social, a família acaba por ver as suas atividades de lazer a diminuir, tal como o seu círculo de amigos (Silva, 2015).

"*não há doença crónica como a demência que exija maior reajustamento familiar, sendo uma realidade que necessita, na maioria das vezes, de uma resposta global, integradora, coordenada e continuada, de tal modo que obriga à identificação e desenvolvimento de novas formas de organizar os recursos existentes*" (Melo, 2005 como citado em Sousa, 2012:50).

Nesse sentido, a família é agente essencial na prestação de cuidados, sendo vista como um elemento ativo da intervenção (Lage, 2005 como citado em Sousa, 2012). A família deve ser

alvo de um plano de cuidados, através da criação de um conjunto de políticas sociais que atendam às reais necessidades dos cuidadores.

2.2.3. Perspetiva nacional sobre as respostas sociais existentes no apoio a pessoas idosas com Alzheimer

Em Portugal, não existe nenhum departamento direcionado ao apoio a pessoas com Alzheimer, e os diferentes tipos de demência não são devidamente considerados no que diz respeito ao nível social. "*ainda existe falha de informação sobre os serviços de saúde, serviços comunitários e informações gerais sobre a demência e suas consequências.*" (Agapito, 2015:33).

As respostas sociais e a intervenção das instituições revelam-se pontuais, conjeturais, precárias, insuficientes, ambíguas, não credíveis ou viáveis a longo-prazo (Pimentel, 2001 como citado em Seoane, 2018). De acordo com Seoane (2018), as instituições dedicadas à população idosa apresentam serviços escassos, apáticos e pouco desenvolvidos no atendimento às necessidades dos idosos.

A maioria dos serviços e respostas que apoiam pessoas idosas com doença de Alzheimer é destinada a idosos, não possuindo recursos humanos e estruturas físicas para prestar cuidados de qualidade e que respeitem as necessidades e características desta população.

Fatores como a escassez de recursos, a utilização de estratégias que respondam aos problemas no imediato e a falta de reflexividade, questionamento e avaliação da prática dos procedimentos tornam, muitas vezes, as instituições ineficazes e inadequadas (Mota, 2016 como citado em Ribeiro, 2019).

Sequeira (2010) afirma que o tratamento e cuidado das demências deve ser personalizado e adaptado a cada pessoa, no qual estão integradas estratégias farmacológicas e não-farmacológicas. "*não existem demências, mas sim doentes com demência, pelo que deve ser elaborado um plano específico de intervenção para cada pessoa (...).*" (Agapito, 2015:36).

Tendo em conta o aumento do número de idosos esperado para os próximos anos, é extremamente importante trabalhar na melhoria dos serviços e cuidados prestados a esta população (Fonseca, 2014). "*O modelo de intervenção tem que ser definido numa perspetiva individualizada, deve variar conforme as necessidades dos utentes e das famílias e de acordo com a fase da demência em que o utente se encontre.*" (Agapito, 2015:82).

Intervir e prestar apoio a pessoas idosas com Alzheimer é, de facto, um desafio, quer para Portugal, quer para países da Europa e de todo o mundo. Neste sentido, "*A sociedade e os governos nacionais devem ser sensíveis a este fenómeno sendo necessário um investimento na*

criação de uma rede ampla de serviços destinados a pessoas com demência que respondam efetivamente às suas necessidades específicas." (Agapito, 2015:83).

Acima de tudo, é indispensável evitar a normalização e a adoção de uma abordagem igual a todas as pessoas idosas com e sem Alzheimer, só porque têm necessidades aparentemente semelhantes (Fonseca, 2014).

Apostar na formação, na qualificação e na motivação dos profissionais e cuidados, desenvolver programas integrados com o objetivo de promover conhecimento e competências para a prática com esta população, e criar estratégias para trabalhar o autocuidado, a gestão do *stress* e a sobrecarga dos cuidadores são algumas melhorias a implementar nas instituições que integram pessoas idosas com Alzheimer.

"*É indispensável que no futuro surjam novas formas de suprir as carências dos idosos em geral, e das pessoas com demência em particular, e que as respostas tradicionais evoluam também no sentido de melhorar os serviços que podem fornecer*" (Barbosa et al., 2011 como citado em Loureiro, 2016:17).

Torna-se urgente uma otimização dos recursos existentes e a criação de novas modalidades, mais adaptadas aos novos idosos e à realidade circundante, com um investimento em centros especializados de apoio à doença de Alzheimer (Seoane, 2018).

2.2.4. Políticas sociais de saúde e a doença de Alzheimer

De acordo com o Serviço Nacional de Saúde (2016:5), "*As demências não são ainda reconhecidas como uma prioridade social e de saúde pública*". Portugal é um dos poucos países europeus em que não existe uma estratégia oficial relativa às demências e, em particular, à doença de Alzheimer.

Neste sentido, torna-se consensual a adoção de um papel mais ativo na definição de políticas nacionais. Entre alguns passos importantes nas esferas política e legislativa, podemos destacar, no ano de 2010, a aprovação das Resoluções da Assembleia da República nº 133/2010 e nº 134/2010 (2010), que convidavam o governo a considerar as demências como uma prioridade nacional, no sentido da criação de um programa direcionado a elas ("*Recomenda ao Governo que considere as demências e a doença de Alzheimer uma prioridade social e de saúde pública, que elabore o Plano Nacional de Intervenção para as Demências, que adote as medidas necessárias para um apoio adequado a estes doentes e suas famílias*").

Enquanto barreiras e desafios na área das demências e da doença de Alzheimer, devemos considerar: dificuldades em lidar com a especificidade das pessoas com demência, dificuldades

das famílias e cuidadores informais, e dificuldades de articulação entre todos os intervenientes, incluindo os setores da saúde e da área social.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada em 2006, com o objetivo de prestar cuidados de saúde e de apoio social a pessoas que se encontrem numa situação de dependência, independentemente da idade. Entre os princípios-base da Rede, podemos destacar: prestação individualizada e humanizada de cuidados; articulação e continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de atuação; proximidade da prestação de cuidados, através da potenciação de serviços integrados na comunidade; multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados; avaliação integral das necessidades da pessoa; participação da pessoa e da rede de suporte social informal no plano individual de intervenção; e eficiência e qualidade na prestação dos serviços (Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, 2022).

Apesar da existência de uma Rede de Cuidados Continuados, esta revela-se insuficiente na intervenção com pessoas com demência e com doença de Alzheimer, tornando-se imperativo a criação de um Plano Nacional de Demências e da Doença de Alzheimer.

Este plano deve promover uma maior colaboração e coordenação intersectorial entre os serviços sociais e de saúde, um diagnóstico atempado e correto, bem como o acesso a tratamentos, e a continuidade dos cuidados formais na comunidade. Neste sentido, é extremamente importante existir uma consciencialização pública sobre as demências e a doença de Alzheimer, reforçar a formação dos profissionais de saúde e do setor social e apostar na investigação, nomeadamente, para a definição de políticas e serviços.

Países como a Austrália, a França, os Países Baixos, a Noruega, a Coreia do Sul, o Reino Unido e os Estados Unidos da América apresentam um Plano Nacional de Demência, sendo uma inspiração para o nosso país. A criação de um plano nacional contribuirá para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e dos seus cuidadores, para uma maior investigação na área e para a definição dos direitos das pessoas com demência e com doença de Alzheimer. "*O desenvolvimento de Planos Nacionais de Demência é um primeiro passo importante para melhorar os cuidados e apoios nacionais na área da demência.*" (Pot & Petrea, 2013:25).

2.3. Serviço Social na Doença de Alzheimer

2.3.1. Intervenção do assistente social na doença de Alzheimer

No âmbito da doença de Alzheimer, espera-se do assistente social uma intervenção interdisciplinar, liderança, avaliação e comunicação (Antunes, 2011).

De acordo com Margaret Tibbs (2001 como citado em Antunes, 2011), o assistente social, de forma a garantir a dignidade humana da pessoa idosa com doença de Alzheimer, deve ter como ponto de partida a avaliação diagnóstica. Para além deste instrumento, o assistente social deverá ter em conta a extrema importância da participação ativa e do envolvimento da pessoa e da família em todo o processo de intervenção.

A intervenção do assistente social com pessoas idosas com Alzheimer e com as suas famílias, deve basear-se numa intervenção individualizada (Pestana, 2020). O assistente social deve estar atento à doença de Alzheimer e às necessidades que emergem dela, como é exemplo a urgência de mais respostas que garantam o devido apoio aos idosos com Alzheimer e às suas famílias.

De forma a entendermos o papel do Serviço Social na doença de Alzheimer, foi realizada uma pesquisa, com o intuito de obter informação a nível internacional. Nesse sentido, foram recolhidos alguns dados relativamente a países da Europa, como a Suécia, a Inglaterra, a Espanha e os Países Baixos, complementando a visão nacional exposta anteriormente.

No que diz respeito à Suécia, podemos constatar que é um dos países mais avançados na concretização dos direitos humanos das pessoas idosas com demência, possuindo assim, políticas nacionais que guiam a prática dos assistentes sociais. No entanto, no artigo analisado (Thelin, 2021), é concluído que os princípios-base para o cuidado na demência têm pouco impacto na prática profissional. Estes princípios baseiam-se em: diagnosticar a demência precocemente, existir uma equipa multiprofissional, adaptar a comunicação, oferecer um suporte variado e flexível, trabalhar em rede, acompanhar a pessoa no desenvolvimento da doença, construir uma relação próxima com a pessoa, e trabalhar de forma sistémica.

Keating (2017) salienta uma clara negligência, por parte do Serviço Social em Inglaterra, em relação a temas como a idade e, também, uma falta de competência dos assistentes sociais no trabalho com pessoas idosas com demência, apesar de possuírem uma base de conhecimentos que lhes permite responder às complexidades do envelhecimento e da doença de Alzheimer (Kaplan & Berkman, 2011 e Ray et al., 2015 como citado em Keating, 2017:8).

No contexto do Reino Unido e de acordo com o Department of Health (2015), é crucial mudar o foco da intervenção, direcionando-a para as necessidades da pessoa com demência, da sua família e dos cuidadores. Aspetos como a independência, a escolha, a inclusão, a igualdade, o *empowerment*, a segurança e a confiança, são sublinhados no manual em análise.

Em Espanha, encontramos vários estudos relativos ao cuidado a pessoas idosas com demência. Neste país, estima-se que, aproximadamente, 600 000 pessoas padeçam de algum tipo de demência e que 400 000 tenham, especificamente, doença de Alzheimer (Parra-Anguita & Pancorbo-Hidalgo, 2013).

Navarro et al. (2014), afirmam que, das residências para pessoas idosas existentes em Espanha, 7.14% dedica-se exclusivamente a pessoas com algum tipo de demência. Assim sendo, "*Devido à importância da atenção às pessoas com demência, consideramos que é necessário dotar os centros residenciais de serviços especializados que garantam uma atenção integral.*" (Navarro et al., 2014:10).

Competências como a avaliação das necessidades e da problemática sociofamiliar da pessoa, conhecimentos básicos sobre a doença, informação sobre as ajudas técnicas e recursos necessários, apoio psicossocial e trabalho em rede, são destacadas como essenciais para o Serviço Social na demência (García & Gómez, 2010 e Yangua, 2007 como citado em Navarro et al., 2014).

Por fim, no caso dos Países Baixos, devemos mencionar a criação de respostas inovadoras e fraturantes na área da demência, como é o caso da "Dementia Village", em Hogewey. No entanto, de acordo com Minkman et al. (2009), existe a necessidade de uma ajuda sistemática e mais regular na procura e organização dos cuidados na demência. Assim sendo, de uma forma geral, destacamos a clara urgência de melhorar a qualidade dos cuidados na demência.

Em suma, através do exposto sobre os quatro países europeus, consideramos que o papel do Serviço Social na doença de Alzheimer ainda tem um caminho a percorrer, através da criação de mais estratégias e respostas que garantam a integridade, o bem-estar e a qualidade dos cuidados no âmbito da pessoa idosa com Alzheimer.

2.3.2. Modelos de intervenção do Serviço Social na doença de Alzheimer

Fatores como a relação de ajuda e o *empowerment* são essenciais na intervenção do assistente social com pessoas idosas com Alzheimer. O assistente social deve estar consciente de que, apesar das condições em que a pessoa se encontra, deve ser vista como "*ser humano, sujeito provido de direitos e deveres, a que não deve ser negada a possibilidade de fazer as opções*

quanto ao atendimento e apoio que necessita, gostaria e tem direito a que seja garantido." (Pestana, 2020:43).

"O referencial central da intervenção do Serviço Social com pessoas idosas é o da dignidade humana, ao reconhecer o seu valor intrínseco enquanto indivíduo, enquanto ser único." (Ribeirinho, 2013:179). Neste sentido, é extremamente importante que os assistentes sociais se tornem interventores sociais críticos, proativos e reflexivos, comprometidos com a transformação das relações sociais de desiguais para igualitárias, através de novos modelos de prática que promovam a justiça social (Carvalho, 2013).

Neste seguimento, iremos identificar os modelos do Serviço Social que, de acordo com os autores analisados, poderão estar mais ajustados à problemática do Alzheimer.

Um modelo pode ser definido como uma construção simplificada da realidade, um guia para a prática do assistente social.

De acordo com a pesquisa realizada, podemos destacar os seguintes modelos de intervenção: abordagem centrada na pessoa e modelo ecossistémico.

No que diz respeito à abordagem centrada na pessoa, esta é uma perspetiva surgida da psicologia e abordada na área das demências e, particularmente, na doença de Alzheimer por Thomas Kitwood e Kathleen Bredin, de forma a combater a falta de personalidade no cuidado.

São várias as componentes desta abordagem, entre as quais destacamos (Fazio et al., 2018:18):

- Conhecer a pessoa idosa com Alzheimer, incluindo os seus valores, crenças, interesses e gostos na intervenção;
- Reconhecer e aceitar a realidade da pessoa – é bastante importante ver o mundo a partir da perspetiva da pessoa com demência, criando uma relação e comunicação eficazes e empáticas;
- Identificar e apoiar atividades de envolvimento da pessoa idosa com Alzheimer;
- Criar relações autênticas de cuidado, onde o "fazer com" prevalece ao "fazer por";
- Criar e manter uma comunidade de suporte para a pessoa, família e cuidadores;
- Avaliar as práticas de cuidados com frequência, efetuando as mudanças necessárias.

Os autores que defendem a abordagem centrada na pessoa, afirmam que, através deste modelo, a pessoa idosa com Alzheimer consegue manter o significado da sua vida.

Em síntese, a abordagem centrada na pessoa com Alzheimer propõe um cuidado personalizado, o envolvimento da família, o autocuidado, o reconhecimento, a empatia, um ambiente seguro, o acesso rápido a conselhos de saúde fiáveis, o tratamento eficaz prestado por profissionais de confiança, a continuidade de cuidados e transições suaves, a informação clara

e compreensível, o envolvimento nas decisões e o respeito pelas preferências da pessoa (Manthorpe & Samsi, 2016). Abordagem holística, respeito, valor, escolha, dignidade, autodeterminação e vida com propósito são elementos-chave para uma intervenção focada na pessoa idosa com Alzheimer.

Esta abordagem, que nos parece bastante relevante na prática com as pessoas idosas com Alzheimer, apresenta-se como uma mudança de paradigma de como podemos olhar para as respostas sociais e de como as devemos (re)organizar, com o propósito de tornar as instituições em verdadeiros espaços caseiros e acolhedores, através da valorização da pessoa e dos cuidadores, da procura de um atendimento personalizado e holístico, reconhecendo a pessoa como sujeito de necessidades únicas, da criação de laços empáticos que estreitem relações interdisciplinares e entre pessoa-profissional, da autonomia e independência, da promoção de atividades significativas e, sobretudo, da criação de ambientes seguros que promovam um sentimento comunitário (Carvalho, 2019).

O modelo ecossistémico nasceu da ecologia e da teoria geral dos sistemas e parte do princípio de que a pessoa está em constante relação com o ambiente que a rodeia e, nesse sentido, é importante ter em conta uma perspetiva holística dos indivíduos.

As pessoas não vivem e atuam de forma isolada, mas sim, são influenciadas pelo seu ambiente físico e social. Surge, então, este modelo, que permite ver a relação entre o individual, familiar, grupal e comunitário e os ambientes físico, social e cultural (Teater, 2014).

As pessoas interagem com uma variedade de sistemas, que incluem as redes informais (família, amigos e vizinhos), as redes formais (grupos organizados, como organizações parentais ou associações de vizinhos) e as redes societais (serviços de bem-estar, saúde e educação). Estes sistemas podem ser designados por sistemas de recursos, através dos quais as pessoas obtêm, desenvolvem, mobilizam, partilham, trocam e usam os recursos de que necessitam (Minahan & Pincus, 2001).

Neste âmbito, podemos elencar os seguintes objetivos do Serviço Social ecossistémico: ajudar a desenvolver sistemas de recursos que atendam às reais necessidades das pessoas; estabelecer relações iniciais entre pessoa-sistema e entre os sistemas; facilitar a interação entre as pessoas e os sistemas; ajudar na interação contínua entre as pessoas e os sistemas; e ajudar as pessoas na resolução dos seus problemas.

Margaret Tibbs referencia as perspetivas ecológica e sistémica como uma boa assistência à prática com pessoas idosas com Alzheimer, no sentido de ter em conta tudo o que influencia as suas vidas, tal como, a necessária participação das famílias e redes de suporte no processo de intervenção (Antunes, 2011).

Estas abordagens são capazes de intervir ao nível das dinâmicas relacionais e de trabalhar em rede com instituições e outros serviços da comunidade. O Serviço Social ecossistémico passa por: melhorar as capacidades da pessoa e reforçar os seus padrões de sobrevivência, ligar a pessoa aos sistemas envolventes, exigir a eficiência dos sistemas, melhorar os contextos, e contribuir para o desenvolvimento de políticas sociais (Gitterman & Germain, 2017).

Capítulo 3: Metodologia

O presente capítulo servirá para apresentar o tipo de abordagem e modelo utilizados, a questão de partida e os objetivos do estudo, os critérios de seleção dos participantes e os instrumentos de recolha de dados.

Como nos diz Fortin (1999), a investigação é um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas. É "*um processo sistemático de colheita de dados observáveis e verificáveis, a partir do mundo empírico, com vista a descrever, explicar, predizer ou controlar fenómenos.*" (Seaman, 1987 como citado em Fortin, 1999:17).

A investigação é uma forma de adquirir novos conhecimentos, seja para desenvolver uma teoria ou para a verificar. De acordo com as questões que colocamos, certas investigações implicam uma descrição dos fenómenos, outras uma explicação sobre a existência de relações, ou ainda, a predição e controlo dos fenómenos. Tendo em conta o que o investigador deseja descobrir, deverá planificar o método mais apropriado para a obtenção das respostas às suas questões e objetivos.

Neste sentido, foi definida a seguinte questão de partida: "*Na perspetiva e na prática profissional dos assistentes sociais e dos governantes locais, as respostas sociais que existem no Concelho de Cascais para as pessoas idosas com Alzheimer estão ajustadas às necessidades das mesmas e das suas famílias?*". Para dar resposta a esta questão, foram definidos o objetivo geral e respetivos objetivos específicos:

Objetivo geral: Analisar a adequação das respostas sociais dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer do Concelho de Cascais, face às suas necessidades e das suas famílias, na perspetiva e na prática profissional dos assistentes sociais e dos governantes locais;

Objetivos específicos: Identificar e analisar que respostas sociais existem no Concelho de Cascais dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer; analisar a perceção dos assistentes sociais e dos governantes locais relativamente às respostas sociais dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer do Concelho de Cascais; compreender o papel do assistente social no apoio às pessoas idosas com Alzheimer acompanhadas nas respostas sociais identificadas; identificar o papel dos governantes locais relativamente ao tema da doença de Alzheimer no Concelho de Cascais; e compreender se as respostas sociais identificadas estão articuladas e/ou integradas com os cuidados de saúde.

A abordagem utilizada para o presente estudo foi, então, a abordagem qualitativa, numa lógica de modelo indutivo. Foi realizada uma investigação de âmbito exploratório, que possibilita o conhecimento do fenómeno em análise, e de âmbito descritivo, que pretende descrever esse mesmo fenómeno, caracterizando a população em estudo.

Nos finais do século XX, começou a adotar-se uma postura mais crítica em relação à metodologia lógico-dedutiva, propondo-se a substituição da explicação das causalidades pela compreensão dos sentidos da ação social. "*Opera-se, assim, uma dupla deslocalização do objeto de pesquisa: do centramento nas instituições sociais estabilizadas para a procura do sentido da ação social de sujeitos concretos; e do centramento nos enquadramentos do profissional-investigador para a atenção do ator/utente.*" (Guerra, 2006:8).

A abordagem qualitativa concentra-se em demonstrar a relação que existe entre diferentes conceitos, descrições, explicações e significações dadas pelos participantes e pelos investigadores relativamente a determinado fenómeno (Fortin, 1999). Segundo Jean-Pierre Deslauriers (1997 como citado em Guerra, 2006), os métodos qualitativos designam uma variedade de técnicas interpretativas que têm por fim descrever, descodificar e traduzir fenómenos sociais.

"*Reiteramos que a investigação qualitativa é uma investigação científica sistemática que procura construir uma descrição, em grande parte narrativa, para informar sobre a compreensão de um determinado fenómeno social e cultural.*" (Gonçalves et al., 2021:10).

O raciocínio indutivo veio influenciar fortemente as ciências sociais, criando técnicas de recolha de dados capazes de analisar os diversos fenómenos sociais. "*De acordo com o raciocínio indutivo, a generalização não deve ser buscada aprioristicamente, mas constatada a partir da observação de casos concretos suficientemente confirmadores dessa realidade. Constitui o método proposto pelos empiristas, para os quais o conhecimento é fundamentado exclusivamente na experiência, sem levar em consideração princípios preestabelecidos.*" (Gil, 2008:11).

De acordo com Poupart (1997 como citado em Guerra, 2006), as vantagens da metodologia qualitativa podem ser vistas de várias ordens: de ordem epistemológica, na medida em que os atores são considerados indispensáveis para entender os comportamentos sociais; de ordem ética e política, porque permite aprofundar as contradições e dilemas que atravessam a sociedade concreta; e de ordem metodológica, enquanto instrumento de análise das experiências e do sentido da ação.

A escolha dos participantes é produto de uma escolha deliberada, autoral, baseada em critérios determinados pelo investigador, fazendo-os corresponder ao objeto de estudo.

Qualquer que seja a técnica de amostragem, esta requer que se estabeleça, desde início, a homogeneidade fundamental, que diz respeito a uma ou mais características que o investigador pretende que estejam presentes em todos os participantes selecionados (Gonçalves et al., 2021).

O objeto de estudo incide sobre as respostas sociais dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer do Concelho de Cascais, e a sua adequação face às necessidades das mesmas e das suas famílias. Os participantes da investigação são, então, assistentes sociais de instituições sem fins lucrativos para pessoas idosas das seis freguesias do Concelho de Cascais e, ainda, dois vereadores da Câmara Municipal de Cascais. É importante fazer notar que, para a presente investigação, as freguesias do concelho foram consideradas de forma isolada (Alcabideche, Carcavelos, Cascais, Estoril, Parede e São Domingos de Rana).

Inicialmente, e tendo como base o Diagnóstico Social de Cascais, foram identificadas e analisadas todas as instituições existentes no concelho para pessoas idosas, tendo como critérios de seleção: a existência de, pelo menos, um idoso diagnosticado com doença de Alzheimer e de, pelo menos, um assistente social a trabalhar com a população.

Para além do enunciado, a investigadora teve especial atenção às respostas sociais integrantes de cada instituição, escolhendo de forma igualitária aquelas que são uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, um Centro Dia, um Centro de Convívio ou um Serviço de Apoio Domiciliário.

Para o desenvolvimento do presente estudo, as técnicas de recolha de dados foram: a análise documental e a entrevista semidiretiva.

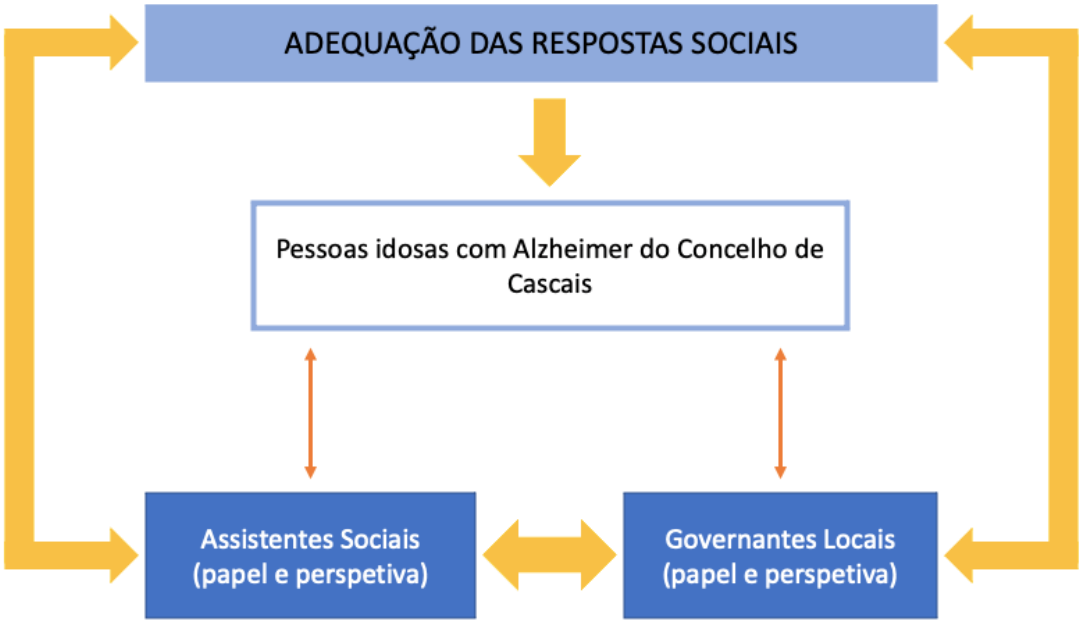
Por um lado, a análise documental é vista como fundamental para a elaboração do quadro teórico-conceptual, no sentido de obter mais conhecimento acerca dos trabalhos já existentes relativamente à área de pesquisa, dos conteúdos, questões e lacunas do atual estado de investigação, e de promover uma visão sobre as bases e rumos do estudo em vigor (Gonçalves et al., 2021). Por outro lado, "*A entrevista, como método qualitativo, permite uma recolha de informação nos contextos próprios dos respondentes*" (Gonçalves et al., 2021:67).

A entrevista semidiretiva é caracterizada por um guião definido *a priori*, sendo que algumas das perguntas podem ser elaboradas e explorados em maior detalhe, permitindo assim, expandir o rumo da entrevista para além do previsto.

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas com precisão e os resultados analisados com base no *software Maxqda*, através da criação de códigos, permitindo uma análise mais consistente (ver anexo 10). Para além da utilização do *software*, a análise foi complementada manualmente.

Para a realização do estudo, foram tidas em conta algumas questões éticas, podendo destacar: o consentimento e participação informados, a participação voluntária dos atores, a participação informada dos participantes, o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos, a responsabilidade profissional, a integridade científica e a apresentação dos resultados verdadeiros. Antes da realização das entrevistas, os participantes tiveram acesso a um formulário de consentimento informado, realizado pela investigadora, no qual foram expressas as condições de participação dos atores e as contrapartidas para o desenvolvimento do estudo, salientado os objetivos, os procedimentos e os conteúdos da própria entrevista (Gonçalves et al., 2021). Somente após o consentimento dos entrevistados, é que a investigadora procedeu à marcação e realização das entrevistas (ver anexos 11 e 12).

Figura 1: Modelo de análise



Fonte: Própria

Capítulo 4: Apresentação, Análise e Discussão de Resultados

4.1. Caracterização Sociodemográfica dos Entrevistados

No âmbito do presente estudo, foram realizadas oito entrevistas, tendo sido recolhidas informações de cariz sociodemográfico, nomeadamente, o género, a idade, as habilitações literárias, há quanto tempo terminaram a licenciatura em Serviço Social/formação e há quanto tempo trabalham na entidade de análise.

É importante destacar que dos oito entrevistados, seis são assistentes sociais das seis freguesias do Concelho de Cascais (Alcabideche, Carcavelos, Cascais, Estoril, Parede e São Domingos de Rana), e dois são vereadores da Câmara Municipal de Cascais.

Das entrevistas realizadas aos assistentes sociais, concluímos que são todos do género feminino, e que têm idades compreendidas entre os 35 e os 68 anos (35, 41, 48, 52, 56 e 68 anos). No que diz respeito às habilitações literárias, podemos afirmar que uma participante tem uma pós-graduação (Psicologia Comunitária e Proteção de Menores) e que as restantes cinco são licenciadas em Serviço Social. Relativamente aos anos que já passaram desde que terminaram a licenciatura, podemos concluir que se compreendem entre os 14 e os 41 anos (14, 16, 26, 26, 32 e 41 anos), fator que poderá estar fortemente relacionado com a idade das entrevistadas. Por último, verificamos que as participantes trabalham nas instituições e respostas analisadas há 5, 12, 20, 24, 25 e 40 anos.

Consideramos fundamental referir que as assistentes sociais envolvidas no presente estudo, para além das funções de Serviço Social que exercem nas respostas em análise, apresentam cargos de direção e coordenação, quer dessas mesmas respostas, de outras valências ou mesmo da própria instituição.

No que diz respeito aos dois vereadores da CMC, concluímos que um é do género feminino, e tem 47 anos e que o outro é do género masculino, e tem 43 anos. Como habilitações literárias, apresentam a licenciatura, em Psicopedagogia e em Gestão de Recursos Humanos, tendo terminado o curso há 22 anos e há 18 anos, respetivamente. Um dos vereadores tem em sua posse os pelouros da Saúde, Ação Social, Direitos/Justiça, há 2 anos, e o outro vereador é responsável pelos pelouros da Ação Social e Educação, há 11 anos. Ambos os entrevistados, antes de integrarem a Assembleia Municipal, apresentavam outros cargos e funções noutras entidades.

4.2. Análise das Entrevistas aos Assistentes Sociais

Antes de iniciarmos a análise dos resultados, torna-se de extrema importância fazer referência ao tipo de respostas sociais incluídas no estudo. Foram tidas em conta as respostas sociais de Centro de Convívio, Centro de Dia, ERPI e SAD, sendo requisito fundamental acolherem, pelo menos, uma pessoa idosa com diagnóstico clínico de Alzheimer.

Foram, então, selecionadas seis instituições do Concelho de Cascais, cada uma pertencente a cada freguesia do município. Nesse sentido, contámos com a participação de uma resposta de Centro de Convívio, duas respostas de Centro de Dia, três respostas de ERPI e uma resposta de SAD. De salientar que uma das instituições foi analisada a partir de duas respostas sociais.

Ao longo da análise dos resultados, as entrevistadas serão identificadas como E1, E2, E3, E4, E5 e E6.

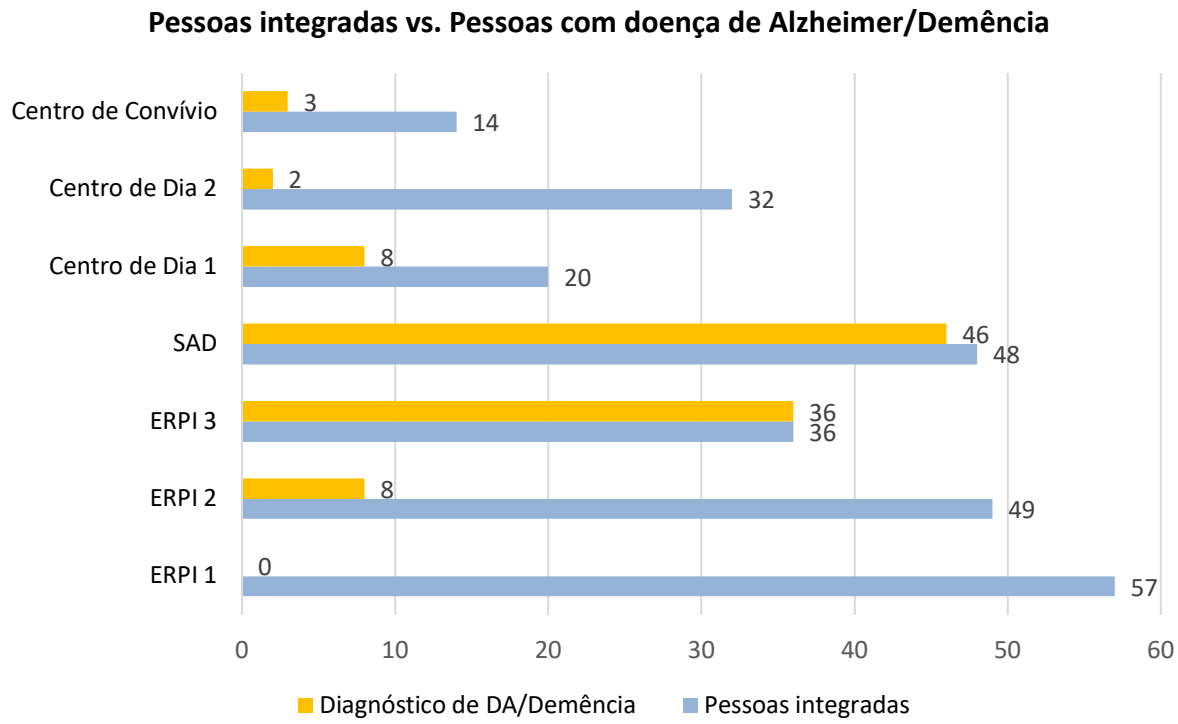
4.2.1. Prevalência da doença de Alzheimer

Tendo em conta as entrevistas realizadas, podemos recolher alguns dados relativamente à prevalência da doença de Alzheimer nas instituições do Concelho de Cascais.

Podemos concluir que, do total de utentes das respostas analisadas, 21 têm como diagnóstico clínico a doença de Alzheimer. Podemos, ainda, afirmar que a E1 e a E4 não conseguiram indicar o número exato de pessoas idosas diagnosticadas com Alzheimer, fazendo referência à forte prevalência de algum tipo de demência – "*Demências temos muitas, não é, mas que seja mesmo diagnosticado com Alzheimer, não sei dizer número certo.*" (E1); "*existem vários tipos de demência, especificamente com Alzheimer, também não lhe consigo dizer*" (E4).

De acordo com a figura 2 em infra, identificamos que as valências ERPI 3 e SAD apresentam uma diferença consideravelmente pequena entre o número de pessoas integradas e o número de pessoas que têm algum tipo de demência, entre as quais a doença de Alzheimer. Relativamente às restantes valências, concluímos que o número de idosos com diagnóstico clínico de doença de Alzheimer não é muito significativo tendo em conta o número de pessoas integradas.

Figura 2: Pessoas integradas nas respostas sociais de análise Versus Pessoas com diagnóstico clínico de doença de Alzheimer/demência nas respostas de análise



Fonte: Própria

Apesar de reiterarmos que a doença de Alzheimer é a demência mais comum no mundo inteiro, concluímos que as respostas sociais de análise são uma pequena parcela de todas as instituições e valências que existem para pessoas idosas. É importante referir que, para além da doença de Alzheimer, as sete respostas sociais de análise integram pessoas idosas com outros tipos de demência, número que, com base na revisão de literatura, continuará a aumentar até ao ano de 2050, o que indica que os serviços acabarão por acolher mais pessoas diagnosticadas com doença de Alzheimer ou outro tipo de demência.

4.2.2. Objetivos da resposta social

Tendo como base as respostas sociais destinadas a pessoas idosas, para o estudo em questão, foram selecionadas aquelas que apresentam maior representatividade na RSES (Centro de Dia, ERPI e SAD). Apesar de não estar no leque de maior destaque, foi também integrada a valência de Centro de Convívio.

No que diz respeito ao Centro de Convívio de análise, a assistente social destacou os seguintes objetivos da valência: combater a solidão, impedir o isolamento social, promover um ambiente de partilha e realizar atividades de estimulação cognitiva e de exercício físico. A E2

referiu, ainda, que é prática comum incluir no plano de atividades, iniciativas intergeracionais. Os objetivos destacados pela entrevistada estão alinhados com os autores de referência, no sentido em que esta valência deve centrar a sua intervenção em fatores como a inclusão e a participação ativa das pessoas idosas na vida social (GEP, 2021; Segurança, 2021).

Relativamente aos Centros de Dia analisados, identificamos os objetivos de integrar as pessoas idosas na resposta social, apoiar os familiares e rede de suporte do idoso, retardar a institucionalização e acompanhar as pessoas durante o dia. De acordo com a revisão de literatura, conseguimos apurar que propósitos como satisfazer as necessidades e expectativas da pessoa, promover a autonomia e promover as relações interpessoais, são extremamente importantes e não foram enunciados pelas assistentes sociais dos Centros de Dia.

Da resposta social de ERPI, analisada em três freguesias do concelho, conseguimos destacar os seguintes objetivos: integrar a pessoa na residência, ser a continuidade da casa dos utentes, promover o bem-estar físico e psicológico, atender às necessidades específicas de cada pessoa e promover atividades de acordo com os gostos e interesses de cada um. A E5 identificou, enquanto estratégia adotada, deixar que os utentes levem pertences próprios para a residência ("*Eles podem trazer várias coisas que acham que são importantes... temos alguns utentes que trazem imagens de santos, que acham importantes para eles, de Nossa Senhora, por exemplo... trazem quadros…*", E5).

A E4 identificou objetivos mais direcionados a pessoas com algum tipo de demência, pelo que é fundamental fazer essa distinção. Primeiramente, a entrevistada refere que "*o objetivo é acolher a pessoa com demência, (...), ou doença de Alzheimer*" (E4). De seguida, apresenta objetivos como: assegurar as necessidades e o bem-estar físico e emocional da pessoa, promover a autonomia e dignidade, respeitar a individualidade e a privacidade da pessoa, contribuir para a estabilização e retardamento do percurso da doença, promover o máximo de capacidades da pessoa por mais tempo possível, através dos serviços de medicina, enfermagem, terapia ocupacional e fisioterapia, enquadrar a pessoa no dia-a-dia da instituição, promover um ambiente de segurança física e afetiva, promover a intergeracionalidade, promover o envolvimento da família e rede de suporte e dar apoio psicossocial à família. A E4, à semelhança da E5, indicou que é prática, dar aos utentes de ERPI, a oportunidade de levarem pertences próprios, desde livros, quadros, retratos e móveis compatíveis com o edifício, contribuindo para o bom enquadramento da pessoa na sua nova casa.

Tendo em conta a revisão de literatura e as afirmações das E4 e E5, podemos destacar, enquanto objetivos principais da valência de ERPI: responder às problemáticas biopsicossociais da pessoa idosa e integrar/acolher a pessoa na residência.

Por último, a valência de SAD analisada, apresenta como objetivos: dar apoio à pessoa com demência na sua habitação, prolongar o internamento em ERPI, promover a qualidade de vida e a dignidade da pessoa e da sua família, prestar cuidados adequados às necessidades biopsicossociais das pessoas, promover estratégias de manutenção e reforço da funcionalidade da pessoa, prevenir a segurança física e afetiva, promover a intergeracionalidade, reforçar as competências e as capacidades dos cuidadores e contribuir para a conciliação familiar do agregado.

4.2.3. Funções do assistente social na resposta social

No que diz respeito às funções que as entrevistadas desempenham enquanto assistentes sociais, iremos enunciá-las com base nas respostas sociais de análise.

Tendo em conta a resposta social de Centro de Convívio, a entrevistada destaca as funções de: supervisão, reestruturação, admissão de casos, organização de processos individuais e atendimentos. A assistente social referiu, ainda, as funções de caracterização, estrutura e reformulação do conceito de Centro de Convívio na própria instituição.

Das respostas sociais de Centro de Dia, as assistentes sociais entrevistadas identificaram, enquanto suas funções, a admissão dos utentes na resposta, o acolhimento e acompanhamento das famílias, a elaboração do plano de atividades, a relação com outras instituições e a gestão de equipa.

Analisando as respostas das E1 e E5, responsáveis pelas valências de ERPI, conseguimos identificar as seguintes funções de assistente social: acolhimento e acompanhamento da pessoa e da família, avaliação sociodemográfica e socioeconómica da pessoa e da família e apresentação do utente à equipa.

A E4, responsável pelas valências de ERPI e SAD, desempenha as mesmas funções nas duas respostas sociais, exceto a realização de visitas domiciliárias, que normalmente é uma tarefa exercida no âmbito do SAD. As funções elencadas pela assistente social, foram: atendimentos presenciais, telefónicos e por e-mail, registo dos atendimentos presenciais, reuniões familiares e registo das mesmas, avaliação das necessidades da pessoa e da sua família, diagnóstico social, apresentação dos serviços aos novos utentes e às suas famílias, encaminhamento para outros serviços, apoios e respostas sociais, relatórios sociais, gestão da lista de espera, cálculos e renovações das mensalidades, redação dos contratos e respetivas adendas e, por fim, registo mensal no *site* da Segurança Social.

Por último, torna-se importante salientar que todas as participantes do estudo, para além de exercerem a profissão de assistente social, têm a responsabilidade acrescida de coordenarem a

resposta de análise ou o próprio equipamento social, fator indicado pelas mesmas como uma condicionante à sua atividade profissional no âmbito do Serviço Social – "*Eu sou chefe de departamento da terceira idade (...). E coordeno os seis centros [de dia da instituição].*" (E3); "*Eu sou diretora técnica*" (E5); "*Eu tenho funções de diretora técnica, do departamento sénior. Tenho o centro de dia, tenho o apoio domiciliário, tenho os centros de convívio e, depois, sou assistente social também a nível da instituição...*" (E6).

4.2.4. Competências do assistente social com pessoas idosas com Alzheimer

Tendo em conta as principais competências que um assistente social deve ter na intervenção com pessoas idosas com Alzheimer, destacamos aquelas que prevalecem nas respostas das entrevistadas: paciência, resiliência, perseverança, tolerância e persistência.

Para além das destacadas, que nos parecem bastante genéricas, elencamos ainda as seguintes competências enunciadas pelas assistentes sociais: assertividade, adaptação às diferentes realidades da pessoa, conhecimento/formação sobre a doença de Alzheimer e outros tipos de demência, empatia e proximidade com a pessoa idosa e com a sua família e foco na pessoa e na sua família.

Controverso à competência relativa ao conhecimento e formação sobre a doença de Alzheimer e outros tipos de demência, identificada pelas E1, E4 e E5, a E6 refere que a intervenção com a população em questão não tem a ver com conhecimento e formação, afirmando que "*a maior competência é sermos humanos, carinhosas... não tem nada a ver com aquilo que se aprende... Não há formação que o diga.*" (E6).

No âmbito da revisão de literatura, conseguimos estabelecer uma ligação entre o destacado pelas entrevistadas e o afirmado pelos autores mais relevantes. Tendo em conta os vários autores, identificamos as competências que um assistente social deve ter com pessoas idosas com Alzheimer: participação ativa e envolvimento da pessoa e da sua família, intervenção individualizada, atenção às necessidades da pessoa e da sua família, conhecimento sobre a doença e recursos necessários, e relação próxima com a pessoa (García & Gómez, 2010 e Yangua, 2007 como citado em Navarro et al., 2014; Pestana, 2020; Thelin, 2021; Tibbs, 2001 como citado em Antunes, 2011).

De uma forma geral, podemos concluir que as assistentes sociais tocaram em algumas das competências principais que devem ter aquando da intervenção com pessoas idosas com Alzheimer.

4.2.5. Formação na doença de Alzheimer/área das demências

No que diz respeito à formação adquirida pelas entrevistadas no âmbito das demências ou da doença de Alzheimer, conseguimos apurar que apenas duas assistentes sociais responderam afirmativamente (E4 e E5).

As duas profissionais referiram que as formações foram realizadas no âmbito da Associação Alzheimer Portugal. A E5 afirmou que, em parceria com esta associação, agiliza a realização de formações/*workshops*, de dois em dois meses, para os técnicos e auxiliares. A E4 destacou a importância de formações regulares, sendo uma forma de os profissionais se irem "*enquadrando nas alterações que tem havido em termos legais e em termos estatais para a pessoa com demência*" (E4).

Relativamente às restantes respostas sociais, as entrevistadas indicaram, à partida, que não têm formação específica na área das demências/doença de Alzheimer, fazendo apenas referência à participação em alguns congressos e ações de formação pontuais, muitas vezes proporcionados pela Alzheimer Portugal e pela Câmara Municipal de Cascais.

Tanto a E3 como a E6 afirmaram ter bastante interesse na área das demências e, especificamente, da doença de Alzheimer, pelo que investem na leitura sobre o tema e, consequentemente, na partilha com os restantes profissionais da equipa.

Em suma, tal como indicado anteriormente, uma das competências fundamentais para a intervenção com pessoas idosas com Alzheimer e suas famílias, é o conhecimento e formação sobre a própria doença. Através do conhecimento, conseguimos responder mais adequadamente às complexidades do envelhecimento e do Alzheimer (Kaplan & Berkman, 2011 e Ray et al., 2015 como citado em Keating, 2017).

4.2.6. Adequação da instituição e da resposta social às pessoas idosas com Alzheimer

Quando questionadas acerca da adequação da instituição e da resposta social de análise às pessoas idosas com Alzheimer, podemos afirmar que a maior parte das entrevistadas mostrou alguma incerteza na sua resposta.

Relativamente ao Centro de Convívio, a entrevistada afirmou que a resposta social não se encontra adequada às pessoas idosas com Alzheimer, salientando que são "*pessoas com características específicas, com necessidades específicas*" (E2), carecendo sempre de uma intervenção de um especialista na área das demências. Apesar da afirmação da entrevistada, a mesma indicou que respostas sociais como o Centro de Convívio acabam por colmatar a necessidade urgente de mais estruturas que respondam às necessidades desta população, agindo "*imbuídas da melhor boa vontade*" (E2).

No que diz respeito à valência de Centro de Dia, conseguimos obter respostas controversas. A E3 não respondeu de forma concreta, referindo apenas que, dentro das possibilidades do Centro de Dia e da própria estrutura, vão-se adaptando e colmatando as necessidades da população-alvo ("*Vamos adaptando um bocadinho, às situações que apareçam*.", E3). A E6 respondeu que o Centro de Dia se encontra adequado às pessoas idosas com Alzheimer ("*Eu considero que sim...*", E6), através do respeito pelo ritmo da pessoa e da realização de momentos de ocupação e de atividades de estimulação cognitiva para o idoso. Esta assistente social destacou, ainda, a necessidade de contratar um técnico especialista na doença de Alzheimer/área das demências, no sentido de dar alguma orientação à equipa e de melhorar os serviços.

A E1 apresentou uma dualidade na sua resposta. Por um lado, consegue identificar que a resposta social, por via da intervenção de técnicos como o psicólogo e o animador sociocultural, responde às capacidades e necessidades das pessoas idosas com Alzheimer, por outro lado, refere que a estrutura e as condições arquitetónicas do equipamento não estão ajustadas à realidade da pessoa.

A E5 afirmou que a valência de ERPI se encontra adequada ao idoso com Alzheimer, através de indicadores como: o aumento do quadro de auxiliares, a adoção de um tratamento e cuidados mais próximos e personalizados à pessoa, o envolvimento da pessoa em decisões e tarefas diárias, como por exemplo, a escolha da roupa e do penteado, e a realização de ações de sensibilização e de formação para todos os profissionais que intervêm com a pessoa.

Por último, a E4 afirma que as valências de ERPI e SAD se encontram adaptadas às pessoas idosas com Alzheimer. Estas duas valências foram criadas com o propósito de responder às necessidades surgidas da doença de Alzheimer, sendo destacado pela assistente social que "*nestas duas respostas, (...), estamos muito focados naquilo que é necessário para a pessoa com demência e temos todos estes técnicos a trabalhar nestas duas valências com esse objetivo.*" (E4).

Tal como afirmado na revisão de literatura, as respostas sociais das instituições revelam-se pontuais e insuficientes, pelo que os serviços são escassos e pouco desenvolvidos no atendimento às reais necessidades das pessoas idosas (Seoane, 2018). Neste sentido, a maioria das instituições não possui os recursos humanos e físicos necessários para prestar cuidados de qualidade.

Podemos considerar que as respostas sociais de análise revelam alguma dificuldade em responder a esta questão. As E4 e E5 mostram-se confiantes em relação à adequação da resposta social à pessoa idosa com Alzheimer, no entanto, as restantes entrevistadas demonstram alguma

resistência, no sentido em que identificam fragilidades do serviço, que não permitem o ajuste às necessidades da população-alvo.

4.2.7. Adequação da intervenção no Concelho de Cascais para pessoas idosas com Alzheimer e suas famílias

De modo genérico, as profissionais envolvidas no estudo afirmaram que as respostas sociais existentes no Concelho de Cascais são em número insuficiente para o número de pessoas idosas com doença de Alzheimer ou outro tipo de demência – "*a procura é muito grande e a capacidade de resposta não é.*" (E1); "*em termos de respostas existentes, de número, são insuficientes*" (E2); "*Temos muitas instituições, o problema é que a procura é maior do que a oferta, (...) E isso é o problema a nível do Concelho de Cascais (...) há poucas respostas*" (E5).

Relativamente à adequação das respostas existentes no município, não houve grande desenvolvimento por parte das entrevistadas. A E2 referiu que não consegue responder à questão, pelo facto de não conhecer o processo de avaliação de impacto das respostas sociais, acabando por destacar a expectável projeção para o aumento das demências – "t*emos que pensar numa forma proativa e projetiva em termos de futuro e de respostas nesta área, adequadas*" (E2).

As E1, E4 e E5 parabeneziram o trabalho efetuado pela Câmara Municipal de Cascais, através de dinâmicas e projetos que qualificam as pessoas diagnosticadas com algum tipo de demência e as instituições que acolhem essas pessoas – "*está muito vocacionada e muito sensibilizada para as pessoas idosas com Alzheimer*" (E5). Por fim, foi destacado, mais uma vez, o trabalho da Alzheimer Portugal e as iniciativas que promove para a comunidade.

4.2.8. Modelo de cuidados e boas práticas com pessoas idosas com Alzheimer

No que diz respeito ao conhecimento das assistentes sociais sobre modelos de cuidados e boas práticas com pessoas idosas com Alzheimer, concluímos que apenas uma participante respondeu afirmativamente.

A E4 afirmou conhecer o modelo de intervenção centrado na pessoa, modelo adotado pela instituição e que, de acordo com a entrevistada, apresenta como principais linhas orientadoras, a visão da pessoa como um todo e o reconhecimento da sua história de vida – "*se nós compreendermos a história de vida de um cliente, nós vamos compreender muitas vezes o porquê da pessoa reagir a determinada situação.*" (E4).

As restantes entrevistadas responderam que não conheciam nenhum modelo de cuidados e boas práticas com pessoas idosas com Alzheimer, fazendo referência à atuação de outras instituições, nomeadamente, da Alzheimer Portugal.

Apesar do desconhecimento de modelos de intervenção, as entrevistadas destacaram algumas linhas orientadoras, atividades e estratégias que consideram que devem ser desenvolvidas no âmbito da pessoa com Alzheimer: realização de um bom enquadramento da pessoa na resposta social, ver a pessoa como um todo e na sua individualidade, intervir de acordo com as capacidades, gostos e interesses da pessoa, agir para o conforto e tranquilidade da pessoa, adotar uma abordagem inclusiva, em que a pessoa se sinta integrada na comunidade, realizar atividades de estimulação cognitiva e criar grupos de encontro.

Tal como indicado pela E4, um dos modelos de intervenção considerado mais adequado a esta população, é a abordagem centrada na pessoa. Para além do reconhecimento da história de vida da pessoa, identificado pela entrevistada, este modelo é visto como uma mudança de paradigma na forma de olhar a pessoa idosa com doença de Alzheimer, através de um cuidado personalizado, do envolvimento da pessoa e da família no processo de intervenção e da promoção de um ambiente seguro (Manthorpe & Samsi, 2016).

4.2.9. Relação com as famílias das pessoas idosas com Alzheimer

Após análise relativamente a esta questão, conseguimos apurar que cinco das assistentes sociais entrevistadas referiram que a relação estabelecida com a família e rede de suporte da pessoa, é uma relação de proximidade.

A E3 não indicou que tipo de relação é que a equipa estabelece com a família e rede de suporte, inclusive, afirmou "*eu falho aí um bocadinho...*" (E3). No entanto, a assistente social reconhece a importância de uma relação próxima com a família e destaca alguns indicadores fundamentais da mesma, tais como: a apresentação da resposta social e do próprio espaço aos familiares, a participação e envolvimento da família em todo o processo de intervenção e a importância de (in)formar os familiares sobre a doença de Alzheimer.

As restantes entrevistadas reconheceram, igualmente, a importância da criação de uma relação de proximidade com a família e rede de suporte da pessoa idosa. De uma forma geral, as assistentes sociais destacaram a importância de a própria equipa profissional ser um suporte para os familiares e de a intervenção com a pessoa ser em conjunto com a sua rede.

A E1 afirmou "*É bom que haja cumplicidade e que rememos todos no mesmo barco e isso, sem dúvida, traz muita tranquilidade a quem vive na residência.*" (E1). A mesma referiu que, na resposta social de análise, identifica uma evolução bastante positiva na ligação com a rede

de suporte das pessoas idosas, indicando que a mesma tem a abertura de apresentar à equipa questões e sugestões, no sentido de melhorar os serviços.

A E2 afirmou que uma relação próxima com a família deverá ser a matriz para situações de doença de Alzheimer ou demência. Referiu, ainda, que a instituição onde está integrado o Centro de Convívio, já organizou grupos de apoio para cuidadores informais de pessoas idosas com Alzheimer ou outro tipo de demência.

A E4 referiu a existência de uma plataforma digital, nas valências de ERPI e SAD, onde os familiares podem seguir as tarefas, serviços e atividades que a pessoa idosa vai realizando, registados pelos auxiliares.

As E5 e E6 ressalvam apenas a importância de uma relação próxima com a rede de suporte através, nomeadamente, da participação e envolvimento na intervenção.

Em suma, conseguimos afirmar que as participantes reconhecem o forte papel da família e rede de suporte na ação com a pessoa idosa com Alzheimer, tocando em aspetos fundamentais da relação que deve ser criada. De acordo com os autores referenciados, a família é essencial na prestação de cuidados, devendo também ela, ser alvo de intervenção (Lage, 2005 como citado em Sousa, 2012). Fatores como o suporte emocional e a formação são fundamentais para trabalhar com os familiares desta população (Antunes, 2011; Silva, 2015).

4.2.10. Articulação com os cuidados de saúde

No que diz respeito à articulação e/ou integração com os cuidados de saúde, concluímos que, das seis entrevistadas, cinco responderam afirmativamente.

A E2 destacou que a relação com os cuidados de saúde tem vindo a ser trabalhada, sentido assim, uma grande abertura de serviços como o centro de saúde e os hospitais – "*Eu acho que também [os serviços de saúde] estão mais conscientes e sensibilizados para esta aproximação na prática com a área social...*" (E2).

A E3 revela que a valência de Centro de Dia não está articulada com os cuidados de saúde. A assistente social referiu que, na resposta social, não existe nenhuma equipa de cuidados médicos e que, quando é necessário articular com algum serviço de saúde, é a família do utente que o faz.

A E6 afirmou que a valência está articulada com os cuidados de saúde através, nomeadamente, da facilitação de informação e medicação e de "*Uma reunião, que é mensal, a nível da freguesia com os centros de saúde... E que consiste na passagem de casos, conhecimento de casos.*" (E6).

A E1 refere que esta articulação se procede de forma interna, através de uma equipa de cuidados de saúde, composta por um psiquiatra, três médicos e dois enfermeiros. A E5 indicou que a articulação com os cuidados de saúde é caracterizada, essencialmente, por formações organizadas pelos centros de saúde locais, para os auxiliares. A E4 indica que a ERPI de análise apresenta uma ligação mais forte com o hospital local e, através da equipa de saúde da própria valência, articulam com o centro de saúde.

Também a assistente social da valência de SAD (E4) indica a participação em reuniões periódicas com os centros de saúde locais, reuniões que "*englobam a equipa de enfermagem da zona, a assistente social do centro de saúde, ou assistentes sociais de alguns centros de saúde e assistentes sociais das IPSS da zona.*" (E4).

Após revisão bibliográfica, apurámos que a inexistência de um plano nacional de demências e da doença de Alzheimer, não permite que a relação entre a área social e os cuidados de saúde seja produtiva e de proximidade. No entanto, de uma forma geral, conseguimos fazer um levantamento positivo das intervenções das assistentes sociais, que referiram existir uma articulação benéfica com os cuidados de saúde locais.

4.2.11. Melhoria dos cuidados às pessoas idosas com Alzheimer e suas famílias

A E2 indicou, enquanto ponto de melhoria na resposta social de análise, o investimento na sensibilização e na formação específica dos recursos humanos. Indicou, também, que numa segunda etapa deveria investir-se em questões mais materiais, de espaço e das próprias atividades.

A E3 referiu que, tendo os técnicos atuais a tempo parcial, um aspeto a melhorar seria, sem dúvida, o aumento da carga horária dos mesmos. Referiu, ainda, a necessidade de contratação de uma segunda assistente social e de melhoria das condições arquitetónicas do espaço, com o objetivo de criar mais uma sala para os utentes. A E6 apontou como ponto a melhorar a contratação de um técnico especializado na área das demências que pudesse acompanhar as famílias das pessoas idosas com Alzheimer.

De acordo com a E1, a ERPI em análise carece de um espaço para a família poder estar com a pessoa idosa. Este espaço poderia ser utilizado para a realização de atividades, propostas pelo psicólogo da instituição, entre a pessoa idosa e os seus familiares, com o objetivo de os sensibilizar para as questões de saúde do idoso.

Apesar de apresentar um quadro alargado de auxiliares, a E4 começou por salientar que trabalhar com pessoas com algum tipo de demência é uma realidade pesada, pelo que considera que um ponto de melhoria da valência de ERPI seria o aumento da equipa, em termos de

auxiliares e em termos de técnicos. A E5 apontou, como contributo de melhoria dos cuidados à pessoa idosa com Alzheimer e sua família, o investimento nos cuidados de saúde, através da contratação de um enfermeiro.

Por último, a E4 indicou que um ponto de melhoria da valência de SAD seria alargar a equipa, no sentido de prolongar os serviços prestados por mais tempo durante o dia/semana (período da noite e durante o fim-de-semana).

Cuidar de uma pessoa com diagnóstico de Alzheimer requer muita atenção ao idoso, ao ambiente, à estrutura, às pessoas e a tudo o que está à sua volta, pelo que este processo deverá ser desempenhado por uma equipa profissional e multidisciplinar com formação e competências (Alzheimer Portugal, s.d.-b). Tendo em conta os fatores de melhoria destacados pelas participantes, conseguimos entender que o investimento em mais profissionais e em mais formação é, de facto, uma prioridade.

4.2.12. Desafios e dificuldades do assistente social à atividade profissional e com as pessoas idosas com Alzheimer e suas famílias

Após análise das entrevistas das participantes, conseguimos concluir que as mesmas afirmam que os desafios que sentem/experienciam na sua atividade profissional e, especificamente, com a pessoa idosa com Alzheimer e sua família, se tornam em dificuldades, e vice-versa.

De um modo geral, podemos destacar os seguintes desafios: relação com a família do utente, no sentido em que pode ser desafiante fazer com que os familiares compreendam a doença da pessoa; gestão de tempo, tendo em conta que as participantes não apresentam apenas funções de assistentes sociais; elevado trabalho burocrático – "*tira aqui imenso tempo, imenso tempo que é precioso para estarmos com as pessoas…*" (E3); criação de apoios dentro das possibilidades e limitações das instituições; e falta de profissionais adequados nas respostas sociais.

Relativamente às dificuldades, as entrevistadas referiram apenas a falta de técnicos, profissionais e respostas adequados à pessoa idosa com Alzheimer e sua família.

4.3. Análise das Entrevistas aos Governantes Locais

Como indicado na caracterização sociodemográfica, os dois vereadores da Câmara Municipal de Cascais que participaram no estudo, são responsáveis pelos pelouros da Saúde, Ação Social, Direitos/Justiça, e da Ação Social e Educação, respetivamente.

A longo da apresentação e análise dos resultados, os vereadores entrevistados serão identificados como V1 e V2.

4.3.1. Funções de vereador

O V1 referiu a importância de estarem ao serviço da comunidade, desde a infância até ao envelhecimento, no sentido de auscultarem as suas demais necessidades.

Indica, enquanto funções principais, o delineamento de uma estratégia, a definição de um plano de ação e a monitorização desse mesmo plano, com a medição do seu impacto na população-alvo. O vereador salientou a importância da medição do impacto dos planos traçados – "*Se efetivamente as medidas que nós temos implementadas têm impacto na vida das pessoas, se têm um efeito transformador… Para não estarmos sempre nessa lógica de implementar projetos muito bonitos e fofinhos, mas que depois não têm repercussão na vida das pessoas, que não são consequentes.*" (V1).

O V2 referiu, também, a definição de políticas e a implementação de projetos e programas direcionados aos munícipes e às instituições, enquanto funções principais que desempenha. Destacou que a sua ação engloba as áreas das crianças e jovens, dos idosos e da privação.

4.3.2. Envelhecimento e doença de Alzheimer enquanto prioridade do Concelho de Cascais

Ambos os entrevistados afirmaram que o envelhecimento e a problemática da doença de Alzheimer são uma prioridade para o Concelho de Cascais ("*Obviamente que o envelhecimento é uma das áreas que nos preocupa*", V1; "*É claramente uma prioridade, uma das grandes prioridades*.", V2).

De acordo com o V1, uma das linhas estratégicas é a criação de programas que atendam aos perfis e necessidades do envelhecimento. O entrevistado fez referência ao aumento da esperança média de vida, e à importância de se olhar o envelhecimento de forma diferente e positiva. Refere que é uma prioridade da sua equipa – "*Como é que nós pensamos neste novo envelhecer e que se tragam respostas que sejam… Que respondam às necessidades atuais. Como é que estamos a pensar no envelhecer?*" (V1).

O V2 destacou a atual parceria com o Instituto Universitário de Lisboa – ISCTE, no desenvolvimento de um estudo sobre o envelhecimento no município, permitindo a identificação das necessidades das pessoas idosas. O objetivo deste estudo é envolver a população no reajuste das políticas sociais. O entrevistado afirmou que a CMC investe bastante em programas direcionados à população idosa e no apoio às instituições e respostas sociais.

Ambos os entrevistados indicaram, enquanto medidas e estratégias para as pessoas idosas com Alzheimer e suas famílias, alguns programas de apoio aos cuidadores informais, realizados em parceira com a Alzheimer Portugal.

Contrariamente, e tendo em conta que Portugal não apresenta nenhuma estratégia oficial relativa às demências e à doença de Alzheimer, o Serviço Nacional de Saúde (2016) indica que esta problemática ainda não é uma prioridade social e de saúde, pelo que é necessário que o estado central e os governos locais adotem um papel mais ativo na definição de políticas concretas.

4.3.3. Linhas orientadoras para uma prática adequada às pessoas idosas com Alzheimer e suas famílias

Enquanto linhas orientadoras, podemos salientar a necessidade de uma articulação entre a ação social e a saúde.

A intervenção com esta população deve passar pelo momento do diagnóstico da doença, da articulação com os vários serviços e recursos e do acompanhamento da pessoa e da sua família – "*Portanto, todo o caminho que é preciso percorrer, vai desde a avaliação da pessoa que tem esse diagnóstico até à avaliação do estado mental também dos cuidadores e da adequação comportamental dos cuidadores para cuidar melhor do seu familiar.*" (V1).

Ambos os entrevistados reconhecem a dificuldade de uma prática adequada à pessoa idosa com Alzheimer e sua família.

4.3.4. Adequação das respostas sociais à problemática da doença de Alzheimer

À semelhança do que foi destacado pelas assistentes sociais, também o V1 refere a importância de investir em mais formação para os profissionais que trabalham com esta população – "*Eu acho que carece sempre de… A formação é sempre bem-vinda, e importa que as pessoas cada vez mais tenham formação em áreas muito especializadas e se nós queremos mudar o cuidado, a prestação de serviços aos cuidados, importa que todas as pessoas que vão lidar com esta questão do envelhecimento, tenham uma formação nas várias temáticas que respeitam a essa fase da vida.*" (V1).

O entrevistado identifica a necessidade de humanizar o cuidado prestado pelos vários profissionais que lidam com a pessoa idosa com Alzheimer – "*Temos aqui uma metodologia de referência, de intervenção transversal aos vários profissionais que vão estar envolvidos, obviamente que cada um com o seu nível de intervenção, cada um com o seu olhar intelectual,*

que faz todo o sentido, obviamente, mas que haja este humanizar do cuidado, que se trabalhe nesse sentido." (V1).

O V2 declara que as respostas atuais são "*manifestamente insuficientes*" (V2) e que não são específicas para a população com diagnóstico de doença de Alzheimer, destacando a necessidade de alargamento dos serviços. O entrevistado refere, ainda, que existe falta de formação dos técnicos que trabalham com esta população e que, da sua perspetiva, as respostas que existem, dentro das suas limitações, são de qualidade.

As respostas dos entrevistados encontram-se alinhadas ao referido pelas assistentes sociais e, também, pelos autores mais relevantes do presente estudo. Mais uma vez, e tendo em conta as necessidades e expectativas da população, constatamos que os serviços existentes são ineficazes e inadequados, sendo urgente sensibilizar a sociedade para a importância de equipamentos e modelos de intervenção personalizados à pessoa idosa com Alzheimer e sua família (Agapito, 2015; Mota, 2016 como citado em Ribeiro, 2019).

4.3.5. Contacto com as instituições e respostas dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer

Os governantes locais referiram a existência de uma rede social no concelho, que trabalha as relações com e entre as diferentes instituições.

Neste sentido, a Câmara Municipal é promotora e dinamizadora de diferentes fóruns e plataformas que têm como principal temática o envelhecimento e problemáticas associadas, entre as quais a doença de Alzheimer e outros tipos de demência. O V2 destaca a formação de grupos de trabalho, entre as diferentes respostas sociais do concelho, para a identificação de necessidades das instituições e, consequentemente, possíveis soluções.

Os vereadores destacam, enquanto necessidades principais das instituições, a definição de um plano de prevenção da doença de Alzheimer e a criação de mais respostas para a população-alvo.

4.3.6. Melhoria das respostas dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer e suas famílias

O V1 destaca, mais uma vez, a necessidade de mais formação dos técnicos que trabalham com a pessoa idosa com Alzheimer.

Refere, ainda, a urgência de implementar um plano local para as demências, sendo necessário proceder à auscultação dos vários atores que lidam com esta população, desde a própria pessoa, aos familiares e rede de suporte, às instituições e aos serviços de saúde. Sugere uma avaliação anual do plano de ação, com o objetivo de responder às reais necessidades e à própria evolução do perfil da pessoa com demência ou doença de Alzheimer. A afirmação do

V1 vai ao encontro da urgência em criar um plano nacional de demências e da doença de Alzheimer, no sentido de melhorar os cuidados e apoios nacionais no âmbito desta problemática (Pot & Petrea, 2013).

O V2 sugere a construção de mais equipamentos direcionados à pessoa com diagnóstico de Alzheimer. Destaca, ainda, a insuficiência dos apoios aos cuidadores, pelo que deveria ser um ponto de melhoria e investimento do estado central.

Investir e prestar apoio a pessoas idosas com Alzheimer é um desafio, pelo que é fundamental apostar na formação e qualificação dos profissionais e dos cuidados, e na criação de novos métodos de intervenção e de uma rede mais alargada de serviços exclusivamente destinados a pessoas idosas com doença de Alzheimer (Agapito, 2015; Barbosa et al., 2011 como citado em Loureiro, 2016; Fonseca, 2014; Seoane, 2018).

"*O que é que nós podemos agregar aqui de valor para que a vivência seja com mais dignidade, e com mais cuidado, basicamente, é sabermos humanizar o cuidado que estamos a prestar às pessoas…*" (V1), questiona um dos governantes locais.

Conclusões

"*o envelhecimento trata-se de um processo de diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo.*" (Ermida, 1999 como citado em Drago, 2011:15). De acordo com a Organização das Nações Unidas, em 2020, foram registadas mais de 720 milhões de pessoas com 65 anos ou mais, no mundo inteiro.

A idade avançada aumenta o risco do aparecimento de algum tipo de demência, entre as quais, a doença de Alzheimer, definida como um "*processo neurodegenerativo, que se manifesta, inicialmente, por défices amnésicos e, durante o seu curso, afeta, progressivamente, outros domínios cognitivos, tais como a linguagem, a capacidade visuoespacial e as funções executivas. Numa fase terminal, o doente torna-se completamente dependente*" (Albuquerque et al., 2016 como citado em Medeiro, 2020:11).

Tendo em conta a evolução do envelhecimento e a prevalência da doença de Alzheimer, cuidar de uma pessoa idosa com este diagnóstico exige uma prática centrada na pessoa, pelo que "*O modelo de intervenção tem que ser definido numa perspetiva individualizada, deve variar conforme as necessidades dos utentes e das famílias e de acordo com a fase da demência em que o utente se encontre.*" (Agapito, 2015:82).

A maioria das respostas e instituições que apoiam pessoas idosas com doença de Alzheimer não possuem recursos humanos e estrutura física para prestar serviços de qualidade e que respeitem as necessidades e características desta população. É fundamental evitar a normalização e a adoção de uma abordagem igual a todas as pessoas idosas com e sem doença de Alzheimer, tornando-se urgente a criação de um plano nacional para as demências e doença de Alzheimer, e o investimento em novas estruturas e em centros especializados de apoio a esta doença (Fonseca, 2014; Seoane, 2018).

O papel do Serviço Social revela-se extremamente importante no âmbito desta temática. O assistente social deve basear-se numa intervenção individualizada, através do envolvimento da pessoa e da sua família.

De acordo com a análise dos resultados, consideramos importante destacar alguns aspetos. Constatamos que o número de pessoas idosas diagnosticadas com doença de Alzheimer integradas nas respostas sociais de análise não se revela significativo tendo em conta o número total de pessoas acolhidas. Esta diferença é bastante significativa em duas valências, por

apresentarem características que respondem, especificamente, às necessidades da população com algum tipo de demência.

As assistentes sociais entrevistadas salientaram, enquanto competências principais na intervenção com pessoas idosas com Alzheimer, a adaptação às diferentes realidades da pessoa, a formação sobre a doença de Alzheimer e a proximidade e foco na pessoa idosa com Alzheimer e sua família. Todas as entrevistadas referiram a importância de uma relação de proximidade com a família e do papel desta no processo de intervenção.

Das sete valências identificadas, apenas três apresentam características que permitem responder às necessidades reais da população-alvo (número de auxiliares favorável, tratamento e cuidados próximos à pessoa, envolvimento da pessoa e ações de sensibilização e de formação regulares), o que nos permite concluir que, de uma forma geral, as respostas sociais não estão ajustadas à pessoa idosa com Alzheimer.

Apesar de reconhecerem o envelhecimento e a doença de Alzheimer como prioridades para o Concelho de Cascais, através da criação de programas direcionados à pessoa idosa, sua família e instituições, os governantes locais identificaram a insuficiência das respostas existentes no município para esta população-alvo.

Entre as sete valências, apenas duas seguem como modelo de cuidados e boas práticas, a abordagem centrada na pessoa. As restantes não indicam o modelo de intervenção utilizado e desconhecem algum tipo de modelo de cuidados e boas práticas com pessoas idosas com Alzheimer. Cinco assistentes sociais afirmam que as respostas sociais de análise se encontram articuladas com os cuidados de saúde, nomeadamente, com os centros de saúde locais e com os hospitais.

Entre as respostas das assistentes sociais e dos governantes locais, podemos identificar, enquanto fatores de melhoria nos cuidados à pessoa idosa com Alzheimer e sua família, a sensibilização e formação, o investimento em recursos humanos, físicos e materiais, o alargamento dos serviços prestados e a criação de um plano local para as demências.

Por fim, alguns dos participantes do estudo foram enunciando o trabalho da Associação Alzheimer Portugal e da Câmara Municipal de Cascais, na promoção de iniciativas que qualificam a intervenção com pessoas com diagnóstico de Alzheimer.

Em suma, de acordo com as assistentes sociais e governantes locais entrevistados, afirmamos que as respostas sociais que existem no Concelho de Cascais para as pessoas idosas com Alzheimer não estão ajustadas às necessidades das mesmas e das suas famílias. Assim sendo, torna-se urgente repensar os serviços e cuidados a esta população, mudando o paradigma para uma abordagem centrada na pessoa. É essencial tornar as instituições e serviços em

espaços onde as pessoas se sintam respeitadas e valorizadas na sua individualidade, criando assim, uma comunidade de suporte para o idoso com Alzheimer e sua família.

Existe um longo caminho a percorrer e, como sugestões para o futuro, destacamos, sem dúvida, a criação de um plano de ação para as demências e doença de Alzheimer e o investimento em respostas inovadoras e fraturantes, que garantam a integridade, o bem-estar e a qualidade dos cuidados no âmbito da pessoa idosa com Alzheimer.

Referências Bibliográficas

Agapito, R. (2015). *A adequação do centro de dia a idosos com demência* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Lusíada de Lisboa]. Repositório das Universidades Lusíada. http://hdl.handle.net/11067/2528

Alzheimer Europe. (2019). *Dementia in Europe yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe*.

Alzheimer Portugal. (s.d.-a). *A doença de alzheimer*. Recuperado janeiro 16, 2022, de https://alzheimerportugal.org/a-doenca-de-alzheimer/

Alzheimer Portugal. (s.d.-b). *Boa prestação de cuidados em contexto residencial*. Recuperado janeiro 18, 2022, de https://alzheimerportugal.org/boa-prestacao-de-cuidados-em-contexto-residencial/

Alzheimer Portugal. (s.d.-c). *Criar um ambiente tranquilo*. Recuperado janeiro 18, 2022, de https://alzheimerportugal.org/criar-um-ambiente-tranquilo/

Alzheimer Portugal. (s.d.-d). *Diagnosticar a demência*. Recuperado janeiro 18, 2022, de https://alzheimerportugal.org/diagnosticar-a-demencia/

Antunes, A. M. (2011). *Serviço social: O desafio da intervenção na doença de alzheimer* [Dissertação de Mestrado, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas do Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte. http://hdl.handle.net/10071/4866

Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e a sua evolução. Em Castro-Caldas, A. & Mendonça, A. (Coord.). *A doença de alzheimer e outras demências em Portugal* (pp. 27–40). Lidel.

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 da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. http://hdl.handle.net/10400.5/19357

Carvalho, M. I. de (2013). Um percurso heurístico pelo envelhecimento. Em Carvalho, M. I. de (Coord.). *Serviço social no envelhecimento* (pp. 1–12). Pactor.

Carvalho, M. I. de (Coord.). (2013). *Serviço social no envelhecimento*. Pactor.

Castro-Caldas, A. & Mendonça, A. (Coord.). (2005). *A doença de alzheimer e outras demências em Portugal*. Lidel.

CEDRU. (2020). *Diagnóstico social de Cascais: Ficha de respostas sociais*. http://www.redesocialcascais.net/files/uploads/2020/03/AF_FICHAS-DE-RESPOSTAS-SOCIAIS-PUB-MAR%C3%87O2020.pdf

Department of Health. (2015). *A manual for good social work practice: Supporting adults who have dementia* (W. Lea, Ed.). https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/467401/Office_Dementia_Practice_Guide_Accessible_pdf.pdf

Direção-Geral da Segurança Social. (2022). *Proteção social: Pessoas idosas*. https://www.segsocial.pt/documents/10152/113014/Guia_protecao_social_pessoas_idosas.pdf/d5c582d0-595b-47e9-a650-21bf6035230e

Drago, S. (2011). *A depressão no idoso* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. http://hdl.handle.net/10400.19/1663

Eurostat. (2020). *Population age structure by major age groups, 2009 and 2019 (% of the total population)*. Recuperado janeiro 16, 2022, de https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Population_age_structure_by_major_age_groups,_2009_and_2019_(%25_of_the_total_population).png

Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). *The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia*. *The Gerontologist*, *58*, S10–S19. https://doi.org/10.1093/geront/gnx122

Figueiredo, D., & Sousa, L. (2008). *Perceção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência*.

Fonseca, A. (2014). *Cuidados e demência na terceira idade: Manual prático*. Em *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* (Vol. 18, nº 2). Adrave. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/23417/1/Cuidados%20e%20dem%C3%AAncia%20na%20terceira%20idade.pdf

Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lusociência.

GEP. (2021). Carta social: Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2019. https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocial2019.pdf/6bb19f6c-dd1b-40a3-8a13-d03b8852018e

Gil, A. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed.). Atlas. https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de pesquisa-social.pdf

Gitterman, A., & Germain, C. (2017). *The ecological perspective*.

Gonçalves, S., Gonçalves, J., & Marques, C. (Coord.). (2021). *Manual de investigação qualitativa: Conceção, análise e aplicações*. Pactor.

Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: Sentidos e formas de uso*. Princípia.

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2019). *Estatísticas da saúde - 2019*.

Keating, F. (2017). *Dementia: Challenges for social work education in Europe*. https://pure.royalholloway.ac.uk/portal/files/27079260/Dementia_manuscript_with_title_page_EJSW_31_August.pdf

Knapp, M., & Prince, M. (2007). *Dementia UK: The full report*. https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/201810/Dementia_UK_Full_Report_2007.pdf?fileID=2

Lima, M. F. (2013). *Políticas e respostas sociais de apoio à terceira idade em Portugal: O caso do concelho de Vila Verde* [Dissertação de Mestrado, Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho]. Biblioteca da Universidade do Minho. https://hdl.handle.net/1822/24949

Loureiro, M. A. (2016). *Cuidador formal e a demência de alzheimer* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. http://hdl.handle.net/10198/14349

Manthorpe, J., & Samsi, K. (2016). Person-centered dementia care: Current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*.

Medeiro, V. (2020). *Alzheimer: Sob o olhar de quem cuida* [Dissertação de Mestrado, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas do Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte. http://hdl.handle.net/10071/21153

Minahan, A., & Pincus, A. (2001). *Conceptual framework for social work practice*.

Minkman, M., Ligthart, S., & Huijsman, R. (2009). *Integrated dementia care in The Netherlands: A multiple case study of case management programmes*.

Mouro, H. (2013). Envelhecimento, políticas de intervenção e serviço social. Em Carvalho, M. I. de (Coord.). *Serviço social no envelhecimento* (pp. 17–33). Pactor.

Navarro, N., Marín, I., & Pérez, M. P. (2014). *Atención residencial a personas con demencia: Intervención desde el trabajo social*. https://core.ac.uk/download/pdf/289975287.pdf

World Health Organization [WHO]. (2012). *Dementia: A public health priority*.

Paquete, C. (2020). *Personalidade e doença de alzheimer* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. http://hdl.handle.net/10316/94462

Parra-Anguita, L., & Pancorbo-Hidalgo, P. (2013). *Guías de práctica clínica de cuidados a personas con Alzheimer y otras demencias - Revisión de la literatura*.

Pereira, S. (2015). *Cuidar de idosos dependentes: A sobrecarga dos cuidadores familiares* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p187-202

Pestana, A. L. (2020). *A gestão do apoio a pessoas idosas com doença de alzheimer: O caso do centro de dia "Lugar de Memórias"* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Serviço Social da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia]. Repositório Científico Lusófona. http://hdl.handle.net/10437/11537

Pot, A. M., & Petrea, I. (2013). BUPA/ADI report: *Improving dementia care worldwide: Ideas and advice on developing and implementing a national dementia plan*. London. https://www.alzint.org/u/global-dementia-plan-report-ENGLISH.pdf

Ramos, T. (2017). *Cuidar de idosos com demência: Necessidades de apoio e recursos ótimos de intervenção na perspetiva dos cuidadores formais* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. http://hdl.handle.net/10400.5/14688

Resolução da Assembleia da República nº 133/2010 da Assembleia da República. (2010). Diário da República nº 234, Série I de 03/12/2010. https://data.dre.pt/eli/resolassrep/133/2010/12/03/p/dre/pt/html

Resolução da Assembleia da República nº 134/2010 da Assembleia da República. (2010). Diário da República nº 234, Série I de 03/12/2010. https://data.dre.pt/eli/resolassrep/133/2010/12/03/p/dre/pt/html

Ribeirinho, C. (2013). Serviço social gerontológico: Contextos e práticas profissionais. Em Carvalho, M. de I. (Coord.). *Serviço social no envelhecimento* (pp. 177–199). Pactor.

Ribeiro, M. (2019). *"Boas Práticas" nos cuidados formais a pessoas idosas: A perspetiva dos profissionais e das pessoas idosas* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. http://hdl.handle.net/10400.5/19283

Rosa, M. J. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Segurança Social. (2021, abril 15). *Idosos*. Recuperado janeiro 17, 2022, de https://www.seg-social.pt/idosos

Seoane, I. (2018). *Qualidade de resposta social para pessoas idosas: Uma análise comparada de centros de dia no concelho de Oeiras* [Dissertação de Mestrado, Departamento de Ciência Política e Políticas Sociais do Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte. http://hdl.handle.net/10071/18776

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções*. Quarteto.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.

Serviço Nacional de Saúde. (2016). *Bases para a definição de políticas públicas na área das demências*.

Silva, D. (2015). *A perceção da doença de alzheimer pela família cuidadora: Um estudo de caso* [Dissertação de Mestrado, Departamento de Ciências Políticas e Políticas Públicas do Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte. http://hdl.handle.net/10071/10025

Silva, J. I. (2018). *Desenvolvimento local na promoção de bem-estar e qualidade de vida na doença de alzheimer* [Dissertação de Mestrado, Departamento de Economia Política do Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte. http://hdl.handle.net/10071/18585

Sousa, P. (2012). *Cuidados informais na velhice: Um estudo com familiares de idosos com demência* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo] Repositório Científico IPVC. http://hdl.handle.net/20.500.11960/1683

Teater, B. (2014). Social work practice from an ecological perspective. Em *Case studies in social work practice* (3ª ed.). Brooks/Cole. https://www.researchgate.net/publication/264932867_Social_work_practice_from_an_ecological_perspective

The Lancet Public Health. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: An analysis for the global burden of disease study 2019. *The Lancet Public Health*, 7, 105–125. https://doi.org/10.1016/ S2468-2667(21)00249-8

Thelin, A. (2021). Care ethics for supported decision-making: A narrative policy analysis regarding social work cases of dementia and self-neglect. *Ethics and Social Welfare*, *15*(2), 167–184. https://doi.org/10.1080/17496535.2020.1863998

Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI. (2022). *Guia prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* (Nº 37). https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a

United Nations Department of Economic and Affairs, Population Division. (2020). *World population ageing 2020 highlights: Living arrangements of older persons*. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd-2020_world_population_ageing_highlights.pdf

Anexos

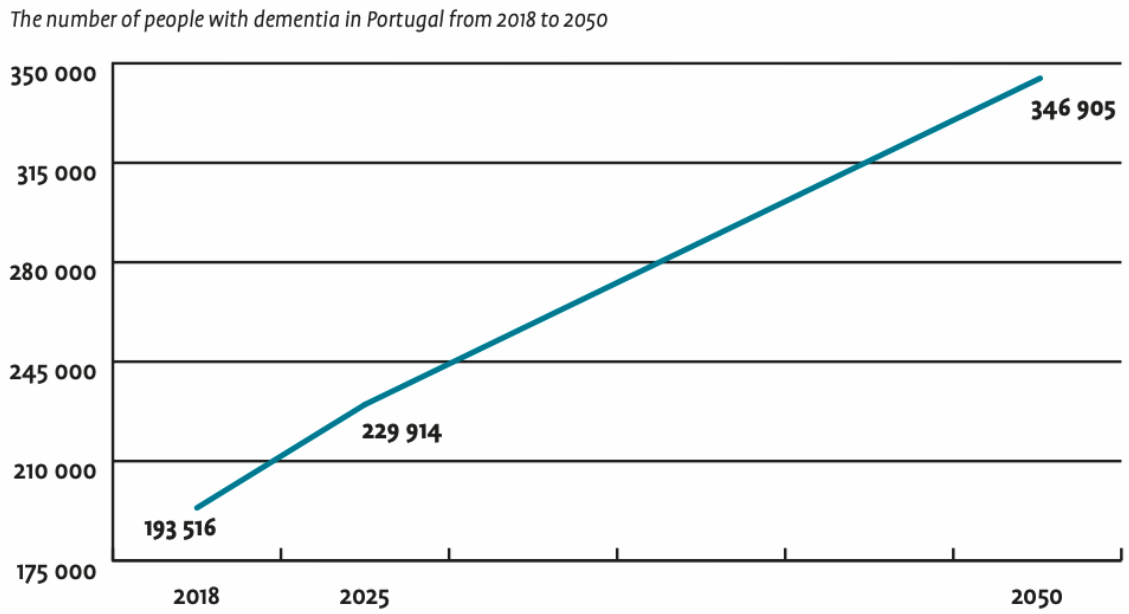
Anexo 1: Estrutura etária da população por grandes grupos etários, 2009 e 2019 (% da população total)

Population age structure by major age groups, 2009 and 2019
(% of the total population)

	0–14 years old		15–64 years old		65 years old or over	
	2009	2019	2009	2019	2009	2019
EU-27 (')	15.4	*15.2*	67.0	*64.6*	17.4	*20.3*
Belgium (')	16.9	16.9	66.0	64.2	17.1	18.9
Bulgaria	13.1	14.4	68.9	64.3	18.0	21.3
Czechia	14.2	15.9	71.0	64.6	14.9	19.6
Denmark	18.3	16.5	65.9	63.9	15.9	19.6
Germany (')	13.6	13.6	66.0	64.9	20.4	21.5
Estonia (')	14.9	16.4	67.6	63.8	17.4	19.8
Ireland	20.6	20.5	68.5	65.4	10.9	14.1
Greece	14.6	14.3	66.6	63.6	18.8	22.0
Spain	14.8	14.8	68.6	65.8	16.6	19.4
France (')	18.5	*18.0*	64.9	*61.9*	16.5	*20.1*
Croatia	15.4	14.4	66.7	65.0	17.9	20.6
Italy	14.1	13.2	65.6	64.1	20.3	22.8
Cyprus	17.7	16.1	69.9	67.8	12.5	16.1
Latvia	14.1	15.9	68.2	63.9	17.8	20.3
Lithuania	15.1	15.1	67.8	65.1	17.2	19.8
Luxembourg (')	18.0	16.1	68.1	69.6	14.0	14.4
Hungary (')	14.9	14.5	68.8	66.0	16.4	19.3
Malta	15.6	13.7	70.1	67.6	14.2	18.7
Netherlands	17.7	15.9	67.3	64.9	15.0	19.2
Austria	15.1	14.4	67.5	66.7	17.4	18.8
Poland (')	15.3	15.4	71.1	67.0	13.5	17.7
Portugal	15.4	13.7	66.5	64.4	18.0	21.8
Romania	15.8	15.7	68.1	65.8	16.1	18.5
Slovenia (')	14.0	15.1	69.7	65.2	16.4	19.8
Slovakia	15.6	15.7	72.1	68.2	12.2	16.0
Finland	16.7	16.0	66.5	62.2	16.7	21.8
Sweden	16.7	17.8	65.6	62.3	17.8	19.9
United Kingdom	17.7	17.9	66.2	63.7	16.1	18.4
Iceland	20.8	19.0	67.5	66.8	11.6	14.2
Liechtenstein	16.4	14.7	70.7	67.3	12.9	17.9
Norway	19.0	17.5	66.3	65.2	14.7	17.2
Switzerland (')	15.3	15.0	68.1	66.5	16.6	18.5
Montenegro	19.6	18.0	67.4	67.0	12.9	15.2
North Macedonia	18.1	16.4	70.4	69.6	11.5	14.1
Albania	23.3	17.2	66.3	68.7	10.4	14.1
Serbia (')	15.3	14.3	67.6	65.2	17.1	20.4
Turkey	26.3	23.4	66.9	67.8	6.8	8.8

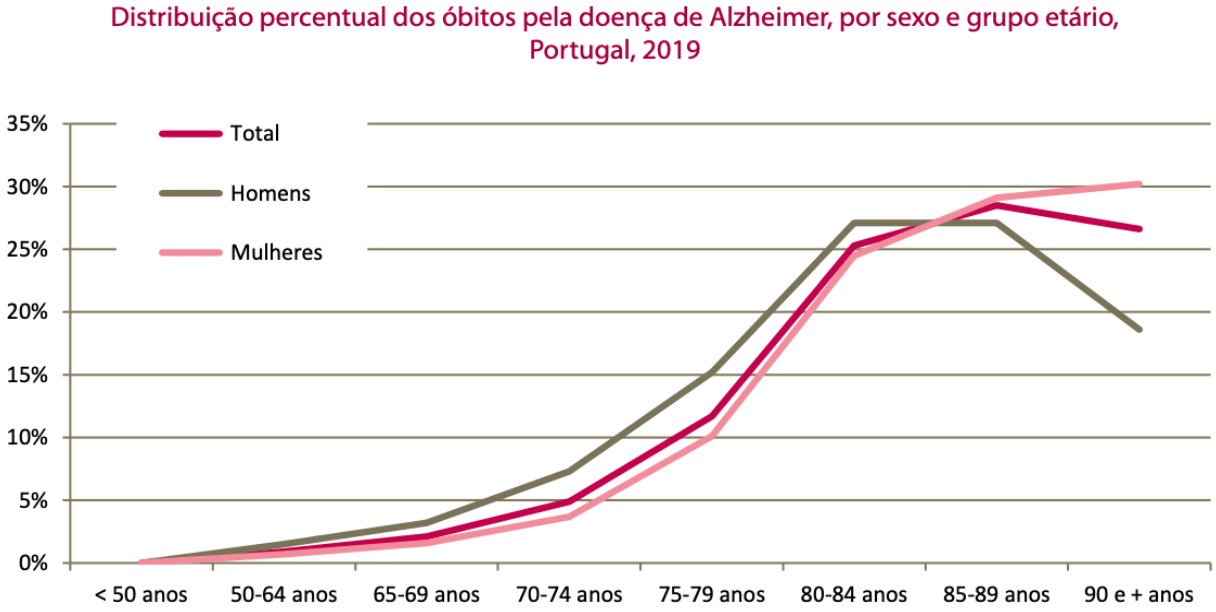
Fonte: Eurostat (2020)

Anexo 2: O número de pessoas com demência em Portugal de 2018 a 2050



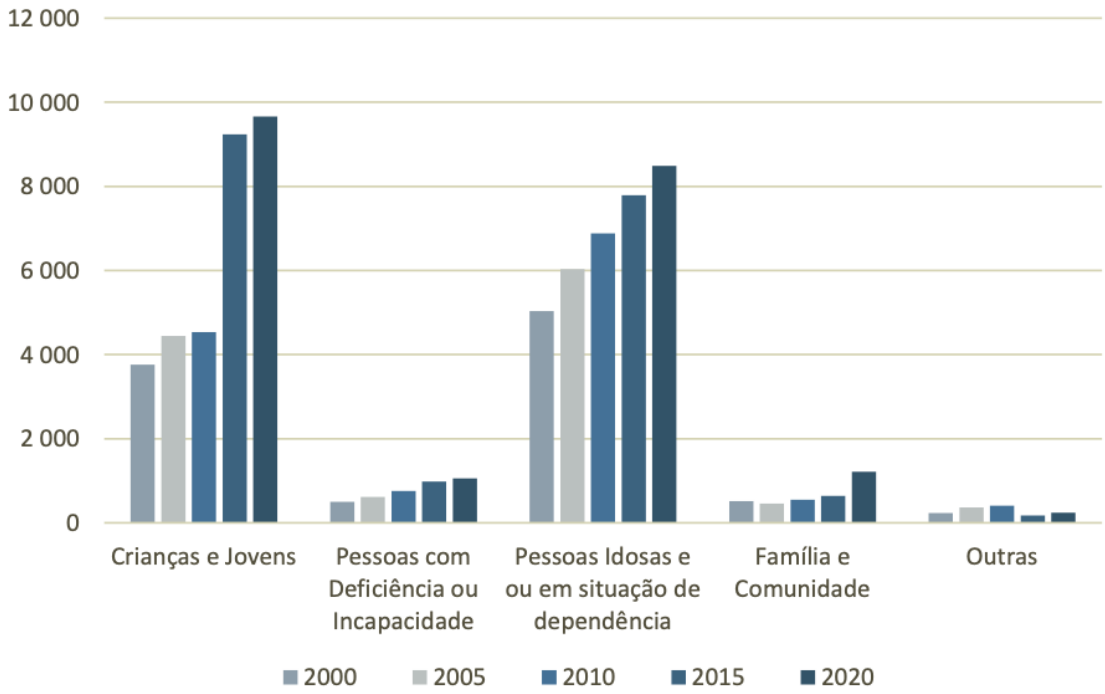
Fonte: Alzheimer Europe, 2019

Anexo 3: Distribuição percentual dos óbitos pela doença de Alzheimer, por sexo e grupo etário, Portugal, 2019



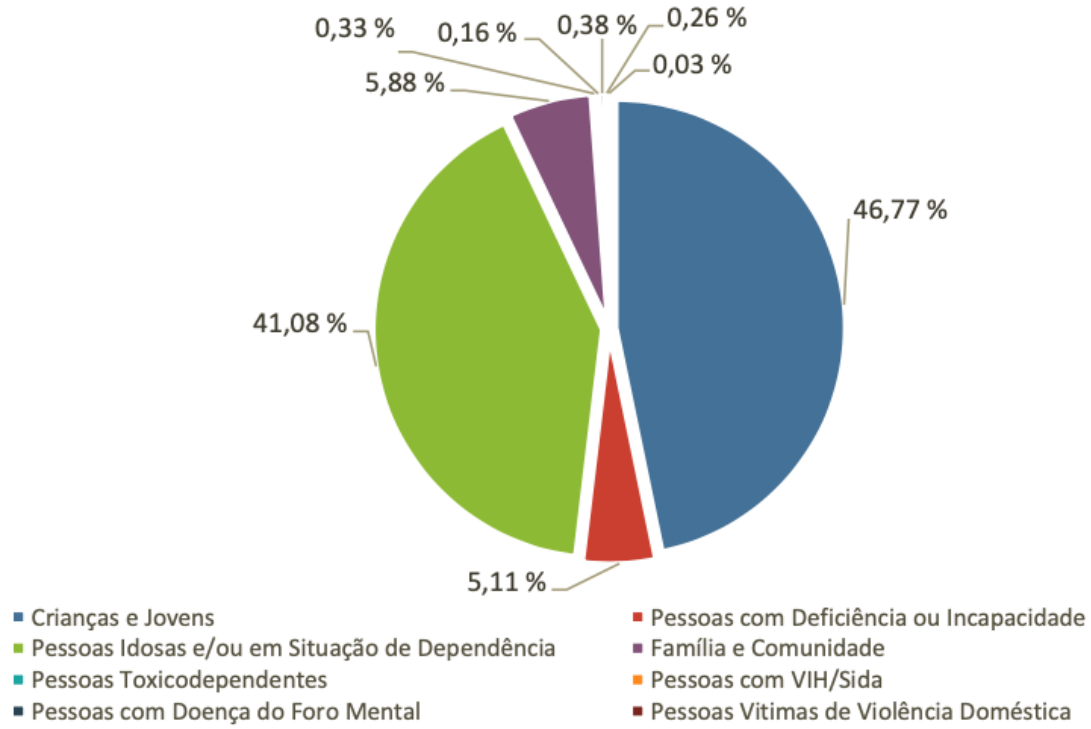
Fonte: INE, 2019

Anexo 4: Evolução do número de respostas sociais, por população-alvo, Continente – 2000-2020



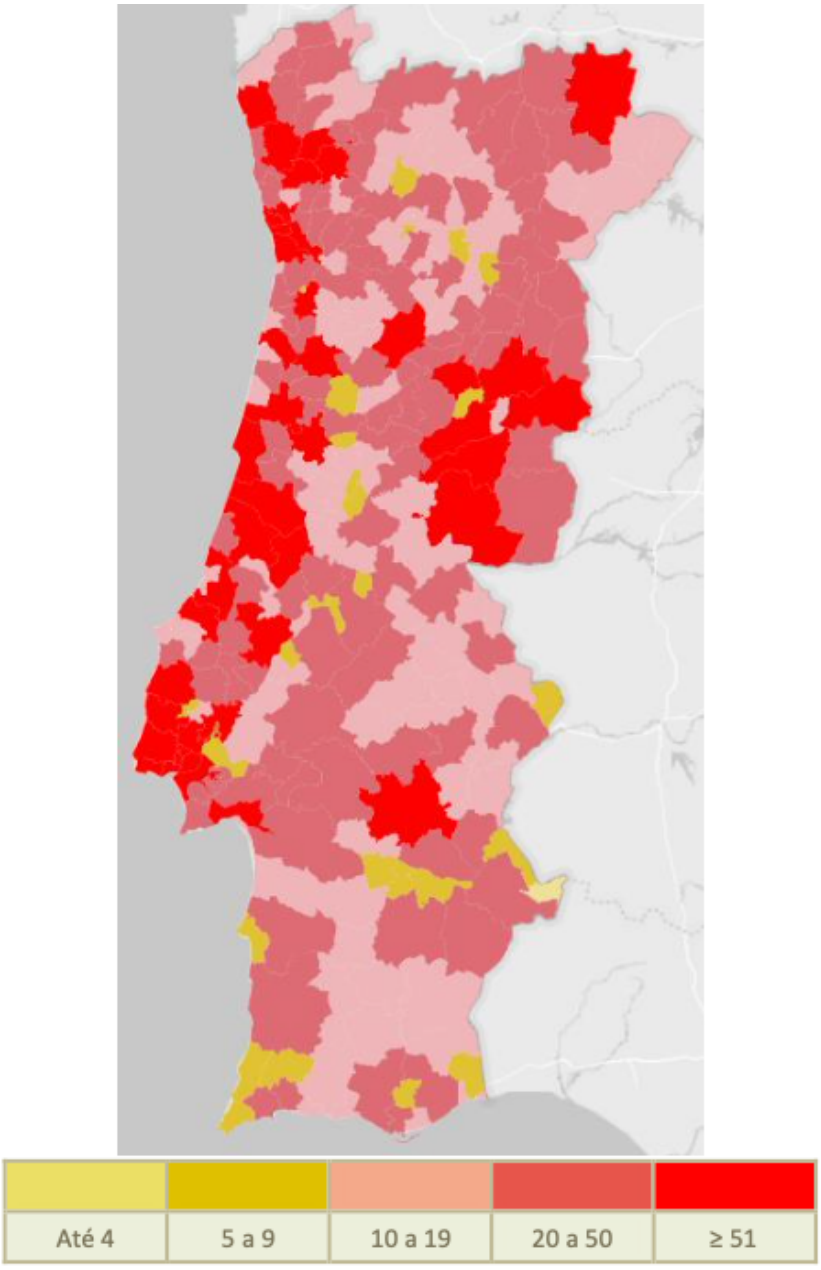
Fonte: GEP, 2021

Anexo 5: Distribuição percentual das respostas sociais por população-alvo, Continente – 2020



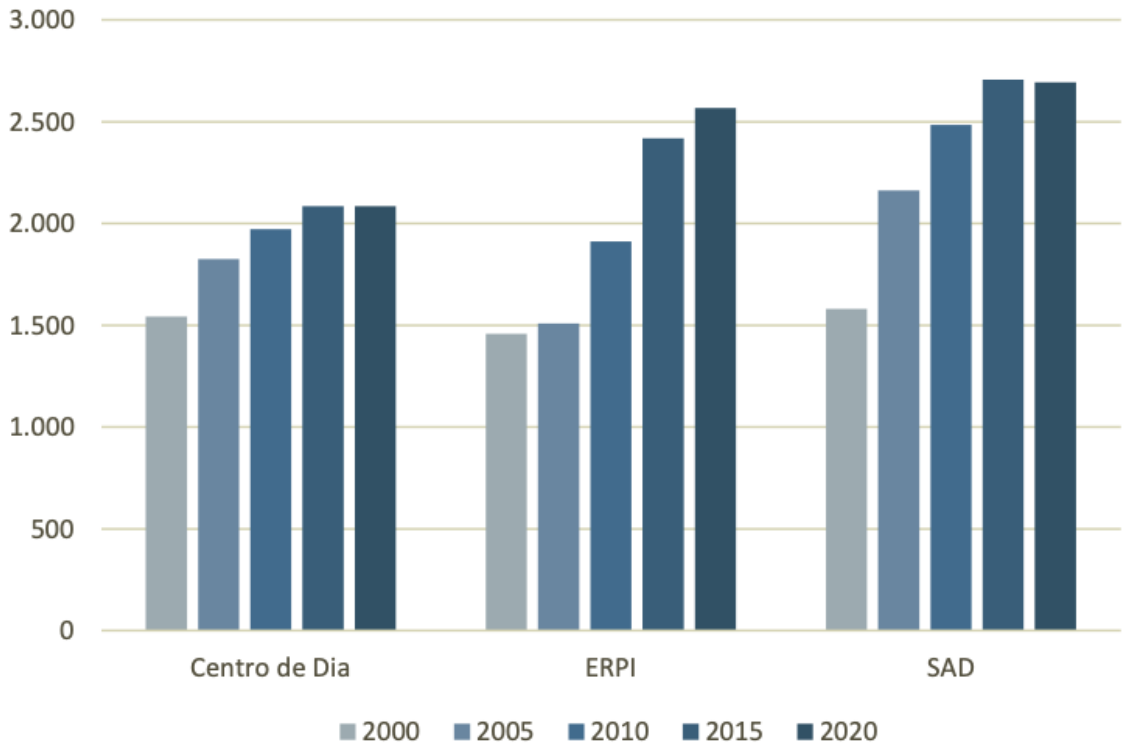
Fonte: GEP, 2021

Anexo 6: Distribuição territorial das respostas sociais para as pessoas idosas, por concelho – 2019



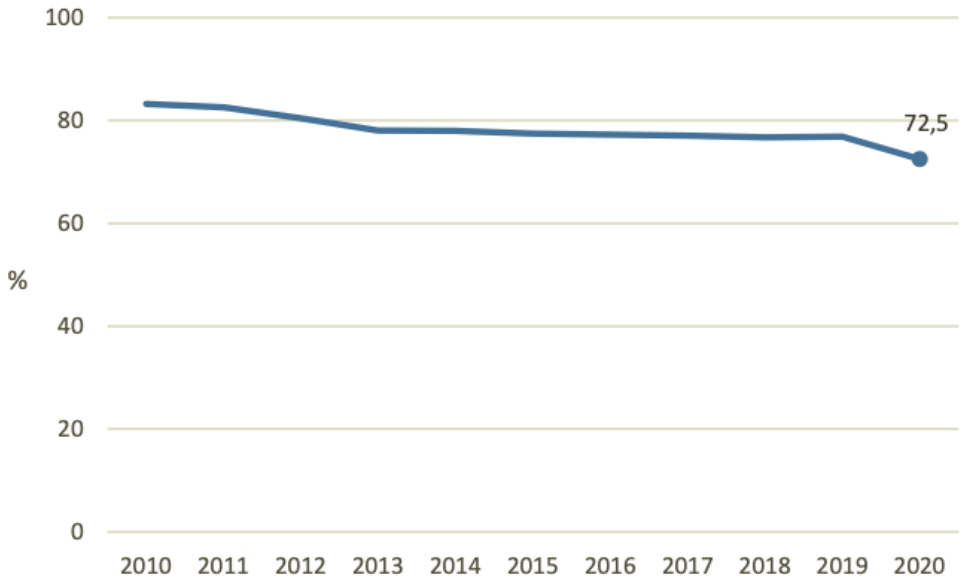
Fonte: GEP, 2021

Anexo 7: Evolução do número das principais respostas sociais para as pessoas idosas, Continente – 2000-2020



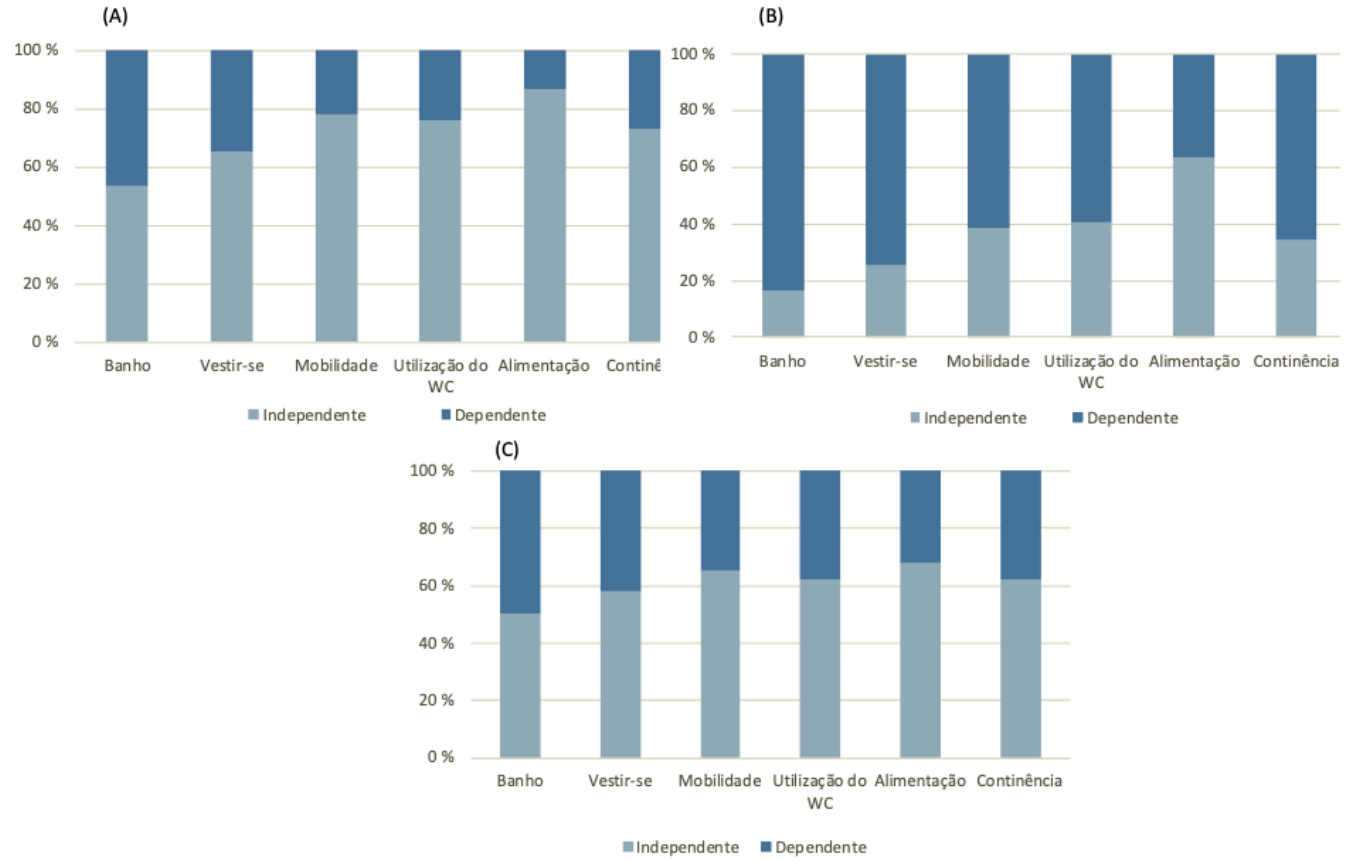
Fonte: GEP, 2021

Anexo 8: Evolução da taxa de utilização das principais respostas sociais para as pessoas idosas, Continente – 2010-2020



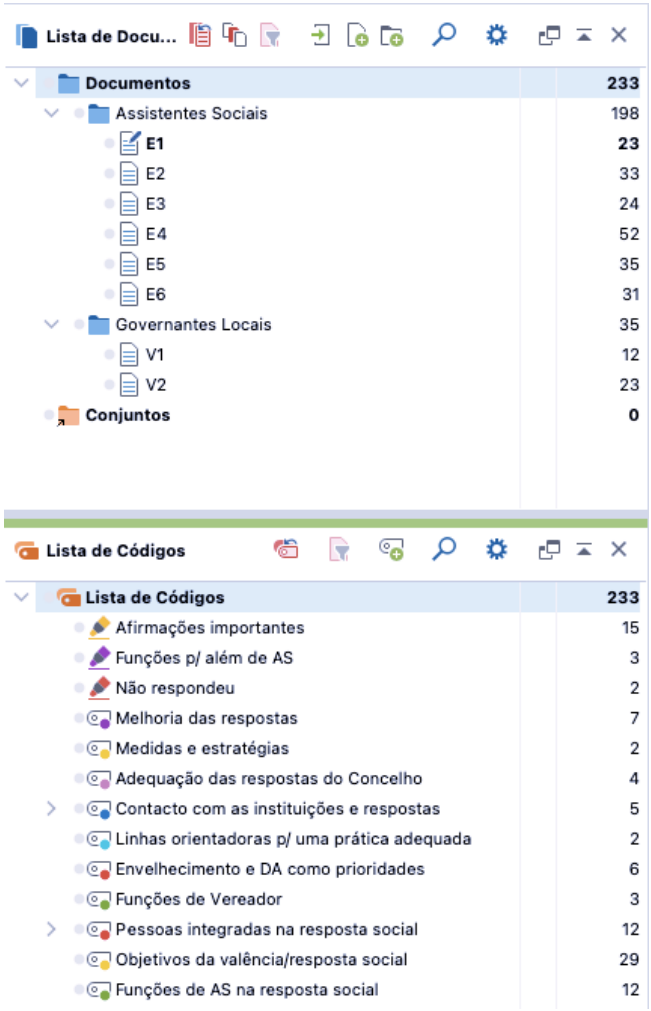
Fonte: GEP, 2021

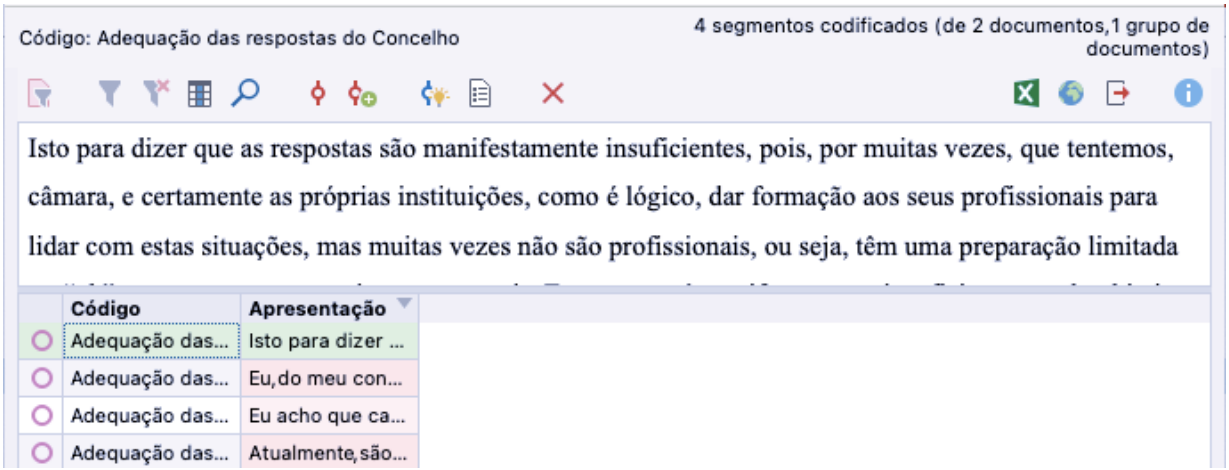
Anexo 9: Distribuição percentual dos utentes em Centro de Dia (A), ERPI (B) e SAD (C) por capacidade de realização de Atividades Básicas da Vida Diária, Continente – 2020

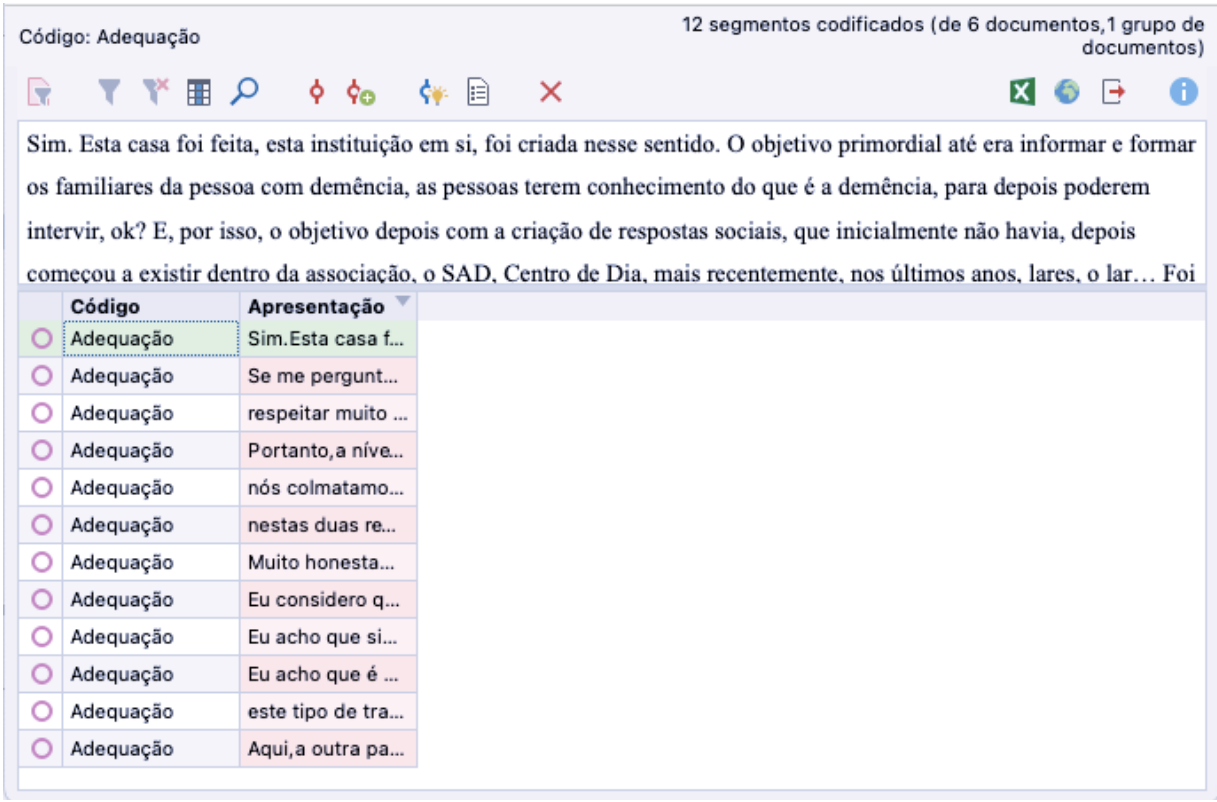


Fonte: GEP, 2021

Anexo 10: Maxqda






Código: Adequação
12 segmentos codificados (de 6 documentos,1 grupo de documentos)
Sim. Esta casa foi feita, esta instituição em si, foi criada nesse sentido. O objetivo primordial até era informar e formar os familiares da pessoa com demência, as pessoas terem conhecimento do que é a demência, para depois poderem intervir, ok? E, por isso, o objetivo depois com a criação de respostas sociais, que inicialmente não havia, depois começou a existir dentro da associação, o SAD, Centro de Dia, mais recentemente, nos últimos anos, lares, o lar… Foi
Código
Apresentação
Adequação Sim.Esta casa f...
Adequação Se me pergunt...
Adequação respeitar muito ...
Adequação Portanto,a níve...
Adequação nós colmatamo...
Adequação nestas duas re...
Adequação Muito honesta...
Adequação Eu considero q...
Adequação Eu acho que si...
Adequação Eu acho que é ...
Adequação este tipo de tra...
Adequação Aqui,a outra pa...

Anexo 11: Consentimentos informados – Assistentes Sociais e Governantes Locais

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo surge no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Serviço Social no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Alexandra Ramos Cortês. O estudo é realizado por Margarida Soares Coelho (contactos), e tem por objetivo *Analisar a adequação das respostas sociais dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer do Concelho de Cascais, face às suas necessidades e das suas famílias, na perspetiva e na prática profissional dos assistentes sociais e dos governantes locais*.

A sua participação no estudo, que será muito valorizada, consiste em fazer parte de uma entrevista, com duração estimada de 1 hora. A participação é estritamente voluntária e poderá interrompê-la em qualquer momento, sem prejuízo para si; é totalmente anónima e confidencial e os dados obtidos destinam-se, única e exclusivamente, para efeitos académicos e científicos, sem qualquer custo associado.

Para facilitação do tratamento de dados, caso esteja de acordo, a entrevista será gravada. Em nenhum momento, será divulgada a sua voz e imagem (se a entrevista for realizada remotamente) na apresentação, análise e tratamento de dados.

Aceito a gravação da entrevista, para o tratamento de dados ___ (colocar uma cruz se estiver de acordo)

Os resultados obtidos poderão ser facultados a todos aqueles que o solicitarem.

Eu, _____, declaro ter compreendido o que me foi apresentado, ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas e para elas ter obtido resposta, pelo que aceito fazer parte do estudo.

Participante: _____

Investigador: _____

Cascais, ___/___/_____

Muito obrigada pela sua colaboração.

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo surge no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Serviço Social no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Alexandra Ramos Cortês. O estudo é realizado por Margarida Soares Coelho (contactos), e tem por objetivo *Analisar a adequação das respostas sociais dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer do Concelho de Cascais, face às suas necessidades e das suas famílias, na perspetiva e na prática profissional dos assistentes sociais e dos governantes locais*.

A sua participação no estudo, que será muito valorizada, consiste em fazer parte de uma entrevista, com duração estimada de 1 hora. A participação é estritamente voluntária, pelo que poderá interrompê-la em qualquer momento, sem prejuízo para si; e os dados obtidos destinam-se, única e exclusivamente, para efeitos académicos e científicos, sem qualquer custo associado.

Caso esteja de acordo, no presente estudo, apenas será revelado o seu cargo político e, para facilitação do tratamento de dados, a entrevista será gravada. Em nenhum momento, será divulgada a sua voz e imagem (se a entrevista for realizada remotamente) na apresentação, análise e tratamento de dados.

(Colocar uma cruz caso esteja de acordo)

Aceito a divulgação do meu cargo político ___

Aceito a gravação da entrevista ___

Os resultados obtidos poderão ser facultados a todos aqueles que o solicitarem.

Eu, _____, declaro ter compreendido o que me foi apresentado, ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas e para elas ter obtido resposta, pelo que aceito fazer parte do estudo.

Participante: _____

Investigador: _____

Cascais, ___/___/_____

Muito obrigada pela sua colaboração.

Anexo 12: Guiões de entrevista – Assistentes Sociais e Governantes Locais

GUIÃO DE ENTREVISTA AOS ASSISTENTES SOCIAIS

A presente entrevista surge no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Serviço Social no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, subordinada ao tema "*A adequação das respostas sociais dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer do Concelho de Cascais: O papel e a perspetiva dos Assistentes Sociais e dos Governantes Locais*", desenvolvida pela aluna Margarida Soares Coelho. O objetivo geral do estudo consiste em – analisar a adequação das respostas sociais dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer do Concelho de Cascais, face às suas necessidades e das suas famílias, na perspetiva e na prática profissional dos assistentes sociais e dos governantes locais, e os objetivos específicos consistem em – identificar e analisar que respostas sociais existem no Concelho de Cascais dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer; analisar a perceção dos assistentes sociais e dos governantes locais relativamente às respostas sociais dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer do Concelho de Cascais; compreender o papel do assistente social no apoio às pessoas idosas com Alzheimer acompanhadas nas respostas sociais identificadas; identificar o papel dos governantes locais relativamente ao tema da doença de Alzheimer no Concelho de Cascais; e compreender se as respostas sociais identificadas estão articuladas e/ou integradas com os cuidados de saúde.

Os atores envolvidos participam no estudo de forma voluntária, pelo que poderão recusar ou interromper a sua participação em qualquer momento da investigação. Todos os dados obtidos serão tratados apenas para efeitos académicos, sendo respeitada a confidencialidade e o anonimato da instituição e dos participantes. Para oficializar esta informação, todos os participantes devem ler e assinar o Consentimento Informado disponibilizado pela aluna.

Caracterização Sociodemográfica do Entrevistado

Nome:

Género:

Idade:

Há quanto terminou a Licenciatura em Serviço Social:

Habilitações literárias:

Há quanto tempo trabalha na instituição:

Resposta Social

Centro de Convívio __

Centro de Dia __

ERPI __

SAD __

Muito obrigada pela sua colaboração.

1. Quantas pessoas estão integradas nesta resposta social?

   1.1. Do total de utentes que frequentam esta valência, quantos têm como diagnóstico clínico a doença de Alzheimer?
2. Quais os principais objetivos desta valência/resposta social?
3. Quais as funções que desempenha, enquanto Assistente Social, nesta resposta social específica?
4. Que competências principais considera que um Assistente Social deve ter na intervenção com pessoas idosas com Alzheimer?
5. Tem alguma formação específica na área das demências/doença de Alzheimer?
6. Considera que a instituição, e que esta resposta social em específico, se adequam às pessoas com doença de Alzheimer? Em que medida, pode dar alguns exemplos?
7. Tem conhecimento de algum modelo de cuidados e boas práticas com pessoas idosas com Alzheimer?

   Se sim, quais são as linhas orientadoras, as atividades e estratégias do processo de intervenção interdisciplinar com estas pessoas?

   Se não, quais considera serem as linhas orientadoras, as atividades e estratégias do processo de intervenção interdisciplinar a desenvolver com estas pessoas? Exemplifique.
8. Que tipo de relação é que a equipa estabelece com a família e rede de suporte da pessoa idosa com Alzheimer?

   8.1. Considera que uma relação próxima com a família e rede de suporte é importante para o processo de intervenção e cuidados com a pessoa idosa com Alzheimer? Em que medida?
9. Considera que a resposta social está articulada e/ou integrada com os cuidados de saúde? De que forma, pode dar alguns exemplos?
10. O que pensa que pode ser feito, na instituição e na resposta social onde exerce funções, no sentido de melhorar os cuidados dirigidos à pessoa idosa com Alzheimer e sua família?
11. Qual a sua perceção relativamente à adequação da intervenção realizada no Concelho de Cascais para as pessoas idosas com Alzheimer e as suas famílias? Pode dar exemplos?
12. Quais considera serem os principais desafios e dificuldades à sua atividade profissional? E, especificamente, com a pessoa idosa com Alzheimer e a sua família?

Muito obrigada pela sua colaboração.

iscte INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA

GUIÃO DE ENTREVISTA AOS GOVERNANTES LOCAIS

A presente entrevista surge no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Serviço Social no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, subordinada ao tema "*A adequação das respostas sociais dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer do Concelho de Cascais: O papel e a perspetiva dos Assistentes Sociais e dos Governantes Locais*", desenvolvida pela aluna Margarida Soares Coelho. O objetivo geral do estudo consiste em – analisar a adequação das respostas sociais dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer do Concelho de Cascais, face às suas necessidades e das suas famílias, na perspetiva e na prática profissional dos assistentes sociais e dos governantes locais, e os objetivos específicos consistem em – identificar e analisar que respostas sociais existem no Concelho de Cascais dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer; analisar a perceção dos assistentes sociais e dos governantes locais relativamente às respostas sociais dirigidas às pessoas idosas com Alzheimer do Concelho de Cascais; compreender o papel do assistente social no apoio às pessoas idosas com Alzheimer acompanhadas nas respostas sociais identificadas; identificar o papel dos governantes locais relativamente ao tema da doença de Alzheimer no Concelho de Cascais; e compreender se as respostas sociais identificadas estão articuladas e/ou integradas com os cuidados de saúde.

Os atores envolvidos participam no estudo de forma voluntária, pelo que poderão recusar ou interromper a sua participação em qualquer momento da investigação. Todos os dados obtidos serão tratados apenas para efeitos académicos. Para oficializar esta informação, todos os participantes devem ler e assinar o Consentimento Informado disponibilizado pela aluna.

<u>Caracterização Sociodemográfica do Entrevistado</u>

Nome:

Género:

Idade:

Habilitações literárias:

Há quanto terminou a sua formação:

Há quanto tempo trabalha na Câmara Municipal de Cascais:

Muito obrigada pela sua colaboração.

1. Enquanto Vereador da Câmara Municipal de Cascais, quais são as suas principais funções?
2. Em que medida é que considera que o envelhecimento e a problemática da doença de Alzheimer são uma prioridade para o Concelho de Cascais?
3. Quais considera serem as principais linhas orientadoras para uma prática adequada às pessoas idosas com Alzheimer e suas famílias?
4. Que medidas e estratégias são adotadas, pelo governo local, para fazer face às necessidades das pessoas idosas com Alzheimer e suas famílias?
5. Tendo em conta que existe, apenas, um equipamento social no Concelho de Cascais, exclusivamente destinado a pessoas com demência (Casa do Alecrim, Alzheimer Portugal), considera que as respostas sociais do Concelho estão adequadas à problemática da doença de Alzheimer?
6. Em que medida é que a Câmara Municipal está em contacto com as diferentes instituições e respostas do Concelho dirigidas a pessoas idosas com Alzheimer?

   6.1. Quais são as maiores necessidades das instituições e respostas no âmbito desta problemática?

   6.2. Que resposta é dada pela Câmara a essas necessidades?
7. O que pensa que pode ser feito, no sentido de melhorar as respostas dadas às pessoas idosas com Alzheimer e suas famílias do Concelho de Cascais?

Muito obrigada pela sua colaboração.