



A importância da Avaliação Diagnóstica na intervenção personalizada

Estágio curricular apresentado para a obtenção do grau de mestre

Nance Lara Lourenço da Fonte

Orientadora – Professora Doutora Sidalina Almeida

2017

Índice

Introdução	- 7 -
Breves notas Metodológicas em torno da metodologia de projeto	- 12 -
Parte I – Diagnóstico social	- 14 -
1.1 O fenómeno do envelhecimento no concelho de Vila Real: as particularidades de um território do interior	- 14 -
1.2. A gestão da velhice num território de interior: a relação com as instituições e as oportunidades de integração social	- 18 -
1.3. APA - a estrutura residencial: política organizacional, práticas de gestão e práticas profissionais na implementação de plano de atividades	- 20 -
1.3.1. Sistema de Gestão da Qualidade & Serviço Social	- 26 -
1.4. Os idosos da APA: histórias e condições de vida atuais:	- 29 -
1.5. Síntese dos problemas identificados e suas causalidades	- 35 -
Parte II – A planificação, execução e avaliação da intervenção realizada na estrutura residencial	- 39 -
2.1 A importância do Diagnóstico Social na planificação da intervenção	- 39 -
2.2 – Uma aposta na avaliação diagnóstica dos idosos na planificação e execução da intervenção	- 43 -
2.2.1 A participação na intervenção de acompanhamento social dos idosos, realizada pela equipa da estrutura residencial	- 46 -
2.2.2 A intervenção da gerontóloga social na avaliação diagnóstica e na elaboração dos planos de desenvolvimento individual	- 57 -
2.2.3 A intervenção da gerontóloga social na implementação das atividades de sensibilização para a saúde e de animação sociocultural	- 63 -
Considerações finais	- 74 -
Referências Bibliográficas	- 82 -
Anexos	- 87 -
Anexo A – Regulamento Interno da APA.....	- 88 -
Anexo B – Ficha de Inscrição	- 89 -
Anexo C – Informação Disponibilizada ao Cliente.....	- 90 -
Anexo D – Avaliação Inicial de Requisitos	- 91 -
Anexo E – Avaliação de Necessidades e Expectativas	- 92 -
Anexo F – Plano Individual de Cuidados.....	- 93 -

Agradecimentos

Este relatório representa o esforço e dedicação dispensados ao longo destes quase dois anos de mestrado, que se tornaram muito importantes na minha vida, não só pela aprendizagem mas, também, pelas pessoas que conheci e experiências que partilhei.

Foram muitas as pessoas que me acompanharam e orientaram para que hoje eu pudesse estar aqui e escrever estas palavras. Todavia não é fácil exprimir toda a gratidão pela amizade, amor, carinho e força que me deram. Portanto, ficam aqui algumas palavras simples, mas sinceras, a todos aqueles que fazem parte da minha vida, me ajudaram e guiaram para ser o que sou hoje.

Agradeço, em primeiro lugar, aos clientes do lar pela forma como me receberam, mas acima de tudo pelos saberes que me transmitiram; à Direção e funcionários por terem contribuído para a realização deste estágio. Um agradecimento especial à Diretora Técnica da APA, Dra. Ana Fundo, pela sua amizade e disponibilidade em me acompanhar e à Enfermeira Sofia Borges pela sua amizade e paciência.

À Professora Doutora Sidalina Almeida pela orientação, disponibilidade, pelos conhecimentos que me transmitiu e pela paciência demonstrada quando este relatório parecia não ter fim.

Seguidamente quero agradecer às pessoas mais importantes da minha vida. Obrigada Mãe por todo o teu apoio, amor e carinho. Obrigada por seres a pessoa mais persistente e maravilhosa que conheço. Obrigada por tantas vezes me dizeres que estou mal e pela força que me dás para conseguir atingir todos os objetivos a que me proponho. Obrigada Pai pela dedicação, pelos valores transmitidos, pelo amor e pelo carinho que me dás todos os dias. Obrigada por todos osãos. Obrigada por seres um super pai. Obrigada aos dois por me proporcionarem esta vida fantástica.

Ao meu namorado pela paciência inesgotável, apoio, carinho e amor demonstrados. Obrigada por acreditares em mim, quando eu não acreditei. Obrigada por seres incansável.

Aos meus familiares e amigos mais próximos. Obrigada por serem meus companheiros e pela lealdade, carinho e apoio sempre demonstrados.

Resumo

Este relatório de estágio foi desenvolvido num Lar de idosos, situado na região de Trás-os-Montes e Alto Douro, mais concretamente na capital de distrito – Vila Real. Estagiando num território do interior, tornou-se pertinente falarmos sobre o envelhecimento nesta zona do país salientando as dificuldades existentes no acesso a bens e serviços, bem como de algumas vantagens em envelhecer neste território. Salientamos o facto de estas zonas serem mais isoladas e terem cada vez menos jovens, tornando-se assim locais mais envelhecidos onde se verifica o espírito de boa vizinhança e solidariedade.

Para além disto defendemos ainda a importância dos diagnósticos sociais para uma intervenção mais personalizada e centrada nas necessidades, gostos e potencialidades dos idosos, uma vez que os lares atuais, incluindo o lar de idosos em estudo, descaram muitas vezes esta ferramenta de intervenção.

Verificamos pois que, muitas vezes, as atividades realizadas não são as mais adequadas para os idosos na medida em que não levam em conta alguns dos aspetos fundamentais para uma boa intervenção e para uma melhoria da qualidade de vida destes. Isto deve-se principalmente ao facto de nem sempre termos em conta que o idoso é um ser biopsicossocial.

Desta forma tornou-se fundamental revermos os diagnósticos sociais da instituição em estudo e atualizá-los com o intuito de conhecermos melhor as histórias de vida dos idosos internados para uma melhor intervenção.

A burocracia imposta, pelas várias entidades competentes, aos lares é um entrave para exercermos aquilo que a Gerontologia defende (uma intervenção mais personalizada, estando mais próxima dos idosos). Percebemos assim que, muitas vezes, o trabalho de gabinete tira tempo precioso aos técnicos. Este tempo poderia ser aproveitado para fazer mais atividades e para estarem mais presentes na vida dos idosos.

Palavras-chave: idosos, lar de idosos, diagnóstico social, relatório de estágio, Gerontologia.

Abstract

This internship report had been developed in a nursing home, located in the region of Trás-os-Montes and Alto Douro, more concretely in the district capital - Vila Real. Staying in an inland territory, it became pertinent to talk about aging in this part of the country highlighting the difficulties in accessing goods and services, as well as some advantages in aging in this territory. We stress the fact that these areas are more isolated and have fewer and fewer young people, thus becoming older places where there is a spirit of good neighborliness and solidarity.

In addition to this, we also defend the importance of social diagnoses for a more personalized intervention focused on the needs, tastes and potential of the elderly, since current nursing homes, including nursing homes, often neglect this intervention tool.

Therefore, we have verified that, often, the activities performed are not the most adequate for the elderly, since they do not take into account some of the fundamental aspects for a good intervention and for an improvement in the quality of life of our elderly. This is mainly due to the fact that we do not always take into account that the elderly is a biopsychosocial being.

Thus, it was fundamental to review the social diagnoses of the institution under study and update them in order to better understand the life histories of hospitalized elderly people for a better intervention.

The bureaucracy imposed by the various competent entities on the homes is an obstacle to exercise what Gerontology advocates (a more personalized intervention, being closer to the elderly). We realize, therefore, that cabinet work often takes precious time from technicians. This time could be spent to do more activities and to be more present in the lives of the elderly.

Key words: elderly people, nursing home, social diagnosis, stage report, Gerontology.

Résumé

Ce rapport de stage a été développé dans une maison de soins infirmiers, situé dans la région de Tras-os-Montes et Alto Douro, en particulier dans la capitale du district – Vila Real. Comme le stage a été effectué dans un territoire de l'intérieur, il est devenu pertinent de parler de vieillissement dans cette partie du pays, soulignant les difficultés d'accès aux biens et services, ainsi que des avantages de vieillir dans ce territoire. Nous soulignons le fait que ces zones sont plus isolées et ont moins de jeunes, rendant ainsi des endroits plus âgés où il y a l'esprit de bon voisinage et de solidarité.

De plus encore, nous préconisons l'importance du diagnostic sociale pour une intervention plus personnalisée et axée sur les besoins, les goûts et le potentiel des personnes âgées, puisque les maisons de soins infirmiers d'aujourd'hui, y compris la maison de soins infirmiers en étude, négligent souvent cet outil d'intervention.

Nous notons que souvent les activités ne sont pas le plus appropriés pour les personnes âgées dans la mesure où cela ne prend pas en compte certains aspects fondamentaux pour une bonne intervention et une meilleure qualité de vie pour nos aînés. Cela est dû principalement au fait de ne pas toujours être conscient du fait que la personne âgée est un être biopsychosocial.

Ainsi, il est devenu fondamental examiner les diagnostics sociales de l'institution en étude et les mettre à jour afin de mieux connaître les histoires de vie des patients âgés admis pour une meilleure intervention.

La bureaucratie imposée par les différentes autorités aux maisons infirmiers est un obstacle à l'exercice de ce que la Gériologie soutient (une intervention plus personnalisée, étant plus proche des personnes âgées). Nous avons remarqué que la bureaucratie tant de fois prend un temps précieux aux techniciens. Ce temps pourrait être exploité pour faire plus d'activités et d'être plus présents dans la vie des personnes âgées.

Mots-clés: personnes âgées, maisons de soins infirmiers, diagnostics sociaux, rapport de stage, Gériologie.

Introdução

O envelhecimento demográfico é atualmente uma das preocupações centrais nas sociedades mundiais, devido às consequências que ele coloca em termos económicos, sociais, culturais e de saúde. Contudo, a temática do envelhecimento é discutida desde sempre (Minois, 1987 *in* Paúl & Fonseca, 2005).

Portugal não foge a esta regra pois, como podemos verificar, tem existido uma grande preocupação em relação aos idosos ao longo dos tempos, apesar de esta ter começado ligeiramente mais tarde, em relação a outros países da União Europeia. A preocupação com este fenómeno foi mais visível a partir da década de 80 do séc. XX quando os equipamentos sociais para idosos começam a ganhar mais expressão, quando no âmbito do tardio e fraco Estado Providência em Portugal se implementam medidas de política social com o objetivo de promover uma maior a igualdade de direitos, a prevenção de problemas da sociedade, a normalização da atividade económica, o combate à pobreza e a oportunidade de participação e proteção dos atores sociais (Costa, 1998).

Segundo Paúl & Ribeiro (2012), “Portugal como o resto do mundo, apresenta um conjunto de desafios não previstos em vários domínios de organização social, desde o mercado de trabalho até à esfera das relações familiares, passando pelo espaço público e político”. Se consideramos os problemas que estão associados ao envelhecimento da população, podemos dizer que o apoio do Estado no bem-estar é de grande importância e tem um papel primordial, mas é insuficiente, sendo essencial a participação de outras fontes: o mercado de trabalho, o indivíduo e a sua rede familiar. Com o envelhecimento populacional, surgiu a necessidade de se ordenar novos cuidados e alimentar a estruturação entre os sistemas sociais e de saúde, para a implementação de políticas sociais de velhice mais coordenadas, eficientes e eficazes. Uma política social refere-se “à ação por parte do governo de providenciar bens ou serviços que promovam a qualidade de vida da comunidade” (Titmuss, 1974:145).

As políticas sociais pretendem definir um plano de ação para atuar em determinado campo, é importante aludir a relevância das políticas sociais no envelhecimento, que se tornam um desafio para as instâncias sociais e políticas. Fernandes (1997) define políticas sociais de velhice como “o conjunto de intervenções públicas ou ações coletivas, que tentam estruturar as relações entre os cidadãos idosos e a sociedade”. Contudo, essas intervenções não têm

assegurado efetivamente os direitos da população idosa, ficando a cargo das instituições da sociedade civil e das famílias uma parte significativa da proteção social aos mais velhos.

Pode dizer-se que atualmente, a responsabilidade de proteção social no sistema português no que concerne aos idosos está repartida entre a família, o Estado e as IPSS, às quais o Estado delega serviços de apoio através de protocolos e pacotes financeiros. Embora este princípio procure que o apoio chegue mais atempado em virtude das IPSS terem um cariz local, este sistema não é perfeito e muitas vezes é deturpado, ficando, de certa forma, a missão destas organizações comprometida, pelo menos em parte, e levando aqueles que estão mais débeis financeiramente a terem maior dificuldade no acesso aos apoios que deviam estar disponíveis para todos. É disso exemplo os critérios de seriação dos idosos para os diversos equipamentos sociais: as instituições particulares de solidariedade social, com a finalidade de um maior equilíbrio financeiro, em situações em que os idosos apresentam motivos que justificariam a entrada no equipamento social, dão muitas vezes prioridade a quem tem maiores recursos financeiros que permita pagar os encargos adicionais da utilização dos equipamentos. É de salientar que no caso português “a Segurança Social é a única entidade estatal responsável por reger as respostas dirigidas especificamente à população idosa (...) por um lado supervisiona e por outro financia instituições com respostas dirigidas às populações mais carenciadas” (Hespanha *et al.*, 2000).

É importante percebermos que no nosso país existem várias respostas sociais para os idosos, que não passam apenas pela sua institucionalização e que, pelo contrário, dão especial atenção à sua permanência no seu meio habitual de vida. Neste contexto, a Segurança Social tem um papel muito importante, pois é ela que fiscaliza todos estes apoios sociais aos idosos, sendo que em Vila Real (concelho em que se situa a instituição onde realizámos o estágio) não é exceção. Nesta cidade, existem vários serviços que prestam apoio tanto aos idosos da cidade como aos idosos residentes em freguesias caracterizadas pela ruralidade, importantes para que todos tenham acesso aos mesmos bens e serviços. De salientar que algumas aldeias, nos arredores de Vila Real, são bastante isoladas sendo importante dar resposta às necessidades destes idosos, que normalmente vivem sozinhos e que estão muito dependentes dos apoios sociais disponibilizados pelas organizações da sociedade civil e pelos organismos públicos.

Todos estes serviços têm como objetivo proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos residentes no concelho e responder a todas as suas necessidades. Contudo, para que tal seja possível, é necessário perceber que cada idoso tem necessidades diferentes, em muito relacionadas com aquela que foi a sua trajetória social de vida, e devemos pensar em cada um

individualmente e não apreender as suas necessidades e problemas de maneira homogénea. Para além disto, e para realizar este relatório, é necessário percebermos que o idoso é um ser biopsicossocial (Paúl & Ribeiro, 2012), ou seja, ao longo do envelhecimento há uma mudança progressiva “na estrutura biológica, psicológica e social” (Carvalho, 2013:83). É importante estarmos cientes de que as necessidades da pessoa não passam apenas pela realização das atividades de vida diárias, mas também pela sua estabilidade emocional e social, ou seja, devemos ser capazes de os ajudar a desenvolver os aspetos biológicos; psicológicos e sociais do processo de envelhecimento

No decorrer do estágio curricular foi possível perceber que o envelhecimento não é igual para todos, ou seja, todos envelhecemos de forma diferente, consoante somos afetados por diversos fatores, tais como: estilo de vida, alimentação, educação, profissão exercida, recursos e bens acumulados ao longo da vida, doenças crónicas, prática de desporto, redes de relações construídas, entre outros (Carvalho, 2013). Neste sentido tornou-se extremamente importante a realização do Diagnóstico Social da população utilizadora da estrutura residencial onde realizámos o estágio, com o suporte numa avaliação de necessidades de cada um dos idosos (e que deve ser a base da estruturação dos Planos Individuais dos idosos), para percebermos melhor a realidade de cada um e prepararmos a melhor intervenção possível. Segundo Guerra (2002), o Diagnóstico Social tornou-se o primeiro instrumento para alicerçar o plano de intervenção que implementámos no decurso do estágio. O diagnóstico social permitiu-nos identificar as necessidades e os problemas dos idosos e também compreender a multiplicidade de fatores que em interdependência estão na sua origem, dito de outra forma permitiu-nos conhecer a realidade social e interpretá-la, identificar vulnerabilidades e ameaças, bem como potencialidades e oportunidades que devem ser mobilizadas nos idosos, nas suas famílias e na própria estrutura residencial que os acolhe.

Assim sendo, este relatório centra-se na importância do Diagnóstico social e particularmente no reconhecimento da avaliação diagnóstica das necessidades dos idosos em contexto de estrutura residencial para a construção de planos de desenvolvimento individual para os idosos que integrem o plano de cuidados e as diversas atividades de ocupação do tempo. O gerontólogo social para pensar a sua intervenção deve, portanto, pôr em prática a metodologia de projeto que deve dar também importância, além do diagnóstico social e da planificação e da execução da intervenção, à avaliação que deve ocorrer em todas as etapas do projeto. Pois, sem esta avaliação seria impossível replanificar o projeto tendo em conta as singularidades do processo de intervenção.

Desta forma, o objeto de estudo do estágio curricular, no âmbito do diagnóstico social, foi essencialmente a avaliação diagnóstica dos idosos da APA. Contudo, para a realização deste relatório foi também importante fazer o estudo de alguns domínios da organização que consistiu em perceber a rotina diária da estrutura residencial, o atendimento aos idosos e suas famílias, as várias atividades realizadas com os idosos, a estrutura da organização e alguns domínios da sua política organizativa, bem como perceber quais as melhorias que poderiam ser feitas. Para além disto, achamos pertinente estudar o local onde a estrutura residencial está inserida, uma vez que esta faz parte de uma freguesia (Lordelo) periurbana de uma cidade com aspetos rurais. Realizados os diagnósticos, a nossa intervenção consistiu essencialmente na elaboração e implementação dos planos de desenvolvimento individual, uma vez que estes se centram no plano de cuidados e nas atividades ocupacionais dos idosos e que são feitos na base das avaliações diagnósticas, que são essenciais para uma intervenção capaz de responder aos problemas e de satisfazer os diversos tipos de necessidades dos idosos: desde aquelas que se prendem com as atividades básicas de vida diária às necessidades de ordem superior, de que são exemplo as necessidades de autonomia, de afiliação social e de expressão emocional (Moos e Lemke, 1994), ou na terminologia de Ander-Egg, as necessidades culturais que se relacionam com os processos de auto-realização e de expressão criativa e que implicam atividades que favorecem a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento do uso crítico da razão, das que permitem o acesso a todos os bens, das que favorecem a expressão (desenvolvimento de linguagens criativas), manifestações lúdicas e de criação de âmbito de encontro e de comunicação que favorecem a vida associativa (Ander- Egg, *cit in* Serrano, 2008).

Apropriando-nos deste entendimento de necessidades, além desta intervenção de acompanhamento individual dos idosos, elegemos também a intervenção com grupos, fazendo atividades de animação sociocultural, bem como ações de sensibilização.

Com este relatório pretendemos mostrar que o diagnóstico social e os planos de desenvolvimento individual são de extrema importância para a intervenção com os idosos, uma vez que, através deles, podemos conhecer e perceber quais os seus pontos fortes e os seus pontos fracos e ainda e as suas potencialidades, implementando assim estratégias para melhorar o seu dia-a-dia, reforçar as suas potencialidades e assegurar a sua saúde física e mental.

No que toca à estrutura, o presente relatório encontra-se dividido em duas partes principais distintas, mas sequenciadas:

Inicialmente, damos umas breves notas metodológicas acerca deste projeto. Aqui falamos, de uma forma geral, sobre a metodologia escolhida – o diagnóstico social, os planos de intervenção, a implementação e a avaliação do projeto – uma vez que esta se encontra ao longo de todo o relatório.

Na primeira parte apresentamos o diagnóstico social do território e da instituição. Assim, no capítulo 1.1, fazemos um apanhado geral do fenómeno do envelhecimento em Portugal, seguido da apresentação do concelho de Vila Real, particularmente da vila de Lordelo, onde está sediada a APA. Ainda na primeira parte, capítulo 1.2, abordamos o envelhecimento num território do interior, mostrando as dificuldades em envelhecer nestas zonas mais isoladas, as causas desta realidade, bem como algumas vantagens em viver numa zona do interior.

No capítulo 1.3, apresentamos a estrutura residencial propriamente dita, bem como a sua análise – política organizacional, práticas de gestão e práticas profissionais, onde defendemos a proximidade entre os técnicos e os idosos, ou seja, uma prática organizacional mais humanizada e menos burocratizada. Já no capítulo 1.4 caracterizamos os residentes da APA, procurando reunir algumas notas de caracterização das suas histórias de vida e das suas expectativas da vida no lar. Após esta caracterização fazemos o levantamento dos problemas identificados e suas causalidades, no capítulo 1.5.

Na segunda parte referente à planificação, execução e avaliação da intervenção realizada, centramos a nossa atenção na investigação ação. Assim, no capítulo 2.1, apresentamos uma pequena revisão teórica da importância do diagnóstico social, para a planificação da intervenção. Seguidamente – capítulo 2.2 –, damos especial atenção à avaliação diagnóstica dos idosos na planificação e execução da intervenção. Esta segunda parte termina com a descrição/reflexão das várias atividades realizadas, bem como da sua avaliação.

Finalizamos o presente relatório com as considerações finais, através das quais tentamos refletir um percurso baseado nas expectativas iniciais, nas experiências vivenciadas, destacando as aprendizagens conseguidas e as dificuldades encontradas. Para além disto, perspetivamos ainda novos caminhos de intervenção com o objetivo de melhorar a mesma e os serviços disponibilizados.

Breves notas Metodológicas em torno da metodologia de projeto

Este trabalho pretende dar conta de uma experiência de intervenção social com idosos residentes numa estrutura residencial. Como qualquer trabalho que tenha objetivos de intervenção, apostamos na implementação da metodologia de projeto que implica a elaboração dos diagnósticos sociais, a planificação da intervenção e a sua implementação e avaliação.

O diagnóstico social implica o recurso à metodologia de investigação. Os autores da metodologia de projeto sugerem para a realização do diagnóstico que se recorra a uma metodologia mista que consiste na mobilização de dois grandes tipos de metodologias, a qualitativa e a quantitativa. Assim sendo, para o presente diagnóstico foi utilizada, numa primeira fase, a metodologia quantitativa que consistiu essencialmente no tratamento estatístico de dados do INE sobre a expressão do envelhecimento na região de Trás-os-Montes e de Vila Real, em particular, e numa segunda fase, a metodologia qualitativa, pois permite recolher uma maior quantidade de informação com um grau de profundidade maior e uma informação mais subjetiva que permite identificar o que está por detrás dos comportamentos, sendo que a intenção desta metodologia é compreender e interpretar o sentido da ação – captar o que está subjacente aos atos de determinados indivíduos. Esta abordagem qualitativa, que nos permite olhar para dentro, relaciona-se com universos mais restritos, ou seja, com grupos específicos, onde os contextos sociais são bastante circunscritos, no meu caso os idosos institucionalizados.

Esta metodologia qualitativa contempla diversas técnicas: observação participante, acompanhada sempre pelo registo do diário de campo, conversas formais e informais, entrevistas semiestruturadas, pesquisa bibliográfica e análise documental. Estas técnicas foram fundamentais para recolher e analisar elementos relativos às atividades implementadas dentro da instituição e nas visitas domiciliárias.

As entrevistas estiveram presentes no decorrer do estágio curricular assim como as entrevistas semiestruturadas, “distinguem-se pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e de interação humana (...)” (Raymond Quivy *et al.*, 2003:19). Viabiliza uma maior recolha de informação e um contacto mais espontâneo e aberto com o interlocutor, permitindo captar sentimentos, emoções, frustrações e intenções. A entrevista deve ser preparada antes da mesma acontecer, através de um guião de entrevista como fio orientador.

O diário de campo (instrumento da observação) foi uma ferramenta de registo que acompanhou a aluna estagiária diariamente no campo de intervenção, uma vez que o estágio curricular fornece imensa informação. Assim sendo, é necessário registar tudo que se considera relevante, relatos pontuais, breves descrições ou atendimentos individuais.

Além da realização do diagnóstico social, é fundamental, num estágio curricular, proceder à planificação da intervenção que é realizada a partir de um plano de atividades que tem em conta as maiores dificuldades da Instituição e as necessidades e problemas dos utilizadores e que tem como objetivo colmatar essas mesmas dificuldades.

As atividades concretizadas foram projetadas para facilitar o plano de intervenção, após conhecer algumas características específicas da instituição através de uma análise documental, do conhecimento do regulamento interno, do funcionamento institucional e dos idosos institucionalizados.

Após um conhecimento global da instituição, procedeu-se à redefinição do Plano de Estágio, que definia determinadas atividades interligadas entre si. No âmbito do diagnóstico (e aquando da realização das atividades) tornou-se pertinente um conhecimento mais pormenorizado do funcionamento da instituição e das suas rotinas. Conhecer os documentos envolventes ao processo do idoso, a parte social e administrativa e pensar na intervenção adequada.

O atendimento permite conhecer melhor a população, com o objetivo de conseguir dar respostas às necessidades encontradas, estabelecendo-se primeiramente a empatia.

A visita domiciliária possibilitou recolher dados que sem esta técnica de intervenção não seriam possíveis de obter, uma vez que a pessoa está no seu meio, favorece o atendimento mais humanizado.

O aumento da esperança média de vida vem assim criar novas estruturas familiares, ou seja, as famílias de três gerações ou mais tendem a multiplicar-se. Segundo Roussel (1992:166), “será cada vez mais frequente um homem e uma mulher de 60 anos terem, simultaneamente, uma mãe de 85 anos e um ou dois netos com idade inferior a 10 anos”. É neste contexto que alguns autores falam então dos centenários ou da quarta idade, como é o caso de Ribeiro & Araújo (2012).

Segundo o INE (2014), no ano de 1990 residiam 68 idosos por cada 100 jovens, em Portugal, contudo, nestes últimos anos, estes valores têm-se alterado significativamente.

Segundo a mesma fonte, o ano de 2000 foi o primeiro em que se observou um aumento exponencial do número de idosos no nosso país, tendo este ultrapassado o número de jovens. Em 2014 residiam no nosso país 141 idosos por cada 100 jovens.

Num futuro próximo prevê-se que Portugal mantenha a tendência de envelhecimento demográfico, perspetivando-se que, no ano de 2040, 20,6% da população total portuguesa terá idades superiores a 65 anos; e no ano de 2060 estima-se que serão 307 idosos por cada 100 jovens. (INE, 2014).

Esta questão do envelhecimento e da longevidade humana encontrou-se sempre presente ao longo dos tempos, contudo, como já foi referido ela ganha novos contornos e acentua-se com maior visibilidade nas sociedades industrializadas, uma vez que é nelas que encontramos melhores condições de vida, tanto a nível social como de saúde, que têm reflexos positivos no aumento da longevidade e da esperança de vida.

Apesar de ser um país desenvolvido Portugal é atualmente um país envelhecido, onde existem ainda vários entraves para um envelhecimento saudável e positivo. Isto deve-se, como já foi referido, à insuficiência das políticas para idosos, às suas escassas alternativas para uma melhor qualidade de vida, principalmente nas zonas rurais do interior do país.

Na década de 60 assistiu-se a uma forte migração (jovens saíram das aldeias para as cidades), principalmente para as grandes cidades, Lisboa e Porto, e emigração (jovens saíram para o estrangeiro), na esperança de aumentarem os seus rendimentos e de encontrarem outras oportunidades que favorecessem uma melhor qualidade de vida. Este fenómeno deu origem a várias situações, como: o envelhecimento das populações rurais, o despovoamento das zonas rurais, o abandono das terras, aumentos salariais e falta de mão-de-obra nos campos (Barreto, 1996). Estes fenómenos que situamos na década de sessenta do séc. XX (e décadas seguintes)

têm efeitos hoje na vida das aldeias e da sua população. Segundo Paúl & Fonseca (2005), “muitas das nossas aldeias são terras de velhos”, uma vez que grande parte da população tem 65 ou mais anos. Dados do INE mostram que o índice de envelhecimento, em Portugal, é mais “saliente no Interior do Continente, com particular destaque para algumas NUTTS III (Alto Tâmega, Terras de Trás-os-Montes, Beira Baixa e Serra da Estrela)”, onde foi realizado o estágio curricular. Segundo a mesma fonte, entre o ano 2014 e o ano 2015, o índice de envelhecimento demográfico revela um envelhecimento mais expressivo nas áreas rurais (272,8) do que nas áreas urbanas (128,6), ou seja, o número de idosos por 100 jovens nas zonas do interior era superior a 250. O mesmo documento afirma ainda que “esta maior incidência do envelhecimento nas áreas rurais ocorre em todas as NUTS III do país”, principalmente nas que se mostram mais envelhecidas, como é o caso de Trás-os-Montes.

Em relação a Trás-os-Montes, no ano de 2015, comparando com zonas urbanas da NUTS III, podemos afirmar que estas últimas tinham um envelhecimento de 131,4, enquanto as primeiras tinham 538,0, ou seja, segundo o INE, existe uma assimetria muito expressiva.

Estes dados são importantes uma vez que conhecer o espaço e o meio social onde estão situadas as instituições de apoio aos cidadãos e, em particular aos idosos, é um dos pontos fulcrais para conseguirmos dar resposta às suas dificuldades, pois é a partir deste conhecimento que podemos perceber de que forma o meio influencia a vida das pessoas e que recursos endógenos à comunidade local (nomeadamente as infraestruturas e os equipamentos sociais para idosos) podemos mobilizar para a intervenção social.

O concelho de Vila Real, apesar de ter uma zona urbana, apresenta comunidades locais com características rurais pelo tipo de paisagem que oferece aos seus habitantes e a quem a visita. Este é composto por 20 freguesias, tendo uma população de, aproximadamente, 51.000 habitantes (PORDATA, 2015) para uma área de 378 Km². Destas 20 freguesias, apenas uma é urbana, uma vez que juntaram as três freguesias da cidade (Junta de Freguesia de Vila Real), sendo todas as outras periurbanas ou rurais.¹ Assim sendo, em termos de caracterização sociogeográfica as freguesias do concelho são heterogéneas: o centro da cidade tem elementos predominantemente *urbanos* (com um espaço edificado contínuo, preponderância de edifícios ou instalações comerciais, maior densidade populacional e de tráfico e níveis mais elevados de ruídos) e outras freguesias que constituem um habitat *periurbano*, caracterizado pela existência de arruamentos ladeados de edifícios de vários pisos, pelo desenvolvimento de

¹ Figura 2.

espaços comerciais que mantêm separações entre si e, ainda, de loteamentos de moradias unifamiliares isoladas, num contexto espacial que tende a sobrepor-se aos núcleos rurais e às atividades agrícolas associadas à pecuária; as que podem ser consideradas *rurais* porque a atividade agrícola tem significado e o habitat desenvolveu-se a partir de núcleos centrais com algum valor patrimonial e vias rodoviárias, evidenciando um crescente potencial turístico e um forte investimento na vinha, com uma população disseminada no meio de espaços cultivados ou de espaços abertos, mantendo o habitat rural tradicional, apesar de se desenvolver uma dinâmica de construção de vivendas atípicas.

Conseguimos perceber esta heterogeneidade olhando para a paisagem circundante. Mesmo não afetando a feição urbana, Vila Real é caracterizado por dois tipos de paisagem dominante: a zona montanhosa das Serras do Marão e do Alvão, separadas pela terra verdejante e fértil do Vale da Campeã e os vinhedos em socalco, nas proximidades do Douro. Por toda a parte, existem linhas de água que irrigam a área do concelho, com destaque para o Rio Corgo, que atravessa a cidade num pequeno, mas profundo vale, originando um canhão de invulgar beleza² Temos, assim, a Norte, uma agricultura de montanha, assente na produção extensiva de gado bovino e /ou na policultura voltada para o autoconsumo e, a Sul, a monocultura da vinha para produção de Vinho do Porto, assente em explorações fortemente capitalizadas e também numa agricultura familiar de pequena escala. Paralelamente, existem algumas localidades, que pela sua proximidade à cidade e pelas suas condições climáticas, são produtoras de hortícolas e alfobres para abastecimento do mercado local de Vila Real e mercados vizinhos.

Em Vila Real tem-se observado uma migração populacional das zonas rurais para as zonas urbanas. Simultaneamente, a cidade tem albergado indivíduos de outras nacionalidades, provenientes da Europa de Leste e do Brasil, que vêm com perspectivas de melhor qualidade de vida (Diagnóstico Social, 2011).

A população envelheceu bastante, devido a vários fatores como: o aumento da esperança média de vida, graças aos cuidados médicos, à baixa natalidade, consequência da emancipação da mulher e da alteração dos modelos tradicionais familiares, bem como dos fracos recursos e oportunidades, uma vez que é um dos concelhos menos desenvolvidos da região Norte (Diagnóstico Social, 2004). Segundo o PORDATA, Vila Real tem baixado a sua taxa de natalidade desde 2001, contudo, nota-se um crescimento da mesma a partir de 2014 (26,8%), sendo que em 2015 subiu para 34,4%. A mesma fonte diz-nos que o concelho tem aumentado também o seu índice de envelhecimento, em 2001 tinha 94,7 idosos e em 2015 aumentou para 140,9.

² <http://www.cm-vilareal.pt>.

Apesar disto, o concelho de Vila Real tem apostado no seu desenvolvimento regional, principalmente nos últimos anos, criando novas infraestruturas e serviços: o Teatro Municipal, o Centro Comercial, o Hospital Distrital, a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, entre outros. Esta última trouxe ainda mais habitantes jovens, que acabam por dar vida ao concelho e à cidade em particular.

Tudo isto levou o município a apostar também numa rede de Transportes Urbanos – Urbanos Vila Real, que abrange toda a cidade e que acaba por ser uma mais-valia para a população (tanto para os jovens, como para os idosos), pois é muito mais fácil para as pessoas deslocarem-se.

1.2. A gestão da velhice num território de interior: a relação com as instituições e as oportunidades de integração social

Segundo dados do INE, Portugal vai continuar a envelhecer, principalmente as zonas do interior, já que a maioria dos jovens saem das suas terras à procura de uma vida melhor e de trabalhos melhores. Segundo Paúl & Fonseca (2005), o interior está a tornar-se cada vez mais uma zona envelhecida, “e fracamente povoada” uma vez que os jovens tentam encontrar melhores condições de vida nas grandes cidades e fora do país. Isto deve-se ao facto de nestas zonas de interior não existirem tantas oportunidades de trabalho, não só porque são zonas agrícolas, mas também porque existem poucas ofertas de emprego.

Apesar desta desertificação do interior, “os idosos rurais têm uma rede mais alargada de familiares e amigos”, tendo assim “uma rede mais curta de confidentes” (Paúl & Fonseca, 2005). Podemos assim dizer que nas zonas rurais a intimidade é mais restrita que na cidade, mas que a rede de vizinhança é mais eficaz, uma vez que toda a gente se conhece. Isto permite que estes idosos não se sintam tão sozinhos e isolados. Para além disto, os idosos do interior têm “um nível de autonomia mais elevado” (Paúl & Fonseca, 2005), uma vez que levam uma vida mais ativa no campo e na criação de animais.

Contudo, quem são os idosos rurais ou idosos do interior? É difícil definir o que se entende por idosos rurais, pois estes vão desde idosos residentes em zonas periurbanas e/ou rurais, ou aqueles que vivem em propriedades isoladas. (Paúl & Fonseca, 2005:98).

Segundo Krouts e Coward (1998 in Paúl & Fonseca, 2005), estes idosos têm características e necessidades diversas, apesar dos mitos existentes relativamente aos idosos do campo, como por exemplo:

- Reformam-se em pequenas comunidades, onde se esperam anos de felicidade e contentamento com poucas preocupações e cuidados;
- Têm um forte apoio de redes familiares;
- Têm elevados níveis de saúde e satisfação;
- Vivem em comunidades solidárias;
- Têm pouca necessidade de serviços de apoio;
- Conseguem suprir as suas necessidades porque os custos de vida no campo são mais baixos;
- São parecidos enquanto pessoas e relativamente ao meio em que vivem.

Porém nem sempre isto é verdade, pois as populações rurais debatem-se, muitas vezes, com inúmeras necessidades não satisfeitas, como a ausência de serviços sociais, de saúde e de transportes, que não conseguem dar resposta a todas as pessoas. Para além disto, podemos verificar que estes idosos apresentam também dificuldades económicas evidentes para aceder a equipamentos e serviços afastados da sua zona residencial.

Segundo Paúl & Fonseca (2005:99), também a migração para zonas urbanas veio agravar estas dificuldades, uma vez que “despovoou as comunidades e afastou potenciais prestadores de cuidados familiares”. Esta situação vem assim desfazer o mito de que nas comunidades rurais existe mais apoio familiar, pois os jovens saem daqui à procura de uma melhor qualidade de vida e melhores trajetórias profissionais.

Desta forma podemos considerar que estes idosos, residentes neste tipo de contextos, permanecem “ora entregues a si próprios e/ou aos seus cônjuges e companheiros de uma vida, ora institucionalizados” (Paúl & Fonseca, 2005:100).

Para combater este isolamento e esta falta de bens e serviços, observáveis nas aldeias do interior, mas também no próprio centro urbano, o município de Vila Real tomou algumas medidas, proporcionando aos idosos, bem como às famílias economicamente desfavorecidas, os bens e os serviços e tornando mais fácil o seu acesso, através do Cartão Municipal do

Idoso, gratuito e destinado aos idosos residentes no Concelho de Vila Real, há pelo menos 5 anos, e que são economicamente desfavorecidos. Este cartão tem um conjunto de benefícios em vários bens e serviços, nomeadamente em consultas, transportes públicos, faturas da água, entre outros. Existe ainda a Oficina Domiciliária, que apoia os idosos detentores do cartão acima referido e munícipes com mobilidade reduzida, sendo o seu objetivo realizar reparações nos seus domicílios. Por último, o município desenvolveu o Programa S-Keeper que tem como principal objetivo prevenir a segurança dos idosos do concelho, sobretudo dos que vivem sozinhos. Este programa “materializa-se através da distribuição de aparelhos de alarme, denominados “S-Keeper”, pelos idosos mais doentes e isolados para que possam pedir ajuda”³.

Percebemos também que neste território, sendo no centro urbano, ou nas aldeias em redor, recorre-se, na maioria das vezes, à rede de serviços formal, uma vez que não têm familiares por perto e os seus vizinhos são também envelhecidos. Segundo a Carta Social de Vila Real (2016) os principais serviços da rede formal que podemos encontrar passam pelo Serviço de Apoio Domiciliário (109), Centros de Dia (50) e Estruturas Residenciais (74).

Em suma, podemos concluir que os filhos destes idosos não se tornam, na sua maioria, prestadores de cuidados tendo assim de recorrer à institucionalização dos seus pais e/ou avós, sendo esta entrada para o lar encarada, normalmente, como último recurso, “podendo esta institucionalização não se verificar necessariamente no lar da aldeia” (Paúl & Fonseca, 2005:100). Isto significa que muitos deles acabam por ser institucionalizados nas cidades para estarem mais próximos dos filhos e de outros familiares.

1.3. APA - a estrutura residencial: política organizacional, práticas de gestão e práticas profissionais na implementação de plano de atividades

A APA é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, sob a forma de associação, sem fins lucrativos, regida pelas disposições da lei aplicável e pelos estatutos.

Está localizada na freguesia de Lordelo, distrito de Vila Real e o seu âmbito é de ação nacional. A freguesia de Lordelo pertence à cidade de Vila Real, sendo uma zona periurbana.

³ <http://www.cm-vilareal.pt/index.php/cidadao/coesao-social-e-igualdade/item/534-s-keeper>

Esta tem aproximadamente 3000 habitantes, fazendo com que seja a 18.^a em área, a 4.^a em população residente e a 3.^a em densidade populacional (614,1 hab/km²).

No seu território inclui algumas localidades como Laverqueira (onde fica situada a APA), Cales, Lordelo e Petisqueira. Aqui podemos encontrar ainda o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), a Escola de Enfermagem de Vila Real e a Feira do Levante (que se realiza duas vezes por semana). Para além disto, a vila de Lordelo usufrui ainda dos Transportes Urbanos de Vila Real, que são uma mais-valia para os habitantes, principalmente para as pessoas idosas, permitindo-lhes assim estarem mais próximas de todos os serviços.

É importante frisar que, para além da APA, a freguesia de Lordelo tem ainda outra Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI), pertencente à Santa Casa da Misericórdia.

Esta associação tem como princípios e objetivos a concessão de bens, a prestação de serviços e outras iniciativas de promoção de bem-estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, como por exemplo: apoio à família, apoio à integração comunitária, proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de subsistência ou capacidade para o trabalho, entre outras.

Para a realização dos seus objetivos, a APA propôs-se a criar e manter algumas respostas: creche, infantário, Atividades Tempos Livres (ATL), centro de dia, apoio domiciliário, apoio domiciliário integrado, ERPI, Residências Autónomas, entre outras. Até este momento, a associação tem como respostas ERPI e está a criar as residências autónomas, estando previstas já para o próximo ano⁴.

Apesar de ser seu objetivo, neste momento a APA não tem ainda acordos com a Segurança Social, o que significa que o preço dos seus serviços é fixo. Por outras palavras, não existem ainda tabelas de comparticipação dos utentes em conformidade com os seus rendimentos.

De acordo com o seu regulamento interno⁵ e com a observação participante realizada pela aluna ao longo do estágio, até ao momento a APA presta os seguintes serviços, incluídos na mensalidade:

- Alojamento;
- Alimentação (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e reforço alimentar ao deitar);

⁴ Anexo A – Regulamento Interno da APA

⁵ Anexo A – Regulamento Interno da APA

- Cuidados de higiene e conforto;
- Cuidados de saúde e enfermagem (médico 1 vez por semana e enfermeira diariamente);
- Lavagem e tratamento de roupa;
- Pedicure/Manicure.

Tem como atividades principais:

- Atividades de Animação Sociocultural, Recreativa e Ocupacional;
- Assistência Espiritual.

A associação facilita ainda acesso a um conjunto de atividades e serviços que não se encontram incluídos na mensalidade e que poderão ser usufruídos mediante o pagamento das mesmas:

- Consultas de especialidades médicas;
- Serviço de cabeleireiro;
- Atividades culturais e de lazer externas;
- Serviços de manicura/pedicura (caso seja fora da Residência);
- Serviço de fisioterapia;
- Transporte para fora do concelho de Vila Real;
- Transporte de ambulância;
- Aluguer de aparelhos hospitalares (ex. oxigénio);
- Requisição de ajudas técnicas;
- Medicação e fraldas;
- Entre outros.

Esta prestação de serviços é muito importante para a satisfação das necessidades básicas dos idosos institucionalizados, contudo, não se trata só de satisfazer estas necessidades, mas também proporcionar bem-estar a todos os níveis aos idosos. Não devemos esquecer que estes são seres biopsicossociais, ou seja, o seu bem-estar não passa apenas pelas suas atividades básicas, mas também pelas suas necessidades sociais e psicológicas, muitas vezes não levadas em conta.

Podemos assim afirmar que, apesar dos investimentos político-institucionais realizados para afastar os atuais lares de idosos dos antigos asilos, a realidade é que a institucionalização pressupõe um conjunto de etapas difíceis para o idoso: a saída do seu ambiente natural de vida

põe em causa a sua integridade, a privacidade, a independência e as suas rotinas diárias bem como as suas interações modificam o estilo de vida a que os idosos estavam habituados. Podemos assim dizer que o funcionamento dito “normal” das instituições está assente na prestação de serviços que visam as necessidades biológicas da pessoa e no cumprimento das regras pelos internados, em detrimento das necessidades de sociabilidade, de participação e de autorrealização e da estimulação da atividade dos idosos e do respeito pela sua individualidade (Gros, 2009).

Verificamos, desta forma, que algumas das características das “instituições totais”, definidas por Goffman⁶, são ainda visíveis nas instituições atuais, uma vez que a institucionalização significa que a vida do idoso passará a decorrer quase exclusivamente num único lugar, regida por regras implementadas pela instituição onde se encontra e não por ele próprio, o que fará com que o idoso deixe de ter controlo sobre a sua própria vida (porque não toma decisões sobre muitos dos seus aspetos nem sobre a vida da organização que o acolhe) e que fique cada vez mais isolado do mundo exterior. Segundo o autor, em todas as instituições está enraizado o “fechamento” que é simbolizado “pela barreira à relação social com o mundo externo, por proibições a saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico - por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos” (Goffman, 1996).

Para além disto, e como já foi referido, o dia-a-dia do indivíduo é vivido no mesmo local, não tendo atividades fora da instituição. Esta situação pode gerar mal-estar nos idosos, uma vez que, anteriormente, as suas atividades de vida diária eram realizadas em locais diferentes, ou seja, trabalhavam, comiam e dormiam em locais diferentes, interagindo com pessoas diferentes e com quem quisessem estar.

Apesar de ser uma instituição recente, a APA pauta-se também por algumas destas características e regras. Verificamos logo esta situação na rotina diária da instituição que começa com o acordar, às 07:30h da manhã. Nesta altura fazem-se as higiènes pessoais (oral, facial e corporal) e mudam-se as fraldas. De referir que cada cliente tem o seu banho geral duas vezes por semana. A partir das 08:30h até às 09:30h tomam o pequeno-almoço, dirigindo-se de seguida para as salas de convívio, onde realizam atividades de animação sociocultural ou de reabilitação psicomotora. Durante a manhã, quase todos os clientes permanecem nas salas de convívio, enquanto as colaboradoras procedem à higienização dos quartos e casas de banho. Diariamente é medida a tensão aos clientes hipertensos (e uma vez

⁶ Na sua obra *Manicômios, prisões e convento*

por semana aos que não são hipertensos) e a glicémia aos clientes diabéticos (uma ou duas vezes por mês mede-se a todos os clientes). Ao meio-dia é servido o almoço, no refeitório, ou então é levado o almoço aos quartos das pessoas acamadas. As ementas são realizadas pela Nutricionista, pela Diretora Técnica e pela Chefe dos Serviços Domésticos, de duas em duas semanas, dando especial atenção aos doentes renais e diabéticos. Após o almoço regressam às salas de convívio, na continuação das atividades iniciadas de manhã ou optam por passeios pela Vila ou pela Cidade, idas ao café, conversas informais com os clientes, jogar às cartas, ver televisão, entre outras. No correr destas atividades fazem intervalo para o lanche, às 16h00, no refeitório, ou fazem piquenique, caso sejam atividades ao ar livre. O jantar é servido às 19:00h, no refeitório, e a medicação, ao contrário do pequeno-almoço, almoço e lanche (que é administrada pela Enfermeira ou pela Diretora técnica), é dada pela responsável de turno. Após o jantar, a maioria dos clientes prefere ir para o quarto, contudo, uma pequena parte dos mesmos reúne-se na sala, para ver as notícias ou outro programa.

Segundo Guedes (2012, p. 39) alguns dos efeitos da regulamentação dos lares “podem impedir os indivíduos de organizarem as atividades mais triviais de acordo com a sua vontade, limitando-os em termos de autonomia de ação”, nomeadamente no que respeita aos horários das refeições, de dormir, de aceder à residência, de realizar atividades de lazer e TV, entre outros.

A medicação é feita todas as segundas-feiras à tarde, pela Enfermeira e a DT. As consultas aos idosos são realizadas todas as quartas-feiras de manhã, sendo que a Enfermeira da Instituição faz uma triagem previamente, de forma a perceber quais as necessidades e problemas dos clientes e, assim, sinalizar os casos mais urgentes e que necessitam de cuidados.

Para além disto, é importante não esquecer os registos diários, que são a base para o funcionamento de uma instituição. Estes registos permitem que todos os funcionários da Instituição tenham conhecimento das atividades e acontecimentos que decorreram ou irão decorrer na APA, no sentido em que todos os técnicos devem estar informados sobre alterações de saúde, rotinas/ou medicamentos. Desta forma, torna-se mais fácil perceber quais as necessidades de cada cliente e adequar as atividades a cada pessoa. No caso da APA, todos os acontecimentos devem ser registados em documentos oficiais aprovados pela Direção da instituição. Assim sendo, as colaboradoras têm a seu cargo os PIC (Plano Individual de Cuidados), que contêm toda a informação de cada um dos clientes. Estes estão guardados ao

lado da cama de cada cliente e contêm o seu nome, alimentação recomendada, higiene, saúde e medicação, incluem as folhas de registo de administração destas componentes, folhas de material utilizado e de posicionamentos (no caso de pessoas acamadas). É obrigatório o seu registo diário e permanente, feito com assinatura das funcionárias que realizaram as tarefas. O livro de registo é também imprescindível na APA e é utilizado tanto pela equipa técnica como pela equipa auxiliar. Nele são escritas todas as informações que se consideram pertinentes, como por exemplo, a chegada de um novo cliente (acolhimento), uma queda, uma melhoria ou pioria do estado de saúde de algum idoso, entre outras, para que todas as colaboradoras tenham conhecimento. É crucial que a informação seja registada, uma vez que as colaboradoras trabalham por turnos e, muitas vezes, acabam por não contactar presencialmente. Assim sendo, o livro de registos da APA encontra-se no balcão do hall de entrada da instituição, pois deve estar visível e acessível, para que todas as colaboradoras acessem à informação. Para além deste existe também o livro de Registo de Visitas, onde se registam todas as entradas e saídas de familiares, amigos, vizinhos, entre outros, dos residentes.

As visitas são muito importantes para os idosos, uma vez que é desta forma que conseguem manter o contacto com os seus entes queridos e amigos, bem como manterem-se integrados na comunidade e na sociedade. Segundo Paúl & Fonseca, “a existência de uma rede social de apoio informal, constituída por familiares, vizinhos e amigos, é geralmente considerada como um bom indicador de saúde mental e um ótimo prognóstico de bem-estar”, ou seja, as saídas da Instituição com os familiares e amigos, bem como as suas visitas, permitem que os idosos se sintam ainda parte sua rede social. É importante registar ainda a saída dos Clientes, quer seja para ir a uma consulta com pessoa externa à instituição, ou para ir passar o fim-de-semana ou o dia fora. Neste registo deve constar a informação do tempo que vai estar fora, quem foi buscar o cliente, data de saída e data de regresso e medicação que precisará para o tempo que estiver ausente da instituição.

Cada idoso tem ainda o seu Processo Clínico, composto pela toma medicamentosa atual do cliente, relatórios médicos de acompanhamento, análise e exames, e que deve estar sempre atualizado. Este é levado a qualquer consulta ou urgência que o idoso vá, e nessa saída é sempre acompanhado por uma colaboradora. Estes registos referidos no corrente texto são os mais relevantes, uma vez que contêm a informação necessária de cada idoso, sem esquecer a avaliação diagnóstica, que irá ser falada mais à frente.

1.3.1. Sistema de Gestão da Qualidade & Serviço Social

Com a globalização, o Serviço Social tem sofrido alterações no que se refere à sua base de sustentação, nomeadamente no que se refere ao seu objeto de intervenção, uma vez que este está a tornar-se cada vez mais um trabalho burocratizado – fazendo aumentar o trabalho de gabinete - e retirando o tempo necessário aos profissionais para acompanhar os idosos. Involuntariamente assiste-se assim a uma “desqualificação da profissão através da perda de controlo sobre o seu objeto de intervenção pelas constantes fragmentações sofridas ao longo do processo de globalização”. (Iamamoto, 1996:87). Segundo Amaro (2009:39) o Serviço Social atual é “um processo de burocratização das práticas e em paralelo da profissão, que foi ganhando cada vez maior expressão com a instauração e expansão do modelo de Estado Providência em Portugal”. Ambas as autoras entendem, não falando diretamente na certificação, mas na burocratização que se tem vindo a impor no exercício do Serviço Social, que esta prática anula muitas vezes a autonomia e a intervenção própria do assistente social. Isto significa, que o técnico passa demasiado tempo com a parte burocrática, acabando por descuidar a sua intervenção (o acompanhamento efetivo dos indivíduos) – o indivíduo. Posto isto é importante percebermos que este não é o único técnico capaz de solucionar os problemas dos mais velhos. Hoje em dia temos outros técnicos capazes de dar resposta às necessidades dos idosos, deixando assim mais tempo para os TSSS se preocuparem com as tarefas de natureza mais burocrática, como é o caso dos Gerontólogos (que nem sempre são percebidos como os técnicos mais indicados para responder às várias necessidades apresentadas). Segundo Pereira (2012), as novas profissões são constantemente questionadas acerca da sua “pertinência social real e simbólica no contexto das profissões e ocupações já existentes” (Pereira, 2012:27), ou seja, muitas vezes os técnicos com estas profissões não são entendidos como os mais adequados e com mais conhecimento para lidarem com várias situações e responderem a diversas necessidades, dando-se especial crédito a licenciaturas anteriores ou já conhecidas.

Verificamos um conflito entre o que o assistente social pensa sobre o que deveria ser a sua atribuição e as limitações sociais e institucionalmente impostas. Esta situação vai de encontro à opinião de Menezes (2001:127) ”a prática profissional desenvolve-se em organizações e estas na sua maioria são dominadas por características burocráticas, deverá o assistente social estar consciente desta realidade, tendo a percepção de como é que através dos conhecimentos, poderá minorar os limites que a mesma impõe á sua intervenção”. Podemos assim defender mais uma vez que o gerontólogo pode e deve fazer parte da equipa técnica de qualquer

instituição e/ou associação de idosos, uma vez que tem um quadro de valores próprios que fará com que esteja mais envolvido com os idosos e tem conhecimentos académicos para colocar em prática várias técnicas e programas (Pereira, 2012). Isto significa que o gerontólogo tem conhecimentos de diferentes áreas científicas, importantes para um bom desempenho no seu trabalho, e para integrar e/ou liderar equipas interdisciplinares.

A certificação pela qualidade é crucial numa instituição, reflexo do trabalho árduo que é necessário impor e do valor que se dá à qualidade dos serviços prestados, bem como a melhoria contínua das condições de vida dos clientes. No entanto, há um rigor que por vezes parece exagerado, na medida em que tudo é sistematizado. As organizações melhoram sem dúvida com estas mudanças e mostram que por vezes podem ser úteis e que produzem melhorias. Contudo, e como já foi referido, coloca também em dúvida o espaço dos vários técnicos, qualificados, no sentido em que tendencialmente se verifica uma redução do trabalho social humanista passando para um trabalho social mais burocrático. Os técnicos têm agora de seguir certos critérios e exigências relativamente à sua profissão, que reduzem involuntariamente a prática humanista e muitas vezes o agir autonomamente perante diversas situações. Ainda na opinião de Amaro (2009:39) “as práticas profissionais dos assistentes sociais têm vindo a pautar-se pelo procedimentalismo, pela lógica de gestão, por critérios de eficiência e eficácia, por uma preocupação com a otimização dos recursos e do tempo, que se tem revelado pouco capaz de integrar uma sensibilidade para o outro na sua circunstância, na sua complexidade e especificidade”. Sendo a certificação um marco de positividade, pode comprometer o tempo disponível para a relação humana, devido a escassez de oportunidade e a mecanização das tarefas. Contudo, “é fundamental pensar a intervenção não só em termos assistenciais, mas também em termos de autonomia, capacitação, emancipação e participação” (Pinto,2013:58).

Apesar de ainda não ser certificada, a APA pauta-se por esta lógica de Gestão e Qualidade, notando-se algumas alterações no que se refere aos registos de ocorrências, para haver um maior controlo do que acontece, evitando falhas e assumindo-se responsabilidades. Acaba por ser a prova escrita das ocorrências na instituição. Existe também uma alteração dos conceitos, como por exemplo: Lar de Idosos – ERPI (Estrutura Residencial para Idosos); Utente-Cliente; Funcionárias- Colaboradoras; Assistente Social- Técnica Superior de Serviço Social, e outros conceitos que são utilizados no dia-a-dia.

Contudo, para além das ocorrências, a APA considera importante não descorar a avaliação diagnóstica dos idosos, realizada sempre que necessário e/ou frequentemente e o seu plano de desenvolvimento individual, necessário para avaliar os progressos ou regressões dos idosos.

Segundo Ornelas e Vilar (2009:135), os técnicos “têm de perceber a trajetória de vida da pessoa idosa, de modo a estar atento às rupturas e continuidades existentes, bem como se estas têm repercussões ou não na vida da pessoa, de modo a ver o que falhou e tentar reconstruir”. De salientar que a instituição não tem um plano definido de atividades para os seus clientes, expressando assim a realidade da maioria das instituições e indo ao encontro do pensamento de Paúl (1996:63) que considera ter sido feito ainda “muito pouco para enriquecer o quotidiano sócio-recreativo e criar alternativas ocupacionais para estes idosos, exceto no que se refere a ações pontuais, festas, comemorações e férias”.

Em suma, a realidade é que se torna quase impossível dar atenção a um plano de atividades quando a burocracia se tornou o ponto principal da instituição e dos seus técnicos, pois dão mais valor a estes aspetos do que à pessoa em si. Assim, para que todas as necessidades sejam respondidas, em vez de apenas serem realizadas algumas atividades pontuais e para que se consiga realizar um plano de atividades rico e colocá-lo em prática, é importante que as instituições comecem a pensar em ter nas suas equipas gerontólogos sociais, uma vez que eles que não perspetivam o envelhecimento como o fim do ciclo de vida, mas sim como mais uma etapa do mesmo, “privilegiando a continuidade dos fenómenos biológicos, sociológicos e culturais” (Pereira, 2012:34) que constroem a vida das pessoas. Para além disto, estes profissionais têm uma formação interdisciplinar que lhes permite trabalhar em contexto institucional – residências de idosos e serviços de apoio domiciliário, assim como em contexto comunitário – família, instituições de administração local, entre outros, e ainda em instituições de saúde – hospitais e centros de saúde. Para além disto, o gerontólogo está também habilitado a intervir junto de idosos saudáveis, sendo que esta intervenção passa por “promover e maximizar as possibilidades de uma terceira e quarta idade vivida de forma tanto quanto possível feliz e saudável” (Pereira, 2012:35). Isto significa que o gerontólogo não trabalha apenas com o envelhecimento patológico (afetado por doença/dependência grave), mas também com o envelhecimento normal (ausência de patologia física e mental séria) e ótimo (condições favoráveis e propícias ao desenvolvimento psicológico, numa perspetiva de envelhecimento bem-sucedido e de envelhecimento ativo). Podemos assim dizer que o gerontólogo trabalha também para um envelhecimento bem-sucedido, ou seja, para um envelhecimento com reduzida probabilidade de doença e incapacidade, elevada capacidade cognitiva e funcional e o envolvimento ativo com a vida (relações interpessoais e desenvolvimento de atividades produtiva) (Rowe & Kahn, 1997). O gerontólogo procura também dar resposta às necessidades dos idosos, tentando que estes tenham um envelhecimento ativo, ou seja, um envelhecimento mais virado para a saúde, proteção e

segurança, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida à medida que vamos envelhecendo. Segundo a OMS (2005) o envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais e permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas mesmas pessoas, participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades. Ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida das pessoas, inclusive as que estão frágeis, fisicamente incapacitadas e requerem cuidados.

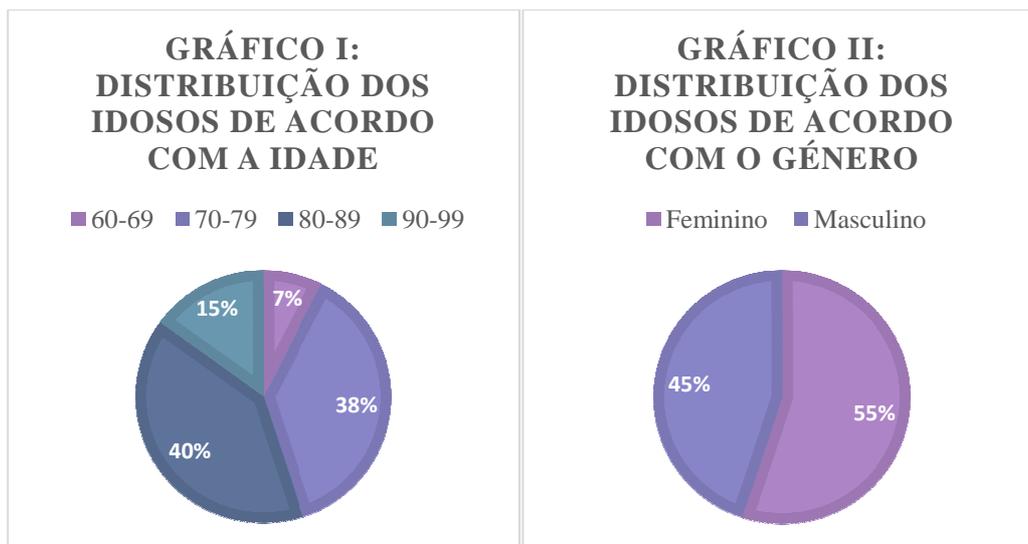
1.4. Os idosos da APA: histórias e condições de vida atuais:

A caracterização do perfil de residentes da APA foi elaborada com base nos dados contidos nos processos individuais, nas observações desenvolvidas no decorrer do estágio e nas informações fornecidas pelos idosos e pelos profissionais. Para fins de caracterização consideraram – se os 40 residentes da instituição, apesar de este número ter oscilado durante o período em que ocorreu o estágio, de acordo com os falecimentos e novas entradas no lar. Pretendeu-se assim desenvolver uma breve caracterização sócio-demográfica do grupo de idosos, tendo em conta a idade, sexo, naturalidade, estado civil, percurso escolar, trajetórias profissionais, rede de relações sociais, saúde e grau de dependência.

A ERPI é então constituída por 40 clientes. A maioria da população residente nasceu e viveu no concelho de Vila Real, contudo também habitam na instituição pessoas de concelhos mais próximos, como Alijó e Santa Marta de Penaguião.

Grande parte dos idosos da APA tem como fonte de rendimento a reforma por velhice que normalmente é muito baixa, uma vez que a maioria trabalhou toda a vida no campo.

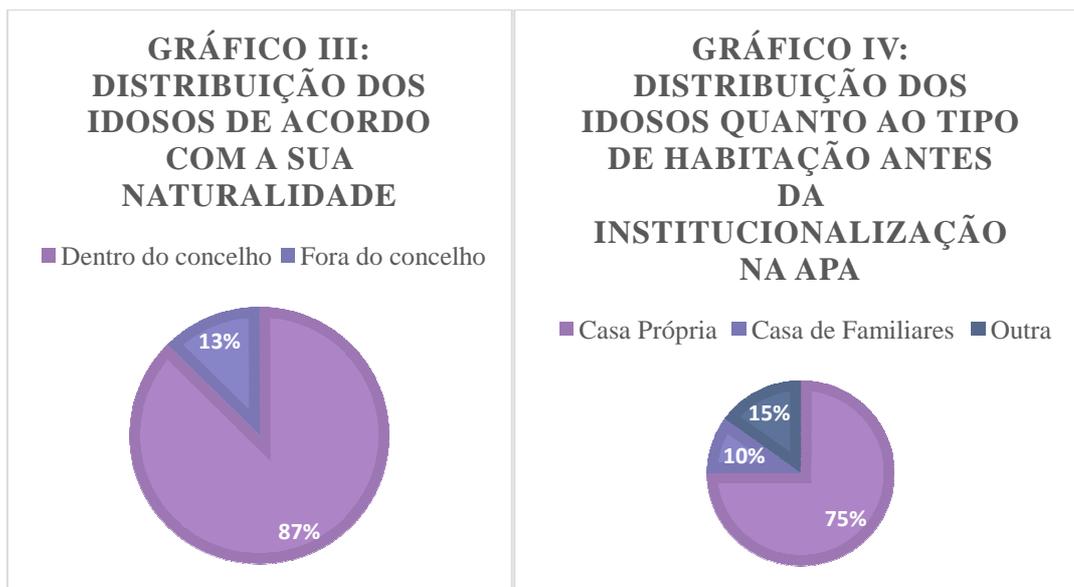
Os problemas de saúde/antecedentes mais frequentes são demência, diabetes, hipertensão e AVC. Podemos observar ainda que apenas uma pequena parte dos clientes são autónomos e/ou independentes, sendo que a maioria precisa de ajuda para as suas atividades de vida diárias e de suporte para se deslocarem (bengala, cadeira de rodas, muletas e andarilho).



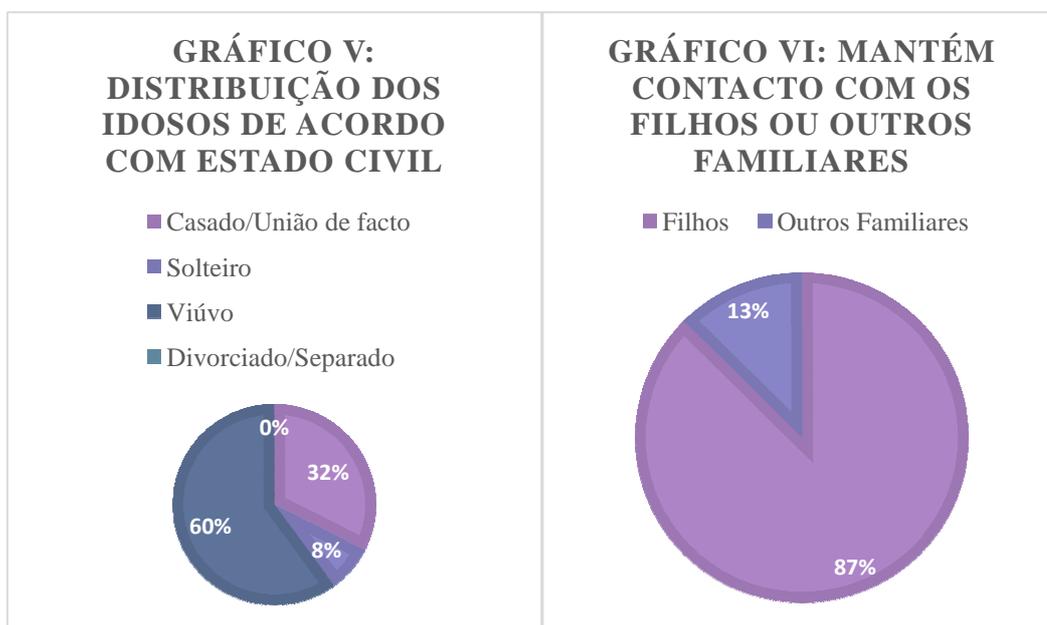
Como podemos verificar no Gráfico I existe alguma variação nas idades dos idosos da APA, mas conseguimos perceber que os grupos etários 70-79 e 80-89 são os que mais se destacam com 38% e 40% respetivamente. Isto deve-se em muito ao aumento da esperança média de vida, devido à melhor qualidade a nível de saúde e ao aumento das respostas sociais existentes no nosso país. Podemos verificar também que 7% da população residente no lar tem entre 60 e 69 anos, uma vez que não tinham o acompanhamento adequado em casa para responder às necessidades dos mesmos, e que 15% tem entre 90 e 99 anos.

O Gráfico II diz respeito ao género dos residentes da APA, sendo que 55% são do sexo feminino e 45% do sexo masculino. Podemos assim dizer que existem quase tantas mulheres como homens na instituição e que esta última aceita pessoas idosas de ambos os sexos, como é referido no seu regulamento interno.

Em relação à naturalidade (Gráfico III), como referido anteriormente, foi possível constatar que a maioria dos idosos residentes na APA é natural do concelho de Vila Real (87%), contudo 13% dos residentes pertencem a outros concelhos, alguns próximos de Vila Real, outros mais afastados (Porto). Já em relação ao regime de habitação antes da institucionalização na APA (Gráfico IV), verificamos que a maioria dos residentes (75%) habitava em casa própria e que 15% dos idosos estavam internados no hospital ou em outra instituição.

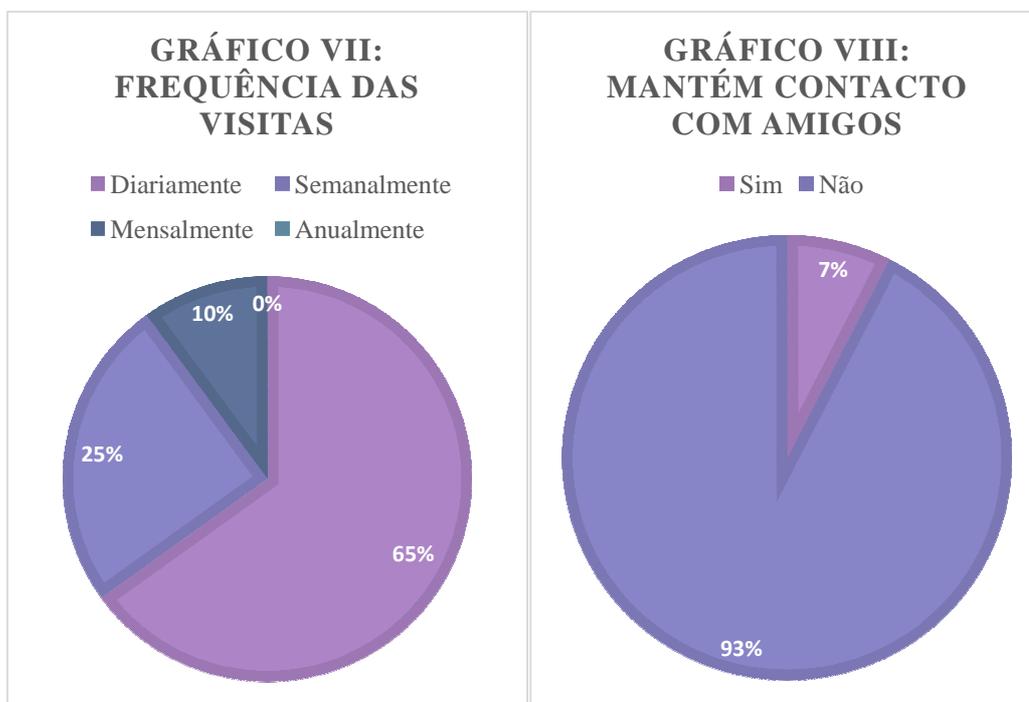


Relativamente ao estado civil (Gráfico V), constata-se que a grande maioria dos clientes é viúvo (60%), contudo existem ainda na Instituição idosos casados (32%), sendo que alguns deles têm o cônjuge na instituição também (4 casais). De referir que os casais têm um quarto só para si, bem como casa-de-banho integrada, podendo assim manter a sua privacidade e intimidade.

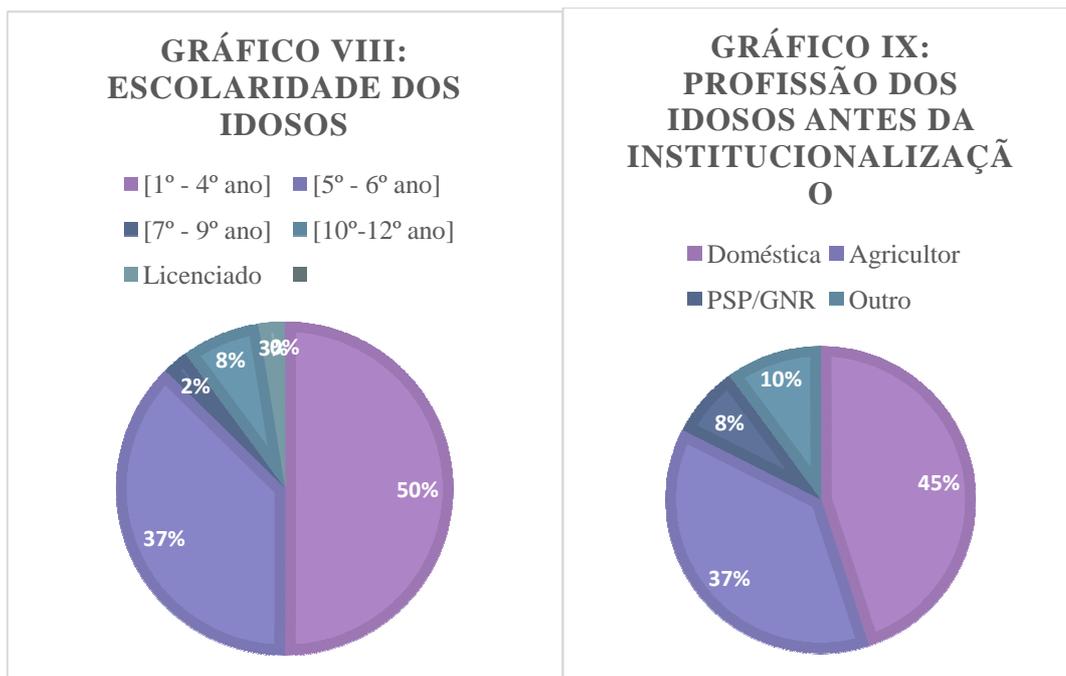


Em relação ao contacto estabelecido com os filhos ou outros familiares, podemos verificar que a maioria tem contacto com pelo menos um dos filhos (87%), enquanto 13% dos idosos tem contacto com outros familiares. De referir que a maioria dos idosos que não tem contacto com os filhos, deve-se ao facto de serem solteiros e nunca terem tido filhos. Outros têm ainda cônjuge que não está institucionalizado.

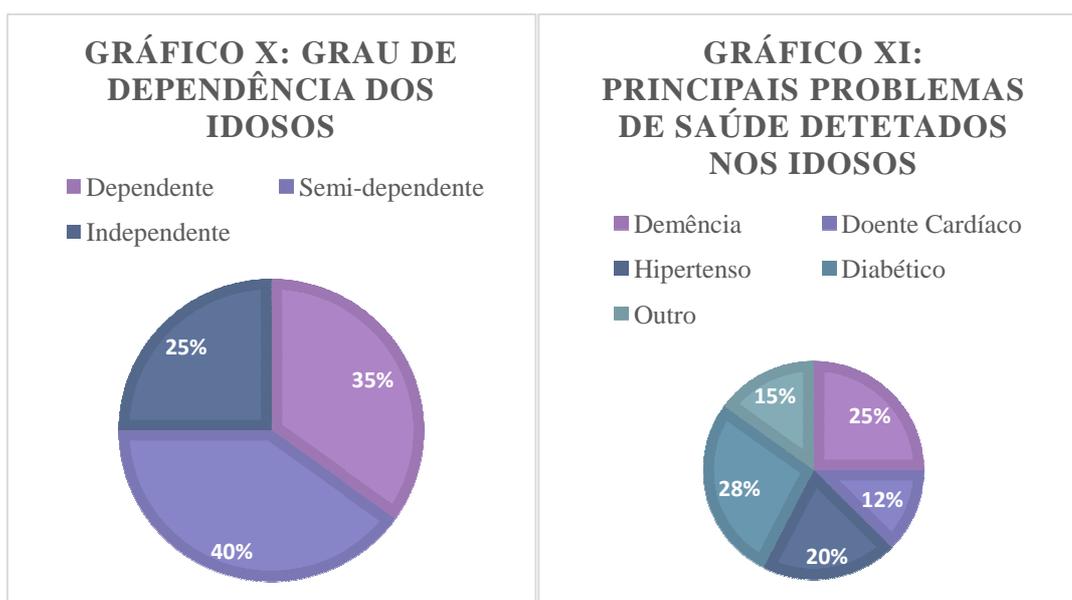
No que concerne à frequência das visitas, podemos dizer que grande parte dos residentes recebe visitas dos familiares diariamente – 65% (como podemos ver no Gráfico VII). Existem idosos que têm visitas semanais (25%) e outros que têm apenas visitas mensais (10%). De salientar que estas visitas mensais se devem sobretudo à atividade profissional dos filhos e outros familiares, que se encontram a morar longe do concelho.



No Gráfico VIII podemos verificar que a maioria dos idosos não mantém contacto com os amigos (93%). Isto deve-se ao facto de a maioria ser natural de aldeias que se localizam nos arredores da cidade, onde é difícil ter transporte. A maioria dos residentes que recebe visitas é natural do centro da cidade.



Em relação à escolaridade podemos verificar que metade dos idosos tem apenas o primeiro ciclo de escolaridade (50%), 37% tem o segundo ciclo e uma percentagem mínima tem o ensino secundário ou uma licenciatura. Isto deve-se principalmente ao facto de a maioria das pessoas residentes na APA terem trabalhado no campo, sendo que referem como condição perante o trabalho serem domésticas (45%) ou agricultor (37%), como se pode ver no Gráfico IX. Podemos verificar ainda que existem idosos que tiveram uma trajetória profissional ligada a serviços públicos (GNR/PSP – 8%) e ainda idosos que trabalharam como professores e um engenheiro (incluídos na categoria “Outros”).



Como podemos verificar no Gráfico X, grande parte dos idosos da APA precisa de ajuda para realizar as suas atividades básicas e para responder às suas necessidades diárias como, tomar banho, comer e vestir. Assim, 40% dos residentes é semi-dependente, o que significa que precisa de ajuda apenas para uma ou duas dessas atividades, normalmente para tomar banho e/ou comer; 35% dos idosos são totalmente dependentes e 25% consegue realizar todas as atividades básicas da vida diária, sendo que alguns conseguem mesmo sair do lar e ir tratar dos seus afazeres sozinhos.

Verificamos também que o principal problema de saúde presente nos idosos da APA é a Diabetes (28%), seguindo-se a Demência (25%), onde se inclui o Alzheimer e Parkinson. De salientar que estes 25% quase todos têm Alzheimer. Contudo, uma grande parte dos idosos são também hipertensos (20%) e/ou doentes cardíacos (12%). Devemos referir que grande parte destes idosos têm várias destas doenças associadas, tendo-se apenas considerado uma por pessoa para realizar este estudo, de acordo com o seu grau manifestação e/ou interferência na vida diária. Para além disto, no lar residem ainda 2 doentes oncológicos (colocados na categoria “outros”), bem como doentes renais e com depressão.

Em jeito de conclusão, através da observação, da análise dos documentos institucionais e perante os dados recolhidos em conversas informais com os idosos, famílias e técnicos, foi possível verificar que os idosos tinham poucos momentos de lazer e sofriam de um extenso aborrecimento. As atividades organizadas pela Instituição não são suficientes nem diversificadas, o que não permite assim que os idosos desempenhem um papel ativo na organização do seu dia-a-dia, ou seja, não tem controlo sobre as suas vontades e necessidades. Segundo Zimmerman (in Carvalho, 2013:53), o controlo é a “capacidade real ou percebida de influenciar decisões”, ou seja, o idoso tem capacidade de decisão, acesso a informação e tem a possibilidade de escolher o que é melhor para si. Segundo o mesmo autor, “participar é tomar posse”.

As saídas da instituição são escassas, tanto com a família como amigos, ou através da instituição. A equipa técnica e os restantes profissionais não promovem o sentimento de utilidade social, dedicando-se quase exclusivamente a atividades de vida diária que permitem manter a vida biológica. Esta falta de atividades e de acompanhamento deve-se a vários fatores, sendo importante destacar dois deles: a falta de equipas multidisciplinares que consigam dar resposta a todas as necessidades dos idosos, uma vez que estes constituem um

grupo com necessidades de serviços de cuidados sociais diversificados, que vão desde a natureza física à natureza psicológica (Ribeirinho, in Carvalho, 2013:177).

1.5. Síntese dos problemas identificados e suas causalidades

Em suma, os principais problemas identificados no diagnóstico da situação social foram os seguintes:

Problemas identificados	Causas Prováveis	Recursos
Processos individuais dos residentes não continham informação sobre a sua situação social, gostos, interesses, objetivos de vida. Nestes processos constam apenas informações a nível da identificação pessoal (nome, nº de identificação fiscal, nº de beneficiário da segurança social, nº de serviço nacional de saúde, seguro de saúde, estado civil, nº de filhos e nome do responsável pelo idosos), estado de saúde e dependência (relatório do médico de família e/ou médico de especialidade e testes administrados para perceber o grau de dependência) e informações financeiras (comprovativo de rendimentos do cliente e seu agregado familiar).	A equipa técnica rege-se pelas regras que a direção propõe, e esta última valoriza mais os rendimentos do cliente, do que os seus interesses, gostos e necessidades sociais – dados essenciais para a sua avaliação diagnóstica.	Procurar junto dos idosos reunir o máximo de informação a nível da situação social e acerca do seu nível de instrução. Perceber o que gostavam de fazer nos seus tempos livres, enquanto ativos no mundo do trabalho e tentar realizar atividades que vão de encontro a estes interesses.
Plano de atividades anual praticamente inexistente; limitado no tipo de atividades propostas (quase todas relativas à condição física dos clientes).	Ausência de Animadora Sociocultural (licença de maternidade) e falta de interesse por parte da direção para substituí-la. A organização não cria condições para que o plano de	Redefinição do plano de atividades de forma a ir de encontro aos interesses e desejos dos idosos, bem como das suas motivações e objetivos.

	atividades seja mais rico e diversificado.	
Inexistência de uma sala para o desenvolvimento das atividades de animação sociocultural, sendo realizadas na sala comum ou no ginásio integrado na instituição para a comunidade em geral.	Falta de interesse por parte da direção em criar uma sala para estes fins, tendo a equipa técnica de se limitar ao espaço comum e ao ginásio.	Aproveitar ideias, trabalhos realizados nas atividades de pintura e trabalhos manuais pelos clientes para decoração de uma sala ou da instituição, para tornar a mesma mais acolhedora e dando valor aos clientes que os realizam.
Tanto a equipa técnica como as auxiliares de ação direta dedicam pouco tempo aos residentes, estando as últimas encarregues apenas de assegurar os cuidados básicos; enquanto as primeiras se dedicam quase exclusivamente a resolver problemas burocráticos e/ou problemas institucionais – horários das funcionárias, contas mensais e atendimento a familiares.	A direção técnica privilegia a vigilância do cumprimento das regras de funcionamento da instituição. A direção, bem como a equipa técnica, não considera as auxiliares uma fonte de informação importante (que melhor conhecem os hábitos, interesses, motivações e medos dos idosos) da situação dos idosos, das suas necessidades, dos seus gostos e das suas fontes de sofrimento.	Reconhecer as auxiliares diretas como informadoras privilegiadas no que diz respeito aos seus interesses, gostos, rotinas, medos, e tentar que as mesmas, em tempos livres, se integrem nas atividades de animação, auxiliando deste modo os idosos na prática das atividades.
Problemas na relação entre idosos. Os residentes criticam-se sendo intolerantes em relação a alguns problemas de saúde de outros, principalmente em relação aos idosos com Alzheimer. Problemas nas relações dos profissionais com os idosos.	A falta de atividades de lazer e animação sociocultural, com real interesse para os idosos, que os ocupem e entretenham são inexistentes, o que faz com que os mesmos passem muito tempo uns com os outros na sala de convívio. Isto contribui fortemente para o seu mau-humor, aborrecimento e conflitos. Desta forma, os idosos que se encontram psicologicamente capazes não têm paciência para os que estão menos bem psicologicamente. A falta de formação dos	Organizar grupos de conversa aberta entre os idosos com trajetórias profissionais semelhantes; convidar profissionais de diferentes áreas com o intuito de explicar aos idosos as várias demências – para que percebam melhor os motivos de certos comportamentos de alguns; Desenvolver atividades que os mobilizem em horas de interesses comuns.

	profissionais, bem como a falta de acompanhamento dos mesmos em relação aos idosos, intensifica estes conflitos.	
Ausência de espaços verdes ao redor da Instituição.	A direção justifica tal acontecimento com a falta de espaço envolvente, bem como com as obras para um novo edifício para albergar idosos que está a ser construído ao lado do lar e que pertence ao mesmo.	Os espaços verdes são necessários. Os clientes necessitam de espaços verdes onde estejam em contacto com a natureza e onde possam apanhar sol e fazer caminhadas, tentando desta forma ter momentos a sós onde possam sair da rotina da instituição.
Processo de tomada de decisão centrado na direção e na equipa técnica, excluindo a participação e a opinião pessoal dos clientes e dos auxiliares – acentuando assim o funcionamento institucional burocratizado e rotinizado a partir do cumprimento das atividades básicas da vida diária.	Os horários (dormir, refeições e visitas), bem como as ementas e o plano de atividades de animação sociocultural são definidos apenas pela instituição. Isto facilita o trabalho da equipa técnica que não tem de se envolver em processos de decisão participados. Justificam isto com o facto de a mudança de rotinas destabilizar os idosos e com os conflitos que possam existir quando todos dão opiniões diferentes. Para além disto, justificam este facto com a falta de pessoal para realizarem todas as atividades pedidas ou alterarem e/ou alargarem horários. Predomínio de representações negativas socialmente, que remetem para a ideia da incapacidade de decidir adequadamente.	No que respeita a horários, tentar flexibilizar o mais possível, uma vez que nem todas os clientes gostam de comer e deitar-se à mesma hora e nem sempre os familiares e amigos conseguem fazer as visitas no horário predefinido. Em relação às ementas tentar construir a ementa semanal, pontualmente, juntamente com os clientes procurando que estes refiram os seus gostos. Em termos de atividades socioculturais procurar que se redefinam, que se reajustem juntamente com os idosos algumas atividades de acordo com os seus gostos e interesses.

É importante referir que os problemas identificados foram a base de todo o projeto de intervenção pensado inicialmente para o estágio curricular, que se prendia com a realização de ateliers diversificados para dar resposta a todos os interesses, motivações e necessidades dos idosos da APA. Contudo, este projeto não foi colocado em prática, uma vez que a instituição preferiu que a aluna estagiária acompanhasse a Diretora Técnica em todas as suas atividades, dando assim apoio ao trabalho realizado por esta última. Um dos fatores que contribuiu para esta decisão foi o facto de a meio do estágio curricular terem sido colocadas no lar uma estagiária de Reabilitação Psicomotora (que realizava as atividades físicas aos idosos) e uma animadora sociocultural (que terminou a licença de maternidade).

Assim sendo, serão em seguida definidas as finalidades do novo projeto, os objetivos gerais e específicos e ainda as suas principais estratégias.

Consideramos que a formulação de uma hipótese de ação é extremamente importante na condução de todo o estágio (como refere Isabel Guerra, 2000), não esquecendo que esta assenta na hipótese teórica que formulamos e comporta em si as estratégias de intervenção que conduziram este projeto.

A primeira hipótese de ação foi: a implementação de alguns ateliers que respondam às necessidades e interesses dos clientes, estruturados a partir dos saberes adquiridos no mundo de trabalho, permite construir a comunidade e criar sentido para a sua vida.

Não conseguindo realizar este projeto, a hipótese de ação pensada foi: perceber a importância dos planos individuais, pensados a partir de avaliações diagnósticas profundas e atualizadas dos idosos, na satisfação das necessidades dos idosos e na salvaguarda dos seus interesses.

Neste sentido, a aluna estagiária pôde observar todas as entradas e saídas do lar, familiarizar-se com os processos de cada idoso, bem como acompanhar a Diretora Técnica em todas as atividades desenvolvidas e participar em todos os aspetos burocráticos da instituição.

Parte II – A planificação, execução e avaliação da intervenção realizada na estrutura residencial

Planificação do projeto de intervenção

Durante o Estágio Curricular foram várias as atividades realizadas pela aluna estagiária e as técnicas de recolha de informação e de intervenção utilizados pela mesma: desde a observação à observação participante e ainda às técnicas de intervenção usadas em diversas situações da implementação do processo de intervenção. A aluna estagiária teve permissão para tomar algumas decisões, observar e participar em vários atendimentos, fazer visitas domiciliárias, prestar assistência medicamentosa, realizar atividades com os idosos, entre outros. Teve a possibilidade de acompanhar a Diretora Técnica da APA em todas as suas atividades, sendo este um dos motivos para mudar o seu tema de relatório de estágio. A aluna estagiária achou pertinente dar especial atenção aos diagnósticos realizados, aos planos individuais, à retaguarda familiar, bem como à criação de condições para que o processo de institucionalização do idoso seja efetivamente acompanhado pelos profissionais, uma vez que as atividades socioculturais ficaram asseguradas pela animadora sociocultural e por uma estagiária de reabilitação psicomotora.

2.1 A importância do Diagnóstico Social na planificação da intervenção

Segundo Dominelli (2009), para que as pessoas idosas tenham uma melhor qualidade de vida, e sendo elas seres biopsicossociais, é necessário mudar dinâmicas multiprofissionais. Isto porque, os *cuidados para com as pessoas idosas “têm sido desvalorizados”* (Dominelli cit in Carvalho, 2013:177). Isto deve-se à representação negativa da velhice por parte da sociedade, ou seja, a maioria das pessoas considera que a velhice é sinónimo de incapacidade e vulnerabilidade, originando, desta forma, práticas institucionais e profissionais que não intervêm com eficácia na falta de autonomia e de participação social dos idosos (Carvalho, 2013). Consideramos que para que necessidades dos idosos sejam satisfeitas, os profissionais devem ter em conta vários fatores, nomeadamente “a etnia, raça, género, incapacidade, idade, religião, preferência cultural e estrato económico das pessoas idosas (Carvalho, 2013:177), ou seja, devemos ter em conta as suas fragilidades e potencialidades, trabalhando para aumentar

os níveis de autonomia e de participação social dos idosos, o que terá efeitos na melhoria da sua qualidade de vida. Segundo a UNESCO (2005), para que tal seja possível, é necessário um investimento em esforços para uma melhor intervenção social no âmbito das organizações, tendo como meta o alcance da excelência ao nível das práticas profissionais.

Para Ray *et al.* (2009, *in* Carvalho, 2013:178), é fundamental “uma revisão dos valores, competências e conhecimentos subjacentes à prática do Serviço Social com pessoas idosas”. É aqui que a Gerontologia se torna uma peça fundamental, pois é através dela que conseguimos intervir de forma positiva no envelhecimento. Segundo Garcia e Jimenez (2003, *in* Carvalho, 2013:178), a Intervenção Social gerontológica “(...) contribui para o estudo e intervenção sobre o envelhecimento”. Esta participa “na elaboração e implementação de políticas públicas, traduzidas em planos, programas e projetos, que geram mudanças pessoais ou de condições ambientais, com orientação preventiva, assistencial ou promocional” (Garcia e Jimenez 2003, *in* Carvalho, 2013:178). Isto significa que Intervenção Social Gerontológica preocupa-se com o individual, mas também com o social e o coletivo, ou seja, “encarrega-se de conhecer as causas e os efeitos dos problemas sociais, individuais e coletivos das pessoas idosas e de como conseguir que essas pessoas assumam uma ação organizada, tanto preventiva como transformadora, para os superar (Garcia e Jimenez, 2003, *in* Carvalho, 2013:178).

Podemos assim afirmar que o seu objeto de intervenção é a pessoa idosa, tendo como referencial central a sua dignidade humana enquanto indivíduo e ser único. Para além disto, enquanto técnicos não devemos descurar “os princípios da autonomia e da responsabilidade individual, do consentimento informado, da integridade da proteção da sua vida privada (...)” (Carvalho, 2013:179), sobretudo nos casos de pessoas idosas dependentes e/ou vulneráveis. Segundo a mesma autora, há outro aspeto que se deve ter em conta, que diz respeito às vivências das pessoas idosas bem como à opressão que pode estar a vivenciar e que pode afetar a forma como responde à intervenção. Uma forma muito comum de opressão é o idadismo, ou seja, “atitudes e práticas negativas generalizadas em relação aos indivíduos baseadas somente na sua idade” (Marques, 2011:18). O idadismo não é apenas uma atitude individualizada, mas é também vivenciado nas práticas institucionais, principalmente “nas atitudes e valores do pessoal que trabalha com as pessoas idosas, na linguagem utilizada para descrever as pessoas idosas” (Carvalho, 2013:180) e nas políticas governamentais. É neste sentido que os técnicos devem assegurar que as pessoas idosas têm o melhor tratamento possível, mantendo-se longe destes tipos de opressão.

Uma das formas de intervenção mais eficazes é o princípio do empowerment, sendo que o essencial é ter em consideração que muitas vezes as pessoas idosas são influenciadas por diversos fatores como a saúde, posição social e classe social (Carvalho, 2013:180). Contudo, segundo Carvalho (2013), o empowerment não pode ser transferido para o cliente, é sim uma condição que este tem de ser capaz de atingir, através da ajuda do técnico, que cria o ambiente para que o idoso possa tornar essa possibilidade uma realidade.

Assim sendo, Carvalho (2013) considera como princípios fundamentais da Intervenção Social Gerontológica: a valorização da pessoa idosa como sujeito ativo na sociedade e na construção do seu quotidiano e projeto de vida; o sigilo profissional e a confidencialidade; a informação da pessoa idosa sobre os seus direitos e deveres enquanto cliente; a definição de um plano de cuidados com a colaboração do idoso e sua família, que tem como objetivo favorecer a autoestima e garantir a dignidade da pessoa idosa; a organização dos serviços de acordo com as necessidades de cada cliente; e ter em conta a rede informal do idoso.

Para que tal seja possível, é preciso perceber que Intervenção Social Gerontológica tem como requisito a interdisciplinaridade, ou seja, implica o trabalho em equipa com técnicos de composição diversificada onde o mais importante é a pessoa. Podemos observar uma destas equipas na APA, que contempla: a Diretora técnica, uma animadora sociocultural, uma enfermeira (que trabalha 3 horas por dia), um médico (todas as quartas-feiras de manhã), 2 cozinheiras e 10 auxiliares. Contudo, também se pode verificar que, muitas vezes, todos estes técnicos não são suficientes para responder às múltiplas necessidades dos idosos, uma vez que o tempo é reduzido para o volume de trabalho que seria necessário realizar. Esta situação deve-se ao facto de nem sempre os técnicos fazerem o que lhes é devido e não existir uma adequada gestão de tarefas, e que começa logo com a realização dos planos de intervenção, a cargo apenas da diretora técnica aquando da entrada dos idosos na instituição. Este exemplo da APA em relação à distribuição de tarefas e participação de todos na realização dos planos de intervenção verifica-se em várias instituições, que não levam em conta a importância do envolvimento de todos os técnicos, idosos e famílias na realização destes planos, tendo por base uma avaliação diagnóstica aprofundada e atualizada. Segundo Carvalho (2013), os planos de intervenção devem ser realizados interdisciplinarmente com a participação de todos os envolvidos, pois só assim conseguimos chegar ao objetivo principal da Intervenção Social gerontológica - conhecer e transformar a realidade das pessoas idosas e contribuir para o seu bem-estar, através “de um sistema global de ações” (Carvalho, 2013:182).

Para tal, o Interventor Social realiza a análise SWOT, ou seja, “deteta, diagnostica e analisa as necessidades sociais das pessoas idosas” (Carvalho, 2013:182), centrando-se no diagnóstico das carências, dificuldades, problemas e necessidades da pessoa idosa, mas também, na capacidade que a mesma tem em enfrentar e dar resposta a estas necessidades, e para só depois propor soluções. Segundo Pereira (2012:70), o gerontólogo estuda o idoso no que diz respeito ao “seu perfil, motivações, objetivos, esperanças, necessidades”.

Podemos então afirmar que os objetivos da Intervenção Social gerontológica passam por três dimensões: **individual**, onde mantém e aumenta a sociabilidade da pessoa idosa, potenciando assim a sua autoestima, confiança, autonomia e identidade, através de atividades individuais, como por exemplo as atividades de animação sociocultural existentes na APA, a comunicação com os idosos, a preocupação com os seus gostos e preferências; **grupal**, através da qual cria oportunidades de inserção, vínculos entre a pessoa idosa e o seu meio e se procura restabelecer laços de solidariedade, sendo importantes as atividades em grupo: físicas e motoras, a comunicação entre os idosos; **comunitário**, conhecendo a comunidade bem como as suas capacidades e potencialidades, potenciando o associativismo e desenvolvendo programas com o intuito de integrar a pessoa idosa (Carvalho, 2013). Podemos observar esta última na APA, através das ações de sensibilização realizadas por enfermeiras do CHTMAD, das atividades físicas realizadas com a comunidade em geral e dos passeios realizados em épocas festivas. Para Pereira (2012:70), o gerontólogo deve mostrar à pessoa idosa “o caminho da autonomia, da individualidade, fazendo-o acreditar que é uma pessoa única, válida, que merece respeito, dedicação e atenção”.

Em relação ao contexto específico de instituições de cariz residencial, os objetivos da Intervenção Social gerontológica passam então pela integração social e pessoal da pessoa idosa no ambiente institucional, bem como potenciar a manutenção e o reforço dos laços familiares e comunitários. Carvalho defende também que, para que tal seja possível, o gerontólogo deve: proporcionar informação geral sobre a instituição a todas as pessoas ou entidades que a solicitem; prestar apoio social individualizado aos residentes; realizar todas as diligências administrativas e burocráticas que os residentes necessitem; ser a ponte entre o idoso e a sua família; gerir listas de espera e procedimentos de admissão na instituição; colaborar nas atividades de animação sociocultural. Desta forma a autora defende que o gerontólogo tem cinco funções específicas, que passam pela prevenção, assistência, planificação, organização e coordenação e ainda a função socioeducativa.

Podemos assim dizer que o gerontólogo tem uma intervenção direta, ou seja, está presente no dia-a-dia da pessoa idosa e da sua família, tendo como funções: a prevenção (criar melhores condições de vida); promoção (descobrir e desenvolver várias capacidades nas pessoas idosas); assistencialista (recorrer a soluções para o problema); reabilitação (integração da pessoa idosa). Assim sendo, a intervenção direta do gerontólogo passa pelo trabalho direto com a pessoa idosa, com a sua família e pela mobilização de recursos (Carvalho, 2013). Para além disto, o gerontólogo tem também uma intervenção indireta, que passa pela “coordenação e otimização de recursos, na planificação e avaliação da intervenção com vista a prossecução dos objetivos” (Carvalho, 2013:189), ou seja, passa pelo preenchimento de instrumentos de trabalho do Serviço Social. Esta intervenção indireta ocupa bastante tempo aos técnico, uma vez que muitos destes documentos são complexos e exigem algum tempo para se realizarem. Tal como já foi dito, os aspetos burocráticos tiram, muitas vezes, tempo aos técnicos para estarem mais presentes na vida da instituição e dos seus residentes, como é o caso da APA.

2.2 – Uma aposta na avaliação diagnóstica dos idosos na planificação e execução da intervenção

A pioneira do diagnóstico social foi Mary Richmond, em 1917, através do livro Diagnóstico Social, contudo, este instrumento continua assente nos princípios basilares da autora. Segundo Isabel Guerra (2002), o diagnóstico social é o primeiro instrumento de um bom plano de intervenção, pois através dele conseguimos compreender as causas dos problemas, permitenos ver a realidade e interpretá-la, identificar as ameaças, vulnerabilidades, potencialidades e oportunidades, ou seja, fazer a análise SWOT. Para além disto é importante termos sempre em mente que o diagnóstico social tem um carácter inacabado, ou seja, deve estar aberto a novas informações e novos dados.

Contudo, a verdade é que, tanto na APA como na maioria das Instituições, o diagnóstico social bem como os planos individuais são realizados apenas para questões burocráticas, ou seja, não são levados em conta pelas equipas multidisciplinares. Segundo Pereira (2012:69), “não existe um verdadeiro histórico das pessoas institucionalizadas (...) e menos ainda existe um plano individualizado de cuidados centrado nas necessidades de cada idoso (...) alguns destes planos individualizados são elaborados, mas encontram-se num armário fechados”. Isto significa que o diagnóstico social não é realmente valorizado nas Instituições, muito culpa da falta de recursos humanos existente bem como da importância excessiva que se dá à

manutenção das infraestruturas. Assim sendo, com a falta de recursos humanos existente nestas Instituições, os técnicos não são suficientes para dar resposta às necessidades dos clientes, nem para fazer diagnósticos sociais e/ou planos individuais, usando como desculpa a falta de tempo (Pereira, 2012).

Esta situação faz com que muitas vezes os técnicos não levem em conta a pessoa, neste caso específico, a pessoa idosa como um ser biopsicossocial e descurem as fases do processo de intervenção. Segundo Carvalho (2013), o gerontólogo deve ter consciência que cada idoso tem necessidades próprias, tanto sociais, como emocionais, físicas e psicológicas. Neste sentido, é importante “personalizar os serviços, recursos e programas de atenção através de sistemas de avaliação integral, adaptando-os às características dos sujeitos através de planos individualizados de apoio” (Carvalho, 2013:186). Isto significa que não devemos ver os idosos como meros beneficiários de serviços e dependentes, mas sim como cidadãos adultos com vivências diversas e especificidades.

Devemos então entender que a avaliação é uma parte integrante do processo de intervenção, pois é a partir dela que podemos realmente intervir, de forma a integrar a pessoa idosa em qualquer instituição. Por conseguinte, a avaliação consiste “num processo diagnóstico multidimensional e interdisciplinar, desenhado para identificar, descrever e quantificar problemas físicos, funcionais, psicológicos e sociais que a pessoa idosa pode apresentar (...)” (Carvalho, 2013:186), com a finalidade de estabelecer um plano de intervenção global.

Podemos assim verificar que as áreas de avaliação diagnóstica são quatro: clínica – onde conhecemos o historial de saúde de cada utente; funcional – que se refere à dependência e/ou independência na realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária; mental – perceber se a pessoa idosa tem alguma doença psicológica, como por exemplo, Alzheimer, uma vez que estas podem alterar o seu comportamento e a sua forma de lidar com as situações; e social – onde conseguimos perceber se a pessoa se consegue integrar facilmente na instituição, ou seja, se tem problemas de integração e participação social (Carvalho, 2013). Para tal é necessário percebermos quais as suas necessidades e potencialidades, através da realização de diagnósticos detalhados e planos individuais. Segundo Zimerman (2005, *in* Guedes, 2012) existem vários aspetos que tornam a adaptação à instituição difícil e, muitas vezes, penosa: a mudança do seu meio habitual de vida; a convivência com pessoas diferentes a vários níveis (social, cultural, religioso, entre outros); o medo da morte; a perda das relações sociais e familiares que contribuem para “a depressão e para os problemas de saúde em geral

(Guedes, 2012:288). Já Paúl & Ribeiro (2012:180) consideram que “ as pessoas idosas e as suas famílias são confrontadas com tarefas, desafios e conflitos tão complexos e ricos (...) que para que a família se desenvolva e evolua de forma saudável é necessário que resolva e integre estes desafios, caso contrário, podem surgir problemas, dificuldades de coping e adaptação”.

A institucionalização acontece frequentemente pelo motivo de perda de familiares (nomeadamente do cônjuge), pelo aumento da dependência, pela procura de qualidade de vida e bem-estar. É vista como a solução de muitas famílias que não têm disponibilidades nem condições para cuidarem dos idosos, por estarem inseridos no mercado de trabalho, viverem em regiões distantes daquelas que foram as da sua infância e juventude ou por não possuírem os recursos necessários para poderem proporcionar melhor conforto. Segundo Guedes (2012:16), as modificações nas estruturas económicas, sociais e familiares limitam “a capacidade de acompanhar e cuidar das gerações mais velhas e implicam a reestruturação de toda a organização social e das relações entre gerações”.

A esta mudança associa-se a ”necessidade de um processo de adaptação para que os idosos beneficiem de uma velhice bem-sucedida” (Lemos, 2006). Desta forma há uma preocupação, por parte geral da sociedade e em particular dos familiares, de prevenir o aparecimento de doenças, mas de “propiciar sobretudo qualidade de vida em termos de bem-estar físico, funcional, psicológico, psíquico e social” (Carvalho, P. & Dias, O. 2011:181). A institucionalização devia permitir dar respostas nesse sentido, aumentando a qualidade de vida dos idosos, na medida em que o apoio que está previsto que forneça deve ser permanente e deve garantir a satisfação adequada das suas necessidades. Isto significa que todas as respostas se devem estreitar no sentido de melhorar a vida do idoso, trabalhando numa ótica de colaboração e de construção de efetivas parcerias.

A qualidade de vida dos idosos institucionalizados, além do convívio na instituição, depende também do convívio das pessoas próximas, amigos ou familiares, de forma a “evitar o isolamento que muitos vivem devido ao afastamento destas pessoas” (Carvalho, P & Dias, O. 2011:182). Por essa razão, é importante manter as relações sociais do idoso, não só com a família, mas com as suas raízes, isto é, a sua rede de vizinhança e de amizade e que tem a base dos seus territórios sociais locais.

Em suma, podemos verificar que vários autores acreditam que a família tem um papel preponderante na vida do idoso institucionalizado e que é uma mais-valia para a sua adaptação na instituição. Muitos são também os que defendem uma participação ativa dos familiares na realização da avaliação diagnóstica e na construção do plano de

desenvolvimento individual que também deve ser participado pelas famílias e por outros elementos dos seus grupos primários.

2.2.1 A participação na intervenção de acompanhamento social dos idosos, realizada pela equipa da estrutura residencial

Seguidamente iremos abordar os conteúdos teórico-práticos adquiridos ao longo do mestrado e do estágio curricular, cuja preparação se iniciou com a elaboração de um Plano de Estágio, onde estavam traçados os objetivos propostos, tendo a colaboração da orientadora curricular e da orientadora institucional. Para isso tivemos a possibilidade de nos informar acerca do funcionamento institucional e de alguns aspetos relevantes para a preparação do mesmo.

Inicialmente era nossa interesse realizar ateliers de animação sociocultural, contudo este plano de intervenção não pôde ser realizado devido a já existir uma animadora sociocultural na instituição, com atividades anuais preparadas. Desta forma, achamos pertinente dar especial atenção à avaliação diagnóstica que é fundamental para uma intervenção personalizada. Para além disto tivemos a oportunidade de acompanhar a Diretora Técnica em todas as suas tarefas, desde a admissão de utentes até às visitas domiciliárias, passando pelas ações de sensibilização (realizadas em parceria com instituições de saúde), assistência medicamentosa (em parceria com a enfermeira da instituição), bem como atividades de animação sociocultural (cujas animadoras socioculturais nos possibilitaram realizar ou acompanhar). Nestas últimas, tivemos a oportunidade de organizar a festa de Natal e algumas atividades lúdicas, enquanto noutras participamos.

A apresentação das atividades encontra-se definida por conjuntos temáticos, com o objetivo de agrupar as mesmas e apresentá-las de um modo mais sistematizado.

Grupo I

Técnicas de investigação/intervenção

1. Compreender o papel do Técnico de Superior de Serviço Social na instituição, conhecer os processos dos clientes/ rotinas da instituição.	Entrevista em situação de conversa informal, pesquisa documental, observação participante.
2. Atendimentos Sociais aos Idosos e aos Familiares.	Entrevista em situação de conversa informal, entrevista biográfica, pesquisa documental, questionário.
3. Visitas Domiciliárias.	Conversas formais e informais, observação participante e registo das visitas domiciliárias

Atividade 1: Compreender o papel do Técnico Superior de Serviço Social na instituição, conhecer os processos dos clientes/ rotinas da instituição

Avaliar a retaguarda familiar permitiu observar a situação de proximidade/afastamento dos familiares aos idosos, a relação entre os mesmos, e a proteção familiar assegurada aos idosos. Este é um dos fatores referidos na realização de um Plano Individual, composto por uma análise mais minuciosa de cada idoso em diferentes áreas, é uma ferramenta que tem o objetivo de orientar a equipa que trabalha com o idoso.

O plano de desenvolvimento obriga também a pensar as atividades físicas e cognitivas que estimulam as capacidades do idoso. São estímulos que permitem uma vida mais ativa, através do treino de competências, caminhando para a contínua independência e autonomia, nos casos que ainda existe. Caso contrário, impede o progresso de lesões físicas ou cerebrais.

A área da saúde é imprescindível quando se trata de idosos, é importante adquirir certos conhecimentos que podem ajudar a intervir em pequenas situações, de modo a evitar evoluções negativas no que concerne à saúde.

Segundo Carvalho (2013), as técnicas que devemos utilizar para perceber os problemas, necessidades e potencialidades da pessoa idosa devem ser fáceis de utilizar, breves, válidas e fiáveis. Na APA estes instrumentos são retirados do Manual de Boas Práticas e é utilizada também a escala de Barthel, para perceber o grau de dependência de cada indivíduo. Podemos

verificar que nem todos os instrumentos de avaliação são utilizados, uma vez que apenas se considera o grau de dependência e problemas de saúde física e psicológica. Desta forma, é importante que a instituição utilize mais técnicas e instrumentos de avaliação, uma vez que todos são importantes para que a avaliação diagnóstica seja realizada de forma a elaborar um plano de cuidados que permita melhorar a qualidade de vida dos seus residentes, bem como para a passagem de informação entre profissionais.

Analisando as várias etapas do processo de intervenção – conhecimento da realidade social - diagnóstico social, planificação/programação, execução e avaliação – verificamos que a avaliação está presente logo na primeira etapa, uma vez que é na primeira entrevista que há a preocupação de se estabelecer uma relação empática com a pessoa idosa e é aqui que se obtém a informação suficiente acerca do idoso e seus recursos. Na etapa do diagnóstico social estudam-se as necessidades e problemas que afetam a pessoa e começa-se a pensar na elaboração do plano de trabalho. Após todas as etapas, reavaliamos a situação da pessoa idosa e percebemos se o plano de intervenção é eficaz ou não e, se necessário, ele é reajustado.

Nunca podemos esquecer que o diagnóstico social é um instrumento inacabado, uma vez que as pessoas vão mudando, bem como os seus interesses, saúde e necessidades. Segundo D’Almeida & Souza (2016:34), a avaliação “é um processo contínuo de recolha e análise de informações que servirão de base a uma resposta/plano de ação” que seja capaz de responder às necessidades e aos problemas dos idosos.

Sendo assim, a primeira atividade realizada foi a de conhecer os processos dos idosos internados, para que já existisse uma base de informação aquando o contacto cara a cara.

Tipo: Recolha de informação

Local: Gabinete da Diretora Técnica, onde estava toda a informação necessária para esta atividade (registos e dossiers dos clientes) salas de convívio, locais amplos e com sofás, onde se encontravam as funcionárias a trabalhar, gabinete médico com uma maca, registos de saúde dos clientes e seus dossiers.

Recursos Humanos: Diretora Técnica, Enfermeira, e funcionárias da instituição.

Recursos Materiais: Cadeiras para a Diretora Técnica, Enfermeira, Funcionárias e aluna estagiária, uma mesa, caneta, caderno (para apontamentos), o Processo Individual de cada

cliente, que está dividido em: Plano Individual de Cuidados⁷ que contém a Ficha de Inscrição⁸ com os dados pessoais do idoso e do responsável por este, as informações clínicas, a Ficha de Avaliação Inicial de Requisitos⁹, permite ter conhecimento da percentagem redução na mensalidade dos idosos e a Informação Disponibilizada ao Cliente¹⁰ após ingressar na instituição, documentos como a Ficha de Inscrição e Regulamento Interno. Planejamento e Acompanhamento das Atividades de Desenvolvimento Pessoal: Estão presentes os Registos de Acompanhamento/ Diligências, onde a Diretora Técnica descreve situações que acontecem que sejam importantes de referir (indisposições, idas aos hospital, episódios de agressividade, conflitos familiares), neste separador arquiva-se também os Registos de Vistas e Saídas ao fim de cada mês; Cuidados Pessoais: é parte dos registos que se encontram no Plano Individual de Cuidados e que é retirada todos os meses para arquivar, onde refere os cuidados pessoais e de higiene e o registo de material utilizado, elaborados diariamente em cada dia do mês, com a assinatura da funcionária que realizou os serviços.

Descrição/Avaliação: Esta atividade permitiu-nos conhecimento no que respeita ao funcionamento burocrático. Segundo Webber, neste modelo a assistente social torna-se um especialista não por possuir conhecimento das suas tarefas que devem estar estruturadas a partir das etapas da metodologia de projeto, mas por conhecer perfeitamente as normas e os regulamentos que dizem respeito à função que lhe é atribuída pela organização e pela tutela. Os regulamentos que são meios para que o assistente social desenvolva o seu trabalho passam a ser os seus principais objetivos. Quando um profissional dá muita importância às normas, tal pode ser impeditivo de um esforço que deve ser feito de constante adaptação das normas às novas situações que se colocam no seu quotidiano de trabalho e não está mobilizado para um campo de atuação mais focado na construção dos planos de desenvolvimento individual dos idosos e da construção da relação de ajuda que os deve ancorar.

A disfunção da burocracia mais visível é o excesso de formalismo e de papéis - é a mais gr necessidade de documentar e de formalizar todas as comunicações pode conduzir a tendência ao excesso de formalismo, de documentação e, conseqüentemente, de papéis. As orientações da tutela para a certificação da qualidade dos equipamentos sociais, por vezes, e não sendo esse o seu objetivo, vêm acentuar esta tendência de aumento de documentação e de formalismo nos procedimentos de comunicação.

⁷ Anexo F – Plano Individual de Cuidados

⁸ Anexo B – Ficha de Inscrição

⁹ Anexo D – Avaliação Inicial de Requisitos

¹⁰ Anexo C – Informação Disponibilizado ao Cliente

Uma outra expressão do funcionamento burocrático é a resistência à mudança. Os profissionais tendem a tornar-se simplesmente executores das rotinas e procedimentos. Pois, tal permite sentir-se mais seguro na realização das tarefas que estão relacionadas com as suas funções e menos implicado na definição e implementação de estratégias de ação com potencial de inovação. Pode dizer-se que os profissionais passam a trabalhar em função dos regulamentos e das rotinas e não em função dos objetivos organizacionais que foram realmente estabelecidos para esta resposta social. No trabalho do assistente social em contexto de estrutura residencial é fácil cair numa execução de rotinas e procedimentos que também se expressam pela despersonalização do relacionamento, visível na impessoalidade no relacionamento entre os profissionais, levando a uma diminuição das relações personalizadas tão necessárias com os idosos e com os auxiliares das estruturas residenciais que, em muitas situações, são quem mais conhecimento têm para fazer uma adequada avaliação diagnóstica que estruturar o plano de cuidados e o plano de desenvolvimento. Os utilizadores são atendidos de forma padronizada, não sendo dada a atenção necessária aos seus problemas, interesses e necessidades e não se atendendo às diferenças entre os idosos e aos seus heterogéneos processos de envelhecimento. Este modo de funcionamento tem na sua base um poder hierárquico assente numa utilização intensiva de símbolos ou sinais de estatuto para demonstrar a posição e o seu poder.

Ao longo desta atividade tivemos a oportunidade de tomar conhecimento da parte burocrática da instituição, como funcionam os processos individuais de cada cliente e quais os documentos necessários para constar no mesmo. Podemos também intervir durante todo o estágio, com a devida autorização, no desenvolvimento dos processos, principalmente no Registo de Acompanhamento e Diligências, este registo era utilizado mais frequentemente, para registar as ocorrências necessárias.

A existência de uma equipa multidisciplinar bastante disponível permitiu um melhor acesso ao funcionamento institucional, as conversas informais foram-se construindo o que proporcionou aos poucos uma forte relação de empatia entre os trabalhadores da APA e a estagiária.

Atividade 2. Atendimentos Sociais aos Idosos e aos Familiares

Para Pereira (2012:154), o sucesso da institucionalização depende “de vários fatores, designadamente do tipo de instituição, dos motivos da institucionalização, da situação de saúde, da vontade expressa do idoso”. A família tem, desde sempre, um papel significativo na

humanidade, “apesar de todas as alterações sobrevindas nas sociedades contemporâneas, a família continua a ter um papel preponderante no que se refere à socialização, e na garantia do equilíbrio sócio emocional dos seus membros” (Barata,1990:127). Para Guedes (2012:16), a família continua a ser “o grande suporte dos idosos”, contudo, grande parte das responsabilidades que antigamente faziam parte da família passaram a pertencer ao Estado, nomeadamente os cuidados dados aos idosos. Apesar desta mudança de responsabilidades, a família continua a ser o grande suporte dos idosos institucionalizados, assumindo-se como o grande pilar.

Como afirma Silva (2013:45) “o contacto com a família, ajuda-o a conservar o seu autoconhecimento e valores, pois é com os membros da sua família que o idoso se identifica, constrói a sua individualidade”, ou seja, a presença da família oferece ao idoso a sensação de segurança, cedendo-lhe a perceção de que não está sozinho e evitando a solidão, depressão e ansiedade.

Para que a institucionalização não seja tão penosa deve-se evitar o sentimento de inutilidade pessoal e social através de alguns cuidados importantes. Para Pereira (2012:154) preparar a institucionalização com antecedência, através de visitas à instituição; o acompanhamento que os familiares dão aos idosos, tanto no dia de admissão, como nas festividades, quotidiano e visitas; flexibilidade nas normas da instituição, nomeadamente em relação aos hábitos pessoais e aos seus pertences; salvaguarda da dignidade das pessoas, bem como da sua intimidade e cumplicidade entre todos; comunicar com os idosos; humanizar as práticas, nomeadamente no que diz respeito ao uso de linguagem; criar e estimular dinâmicas sociais; aceitar e regular atividades espirituais. Guedes (2012:18) reforça esta ideia mostrando que as instituições devem direcionar-se para o favorecimento da inserção dos residentes na comunidade; preservação da autonomia dos mesmos; participação dos idosos na gestão institucional e na definição das regras de funcionamento do lar; contacto e criação de laços afetivos com a família e os amigos, bem como outros grupos e gerações; valorização dos idosos, enquanto pessoas.

Tipo: Recolha de Informação

Local: Gabinete da Diretora Técnica, espaço escolhido pela mesma para fazer todos os atendimentos.

Recursos Humanos: Diretora Técnica.

Participantes: Diretora Técnica, aluna estagiária, idosos e familiares.

Recursos Materiais: Cadeiras para todos os participantes, uma mesa, caneta, caderno (para apontamentos).

Descrição/Avaliação: Esta atividade decorreu ao longo todo o estágio, através da observação e da participação na realização de atendimentos. O atendimento foi realizado, sobretudo, com os familiares/responsáveis dos idosos, sendo que, num primeiro atendimento, a Diretora Técnica disponibiliza a informação necessária acerca da instituição, e os familiares esclarecem a mesma sobre a situação do idoso (hábitos, rotina, higiene, comportamentos e aspetos de saúde). A instituição informa sobre algumas regras institucionais que são necessárias para o bom funcionamento da mesma, como por exemplo, a obrigatoriedade do uso de grades na cama, caso a família ou idoso não pretendam, o responsável pelo cliente tem de assinar um termo de responsabilidade, é proibido o idoso ter em sua posse objetos cortantes (navalhas, tesouras) com o intuito de evitar danos em episódios que poderão ocorrer, caso necessitem deste material, solicitam as colaboradoras ou a AS e devolvem novamente depois de utilizarem. Estabelecem-se acordos relativamente ao pagamento da mensalidade, da medicação e de fraldas, que podem ser os familiares a trazer ou a instituição disponibiliza do seu material e no fim do mês acertam-se as contas. A APA trabalha em parceria com uma farmácia e com uma casa de produtos de higiene, de forma a facilitar a responsabilidade dos familiares nestes assuntos, caso não tenham disponibilidade para o fazer sempre que necessário.

Particularmente, chamou-nos a atenção um atendimento onde tivemos a possibilidade de participar juntamente com a DT: a esposa procurava que o marido ingressa-se na instituição, uma vez que este estava muito debilitado, encontrava-se acamada e já apresentava escaras (úlceras de pressão) por estar muito tempo deitado. A esposa já não tinha capacidade para tomar conta dele sozinha, uma vez que o marido não era capaz de realizar as atividades de vida diárias e ainda assumia agora os vários negócios do marido, por este se encontrar incapaz. Era notório que era uma família classe média-alta. Estas razões e outras geraram conflitos entre a responsável (esposa) e uma das filhas, chegando mesmo a irem a tribunal, com o objetivo de representarem o património do idoso e provar a sua incapacidade. A esposa descreveu em lágrimas algumas situações que se tinham passado ultimamente com a filha. Com a ingressão do cliente na instituição, sendo a esposa a responsável, deixou esclarecido algumas pretensões, não iria proibir a entrada da filha para visitar o pai, no entanto proibiu que qualquer pessoa trouxesse para o idoso bens materiais ou alimentares.

Sendo este um caso que me chamou a atenção para o descrever no relatório, sinalizei-o para estar atenta ao seu desenvolvimento, uma vez que me pareceu uma situação muito complexa. A institucionalização do idoso trouxe os conflitos já existentes na família para dentro da instituição, obrigando esta a um cuidado e atenção redobradas, tendo em conta as provocações mútuas entre os familiares e que muitas vezes colidiam com os regulamentos e normas de funcionamento da casa. Nomeadamente com a introdução indevida de alimentos, sobreaquecimento do quarto, o que propícia, aquando da necessidade de sair desse espaço, sofrer alterações de temperatura que nestas idades são prejudiciais (a título de exemplo: a filha colocou demasiados cobertores na cama e ainda ligou um cobertor elétrico, para além do aquecimento central estar ligado, originando a subida de temperatura corporal do idoso). Embora corrigidas de imediato pelos técnicos e funcionários da instituição, presumiu-se que esta situação em concreto poderá ter levado a uma infeção respiratória que levou ao internamento hospitalar do cliente, e que poderia ser evitada se a familiar cumprisse com as normas de funcionamento da casa.

Esta atividade permitiu-nos adquirir posturas, práticas e conhecimentos enquanto futuras Gerontólogas, pois foi-nos concedida a oportunidade, desde o início do estágio, de assistir a todos os atendimentos, conhecer o meio envolvente do idoso e da sua família, de modo a compreender a sua realidade. Esta prática permitiu o conhecimento de estratégias possíveis com o objetivo de encontrar soluções adequadas às diversas situações que se apresentam. O saber ouvir torna-se crucial num atendimento, bem como a capacidade de questionar, pois é nos atendimentos que se tem o primeiro acesso à situação do idoso, às suas reações, aos seus hábitos e problemas de saúde, é também importante ter atenção às suas crenças e convicções, parte da sua personalidade. O atendimento permite saber a relação do idoso com os familiares, se é favorável ou deficitária, e também como acontece em muitos casos, a relação entre os outros familiares (não envolvendo o idoso) se é ou não conflituosa. De salientar a importância de ouvirmos o idoso e falarmos também com ele, o que nem sempre acontece.

O atendimento partilhado, Diretora Técnica e estagiária possibilitou, muitas vezes, complementar informação e desenvolver opiniões que contribuíram para um melhor conhecimento do cliente das suas expectativas e necessidades, dando à instituição ferramentas para a integração e para uma resposta completa aos anseios do idoso.

Candidatura e Admissão

Para efeitos de admissão, o idoso deverá preencher uma Ficha de Inscrição, que constitui parte integrante do processo do mesmo, devendo fazer prova das declarações efetuadas, através da entrega da cópia de alguns documentos: Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão, Número de Identificação Fiscal e Cartão de Beneficiário da Segurança Social e do representante legal, quando necessário, Cartão de Utente, boletim de vacinas e relatório médico.

- **Condições e critérios de admissão**

A admissão dos idosos é feita pela Direção, com base na proposta realizada pela Equipa Técnica da Associação.

Para serem admitidos, os clientes devem possuir idade igual ou superior a 65 anos (salvo raras exceções estudadas pela Direção e Equipa Técnica).

São critérios de prioridade na seleção dos clientes:

- Idoso que tenha outros parentes, nomeadamente cônjuge, já a frequentar a ERPI;
- Situação de dependência relativa que, pela sua condição física ou psíquica percam a sua autonomia;
- Falta de apoio familiar, ou outro;
- Vontade expressa do candidato em frequentar a ERPI.

1ª Fase: Atendimento

Entrevista inicial com a família e/ou idoso

Realização da Ficha de Inscrição

Visita Domiciliária, se necessário

Estudo da condição do idoso.

Em caso de vaga, resposta imediata.

2ª Fase – Institucionalização

Apresentação da instituição ao idoso

Realização do PIC (Plano Individual de Cuidados)

Acompanhamento/ Integração do idoso junto dos outros idosos

Realização do Processo Clínico

3ª Fase – Saída do Idoso

Por vontade própria, no caso de se encontrar melhor, na situação por exemplo de recuperação

Com a família, se assim chegarem a algum acordo de interesse para ambas as partes

Falecimento, nesta situação existe todo um procedimento obrigatório a ser seguido

É importante realçar o facto de se dar prioridade a casais e a idosos que vivenciem problemas associados ao seu processo de envelhecimento, como por exemplo, isolamento social e sentimento de solidão e/ou patologias e situação de vulnerabilidade ao nível da funcionalidade. Isto deve-se a alguns dos valores que a gerontologia defende, como a equidade e justiça social, que defendem a igualdade entre todos e a discriminação positiva daqueles que mais precisam.

Atividade 3. Visitas Domiciliárias

Para Amaro (2003:13) a visita domiciliária “é uma prática profissional, investigativa ou de atendimento, realizada por um ou mais profissionais, junto ao indivíduo no seu próprio meio social ou familiar (...)”. Como intervenção, reúne pelo menos três técnicas para desenvolver: a observação, a entrevista e a história ou relato oral. A visita domiciliária é um instrumento fundamental, pois possibilita ao profissional a interação no meio onde o indivíduo reside, conhecendo e compreendendo melhor a realidade habitacional e familiar, potencia a comunicação entre o indivíduo e o profissional. Isto significa que as visitas domiciliárias “têm como objetivo conhecer as condições (residência, bairro) em que vivem tais sujeitos e apreender aspetos do quotidiano das suas relações, aspetos esses que geralmente escapam às entrevistas de gabinete” (Miotto, 2001:148).

Tipo: Recolha de informação com vista à realização da avaliação diagnóstica ou à atualização/aprofundamento do diagnóstico

Local: Habitação dos idosos envolvidos.

Recursos Humanos: Diretora Técnica e Enfermeira.

Participantes: Diretora Técnica, Enfermeira, aluna estagiária, idosos e familiares.

Recursos Materiais: Carrinha da Instituição e caderno (para apontamentos).

Descrição/Avaliação: Durante o estágio tivemos a possibilidade de realizar apenas uma visita domiciliária. Esta foi realizada com o objetivo de serem avaliadas todas as necessidades da

idosa e dos seus filhos, ambos deficientes mentais e motores. Aquando da chegada, foi-nos dada permissão para entrar no terraço e encontramos a idosa, acompanhada pelos seus filhos, na cozinha, que ficava fora de casa, ou seja, no terraço. Verificou-se de imediato que a Sr. Maria, de 91 anos (nome fictício), bem como os seus filhos, Manuel, de 60 anos e Rosa, de 61 anos (nomes fictícios) viviam numa casa sem condições de conforto e de habitabilidade para envelhecer com qualidade de vida, sendo que a mesma não tinha casa de banho nem aquecimento. Quando questionada acerca desta situação, a Sr. Maria respondeu com toda a naturalidade: *“fazemos as necessidades num balde e aquecemo-nos na fogueira que faço na sala”*. De salientar que a fogueira era feita como se estivessem ao ar livre, no centro da sala, com lenha e sem controlo, *“é uma fogueirinha para ficarmos mais quentes”*.

Continuando a avaliação pela casa, percebemos que a mesma tinha apenas mais dois compartimentos, referentes a dois quartos, nos quais dormiam os dois filhos juntos num deles e a senhora no outro. É importante referir que ambos os filhos andavam de cadeira e rodas e praticamente não se conseguiam movimentar. Para além disto, os compartimentos não tinham espaço para movimentar as duas cadeiras de rodas e a cama estava encostada a uma parede, ou seja, tinha uma localização que levava a que os dois tinham de entrar pelo mesmo lado da cama.

Avaliámos também a condição física e de saúde de cada um, percebendo-se que a senhora já tinha uma idade bastante avançada que já a impedia de responder a todas as necessidades dos filhos, como por exemplo, dar-lhes banho ou movimentá-los.

Para além disto, consideramos também o facto de a senhora ser cega do olho esquerdo, *“fiquei assim no parto da minha rapariga, rebentou-me o olho”*, o que a impedia, cada vez mais, de responder às suas necessidades de saúde, bem como às dos filhos, principalmente no que diz respeito à toma de medicamentos.

A enfermeira avaliou todas as suas condições de saúde, através de exames básicos, como por exemplo, diabetes e tensão, e de um questionário. Verificou-se toda a medicação prescrita pelo médico de família e médicos especialistas.

A nível social percebemos que esta família tinha o apoio de uma vizinha que ajudava a Sr. Maria a cuidar dos filhos e da casa, mas que não tinha disponibilidade para o fazer diariamente. De salientar que foi esta vizinha que sinalizou este caso e que pediu para que fosse realizada esta visita, com a aprovação da Sr. Maria: *“eu vou desde que os meus filhos também vão (...) não podem ficar sozinhos (...) estiveram sempre em casa comigo”*.

Economicamente, a família não tinha condições para pagar à instituição, contudo, foi realizado um acordo em que todos os bens passariam para o nome da APA e, assim, ficariam garantidos todos os cuidados à Sr. Maria e aos seus dois filhos. Logo nesse dia foram levados vários dos seus bens para a instituição, de forma a garantir a sua entrada no dia seguinte.

Esta visita foi muito importante, uma vez que foram mobilizadas várias técnicas de recolha de informação, mas também estruturadoras do processo de intervenção: observação participante, registo da visita, entrevista, conversas informais. Para além disto, permitiu-nos estar mais próximas da comunidade e perceber algumas estratégias que a mesma utiliza para fazer face às suas necessidades e dificuldades, bem como recolher dados para a avaliação diagnóstica, que não pode ser recolhida senão através da observação. Através desta avaliação diagnóstica tornou-se mais fácil iniciar o processo de intervenção com a família, uma vez que conseguimos perceber a sua realidade e a sua história de vida no terreno.

2.2.2 A intervenção da gerontóloga social na avaliação diagnóstica e na elaboração dos planos de desenvolvimento individual

Grupo II

Técnicas de investigação/intervenção

3. Atualização dos processos individuais	Entrevista em situação de conversa informal, pesquisa documental, observação participante.
4. Diagnóstico social dos idosos da instituição	Entrevista em situação de conversa informal, entrevista biográfica, pesquisa documental, questionário.
5. Realização de PI	Conversas informais, observação participante.

Atividade 3: Atualização dos processos individuais

Seguindo o quadro jurídico normativo que regulamenta o funcionamento das organizações de gestão da velhice, “é obrigatória, em cada unidade e equipa, a existência de um processo individual do utente (...)”¹¹. O mesmo artigo defende ainda que cada processo deve conter:

- a) identificação do utente;
- b) data de admissão;

¹¹ artigo 11º - Processo individual do utente

- c) plano individual de intervenção;
- d) identificação dos familiares, representante legal ou cuidador informal;
- e) proposta de referenciação e prescrição clínica;
- f) identificação do terapeuta de referência e ou médico assistente, para a população adulta
- g) data de saída para o domicílio ou de transição para outra estrutura de cuidados;
- h) cópia do termo de aceitação do termo de pagamento;
- i) exemplar do contrato de prestação de serviços.¹²

Tipo: Recolha de informação

Local: Gabinete da Diretora Técnica, onde estava toda a informação necessária para esta atividade (registos e dossiers dos clientes).

Recursos Humanos: Diretora Técnica.

Participantes: Diretora Técnica e aluna estagiária.

Recursos Materiais: Cadeiras para a Diretora Técnica e aluna estagiária, uma mesa, caneta, caderno (para apontamentos), o Processo Individual de cada cliente que, como já foi referido, está dividido em: Plano Individual que contém a Ficha de Inscrição com os dados pessoais do idoso e do responsável por este, as informações clínicas, a Ficha de Avaliação Inicial de Requisitos que permite ter conhecimento da percentagem de redução na mensalidade paga pelos idosos e a Informação Disponibilizada ao Cliente após ingressar na instituição, documentos como a Ficha de Inscrição e Regulamento Interno. Planeamento e Acompanhamento das Atividades de Desenvolvimento Pessoal: Estão presentes os Registos de Acompanhamento/ Diligências, onde a Assistente Social descreve situações que acontecem que sejam importantes de referir (indisposições, idas aos hospital, episódios de agressividade, conflitos familiares), neste separador arquiva-se também os Registos de Vistas e Saídas ao fim de cada mês; Cuidados Pessoais: é parte dos registos que se encontram no Plano Individual de Cuidados e que é retirada todos os meses para arquivar, onde refere os cuidados pessoais e de higiene e o registo de material utilizado, elaborados diariamente em cada dia do mês, com a assinatura da funcionária que realizou os serviços.

¹² Segurança Social, Portaria n.º 67/2012 de 21 de março

Descrição/Avaliação: Esta atividade constou na leitura aprofundada dos processos individuais de cada idoso e, após isso, a verificação dos documentos em falta. Tivemos a oportunidade juntamente com a Diretora Técnica de organizar os processos individuais e os processos clínicos. Os processos dos idosos novos são os que têm mais conteúdos para atualizar, uma vez que essa atualização deve ser feita quinze dias após a entrada do idoso. No Programa e Avaliação do Acolhimento, aponta-se se foi necessário tomar medidas no acolhimento e se estas foram ou não eficazes. É também preenchida a Escala de Berthal, que consiste na avaliação de dependência do idoso. Para além disto, preenche-se a Ficha de Avaliação das Necessidades (atualizada de 6 em 6 meses) do idoso que nos permite fazer uma planificação aprofundada e pormenorizada de cada cliente, os seus problemas de saúde, relações familiares, higiene, interação social e alimentação. Através deste documento e da escala de Berthal, podemos examinar se o idoso manteve as suas condições de saúde, melhorou ou perdeu capacidades.

Esta atividade permitiu à estagiária adquirir posturas, práticas e conhecimentos enquanto futura Gerontóloga, pois foi-lhe concedida a oportunidade, desde o início do estágio, de assistir a todos os atendimentos, conhecer o meio envolvente do idoso e da sua família, de modo a compreender a sua realidade. A análise e elaboração destes processos permitiu um conhecimento detalhado acerca de cada idoso, da sua realidade social e familiar.

A informação pormenorizada do cliente possibilita a existência de um processo completo, que não deixa espaço para a fuga de informação, de forma a salvaguardar o idoso e a instituição.

Atividade 4: Diagnóstico Social dos Idosos da APA

O diagnóstico social, instrumento de conhecimento da realidade dos indivíduos, foi realizado através da atualização dos processos individuais, possibilitando recolher o máximo de informação acerca de cada idoso. Estes processos contêm uma série de processos técnico-burocráticos onde tivemos a oportunidade de fazer uma leitura aprofundada e posteriormente participar na realização dos mesmos. A atualização destes processos inclui a escala de Barthel para medir o nível de dependência das pessoas, esta escala é marcante no sentido que possibilita a criação de condições específicas mediante a situação do idoso, observando num curto ou longo espaço de tempo as mudanças verificadas.

Devemos ter sempre em mente que estes processos não devem ser meramente burocráticos, ou seja, não devem servir apenas para estar no dossier de cada cliente. Estes devem ser

realizados com o intuito de serem utilizados posteriormente para uma melhor intervenção, pois é através deles que conseguimos perceber quais os gostos, potencialidades, pontos fortes e dificuldades de cada idoso, podendo assim realizar atividades que os ajudem a ser mais independentes, a integrar-se na instituição, a criar um espírito de entreajuda e a tornar o seu dia-a-dia mais ativo e ocupado. Guedes (2012:33) defende que cabe aos profissionais da intervenção “um papel privilegiado no que concerne à inclusão dos idosos na vida coletiva da instituição”, ou seja, os idosos devem ter o poder de escolher aquilo que mais gostam e de acordo com as suas possibilidades, cabendo aos profissionais acompanhá-los, motivá-los. Para tal é necessário conhecer os idosos, sendo assim de extrema importância a realização do diagnóstico social e dos planos individuais.

Tipo: Recolha de informação.

Local: Gabinete da Diretora Técnica, onde estava toda a informação necessária para esta atividade (registos e dossiers dos clientes) salas de convívio, locais amplos e com sofás, onde se encontravam os idosos.

Recursos Humanos: Diretora Técnica e funcionárias da APA.

Participantes: Idosos e aluna estagiária.

Recursos Materiais: Cadeiras para as funcionárias e idosos que preferiam conversar no gabinete e aluna estagiária, uma mesa, caneta, caderno (para apontamentos. De salientar ter sido impossível utilizar o gravador, uma vez que tal não nos foi permitido pela direção da instituição.

Descrição/Avaliação: Esta atividade foi realizada nas primeiras semanas de estágio, de modo a conhecer os idosos institucionalizados, através de pesquisas documentais. Estas foram importantes para perceber as situações dos idosos da APA, os seus problemas de saúde, hábitos e comportamentos, consultando, para isso, os Processos Clínicos, a Ficha de Avaliação de Necessidades e o Registo de Diligências.

Para realizar uma pesquisa mais aprofundada sobre os idosos recorri também às conversas informais com a Diretora Técnica e auxiliares, que nos proporcionaram toda a informação relevante para este processo e foram a ponte para as conversas com os idosos.

Com os idosos tivemos a possibilidade de conversar, participar em todas as suas atividades, bem como Atividades de Vida Diária. Esta proximidade permitiu-nos conhecer melhor cada idoso, os seus hábitos, comportamentos, necessidades, gostos e histórias de vida.

Atividade 5: Realização de PI

Para a execução de um PI é importante uma reunião multidisciplinar ou então a pessoa que o realiza deve reter as informações importantes do idoso em cada área. Isto significa que, uma vez integrado na Instituição, o idoso é alvo de uma avaliação das suas necessidades e do desenvolvimento dos seus potenciais e de uma avaliação diagnóstica onde são recolhidas várias informações no que diz respeito às suas condições ou capacidades físicas e funcionais, estado de saúde, expectativas e representações face à sua vida e face à Instituição (Segurança Social, 2007)¹³. Todo o tipo de informações acerca do utente são importantes e por isso são devidamente registadas e transmitidas para que, assim, se possa identificar áreas ou aspetos que necessitem de serem analisados e explorados no sentido de garantir uma boa integração e apoio na vida do utente (Segurança Social, 2007).

É a partir da análise da informação recolhida, através de entrevistas, observações clínicas e da aplicação de instrumentos de avaliação que se vai proceder à identificação das necessidades e potenciais do utente que, posteriormente, irão permitir a elaboração do PI. Este trata-se de um “instrumento formal que visa organizar, operacionalizar e integrar todas as respostas às necessidades, expectativas e potenciais de desenvolvimento identificadas em conjunto com o cliente” (Segurança Social, 2007).

Tipo: Recolha de informação

Local: Gabinete da Diretora Técnica, onde estava toda a informação necessária para esta atividade (registos e dossiers dos clientes), gabinete médico com uma maca, registos de saúde dos clientes e seus dossiers.

Recursos Humanos: Diretora Técnica e Enfermeira.

Participantes: Diretora Técnica, aluna estagiária, Enfermeira, Médico, idosos e familiares.

¹³ www.segurancasocial.pt

Recursos Materiais: Cadeiras para a Diretora Técnica, Enfermeira, Médico, idosos, familiares e aluna estagiária, uma mesa, caneta, caderno (para apontamentos), computador e os documentos necessários para preenchimento e para a realização da atividade.

Descrição/Avaliação: O Plano Individual é executado anualmente ou sempre que haja alguma mudança significativa no estado de saúde, física e mental da pessoa idosa, no entanto, é sempre revisto semestralmente. A elaboração do plano passa pela recolha dos dados fundamentais do cliente, aspetos fortes que identifiquem, pontos importantes que descrevam a situação de saúde do idoso, a componente psicológica, afetiva, cognitiva, social, familiar e alimentar. Esta avaliação é a base para planear intervenções que permitam intervir nas necessidades fundamentais do idoso.

O processo deve ser realizado com o idoso, no caso de ele estar capaz psicologicamente (sem diagnóstico de demência), familiares, técnicos e auxiliares, tendo sempre em conta as expectativas e motivações do idoso. A atividade permitiu aprender como elaborar um Plano individual, sendo este parte relevante do processo administrativo de cada cliente e fundamental para nele alicerçar o plano de cuidados e o plano ocupacional, com vista ao seu bem-estar.

O Plano Individual torna-se trabalhoso, no entanto, é estimulante realizá-lo uma vez que permite esmiuçar todos os aspetos relacionados com a vida do idoso. Este é a base do plano de desenvolvimento individual e concede a toda a equipa esclarecimentos aprofundados acerca do cliente.

2.2.3 A intervenção da gerontóloga social na implementação das atividades de sensibilização para a saúde e de animação sociocultural

Grupo III	Técnicas de investigação/intervenção
6. Assistência Medicamentosa	Observação participante.
7. Ações de Sensibilização (saúde e segurança)	Observação participante.
8. Atividades de Animação Sociocultural	Observação participante, conversas formais e informais, pesquisa documental.
9. Atividades de Estimulação Física	Observação participante, Conversas formais e informais, pesquisa documental.

Atividade 6: Assistência Medicamentosa

A assistência medicamentosa é importante, uma vez que toda a medicação prescrita pelo médico de família e/ou médico especializado deve ser adequadamente tomada.

Local: Gabinete médico, onde está guardada toda a medicação dos idosos institucionalizados e seus processos.

Recursos Humanos: Enfermeira.

Participantes: Enfermeira, aluna estagiária e Diretora Técnica.

Recursos Materiais: Caixas de medicação, com todos os dias da semana e todas as refeições, mesa, canetas, tesouras para cortar comprimidos (existem idosos que só tomam metade da dosagem), cadeiras para as participantes, medicação, planos individuais de cuidados, onde está registada toda a medicação que os idosos tomam e papel para fazer as encomendas da medicação que falta.

Descrição/Avaliação: Todas as segundas-feiras à tarde era feita a medicação dos idosos institucionalizados, tendo como intervenientes a Diretora Técnica, a aluna estagiária e a Enfermeira. Para que esta atividade se realize, cada cliente tem uma caixa de medicação com o seu nome, onde constam todos os dias da semana e as várias refeições realizadas diariamente (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e noite), bem como um dossiê com as suas tomas medicamentosas, prescritas pelo médico de família, do lar e/ou médico especializado.

A encomenda de medicamentos é elaborada quando o idoso não possui em alguma caixa 7 comprimidos para a semana seguinte, para que não exista falta de medicação. Para além disto, aquando da realização da caixa de medicação, deve-se preencher o registo para encomenda, ou seja, registar os medicamentos em falta, com o nome do cliente, o nome do medicamento e a sua dosagem, assinalando se é para encomendar ou faturar (caso o medicamento já tenha sido pedido e esteja guardado).

Esta atividade permitiu o conhecimento e esclarecimento de dúvidas sobre a utilidade de vários medicamentos e da sua função. Assim sendo, tivemos a perceção de que a maioria dos medicamentos tomados está relacionada com problemas de colesterol, controle de tensão arterial, calmantes/relaxantes, retenção de líquidos, Alzheimer e Parkinson. Patologias que de forma crescente afetam os idosos quando a sua idade aumenta.

As caixas de medicação estão num armário do refeitório e retiram-se apenas nas horas das refeições para evitar alguns problemas, como: a ingestão incorreta da medicação por parte de idosos com demência. A medicação era dada ao idoso pela colaboradora, enfermeira, Diretora Técnica ou aluna estagiária, tendo de se certificar se o idoso tomou a medicação.

Com esta atividade percebeu-se parte da gestão que é feita na APA, condutas a tomar para evitar situações complicadas, gestão também no sentido de encomendas e faturação, gestão essa que acaba por estar presente em todos os procedimentos da instituição.

Atividade 7: Ações de Sensibilização (saúde e segurança)

Tipo: Ação de sensibilização.

Local: Sala de convívio.

Participantes: Enfermeira, aluna estagiária, Diretora Técnica, alunas estagiárias de enfermagem e sua orientadora, enfermeiros da Unidade de Saúde familiar, funcionárias e idosos.

Recursos Materiais: Sofás e cadeiras para os idosos, mesa, computador, retroprojektor, papel e caneta.

Descrição/Avaliação: Estas atividades foram organizadas pela APA e pela Escola de Enfermagem de Vila Real, bem como pela Unidade de Saúde Familiar de Vila Real.

As duas ações de sensibilização, da área da saúde, tiveram como temas a “Importância de Ingerir Água” e a “Sensibilização para o Exercício Físico” e foram realizadas dentro da instituição.

O objetivo destas ações prendeu-se com a sensibilização dos idosos para estes temas, de forma a perceberem a importância dos mesmos e o bem que fazem para a sua saúde, uma vez que a ingestão de água e o exercício físico previnem algumas doenças, como por exemplo, doenças renais e cardíacas.

Os idosos expuseram as suas dúvidas, curiosidades e as suas formas de estar perante estes temas e participaram nos jogos realizados pelas alunas estagiárias da Escola de Enfermagem. Estes jogos, realizados no final das exposições, tiveram como objetivo perceber se os idosos tinham compreendido o que tinha sido falado e se tinham dúvidas. Os mesmos mostraram ainda vontade de melhorar a sua condição física e estarem mais atentos à ingestão de água.

Percebemos assim ser muito importante sensibilizar os idosos para estas questões, uma vez que o exercício físico e a ingestão de água melhoram a sua qualidade de vida e o seu bem-estar. Estas ações são também uma forma de os idosos contactarem mais com a comunidade e com pessoas que integram as várias faixas etárias, potenciando assim, nem que seja, ocasionalmente a construção de dinâmicas que potenciam as relações intergeracionais e esbatem a segregação baseada na idade.

Atividade 8: Atividades de Animação Sociocultural

A animação sociocultural é considerada, por muitos profissionais, uma prática de extrema importância nas instituições, uma vez que, através dela, os idosos conseguem manter-se ativos tanto física como psicologicamente. Cardoso (2008) defende que realizar atividades estimulantes reduz, em quase metade, a possibilidade dos idosos desenvolverem doenças neurológicas, como por exemplo, o Alzheimer, pois com estas atividades eles estão a exercitar constantemente o cérebro.

Ander-Egg (2000:100) define animação sociocultural como sendo “um conjunto de técnicas sociais que, baseadas numa pedagogia participativa, tem por finalidade promover práticas e atividades voluntárias que com a participação ativa das pessoas desenvolvem-se no seio de um grupo ou numa determinada comunidade, e manifestam-se nos diferentes âmbitos das atividades socioculturais que procuram o desenvolvimento e qualidade de vida”. Segundo

Yanguas (1998:281) existem cinco palavras que definem a animação sociocultural: desenvolvimento (deve-se criar condições para que sejam as próprias pessoas a encontrar soluções para os seus problemas), relação (fomentar relações interpessoais e de grupo), criatividade (promovendo a iniciativa e a responsabilidade), participação (a animação requer a participação individual e de grupo) e convivência (através da comunicação e da distribuição de tarefas). Limón & Crespo (2002) defendem também esta ideia, pois para eles, existem quatro dimensões que dão sentido à animação: sociológica, sendo que a animação sociocultural requer a análise e o diagnóstico da realidade em que queremos intervir; pedagógica (diálogo e criatividade); comunitária, pois requer o fomento de relações com o grupo e/ou comunidade; teleológica, no sentido em que toda a ação se rende com uma finalidade.

Isto significa que a animação surgiu com o objetivo de desenvolver atitudes de participação ativa dos sujeitos, no seu processo de desenvolvimento, a nível social e cultural.

Contudo, segundo Cabreza (2007:80), falar em animação é falar também em lazer, ou seja, para este autor é no tempo livre que a animação ganha maiores contornos. Isto significa que, depois de serem realizadas todas as obrigações, qualquer pessoa tem tempos livres que devem ser ocupados com atividades que lhes proporcionem prazer e descontração.

Assim sendo, vários são os benefícios da animação sociocultural, como por exemplo: oportunidade de partilhar ideias, preocupações, medos e ilusões; estabelecer relações interpessoais, contrariando desta forma momentos de solidão e depressão; apoio emocional; sensação de utilidade na sociedade, uma vez que se partilham habilidades e experiências pessoais; melhor qualidade de vida; novas aprendizagens.

Desta forma, a APA tem realizado algumas atividades, apesar de não existir um programa específico de animação sociocultural – considerado muito importante para certos autores, que defendem que um programa destes deve ser trabalhado e realizado com os idosos e não para os idosos (Pereira & Lopes, 2009). Segundo Gómez (2007:68) é essencial que os idosos se transformem em atores, em detrimento do “papel de espectadores, recetores”. Neste sentido tentamos, como já foi referido, implementar um programa de animação sociocultural, contudo não foi possível, pois a Direção da APA achou pertinente que esse trabalho fosse desenvolvido pela Animadora Sociocultural e pela aluna estagiária de Reabilitação Psicomotora.

a) Festa de São Martinho

Tipo: Expressão Plástica e convívio

Local: Refeitório da instituição.

Participantes: Diretora Técnica, aluna estagiária, Animadora Sociocultural, auxiliares e idosos.

Recursos Materiais: Balões, mesas, cadeiras, pratos, travessas, talheres (colher, garfo e faca), panelas, guardanapos, copos e garrafas.

Descrição/Avaliação: Esta foi a primeira atividade em que participamos, uma vez que já estava calendarizada pela instituição. Para que esta atividade se realizasse decoramos o refeitório com balões pendurados no teto (enchidos pela aluna estagiária e animadora sociocultural), a cozinheira bem como a auxiliar de cozinha assaram sardinhas e fizeram cado verde e compramos broa de milho e pimentos. Neste dia todos os idosos puderam comer esta refeição, tendo-se especial atenção aos idosos que normalmente não podem fazer este tipo de alimentação.

Com esta atividade apercebemo-nos de que os idosos participaram no almoço de livre vontade, tendo-se mostrado satisfeitos com a comida e a festa. Contudo, pudemos perceber que estes não participaram nos preparativos para a festa porque não foram chamados ou convidados – indo assim contra alguns critérios da animação sociocultural, que passa por incluir todos os idosos nas atividades, ou seja, trabalhar com os idosos e não para eles. Neste tipo de respostas sociais deve ser preservada a autonomia, ou seja, deixar os idosos tomar as suas próprias decisões, no que respeita as atividades a desenvolver, ementas, horários, entre outros

b) Preparativos para a festa de Natal e festa de Natal

Tipo: Expressão Plástica e convívio.

Local: Salas de convívio, hall de entrada e refeitório da instituição

Participantes: Aluna estagiária, idosos, Diretora Técnica, Enfermeira, Animadora Sociocultural, membros da Direção, familiares e funcionárias.

Recursos Materiais: Papel, marcadores, tesouras, canetas, cartolina, lápis de cor, lápis de cera, computador, impressora, mesas, cadeiras, fita-cola, papel de velcro, talheres, copos, panelas, travessas e guardanapos.

Descrição/Avaliação: Ao contrário da atividade anterior, esta foi programada pela aluna estagiária com a supervisão da Diretora Técnica. Para os preparativos da festa, os principais intervenientes foram os idosos e a aluna estagiária. De salientar que apenas alguns idosos quiseram participar, ou seja, aqueles que gostavam de pintar e fazer trabalhos manuais e que estavam em boas condições em termos de funcionalidade e ao nível da saúde mental (podemos dizer que tal se verifica porque eles ao longo da vida e durante a sua trajetória de institucionalização não foram habituados a participar).

Os preparativos para o Natal prenderam-se com o objetivo de criar decorações para as árvores de Natal, bem como para a instituição. Começamos por pintar imagens alusivas a esta época do ano, retiradas da Internet, (todas elas pintadas pelos idosos que quiseram participar). Seguidamente procedemos ao corte das mesmas, sendo que nesta fase também demos o nosso contributo, pois nem todos os idosos se mostraram à vontade para recortar. Depois de pintadas e recortadas, as imagens foram colocadas no hall de entrada da instituição, portas e paredes.

Para decorar a árvore de Natal, propusemos aos idosos que se recortassem figuras alusivas a esta época, como por exemplo, sinos, pinheiros, estrelas e bolas. Todos concordaram e passamos então à execução da atividade. Para tal, retirámos imagens da Internet, passamos para papel de velcro (mais fácil de recortar e desenhar), desenhamos as figuras e recortamos as mesmas pelas linhas do lápis. Depois de recortadas todas as figuras, todos os idosos, incluindo os que não quiseram participar nos preparativos, colocaram uma figura na árvore, que se encontrava à entrada da instituição.

No dia de Natal foram realizados alguns preparativos para a ceia, uma vez que alguns idosos ficaram na instituição. Para tal foi necessário fazer um levantamento dos idosos que iriam almoçar, jantar e dormir na APA, nos dias 24 e 25 de dezembro, recorrendo a ligações telefónicas para os familiares, nos dias anteriores. Este contacto telefónico foi realizado pela Diretora Técnica e pela aluna estagiária, pois era necessário haver um controle das refeições e preparar tudo para os idosos que iriam sair.

Após contactar todos os familiares, percebemos que seriam 13 os idosos que passariam a quadra natalícia na instituição, duas pessoas acamadas, seis idosos com Alzheimer (de salientar que uma idosa tinha apenas um neto que não estava em Vila Real; dois dos idosos

ficavam muito agitados quando mudavam de ambiente, mas um deles iria almoçar no dia 25; a outra idosa era uma pessoa bastante calada e apática, que se encontrava num estado já muito avançado de demência e que os filhos preferiram deixar na APA porque o marido da mesma estava com um problema grave de saúde e estava em casa; um idoso que estava no início da demência, mas que o filho preferiu não levar para casa, alegando que o idoso já não percebia qual era a época do ano; e um idoso cuja mulher afirmou não conseguir cuidar dele em casa). Ficaram também na instituição a família que já foi referida neste relatório, a mãe com os dois filhos, uma vez que não tinham familiares; e dois idosos conscientes (a idosa tem os filhos longe da cidade, em Lisboa, e o marido iria passar em casa dos vizinhos), e o idoso cuja sobrinha preferiu ir buscá-lo apenas no dia 25 para almoçar, por motivos familiares. De referir que esta última idosa, cujos filhos estavam longe, acabou por ir passar a consoada a casa da Diretora Técnica, uma vez que era muito amiga da avó da mesma.

De salientar que tanto a aluna estagiária como a Diretora Técnica tentaram mostrar aos familiares a importância de estarem com os idosos, não só nesta quadra, como todos os dias do ano, acompanhando o seu desenvolvimento e participando nas suas atividades. Pareceu-nos pertinente demonstrar a importância que a quadra natalícia tem para cada um dos idosos da APA, contudo, nem todos os responsáveis mostraram vontade de participar ou estar com os seus idosos.

É importante percebermos que este tipo de atividades, bem como muitas outras, devem ser desenvolvidas ao longo de todo o ano com os familiares dos idosos para que as relações não enfraqueçam e para que eles tenham uma maior participação na vida dos seus idosos que, por sua vez, podem ainda sentir-se parte integrante da família.

Como eram muitos os idosos a passar o Natal na APA, a aluna estagiária, a Diretora Técnica e um elemento da direção decidiram cear com os idosos, para lhes proporcionarem um bom momento e para que estes não se sentissem tão sós.

Esta atividade marcou-me especialmente, pois consegui estar mais perto dos idosos, permiti-me conhecê-los melhor e perceber a sua realidade familiar e social. Através desta, fiquei a saber quais os seus gostos e vontades, quais as pessoas com quem simpatizavam ou antipatizavam. Serviu também para me consciencializar da importância da animação sociocultural na vida das pessoas, bem como da importância do acompanhamento a este grupo etário, tentando o mais possível envolver os seus familiares.

c) Páscoa

Tipo: Religiosa

Local: Capela da instituição

Participantes: Diretora Técnica, aluna estagiária, enfermeira, Padre (que celebrou a Missa), auxiliares e idosos.

Recursos Materiais: Cadeiras e elevador (para levar os idosos para a Capela).

Descrição/Avaliação: Depois de realizado o diagnóstico social, percebemos que todos os idosos da APA eram cristãos e que a maioria era praticante, daí se realizar uma missa todos os domingos, na capela da instituição.

Como é sabido, a Páscoa é outra época do ano muito importante para os cristãos e os idosos da APA não são exceção. Desta forma, para assinalar esta festividade, realizou-se uma missa, na qual estava incluída a confissão para todos os clientes que assim o pretendessem, seguindo-se a bênção e o cumprimento ao Senhor.

Com esta atividade pudemos perceber que a espiritualidade é também muito importante para os idosos da APA e que estes se sentem melhor quando podem exprimir a sua fé. É muito importante que os profissionais não descurem a espiritualidade de cada pessoa, pois esta faz parte de cada um de nós e também nos define enquanto pessoas.

d) Festa de Santo António

Tipo: Convívio

Local: Praça do Município (onde se realiza a festa de Santo António).

Participantes: Diretora Técnica, aluna estagiária, Animadora Sociocultural, auxiliares e idosos.

Recursos Materiais: Carrinhas da instituição, papel e caneta.

Descrição/Avaliação: A festa de Santo António é realizada no dia 13 de Junho, pois este é o padroeiro da cidade de Vila Real. Tal como na capital, também aqui é celebrado este Santo com festas por toda a cidade, o desfile das marchas populares, os carrosséis e as barracas com os doces, carteiras, roupas, óculos, bijuteria, barro preto de Bisalhães (considerado à pouco tempo, património nacional), entre outros.

Para assinalar este dia, a Diretora Técnica pediu-nos para programar uma saída durante a tarde para todos os idosos que tivessem condições físicas para caminhar. Assim sendo, procedemos ao levantamento de todos os idosos capazes de acompanhar esta saída, juntamente com a enfermeira. Após esta primeira fase, fizemos a contagem das auxiliares necessárias para acompanhar os idosos, bem como da equipa técnica, solicitamos carrinhas para fazer o transporte e compramos garrafas de água para todos.

No dia em questão, a Diretora Técnica, aluna estagiária, animadora sociocultural e auxiliares levaram 20 idosos à feira de Santo António, onde puderam passear e conviver com várias pessoas, bem como comer as famosas farturas. Um dos idosos comentou que: “há muito tempo que já não vinha para aqui. Se fosse mais novo bebia a minha cervejinha”.

Esta atividade foi muito importante, porque os idosos devem manter o contacto com a comunidade, de forma a evitar a solidão e manter atividades que lhes dão prazer e satisfação, bem como manter as suas práticas culturais, evitando assim a depressão e o sentimento de inutilidade. Para além disto é importante realçar que este tipo de atividades permite contrariar o fechamento destas instituições e a exclusão dos idosos nas redes de relacionamento social local.

Atividade 9: Atividades de Estimulação Física

Tipo: Desportiva.

Local: Ginásio da instituição.

Participantes: Animadora Sociocultural, estagiária de Reabilitação Psicomotora, aluna estagiária e idosos.

Recursos Materiais: Rádio (para ouvir música e dançar), fitas e bolas de Pilates.

Descrição/Avaliação: A Animadora Sociocultural da APA é também licenciada em Desporto e Educação Física, por isso, faz planos de exercício para os idosos, tendo em conta cada individuo e suas necessidades, atendendo à sua condição de saúde e à sua funcionalidade. Para além disto, também estive a estagiar na instituição uma aluna de Reabilitação Psicomotora que ajudou a preparar estes planos e fez um diagnóstico para cada idoso.

Na instituição existia algum material para exercício físico, uma vez que na cave da mesma estava instalado um ginásio para a comunidade em geral. Para que esta atividade tivesse

sucesso e participantes foi necessário, inicialmente, existir uma conversa entre os idosos, a Diretora Técnica, a aluna estagiária, a Enfermeira, a aluna de Reabilitação Psicomotora e a Animadora Sociocultural, com o intuito de demonstrar a importância da atividade física para idosos, destacando-se:

- Autonomia e bem-estar (físico e psicológico)
- Estimulação do metabolismo e cognição (memória, atenção, percepção)
- Combate processos inflamatórios
- Melhoria das capacidades funcionais
- Promove o convívio
- Melhoria das capacidades motoras e do equilíbrio.

A atividade física na terceira idade é um procedimento muito positivo com vista a proporcionar o bem-estar físico e mental, no entanto, não se pode esquecer a vulnerabilidade/dependência deste grupo. Portanto as atividades devem ser realizadas de acordo com os problemas de saúde desta faixa etária, nunca sendo exageradas nem intensivas. A atividade teve a aderência da maioria dos idosos em condições para a participar, executando-se com sucesso.

Cerca de 90% dos clientes participam nas atividades físicas (mover pernas e braços normalmente com objetos leves, já a caminhadas mais longas e passeios ao exterior, vão cerca de 45% dos idosos, por dificuldades locomotoras).

Em suma, podemos dizer que as atividades físicas e de animação sociocultural estimulam a parte física e cognitiva dos idosos. Estas refletem-se em aspetos positivos e desenvolvem as capacidades da população idosa, promovendo essencialmente o seu bem-estar e o convívio, bem como a melhoria da qualidade de vida.

Avaliação geral das atividades

Estas atividades contribuíram para percebermos melhor a realidade do lar em estudo, bem como para o podermos comparar com outras instituições já estudadas, como por exemplo, as instituições totalitárias definidas por Goffman.

Podemos perceber também a importância dos planos de intervenção personalizados, que surgem em função da avaliação diagnóstica, muito importante para ir de encontro às necessidades, gostos e potencialidades dos idosos institucionalizados.

Não devemos esquecer-nos de que esta avaliação diagnóstica contribui em muito para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, uma vez que é através dela que nós temos uma melhor percepção das histórias de vida dos idosos, das suas expectativas e ideias sobre o envelhecimento.

Uma avaliação mais centrada na pessoa significa não nos esquecermos que os idosos são seres biopsicossociais, ou seja, indivíduos com vários tipos de necessidades (biológicas, psicológicas e sociais), que não devem ser colocadas de parte, pois todas elas fazem parte dos idosos.

Os planos de intervenção personalizada contribuem para um envelhecimento ativo e bem-sucedido, que na nossa ótica e de alguns autores é fundamental para um envelhecimento saudável. Não devemos esquecer-nos que um envelhecimento bem-sucedido passa pela participação social dos idosos, pela satisfação com a vida, ausência de incapacidade, alta capacidade funcional/independência (Phelan e Larson, 2002). O envelhecimento ativo tem três pilares fundamentais: saúde, participação e segurança, considerando, a Organização Mundial de Saúde, que estes são fundamentais para uma melhoria da qualidade de vida das pessoas à medida que vão envelhecendo.

Desta forma, a animação sociocultural é deveras importante para uma boa intervenção, uma vez que esta, quando bem feita, ajuda na melhoria da qualidade de vida dos idosos, indo de encontro às suas potencialidades, expectativas, gostos e necessidades. Esta é uma forma de responder à multiplicidade de necessidades que os idosos enfrentam.

Considerações finais

Depois de dois meses de trabalho de voluntariado e mais de oito meses de trabalho de estágio muitas considerações sobre o processo de intervenção podem ser formuladas.

Começando pela entrada no lar, tanto enquanto voluntária, quanto como estagiária, podemos dizer que o anseio, os medos e as angústias foram sendo gradualmente disseminados. Ao nível do processo de integração na instituição, podemos concluir que não existiram obstáculos significativos, uma vez que os dois meses de voluntariado nos permitiram ir conhecendo os idosos e os vários elementos da equipa técnica e os auxiliares de uma forma mais descontraída. Assim sendo, apesar de ter levado algum tempo, o estabelecimento de relações de proximidade e confiança com os residentes foram conseguidas e temos a certeza de que as marcas que todos eles nos deixaram são significativas e, cremos, que reciprocas. Contudo, apesar da facilidade em estabelecer diálogos com a quase totalidade dos residentes, uma vez que se encontravam em situação de carência afetiva, a relação de confiança não foi imediata, tendo sido um processo um processo contínuo e gradual. As relações foram sendo construídas ao longo dos meses que estivemos na instituição e ao longo das conversas individuais e em grupo e das atividades que se foram desenvolvendo, que nos facilitaram a aproximação aos idosos. Geralmente tais conversas passavam por relatos da sua vida passada (atividade profissional exercida, relações familiares, situação de saúde, anseios e gostos) ou então por questões do dia-a-dia na instituição. De salientar que uma das estratégias adotadas para o estabelecimento de relações de proximidade e confiança foi a preocupação de cumprimentarmos cada idoso individualmente, logo de manhã, quando estavam a tomar o pequeno-almoço, não descurando os idosos acamados.

Em suma, podemos afirmar que esta primeira fase é muito importante para criarmos uma relação de ajuda com os idosos, sendo assim necessário criar empatia com os residentes e perceber de que forma poderemos lidar melhor com eles. Para além disto podemos perceber também que, muitas vezes, não obstante estarem rodeados de pessoas e serem cuidados, os residentes se sentem sozinhos e abandonados, dando assim especial importância às pessoas que conversam com eles sobre os mais variados assuntos, tornando-nos desta forma indispensáveis para o seu dia-a-dia.

Já sobre o presente relatório, podemos afirmar que escrevê-lo foi uma batalha, uma vez que tivemos de conciliar o estágio, que teve a durabilidade de oito meses, com a escrita e ainda a

vida profissional, o que acabou por atrasar o seu desenvolvimento. Todos estes fatores acabaram por provocar alguns receios no que respeita ao término deste trabalho mas também uma certa ansiedade em ter este pronto atempadamente. Porém, tendo agora concluído esta etapa, estamos satisfeitas com o percurso de intervenção por nós realizado e pensamos ter correspondido positivamente ao desafio.

Posto isto, é importante fazermos um balanço das aprendizagens enquanto profissionais e avaliar a conquistas dos objetivos a que nos propusemos e que, presumimos, terem serem atingidos.

A bibliografia consultada contribuiu para que expandíssemos os nossos conhecimentos na área da gerontologia social e do envelhecimento, mais concretamente ao nível das estruturas residenciais – o seu quotidiano, os efeitos da institucionalização nos idosos – e do envelhecimento em zonas do interior do país, mas sobretudo ajudou-nos a ter conhecimentos que nos permitem minimizar os efeitos do envelhecimento em contexto institucional, principalmente em meios em que os idosos estão mais isolados. Percebemos assim a importância de desmistificar a institucionalização, ou seja, é extremamente importante mostrarmos às pessoas e possíveis clientes que hoje em dia, tanto os lares públicos como privados, têm ferramentas para se descolarem das “instituições totais”, estudadas por Goffman. Para tal, é necessário que deixemos de pensar nos lares de idosos como depósitos de pessoas que não têm mais nada de contributivo para dar, onde domina a frieza nas relações e a apatia daqueles que são cuidados. Segundo Guedes (2012:17) “as rotinas e os relacionamentos são muito centradas na inatividade, enclausuramento, monotonia, passividade”. A verdade é que, como vários autores defendem, os idosos confrontados com a institucionalização têm de se redefinir, podendo desta forma ficar deprimidos. Isto deve-se principalmente à deterioração psicológica que a institucionalização provoca, mas também ao sentimento de abandono experienciado pelos idosos, mesmo que este não seja real. A transição de um modo de vida independente para um modo de vida dependente é um risco para a resistência do idoso, uma vez que há um corte radical com o seu meio, ou seja, este abdica do seu estilo de vida, gostos e rotinas e tem de adaptar-se a uma situação que gostaria de ter evitado.

Para que seja mais fácil a sua adaptação, vários autores defendem que a instituição deve proporcionar um ambiente aos idosos em que eles envelheçam de forma bem-sucedida para que possam estabelecer uma relação que potencie o mais possível a sua integração social tanto

com o mundo externo como o interno, onde seja possível construir comunidade com laços sociais fortes e potenciadores da pertença social. Segundo Mingione (*in* Vieira, 2011), a associação é criada a partir de ideias e esforços coletivos em torno de um propósito lícito comum, ou seja, deve estimular a soberania popular e dar resposta às necessidades da comunidade

Segundo Winnicott (2002), a instituição deve adaptar-se às necessidades físicas e emocionais da pessoa idosa, pois só assim teremos uma base para proporcionar segurança aos idosos. Já Guedes (2012) considera que a instituição deve ter em conta, não só as necessidades físicas e emocionais, mas também os gostos dos idosos – saber quais as atividades que mais gostam, conhecer a sua história de vida. Para além disto, a autora defende ainda a importância da decisão do idoso na entrada para o lar, ou seja, segundo a mesma, o idoso deve poder escolher o seu destino e deve ser consultado sobre as suas preferências. Paúl (1996) defende ainda que as atividades institucionais devem ser realizadas tendo em conta as dificuldades, gostos e potencialidades de cada idoso, para que este se sinta parte da instituição.

Contudo, após a realização do diagnóstico socioinstitucional verificamos exatamente o contrário, ou seja, a opinião do idoso não é levada em conta; as atividades pensadas e realizadas são escassas e a maioria não é voltada para as principais necessidades dos idosos; a sua adaptação ao lar é um processo penoso (dependendo de pessoa para pessoa), uma vez que logo na sua entrada são os familiares que fazem de mediadores, não pedindo a contribuição dos idosos; também as rotinas diárias da instituição são estáticas, ou seja, não se adaptam a todos os idosos, tendo de ser estes últimos a adaptar-se às regras impostas pela direção

Relembramos então os objetivos delineados:

- Promover atividades que promovam o bem-estar físico, social, psicológico e espiritual dos idosos residentes na APA;
- Conhecer a realidade do lar de idosos no que respeita às suas rotinas e atividades para os idosos;
- Estudar os diagnósticos sociais realizados pela instituição, a cada idoso, com o intuito de conhecer melhor cada residente;
- Perceber a importância dos diagnósticos sociais no que respeita a dar melhor qualidade de vida aos idosos residentes na APA.

Começando por falar na entrada no lar, normalmente esta acontece devido à perda da capacidade de independência e de autonomia do idoso. Esta pode ser derivada a vários fatores, salientados por Guedes (2012:317) e verificados no decorrer do estágio: perda do cônjuge, isolamento e solidão, perda ou degradação habitacional, doença e/ou deterioração física, entre outros. Estas perdas provocam privação, sendo assim importante proporcionar aos idosos melhor qualidade de vida e bem-estar, encontrando-se resposta nos lares. Todavia, podemos verificar que a maioria dos residentes nunca ponderou a possibilidade de ingressar num lar, percebendo-se assim que esta entrada na APA foi, para a maioria dos idosos, condicionada por fatores alheios à sua vontade.

A entrada em lar tem, na maioria das vezes, como mediadores familiares dos idosos que os acompanham na fase do pré-internamento e na primeira etapa do internamento. Numa primeira fase do internamento temos a fase de acolhimento inicial, em que na Associação existe uma preocupação de dar algumas informações ao idoso, mas principalmente aos elementos da família. Em todos os atendimentos presenciados, verificamos que a atenção dada aos familiares no que concerne a burocracia exigida é superior à que é dada aos idosos e ao impacto inicial da entrada em lar.

Através da observação dos atendimentos e da consulta dos processos dos utentes, onde estão inseridos os diagnósticos sociais, percebemos que, aquando da entrada em lar, se dá preferência às questões económicas e de saúde dos idosos, colocando em segundo plano a informação relativa ao indivíduo enquanto ser biopsicossocial. Seria importante auscultar o idoso no que concerne às suas expectativas de vida no lar, de forma a tentar dar resposta às mesmas.

Para além disto, estes diagnósticos são realizados apenas aquando da entrada no lar, não havendo depois o cuidado de os atualizar, no que respeita às alterações verificadas nos idosos. Percebemos que esta situação é uma enorme falha uma vez que os diagnósticos sociais são um processo contínuo de recolha e análise de informações, muito importantes na medida em que nos ajudam a avaliar as necessidades dos idosos ao longo do tempo. Esta avaliação diagnóstica serve “de base a uma resposta/plano de ação” (Milner and O’Byrne, 2009; Parker and Bradley, 2010 *in* Sousa & D’Almeida, 2016:34).

Contudo, não podemos deixar de salientar o esforço realizado pelas profissionais que lidam de forma mais direta com os idosos, uma vez que quando questionadas em relação a qualquer questão respondiam prontamente e com conhecimento. Todavia é de salientar que muita desta

informação não consta nos processos individuais de cada cliente e não é usada para melhorar a intervenção individualizada ou em coletivo com os idosos, no sentido do incremento do bem-estar físico, psicológico e espiritual dos idosos.

Relativamente ao desenvolvimento de atividades que promovam o bem-estar, consideramos pertinente fazer deste objetivo mote deste trabalho, contudo, não foi possível, uma vez que a instituição deixou esta tarefa a cargo da animadora sociocultural., colocando nas nossas mãos o “acompanhamento dos casos” da diretora técnica. Estas atividades estavam já estipuladas pela técnica de animação, contudo, verificamos que nem todas iam de encontro às necessidades de todos os idosos, uma vez que foram estipuladas de forma generalizada, tendo em conta a disponibilidade da animadora sociocultural. Nesta situação é fundamental darmos especial atenção à atualização dos diagnósticos sociais, onde podemos perceber qual o desenvolvimento do estado físico, psíquico e espiritual de cada idoso, os seus gostos e expectativas. Para além disto é extremamente importante realizarmos atividades que vão de encontro às necessidades de cada um, de forma a promovermos o seu bem-estar (físico, psíquico, social e espiritual), tentando organizar, por exemplo, vários ateliers com várias atividades que vão de encontro aos gostos e necessidades de cada idoso. Isto significa que cada atelier teria um grupo de idosos com gostos parecidos, como por exemplo: ateliers de pintura, de leitura, de exercício físico, de reabilitação psicomotora, entre outros.

Estas atividades mais direcionadas para as necessidades das pessoas ajudam na preservação da sua autonomia, na forma de continuarem a sentir-se parte da comunidade e na sua socialização. É assim importante que as associações tenham em conta a rede de relacionamentos da pessoa idosa e assumam uma função de suporte psico-emocional, apenas possível com o desenvolvimento de laços sociais fortes entre os idosos, entre estes e o meio e ainda entre os técnicos e os mesmos. Paúl (1996) defende que devemos preocupar-nos mais com a forma de intervenção que mobilize as comunidades em que estamos inseridos para uma maior participação na vida coletiva.

No que concerne à vida quotidiana da instituição podemos dizer que esta necessita também de um período de adaptação, uma vez que a APA tem as suas próprias regras, que devem ser seguidas por todos os idosos residentes e pelos profissionais que aí trabalham. Verificamos, assim, que não é o lar que se adapta aos idosos e às suas variadas formas de viver, mas sim os idosos que se adaptam às normas da instituição. Desta forma, assistimos a um despojamento da individualidade dos idosos e ao afastamento de uma vida autónoma e de um

envelhecimento bem-sucedido (Guedes, 2012:321). Relativamente às relações sociais verificamos também uma redução generalizada dos contactos estabelecidos com os seus pares e com os elementos dos grupos primários (família, amigos e vizinhos), apesar de alguns idosos continuarem a ter contacto diário com familiares. Esta situação deve-se a variadas situações como: o distanciamento geográfico, o distanciamento já existente antes da entrada no lar ou “a quebra de deveres da reciprocidade geracional” (Guedes, 2012:322), que coloca em causa a prestação de cuidados que alguns idosos davam como garantida. As relações são assim colocadas em causa, fazendo com que os residentes percam a sua identidade e os laços sociais que sempre tiveram. Através do estágio conseguimos perceber que muito pouco é feito para que as relações familiares se mantenham, pois as famílias apenas eram contactadas em situações pontuais (Natal, aniversários, entre outras) ou em situações de debilidade de saúde.

Verificamos ainda a falta de investimento na promoção de novas sociabilidades, ou seja, na interação com pessoas mais jovens e crianças, não tendo sido possível testemunhar uma única vez visitas de crianças.

No que se refere às relações entre idosos e funcionárias, podemos dizer que elas se baseiam no estabelecimento de uma certa distância, ou seja, a interação entre eles é visível apenas em alguns momentos do dia, como ao levantar, pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e deitar, sendo que o resto do tempo é reservado para ações de carácter instrumental. Desta forma, seria importante investir na formação destes profissionais para que construam com os idosos efetivas relações de ajuda, sendo crucial para tal ter em conta alguns fatores de motivação profissional (como por exemplo aumento de salários, formação dos profissionais), com o intuito de promover mais estas relações. Os técnicos mais especializados (Diretora Técnica, animadora sociocultural e enfermeira) pouco interagem com os idosos, dedicando-se mais a realização de tarefas que decorrem de procedimentos mais burocráticos a que estas instituições estão obrigadas e afastando-se, cada vez mais, do indivíduo. Defendemos assim que o gerontólogo social deve estar sempre presente neste tipo de instituições, pois ele estabelece relações de proximidade com os idosos, trabalhando com eles a sua autonomia, a autoestima, uma definição identitária mais positiva, promovendo uma melhor condição de saúde e as sociabilidades.

Relativamente às relações estabelecidas entre residentes, podemos concluir que o funcionamento do lar coloca vários entraves à proximidade e construção de relações entre os idosos, principalmente entre idosos de sexo diferente. Isto deve-se ao facto de não serem

permitidas relações íntimas entre os idosos, excetuando aqueles que já eram casais antes da entrada no lar. Para além disto, verificamos também uma distinção entre os idosos que frequentam as duas salas de convívio, ou seja, de um lado estão os idosos com mais dificuldades e/ou demências e do outro os idosos ditos “saudáveis”. Verificamos também a falta de atenção para com os idosos com vivências e trajetos de vida semelhantes, ou seja, não se tem em conta questões que podem ser uma ponte de ligação entre os idosos, animando conversas e permitindo atividades daqueles que têm interesses convergentes. Este afastamento contribui para a criação de laços superficiais, relações de indiferença e muitas vezes para a criação de conflitos. Contudo, muitos deles, após a adaptação, começam a juntar-se e a formar grupos. É importante perceber que os idosos mantêm os seus gostos e podem escolher os seus companheiros e amigos. Isto só é possível com a ajuda dos profissionais e com a motivação dos mesmos para a criação de fortes laços de amizade e solidariedade.

As atividades regulares são, normalmente, rotineiras e empobrecidas, pondo de parte a criatividade. Os fins-de-semana tornam-se ainda mais solitários e difíceis de passar, uma vez que a maioria dos idosos não recebe visitas e os familiares não os vão buscar para passarem o dia. Contudo, no dia-a-dia, podemos verificar a realização de algumas atividades pontuais, que acabam por mobilizar mais idosos devido ao seu carácter inovador. Concluimos assim que a realização de várias atividades inovadoras e que vão de encontro aos gostos dos idosos são uma mais-valia para a motivação dos mesmos e para contrariar o sentimento de isolamento e vazio.

O quotidiano institucional é também regido por rotinas e regras decididas apenas pela direção ou pelos técnicos responsáveis pela resposta social ou por alguns sectores de intervenção. Isto significa que os idosos residentes não interferem nas decisões a tomar, mesmo quando estas dizem respeito a si próprios (ex. mudar de quarto ou do sofá na sala de convívio). Defendemos que os idosos devem estar implicados em todas as decisões, desde a gestão e planeamento de atividades até ao quotidiano institucional, através de “comissões várias, poderia ser uma via para o desenvolvimento de sentimentos de pertença e implicação no lar” (Guedes, 2012:324).

Devido a tudo isto, concluimos que a maioria dos idosos não fala e muito menos pensa numa vida futura, sendo o seu tema de conversa a vida passada e tudo o que dela faz parte. É importante que as instituições tenham em conta que a entrada no lar não é o fim da vida do idoso, muito pelo contrário, é uma forma deste continuar a ter objetivos de vida, uma vez que

devemos contribuir para um estilo de vida saudável e para a sua qualidade de vida. Apesar de não considerarmos que esta seja uma instituição total, tal como ela é definida por Goffman, podemos afirmar que ela apresenta alguns traços característicos das instituições totais, mas com graus distintos, uma vez que existem diferenças de tratamento entre os idosos independentes e autónomos e os idosos dependentes em termos físicos e ao nível da sua saúde mental. Os primeiros estão autorizados a sair e a fazer algumas das atividades que sempre fizeram, enquanto os idosos dependentes se veem limitados à vida no interior do lar.

Referências Bibliográficas

Almeida, J. (1995). *Introdução à Sociologia*. Lisboa: Universidade Aberta.

Almeida, S. & Gros, M. (2012). *Viver até morrer: que modelos organizativos inventar?.* VII Congresso Português de Sociologia. Sociedade, Crise e Reconfigurações.

Almeida, e Gros, M. (s/d). *Nursing home, social work and living until we die*. Porto: Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Amaro, J.P. (2007). *Sentimento psicológico de comunidade: Uma revisão*. Análise psicológica XXV(1), 25-33.

Amaro, S. (2003). *Visita Domiciliária: Guia para uma abordagem complexa*. Porto Alegre.

Ander-Egg, E. (2000). *Metodologia y práctica de la animation sociocultural*. Madrid: Editores CCS.

Barata, Ó.S. (1990). *Introdução às Ciências Sociais*. Venda Nova: Bertrand Editora

Bardin, L. (2007). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Beauvoir, S. (1970). *La vieillesse*. Paris: Gallimard.

Born, T. (2002). *Cuidado ao idoso em instituição – a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.

Cabreza, M. (2007). *O ócio como referente na formação do novo cidadão*. In Lopes, M. & Peres, A. *Animação Sociocultural: novos desafios* (pp. 77-98). Portugal: APAP.

Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.

Cardoso, A. (2008). *Formação em animação de idosos*. Lisboa: Anjaf.

Carvalho, M. (2013). *Serviço Social no envelhecimento*. Lisboa: Lidel.

Carvalho, M. & Dias, M. (2011). *Adaptação dos idosos institucionalizados*. Millenium, nº 40.

Choque, S. & Choque, J. (2004). *Atividades de animación para la tercera edad*. Barcelona:

Pai do livro.

- Costa, A. B.** (1998). *Exclusões Sociais*. Lisboa: Gradiva, Cadernos Democráticos, nº2.
- Elias, N.** (1998). *La solitude des mourants*. Paris: C. Bourgois Ed.
- Fernandes, A.** (1997). *Velhice e sociedade*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, P.** (2002). *A depressão no idoso*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fonseca, A.; Gonçalves, D. & Azevedo, M.** (2008). A “*Ligação á Terra – identidade dos idosos rurais da raia Portuguesa*”. Comunicação apresentada no Colóquio Ibérico de Estudos Rurais – Cultura, Inovação e Território. Coimbra.
- Goffman, E.** (1961). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspetiva.
- Goffman, E.** (2007). *Manicômios, prisões e conventos*. 7ª Edição. São Paulo: Editora Perspetiva.
- Gros, M.** (2009). *Norma da independência entre as gerações e rupturas sociais na velhice fragilizada – da análise à acção* (pp. 61-97). In Almeida, S.; Rocha, L. & Morais, G. *Seminário Combater a reprodução intergeracional da pobreza e da exclusão social: que intervenções?: Actas*. Instituto Superior de Serviço Social do Porto: Centro de Investigação e Ciências do Serviço Social.
- Guedes, J.** (2012). *Viver num Lar de Idosos. Identidade em risco ou Identidade Riscada*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Guerra, I.** (2000). *Fundamentos e processos de uma sociologia de acção – o planeamento em ciências sociais*. Cascais: Príncipia.
- Guerra, I.** (1994). *Introdução à metodologia de projeto*. Lisboa.
- Guillemard, A.** (2002). *De la retraite mort sociale à la retraite solidaire*. In *Gérontologie et société*, nº 102.
- Hespanha, P. et al.** (2000). *Entre o Estado e o Mercado. As Fragilidades das Instituições de Protecção Social em Portugal*. Coimbra: Quarteto Edif
- Iamamoto, M.** (1996). *O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional*. São Paulo: Cortez, pp 16.
- Idáñez, M. Ander-egg, E.** (2002). *Avaliação de Serviços e Programas Sociais*. Lisboa, Buenos Aires, Madrid: Projecto Atlântica e I Congresso Nacional de Serviço Social.

- Instituto da Segurança Social**, (2014). *Apoios Sociais e Programas*. Instituto da Segurança Social, I.P;
- Jacob**, L. (2007). *Animação de idosos: actividades*. 2ª edição. Porto: Âmbar.
- Lenoir**, R. (1989). *Object sociologue et problème social*. In Meriellíé, et al. *Iniciação à prática sociológica*. Trad: Guilherme j: de F. Teixeira. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Limón**, M. & Crespo, J. (2002). *Grupos de debate para mayores*. Madrid: Dickinson.
- Marques**, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa: FFMS.
- Menezes**, M. (2001). *As Práticas de Cidadania no Poder Local Comprometido com a Comunidade*. Coimbra: Quarteto, pp 127.
- Minois**, G. (1987). *História da velhice no ocidente*. Lisboa: Teorema.
- Mioto**, R. & Tamoso C. (2001). *Perícia Social: propostas de um percurso operativo em Serviço Social e Sociedade*, nº 67, pp 148.
- Moss**, R. & Lemke, S. (1994). *Group Residences of Older Adults*. Oxford: University Press.
- PAÚL**, C. (1996). *Psicologia dos Idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Coleção Manuais de Psicologia.
- Paúl**, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl**, C. & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Pereira**, F. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia. Um Guia Para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicossoma.
- Pereira**, J. & Lopes, M. (2009). *Animação Sociocultural – novos desafios*. Chaves/Amarante: APAP.
- Quivy**, R. & Campenhout, L.V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro**, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira**, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Serrano**, G. (2008). *Elaboração de projetos sociais. Casos práticos*. Porto: Porto Editora.

Silva, C. (2013). “Aproximar a Família ao Idoso Institucionalizado”. Dissertação em Educação

para a Saúde, Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, Brasil, pp. 45.

Sousa, P. D’Almeida, J. (2016). *Avaliação Diagnóstica na Prática do Serviço Social*. Viseu: Psicosoma.

Weber, M.,(2003). *Bureaucracy and Legitimate Authority*. In Michael J. Handel (Ed.), pp.19.

Winnicott, D. (2002). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.

Yanguas, J. (1998). *Intervención Psicosocial en Gerontologia – Manual Prático*. Madrid: Cáritas Española.

Zimmerman, G. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. São Alegre: Editora Artmed.

Referências webgráficas

Carta Social (2014). *Rede de serviços e equipamentos – Relatório 2014*. Acedido em 10 de Abril de 2017, em: <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2014.pdf>.

Instituto Nacional de Estatística (2015). *População residente em Portugal com tendência para a diminuição e envelhecimento*. Acedido em 8 de Julho de 2016, em:

http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=218948085&att_display=n&at_download=y.

Manual de Processos Chave da Estrutura Residencial para Idosos da Segurança Social

(s/d). Acedido em 15 de junho de 2017, em: http://www.segsocial.pt/documents/10152/13652/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_ProcessosChave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4

Decretos-lei

Constituição da República Portuguesa. (1976). *Instituições de Solidariedade Social.*

Anexos

Anexo A – Regulamento Interno da APA

Anexo B – Ficha de Inscrição

Anexo C – Informação Disponibilizada ao Cliente

Anexo D – Avaliação Inicial de Requisitos

Anexo E – Avaliação de Necessidades e Expectativas

Anexo F – Plano Individual de Cuidados