

A Arte de Cuidar

A Relação de Cuidado estabelecida entre os cuidadores formais e as pessoas idosas residentes numa estrutura residencial

CECÍLIA SANTOS OLIVEIRA

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para a obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social.

Orientadora: Professora Doutora Joana Guedes.

ISSSP, novembro 2019

Agradecimentos

Aos meus pais, por serem a minha estrutura, o meu porto de abrigo, que sempre me limpavam as lágrimas e me ensinaram a lutar.

Aos meus irmãos, por estarem sempre do meu lado em todas as ocasiões.

Ao Rui, pela paciência, dedicação, apoio incondicional e amor.

À Docente Joana Guedes, pela sua orientação, pelo total apoio, pela compreensão e serenidade.

À Doutora Isaura Costa, pelos ensinamentos, paciência e dedicação.

Aos colaboradores, por me deixarem entrar na vida deles.

Aos residentes, do Lar S. Manuel pela ternura e carinho que me deram.

Aos meus velhinhos, que olham por mim e me ajudaram a ser quem sou hoje.

A TODOS MUITO OBRIGADA!

Resumo

O presente Relatório de Estágio reflete o trabalho desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, ministrado pelo Instituto Superior de Serviço Social do Porto, e visa a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social. O tema que se configurou como objeto de trabalho prioritário, no âmbito deste estágio, girou em torno da relação de cuidado estabelecida entre os cuidadores formais e as pessoas idosas residentes numa estrutura residencial.

Através das mudanças nas estruturas familiares atuais, as instituições gerontológicas assumem um papel primordial na prestação de cuidados aos mais velhos. Deste modo, torna-se fundamental intervir juntos dos profissionais, Ajudantes de Ação Direta, com o intuito de fornecer ferramentas que melhorem os cuidados prestados e a relação estabelecida entre colaboradores e entre estes e as pessoas mais velhas. Assim, serão evidenciadas as principais linhas teóricas que suportam a intervenção, nomeadamente os cuidados humanizados. Desta forma, a metodologia inerente ao trabalho desenvolvido centrou-se numa aproximação à Investigação-Ação, considerando a necessidade de conhecer para melhor intervir, envolvendo num processo permanente e formativo os vários agentes institucionais, na perspetiva de desenvolver ações instigadoras de inovação e aperfeiçoamento das práticas profissionais.

Relativamente à intervenção, esta encontra-se dividida em três grandes eixos: o primeiro incide na promoção de dinâmicas de grupos para os colaboradores trabalhando as áreas identificadas como prioritárias no diagnóstico. O segundo eixo foca-se na promoção de ações de sensibilização/formação de temáticas relacionadas com o cuidar e da relação interpessoal. Por fim, o terceiro eixo de intervenção prende-se com o aperfeiçoamento do plano da avaliação de desempenho e construção de um sistema de recompensas mais estimulante e motivador para os colaboradores do Lar S. Manuel.

Foi possível verificar, mesmo num curto espaço de tempo que os resultados obtidos conduziram à construção de um melhor ambiente institucional e trabalho de equipa e também a uma melhoria na prestação de cuidados. Constatou-se que os colaboradores se apropriaram dos saberes e conhecimentos trabalhados, no âmbito da intervenção desenvolvida, e os operacionalizaram no seu contexto de trabalho.

Palavras- Chaves: Institucionalização, Envelhecimento, Cuidadores Formais, Cuidados Humanizados, Intervenção.

Abstract

This Internship Report reflects the work developed in the scope of the Master's degree in Social Gerontology, by Instituto Superior de Serviço Social do Porto, and aims to obtain the degree of Master in Social Gerontology. The theme that was configured as a priority work object, in the context of this internship, was about the relationship of care established between formal caregivers and elderly people living in a residential structure.

Through changes in current family structures, gerontological institutions play a key role in providing care to older people. So, it is essential to intervene together with professionals, Direct Action Helpers, in order to provide tools that improve the care provided and the relationship established between collaborators and between them and older people. Therefore, the main theoretical lines that support intervention will be evidenced, especially humanized care. Thus, the methodology inherent to the work developed focused on an approximation to Action Investigation, considering the need to know to better intervene, involving in a permanent and formative process the various institutional agents, aiming the development of exciting actions of innovation and improvement of professional practices.

Regarding the intervention, it is divided into three main axes: the first focuses on promoting group dynamics for employees working the areas identified as priorities in the diagnosis. The second axis focuses on promoting awareness-raising/training actions related to care and interpersonal relationships. Finally, the third axis of intervention is related to the improvement of the performance evaluation plan and construction of a more stimulating and motivating reward system for employees of Lar S. Manuel.

It was possible to verify, even in a short period of time, that the results obtained led to the construction of a better institutional environment and teamwork and also an improvement in care delivery. It was found that employees appropriated the knowledge and knowledge worked, in the context of the intervention developed, and operationalized them in their work context.

Key words: Institutionalization, Aging, Formal Caregivers, Humanized Care, Intervention.

Índice

Introdução	9
Enquadramento Teórico	12
1. O fenómeno social do Envelhecimento	12
1.1 Impacto do Envelhecimento demográfico e construção social da velhice	12
1.2 Formas de Envelhecer – modelos de Envelhecimento Bem-sucedido	16
2. As Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas	19
2.1 Os Desafios da transição e da vida em ERPI	21
3. A prestação de cuidados	23
3.1 Os desafios de cuidar	23
3.2 A relação de cuidados entre os ajudantes de ação direta e as pessoas idosas	27
Enquadramento Metodológico	31
Diagnóstico Institucional	36
A Organização Espacial, o Ambiente Físico e os Recursos Materiais	37
Caracterização do Funcionamento Institucional	41
O Diagnóstico Psicossocial	44
Caracterização dos Residentes do Lar S. Manuel	44
Caracterização dos colaboradores	50
As práticas do cuidar	57
Plano de Intervenção	64
Objetivos do projeto	66
Planificação do projeto	68
Execução do Projeto – Descrição e Análise	70
Formação “Filosofia da Humanidade”	72
“Dinâmicas de Grupo”	76
Dinâmica “Ser Ajudante de Lar”	88
Avaliação do projeto	92
Considerações Finais	99
Referências Bibliográficas	102
Webgrafia	109
Anexos	110

Índice das Tabelas

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos Residentes _____	45
Tabela 2 - Habilitações literárias e Grupo Socioprofissional dos Residentes _____	46
Tabela 3 - Frequência da visita e grau de parentesco _____	47
Tabela 4 - Presença da sintomatologia depressiva dos Residentes _____	48
Tabela 5 – Dependência e Presença de demência dos Residentes _____	49
Tabela 6 - Grau de participação nas atividades de animação dos Residentes _____	50
Tabela 7 - Caracterização Sociodemográfica dos Colaboradores _____	51
Tabela 8 - Habilitações literárias e percurso profissional dos Colaboradores _____	52
Tabela 9 - Realização Profissional dos Colaboradores _____	53
Tabela 10 - Frequência e a importância da formação para os Colaboradores _____	54
Tabela 11 - Níveis de Sobrecarga dos Colaboradores _____	54
Tabela 12 - Tarefas e responsabilidades dos Colaboradores _____	56
Tabela 13 - Pontos Fortes e Pontos Fracos _____	63
Tabela 14 - Síntese dos problemas-Propostas de intervenção. _____	65
Tabela 15 - Projeto - Dinâmicas de grupo _____	69
Tabela 16 - Projeto - Ações de Formação _____	69
Tabela 17 - Reunião para a criação de um sistema de recompensas _____	70
Tabela 18 - Calendarização das ações de sensibilização/formação _____	72
Tabela 19 - Calendarização das Dinâmicas de Grupo _____	76
Tabela 20 - Avaliação da sessão "A Filosofia da Humanidade: Os Cuidados Humanizados" _____	93
Tabela 21 - Avaliação da dinâmica "Ser Idoso" _____	95
Tabela 22 - Avaliação da dinâmica "Desafio de Trabalhar em Equipa" _____	96
Tabela 23 - Avaliação da dinâmica "Pontos Fortes e Pontos Fracos" _____	96
Tabela 24 - Avaliação da dinâmica "A Comunicação na equipa de trabalho" _____	97
Tabela 25 - Avaliação da dinâmica "Ser Ajudante de Lar" _____	98

Índice de Anexos

Anexo I – Consentimento Informado _____	111
Anexo II – Inquérito _____	112
Anexo III- Grelha de Observação _____	117
Anexo IV- Email enviado à Instituição “O Abrigo” _____	121
Anexo V- Email enviado aos Bombeiros de São João da Madeira _____	122
Anexo VI- Folha de Avaliação das Formações Formais _____	123
Anexo VII – Folha de avaliação das dinâmicas _____	124
Anexo VIII- Folha de Presenças – Formação/ Dinâmicas _____	125
Anexo IV – Guia Prático _____	126

Glossário de Siglas

AVD- Atividades de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

ERPI- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

PORDATA – Base de Dados de Portugal Contemporâneo

WHO- World Health Organization

PI- Plano Individual

SAMES-LAR – Sistema de Avaliação Multidimensional de Equipamentos Sociais

Introdução

O envelhecimento populacional traduz-se, atualmente, num fenómeno social com grandes impactos na sociedade. Os conceitos de esperança média de vida e de longevidade estão cada vez mais presentes na sociedade. Se por um lado estes conceitos são sinónimos de uma grande conquista, por outro lado representam um grande desafio para a sociedade, provocando mudanças estruturais, institucionais e ideológicas.

Em conformidade com o cenário atual demográfico, as famílias assumem um papel primordial na assistência, na manutenção e no prolongamento do indivíduo mais velho no seu contexto habitual. Em consequência das exigências atuais quer a nível económico quer social, o papel das famílias na vida dos mais velhos é colocado em causa, levando a que o cuidado da pessoa mais velha seja confiado a instituições ou grupos sociais externos à família. O idoso, nas atuais estruturas familiares nucleares, pode ser considerado como um problema, pela ausência de familiares disponíveis para lhe prestar os cuidados, a proteção e a assistência que o mesmo necessita e merece. (Mazo, Lopes & Benedetti, 2001)

A realidade dos mais velhos e dos seus familiares em Portugal passa pelo desejo de “permanecer na sua própria casa o maior tempo possível, evitando ou adiando até ao limite o internamento em instituições” (Carvalho, 2009:6). Por outro lado e devido às mudanças estruturais, a tradicional rede de apoio informal do idoso (família, amigos, vizinhos) vai sofrendo alterações e a procura de instituições especializadas para satisfazer as necessidades e melhorar ou manter a qualidade de vida do idoso, surgem como alternativa.

Assim as famílias procuram instituições que prestem cuidados centrados na pessoa mais velha, assim sendo, é necessário conhecer e qualificar quem cuida dos idosos (cuidadores formais) tendo sempre assente um reflexo da melhoria da qualidade de vida.

Neste sentido, são exigidas às instituições gerontológicas mais eficácia e eficiência na prestação de cuidados, promovendo assim, a manutenção ou melhoria da autonomia e da independência da pessoa mais velha. Fazendo referência aos Manuais da Qualidade do Instituto da Segurança Social, I.P, é fundamental que a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas se constitua um lugar cada vez mais humanizado e personalizado, tendo em conta as especificidades e as necessidades de cada situação.

O foco das instituições gerontológicas são os utentes, tendo sempre em consideração o suporte e a manutenção da rede familiar e social, bem como as suas preferências e interesses. É esperado que estas respostas sociais sejam capazes de promover uma melhoria da saúde e prevenção das incapacidades; a otimização e compensação das funções cognitivas; a promoção do desenvolvimento afetivo e o fomento do envolvimento e participação social. Estes princípios orientadores são capazes de promover uma vida mais longa e com mais qualidade proporcionando um Envelhecimento Bem-Sucedido.

O presente Relatório de Estágio tem como finalidade a avaliação final e a obtenção do grau de mestre em Gerontologia Social ministrado pelo Instituto Superior de Serviço Social do Porto (ISSSP).

O trabalho de diagnóstico institucional e o projeto de intervenção desenvolvido decorreu na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas da Santa Casa da Misericórdia de São João da Madeira: Lar S. Manuel. A realização do estágio decorreu entre outubro de 2018 a agosto de 2019 tendo sido realizadas aproximadamente 1 176 horas.

Inicialmente, o foco deste trabalho seria trabalhar e intervir com família e o idoso institucionalizado. No entanto, a realidade institucional mostrou que seria mais proveitoso trabalhar e intervir juntos dos colaboradores. Esta temática originou sentimentos controversos, junto dos colaboradores o sentimento era de desconfiança, por outro lado, a diretora técnica apoiou este projeto pois, seria uma mais-valia para a casa trabalhar as vulnerabilidades e as potencialidades dos colaboradores.

Desta forma, iremos abordar e trabalhar as representações que os cuidadores formais têm acerca do seu trabalho e também a relação da prestação de cuidados com os utentes. A intervenção está centrada na melhoria e na humanização dos cuidados prestados e no auxílio da melhoria das relações entre os profissionais.

Este trabalho encontra-se dividido em cinco grandes capítulos. O primeiro, designado por “Enquadramento Teórico”, apresenta uma revisão teórica dos principais conceitos que sustentam a necessidade de intervir e trabalhar a questão da prestação de cuidados, no contexto institucional. São analisados conceitos como Envelhecimento, a Transição para a vida em lar e, por fim, é referido o conceito de Cuidar numa perspetiva assente nos cuidados humanizados e o papel do Cuidador Formal.

No segundo capítulo, “Enquadramento Metodológico” contém uma breve apresentação do tipo de Metodologia em uso, onde são feitas algumas referências e considerações metodológicas inerentes à modalidade Investigação- Ação, tendo em conta que é este tipo de Metodologia que sustenta e guia o Plano de Intervenção e todas as etapas pertencentes ao mesmo.

O terceiro capítulo centra-se na apresentação do Diagnóstico Sócio Institucional e Psicossocial da ERPI e dos utilizadores e prestadores dos serviços. Neste capítulo pretende-se dar a conhecer as práticas institucionais, bem como a política organizativa onde é desenvolvido o Estágio Curricular. Também são identificados os seus pontos fortes e fracos, servindo assim para que no futuro próximo seja possível intervir e colmatar as necessidades sentidas, através de ferramentas próprias para o mesmo efeito. Em simultâneo, é realizada uma caracterização dos Residentes e dos Colaboradores, no sentido de conhecer quem vive e trabalha no Lar S. Manuel.

No quarto capítulo intitulado por “Plano de Intervenção” é apresentada a planificação e o processo de implementação da intervenção, fazendo referência às decisões tomadas relativamente ao projeto apresentando os objetivos gerais e específicos, os recursos utilizados, a calendarização, a síntese e a descrição das atividades que nos propomos a realizar, bem como os resultados obtidos pelo desenvolvimento de um processo de avaliação em cada eixo que integra o projeto. Por último, no quinto capítulo estão presentes as reflexões finais do trabalho desenvolvido onde são referidos alguns dos sentimentos e momentos mais marcantes nesta viagem.

Enquadramento Teórico

1. O fenómeno social do Envelhecimento

1.1 Impacto do Envelhecimento demográfico e construção social da velhice

Atualmente, em Portugal, é reconhecida a importância do fenómeno do envelhecimento. Embora este se tenha iniciado de forma mais tardia do que na generalidade dos países europeus, a “intensidade com que se tem processado e os desafios que tem colocado à sociedade portuguesa, em geral, e ao Estado, particularmente, enquanto instância responsável pela formulação de políticas sociais, transformaram este fenómeno numa prioridade incontornável” (Guedes, 2012:15).

O envelhecimento populacional é um fenómeno cada vez mais presente e sentido pelas sociedades. De acordo com Fragoso (2008), este fenómeno provoca um conjunto de mudanças, pois é necessário existir uma (re) organização das dinâmicas pessoais, familiar, social e profissional. O envelhecimento demográfico motivou a criação de novas políticas ligadas ao ambiente laboral, à saúde e à segurança social, na medida em que as mesmas permitem auxiliar a população em constante crescimento.

O envelhecimento é um “fenómeno do processo de vida que, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, é marcado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo” (Kawasaki&Diogo, 2001:258). Sendo um processo universal, este varia de pessoa para pessoa, sendo que essas diferenças podem ser “geneticamente determinadas, mas também influenciadas, entre outros fatores, pelo estilo de vida, pelas características do meio ambiente e pelo estado nutricional de cada um” (Idem:258).

O processo de envelhecimento é associado às “alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Tais alterações são naturais e gradativas” (Zimmerman, 2000:21), podendo-se afirmar que o envelhecimento não pode ser ligado a uma conceção negativa da perda de capacidades, mas, sim, entendido com um processo natural. Perante este pressuposto, podemos facilmente entender que, apesar dos desconfortos que poderão existir ao nível físico provocado pelo passar do tempo, os indivíduos que se encontram nesta etapa das suas vidas, podem e devem contribuir muito para a sociedade. Estes contributos, para além do seu carácter formativo e educativo para os mais novos, podem ser uma mais-

valia para o autorreconhecimento dos idosos, provocando uma rutura naquele que é o pensamento, por vezes reproduzido pelos próprios idosos, de que já não são úteis para a sociedade. Como Zimerman refere, “o próprio velho se auto discrimina, vê-se como um peso morto, como alguém que já fez a sua parte, já teve o seu papel no mundo e hoje não passa de alguém dispensável, que não tem mais função e por isso não precisa mais viver.” (2000:28).

O envelhecimento populacional é traduzido por um “decréscimo da natalidade e por um aumento significativo da população mais idosa, em virtude do aumento da esperança de vida” (Guedes, 2012:15). Este fenómeno é caracterizado pelo “número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos por cada 100 jovens com menos de 15 anos” (Amaro, 2014:167). Em Portugal, na atualidade, o índice de envelhecimento é de 159.4, ou seja, por cada 100 jovens existem 159.4 idosos (INE, 2018). Fatores como a evolução da “medicina e das tecnologias da informação e comunicação, bem como o alcance de melhores condições de vida e a ampliação das respostas de saúde” (Simões, 2017:24), contribuem, em grande medida, para o aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, para o acréscimo das Pessoas Envelhecidas e em vias de Envelhecimento na sociedade (Idem:24).

O envelhecimento é, de facto, um fenómeno social gerado num problema ao qual obriga a encontrar respostas para corresponder às necessidades sentidas quer pelos idosos como pela sua própria família, como refere Martins (2006) trata-se “de um fenómeno global, que afecta não só os idosos, mas também as famílias, todos os meios e estratos sociais, nalguns dos quais com a particular gravidade, colidindo com a capacidade das famílias em responder a esse desafio” (126:127).

Como consequência do envelhecimento populacional, a vida coletiva sofreu grandes implicações. Em sociedades que “o trabalho é factor crucial de integração social, a passagem à condição social de «reformado» pode representar a entrada num processo de vulnerabilidade social ou, até, de exclusão” (Alves, Almeida & Gros, 2013:115).

É com a chegada da reforma que o indivíduo tem a oportunidade de criar novas rotinas e atividades, ou por outro lado, descansar da azáfama vivida durante anos consecutivos e de desfrutar, e porventura realizar alguns dos seus sonhos esquecidos no meio do mundo laboral. Podendo dizer que este é o lado positivo do envelhecimento, onde os indivíduos se sentem ainda cheios de vida e de vontade de viver. No entanto, e por outro

lado, o envelhecimento também poderá ser considerado um sinónimo de patologias, infelicidade, inutilidade.

O envelhecimento traz consigo inúmeras mudanças do sistema, tais como mudanças económicas, sociais e familiares, em que é imprescindível repensar na organização e na estruturação social e das relações familiares.

O início do século XX é marcado pela “emergência de uma imagem da velhice fortemente negativa devido à sua improdutividade. Fenómenos como a industrialização, a urbanização, o processo científico e tecnológico, o declínio do patriarcalismo, a nuclearização da família e a implementação da idade da reforma” (Dias, 2015:65), são alguns destes fenómenos que colocam uma carga negativa à velhice.

Até meados 1980 os discursos e os pensamentos acerca da velhice possuíam uma carga negativa pois o fenómeno do envelhecimento era relacionado com situações de isolamento social, de pobreza extrema, de patologias associadas ao envelhecimento, a solidão e a dependência acrescida com o passar da idade. Tais discursos “são marcados sobretudo pela biomedicalização do envelhecimento que corresponde ao fenómeno que consiste em encarar a velhice como uma espécie de doença.” (Dias, 2015:65) Esta perspectiva negativa da velhice poderá contribuir que os indivíduos se afastem dos mais velhos.

No entanto, “*os estereótipos de abandono e solidão, que caracterizam a experiência do envelhecimento, vêm sendo substituídos, nos últimos tempos, pela imagem dos idosos como seres ativos, intelectuais, preocupados com uma ocupação mais proveitosa do seu tempo, construindo as mudanças sociais que redefinem a experiência do envelhecimento, reciclando as identidades anteriores e motivando as relações entre pais e filhos*”. (Espitia; Martins, 2006:54)

Como Espitia e Martins (2006) defendem, é notório o aumento da preocupação do próprio idoso com a sua saúde e a qualidade que nela está subjacente. Desta forma, os mais velhos procuram estar atualizados com as notícias e eventos atuais, bem como na própria evolução social, continuando a dar uma importância acrescida aos eventos familiares e na participação dos mesmos.

Nas sociedades pré-industriais a principal atividade económica era a agricultura, a família constituía um pilar fundamental nesta atividade, pois quantos mais filhos

tivessem mais mão-de-obra representava. A família ocupava um lugar de destaque nas relações intrafamiliares onde cuidavam os mais velhos até à sua morte (Dannefer e Feldman, 2017).

No entanto, nas sociedades modernas as transformações sociais fizeram-se sentir nas várias estruturas sociais, inclusive na família, tradicionalmente responsável pelo cuidar da pessoa mais velha. A família sendo “um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem dentro do contexto de algumas expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua e duração temporária, caracteriza-se pelo compromisso e tomada conjunta de decisões e partilha de objetivos” (Mota et al, 2010:836), existe a consciência de que, num passado muito próximo, os cuidados prestados à pessoa mais velha eram realizados pela família e, essencialmente pela figura feminina. Em consequência das mudanças sociais como é o caso da entrada da mulher para o mercado do trabalho, a passagem do modelo de família alargada para um modelo de família nuclear, a diminuição da taxa da natalidade e o aumento do número de divórcios, levaram a que as famílias não consigam assegurar autonomamente a prestação de cuidados à pessoa mais velha (Diogo, Ceolim & Cintra, 2005).

Desta forma, verifica-se que um auxílio é fundamental nesta fase da vida, visto que, a família é confrontada com imensas dificuldades que se atenuam ou agravam, quando no agregado familiar fazem parte uma ou mais pessoas idosas. Neste sentido, e de acordo com Ribeiro (2001) é notável o contributo dos avós, quando estes são autónomos, no auxílio nas tarefas domésticas e no acompanhamento dos netos, sendo fundamental para o equilíbrio familiar. Por outro lado, quando estes se encontram em situações de grande dependência, o seio familiar é confrontado com a necessidade de cuidar da pessoa mais velha. Este facto pode abalar as relações de solidariedade familiar, podendo originar a procura de respostas mais eficazes para combater a dependência da pessoa mais velha.

Em detrimento das estruturas familiares atuais, as instituições gerontológicas assumem um papel fundamental na prestação de cuidados dos mais velhos. De acordo com Fragoso (2008) as instituições deveriam complementar a ação das famílias, mas nunca substituí-las, pois é essencial que as famílias acompanhem e sejam elementos ativos no processo de institucionalização do seu familiar.

1.2 Formas de Envelhecer – modelos de Envelhecimento Bem-sucedido

O conceito de “Envelhecimento Bem-Sucedido” corresponde à atual visão do envelhecimento, como resultado das alterações demográficas e da necessidade de promover uma adaptação otimizada à nova etapa de vida.

De acordo com Baltes (1997) envelhecer com sucesso é um objetivo que cada vez mais, os indivíduos de muitas sociedades procuram alcançar. Quer seja a nível individual ou coletivo é procurado “condições favoráveis e o ambiente ideal para viver a última fase do ciclo de vida, caracterizada pela idade avançada e pela maior probabilidade de declínio das competências físicas, psicológicas e sociais em virtude da natureza limitada do organismo” (Lima, 2017:4).

De acordo com Rowe e Kahn (1997), o Envelhecimento Bem-Sucedido implica que os indivíduos apresentem um compromisso com a vida, através da participação ativa em atividades sociais e a criação de novos laços sociais, o estímulo frequente das funções físicas e cognitivas e o baixo risco de doença/incapacidade.

Os mesmos autores defendem que o modelo de Envelhecimento Bem-Sucedido dependem de um conjunto de fatores que permitem ao indivíduo continuar a funcionar eficazmente tanto no ponto de vista mental como físico. Os autores apresentam três competências centrais: (1) Baixa probabilidade de contrair doença e a incapacidade nela associada – inclui a ausência de doença, mas também a ausência de fatores de risco para ter doença. (2) Elevada capacidade cognitiva e funcional – envolve o que o indivíduo é capaz de fazer e o que faz realmente. (3) Envolvimento ativo com a vida – inclui a presença de relações interpessoais e o seu desenvolvimento nas atividades sociais e produtivas.

Segundo os autores Baltes e Baltes (1990), o envelhecimento é um processo contínuo e heterogéneo, sendo diferente de indivíduo para indivíduo, em que os ganhos e perdas se vão ajustando, através de três mecanismos que eles designam por "Otimização Seletiva com Compensação" (Selective Optimization with Compensation, SOC). Esta teoria defende que “todos os indivíduos se desenvolvem através deste processo, mas ele assume um novo significado e uma nova dinâmica nos adultos mais velhos, na medida em que existe uma maior probabilidade de perda de reserva biológica, mental e social nesta fase da vida.” (Lima, 2017:19).

A teoria SOC inclui três componentes: (1) a Seleção – consiste na eliminação ou reajustamento das expectativas de vida, tendo em conta os recursos disponíveis pelo indivíduo, ou seja, o indivíduo mais velho, ao longo da sua vida faz múltiplas escolhas tanto a nível pessoal como profissional. Perante esta nova fase da sua vida o indivíduo não se pode deixar levar pelas dificuldades e deixar de fazer as suas escolhas. O idoso *“deve de escolher um caminho o ou destino que lhe pareça mais promissor e que lhe garanta um maior nível de vida, envolvendo a participação social activa. Por outras palavras, o idoso ao sentir-se excluído vai retrair-se e isolar-se, porém, pode alterar esta realidade e investir numa (re) integração na sociedade e na comunidade que lhe será favorável ao nível biopsicossocial”* (Rodrigues, 2010:37); (2) a Otimização – dirigida à minimização dos ganhos ao nível interpessoal, pressupondo o aumento dos recursos para efetivar os objetivos de vida, isto é, o idoso pode “seleccionar trajectórias evolutivas a nível da saúde, por exemplo, em que os objectivos passam a ser a manutenção a fim de prevenir a incapacitação.” (Idem:37); (3) a Compensação – um mecanismo operativo para quando as capacidades comportamentais e/ou competências se perdem ou são reduzidas, encontrando-se abaixo do nível adequado de funcionamento, isto é, o indivíduo tem a capacidade de se adaptar à sua nova condição mental, física e social.

Na atualidade, o paradigma do envelhecimento bem-sucedido consegue assegurar um determinado nível de atividade e de envolvimento social dos mais velhos, fazendo-os sentir parte integrante da instituição e comunidade.

Este novo paradigma surge como sendo o mais assertivo, no sentido em que “preconiza a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, com a manutenção da autonomia física, psicológica e social, em que os idosos estejam integrados em sociedades seguras” (Ribeiro & Paúl, 2011:2). Assim, Neri (2006) afirma que para se atingir um envelhecimento bem-sucedido é necessário, para além da boa saúde física e mental possuir uma grande satisfação com a vida, ter controlo na vida social, um bom desempenho cognitivo, sentir-se produtivo e uma boa relação na estrutura familiar e social.

Desta forma, o Envelhecimento Bem-Sucedido resulta da “capacidade de prevenção das doenças, da maximização das funções cognitivas, da participação e da integração nas redes de suporte familiar e social, estando relacionado com a capacidade dos indivíduos

e da sociedade se adaptarem ao processo dinâmico do envelhecimento” (Carvalho, 2013:9).

Nos dias de hoje, o conceito de Envelhecimento Bem-Sucedido é transportado para as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, torna-se cada vez mais frequente a preocupação de envelhecer bem e ativamente mesmo estando institucionalizado.

É possível encontrar no Manual de Processos - Chave para Estruturas Residenciais para Idosos da Segurança Social, os princípios orientadores capazes de promover uma vida mais longa e com mais qualidade proporcionado um Envelhecimento Bem-Sucedido. Como já referimos anteriormente os princípios passam por uma promoção da saúde e prevenção das incapacidades; a otimização e compensação das funções cognitivas; a promoção do desenvolvimento afetivo e o fomento do envolvimento e participação social.

Os autores Tomasini & Alves (2007) apresentam algumas sugestões de adaptação dos serviços e do ambiente físico que podem contribuir para um Envelhecimento Bem-Sucedido institucional. Desta forma as instituições devem promover e assegurar a privacidade e intimidade do utente; promover atividades de interação social para que os utentes não percam o vínculo com a comunidade; oportunidade e liberdade de escolha e de autonomia; assegurar a segurança física através do acesso facilitado à comunidade (cafés, Centros Comerciais); proporcionar um ambiente institucional estimulador e desafiante; utilizar métodos discriminatórios de estímulos táteis, visuais e olfativos permitindo uma melhor orientação dentro da instituição; inclusão de objetos e referências relacionadas com a história de vida dos idosos e dar a oportunidade de cada utente personalizar o seu espaço.

É essencial estimular as práticas que visem um aumento da qualidade de vida nas instituições. Neste sentido, o modelo SOC pode ser aplicado à generalidade de indivíduos e é suscetível de ser estendido ao ciclo vital (Leitão, 2015), numa perspetiva de especificar e compreender como os indivíduos percecionam e gerem as mudanças biopsicossociais que decorrem ao longo do ciclo de vida (Fonseca, 2005).

2. As Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas

Para Fernandes (1997), antigamente, os lares de idosos eram designados como asilos e hospícios, destinados a acolher indigentes, mendigos, velhos, doentes e órfãos. O seu objetivo era prestar assistência aos mais necessitados, e assemelhavam-se a instituições definidas como totais que são “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada formalmente administrada” (Goffman, 1996:11). No entanto, é importante salientar que o grau de totalidade das instituições dependem do grau de dependência do indivíduo, sendo que os “idosos totalmente dependentes, nomeadamente os acamados, têm a sua vida totalmente administrada pela instituição, o que provavelmente também ocorreria se vivessem com as suas famílias” (Ferreira, 2013:33).

A promoção do bem-estar social é da responsabilidade do Estado, que está incumbido de criar políticas e respostas sociais que sejam capazes de responder às necessidades da população mais idosa. As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) são organizações sociais sem fins lucrativos, tendo a seu encargo quase a totalidade da ação social, principalmente na prestação de serviços.

A designação de “Lar” deu lugar a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas. No Manual de Processos - Chave para Estruturas Residenciais para Idosos da Segurança Social, uma ERPI é “uma resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento coletivo, num coletivo, num contexto de “residência assistida”, para pessoas com idade correspondente à idade estabelecida para a reforma, ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia que, por opção própria, ou por inexistência de retaguarda social, sem dependências causadas por estado agravado de saúde do qual decorra a necessidade de cuidados médicos e paramédicos continuados ou intensivos, pretendem integração em estrutura residencial, podendo aceder a serviços de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção da qualidade de vida para a condução de um envelhecimento sadio, autónomo, activo e plenamente integrado” (2008:2).

Através da “Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos” (2015) podemos averiguar que a ERPI é, como referimos anteriormente, uma resposta social dirigida à população mais velha, e não é só de sua responsabilidade garantir a “satisfação das atividades de vida diária (AVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) dos

utentes” (GEP & MTSSS, 2015:36) que acolhe mas também, a “promoção, a inclusão e a participação na comunidade, independentemente do maior ou menor grau de autonomia/dependência do idoso (Idem:36).

Cada vez mais, é necessário que as ofertas de serviços nas respostas sociais sejam alargados. Nos dias de hoje já não suficiente que as instituições prestem apenas serviços básicos como é o caso do alojamento, a higiene habitacional e pessoal, a alimentação, o tratamento de roupas, a animação sociocultural e os serviços enfermagem e de medicina geral, começam a ser procurados outro tipo de serviços nas instituições designadamente a fisioterapia, a psicologia e serviços de cabeleireiro e estética (GEP & MTSSS, 2015).

Os desafios apresentados, atualmente, as ERPI prende-se com a prestação de um serviço que considere todas as dimensões do envelhecimento, ou seja, as biológicas, sociais e psicológicas. Desta forma, é necessário que as instituições gerontológicas inovem o modo de atuação, o paradigma assistencialista, pois este é assente numa visão negativa da pessoa mais velha considerando-a menos capaz e mais frágil, para o paradigma atual do envelhecimento bem-sucedido pois este é capaz de assegurar um nível maior de atividade e de envolvimento social dos mais velhos, fazendo-os sentir parte integrante da instituição.

2.1 Os Desafios da transição e da vida em ERPI

A entrada para uma estrutura residencial poderá ter o poder de causar uma rutura com o quotidiano da pessoa, embora esta seja uma resposta fundamental e imprescindível para quem padece de situações de maior vulnerabilidade. Estes casos poderão estar associados a “perdas funcionais e cognitivas; a degradação da habitação e a desadequação das casas face às necessidades dos idosos; o isolamento social, associado à inexistência de uma rede de interações que facilite a integração social e familiar do idoso; e a ausência de recursos económicos suficientes para compensar as despesas acrescidas, inerentes à perda progressiva da saúde” (Guedes, 2014:194).

A sensação de abandono familiar, o isolamento e a solidão dos idosos são sentimentos que causam “no idoso um aumento de ideias pré-concebidas, como, por exemplo, que se encontra na instituição para morrer, estando “à espera que a morte chegue”. Como era de esperar, estas crenças acabam por contribuir para a confirmação mental da crença inicial ligada ao negativismo do envelhecimento” (Rebelo, 2015:36). É assumido que nas instituições, segundo Guedes (2012), os idosos tendem a perder parte ou até mesmo na sua totalidade, o seu estatuto social e/ou papéis anteriores, sentindo-se desvalorizados e despedidos das suas características que antes eram tidas em conta pela família ou até mesmo pela sociedade.

As Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas podem aproximar-se, de certa forma, do conceito de instituição total apresentado por Goffman (1996), onde se pressupõe a coabitação de um conjunto de indivíduos desconhecidos durante um longo período de tempo, onde as regras e as rotinas imperam. É de acordo com as políticas institucionais que as regras e rotinas são estabelecidas, desta forma o idoso ao ser institucionalizado perde um pouco da sua identidade, tendo que se adaptar a esta nova vida, a um ambiente diferente e a conviver com pessoas distintas de si próprio (Faria & Carmo, 2015).

Perante esta perspetiva, estão impregnadas cinco características que definem o conceito de Instituição Total: o “Isolamento Social” – pois todas as atividades de vida diária são realizadas dentro do mesmo espaço, sendo escasso o contacto com o exterior; as “Relações de Poder” – existe uma relação díspar entre residentes e colaboradores, sendo que os segundos detêm o poder de decisão da vida dos primeiros sem que estes tenham oportunidade de contestar; “Inexistência de Privacidade” – partilha frequente dos mesmos espaços, dificultando a existência de momentos íntimos e privados; o

“Quotidiano de Destruição” – todas as atividades são escolhidas e definidas por outros, originando que os residentes não tenham a possibilidade de decidir questões acerca do seu dia-a-dia; e a “Mortificação do eu”, ou seja, a perda de identidade que se inicia após o ingresso numa instituição total (Rebello, 2015). No cotidiano institucional as oportunidades que as pessoas idosas têm para expressar os seus sentimentos e expectativas são escassas.

Mesmo não sendo desejada, a transição da vida para uma estrutura residencial é um momento que acontece com alguma frequência nos mais velhos. De acordo com Faria & Carmo (2015) este processo envolve um conjunto de tarefas, desde da escolha do lar, a preparação da saída de casa e a integração e adaptação à nova habitação, desta forma é essencial o envolvimento da pessoa mais velha para que o processo da institucionalização se torne mais simples e bem-sucedido.

No entanto, a institucionalização também tem vantagens, como refere Cardão (1999), poderá existir o desenvolvimento de novas interações sociais, o combate ao isolamento social, a continuidade do papel ativo do idoso na sociedade e o acesso facilitado a serviços adequados às suas necessidades. Fernandes (2000) defende que para proporcionar uma institucionalização bem-sucedida é fundamental incentivar o utente a frequentar e participar em atividades que promovam a sua atividade física e mental, reduzindo assim o tempo “morto”.

Porém, como afirma Pereira (2008), é importante que, mesmo após a institucionalização, exista uma manutenção das relações familiares, de modo que favoreçam uma melhor adaptação quer por parte do idoso como da própria família. A importância da família no decorrer do envelhecimento é essencial, já que a afetividade é um pilar fundamental na vida dos indivíduos. Como defendem Espetia e Martins (2006), é importante manter o equilíbrio afetivo entre o idoso e a família, quer enquanto este está institucionalizado como quando o idoso permanece na sua casa, podendo-se, assim, dizer que é fundamental a manutenção das rotinas sociais e afetivas do idoso institucionalizado. Pois estes se antes faziam parte da vida quotidiana do idoso, devem de conseguir manter essa ligação aquando este está institucionalizado, de modo a manter a qualidade de vida até o final da sua vida.

3. A prestação de cuidados

3.1 Os desafios de cuidar

Em consequência do aumento do número de idosos institucionalizados e da necessidade de dar resposta à população envelhecida, torna-se necessário repensar na tarefa do cuidar de idosos na “necessidade de possuir profissionais competentes nas Instituições que prestem os devidos cuidados aos idosos, propiciando-lhes qualidade de vida” (Ferreira, 2012:19).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004), um cuidador é entendido como aquele que cuida, presta assistência e apoio, a um indivíduo em situação de dependência, podendo ser uma situação permanente e irreversível ou transitória.

O ato de cuidar acompanha o indivíduo em todo o ciclo vital, pois “somos cuidados a partir do nascimento, durante a adolescência, a idade adulta, à medida que vamos envelhecendo e, de um modo muito especial, quando adoecemos, no fim da vida e na morte” (Antón, 2016:13).

“O cuidar do outro pressupõe atenção à sua individualidade e às suas necessidades” (Fragoso, 2008:53). O cuidar de alguém é muito mais do que um conjunto de atos repetitivos e automáticos, pois o verdadeiro cuidado só acontece quando as relações do cuidador e do indivíduo são humanizadas.

No que diz respeito ao cuidar das pessoas mais velhas, o conceito de “cuidar” deve ser distinguido do conceito de “curar”. Com o envelhecimento e a perda funcional não se prevê a existência da “cura”, mas sim do “cuidar”, uma vez que o objetivo é apoiar a pessoa idosa. Segundo Oliveira (2006), é no campo do envelhecimento que existe uma maior necessidade de prevenir e otimizar as competências do indivíduo e não apenas tratar do seu estado patológico, colocando o indivíduo no centro do processo no que diz respeito às práticas do cuidar.

No que concerne ao cuidar gerontológico, os autores Gineste & Pellisseir (2008) afirmam que o mesmo não pode existir sem a cooperação de uma equipa multidisciplinar propensa a ajudar os indivíduos de quem cuidam com o objetivo de melhorar ou manter a sua saúde e, logo, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Não nos podemos esquecer dos profissionais que estão em permanente contacto com as

peessoas mais velhas, particularmente na prestação de cuidados, sejam realizados pelo enfermeiro, auxiliares de prestação ou agente de serviços hospitalares. O papel histórico de todos estes profissionais é, essencialmente, responder e satisfazer as necessidades básicas e instrumentais da vida diária da pessoa mais velha.

Desta forma, o cuidador assume o papel principal nas instituições, pois é quem presta os cuidados essenciais para atenuar a incapacidade funcional seja esta de forma definitiva ou temporária. Cuidar de um idoso é comprometer-se a “ajudá-lo a readquirir ou promover a manutenção da sua autonomia, sendo para tal imperativo um conhecimento, por parte de quem cuida, dos seus (próprios) aspetos negativos e positivos de modo a encontrar um conjunto de estratégias que permitem superar as situações de crise e/ou de desafio instrumental e emocional” (Gomes, 2017:8).

Segundo Sequeira (2010), os cuidadores formais têm uma profissão da qual se exigem muitas competências, desde as mais básicas, às necessidades do indivíduo, nomeadamente, saber lidar e distinguir as patologias e os sintomas associados até os problemas sociais. Assim, os cuidadores assumem um papel fundamental na vida das pessoas mais velhas, não se trata apenas de satisfazer as necessidades mais básicas mas sim de cuidar de alguém em todos os parâmetros sejam eles os biológicos, psicológicos e sociais.

Gineste & Pellisseir (2008) asseguram que é através dos conhecimentos que um profissional pode ajudar o outro a sentir-se melhor e a apoiá-lo, quando o seu estado de saúde se deteriora. Desta forma, os conhecimentos posicionam-se no centro do cuidar e de todos os atos, desde a higiene ao auxílio nas refeições.

Desta forma, os “atos de cuidar são vitais para os relacionamentos humanos, proteção de saúde, recuperação da doença e para a manutenção de modos saudáveis de vida” (Boehs & Zuleica, 1990:112).

As organizações gerontológicas devem de adotar princípios orientadores de forma a oferecer uma resposta mais adequada aos seus utentes. Perante o Manual de Boas Práticas – Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas da Segurança Social são apresentados os desafios/princípios de um cuidador formal para prestar um bom cuidado a quem necessita.

Desta forma, os desafios do cuidar passam pela dignidade da pessoa humana pelo “simple facto de ser pessoa é fundamento de todos os valores e princípios que constituem substrato dos direitos que lhe são reconhecidos” (MBP, 2009:26) Ou seja, é de evitar comportamentos que infantilizem o idoso ou que o diminuam. O respeito deve de estar sempre presente em toda a vida institucional e é necessário ter em consideração a vida passada do utente e valorizar as suas histórias de vida. A individualidade, pois cada indivíduo tem as suas características biológicas e experiências de vida que definem a sua identidade. Embora tenhamos características comuns, encontramos sempre no outro diferentes crenças, gostos, opiniões e atitudes, sendo necessário respeitar a diferença (MBP, 2009).

A preservação da autonomia implica o respeito pela individualidade e a promoção da autonomia do utente. Os colaboradores devem de incentivar o “residente a ser responsável por si próprio e executar todas as tarefas que deseje e de que seja capaz. Ninguém deve de substituir o residente nessas tarefas sob argumento de maior funcionalidade ou rapidez” (MBP, 2009:27). É essencial que a estrutura residencial reúna condições que promovam a autonomia e facilitem a mobilidade dos seus residentes.

A capacidade de escolher é fundamental para o bem-estar emocional e físicos dos residentes através do facto de terem a oportunidade de tomar decisões e fazer de escolhas. Este desafio requer que os colaboradores incentivem os residentes a decidirem “o que querem comer e quando, o que fazer ao longo do dia, o que querem vestir, a hora a que se querem deitar ou levantar” (MBP, 2009:27).

O princípio da privacidade e intimidade e confidencialidade constituem um desafio enorme quer para as instituições como para os próprios colaboradores. O respeito pela privacidade e intimidade não diminuem pelo facto de estar institucionalizado. É fundamental garantir este princípio na higiene íntima, nas relações com os outros, na correspondência e chamadas telefónicas e em todos os problemas e questões pessoais e familiares (MPQ, 2009).

Também os autores Gineste e Pellissier (2008) defendem que existem dois princípios fundamentais do cuidar, o respeito pela autonomia, ou seja, deve-se assumir um carácter respeitador pela sua autonomia, sensibilidade e desejos independentemente da sua idade. O segundo princípio está relacionado com a especificidade do cuidar, no sentido

em que o “cuidador não pode ignorar os conhecimentos que ao longo do seu desenvolvimento foi adquirindo, nomeadamente as diferentes maneiras de tocar, de olhar e de falar com o outro (Araújo, 2014:15).

Desta forma, os desafios e princípios do cuidar constituem indicações para a elaboração da forma como devemos de agir pois “permitem trazer bem-estar àquele que as recebe, mostrar-lhe que se respeita a sua humanidade e que se tem em conta a sua vulnerabilidade” (Gineste & Pellissier, 2008:23).

3.2 A relação de cuidados entre os ajudantes de ação direta e as pessoas idosas

Ao longo do último século, a estrutura familiar sofreu mudanças radicais, ou seja, passou de um modelo de uma família alargada para família nuclear, provocando falta de tempo ou de capacidade para responder às necessidades da pessoa dependente.

Neste sentido, a dependência nos idosos surge face aos “obstáculos que impossibilitam a satisfação das necessidades, mas também a ausência de apoio familiar, o isolamento, a solidão e inatividade proveniente da reforma.” (Pereira & Marques, 2014:134) Estes e outros fatores vão conduzir inevitavelmente a um processo de institucionalização, tornando-se fundamental conhecer a realidade da prestação de cuidados, bem como as necessidades e características dos cuidadores.

Segundo Sequeira (2010), os cuidadores formais têm um leque alargado de conhecimentos específicos para desempenhar a profissão, sendo considerada uma atividade qualificada, correspondendo a uma vasta diversidade de profissões remuneradas que desempenham funções em lares, hospitais, instituições comunitárias, etc. Desta forma, a Filosofia da Humanidade caracteriza os cuidadores formais ou prestadores de cuidados como:

“Um profissional que cuida de uma pessoa (ou de um grupo de pessoas) com preocupações ou problemas de saúde, para ajudar a melhorar ou a manter a saúde, ou para acompanhar essa pessoa até à morte. Um profissional que não deve, em caso algum, destruir a saúde dessa pessoa” Gineste & Pellisseir (2008:259).

Esta definição transmite a mensagem de que o ato de cuidar implica que os cuidadores prestem cuidados instrumentais (higiene, alimentação, vestir), como técnicos (terapêuticos, preventivos, curativos), como outros mais práticos (medicação e vigilância). Mas cuidar é muito mais do que promover para o outro a manutenção da sua saúde e bem-estar. Cuidar também passa pelos cuidados afetivos (atenção, carinho, comunicação, expressão, companheirismo e individualização do cuidado) (Araújo, 2014).

Segundo Pimentel (2001), nas instituições destinadas a pessoas idosas, os cuidadores formais cuidam das pessoas, segundo os princípios e regras estabelecidas pelas instituições. Regra geral, os princípios orientadores passam pelo zelo do bem-estar biopsicossocial, prestando cuidados básicos de saúde, de educação, de animação, de

lazer e sociais. Cabe ao cuidador identificar as necessidades físicas e psíquicas e avaliar as potencialidades do utente, pois o ato de envelhecer não implica necessariamente uma cisão dos velhos hábitos de vida, nem uma mudança profunda das necessidades, sendo importante prestar um cuidado individualizado e estimular para que o idoso se sinta capaz e autónomo para realizar as suas atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Os cuidadores formais manifestam diversas dificuldades como é o caso do cansaço, o stress e por ventura a depressão durante as prestações de cuidados. De acordo com Fernández (2004) a sensação de cansaço está relacionada com a dificuldade na prestação de cuidados pela falta de formação específica, tornando-se fundamental monitorizar o grau de cansaço do cuidador. Quando existe entrada de um novo colaborador na instituição este é pouco acompanhado na fase de integração sendo logo responsáveis pelos cuidados de diversos utentes. Como Sousa (2011) refere fatores como a desmotivação, a insatisfação no trabalho, o fraco desempenho profissional, o distanciamento e a desumanização nas relações interpessoais origina um comprometimento ao nível da qualidade dos cuidados prestados à população mais velha.

O conceito de Sobrecarga dos cuidadores formais ou informais está relacionado com a exaustão emocional, a baixa realização profissional e a despersonalização. Os fatores que contribuem para o seu aparecimento são as expectativas profissionais não concretizadas, os conflitos mal resolvidos em contexto laboral, a falta de formação para lidar com situações específicas, nomeadamente na área das demências, o excesso de trabalho, pouco apoio e comunicação por parte das chefias e a falta de feedback relativamente ao trabalho executado (Sousa, 2011).

Investir na formação e valorizar a profissão dos cuidadores formais é um passo para melhorar a qualidade dos cuidados aos idosos e também minimizar o risco de sobrecarga do cuidador.

Para uma humanização dos cuidados para as pessoas mais velhas é necessário ter em conta que o ato de cuidar é fulcral para que exista uma relação de confiança entre o cuidador e o utente, o que implica, antes de mais, a criação de uma relação de igualdade: igualdade em humanidade e cidadania, igualdade que implica a todos os níveis direitos e deveres (Gineste & Pellisseir, 2008).

A filosofia da Humanidade proposta por Yves Gineste & Rosette Marescotti trata-se de uma filosofia dos cuidados com o objetivo de promover uma reabilitação digna e melhorar as relações entre o cuidador e a pessoa cuidada (Pereira et al. 2012). Esta filosofia integra seis pilares: o olhar, a palavra, o toque, a verticalidade, o sorriso e o vestuário.

Segundo os autores Gineste & Pellissier (2008) o olhar deve ser horizontal, axial, longo, progressivo e sempre acompanhado de um rosto afável e sorridente. O olhar horizontal é feito ao mesmo nível para transmitir igualdade; o axial, é olhar de frente para o indivíduo sem ser evasivo, proporcionando uma melhor comunicação e confiança.

A palavra surge como meio de comunicação verbal devendo ser realizada num tom de voz calmo, suave e melodioso. O diálogo estabelecido entre cuidador e a pessoa cuidada é fundamental, pois só assim, é possível estabelecer as melhores estratégias para uma reabilitação de sucesso, e também possibilita que o utente possa exprimir o seu sofrimento (Pereira, Gomes & Galvão, 2012).

O toque é uma dimensão da linguagem não verbal presente no ato do cuidar. Como referem Gineste & Pellissier (2008) o toque deve ser amplo, lento, suave, acariciador, designado por toque-ternura permitindo assim uma demonstração de carinho. Todo o toque pode envolver sensações positivas que se fazem sentir a partir da forma como nos aproximamos, o local onde tocamos e a pressão que exercemos na mesma, podendo depender da cultura e das experiências vividas anteriormente. O contacto físico deve ser iniciado pelo ombro, braços ou mãos, locais mais aceites para que o toque aconteça (Gineste & Pellissier, 2008).

O pilar da verticalidade traz inúmeros benefícios para a saúde principalmente, no que diz respeito ao funcionamento circulatório e cardíaco, estimula o apetite e favorece a digestão (Phaneuf, 2010). Para os autores Gineste & Pellissier (2008) deve-se promover o maior tempo possível a verticalidade no cuidar, ou seja, fazer os possíveis para manter o utente de pé, a andar, “contrariando a tendência de limitação motora, e de uma postura anquilosante, não permitindo que o utente perca totalmente a sua independência, um elemento essencial para a sua qualidade de vida” (Araújo, 2014:30). Este pilar ainda tem a capacidade de permitir o contacto visual com o outro, tornando-se assim num símbolo que define a espécie humana, a sua essência e dignidade (Phaneuf, 2010).

O sorriso surge como uma terapia natural. No nosso cotidiano um sorriso pode se manifestar através de uma partilha, do divertimento, do bom humor e do prazer. No entender de Phaneuf (2010) o riso pode ser o remédio mais eficaz no combate ao stress. Uma boa comunicação entre os colaboradores e os utentes é uma mais-valia, visto que pode melhorar a relação entre os mesmos. Como referem os autores Gineste e Pellissier “rir de uma pessoa é uma humilhação; rir com uma pessoa é um prazer partilhado” (2008:140).

Por fim, e de acordo com Pereira (2012), o vestuário e os acessórios são características fundamentais na Humanidade das pessoas idosas. O vestuário e os acessórios possuem uma carga simbólica para os indivíduos mais velhos, pois fazem parte da nossa identidade. Para além da higiene diária, os cuidadores, devem de vestir a pessoa cuidada de acordo com as suas preferências e gostos.

Desta forma, a filosofia da Humanidade pretende proporcionar um aumento de bem-estar, de equilíbrio e a manutenção da dignidade da pessoa mais velha (Pereira, 2012).

Enquadramento Metodológico

A metodologia de Investigação-Ação Participante utilizada tem como principal objetivo compreender a forma como os colaboradores cuidam e constroem a sua relação com a profissão. O fio condutor desta investigação prende-se com a “criação coletiva de inovação pedagógica e de conhecimento” (Bataille, 1981:30), ou seja, um dos seus grandes objetivos é provocar a mudança social num determinado contexto, assegurando sempre que a mudança está orientada para um fim comum.

Esta metodologia implica a “vontade de assegurar as mudanças orientadas para um fim comum assim como uma cooperação entre os investigadores e sujeitos (...) permite reduzir a assimetria entre investigadores e os sujeitos de investigação” (Bataille, 1981:32).

Portanto, a Investigação-Ação é aquela que acontece no terreno, em que os investigadores/observadores se envolvem no seio da comunidade com o intuito de compreender as suas especificidades e proceder, se necessário, a uma melhoria das mesmas.

De acordo com a perspetiva de André Morin (1985), trata-se de um processo de investigação no qual os autores e atores sociais se juntam na ação com a finalidade de melhor identificar as semelhanças e as diferenças sentidas no contexto. Na metodologia de Investigação-Ação, numa primeira fase o investigador apoia-se na teoria para melhor entender os fenómenos e, posteriormente passa para a prática de forma a solucionar o problema identificado no início da investigação.

Uma das características desta metodologia é o seu carácter complexo, pois, este prende-se em três objetivos: *“objetivos de investigação, isto é, a produção de conhecimentos sobre a realidade; os objetivos de inovação, isto é, a introdução de transformações numa determinada situação com o propósito de dar solução aos problemas como tais identificados; os objetivos de formação e competências, isto é, o desenvolvimento de um processo de aprendizagem social envolvendo todos os participantes em função dos dois primeiros objetivos, no quadro de um processo mais amplo de transformação social, cultural e política”* (Esteves, 1986:271).

A metodologia Investigação-Ação permite-nos conhecer a realidade e posteriormente intervir na mesma. Esta metodologia, numa primeira fase, é sustentada por um enquadramento teórico que nos permite estudar e conhecer a realidade e também nos possibilita desenvolver intervenções que provoquem a mudança, com o intuito de melhorar as práticas do cuidar e relação dos colaboradores.

Uma outra característica de investigação-ação é esta ser um processo coletivo, ou seja, existe de facto uma grande diversidade “das suas ações e das suas fases, envolvendo o sujeito activo desde a investigação até à intervenção, não só o colectivo dos investigadores, mas também da sociedade, ou parte dela, em estudo e em vias de transformação”. (Esteves, 1986:271) Sendo este um processo coletivo, o envolvimento dos colaboradores foi fundamental, a integração dos mesmos no projeto foi trabalhada desde do início do estágio até à intervenção. A conquista da confiança dos colaboradores permitiu-nos observar sem filtros as prestações de cuidados, dando-nos material para trabalhar com os mesmos. Através deste espírito de troca de informações e conhecimentos que foi possível a integração dos Ajudantes de Lar e Centro de Dia neste projeto.

O diagnóstico, sendo uma etapa crucial na metodologia de Investigação-Ação, é, ao mesmo tempo, uma forma de recolha de dados e informações a respeito da realidade em análise. Segundo Fialho, Silva & Saragoça (2017), o diagnóstico social ocupa uma interpretação técnico-científica acerca da realidade, na qual se sustenta uma hierarquização de dados que apoiam a construção de um planeamento de intervenção social. Deste modo, o diagnóstico é, de facto, um pilar de ação estratégica dos interventores, no qual se sustém a definição de objetivos, prioridades de intervenção, tarefas e recursos do plano de ação.

Assim sendo, nesta primeira fase do trabalho, e para sustentar a realização do diagnóstico iremos empregar técnicas de recolha de informação, nomeadamente, análise de documentos institucionais como é o caso do regulamento interno Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e o manual de conduta do colaborador; análise dos diagnósticos preexistentes como é o caso dos processos individuais dos utentes e o plano de atividades de animação sociocultural. Quivy & Campenhout (2013) menciona que através da recolha e análise de dados preexistentes permite-nos reunir informações

acerca do tema em estudo. No entanto, é necessário ter em conta a sua autenticidade e se as informações são exatas.

Assim, com a recolha e análise dos documentos institucionais nomeadamente: o regulamento interno da Estrutura Residencial para Pessoas Idosas permitiu compreender o modo como se organiza e funciona. Neste documento podemos encontrar o horário de visitas, os serviços que prestam, os critérios necessários para admitir um idoso e os direitos e deveres dos utentes e da instituição. No manual de conduta do colaborador podemos encontrar a missão e os valores da instituição, os princípios éticos, os direitos e deveres dos colaboradores, as normas de conduta que os colaboradores das diferentes áreas se devem reger.

Nos processos individuais dos utentes temos acesso a um conjunto de informações, desde a ficha de inscrição, dados sociodemográficos e económicos, o agregado familiar, os relatórios da psicóloga e contém Escala de Barthel para medir o grau de dependência do utente. No gabinete da Diretora Técnica apenas contém a informação social, a parte médica e de enfermagem encontra-se no gabinete médico. O plano de atividades de animação sociocultural permitiu a compreensão a tipologia e a regularidade das atividades.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2013), o método apresenta como vantagens a não excessiva utilização de inquéritos que, pela frequência da sua utilização, acabam por sobrecarregar os inquiridos e ainda uma crescente valorização do material documental que se encontra em constante mudança, evolução e enriquecimento. Por outro lado, este método também padece de algumas desvantagens, nomeadamente o impedimento ao acesso dos documentos e a qualidade e cientificidade dos dados em análise.

Os inquéritos por questionados quando analisados à luz de uma perspetiva positiva, viabilizam a quantificação de um elevado número de dados e informações possibilitando, assim, o estabelecimento de correspondências entre os mesmos. Por outro lado, como acontece em todos os métodos de recolha de informação, agrupa aspetos menos positivos, como é o caso da superficialidade das informações recolhidas (Quivy & Campenhoudt, 2013). Segundo os autores, o método em análise é particularmente adequado quando pretendemos conhecer uma determinada realidade social. Assim, foi construído e distribuído um inquérito (Anexo II) pelos colaboradores

com a categoria Ajudante de Lar e Centro de Dia, com o intuito de obter dados pertinentes para o projeto.

O inquérito encontra-se dividido em dois grandes grupos, num primeiro consta a “Caracterização dos colaboradores”, onde é pretendido saber os seus dados sociodemográficos, as habilitações literárias e o seu percurso profissional. No segundo grupo intitulado por “ O colaborador e o trabalho desenvolvido” são feitas questões acerca das rotinas laborais onde os colaboradores têm de se situar numa escala numerária de 1 a 5, que varia de “Dificuldade máxima (1)” a “Nenhuma dificuldade (5)” Neste grupo também é usado a Escala de Zarit para medir a sobrecarga dos colaboradores. Esta escala originalmente é utilizada para medir a sobrecarga dos cuidadores informais, no entanto, esta serviu como elemento de inspiração para recriar uma escala que fizesse sentido para os colaboradores na instituição em análise. Esta versão inclui um total de 19 itens provenientes da versão original de 29 itens publicados em 1980 (Bédard et. al., 2001), que são respondidos numa escala de cinco níveis, que varia de “Nunca (0)” a “Quase sempre (5)”.

A técnica observação direta também foi utilizada, como o próprio nome indica, recorre à observação do investigador social. Para Quivy e Campenhoudt (2013), a observação direta é o único método que possui a capacidade de captar comportamentos em tempo real, não existindo a possibilidade de recorrer a outro instrumento para completar o efeito. Através da utilização desta técnica permitiu-nos conhecer as práticas institucionais, desde da animação sociocultural até à prestação de cuidados. O tempo dedicado à observação das práticas institucionais determinou que a área de atuação e de intervenção seria os colaboradores com a categoria profissional de Ajudante de Lar e Centro de Dia. No decorrer do estágio, foram-se proporcionando conversas intencionais com os colaboradores, no sentido de entender as dificuldades inerentes à sua profissão. Ao acompanhar diariamente os colaboradores tornou-se fundamental a construção de uma grelha de observação (Anexo III), para nos guiar e focar nos domínios mais importantes para este trabalho, como é o caso do ato da prestação de cuidados, da vida institucional e a relação dos colaboradores. Para a realização do diagnóstico apoiamos nos inquéritos do Sistema de Avaliação Multidimensional de Equipamentos Sociais (SAMÉS) -Lar para a recolha de informação, no que diz respeito à política organizacional e ao plano de atividades, ao clima social e ao diagnóstico das necessidades.

Os diários de campo são, na nossa perspetiva, uma das ferramentas mais importantes quer para um investigador quer para um interventor social. O simples ato de escrever e transcrever para o papel os acontecimentos diários sejam eles, os constrangimentos, as dificuldades e os momentos mais receosos, originam uma consciencialização das problemáticas e, por conseguinte, dá força para colmatar as fragilidades e aperfeiçoar as qualidades.

Antes de ser iniciada a implementação dos inquéritos procedeu-se a um pedido de consentimento informado (Anexo I) aos colaboradores com a categoria profissional de Ajudante de Lar e Centro de Dia, informando todos os participantes sobre o tema e os principais objetivos do projeto.

O diagnóstico Socioinstitucional é efetivamente uma das fases mais importantes no processo de planeamento da intervenção social. Este é um processo complexo de descoberta de uma situação ou problema social. Sendo um *“processo rigoroso e metódico que pressupõe uma sistematização de dados e informação sobre a situação ou problema de uma determinada realidade ou contexto, em que são abordados os ângulos que enformam a natureza do problema ou situação, as necessidades e todas as variáveis que condicionam e influem o objeto em análise”* (Fialho; Sila & Saragoça, 2017:34).

O diagnóstico social, sob perspetiva de Fialho, Silva & Saragoça (2017), pode-se dividir em três grandes instâncias e estas, por sua vez, complementam-se. Na primeira instância, o diagnóstico social é, de facto, o conhecimento da realidade que resulta da recolha de dados e informações por parte da equipa do projeto como da própria investigação, designadamente, “indicadores sobre a tendência do problema ou situação social, elementos da observação direta e/ou outras fontes de informação que complementem o processo de conhecimento” (pág.34). Numa segunda instância, o diagnóstico social ocupa uma interpretação “técnico-científica sobre a realidade social, a qual se sustenta numa hierarquização de dados que irão ajudar a construir todo o processo de planeamento da intervenção social” (idem). Por último, na terceira instância, o diagnóstico social é, de facto, um pilar da ação estratégica dos interventores, na qual sustenta a “definição de objetivos, prioridades de intervenção, tarefas e recursos sob o chapéu-de-chuva do planeamento” (ibidem).

No terreno foram operacionalizadas as três instâncias apresentadas anteriormente, sendo que na primeira instância apresentada “conhecimento da realidade” Nesta fase, a análise da realidade permite definir a temática a intervir e os seus principais intervenientes, através da análise de documentos preexistentes e da observação das práticas institucionais possibilitou o reconhecimento do problema na prestação de cuidados e da relação entre os colaboradores. A segunda instância “Interpretação técnico-científica” prende-se com a recolha de informação para a identificação e hierarquização dos pontos fortes e fracos, desta forma procedemos à construção de uma análise SWOT. Por fim, na terceira instância “Ação estratégica dos interventores” passa pela consciencialização do diagnóstico, onde é caracterizada as finalidades, os objetivos gerais e específicos e a elaboração do plano e estratégias de intervenção.

Diagnóstico Institucional

Através da realização do Diagnóstico Socioinstitucional e da caracterização da instituição é possível conhecer e compreender a realidade, assumindo, assim, o diagnóstico um papel fundamental no reconhecimento das forças e fraquezas, bem como as oportunidades e ameaças. Torna-se exequível perceber a missão, os objetivos e a finalidade e, em simultâneo, verificar se são efetivamente alcançados.

A ERPI em análise é uma resposta social que presta serviços à população Idosa. Presta apoio psicossocial, desenvolve atividades, contém um carácter hoteleiro com o alojamento e integração coletiva, quer seja de forma permanente ou temporária e fornece cuidados de saúde, alimentação, higiene e conforto pessoal. Simultaneamente, tenta promover o convívio e a ocupação nos tempos livres, através da frequência em atividades de animação sociocultural. Importa referir que a Instituição presta e desenvolve serviços destinados a Indivíduos que, “por motivos de ausência de retaguarda familiar e social, dependência, isolamento, solidão e insegurança, não têm a possibilidade de permanecer no seu contexto habitacional.” (Simões, 2018:48) sendo esta uma instituição destinada à população idosa mais concretamente, pessoas com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, de ambos os géneros. Esta estrutura residencial também pode albergar indivíduos adultos com idades inferiores a sessenta e cinco anos, em casos pontuais e devidamente justificados. As instalações estão preparadas para albergar noventa idosos. No que concerne às condições da sua

implementação, cumpre todos os critérios estipulados pelo Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS, I.P.), particularmente no que diz respeito à sua localização, pois situa-se perto de locais de acessos aos transportes públicos, bem como a serviços de saúde. O acesso às instalações é facilmente alcançado por viaturas e, trata-se de uma instituição com espaços verdes.

A Organização Espacial, o Ambiente Físico e os Recursos Materiais

Segundo Moos e Lemke (1994), o espaço físico proporciona a sensação de bem-estar aos adultos mais velhos, que é influenciado pela conceção física das infraestruturas de um determinado espaço aliado a outros aspetos organizacionais e sociais.

Relativamente à acessibilidade na comunidade, importa perceber de que forma a instituição estabelece, ou não, uma proximidade aos serviços fornecidos na sua área circundante (Moos & Lemke, 1994). Assim, o Lar S. Manuel está situado na pequena cidade de São João da Madeira, sendo a sua área envolvente marcada por um ambiente com vida. Existem alguns cafés, lojas de comércio e uma paragem de autocarro. Em frente ao Lar, situa-se o Hospital, que é utilizado para situações de emergência que se considerem de mais fácil resolução. Ainda perto da instituição existe um centro comercial, uma Unidade de Saúde Familiar, onde a maioria dos residentes são utentes. Desta forma, os utentes autónomos passeiam e acedem aos cafés sempre que quiserem, já os utentes com mobilidade reduzida dependem dos colaboradores para saírem da instituição e este fenómeno raramente acontece.

No que diz respeito ao conforto físico, é necessário ter em conta que as infraestruturas são antigas, tornando-se, à primeira vista, difícil sentirmo-nos acolhidos e confortáveis. É um Lar com pouca entrada de luz solar e a decoração torna ainda mais difícil a passagem de luz. No entanto, a diretora técnica, aos poucos vai melhorando o aspeto da sua casa. A Sala de Estar Grande é o ponto de encontro de todos os residentes, onde a sensação de conforto é maior, havendo decoração de acordo com as estações do ano e festas comemorativas. São os próprios residentes que trabalham e participam na decoração e, ao verem o resultado do seu esforço exposto perante a comunidade, sentem-se valorizados e úteis.

Uma das lacunas de fácil percepção é a ausência de decoração nos corredores dos pisos, pois existem apenas quadros oferecidos à Santa Casa, pesados e antigos, não conferindo ao Lar a sensação de conforto. Embora as instalações sejam antigas, existe uma pequena sala de estar que os utentes aproveitam para receber as suas visitas ou para fazer dela a sala de espera para serem atendidos pela enfermeira ou pelo médico. Outra lacuna existente é a falta de orientação no tempo/espço na sala grande de convívio, nas salas dos pisos, no ginásio e na sala dos trabalhos manuais, existindo, no entanto, numa das salas de estar um quadro com o dia, o mês e o ano, embora não seja atualizado diariamente.

No que concerne às características de segurança, o Lar S. Manuel é considerado uma instituição aberta, onde não há restrição de acessos, quer para os funcionários de outras valências como para os idosos, podendo, assim, deslocar-se livremente pela instituição, pelo recinto exterior ou passear pela cidade. No entanto, este livre acesso é complicado, pois não se consegue controlar quem acede e quem sai das instalações, originando assim um perigo de fuga dos indivíduos sinalizados com quadros de demência.

Em cada quarto existe uma pequena luz de presença que fica ligada no período noturno, para que o utente se sinta seguro e confiante, caso necessite de se levantar. Existe também uma campainha que, quando ativada, alerta o colaborador para um relógio de pulso que o acompanha durante o turno, sabendo, assim, mais facilmente qual é o utente e quarto donde é pedido auxílio.

Relativamente à tipologia dos quartos, importa referir que, no total, existem trinta e oito quartos: nove quartos com três camas, seis quartos com quatro camas, dezasseis quartos com duas camas e sete quartos individuais, cada um com uma casa de banho privativa. Nos quartos partilhados a questão da privacidade é quase nula, não existe separadores ou biombos para a prestação de cuidados. O mobiliário é antigo, desta forma não se adequa às necessidades desta população, no entanto, é uma preocupação da Diretora Técnica a renovação de todas as camas e mesas de cabeceiras, com o intuito de conferir mais conforto e bem-estar aos residentes. No piso superior, bem como no rés-do-chão, existe uma sala preparada para o banho assistido.

As instalações do pessoal remetem para a existência de zonas destinadas para os recursos humanos da instituição, importando, deste modo, mencionar que não se verifica a existência de uma zona específica. Existem os vestiários para os

colaboradores no piso 0, fazendo-se a passagem de turno e a escrita no registo de ocorrências nas copas de cada piso, ou seja, não existe um espaço destinado ao pessoal onde possa estar nas suas pausas a relaxar e conversar acerca dos eventuais constrangimentos que tenham sentido em algum momento do dia. Como os autores Moos e Lemke referem “muitos destes funcionários experienciam o seu trabalho como stressante e humilhante (...) exercem muitas vezes tarefas inferiores e repetitivas, são supervisionadas de perto e recebem poucas recompensas sociais e económicas (...) tais condições de trabalho difíceis podem contribuir para uma moralidade baixa do pessoal, tratamento impessoal (...)” (1994:205).

De facto, a criação e a existência de espaços destinados aos cuidadores formais de cada instituição não está prevista na lei, no entanto, e na sequência da ideia expressa anteriormente, sendo esta uma *“profissão de extrema necessidade e para a qual se estima um aumento exponencial, tendo em consideração o número de Pessoas Idosas e em vias de Envelhecimento, os profissionais que prestam serviços nestes contextos devem ao mesmo tempo sentir-se valorizados para que o cuidar seja pautado por valores como a dignidade, o respeito e a sensibilidade pelos diferentes modos de Envelhecer”* (Simões, 2018:60).

O quotidiano institucional exige uma acrescida preocupação no que diz respeito à limpeza e higienização dos espaços, havendo em cada piso uma funcionária de serviços gerais que é responsável por assegurar a higienização e desinfeção dos quartos, das copas e das pequenas salas de estar dos pisos.

De acordo com Moos e Lemke (1994) as políticas organizacionais que possibilitam que os seus residentes façam parte do planeamento diário das suas rotinas num contexto institucional contribui em grande escala para a sua independência, e em simultâneo, fortalece as relações entre os colaboradores e os idosos, ao aumentar o seu poder de decisão. No que diz respeito à tomada de decisões, tornou-se fundamental analisar o peso que os utentes têm na tomada de decisões acerca dos assuntos inerentes à vida institucional. Segundo Moos e Lemke (1994), os utentes que têm capacidade de tomar decisões, de controlar as suas vidas e de obter privacidade, apresentam graus mais elevados de autonomia, independência e de influência. A preparação e organização das atividades como festas temáticas, aulas de música e de ginástica, os campeonatos de Boccia, a decoração da casa, entre outras... são sempre pensadas e discutidas entre a animadora e a Diretora Técnica. Para a realização das atividades de animação

sociocultural, a animadora conta quase sempre com o auxílio dos voluntários. Na maior parte das situações, a opinião dos residentes não é solicitada, podendo considerar que a participação do utente é escassa relativamente à escolha da ementa ou a possíveis sugestões alimentares. No que concerne à participação das atividades e à escolha das mesmas, a animadora/psicóloga procura sempre ir ao encontro do gosto e da preferência dos utentes.

No que diz respeito à flexibilidade de horário, os utentes não têm muita opção de escolha. A hora de levantar é às 7h00 para quem vai tomar o pequeno-almoço ao refeitório, servido das 8h30 às 9h00, sendo o almoço às 12h00, o lanche às 16h00 e, por fim, o jantar às 19h00. Os residentes mais autónomos regem as suas rotinas com base neste horário e, quando algo falha ou se atrasa, reclamam. A ementa afixada no quadro principal é elaborada pelo nutricionista da empresa que fornece os alimentos ao Lar S. Manuel, sendo raro ter em conta o gosto e a preferência dos residentes.

Em relação às rotinas do despertar e deitar, não existe no regulamento interno uma hora específica, no entanto, existe uma escala de higiene e banhos em que parte dos utentes recebem os cuidados de higiene antes do pequeno-almoço, ou seja, entre as 7h00 e as 8h30. Os utentes mais dependentes tomam o pequeno-almoço e só depois é que lhes são prestados os cuidados de higiene. Em relação ao vestuário que os residentes vão vestir e “perspetivando este momento como capaz de contribuir cognitivamente para o estado dos mesmos” (Simões, 2018:80), só os mais autónomos é que têm a liberdade de decidir o que vestir e escolhem a roupa do seu armário sem a interferência dos colaboradores. Os utentes que apresentam algum grau de dependência ou algum comprometimento cognitivo não são questionados acerca da escolha da roupa. Na observação das rotinas diárias dos colaboradores, percecionamos que a escolha da roupa é efetuada pelo turno da tarde, enquanto os utentes se encontram no lanche ou no terço.

No regulamento interno do Lar S. Manuel, não existe referência à hora a que os utentes têm que se deitar. O momento de deitar é relativo, pois depende das necessidades e preferências do residente, sendo que todos têm de estar deitados até às 22h00. Existem utentes que são deitados logo depois do lanche, pois encontram-se mais debilitados e mais dependentes.

Quando os utentes saem da instituição com os familiares, não existe uma hora estipulada para voltarem. Os familiares apenas têm de avisar as encarregadas e, na

ausência delas, os colaboradores. No que diz respeito ao horário de visitas, estas decorrem entre as 10h00-12h00 e as 14h00-18h00. Tanto o horário como o regime de visitas estão afixados na secretaria.

Caracterização do Funcionamento Institucional

Ao analisar a política organizativa, esta ERPI é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). Possui um conselho de Direção que reúne quinzenalmente e, nas referidas reuniões, geralmente estão presentes todos os membros da Direção. No entanto, existe ainda uma reunião mensal das Direções Técnicas de todas as valências da Santa Casa da Misericórdia. Relativamente ao modelo organizacional, podemos identificar a presença do modelo de hierarquia vertical. Desta forma, é o Diretor de Serviços responsável pela gestão de todas as instituições vinculadas com a Santa Casa da Misericórdia de São João da Madeira, passando por ele todas as decisões. Em suma, a política organizacional é semelhante à generalidade das Instituições com o mesmo carácter de intervenção.

Importa referenciar o momento da candidatura a uma vaga na instituição, pois é um grande marco na vida de um indivíduo, como é referido no Manual das Boas Práticas. Esta decisão vai resultar na separação do meio familiar e do meio comunitário. No Lar S. Manuel, a candidatura é feita com a Diretora Técnica, vindo muitas vezes apenas os familiares mais próximos dos idosos. É perceptível que, nos dias de hoje, os familiares dos idosos ou mesmo os próprios procurem ingressar num lar, quando já não têm capacidade de gerir a sua vida ou de assegurar as suas atividades de vida diária ou, por outro lado, quando os familiares não têm capacidade de responder às necessidades dos seus ou disponibilidade para cuidarem dos mesmos. Deparamo-nos, então, com a realidade de que as pessoas não procuram a institucionalização enquanto estão bem, mas, sim, quando já se encontram dependentes quer ao nível físico ou psíquico. No momento da inscrição são recolhidos os dados sociodemográficos e económicos do idoso e o motivo que o leva a querer entrar no Lar, sendo, por fim, aplicada a escala de Barthel. A lista de espera do Lar S. Manuel é extensa e a maior parte dos inscritos são dependentes, havendo mais indivíduos do sexo feminino do que masculino.

O processo de admissão do novo residente é um momento marcante, sendo importante que a estrutura residencial tenha um protocolo de admissão em que deve constar a “marcação da data de ingresso do futuro residente; recepção ao futuro residente pela pessoa responsável pelas admissões, para uma visita mais pormenorizada à estrutura residencial; se for acompanhado por um familiar ou amigo, deverá ser-lhes facilitado a possibilidade de ajudar o residente a alojar-se (...); esclarecimento sobre o regulamento interno e os direitos e deveres do futuro residente” (Manual das Boas Práticas, 42). No ato de admissão é elaborado um registo dos pertences do residente, onde constará tudo o que o utente trouxer, existindo a possibilidade de trazer consigo objetos de valor sentimental, como fotografias, imagens religiosas e até pequenas mobílias.

No Lar S. Manuel, o momento da admissão é preparado pela Diretora Técnica juntamente com as encarregadas e enfermeiras. É marcado um horário para a admissão para que tudo esteja organizado e preparado para receber o novo residente. Também se realiza uma reunião informal com o residente e os seus acompanhantes, caso tenha, sendo explicado a ambas as partes as rotinas, as atividades de animação sociocultural e o horário das visitas. Por fim, é celebrado o contrato por escrito, onde constam os direitos e deveres de ambas as partes, a mensalidade, as condições de rescisão e os serviços incluídos na mensalidade. A instituição não possui de um programa exclusivo para a integração e orientação dos Residentes recém-admitidos. Desta forma, Guedes (2012) salienta que “ (...) daí em diante, o utente torna-se responsável pelo seu próprio processo de enquadramento (...) O idoso “é atirado” para a convivência com um coletivo desconhecido” (pp: 320).

Uma vez integrado na estrutura residencial, é necessário proceder à construção do plano individual (PI), um procedimento formal que permite avaliar as necessidades e o desenvolvimento dos possíveis potenciais do novo residente. É fundamental que seja feita uma avaliação diagnóstica onde são recolhidas informações das capacidades funcionais e físicas, o estado de saúde e as expectativas da sua vida institucional.

A construção do plano individual (PI) tem como referencial o Modelo de Avaliação da Qualidade de Vida para a população idosa que possui seis domínios: (1) as habilidades sensoriais que avaliam o funcionamento sensorial e o impacto da perda de habilidades sensoriais na qualidade de vida; (2) a autonomia que está ligada à independência e à capacidade que as pessoas idosas têm para viver de forma autónoma e de tomar decisões; (3) atividades passadas, presentes e do futuro, domínio relacionado com a

satisfação sobre as conquistas da vida e as coisas pelas quais anseia; (4) a participação social que reporta o envolvimento nas atividades diárias, dando o lugar de destaque às atividades que se realizam com a comunidade; (5) morte e morrer (conclusão do ciclo de vida), cuja dimensão se relaciona com as preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer, remetendo para a preparação do luto das pessoas mais próximas e, por fim, (6) a intimidade que dá referência à capacidade de se ter relações pessoais e íntimas.

O Lar S. Manuel tem um plano individual para cada utente, porém estes planos não seguem na sua totalidade as referências dadas pela Segurança Social. Os planos individuais são divididos em três grupos. O primeiro grupo é a Autonomia Funcional, preenchido pela Diretora Técnica em conjunto com as encarregadas. Neste grupo são avaliadas as necessidades fisiológicas do utente, ou seja, se é dependente ou não nas AVD'S. Nos processos podemos encontrar estes exemplos: “Fornecer uma alimentação adequada ao utente x”; “Garantir que o utente se vista de acordo com o seu gosto pessoal e da estação do ano”; “Garantir pelo menos um banho semanal”.

O segundo grupo é o Apoio Clínico, item preenchido pelas Enfermeiras e pelo Médico onde constam as patologias dos utentes e o que deve ser feito para manter e/ou melhorar a qualidade de vida dos utentes.

O Apoio Psicossocial é o terceiro item, sendo preenchido pela Animadora Sociocultural e pela Psicóloga. Está dividido em dois grupos: o primeiro é a participação e a envolvimento nas atividades de animação e no segundo grupo consta a avaliação realizada pela psicóloga, onde é possível encontrar informação acerca do estado cognitivo do utente.

Não existe um momento para a elaboração do Plano Individual com toda a equipa técnica. Cada técnico realiza o seu diagnóstico sem ter em consideração o ponto de vista do outro e os utentes não têm um papel ativo na elaboração do seu Plano Individual. No entanto, é compreensível, pois trata-se de uma instituição grande, onde o tempo é escasso e não existem recursos humanos suficientes para responder a esta necessidade.

O Diagnóstico Psicossocial

Caracterização dos Residentes do Lar S. Manuel

A caracterização dos residentes tem uma importância acrescida neste trabalho, pois esta vai dar-nos a conhecer quem são os residentes do Lar S. Manuel. Nesta análise debruçamo-nos sobre os 89 idosos, ou seja, o número total de residentes que habitavam no lar, aquando da recolha de informação. A obtenção de dados foi feita através da leitura dos processos dos utentes no gabinete da Diretora Técnica, bem como dos relatórios psicológicos fornecidos pela Psicóloga. As variáveis em análise refletem o nosso interesse em perceber quem são e quem foram os idosos da instituição. Assim, foram tidos em conta dados de características sociodemográficas, relacionadas com a idade, género, estado civil, profissão, habilitações literárias e pessoa significativa/referência. Procurou-se igualmente conhecer os níveis de participação nas atividades de animação sociocultural, a dependência nas atividades de vida diária e as patologias, cujas variáveis foram escolhidas e estudadas, pois têm um impacto enorme no dia a dia da instituição.

Variável	N.º de residentes	%
Sexo		
Feminino	61	69%
Masculino	28	31%
Total	89	100%
Estado Civil		
Solteiro/a	21	24%
Casado/a	19	21%
Viúvo/a	42	47%
Separado/a	7	8%
Total	89	100%
Idade		
60-73	11	13%
74-87	44	49%
88-94	29	32%

95-100	5	6%
Total	89	100%

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos Residentes

Durante o período de estágio, residiam 89 utentes, dos quais 69% eram mulheres e 31% homens. Estas discrepâncias entre géneros podem ser explicadas através da realidade vivida em Portugal, caracterizada pela maior longevidade feminina. Segundo os dados estatísticos nacionais, a população residente do sexo feminino, com mais de 65 anos, ronda os 1.167.740 (PORDATA, 2011) e, por outro lado, a população residente em Portugal do sexo masculino com mais de 65 anos, é de 842.324 indivíduos (PORDATA, 2011).

Relativamente ao estado civil dos Residentes do Lar S. Manuel, 24% dos Residente são solteiros, 21% permanecem casados, 8% estão separados e 47% dos Residentes são viúvos/as, concluindo-se que a esmagadora maioria dos Residentes são viúvo/as, estando assim mais vulneráveis à solidão e ao isolamento, pois os “Residentes revivem e contam, com nostalgia, as histórias dos seus amores passados e enfatizam a falta que estes lhes fazem” (Simões, 2018:94).

No que diz respeito à idade dos Residentes do Lar S. Manuel, a maioria (49%) apresentava uma idade compreendida entre os 74 aos 87 anos contrariamente à faixa etária dos 60 aos 73 anos que contava com uma percentagem de 13%. Estes dados vão ao encontro de Guedes & Melo (2017), que indicam que o público-alvo da resposta de estrutura residencial para idosos é composto maioritariamente por idosos com 75 ou mais anos (84%). Nesta instituição podemos encontrar o fenómeno da quarta idade que corresponde a indivíduos que possuem mais de 80 anos. Importa diferenciar a terceira da quarta idade, sendo que a terceira idade “é uma categoria etária que está entre a maturidade e a velhice, ou seja, a terceira idade demarca o ingresso do adulto numa nova fase no processo de envelhecimento, que é a transição adulto-idoso, na qual muitas vezes é determinado pela entrada na reforma” (Tavares & Brito S/d:2). A terceira idade também está relacionada com o processo de envelhecimento através da manutenção das capacidades funcionais. Por outro lado, para Caldas (2007), a quarta idade é ligada intrinsecamente ao aumento da idade avançada, sendo que estes indivíduos possuem um maior nível de dependência e uma maior necessidade de suporte.

Variável	N.º de residentes	%
Habilitações literárias		
Analfabeto/a	20	23%
Sabe ler e escrever	12	14%
Ensino Primário	28	31%
Ensino Básico	14	16%
Ensino Secundário	1	1%
Ensino Superior	1	1%
Sem Referência	13	14%
Total	89	100%
Profissões		
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	1	1%
Técnicos e profissões de nível intermédio	2	2%
Pessoal administrativo	2	2%
Trabalhadores dos serviços pessoais e de proteção	5	5%
Trabalhadores qualificados da indústria	14	15%
Operadores de instalações e máquinas	19	22%
Trabalhadores não qualificados	26	30%
Sem referência	20	23%
Total	89	100%

Tabela 2 - Habilitações literárias e Grupo Socioprofissional dos Residentes

Em relação às habilitações literárias dos utentes – 23% são analfabetos – devemos ter em consideração que muitos dos idosos não tiveram condições socioeconómicas para estudar, tendo que ficar em casa a ajudar os seus pais; 17% sabem apenas ler e escrever, não tendo obtido um grau de escolaridade, 31% dos residentes frequentaram o ensino primário, 16% frequentaram o ensino básico, 1% frequentou o ensino secundário e

apenas 1% dos residentes teve o acesso ao ensino superior. Existem, ainda, 14% dos residentes sobre os quais não há qualquer indicação das suas habilitações literárias, pois já ingressaram no lar há bastante tempo.

Através da Classificação Nacional das Profissões, foi possível agrupar a diversidade de profissões existentes no Lar S. Manuel, sendo que 30% dos residentes exerceram trabalhos não qualificados, 22% exerceram trabalhos de montagem de operadores de instalações e máquinas, 15% dos residentes exerceram trabalhos qualificados na agricultura, da pesca e da floresta, 2% dos residentes tiveram trabalhos administrativos, 2% foram técnicos que tiveram profissões de nível intermédio e apenas 1% foi especialista em atividades intelectuais e científicas. Por fim, dos restantes 23% dos residentes não existe referência da profissão exercida. Perante estes dados, podemos constatar que a maioria dos residentes desempenhou profissões pouco qualificadas, tratando-se de “atividades profissionais precárias, que não implicavam grande formação ou competências dos indivíduos” (Guedes, 2012:71).

Tal como constata Guedes (2012), como consequência das profissões pouco qualificadas e mal remuneradas, as reformas e os rendimentos dos residentes são escassos, provocando que a população mais velha seja considerada uma população vulnerável à pobreza.

Variável	Frequência da Visita
Filho/a	173
Irmão/ã	17
Nora	18
Genro	5
Sobrinho/a	16
Amigo/a	23
Cônjuge	5
Neto/a	7
Cunhado/a	6
Primo/a	1

Tabela 3 - Frequência da visita e grau de parentesco

No que concerne à manutenção das relações familiares dos residentes, foi analisado o registro de visitas do mês de junho, sendo que o mesmo não é preenchido de forma correta pelos visitantes, pois muitos deles entram na instituição e não preenchem o registro. Posto isto, foram apenas identificados 47 residentes visitados, existindo, no entanto, visitas realizadas a outros utentes do lar. É importante revelar que apenas 11 dos residentes têm visitas frequentes, em média 13.5 visitas por mês. Perante esta análise e sabendo a importância que a “rede familiar possui enquanto detentora das funções de suporte e apoio emocional” (Simões, 2018:100), podemos inferir que a maior parte dos residentes sente alguma carência e necessidade de conforto e de apoio dos seus familiares.

Variável	N.º dos residentes	%
Depressão		
Sem depressão	19	22%
Depressão moderada	36	38%
Depressão severa	3	4%
Recusa em responder	4	5%
Não foi administrada	16	18%
Não consegue responder	11	13%
Total	89	100%

Tabela 4 - Presença da sintomatologia depressiva dos Residentes

No que concerne à sintomatologia depressiva, 38% dos residentes apresentam a presença de uma depressão moderada, 4% têm uma depressão severa, 22% dos residentes não apresentam sinais de depressão. No entanto, 5% recusam responder à escala de depressão geriátrica, a 18% dos residentes não foi administrada a escala e 13% não conseguem responder. A institucionalização é um dos fatores principais para o desencadeamento de uma sintomatologia depressiva, pois “*o idoso vê-se isolado do seu convívio social e adota um estilo de vida diferente do seu, tendo que adaptar-se a uma rotina de horários, dividir o seu ambiente com desconhecidos e viver distante da família. Este isolamento social leva-o à perda de identidade, de liberdade, de autoestima e à solidão*” (Vaz & Gaspar, 2011:56).

Variável	N.º de residentes	%
Dependência nas Atividades de Vida Diária		
Sim	44	49%
Apenas em algumas AVD'S	13	15%
Não	32	36%
Total	89	100%
Demência		
Sim	12	14%
Não	77	86%
Total:	89	100%

Tabela 5 – Dependência e Presença de demência dos Residentes

No que diz respeito à dependência nas atividades de vida diária, no Lar S. Manuel, a maioria (49%) é dependente total nas AVD'S, 15% dos utentes são dependentes em algumas AVD'S, como, por exemplo, apoio na higiene diária, e/ou apoio na deambulação e/ou apoio nas refeições. Por outro lado, 36% dos residentes são totalmente independentes.

No que diz respeito aos utentes que estão em processo de demência, podemos identificar que apenas 14% dos residentes têm demência diagnosticada e 86% dos residentes não têm qualquer tipo de diagnóstico. No entanto, através da observação diária é possível verificar que não se trata apenas de uma minoria que padece de demência, o que leva a necessidade de apoio nas atividades de vida diária (AVD) e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD). De acordo com Guedes & Melo (2017) a necessidade de apoio nas AVD'S e nas AIVS pode-se relacionar com uma maior vulnerabilidade para a institucionalização que se prende com um comprometimento funcional relacionado com a menor participação nas atividades de vida diária. Ainda Bertoldi, Batista & Ruzanowsky (2015) defendem que a alteração do ambiente, em concreto, a entrada para uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, é um dos fatores de risco para a potencialização do défice cognitivo, uma vez que, o isolamento social conduz à perda da liberdade, identidade, da autoestima e a solidão, o que pode traduzir-se, por si num declínio cognitivo.

Variável	N.º de residentes	%
Participação nas atividades de Animação Sociocultural		
Sim	35	40%
Não	24	27%
Pontualmente	22	24%
Participação passiva	8	9%
Total	89	100%

Tabela 6 - Grau de participação nas atividades de animação dos Residentes

A participação nas atividades de animação sociocultural está associada a vários fatores como o caso da dependência nas atividades de vida diária, a presença de sintomatologia depressiva e a presença de demência. Assim, 40% dos residentes participam nas atividades de animação sociocultural, 9% participam, mas revelam dificuldades devido à sua condição física e psíquica, 24% dos residentes apenas participam nas atividades, quando são festas que envolvem toda a comunidade institucional, 25% não participam em nenhuma atividade e para 2% não existe qualquer referência acerca da sua participação nas atividades de animação sociocultural. Grande parte das atividades acontecem no piso 0, e são quase sempre os mesmos utentes a frequentar. Os utentes mais dependentes e que vivem no 1º e 2º piso raramente têm acesso às atividades de animação.

Caracterização dos colaboradores

Tendo em conta, a pertinência do projeto de intervir as práticas do cuidar e da relação entre colaboradores, torna-se fundamental conhecer quem são os profissionais que no seu dia-a-dia se dedicam à prestação de cuidados como ajudantes de lar e centro de dia.

A obtenção desta informação foi possível através de um inquérito onde foi feita a caracterização sociodemográfica, o percurso educativo/formativo e as representações que os mesmos têm com o seu trabalho.

O Lar S. Manuel, a categoria profissional de Ajudantes de Lar e Centro de Dia, conta com 28 colaboradores, havendo duas encarregadas e um colaborador que faz o acompanhamento dos utentes às consultas, procede à marcação da roupa dos utentes e assegura os serviços da casa, consoante as suas necessidades.

No lar existe, ainda, um outro colaborador que está destacado na farmácia, onde prepara a medicação que distribui pelos pisos e copas e auxilia as enfermeiras.

Variáveis	N.º de colaboradores	Percentagem (%)
Sexo		
Feminino	23	96 %
Masculino	1	4%
Total	24	100%
Idade		
<30	3	13%
30 a 50 anos	12	50 %
>50 anos	9	37%
Total	24	100%
Estado Civil		
Solteiro/a	4	17%
Casado/a	13	54%
Divorciado/a	7	29%
Total	24	100%

Tabela 7 - Caracterização Sociodemográfica dos Colaboradores

Observando a Tabela 2, relativamente à caracterização sociodemográfica dos Ajudantes de Lar e Centro de Dia do Lar S. Manuel, concluímos que este setor é constituído na sua maioria pelo sexo feminino e a faixa etária com maior prevalência é dos 30 aos 50 anos. A maior parte dos colaboradores são casados (54%), 4 dos colaboradores encontram-se solteiros (17%) e 7 dos colaboradores estão divorciados (29%).

Variáveis	N.º de colaboradores	Percentagem (%)
Habilitações Literárias		
Ensino Primário	2	8%
Ensino Básico	7	30%
Ensino Secundário - Profissional	14	58%
Ensino Superior	1	4%
Total	24	100%

Antiguidade na instituição		
Menos de 12 meses	3	13%
De 1 a 5 anos	8	33%
Mais de 5 anos	13	54%
Total	24	100%
Turnos de trabalho		
Manhãs e Tardes	8	33%
Manhãs e Noites	16	67%
Total	24	100%

Tabela 8 - Habilitações literárias e percurso profissional dos Colaboradores

Em relação às habilitações literárias dos colaboradores do Lar S. Manuel, é possível verificar que a grande maioria frequentou o Ensino Secundário-Profissional (58%), havendo alguns que frequentaram cursos técnico-profissionais relacionados com a sua área profissional neste momento. Este último dado vem contrariar a ideia existente de que os trabalhadores com a categoria profissional de Ajudantes de Lar e Centro de Dia são indivíduos que possuem baixos níveis de escolaridade. Relativamente à antiguidade, os resultados mostram que mais de metade dos colaboradores trabalham na instituição há mais de cinco anos (54%).

Todos os colaboradores inquiridos trabalham por turnos, o turno das “Manhãs e Noites” ou o turno das “Manhãs e Tardes” existindo, no entanto, sempre a possibilidade de trocas entre colegas como de horário, caso seja necessário. No momento em que foi aplicado o inquérito mais de metade dos colaboradores estavam no horário das “Manhãs e Noites” (67%).

Variáveis	N.º de colaboradores	Percentagem (%)
Motivo por estar nesta profissão		
Pelo gosto de trabalhar com pessoas idosas	18	75%
Por se tratar da área de estudos	5	21%
Porque não teve alternativa	1	4%

Total	24	100%
Sente-se realizado profissionalmente?		
Sim	15	63%
Não	9	37%
Total	24	100%

Tabela 9 - Realização Profissional dos Colaboradores

Torna-se fundamental para este projeto perceber qual o motivo que conduziu os colaboradores ao exercício desta profissão, mostrando os resultados que mais de metade dos colaboradores ingressou nesta profissão “Pelo gosto de trabalhar com pessoas idosas”, seguindo-se 21% dos colaboradores, que estão nesta área “Por se tratar da área de estudos”.

A realização profissional é um fator crucial para que haja um bom ambiente de trabalho, uma melhor produtividade bem como uma melhor qualidade dos serviços e humanização dos cuidados. Assim, podemos concluir que mais de metade dos colaboradores se sentem realizados profissionalmente (63%) e por outro lado 37% dos colaboradores não se sentem realizados profissionalmente.

Variáveis	N.º de colaboradores	Percentagem (%)
Fez algum tipo de formação em geriatria antes de iniciar a sua atividade como ajudante de lar?		
Sim	16	67%
Não	8	33%
Total	24	100%
Já participou em ações de formação desenvolvidas pelo Lar S. Manuel?		
Sim	22	92%
Não	2	8%
Total	24	100%
Pertinência das ações de formação		
Pouco importante	4	17%
Importante	14	59%
Muito importante	2	8%
Extremamente importante	4	16%

Total	24	100%
--------------	-----------	-------------

Tabela 10 - Frequência e a importância da formação para os Colaboradores

Torna-se importante saber que, antes de enveredarem pela profissão de ajudante de lar, 67% dos colaboradores tiveram de facto alguma formação na área da geriatria antes de ingressarem no lar S. Manuel e que, por outro lado, 33% não tiveram qualquer tipo de formação para exercer funções como Ajudantes de Lar e Centro de Dia no Lar S. Manuel.

Renovar, relembrar e atualizar conhecimentos é, de facto, uma mais-valia quer para os colaboradores como para a própria instituição. O Lar S. Manuel tem essa preocupação e oferece aos seus colaboradores a formação que se adequa às funções que desempenham bem como às necessidades e fragilidades do sistema de trabalho para que as mesmas sejam combatidas. Assim, 92% dos colaboradores já frequentaram ações de formação e 8% ainda não.

O facto de a entidade empregadora oferecer e estimular a presença em ações de formação não implica que os trabalhadores cooperem ou olhem de bom grado para as formações. No entanto, como podemos verificar no gráfico, a grande maioria considera que as formações são importantes (59%), havendo, apenas, 4 colaboradores que sentem que as formações são pouco importantes para o exercício das suas funções.

Variáveis	N.º de colaboradores	Percentagem (%)
Sobrecarga do cuidador		
Ausência de Sobrecarga (≤ 21)	1	4%
Sobrecarga moderada (21-40)	21	88%
Sobrecarga moderada a severa (41-60)	2	8%
Total	24	100%

Tabela 11 - Níveis de Sobrecarga dos Colaboradores

O nível de Sobrecarga do cuidador é medido através da escala de Zarit que varia de “Nunca (0)” a “Quase sempre (5)”, e é um instrumento que permite avaliar a sobrecarga subjetiva e objetiva do cuidador formal e que inclui informações acerca da

saúde, vida pessoal, vida social, situações emocional e financeira e, ainda, o tipo de relacionamento. Ao analisar os resultados obtidos, podemos concluir que mais de metade dos colaboradores inquiridos estão em sobrecarga moderada (88%). A população residente no Lar S. Manuel é na maioria uma população que carece do apoio total ou parcial dos colaboradores. Segundo Sayers et. al. (2014) os profissionais deste tipo de instituições tem de enfrentar uma grande diversidade de utentes que exigem cuidados específicos diferenciados, promovendo assim uma carga pesada de trabalho físico e psicológico, em combinação com as possibilidades limitadas de observar alguma melhoria nos utentes, uma vez que se trata de doenças crónicas.

Tarefas e responsabilidades	Grau de Dificuldade					Total
	1	2	3	4	5	
Promover a qualidade no seio da organização	2	2	7	10	3	24
Higiene dos utentes	1	1	6	4	12	24
Ajudar os utentes a vestir	0	3	4	5	12	24
Controlar a higiene das roupas pessoais dos utentes	1	3	4	5	11	24
Controlar a higiene das roupas de cama e afins	0	2	3	11	8	24
Higiene dos utensílios dos utentes (cadeira de rodas, colchões anti-escaras e outros...)	1	1	6	11	5	24
Apoiar o serviço de refeições	2	0	7	1	14	24
Assegurar que as necessidades de comer e de beber são satisfeitas, vigiando a sua higiene alimentar	0	2	7	8	7	24
Servir as refeições dos utentes alimentados oralmente	0	2	3	10	9	24
Acompanhar e apelar à participação das atividades	0	2	11	6	5	24
Apoio no serviço de enfermagem	0	3	8	5	8	24
Substituição dos sacos coletores e de colostomia	2	3	2	6	11	24
Posicionamento dos utentes	0	3	3	7	11	24
Assegurar a satisfação das necessidades de dormir e de repousar	1	1	3	7	12	24
Desenvolver as atividades definidas nos processos operacionais de acordo com a patologia do utente	1	1	5	11	6	24
Cuidados Post-mortem	2	2	3	10	7	24

Tabela 12 - Tarefas e responsabilidades dos Colaboradores

Na tabela acima representada, estão descritas as tarefas que um Ajudante de Lar e Centro de Dia do Lar S. Manuel têm que proceder diariamente e qual o grau de

dificuldade sentida ao realizá-las numa escala de 1 a 5, sendo que “Dificuldade máxima (1)” a “Nenhuma dificuldade (5)”. Feito o tratamento de dados, foi possível verificar que a maioria dos colaboradores não sente dificuldades na execução destas tarefas e/ou responsabilidades.

As práticas do cuidar

Para prestar cuidados com qualidade aos utentes, deve estar presente uma perspetiva holística do ser humano e da sociedade, pois a prestação de cuidados deve envolver medidas e atividades que promovam a saúde, que previnam a doença e que facilitem a reabilitação. Tendo em conta as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e económicas do envelhecimento é fundamental proporcionar respostas adequadas às necessidades das pessoas idosas, dando realce aos cuidados.

De facto, as práticas do cuidado devem estar intrinsecamente ligadas ao termo humanização, como defende Almeida (2009). Este termo é aplicado àquelas situações em que, além de valorizar o cuidado quer nas suas dimensões científicas e/ou técnicas, se reconhecem sempre os direitos dos pacientes, se respeitam a individualidade, a autonomia, a dignidade, sem se esquecer do reconhecimento do profissional também enquanto ser humano, ou seja, é gerada uma relação de sujeito para sujeito.

Quando se pratica o cuidado, deve-se ter presente o dever de humanizar as relações quer com o utente quer com a equipa de trabalho e ter presente a humanidade nos cuidados e nas rotinas.

Após a caracterização dos residentes e dos colaboradores do Lar S. Manuel, tornou-se fundamental a observação das práticas e das rotinas que os colaboradores têm. Assim, com o auxílio da grelha de observação foi possível observar o modo como os são prestados os cuidados e a forma como trabalham em equipa.

Na construção da grelha de observação teve-se por base a grelha Sequência Estruturada de Procedimentos Cuidativos de Humanidade (SEPCH), elaborada por Simões, Salgueiro e Rodrigues (2011). Os procedimentos dessa grelha incluem os pilares da filosofia da humanidade: olhar, palavra, toque, verticalidade e vestuário, tendo em conta também os princípios geriátricos, éticos e as regras da profissão.

Os outros parâmetros que foram observados têm em conta o contributo de Rogers, como a relação de ajuda, a empatia, a escuta ativa, a intimidade e a privacidade, o respeito, a participação na vida institucional e também a forma como trabalham em equipa.

Posteriormente à construção da grelha de observação, foi possível observar os ajudantes de lar a desempenharem as suas funções e as interações no seu quotidiano.

A primeira dimensão a ser observada é a palavra. Neste ponto é observada a forma como os colaboradores entram no quarto do utente, tendo sido fácil verificar que não existe o hábito de bater à porta ou até mesmo de pedir “com licença” ao utente. Existem algumas exceções em que batem à porta, no entanto, não aguardam a resposta do utente e invadem o seu espaço. Relativamente ao chamamento do indivíduo pelo seu nome, os cuidadores, regra geral, tratam os utentes pelo nome próprio, no entanto, alguns dos residentes do Lar são tratados de forma informal, ou seja, os colaboradores tratam os utentes na segunda pessoa do singular. Não existe muito diálogo com os utentes, quando lhes estão a prestar os cuidados, salvo aqueles que ainda estão cientes e orientados no tempo e no espaço. No momento da higiene íntima, não avisam o que vão fazer, pois dão como certo que os utentes já sabem o que vai ser feito, existindo assim, pouca interação e comunicação entre o colaborador e o utente.

No decorrer das observações, nenhuma das vezes se verificou que os colaboradores se anunciam antes de executar a sua tarefa. O mesmo acontece, no que diz respeito, à descrição pormenorizada de cada gesto, simplesmente desnudam o indivíduo e procedem à higiene. Este comportamento pode espoletar comportamentos de agressividade e agitação do utente fazendo-o negar o cuidado. Estas situações têm maior incidência em pessoas com défice cognitivo e demência associada.

A maior parte dos colaboradores não cumprimenta os residentes com um “Bom dia/Boa tarde” e, quando existe um carinho, é feito de luvas. Relativamente à prestação de cuidados, o toque de pinça e de garra é o mais utilizado, sendo mais fácil mobilizar desta forma o utente com movimentos rápidos e curtos. No momento em que iniciam a higiene do utente, começam logo por lavar o rosto e em alguns casos só falam para o utente depois de o despir da cintura para cima, deixando-o apenas de fralda e com uma toalha a tapar o tronco, dizendo “Vamos, então, lavar a cara!”.

Relativamente ao olhar, existe pouco contacto visual quer na prestação de cuidados quer na supervisão e auxílio das refeições. Quando existem momentos em que mantêm o

contacto visual este é rápido e curto, mostrando a pouca interação e ligação que têm quando prestam os cuidados íntimos e alimentares.

Através das práticas observadas verificamos que os colaboradores não se apresentam e pouco falam com o utente, e desta forma, Gineste & Pellissier (2008) defendem que ao entrar num quarto de um utente que não interage connosco, ou seja, não nos fala, não nos olha e não nos toca, leva-nos a agir da mesma forma inconscientemente provocando uma rutura e invasão do espaço do utente.

No que concerne à verticalidade dos utentes, não há sinais de que considerem este pequeno gesto importante, sendo os utentes alimentados num ângulo de 45 graus, por norma vestidos e sempre no leito. No entanto, preservam a autonomia do utente, ou seja, se caminha ou se desloca com ajuda (bengala, andarilho), fazem a higiene total ou parcial na casa de banho do quarto, em que o utente está de pé. Na deslocação para a sala de estar ou das refeições não se importam de perder tempo e ajudam os utentes a irem a pé, evitando que este fique dependente na área da locomoção.

Os colaboradores do Lar S. Manuel revelam uma grande importância e dão muita atenção à boa aparência do utente, nomeadamente, têm o cuidado de hidratar sempre a pele depois da higiene total/parcial, penteiam o utente e, em alguns casos, fazem tranças às senhoras, colocam perfume e têm em atenção a roupa que o utente vai vestir. O que falha neste ponto é que a roupa já fica escolhida no dia anterior, não sendo dada oportunidade ao utente de escolher, salvo aqueles que são autónomos.

No quotidiano institucional existe uma preocupação em cumprir os horários, podendo proporcionar a alguns utentes estabilidade e uma rotina. No entanto, o facto de cumprir horários estipulados pela instituição pode provocar um desconforto aos utentes, pois deixam ser eles a escolher a hora para almoçar, acordar etc. Todos os utentes sabem a que horas se vão levantar e deitar e os horários das refeições e, quando os colaboradores não conseguem cumprir os horários, os utentes queixam-se; por outro lado, e de forma a facilitar o serviço, dão de comer à boca, e, quando o utente não abre a boca, alimentam-no de seringa para ser mais fácil e rápido.

No ponto da privacidade e intimidade dos utentes existem grandes falhas. Quando estão a proceder à higiene parcial/total não têm a preocupação de manter a porta fechada e desnudam o utente à frente do colega de quarto. Quando se esquecem de algum material necessário, viram as costas e saem do quarto, não se preocupando em tapar o utente.

Mesmo tendo visitas no piso e, quando levam os utentes ao W.C, não fecham as portas da mesma. A privacidade do utente, relativamente aos seus dados pessoais e ao diagnóstico, deve ser respeitada pelo sigilo profissional, no entanto, existem colaboradores que expõem a vida do utente à frente de outros e também aos colegas de quarto.

No que concerne ao trabalho de equipa, este é um dos pontos que merece mais atenção e intervenção. Não existe espírito de equipa e há pouca compreensão e interajuda entre os colegas de trabalho.

O trato entre os colaboradores é frio e distante, havendo existência de grupos e preferência em trabalhar só apenas com alguns elementos. A integração de um elemento novo na equipa não é fácil, pois os colaboradores mais antigos não gostam de ensinar nem fazem um esforço para ajudar e integrar a pessoa nas rotinas do serviço.

A relação dos colaboradores com as chefias mais diretas não é de todo a mais agradável, ou seja, as encarregadas têm uma relação estreita e fria mostrando mesmo o desagrado quando uma das encarregadas “vira costas”.

A escuta ativa não é, de facto, um ponto forte entre os colaboradores nem entre colaboradores e utentes, pois, regra geral, os cuidadores prestam pouca atenção àquilo que os utentes dizem, desvalorizando o esforço que muitos dos utentes fazem em falar.

Regra geral, os colaboradores do Lar S. Manuel prestam um bom serviço e um bom cuidado, no entanto, cuidar é muito mais do que manter uma boa aparência, proceder e cumprir os procedimentos técnicos na hora das higiènes. Saber cuidar é uma arte onde humanizar os cuidados e pôr-se na terceira pessoa é fundamental para garantir um cuidado mais humanizado e com qualidade.

Após a recolha e análise dos dados obtidos no diagnóstico, foram identificados os pontos fortes e fracos da instituição.

	Pontos Fortes	Pontos Fracos
Auxiliares de Ação Direta	<ul style="list-style-type: none"> - Expressam gosto pela área; - Comunicação atenciosa com os Residentes; - Consciência da necessidade de formação; - Consciência de um tempo limitado para a prestação de cuidados; - Cumprimento de procedimentos técnicos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimento de desmotivação e sobrecarga; - Falta de conhecimento sobre as patologias dos utentes; - Falta de apoio psicológico e emocional; - Reduzida qualidade e humanidade no ato de cuidar; - Dificuldade na integração de algum colaborador novo; - Os colaboradores não participam na definição dos Planos Individuais; - Ausência de motivações extrínsecas para o trabalho;
Utentes	<ul style="list-style-type: none"> - 36% dos utentes são independentes e 15% dos utentes apenas necessitam de ajuda em algumas AVD'S. 	<ul style="list-style-type: none"> - 49% dos utentes são dependentes.
Equipa Técnica	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de equipa multidisciplinar; - Diferentes elementos da equipa participam na avaliação diagnóstica dos Residentes; - Investimento na formação contínua dos profissionais; 	<ul style="list-style-type: none"> - Não existe trabalho de equipa. (Cada profissional cumpre separado e exclusivo o seu trabalho). - A relação estabelece-se preferencialmente entre a Diretora Técnica e as

	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa técnica estabelece uma relação próxima com os Residentes; - Facilidade em haver troca de informações entre as enfermeiras, encarregas e Diretora Técnica. 	<p>Encarregadas;</p>
<p>Relações de cuidados/ Serviços Prestados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços adaptados às necessidades dos utentes; - Preocupação acrescida com a aparência física do utente na prestação de cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiência de supervisão dos cuidados; - Insuficiência de acompanhamento direto da equipa técnica (chefias intermédias) face aos colaboradores; - Reduzido tempo dedicado à prestação de cuidados; - Diálogo deficitário entre utentes e colaboradores na prestação de cuidados; - Comunicação deficitária entre colegas e encarregadas; - Deficitária gestão de conflitos entre colaboradores; - Preocupação dos colaboradores em realizarem as tarefas nos horários estipulados, fazendo com que haja

		maior rapidez na prestação de cuidados;
Relação com as famílias	- Existência de uma sala mais íntima e possibilidade de receber as visitas nos quartos;	- Não avaliado.

Tabela 13 - Pontos Fortes e Pontos Fracos

Plano de Intervenção

Através destes pontos, foi possível a criação de um plano de ação, com a finalidade de colmatar alguns dos pontos fracos identificados.

Problema identificado	Possíveis causas	Proposta de intervenção
<p>Falta de motivação e sobrecarga dos colaboradores e reduzida coesão dos novos e antigos colaboradores.</p> <p>- Necessidade de cumprir as tarefas com rapidez; reduzindo o tempo dedicado aos utentes;</p> <p>- Interferência do desgaste dos colaboradores na qualidade dos cuidados.</p>	<p>- Baixa renumeração salarial;</p> <p>- Pouca voz ativa na instituição;</p> <p>- Tensão entre colaboradores-chefias intermédias e colaboradores-colaboradores;</p> <p>- Ausência de sentimento de pertença à instituição;</p> <p>- Dificuldade em separar os interesses pessoais do profissional;</p> <p>- Sobrecarga profissional;</p> <p>- Ausência de espaços de partilha</p>	<p>Promoção de dinâmicas de grupo com os colaboradores para contribuir por melhorar as relações de grupo e as relações estabelecidas com os idosos.</p>
<p>- Desgaste físico e emocional dos colaboradores.</p>	<p>- Trabalho com pessoas dependentes e com demência;</p> <p>- Dificuldade em manter um diálogo com os utentes;</p> <p>- Ausência de técnicas humanistas para lidar com os utentes.</p>	<p>Promoção da formação para os colaboradores de forma a melhorar os cuidados prestados.</p>
<p>- Qualidade dos cuidados aos utentes deficitária.</p>	<p>- Falta de conhecimentos acerca das patologias dos utentes;</p> <p>- Falta de sensibilidade para a vertente mais humana no ato de cuidar;</p> <p>- Dificuldade em gerir o</p>	<p>Promoção da formação para os colaboradores de forma a melhorar os cuidados prestados.</p>

	tempo;	
- Ausência de motivações intrínsecas e extrínsecas para o desempenho da profissão.	- Atribuição de pouca importância da profissão pelos próprios colaboradores; - Falta de espírito de equipa; - Ausência de participação dos colaboradores nos critérios de avaliação de desempenho.	Aperfeiçoamento da avaliação de desempenho e construção de um sistema de recompensas.

Tabela 14 - Síntese dos problemas-Propostas de intervenção.

A identificação do público-alvo para este plano de intervenção teve por base as conclusões retiradas do diagnóstico onde foram identificados os pontos fortes e fracos, as conversas informais e o clima institucional e também a consciencialização dos colaboradores da necessidade de renovar os conhecimentos. Considerando as hierarquização de prioridades, o plano de intervenção foi pensado e elaborado direcionado para os Ajudantes de Lar e Centro de Dia, sendo que este está dividido em três eixos de intervenção.

O primeiro eixo de intervenção está focado na **promoção de dinâmicas de grupo com os colaboradores para contribuir para melhorar as relações de grupo e as relações estabelecidas com os idosos**. Através de dinâmicas de grupo pretende-se que seja possível minimizar a interferência do desgaste físico e emocional na qualidade dos serviços prestados, e ao mesmo tempo, pretende-se promover a criação de laços mais coesos entre os colaboradores e melhorar a motivação e o empenho dos mesmos. Procura-se também, através destas dinâmicas, minimizar os conflitos entre colegas e chefias, não esquecendo da comunicação verbal e não verbal que também irá ser trabalhada nestas dinâmicas.

No segundo eixo de intervenção iremos trabalhar a parte dos conhecimentos e procedimentos a melhorar no quotidiano institucional e cuidados prestados, através da **promoção da formação formal para os colaboradores**. Para a criação do plano de formação e tendo em conta as áreas mencionadas pelos colaboradores no inquérito distribuído anteriormente como áreas preferenciais de formação, este plano terá como temas a psicologia do idoso e os primeiros-socorros dirigidos à população idosa. De forma a melhorar a qualidade dos cuidados e torná-los mais humanos foi também

integrado uma formação relacionada com a Filosofia da Humanidade. Pretende-se com esta formação que a prestação de cuidados seja mais atenta à construção da relação de ajuda e também mais humanizada, com o intuito de ajudar os colaboradores a enfrentar as dificuldades que sentem ao exercer esta profissão.

No terceiro grupo, o enfoque será a participação ativa dos colaboradores no **aperfeiçoamento da avaliação de desempenho e construção de um sistema de recompensas**. Será realizada uma reunião com os colaboradores de modo a que seja construído e posteriormente proposto à Diretora Técnica e/ou Direção da instituição.

Paralelamente aos três grandes grupos de intervenção iremos também dar algumas propostas de intervenção, com o intuito de melhorar a motivação e o empenho dos colaboradores.

- Criação de um guia prático de acolhimento aos recém-colaboradores, de forma a facilitar a sua integração na equipa, neste guia prático irão constar as rotinas diárias do serviço. (Anexo IV)
- Irá também ser proposto um momento para a passagem de turno, onde os colaboradores se sentam juntamente com as encarregadas e passam as informações necessárias para a outra equipa seguir o turno ciente do que se passou no turno anterior.

Objetivos do projeto

Após o diagnóstico e a hierarquização das prioridades de intervenção tornou-se possível definir as finalidades e os objetivos sejam elas específicos e gerais para serem atingidos.

De acordo com Guerra (2000), as finalidades indicam a razão de ser de um projeto e a contribuição que ele pode trazer aos problemas e às situações que se torna necessário transformar. Neste sentido, este projeto de intervenção tem como principal finalidade melhorar a relação de cuidado entre os colaboradores da instituição e as pessoas idosas e a qualidade dos serviços prestados.

De facto, a definição dos objetivos é uma tarefa complexa quer sejam os objetivos gerais ou os específicos. No entanto, e de acordo com Guerra (2000), os objetivos gerais descrevem as ações e são coerentes com as finalidades do projeto. Já os objetivos

específicos centram-se nos resultados que se espera atingir e que detalham os gerais, funcionando como a sua operacionalização.

O primeiro eixo de intervenção do projeto é **“Promoção de dinâmicas de grupo com os colaboradores para contribuir para melhorar as relações de grupo e as relações estabelecidas com os idosos”**. Onde o seu objetivo geral é a criação de laços mais coesas na equipa. Os objetivos específicos passam por:

- Promoção da motivação dos colaboradores, através da escuta e da partilha das suas expectativas, dificuldades e sentimentos no âmbito profissional;
- Minimizar a interferência do desgaste físico e psicológicos dos colaboradores, através de dinâmicas que ajudem na gestão de conflitos, que melhorem a comunicação entre colaboradores;
- Direcionar os colaboradores para se centrarem nos aspetos positivos da profissão, valorizando a importância social da mesma.

O segundo eixo de intervenção do projeto visa a **“Promoção da formação formal para os colaboradores de forma a melhorar os cuidados prestados”**. Pretende-se que a formação prepare os colaboradores para uma intervenção assente na melhoria da qualidade e a humanização dos cuidados prestados. Os objetivos específicos centram-se em:

- Focalizar a importância do papel do cuidador no decorrer da prestação de cuidados;
- Dar a conhecer a filosofia da Humanidade através de um formador que a põe em prática e a divulga.
- Aperfeiçoar possíveis estratégias que os colaboradores possam utilizar para conhecer os sinais e sintomas das doenças mentais e como reagir/atuar face ao comportamento dos utentes;
- Relembrar os conhecimentos teóricos no que diz respeito aos primeiros socorros direcionados à população idosa.

O terceiro e último eixo prende o **“Aperfeiçoamento da avaliação de desempenho e construção de um sistema de recompensas”**. Apesar de já existir um modelo de Avaliação de Desempenho geral para todas as valências da Santa Casa da Misericórdia

de São João da Madeira, a proposta que apresentamos contempla a participação e a integração dos colaboradores na elaboração de uma avaliação interna do seu serviço. Este eixo de trabalho tem como objetivo geral favorecer a motivação intrínseca e extrínseca dos colaboradores de ERPI, no desempenho do seu trabalho quotidiano. Os objetivos específicos são:

- Estimular o diálogo entre colaboradoras para a construção de um plano de avaliação assente em indicadores nos quais se reconheçam;
- Promoção da motivação laboral através da criação de um sistema de recompensas;
- Consciencialização da importância do papel do Ajudante de Lar e Centro de Dia na instituição.

Planificação do projeto

Importa perceber a importância de um plano de ação, pois este não se trata apenas de um somatório de tarefas e atividades, mas também são os restantes elementos de trabalho que constituem a totalidade das atividades que serão levadas a cabo como é o caso do plano de atividades onde estão presentes as atividades, as tarefas, a organização, os recursos, a calendarização e ainda o plano de pesquisa-ação e o plano de avaliação (Guerra, 2000).

Desta forma, apresentam-se três quadros sínteses dos projetos de intervenção com as possíveis datas de intervenção.

Eixo 1- Dinâmicas de grupo

Ação	Atividades	Tarefas	Recursos	Calendarização
Criação de um espaço de partilha para os colaboradores através da dinamização de dinâmicas de grupo.	“Ser Idoso” “Qualidades e Defeitos” “O Desafio de Trabalhar em Equipa”	- Escolha e definição das dinâmicas de grupo; - Convocar os colaboradores para a dinâmica;	-Recursos humanos: Estagiária e colaboradores; - Recursos materiais: sala; cadeiras, materiais	Sessão 1: 23/7 Sessão 2: 30/7 Sessão 3:6/8

		- Avaliação de cada dinâmica.	específicos para cada dinâmica; papel e canetas.	
--	--	-------------------------------	--	--

Tabela 15 - Projeto - Dinâmicas de grupo

Eixo 2- Formação Formal

Ação	Atividades	Tarefas	Recursos	Calendarização
Dinamização de ações de formação para os colaboradores.	- Sessão 1: Os primeiros socorros à população idosa; - Sessão 2: Psicologia do Idoso: mudanças comportamentais; sintomas e como lidar. Sessão 3: A filosofia da Humanidade: um caso prático	- Comunicar e pedir colaboração aos formadores; - Convocar os colaboradores; - Planificação dos assuntos a serem abordados nas ações de formação. - Preparação do espaço;	-Recursos humanos: Estagiária; colaboradores; e formadores. - Recursos materiais: sala; cadeiras, materiais específicos para cada dinâmica; papel e canetas; projetor e computador. - Avaliação de cada ação de formação.	Sessão 1: A agendar... Sessão 2: 18/7 Sessão 3: 9/7

Tabela 16 - Projeto - Ações de Formação

Eixo 3 – Aperfeiçoamento do plano da avaliação de desempenho e construção de um sistema de recompensas.

Ação	Atividades	Tarefas	Recursos	Calendarização
Dinamização de discussão coletiva sobre a avaliação de desempenho.	-Reunir com os colaboradores com vista à criação de um sistema de recompensas e no possível melhoramento do método da avaliação de desempenho.	- Convocar os colaboradores; - Planificação dos assuntos; - Preparação do espaço.	-Recursos humanos: Estagiária e colaboradores; - Recursos materiais: sala; cadeiras, mesa, papel e canetas.	Sessão: 8/8

Tabela 17 - Reunião para a criação de um sistema de recompensas

Execução do Projeto – Descrição e Análise

O eixo de intervenção “Formação Formal” resultou da necessidade de formação dos cuidadores na área do envelhecimento.

A prestação de cuidados a pessoas idosas requer certas habilidades e uma formação adequada. O cuidador deve apresentar competências técnicas, conhecimento das alterações físicas e psicossociais do envelhecimento, com a finalidade de proporcionar um cuidado holístico, assim como a capacidade de comunicar e trabalhar em equipa. (Miguel, et al., 2007) Torna-se importante formar os cuidadores dando-lhes ferramentas que lhes permitam adequar os cuidados às necessidades dos utentes e, simultaneamente, diminuir a sobrecarga e o desgaste subjacente ao ato de cuidar.

Um plano de formação deve ter em consideração as necessidades apresentadas pelos colaboradores, sendo necessário envolvê-los na identificação das formações. Caso os colaboradores não sintam a formação necessária e uma mais-valia, estes não vão aderir às sessões de formação.

Para a construção do plano de intervenção, o primeiro passo foi descobrir o que falhava durante a prestação de cuidados. Deste modo, numa fase inicial recorreu-se a conceitos-chave sobre a preservação da dignidade da pessoa mais velha para conseguir construir uma grelha de observação (Anexo III) que mais tarde foi utilizada para acompanhar e analisar a prestação de cuidados.

O segundo passo consistiu na observação das prestações de cuidados. Durante duas semanas, foram observadas as prestações de cuidados do 1.º piso e do 2.º piso. Com o auxílio da grelha de observação foi possível verificar a existência de algumas fragilidades, como é o caso da comunicação e a forma como lidam com os utentes mais dependentes.

O terceiro passo foi a realização de um inquérito (Anexo II) aos colaboradores, de forma a obter mais informações sobre os mesmos. Como foi possível verificar anteriormente, os colaboradores identificaram como necessidade para melhorar o seu desempenho: conhecer a psicologia do idoso e como prestar os primeiros socorros às pessoas mais velhas.

Para fazer as formações, foram convidados formadores e algumas organizações. O convite e a comunicação com os formadores foram feitos por e-mail. Foi enviado um e-mail ao Porto de Abrigo de São João de Ver (Anexo IV) e à Escola Nacional de Bombeiros de São João da Madeira (Anexo V). Foi convidado também um representante da filosofia da Humanidade e uma Gerontóloga, através de uma conversa informal.

Após algumas respostas dadas pelos convidados, foi esclarecido o motivo e qual a finalidade desta sessão. As datas foram definidas em conjunto com a Diretora Técnica e os convidados.

As sessões de sensibilização/formação foram realizadas nas seguintes datas:

Atividades	Calendarização
- Sessão 1: Os primeiros socorros à população idosa; - Sessão 2: Psicologia do Idoso: mudanças comportamentais; sintomas e como lidar. Sessão 3: A filosofia da Humanidade: um caso prático	Sessão 1: A agendar... Sessão 2: 18/7 Sessão 3: 9/7

Tabela 18 - Calendarização das ações de sensibilização/formação

As sessões de sensibilização/formação foram realizadas no ginásio situado no piso 0.

O grupo de participantes era apenas composto pelos ajudantes de lar e centro de dia.

Formação “Filosofia da Humanidade”

A primeira formação realizou-se no dia 9 de julho, com a participação de 2 elementos da equipa técnica, 2 técnicos de outra valência agregada à Santa Casa da Misericórdia de São João da Madeira e 21 colaboradores.

Neste dia, a formação não iniciou às 13h30, como previsto, devido ao atraso do serviço neste dia. O formador, Dr. Afonso Pimentel, e a colega de turma Maria da Graça chegaram à instituição por volta das 13h10, onde ainda houve tempo para conversar sobre os problemas e o que era esperado desta formação.

Após os colaboradores terem chegado, demos início à formação. Um constrangimento sentido pelo formador foi o barulho existente na sala, pois houve colaboradores que chegaram mais tarde e que saíram mais cedo, não tendo tido o cuidado de serem discretos e silenciosos.

Na primeira sessão, após ser questionada a categoria dos presentes e o que significava “cuidar”, a Diretora Técnica do Lar S. Manuel respondeu que a maior parte dos participantes eram efetivamente Ajudantes de Lar e Centro de Dia. Em relação ao “cuidar” nenhum dos colaboradores se manifestou e, assim, o Dr. Pimentel afirmou: “Cuidar de alguém não se trata apenas de satisfazer as necessidades fisiológicas, medicamentosas e de higiene, cuidar é muito mais que isso.”

Desta forma, Gineste&Pelissier (2008) afirmam que a Humanidade se torna na filosofia do cuidar, que permite colocar os nossos atos no quadro de cuidar de um indivíduo, que possibilita, ainda, o conhecimento dos desejos e necessidades e que nos orienta a colocar no centro o cuidar, não com o intuito de dar resposta às necessidades, mas de responder a cada indivíduo, em todos os atos da sua vida.

Para os autores Gineste&Pelissier (2008), a aplicabilidade desta ferramenta permite verificar um amplo conjunto de benefícios desde um decréscimo significativo da taxa de absentismo por esgotamento profissional e/ou lesões músculo-esqueléticas nos prestadores de cuidados. Estes ganhos apresentam uma importância acrescida na recuperação da qualidade de vida dos doentes acamados, com demência e outras situações de fragilidade.

Neste sentido, os cuidados prestados pela Humanidade contribuem para a progressão do equilíbrio psicológico do utente e também para uma conversão das suas capacidades humanas, proporcionando um melhor bem-estar e, se possível, reverter o seu estado de saúde.

De seguida, foram apresentados os pilares fundamentais da Filosofia da Humanidade, em jeito de conversa informal, e com o intuito de gerar discussão e partilha de ideias entre os colaboradores e o formador. Por último, foram apresentados vídeos que representavam as piores e melhores práticas do cuidar. O ato de cuidar deve promover sensações de confiança e de tranquilidade. A Filosofia da Humanidade é composta por 6 pilares, nomeadamente, *o olhar, o toque, a palavra, a verticalidade, o sorriso e o vestuário*. No entanto, nem todos os pilares foram abordados.

Olhar

Segundo Rosário (2009), as relações interpessoais iniciam-se através do contacto visual, olhos nos olhos, demonstrando, assim, a vontade de interagir. É por meio do olhar que conseguimos estabelecer o primeiro contacto, captar a atenção e manter a focagem.

O olhar torna-se primordial no ato de cuidar, pois é através dele que se pode, em determinadas situações, receber a mensagem e dar feedback ao outro. A expressão facial do cuidador pode transmitir mensagens positivas ou negativas.

Desta forma, a Humanidade defende que o olhar deve ser axial, horizontal, próximo e longo.

Dr.: *“Quando estamos doentes e deitados na cama e alguém nos vem visitar em que posição a visita fica?”*

M.: *“Fica superior a nós... E temos a necessidade de olhar para cima”*

Dr.: *“Exatamente... Nessa situação ficamos a sentir-nos ainda mais doentes, pois sentimos que estamos numa situação de inferioridade.”*

Segundo Salgueiro (2014), o olhar deve acontecer no mesmo eixo, desta forma, é possível entrar na bolha de intimidade sem que se seja invasivo. Estas características possibilitam expressar uma relação de ternura, igualdade, franqueza, segurança, carinho e consideração positiva.

Toque

O toque é outro pilar da Humanidade, correspondendo à dimensão não verbal. Este deve ser amplo, doce, lento e acariciador.

Esta dimensão é fundamental no exercício da profissão de um cuidador. Todo o toque envolve um aspeto afetivo, fazendo-se sentir através da maneira como nos aproximamos para tocar, a duração do toque, local onde tocamos o indivíduo e até mesmo a pressão que exercemos na mesma, não esquecendo que tudo depende da cultura e das experiências que a pessoa cuidada teve previamente. *“É importante salientar que, se possível, o contacto físico deve ser iniciado pelo ombro, braço ou mãos, locais mais aceites para o que o toque ocorra.”* (Araújo, 2014:30)

Dr. A: *“O toque não deve ser em forma de pinça, deve ser feito em mão aberta e de forma suave. (exemplificando no braço de um participante) ”*

Palavra

A palavra assume o papel de atribuir significado às relações interpessoais. A palavra em Humanidade *“pode certamente fazer a diferença entre estagnação e a evolução do indivíduo.”* (Araújo, 2014:29) O diálogo estabelecido entre cuidador e utente é primordial e é através da comunicação que se pode estabelecer e delinear as melhores estratégias de reabilitação para o sucesso do utente.

O meio de ligação entre cuidador e utente é a palavra. Neste sentido, a Filosofia da Humanidade propõe que a palavra seja melodiosa, doce, positiva e frequente. No

momento da prestação de cuidados é fundamental que o cuidador cumprimente a pessoa e chame pelo seu nome (nome do qual gosta de ser tratado) (Salgueiro, 2014).

Dr. A: *“Antes de entrarem num quarto batem à porta? Perguntam se podem entrar e depois apresentam-se?”*

Os colaboradores hesitaram e, tendo passado uns minutos, responderam em simultâneo que batiam à porta e se apresentavam.

Sorriso

Um simples sorriso de alguém pode proporcionar ao indivíduo inúmeras sensações positivas desde a felicidade, o prazer, o bom humor, o relaxamento e a diversão. Na Filosofia da Humanidade e, segundo os autores Pereira, Gomes & Galvão (2012), o sorriso e o riso surgem como uma “terapia natural”, sendo considerado o melhor remédio para combater o stress e promover o relaxamento.

O humor é também “um tipo de comunicação verbal, que pode facilitar a relação dos cuidadores” (Araújo, 2014:31), simplificando a relação entre cuidadores e a pessoa cuidada.

Vestuário

Segundo Pereira, Gomes & Galvão (2012), o vestuário e adornos contêm um grande peso simbólico, pois contribuem para a construção da nossa identidade.

Dr.A: *“Quem escolhe o vestuário para o dia seguinte?”*

M.: *“Depende... A roupa é dos utentes que trazem de casa... Os que ainda conseguem escolher, escolhem... Os outros somos nós.”*

Neste sentido o vestuário torna-se numa característica de cada indivíduo, pois a “apresentação exterior de um doente, a sua limpeza, o seu penteado correto e, se necessário, uma maquilhagem discreta e uma barba bem-feita, são atributos necessários à sua dignidade” (Phaneuf, 2010:18).

Posteriormente à referência dos pilares da Humanidade, foi transmitido um vídeo relativamente às boas e más práticas do cuidar.

Passando para a análise da interação, no decorrer da sessão, o grupo não interagiu muito com o dinamizador. Durante a sessão, alguns elementos do grupo mostravam-se

desinteressados e tinham uma postura incorreta dentro da sala. O fator tempo também não ajudou, pois o dinamizador sentiu que tinha pouco tempo para falar do que tinha preparado. Por outro lado, o dinamizador, por momentos, ia-se perdendo no raciocínio e levava o assunto para outros caminhos.

Após a realização da ação de sensibilização/formação e tendo em conta o impacto que a mesma teve sobre os colaboradores, chegou-se à conclusão que as dinâmicas de grupo teriam um maior impacto, desta forma achou-se por bem construir e acrescentar mais uma dinâmica ao eixo de intervenção destinado ao mesmo. Assim, iremos apresentar o eixo das Dinâmicas de Grupo.

“Dinâmicas de Grupo”

As dinâmicas de grupo são ferramentas importantes para integrar e unir colaboradores e equipas. Estas têm como finalidade desenvolver e estimular o trabalho em integrado. As dinâmicas de grupo têm um importante papel nas organizações, pois, com elas, os colaboradores conseguem descontraír, conhecer melhor os colegas de equipa e ter uma visão diferenciada do trabalho que exercem, fazendo com que haja a possibilidade de melhorar os laços afetivos dentro da equipa.

Através da análise dos dados recolhidos nos instrumentos aplicados, uma das principais dificuldades sentidas prendeu-se com a deficitária coesão grupal e a existência de conflitos entre colaboradores.

A escolha das dinâmicas exigiu um grande tempo de pesquisa e leitura, pois estas tinham de fazer sentido e provocar mudanças na equipa de trabalho, uma vez que se pretendia trabalhar a integração, a motivação, a gestão de conflitos e a comunicação na equipa.

Tendo em conta os critérios anteriormente identificados, foram selecionadas as seguintes dinâmicas.

Atividades	Calendarização
“Ser Idoso”	Sessão 1: 23/7
“Qualidades e Defeitos”	Sessão 2: 30/7
“O Desafio de Trabalhar em Equipa”	Sessão 3: 6/8

Tabela 19 - Calendarização das Dinâmicas de Grupo

A seleção das dinâmicas constituiu a segunda etapa do projeto “Dinâmicas de Grupo”. A terceira etapa consistiu na calendarização das sessões em conjunto com a Diretora Técnica e na criação de uma convocatória para os colaboradores, que era afixada uma semana antes de cada sessão, pois, só assim, era possível a participação dos colaboradores.

As dinâmicas realizaram-se no ginásio situado no piso 0, onde o espaço é amplo, permitindo adaptar a sala em cada sessão.

Dinâmica “Ser Idoso”

Esta dinâmica realizou-se no dia 18 de julho, com a participação de 18 ajudantes de lar e centro de dia e a Diretora Técnica da instituição. Esta dinâmica dividiu-se em dois momentos, tendo sido o primeiro a escolha de três objetos que os participantes trariam para a instituição. O segundo foi a leitura de uma carta elaborada por uma enfermeira onde a mesma reflete sobre os cuidados que gostaria de ter quando ingressasse numa instituição. Posto isto, desejava-se o desenvolvimento de uma partilha de ideias, expectativas e sentimentos gerados pela escuta do texto, tendo-se permitido que os participantes refletissem sobre o “ser idoso” e sobre a forma do cuidar, a atitude empática e respeitosa que se deveria ter em relação ao utente.

Antes de iniciar a dinâmica e na sequência da formação anterior, foi dada uma breve explicação do projeto.

Este projeto foi pensado e construído para os colaboradores com o intuito de melhorar os cuidados prestados e as relações interpessoais vividas no ambiente laboral, dando espaço e abertura para discussão de ideias e partilha de sentimentos relacionados com o trabalho.

Após a explicação do projeto deu-se início à dinâmica.

Foi questionado o seguinte: “Se amanhã tivéssemos de entrar num lar e só pudéssemos trazer três objetos pessoais o que escolheríamos?”. Passado algum tempo, cada participante começou a enunciar os objetos que traziam para o lar.

A escolha dos objetos foi semelhante. A maioria dos participantes trazia o telemóvel, o computador, a cama, a almofada e uma fotografia.

Antes de iniciar a leitura do texto, foi referida a origem do mesmo, proferindo que a autora do texto é uma enfermeira onde relata a forma como quer ser tratada quando ingressar num lar. Foi então distribuído a cada participante o texto e um participante voluntariou-se para efetivar a leitura.

No fim da leitura, iniciou-se um momento de reflexão, onde os participantes discutiram vários aspetos do texto e partilharam as suas opiniões e sentimentos, como podemos ver em seguida:

I: *“Afinal o que é mais importante? Os objetos que queríamos trazer? Ou termos acesso a tratamentos com dignidade, respeito pela privacidade, intimidade e afeto? Eu prefiro estes aspetos do que o telemóvel.”*

L: *“Eu concordo com este texto e gostava de ser tratada assim. Por vezes faço o contrário, mas não temos tempo e às vezes a paciência falta.”*

C: *“Em relação à questão da privacidade.”*

T: *“Como é que vamos tapar o utente do outro se não temos como fazer? Parece tudo muito fácil. Por exemplo, quando vou ao utente x mudar a fralda à noite, o colega de quarto fica incomodado e eu sinto isso... Como vou preservar a intimidade e privacidade, se não temos os biombos?”*

I: *“Existem formas de impedir que isso aconteça... Se o colaborador tapar bem o utente ou mudar a fralda noutra posição já impede que o outro utente veja... Mas já que falam nos biombos. Na ala dos acamados existem cortinas, quando estão lá a dar banhos ou a fazer higiene, as cortinas são sempre corridas?”*

M: *“Não... Fechamos apenas as portas, mas não utilizamos as cortinas.”*

C: *“Imaginem que éramos nós que estávamos deitados na cama e os colaboradores vinham dar banho e deixavam as portas abertas, nós íamos gostar? Eu não me ia sentir confortável...”*

J: *“Tem razão, eu também não ia gostar. Eu sei que muitas vezes deixamos as portas abertas...”*

I: *“Quando levam os utentes à casa de banho, também deixam as portas abertas...”*

J: *“É uma falha nossa... Mas pronto.”*

C: *“Não há mais aspetos? Por exemplo, a forma como nos dirigimos ao utente.”*

L: *“A utente X diz que não quer que a tratemos por Dona ou Senhora, e temos de respeitar.”*

I: *“Tudo bem, mas essa utente está orientada e sabe o que quer, e em relação aos outros?”*

S: *“Às vezes é difícil”*

LT: *“Confesso que tenho esse problema, não sei... Acho que é pela relação que vamos construindo com eles, estamos aqui quase todos os dias e torna-se difícil depois não os tratar por tu...”*

C: *«“No texto diz “falai-me da vossa família, dos vossos amigos; deixai que fale da minha vida passada; fingi, se for preciso, que vos interessais, mesmo quando repetir o que disse ontem, ou anteontem.”»*

J: *“Eu costumo fazer isso...”*

F: *“Às vezes perguntam-me dos meus filhos e como anda a vida lá por casa, e eu não me importo de falar...”*

J: *“Existem utentes que falam mais que uma vez na mesma coisa, é chato, nós já sabemos o que ele vai contar...”*

I: *“É mais importante para o utente falarem das vossas coisas pessoais, do que estarem a discutir ou a falar mal da colega à frente deles...”*

L: *“Tem razão e, às vezes, fazemos mesmo isso...”*

C: *“Já cuidei de uma pessoa que só comia ou só colaborava, quando eu lhe falava da minha vida, inclusive, até me pediu para tirar fotografias ao centro da Feira para lhe mostrar... Estes momentos são importantes para as pessoas que vivem confinadas ao quarto.”*

J: *“É exatamente isso que eu quero, quando entrar num lar... Para além de ter tudo feito, ainda tenho carinho, afeto e vão-me respeitar enquanto pessoa.”*

A sessão teve a duração de uma hora e quinze minutos. Tivemos de a dar por terminada, ainda a meio da partilha de ideias. A sessão terminou e os participantes responderam a um inquérito de satisfação da dinâmica e algumas ideias foram partilhadas verbalmente. No final, a Diretora Técnica pediu que o grupo se juntasse para registar o momento com uma fotografia.

C: “O que tiramos então desta dinâmica?”

I: “Queremos ter o nosso telemóvel, computador e a cama, ou o afeto, o carinho e ser bem tratado?”

L: “Ai, eu quero ser bem tratada e com afeto...”

LT: “Estas dinâmicas são importantes e devia haver mais vezes...”

ID: “Também concordo... É importante haver estes momentos de partilha com as colegas...”

C: “Obrigada pela vossa presença!”

L: “Nós é que agradecemos por este momento.”

J: “Foi muito bom.”

De forma geral, a dinâmica foi bastante produtiva, pois os participantes envolveram-se ativamente na discussão do texto e, ao longo da conversa, foram mostrando as dificuldades que sentiam. A presença da Diretora Técnica não interferiu no desenrolar da dinâmica, muito pelo contrário, os colaboradores sentiram-se à vontade para partilhar as ideias e, por outro lado, também desabafaram alguns obstáculos que sentem ao realizar esta profissão. Esta leitura e discussão do texto permitiram ao grupo a reflexão sobre as “más práticas” que têm no exercício da profissão.

Dinâmica “Desafio de Trabalhar em Equipa”

Esta dinâmica decorreu no dia 23 de julho e teve a participação de 16 ajudantes de lar e centro de dia, a diretora técnica e a psicóloga da instituição. Ainda tivemos presente a Diretora Técnica e a animadora de outra valência agregada à Santa Casa da Misericórdia de São João da Madeira.

Para esta sessão a sala foi previamente preparada, tendo sido colocadas as cadeiras em forma de círculo e havia música de fundo, à chegada dos participantes. Neste desafio os participantes tinham de passar a caixa de mão em mão, enquanto a música estivesse a tocar. Os participantes foram informados que, dentro da caixa tinha um desafio, e que tinha de ser cumprido por quem abrisse a caixa. Foi informado que o desafio tanto poderia ser uma vantagem como uma desvantagem. Um participante mostrou de imediato o seu desagrado com esta dinâmica.

“Doutora, isto não faz muito sentido nem tem piada.”

A dinamizadora, de costas para os restantes elementos, ficou responsável por colocar e parar a música. Iniciou-se a atividade e, quando a música parou, a pessoa que estava com a caixa foi desafiada a passar a caixa para o próximo colega ou abri-la e cumprir o desafio. Esta decidiu abrir a caixa, e todos os participantes ficaram atentos ao abrir da mesma. Quando abriu a caixa, a participante tinha um papel com o desafio “Tem de comer este delicioso chocolate” e lá dentro tinha um pequeno chocolate.

Esta dinâmica teve como objetivo perceber o quanto cada um tem medo de encarar um desafio, mesmo que, no fim, o resultado seja sinónimo de uma conquista. No entanto, a caixa apenas passou uma vez por todos os participantes. Mesmo assim, foi sentido o medo de enfrentar o desafio. No entanto, foi passada a mensagem de que, por mais negro que seja o desafio ou o obstáculo, se trabalharmos em equipa, as situações ficam mais simples de se resolver.

Quando terminou a dinâmica, foi proposto ao grupo um momento de discussão e de partilha de vários constrangimentos ocorridos nos últimos tempos. Desta forma, foi abordada a situação da integração dos novos colaboradores. Com a entrada de novos colaboradores, os mais antigos começaram a sentir mais cansaço e desgaste, por outro lado, os recém-chegados foram sentindo pressão e mal-estar por não conseguirem ter o mesmo ritmo de trabalho e conhecimento das rotinas como as mais velhas.

Uma vez que existiam vários acontecimentos relacionados com a integração dos mais novos, propôs-se ao grupo discutir e partilhar ideias e soluções para que esta situação não se voltasse a repetir no próximo ano.

L: “A integração é um processo complicado. Eu tenho que me adaptar às mais velhas. Num dia tenho de fazer como a colega x quer e, no outro, tenho de fazer como a outra quer”

J: “Desculpa lá, mas vocês, as mais novas, por vezes, também não querem aprender!”

F: “No domingo passado aconteceu uma situação com o utente X – a colega que estava na ala não fez o que devia ter feito e disse que ia falar com a doutora porque ninguém lhe tinha dito que, em caso de urgência, teria de ir com o utente para o hospital. Tiveram de vir os colegas do 2.º piso ajudar e orientar o serviço do 1.º piso”

S: “Já não é a primeira vez que isso acontece. A colega X nunca quer ajudar o piso e só faz o serviço da ala dos acamados.”

CO: “Sentem que a integração das mais novas falhou?”

J: “Não acho que tenha falhado, mas para nós, as mais velhas, são períodos complicados e de muito stress. Andamos mais sobcarregadas e parece que o serviço não se faz.”

J: “O turno da manhã é o mais complicado e o mais pesado.”

I: “Porquê?”

S: “Temos as higiênes, os banhos, os pequenos-almoços, as camas para fazer, não esquecendo que os utentes precisam e dependem mais de nós.”

I: “Trabalhar em equipa é complicado, temos de nos ajudar umas às outras. Por exemplo, temos aqui 5 técnicos, e todas nós pensamos de forma diferente, mas numa fase de passar tarefas ou de decidir e estabelecer prazos temos de nos ouvir umas às outras. Nem sempre vou estar de acordo, mas temos de nos ouvir.”

CO: “O início dos turnos como as tarefas são estabelecidas?”

L: “Algumas colegas, primeiro, conversam entre elas sobre o que fazer primeiro, outras decidem e mandam-nos fazer.”

I: “Ou seja, não existe um diálogo sobre as tarefas a fazer nem a organização das mesmas. As mais velhas entendem que isto se torna mais complicado para as mais novas entrarem no ritmo de trabalho da casa?”

J: “Sim, mas nós não temos tempo.”

I: “Por exemplo, a que horas termina o turno da manhã?”

J: “Ou termina às duas, ou às duas e meia”

I: “Porque é que vocês sentem a obrigação de deixar o serviço pronto antes do meio-dia? Andam a correr, não dão atenção aos utentes e sentem-se mais cansada, certo?”

J: “Sim, tem razão. Mas se fizermos, por exemplo, as camas depois do almoço já pode haver problemas e já nos chamam a atenção. Isto aqui é complicado”

CO: “Por exemplo, como vocês sabem, andei a acompanhar o vosso dia a dia e também a integração dos mais novos. No 2.º piso, quando acompanhei uma colaboradora recém-chegada, esta foi dar um banho e com receio de perguntar à colega onde estava o shampoo e o gel de banho, a mesma pegou nos bidões e foi tirando à medida que necessitava. Perguntei à colaboradora porque estava a fazer assim, e ela apenas respondeu: eu não quero problemas, sabe? Elas estão sempre a mandar vir e eu quero dar o meu melhor.”

L: “Não é fácil entrar numa casa como esta. São muitos utentes, muitos quartos. Já me aconteceu perder e não saber onde ficava o quarto do utente X e a colega teve de explicar-me (...). No meu primeiro dia, disseram para eu ir dar banhos, não consegui dar os banhos estipulados até às oito e meia, mas as colegas compreenderam e disseram que com o tempo ia lá.”

J: “Os mais novos também às vezes não querem andar. Eu sou sincera, eu também estou sempre a dizer: é para andar, vamos lá, já viste as horas?”

D: “A colega X está-me sempre a dizer isso, mas já não ligo... Confesso que, depois do pequeno-almoço, fico com preguiça e a colega começa a dizer isso, mas eu faço o meu trabalho”.

A: “Se fosse comigo, eu não ia gostar que me dissessem para eu andar mais”

S: “Eu já fui mais nova, também custou-me (...) Com a colega Y, como toda a gente já sabe, eu não gosto de trabalhar, mas temos de trabalhar...”

L: “Eu adoro trabalhar com ela, mete-me super à-vontade”

CO: “Trabalhar em equipa, como já foi dito, é difícil. Podem pensar que não, mas aqui todos trabalhamos em equipa. Se o trabalho no gabinete, o vosso também vai falhar e

vice-versa. Temos de deixar os boatos, a vida pessoal lá fora e trabalhar em prol da casa e dos utentes. Como somos todos uma equipa e trabalhamos juntos, trouxe-vos um miminho”

S: “Eh pá! Também vamos receber um chocolate?”

CO: “A equipa tem de se manter unida no bem e no mal! Obrigada pela vossa participação e cooperação nesta dinâmica.”

Após a partilha, o grupo terminou a sessão com a reflexão sobre as dinâmicas e os assuntos discutidos. Por fim, todos os participantes receberam um chocolate.

Todos os participantes, antes de saírem da sala, responderam ao questionário de satisfação.

Dinâmica “Pontos Fortes e Pontos Fracos”

Esta dinâmica realizou-se no dia 30 de julho, iniciou às 14h40m e teve 15 participantes, incluindo a Diretora Técnica da Instituição.

O desenvolvimento desta atividade teve como início a explicação da dinâmica. Todos os participantes tinham à sua frente uma folha A4 branca e uma caneta. Nessa folha os participantes tinham de desenhar a sua mão direita e a esquerda. Na mão direita, tinham de colocar em cada dedo um ponto forte e, na mão esquerda, tinham de colocar um ponto fraco em cada dedo, enquanto profissionais.

Após a breve explicação, deu-se início à atividade. Os participantes sentiram alguma dificuldade, pedindo ajuda à dinamizadora, que deu alguns exemplos de pontos fortes e pontos fracos relacionados com o ambiente laboral.

Um dos participantes mostrou, de imediato, o seu desagrado com a atividade dizendo:
L: “Peço imensa desculpa, Dra., mas eu não vou fazer isto. Isto não faz sentido. Isto é muito relativo, pois depende da equipa com que eu trabalho, e já lhe digo que temos muito trabalho e pouco tempo.”

CO: “Tudo bem! Se quiser, pode ficar e, se em algum momento quiser voltar a participar, esteja à vontade!”

J: “Anda lá, colega. Por exemplo, o teu ponto fraco é ser resmungona.”

Durante o desenrolar da atividade, os participantes iam mostrando algum interesse em realizá-la, mas, de igual forma, pensativos sobre aqueles que eram os seus pontos fortes e fracos, enquanto profissionais.

Após concretizada a primeira etapa da sessão, cada participante disse um ponto forte e um ponto fraco. Os pontos fortes mais referenciados foram: boa disposição, compreensão, atividade, comunicação e paciência. Já os pontos fracos foram: impaciência, stress, falha de comunicação, orgulho, impulsividade e preguiça.

Esta dinâmica tinha, como objetivo, consciencializar os colaboradores de que todos nós temos pontos fortes e fracos na vida laboral, no entanto, enquanto equipa, devemos valorizar os pontos fortes e colmatar os pontos fracos.

CO: *“Depois de todos nós termos partilhado um ponto forte e um ponto fraco, o que têm a dizer? O que acharam da dinâmica?”*

D: *“Isto foi difícil, pelo menos para mim. Preencher os pontos fracos tornou-se complicado, é mais fácil dizer ao outro quais os pontos fracos dele.”*

LT: *“Sim, é verdade. Mas é importante vermos que todos nós temos qualidades e defeitos.”*

CO: *“Exatamente. Por exemplo, o meu ponto fraco é ser pouco comunicativa. Já o ponto forte da colega X é ser comunicativa, ou seja, a colega X pode-me ajudar a colmatar o meu ponto fraco para que o mesmo não seja sentido!”*

S: *“Era bom que assim fosse... Mas existem colegas que gostam de mostrar e de fazer sentir os nossos defeitos.”*

LT: *“Por exemplo, eu sou desorganizada, mas quando trabalho com a colega Y, que é mais organizada do que eu, o trabalho fica mais organizado porque ela me ajuda a organizar-me no meio da minha desorganização”*

I: *“Como em todas as equipas, existem pontos fortes e pontos fracos e, como já foi dito, temos sempre de valorizar os pontos fortes e tentar superar os pontos fracos. Se trabalharmos em equipa é isso que deve acontecer.”*

No final, os participantes responderam a um questionário de satisfação.

Durante a sessão, o grupo mostrou-se empenhado em participar na dinâmica, no entanto, um participante, logo no início, mostrou resistência em participar e, ao longo da dinâmica, ia fazendo comentários para desestabilizar o grupo.

Em termos gerais, esta sessão permitiu que o grupo se conhecesse melhor e, de certa forma, possibilitou que a união entre os colaboradores melhorasse, pois conseguiram compreender que existem sempre pontos fortes e fracos em todos nós e, assim, os participantes conseguiram colocar-se no lugar do outro e sem qualquer julgamento.

Desta forma, apesar de todos os constrangimentos ocorridos, o objetivo foi cumprido e o grupo colaborou para que o resultado da dinâmica fosse positivo.

Dinâmica “Comunicação na Equipa de Trabalho”

Esta dinâmica ocorreu no dia 6 de agosto, pelas 14h30, com a presença de 14 participantes e a Diretora Técnica. Devido a um constrangimento que impossibilitou a vinda da formadora convidada para falar da Psicologia do Idoso, pensou-se numa dinâmica que fizesse mais sentido para a equipa. Depois de terem sido discutidas com a Diretora Técnica algumas possibilidades, decidimos em equipa que seria mais proveitoso para os colaboradores trabalhar a forma como devemos comunicar do que ouvir uma palestra acerca da Psicologia do Idoso, ficando o tema como sugestão para uma próxima formação.

Um dos maiores pontos fracos da equipa é a comunicação entre colegas de equipa e a chefia intermédia. Assim, procuramos saber junto dos colaboradores quais eram as falhas mais recorrentes de que eram chamadas a atenção.

Para esta sessão, a dinamizadora trouxe dois sacos de cores diferentes, mas com os mesmos casos. Nesta dinâmica era esperado que os participantes fizessem um pequeno teatro onde um grupo tinha de comunicar corretamente e o outro de forma incorreta.

Os casos eram: *“Os registos de corte de unhas e de higienização das cadeiras de rodas/andarilhas não estão feitos devido à falta de tempo.”*

“A equipa A teve dificuldade em gerir o tempo e definir as prioridades, originando um atraso no serviço.”

“A colaboradora X, não fez bem a separação da roupa.”

“O utente Y ao jantar não levantaram a cabeceira da cama a 90 graus”

“O colaborador A serviu o almoço sem touca. O colaborador não apoiou o utente com limitações na refeição.”

“No turno da manhã enquanto os colaboradores faziam as higiènes deixavam a roupa suja no chão. Não foi cumprido o horário de entrega da roupa suja na lavandaria.”

“A utente B do 2.º piso toda a tarde pediu para ir à casa de banho quando os colaboradores a levaram a mesma, esta já estava toda molhada. O colaborador do 1.º piso ouviu e referiu “Você não é do meu piso”

No início, alguns participantes ficaram apreensivos, pois uma das encarregadas estava presente na sessão. Cada equipa formou um círculo e decidiu como deviam fazer o miniteatro e, quando se sentiram preparados, foram representar. Este momento apenas foi repetido duas vezes devido à falta de tempo.

Depois dos participantes terem feito as suas representações, houve um momento de discussão e de partilha de ideias.

CO: “Depois do que vimos aqui, o que vocês acham?”

AP: “Infelizmente, comunicamos na pior forma.”

I: “Não é mais fácil comunicar como o grupo da comunicação bem-feita fez? Falar calmamente, sem levantar a voz e tentar sempre cooperar com os colegas? Ou é mais fácil falar alto, exaltado e depois não dar uma solução?”

LT: “Eu tenho noção que não comunicamos da melhor forma... Eu falo por mim, por vezes perco a cabeça e passo-me... Existem coisas que me enervam e eu vou enchendo até que chega um dia e pronto”

CO: “Temos de ter consciência que essa não é a melhor forma... Porque em vez de deixarmos encher a nossa cabeça, não paramos e chamamos a colega e falamos calmamente?”

J: “Na verdade, eu também não sou exemplo. Eu tenho o hábito de estar sempre a mandar as colegas andarem mais rápido”

D: “Isso é verdade. Mas acho que as pessoas cá já têm essa mania de falar mal para todos e isso é que está mal.”

CO: “A comunicação é a base de uma relação quer seja pessoal ou profissional. Se pensarem bem, se conseguirmos comunicar de forma assertiva estamos a prevenir conflitos com as colegas e o ambiente de trabalho torna-se melhor.”

J: “Concordo... Agora é preciso que as colegas levem esta sessão para o ambiente de trabalho. Não pode ser apenas uma levar isto a sério senão ficamos na mesma.”

I: “Talvez, se uma colega leva este princípio para o trabalho pode influenciar de forma positiva as restantes colegas, não é?”

J:”Sim, tem razão. Também digo-lhe que estas sessões deviam existir mais vezes. Isto faz-nos pensar!”

Sem dúvida que a dinâmica provocou uma mudança no grupo. Permitiu que todos os participantes percebessem a importância da comunicação no quotidiano institucional. De modo geral, o sentimento de satisfação foi o mais sentido quer nos participantes como na dinamizadora, tendo sido o objetivo final cumprido!

Na fase final deste plano de intervenção e após terem sido trabalhadas temáticas relacionadas com a profissão Ajudante de Lar e Centro de Dia, torna-se fundamental perceber qual é a perceção que os colaboradores têm acerca do seu trabalho e quais os valores e/ou características fazem mais sentido serem avaliadas na profissão. Assim, apresentamos em seguida o terceiro eixo de intervenção.

Dinâmica “Ser Ajudante de Lar”

Esta sessão decorreu no dia 8 de agosto, estando presentes 14 colaboradores e a Diretora Técnica da Instituição.

Infelizmente, a dinâmica não se realizou conforme os planos pensados anteriormente, pois o facto de trabalhar com os colaboradores um modelo de avaliação que lhes fizesse mais sentido poderia causar conflitos dentro da instituição. Desta forma, a solução mais acertada foi trabalhar os itens da Avaliação de Desempenho já existente e adaptá-los aos colaboradores. O resultado desta sessão irá facilitar a Diretora Técnica na próxima Avaliação de Desempenho, onde a mesma terá a adaptação dos itens feita e o ponto de vista dos colaboradores.

Para a realização desta dinâmica foi utilizada a Sala dos Trabalhos Manuais. Foi disponibilizada aos participantes uma folha com itens do que será um ajudante de lar

por excelência. Estes itens resultaram de um estudo aprofundado da Avaliação de Desempenho da Santa Casa da Misericórdia, tendo como principal objetivo entender quais os valores e características que os colaboradores sentem que fazem mais sentido serem avaliados.

A sessão iniciou com a explicação da atividade tendo um participante lido em voz alta os tópicos apresentados.

Um ajudante de lar por excelência...	
1	...é pontual e assíduo cumprindo sempre os horários estipulados e tem apresentação regular no trabalho.
2	... consegue identificar os pontos fracos do seu trabalho e combate-os.
3	... não se baseia na reação a algo, mas sim na iniciativa que toma quando algo acontece.
4	... é um colaborador disponível para assegurar tarefas que signifiquem um acréscimo de trabalho.
5	... mostra-se capaz de se adaptar a outras funções que não são o seu habitual.
6	... trata os utentes de forma humanizada respeitando os valores, a intimidade e privacidade do utente.
7	... consegue cumprir as tarefas no prazo estabelecido e com perfeição.
8	... deve ter uma postura de mediador de conflitos, bem como, facilidade em manter boas relações com os colegas de trabalho.
9	... é capaz de tomar decisões e encontrar soluções para combater um obstáculo.
10	... é capaz de selecionar prioridades e gerir o tempo em função do seu trabalho.
11	... é um colaborador empenhado, interessado e dedicado à profissão mantendo um bom nível de satisfação pessoal.
12	... é capaz de trabalhar em equipa e adapta-se facilmente aos novos colaboradores e equipas.
13	... tem conhecimento dos procedimentos e das normas e domina-os corretamente.
14	... consegue identificar e analisar um problema e de desenvolver uma solução para o resolver.
15	...tem gosto por fazer parte da casa dando sempre o seu melhor.
16	... é um colaborador focado na satisfação do utente, tem a capacidade de compreender e de estabelecer uma boa relação com este, trabalha em equipa para prestar um melhor cuidado ao utente.

Durante o tempo de reflexão, os participantes mostraram-se empenhados e interessados, embora sentissem alguma dificuldade em enumerar os itens do mais importante para o menos importante.

A grande maioria dos participantes (9) defendeu que um ajudante de lar por excelência é um “*colaborador focado na satisfação do utente, tem a capacidade de compreender e*

de estabelecer uma boa relação com este, trabalha em equipa para prestar um melhor cuidado ao utente”.

Outros três participantes consideraram que um ajudante de lar por excelência é aquele que *“trata os utentes de forma humanizada respeitando os valores, a intimidade e privacidade do utente”.*

Por fim, apenas dois participantes elegeram o item *“é pontual e assíduo cumprindo sempre os horários estipulados e tem apresentação regular no trabalho”.*

Após terem sido partilhados os itens que cada participante priorizou, a Diretora Técnica propôs ao grupo um momento de discussão e de partilha dos vários constrangimentos ocorridos nos últimos tempos. Neste sentido, foram abordadas várias situações desde o desaparecimento das capas de registos, o mau preenchimento dos registos diários e a falta de comunicação entre os vários setores.

I: “Já alguns colegas sabem do que se passou hoje de manhã na ala, mais uma vez peço-vos para terem em atenção o preenchimento dos registos diários.”

M: “Por vezes não tenho tempo...”

I: “Preencher o registo não é muito tempo. Já me disseram o mesmo em relação ao registo do corte de unhas e da limpeza das cadeiras de rodas. Foram feitas duas capas para cada piso, sendo que estas capas são finas e dá para vos acompanhar quando estão a exercer essas funções.”

P: “Tem razão, mas nós também nos esquecemos.”

I: “Esquecimentos existem, mas quando se lembrarem vão à copa e fazem-no. Por exemplo, hoje a enfermeira e o médico foram fazer a ronda na ala dos acamados, quando foram ver o utente X, este estava já com alterações cutâneas que não eram apenas de um dia. Eu e a colega fomos ver se estava algo escrito no livro de ocorrências ou no registo diário de cada utente, e lá não tinha nenhuma informação de que o utente tinha alterações cutâneas.”

CO: “O registo é uma forma de proteger-vos...Registando tudo o que veem e tudo o que se passa no turno, torna-se uma forma de proteção. Quer as encarregadas como a Diretora Técnica leem os registos. Por exemplo, quem faz o primeiro dia de cada mês

assinala tudo direito, depois os outros dias são apenas copiados. Ou seja, o registro não é verídico e mesmo que a Diretora Técnica vos queira defender não pode. “

F: “Nunca tinha pensado dessa forma. A enfermeira também não teve a melhor atitude.”

IO: “Por norma, as enfermeiras falam-nos sempre mal. Estão sempre a reclamar conosco, nós fazemos o melhor que podemos e sabemos.”

I: “Isso será uma questão e uma situação que vou investigar e vou mudar isso. Mas vocês também têm que me ajudar. O meu trabalho só funciona quando o vosso funciona, basta haver uma falha quer do meu lado como do vosso que o serviço já não funciona bem.”

CO: “Nunca se esqueçam que a casa só existe porque vocês trabalham cá. Vocês são a cara da instituição. Por mais que os tempos sejam desgastantes, desmotivantes e com muito trabalho não se esqueçam que a casa são vocês! Ultimamente têm estado presentes em formações/dinâmicas onde trabalhamos alguns pontos menos bons. Já temos sentido melhorias e tenho a certeza de que, ao longo do tempo, as coisas vão melhorar!”

Após esta partilha, o grupo terminou a sessão com a reflexão da dinâmica e sobre os assuntos abordados, tendo os participantes respondido a um questionário de satisfação da dinâmica. Por fim, o grupo recebeu um “miminho” como forma de agradecimento por terem sido parte integrante deste projeto, pois, sem eles, este projeto não existia.

Avaliação do projeto

A avaliação é um elemento do processo de planeamento. “Todos os projetos contêm necessariamente um “plano de avaliação” que se estrutura em função do desenho do projeto e é acompanhado de mecanismos de autocontrolo que permitem, de forma rigorosa, ir conhecendo os resultados e os efeitos da intervenção e corrigir as trajetórias caso estas sejam indesejáveis” (Guerra, 2000:175).

Após a definição do plano, é viável executar o projeto e realizar a avaliação do mesmo.

De acordo com a perspetiva de Guerra (2000), a avaliação de um plano de intervenção deve ter presentes seis critérios. (1) Adequação, ou seja, o projeto está adequado à realidade? (2) Pertinência, isto é, o projeto enquadra-se ao contexto institucional? (3) Eficácia, ou seja, em que medida os objetivos foram atingidos e as ações foram realizadas? (4) Eficiência, isto é, os resultados são confrontados com os recursos disponibilizados. (5) Equidade - houve uma igualdade de oportunidades para todos os participantes? (6) Impacto, deve-se procurar em que medida se obteve uma melhoria no serviço.

Estes critérios são os mais adequados para avaliar o projeto, uma vez que os mesmos vão de encontro à sua finalidade.

A fase da avaliação desencadeia uma reflexão sobre tudo aquilo que foi realizado, mais precisamente os resultados conseguidos nas ações, sendo que a questão central é “O que conseguiu?” (Serrano, 2018:81). Para além dos efeitos positivos, a avaliação também assenta na compreensão dos erros cometidos, fazendo com que, no futuro, os mesmos não voltem a acontecer. Este tipo de projeto “reflete os avanços, os retrocessos e os desvios que possam ter sido necessários, situando-se na etapa em que se encontra numa determinada altura e transmitindo aquilo que ainda falta fazer.” (Idem:81)

“Formação Formal” - Avaliação

Relativamente ao projeto “Formação Formal”, criou-se uma folha de registos de participação e um questionário individual de satisfação da sessão (Anexo VI). Considerando os critérios de avaliação apresentados por Guerra (2000), os mesmos foram tidos em conta em cada dinâmica.

No que diz respeito ao critério da pertinência/adequabilidade da sessão, compreendemos que o projeto se adequou à realidade, porque todos os temas propostos vão de encontro às dificuldades sentidas pelos colaboradores, identificados nos inquéritos aplicados na fase de diagnóstico.

No que se refere ao critério da eficácia, nem todas as propostas foram realizadas. A sessão de “Primeiro Socorros à População Idosa” não se realizou devido à falta de feedback do formador.

A sessão destinada à formação da “Psicologia do Idoso: mudanças comportamentais, sintomas e como lidar” não se realizou, devido a constrangimentos laborais da formadora. No entanto, estes temas ficaram como sugestões para as próximas formações a serem dadas.

No que concerne ao critério da equidade, este projeto tinha como público-alvo a categoria profissional de Ajudante de Lar e Centro de Dia. No entanto, neste eixo de intervenção contamos com a presença de técnicos do Lar S. Manuel e de outra valência agregada à Santa Casa da Misericórdia. Relativamente ao acesso de oportunidades igualitárias, nem todos os colaboradores conseguiam aceder a estas formações devido às suas folgas e horários.

Quanto aos critérios da eficiência e do impacto, não é possível fazer uma análise devido a condicionantes de tempo.

Para a apresentação dos resultados dos questionários de satisfação aplicados aos colaboradores, estes serão expostos por meio de uma tabela que reflete as respostas dadas acerca de cada sessão.

Sessão 1: A Filosofia da Humanidade: Os Cuidados Humanizados

A Filosofia da Humanidade: Os Cuidados Humanizados					
Nº de participantes: 21					
Questões:	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Considera a ação uma mais-valia?	0	6	8	3	4
Interesse dos conteúdos:	0	4	10	4	3
Clareza do conteúdo:	0	6	7	6	2
Como avalia o impacto desta ação para o desenvolvimento/melhoria das suas competências profissionais?	0	6	8	4	3
Avaliação geral desta sessão:	0	7	7	3	4

Tabela 20 - Avaliação da sessão "A Filosofia da Humanidade: Os Cuidados Humanizados"

Nesta sessão, no campo descritivo dos questionários de satisfação, os colaboradores referiram que as informações obtidas eram importantes para a sua profissão e também para melhorar os cuidados prestados. No entanto, para esta sessão, esperava-se que os colaboradores ficassem com a vontade de fazer melhor e tentassem praticar alguns dos pilares desta filosofia, mas não se mostraram disponíveis nem interessados no decorrer da sessão. Como foi dito anteriormente, o formador tinha um discurso apelativo, mas por vezes perdia-se no raciocínio.

Ao analisar os inquéritos de satisfação, é possível retirar as ideias e sugestões deixadas pelos colaboradores como, por exemplo:

“Vir ao terreno para verificar se realmente com tanto trabalho é possível fazer o que a teoria diz!”

“É uma mais-valia para os funcionários e para os utentes haver estas formações”

“Estas sessões permitem melhorar as nossas competências com as novas técnicas aprendidas”.

“Dinâmicas de Grupo” – Avaliação

À semelhança do projeto anterior, o projeto “Dinâmicas de Grupo” foi criado um registo de participação e um questionário individual de satisfação da sessão (Anexo), refletindo nos critérios apresentados por Guerra (2000): a adequação, a pertinência, a eficácia, a equidade e o impacto de cada dinâmica.

Em relação à adequação/pertinência da dinâmica, entendeu-se que o projeto se adequou à realidade, pois a equipa apresentava problemas de coesão, de comunicação o que facilmente originava conflitos e, conseqüentemente, o ambiente vivido na instituição não era favorável ao trabalho de equipa. Desta forma, o projeto possibilitou uma melhoria dos laços entre os colaboradores através da escuta ativa e da partilha de ideias e expetativas.

O critério da eficácia foi conseguido, pois todas as sessões planeadas foram concretizadas. Perante os constrangimentos sentidos no projeto “Formação Formal”, e para colmatar os mesmos, foi realizada uma dinâmica que fizesse mais sentido para os colaboradores, que manifestaram que fazia mais sentido uma dinâmica do que uma formação formal.

No que diz respeito ao critério da equidade, este projeto tinha como destinatários os cuidadores formais da instituição. Contudo, nem todos os colaboradores tiveram as mesmas oportunidades de participação, pois a realização deste projeto coincidiu com o plano de férias, folgas e turnos. Contudo, é importante realçar que houve colaboradores que frequentaram a sessão, mesmo estando de folga.

No que concerne aos critérios de eficiência e de impacto, notou-se uma melhoria acentuada na comunicação entre colegas e a Diretora Técnica. Este projeto foi pensado exclusivamente para os colaboradores que se sentiram parte integrante da casa, fazendo com que a sua motivação, comunicação e empenho melhorassem.

Em seguida, apresentamos os resultados obtidos nos questionários de satisfação dos participantes em cada sessão. (Anexo VII)

Dinâmica 1: “Ser Idoso”

Ser Idoso					
Nº de participantes: 18					
Questões:	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Gostou da dinâmica desenvolvida?	0	1	10	3	4
Considera esta dinâmica uma mais-valia?	0	1	12	2	3
Como avalia a entrega e a integração do grupo nesta dinâmica?	0	1	11	4	2
Como avalia o impacto desta dinâmica para o desenvolvimento/melhoria das suas competências profissionais?	0	1	9	7	1
Avaliação geral desta sessão:	0	1	7	6	4

Tabela 21 - Avaliação da dinâmica "Ser Idoso"

A entrega e cooperação dos colaboradores nesta dinâmica permitiram que houvesse uma partilha de ideias e sentimentos sobre o ser idoso e as práticas do cuidar. Esta dinâmica funcionou como ponte de ligação com a sessão dos Cuidados Humanizados e, em alguns momentos da dinâmica, o dinamizador conseguiu abordar alguns conceitos da Filosofia da Humanidade.

Em suma, todos os colaboradores consideraram esta dinâmica uma mais-valia, pois foram proporcionados momentos de reflexão acerca do desempenho na prestação de cuidados aos utentes, tendo a dinâmica permitido que os colaboradores valorizassem mais a sua profissão.

“Haver mais formações deste género.”

“Relembrar os bons hábitos de cuidar do idoso. E sermos bons profissionais.”

“A partilha de informações e a conversa são excelentes, devia haver mais sessões deste género, mas com mais tempo.”

Dinâmica 2: “Desafio de Trabalhar em Equipa”

O Desafio de Trabalhar em Equipa					
Nº de participantes: 16					
Questões:	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Gostou da dinâmica desenvolvida?	0	0	7	4	3
Considera esta dinâmica uma mais-valia?	0	0	5	6	3
Como avalia a entrega e a integração do grupo nesta dinâmica?	0	0	5	9	2

Como avalia o impacto desta dinâmica para o desenvolvimento/melhoria das suas competências profissionais?	0	0	4	9	3
Avaliação geral desta sessão:	0	0	5	7	4

Tabela 22 - Avaliação da dinâmica "Desafio de Trabalhar em Equipa"

Verificamos que esta dinâmica, no geral, foi bem conseguida e uma mais-valia para melhorar o desempenho profissional. A reflexão possibilitou ao grupo encontrar e discutir soluções em conjunto e promoveu, de igual forma, a partilha das dificuldades sentidas no ambiente laboral.

“Conseguimos compreender as dificuldades no trabalho de equipa e podemos melhorar o desempenho no dia-a-dia.”

“Esta formação foi positiva, pois temos a possibilidade de resolver os problemas entre colegas e com a Diretora Técnica.”

Dinâmica 3: Pontos Fortes e Pontos Fracos

Pontos Fortes e Pontos Fracos					
Nº de participantes: 14					
Questões:	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Gostou da dinâmica desenvolvida?	0	0	7	7	0
Considera esta dinâmica uma mais-valia?	0	1	6	7	0
Como avalia a entrega e a integração do grupo nesta dinâmica?	1	1	8	4	0
Como avalia o impacto desta dinâmica para o desenvolvimento/melhoria das suas competências profissionais?	0	1	7	4	2
Avaliação geral desta sessão:	0	0	5	7	2

Tabela 23 - Avaliação da dinâmica "Pontos Fortes e Pontos Fracos"

Nesta dinâmica, o envolvimento dos colaboradores, na sua maioria, foi positivo, no entanto, existiu um colaborador que não participou na dinâmica e que perturbava o grupo. A dinâmica surtiu um efeito positivo entre os colaboradores e proporcionou um momento de reflexão e introspeção.

“Conseguir reconhecer os nossos pontos tanto os positivos como negativos e falar sobre eles, é muito importante.”

Dinâmica 4:A Comunicação na equipa de trabalho

A Comunicação na equipa de trabalho					
Nº de participantes: 14					
Questões:	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Gostou da dinâmica desenvolvida?	0	1	7	6	0
Considera esta dinâmica uma mais-valia?	0	2	6	6	0
Como avalia a entrega e a integração do grupo nesta dinâmica?	0	2	11	0	1
Como avalia o impacto desta dinâmica para o desenvolvimento/melhoria das suas competências profissionais?	0	1	8	5	0
Avaliação geral desta sessão:	0	1	8	5	0

Tabela 24 - Avaliação da dinâmica "A Comunicação na equipa de trabalho"

Esta dinâmica surtiu um resultado muito positivo no grupo, dando ferramentas para melhorar o ambiente de trabalho e a comunicação entre os colaboradores, que se envolveram ativamente na dinâmica. A reflexão permitiu ao grupo diagnosticar os erros da comunicação e, por outro lado, foi possível encontrar soluções para colmatar este problema.

“Estas formações são positivas, porque nos dão ferramentas para sermos melhores funcionários.”

“Aperfeiçoamento do plano de avaliação de desempenho e construção de um sistema de recompensas – Ser Ajudante de Lar” – Avaliação

No projeto “Aperfeiçoamento do plano de avaliação de desempenho e construção de um sistema de recompensas”, em conformidade com os projetos anteriores, foi criada uma folha de registo de participação e um inquérito individual de satisfação da sessão. (ANEXO) Este projeto também foi analisado à luz dos critérios de avaliação propostos por Guerra (2000).

Relativamente ao critério da adequação/pertinência da sessão, concluímos que o projeto se adequou à realidade, pois a dinâmica pensada foi adequada à realidade dos colaboradores, indo ao encontro das perspetivas/ que os mesmos têm acerca da sua profissão.

No que diz respeito à eficácia, este projeto não se realizou conforme os planos previamente pensados. Trabalhar um plano de avaliação com os colaboradores poderia originar conflitos dentro da instituição, podendo perder-se tudo aquilo que foi conquistado durante este projeto, tendo-se decidido trabalhar a avaliação de desempenho de uma forma mais discreta. A solução

passou por adequar os critérios da avaliação para a realidade dos ajudantes de lar e centro de dia. No entanto, os objetivos iniciais previstos para esta dinâmica foram concretizados.

Em relação ao critério da equidade, apenas os colaboradores com categoria Ajudante de Lar e Centro de Dia foram convocados para comparecer e participar neste projeto.

No que concerne ao respeito da eficiência e do impacto, não foi possível realizar-se a avaliação deste ponto, devido a condicionantes do tempo.

Posto isto, iremos apresentar os resultados obtidos neste pequeno projeto através de uma tabela que reflete com exatidão as respostas dos participantes e uma parte descritiva com os comentários mais relevantes dos colaboradores.

Ser Ajudante de Lar					
Nº de participantes: 14					
Questões:	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Gostou da dinâmica desenvolvida?	0	0	3	9	2
Considera esta dinâmica uma mais-valia?	0	0	4	7	3
Como avalia a entrega e a integração do grupo nesta dinâmica?	0	0	7	6	1
Como avalia o impacto desta dinâmica para o desenvolvimento/melhoria das suas competências profissionais?	0	0	5	9	0
Avaliação geral desta sessão:	0	0	3	7	4

Tabela 25 - Avaliação da dinâmica "Ser Ajudante de Lar"

Neste questionário, os colaboradores referiram que a dinâmica foi bastante positiva. Os objetivos desta dinâmica serviram para demonstrar o quanto a profissão de Ajudante de Lar e Centro de Dia é importante para a instituição, tendo-se sentido todos os participantes, desta forma, parte integrante da mesma.

“É bom sermos elogiados no nosso desempenho”

“Estas formações dão-nos motivação para fazer mais e melhor!”

Considerações Finais

A viagem percorrida no Lar S. Manuel foi, sem dúvida, uma experiência gratificante tanto a nível pessoal como profissional. Nem todos os momentos foram sinónimos de verdadeira satisfação e realização, no entanto, também foram estes momentos que permitiram o crescimento e a consciencialização do mundo do trabalho.

A integração no Lar S. Manuel, num primeiro momento, foi simplificada e facilitada quer pelos Residentes como pelos elementos da Equipa Técnica. A interação e a comunicação foram elementos fundamentais para que a integração fosse completamente bem sucedida. Em contrapartida, os colaboradores (Ajudantes de Lar e Centro de Dia) transmitiram, num primeiro impacto, o desagrado e a desconfiança por terem um elemento ligado à Diretora Técnica sempre por perto. No entanto, com o passar do tempo, o ambiente modificou-se para melhor.

Ganhar a confiança dos colaboradores foi um passo que demorou algum tempo, no entanto, ao demonstrar a preocupação sentida pelo seu trabalho facilitou o processo. Ao acompanhar diariamente as rotinas e presenciar alguns conflitos e dar solução aos mesmos contribuir para que os colaboradores aceitassem este projeto e a presença constante no dia a dia.

Os colaboradores do Lar S. Manuel assumiram o papel principal neste trabalho, o que inicialmente lhes gerou sentimentos de estranheza e surpresa. O sentimento que preponderava neste grupo profissional era o de que ninguém se tinha preocupado com eles até então, sentindo a sua profissão desvalorizada. Após terem a perceção que este trabalho podia fornecer ferramentas para melhorar o ambiente laboral, todos eles mostraram-se disponíveis para colaborar com o projeto e frequentar as futuras formações e dinâmicas.

Desde do primeiro momento do estágio até ao último, sempre contei com o acompanhamento e aconselhamento da Diretora Técnica, pois sempre se mostrou disponível para me ouvir e aconselhar em diversas temáticas relacionadas com o quotidiano institucional. Relativamente à implementação do projeto de intervenção não existiu nenhum entrave ou limitação dentro da instituição. Em todas as atividades existiu sempre uma frequência significativa dos colaboradores, sendo que era necessário convocar os mesmos para comparecer. A Diretora Técnica sempre esteve presente e participou ativamente nas atividades provocando uma reação positiva por parte dos colaboradores, pois começaram a sentir que a Diretora fazia parte da equipa.

Infelizmente, nem todas as propostas conseguiram ser implementadas por motivos alheios à dinamizadora. No entanto, foi possível repensar e elaborar novas atividades que fossem capazes de responder às necessidades identificadas anteriormente. Apesar dos obstáculos e dificuldades que foram aparecendo é possível afirmar que os objetivos foram cumpridos e alcançados com

sucesso e, num curto espaço de tempo, foi possível detetar algumas melhorias na vida institucional dos colaboradores, nomeadamente, o fortalecimento das relações entre colaboradores e chefias e um melhoramento na prestação de cuidados tendo em conta a Filosofia da Humanidade.

No projeto “Formação Formal” onde apenas se realizou uma sessão prevista, ao contrário do que era esperado os colaboradores não interagiram com o formador convidado. A onda de desinteresse e falta de atenção propagou-se à maioria dos colaboradores, fazendo com que os conceitos abordados não tivessem impacto na vida profissional dos presentes. Desta forma, tornou-se perceptível que o tipo formação formal não se adequa aos colaboradores, e assim foram pensadas dinâmicas que combatessem os problemas identificados anteriormente causando um impacto maior na vida dos colaboradores do Lar S. Manuel.

No que diz respeito ao projeto “Dinâmicas de Grupo” e ao projeto “Ser Ajudante de Lar” ambos superaram as expectativas. Os colaboradores participaram ativamente e manifestaram o seu contentamento por existir este projeto. Os objetivos principais eram, de facto, promover uma melhor coesão na equipa, melhorar as práticas utilizadas nas prestações de cuidados e diminuir o desgaste inerente à profissão, os resultados mostraram ser positivos num curto espaço, sendo possível observar que os objetivos principais foram concretizados.

Desenvolver um projeto centrado nos recursos humanos de uma instituição é um processo desafiante e ambicioso. Este projeto tinha riscos associados, pois é uma tarefa complexa apresentar ideias e métodos diferente a colaboradores que já exercem a profissão há vários anos. Para o sucesso deste trabalho, existiu interajuda, partilha de experiências e renovação de conhecimentos, o facto de os colaboradores trabalharem em equipa com a dinamizadora facilitou a progressão e a otimização dos resultados.

Sem dúvida que este projeto superou as expectativas de todos aqueles que nele participaram, no entanto, é necessário que a instituição continue a estimular os colaboradores com espaços propícios à partilha de sentimentos e expectativas como de resolução de problemas vividos no quotidiano institucional, assim como a permanente renovação de conhecimentos e práticas inerentes à categoria profissional de Ajudante de Lar e Centro de Dia.

Os contributos teóricos relacionados com a Sobrecarga do Cuidador e a Filosofia da Humanidade foram fundamentais para o sucesso deste projeto. O nosso foco de intervenção foram os colaboradores, no entanto, este projeto também teve impacto na vida dos residentes, na medida em que os colaboradores ficaram mais sensibilizados e atentos às suas práticas no ato de cuidar. Antes de se intervir nos residentes é necessário ter em conta quem cuida deles.

A concretização deste trabalho final é de facto uma conquista a nível pessoal e profissional, a consciencialização da importância do papel de um profissional com Mestrado em Gerontologia Social deu-se com a realização de um estágio curricular. Estar no terreno trouxe inúmeras oportunidades para conhecer a área da Gerontologia Social e a aplicação da mesma. De acordo com Ribeirinho (2016) um profissional ligado à área da Gerontologia Social para além de supervisionar e coordenar o trabalho, deve procurar estímulos que promovam a motivação laboral e criar espaços de partilha de experiências e de enriquecimento do conhecimento institucional.

Referências Bibliográficas

Almeida, M. (2007). Envelhecimento: Activo? Bem Sucedido? Saudável? Possíveis Coordenadas de Análise. *Revista Sociológica* n.º 17 (II Série, 2007) pp. 17-24

Amaro, F. (2014). Família e Envelhecimento. In Amaro, F., *Sociologia da Família* (167-178). Lisboa: Pactor.

Araújo, R. (2014). Humanidade: Uma Ferramenta do Cuidar em Cuidados Continuados. O Olhar do Educador Social. Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança. Bragança

Baltes, P. & Baltes, M. (1990). *Successful Aging: Perspectives from the behavioural Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.

Baltes, P. (1997). The incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *Am Psychol*, 53, 366-380.

Barbosa, A. (2018). Ch(amar) os sentidos e os laços sociais: Projeto de Intervenção em Centro de Dia. Tese de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Porto.

Barbosa, S. (2010). Humanização dos Cuidados de Enfermagem – A perspectiva do Enfermeiro. Obtenção de Licenciatura em Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa- Unidade Ponte de Lima, Ponte de Lima.

Bataille, M. (1981). “Le Concept de «Chercheur Collectif» dans la Recherche-Action”, *Les Sciences de l’Éducation*, 2-3/1981, pp 27-38.

Bédard, M., Molloy, D. W., Squire, L., Dubois, S., et al. (2001). The Zarit Burden interview a new short version and screening version. *The gerontologist*, 41(5), 652-657.

Bertoldi, T., Batista, C., Ruzanowsky, S. (2015). Declínio cognitivo em idosos institucionalizados: Revisão da literatura. *Cinergis*, 16(2), 152-156.

Boehs, A; Zuleica, M. (1990). O que é este “cuidar/cuidado? Uma abordagem inicial. *Revista Escola de Enfermagem, USP, São Paulo*. 111-116, Abril, 1990.

- Caldas, C. (2007). Quarta idade: a nova fronteira da Gerontologia. In: Netto, Matheus Papaléo. Tratado de gerontologia, 2 ED. São Paulo. SP: Atheneu, 2007. Cap 12, pp:163-173.
- Campenhoudt, L. V. (2003). Introdução à análise dos fenómenos sociais. Lisboa: Gradiva.
- Cardão, S. (2009). O Idoso institucionalizado. Coisas de Ler, Lisboa.
- Carvalho, M (2009). Entre Os Cuidados E Os Cuidadores: O Feminino Na Configuração Da Política De Cuidados Às Pessoas Idosas. Campus Social- Revista Lusófona de Ciências Sociais, 3/4, 269-280
- Carvalho, M. (2013). Serviço Social no Envelhecimento. Lisboa: Lidel.
- Chambel, D. (2016). Trabalhar com Idosos Institucionalizados. Análise dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais. Tese de Mestrado, Escola Superior de Educação e Escola Superior de Saúde de Portalegre. Portalegre.
- Collière, M. (2003). Cuidar... a primeira arte da vida. Loures, Lusodidacta, 2ªed., 2003.
- Dias, I. (2005). Sociologia da Família e do Género (65-71), Lisboa: Pactor
- Diogo, M., Ceolim, M. & Cintra, F. (2005). Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. Revista Escola de Enfermagem USP, 39 (1) 97-102. Editores.
- Espitia, A; Martins, J. (2006). Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros (Arquivos Catarinenses de Medicina). Vol 35, 1, Florianópolis-SC.
- Esteves, J. (1986). A Investigação-Acção, in Silva, A.; Pinto, J. (org.), Metodologia das Ciências Sociais, Biblioteca das Ciências do Homem, Porto, Edições Afrontamento.
- Faria, C; Carmo, M. (2015). Transição e (In) Adaptação ao Lar de Idosos: Um estudo qualitativo. Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, vol.31 nº4, pp: 435-442
- Fernandes, A. (1997). Velhice e Sociedade. Oeiras: Celta editor
- Fernandes, P. (2000). A Depressão no idoso. Coimbra: Quarteto Editora.

- Fernandéz, A. (2004). Factores de riesgo del cansancio en el cuidador formal profesional inmigrante en Barcelona. *Revista Administracion e Sanidad*. pp: 147-164
- Ferreira, C. (2013). Sentimentos experienciados pelos cuidadores formais em estruturas residenciais para idosos perante o cuidado ao idoso em fim de vida. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Viana do Castelo,
- Ferreira, F; Pinto, A; Laranjeira, A; Pinto, A.; Lopes, A et al.. (s/d). Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para a população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, vol.3, nº2. Pp-13-19
- Ferreira, M. (2012). Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos. Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança. Bragança
- Fialho, J; Silva, C; Saragoça, J. (2017). *Diagnóstico Social. Teoria, Metodologia e Casos Práticos*. Edições Sílabo: Lisboa.
- Fischer, G. (1994). *Psicologia social do ambiente*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi
- Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado, *Revista IGT*, 5 (8), 51-61.
- Gabinete de Planeamento e Estratégia (GEP) & Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS). (2015) *Carta Social- Rede de Serviços e Equipamentos 2015*. Lisboa: GEP/MTSSS.
- Gineste, Y.; Pellisier, J. (2008). *Humanidade- Cuidar e compreender a velhice*. Instituto Piaget. Lisboa.
- Goffman. E. (1996). *Manicómios, prisões e conventos*. S. Paulo: Perspetiva.
- Grawitz, M. (1984). *Métodos y técnicas de las ciencias sociales*. México, Editia mexicana.
- Guedes J. (2012). *Viver num Lar de Idosos. Identidades em Risco ou Identidade riscada*. Lisboa: Coisas de Ler.

Guedes, J. & Melo, S. (2017). Lar de Idosos – Lugar de Vida e Humanidade. In. (Coord) CIAIS. I Congresso Ibero-Americano de Intervenção Social- Cidadania e Direitos Humanos. Porto. Lema.

Guedes, J. (2014). Cuidados Formais a Idosos – Desafios Inerentes à sua Prestação. In A. M. Fonseca (Coord.) Envelhecimento Saúde E Doença. Novos Desafios Para a Prestação De Cuidados a Idosos (pp. 183-217). Lisboa: Editora Coisas de Ler.

Guerra. I. (2000). Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção. Cascais: Principia.

Imaginário, C; Machado, P; Rocha, M; Antunes, C & Martins, T. (2017). Atividades de Vida Diária como Preditores do Estado Cognitivo em Idosos Institucionalizados. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Nº18. Acedido a 25 de novembro <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n18/n18a06.pdf>

Instituto Segurança Social (2009). Manual das Boas Práticas- Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas.

Instituto Segurança Social (2008). Manual de Processos-Chave Estrutura Residencial para Idosos.

Kawasaki, K & Diogo, M. (2001). Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal, Revista Escola Enfermagem USP 35 (3), 257-264

Leandro, M. (2014). Envelhecimento Perspetivas, Projetos e Práticas Inovadoras (67-82) Porto: Húmus

Leandro, M. (2014). Envelhecimento Perspetivas, Projetos e Práticas Inovadoras (67-82) Porto: Húmus.

Leitão, C. (2015). A experiência de solidão num lar de idosos: estudo de caso. Tese de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Porto.

Lima, P. (2017). Envelhecimento Bem-Sucedido, Competência na Vida Diária e Recursos Ecológicos. Um estudo em território mediano urbano do Município de Viana do Castelo. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Viana do Castelo,.

- Magalhães, C. (2013). Habilidades Funcionais, Nível de Actividade, Integração na Comunidade e Saúde em Idosos Institucionalizados em Lar: Resultados Preliminares. Tese de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Porto.
- Mazo, G.; Lopes, M. e Benedetti, T. (2001). Atividade Física e o Idoso: concepção gerontológica. Porto Alegre: Sulina.
- Melo, R.; Pereira, C.; Fernandes, E.; Freitas, N.; Melo, A. (2017). Prevenção de quebras cutâneas no idoso dependente: contributo da Metodologia de Cuidar Humanidade. *Millenium*, 2(3), 45-51. Consultado em 25 de novembro 2019. Disponível em <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/10299/9189>
- Miguel, M. E., Pinto, M. E., & Marcon, S. S. (2007). A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 3 (9), pp.784-795
- Moos, R.H, & Lemke, S. (1994). *Group residences for older adults: Características físicas, políticas e clima social*. New York: Oxford University Press.
- Morin, A. (1985). “Critères de «scientificité» de la recherche-action”, *Revue des Sciences de l’Éducation*, Vol XI, nº 1, 1985, pp 31-48. [“Os Critérios de Investigação-Ação”]
- Mota, F. Oliveira, M. Marques, M. Bessa, M. Leite, B.& Silva, M. (2010) Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. *Revista Pesquisa*, 14 (4) pp:833-838
- Neri, A. (2006). O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14 (1), 17-34.
- Oliveira, G. (2016). Qualidade na intervenção gerontológica. Novas competências para novas exigências no cuidar. Cláudia Moura, pp.357-369
- Penetro, F. (2017). As representações sociais sobre o processo de envelhecimento de idosos beneficiários do Serviço Social de Apoio Domiciliário e de Idosos residentes em Estrutura Residencial. Tese de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Porto.

- Pereira, F; Gomes, M; Galvão, A. (2012). *Ética e Humanidade no cuidado do idoso. Teoria e Prática da Gerontologia- Um guia para cuidadores de idosos*. Viseu: Psicosoma.
- Pereira, S.; Marques, E. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Internacional Journal of Developmental and Education Psychology. INFAD Revista de Psicologia*, nº2-vol 1,2014. ISSN:0214-9877 pp.133-140
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados- Um sistema integrado e personalizado. Coleção- Enfermagem (2)*. Edição Quarteto Editora. Coimbra.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Edições Lusociência. Loures.
- Phaneuf, M. (2010). *O conceito de humanidade: uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais*. Acedido em 12 de Abril de 2013 em: http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/O_conceito_de_humanidade__uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família – Contexto e trajetórias*. Coimbra, Quarteto.
- Rebelo, A. (2015). *Envelhecer Ativamente num Lar de Idosos*. Tese de Mestrado, Instituto de Serviço Social do Porto. Porto
- Ribeirinho, C. (2016). *Gestão das Emoções no Cuidar: A supervisão emocional das equipas de cuidados. Novas competências para novas exigências no cuidar*. Cláudia Moura.
- Ribeiro, D. (2001). *Proteção Social na Área da Família: Envelhecimento*. In Ferreira da Silva, L. (Org.), *Ação social na área da família (169-197)*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ribeiro, Ó; Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Porto: Lidel.
- Rodrigues, R. (2011). *As práticas da segurança e higiene do trabalho nas estruturas residenciais para idosos. Motivações, Dificuldades e Tendências*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Ciências Empresariais de Setúbal. Setúbal.
- Rosa, M. (1993). *O desafio social do envelhecimento demográfico*. *Revista Análise Social*, vol xxviii (122), 1993 (3.º), 679-689

Rosário, E. M.O.C. (2009). Comunicação e cuidados de saúde comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos. Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta. Lisboa

Rowe,J; Kahn, R. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, vol.37, nº4, pp:433-440

Salgueiro, N. (2014). Humanidade- um imperativo do nosso tempo. Coimbra:IMG Portugal- Humanidade, Lda.

Salyers. M, Fukui. S, Rollins. A, Firmin. R, Gearhart., et.al. (2014). Burnout and Self – Reported Quality of Care in Comunity Mental Health. *Adm*

Sequeira (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental, Lisboa- Porto, Lidel.

Serrano, G. (2008). *Elaboração de Projetos Sociais – Casos práticos*. Porto: Porto Editora.

Simões, F. (2018). Use it or Lose. Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados: A Estimulação como Meio de Prevenção da Demência. Tese de Mestrado, Instituto de Serviço Social do Porto. Porto.

Simões, M. (2013). Cuidar em Humanidade. Método de Gineste e Marescotti Aplicado a Pessoas Internadas em Cuidados Continuados. Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa. Lisboa

Simões, M., Rodrigues M. & Salgueiro, N. (2011). Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de Cuidados de Humanidade Gineste-Marescotti®. *Revista de Enfermagem Referência*. Coimbra, Portugal. ESEnfC: 3(4), 69-79.

Simões, M., Rodrigues, M., Salgueiro, N. (2011). Humanidade, ligação interpessoal de relação e cuidado. *Revista Portuguesa de Bioética*. Nº 14. p. 213-225.

Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (2012). Cuidar em humanidade: Estudo aplicado em cuidados continuados. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 81-93.

Sousa, M. (2011). O cuidador de acção directa a idosos: papel no sistema de cuidados. *Patient Care*, vol 16, nº171, pp.60-66

Tomasini, S; Alves, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. RBCEH, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 88-102, jan./jun. 2007

Vaz, S; Gaspar, N. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. Revista de Enfermagem. III série nº4, 2011 pp.49-58

Vieira, C., Gomes, E., Fialho, A., Silva, L., Freitas, M. & Moreira, T. (2011). Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas. Revista Mineira de Enfermagem, 15 (3), 348-355

Zimmerman, Guitte I (2000). Velhice Aspectos Biopsicossociais, Porto Alegre. Arned

Webgrafia

www.who.int/ (acedido a Dezassete de setembro de 2019)

http://www.profdoni.pro.br/home/images/sampled/2012/pdf/livros/dinamicas_grupo.pdf (acedido a 15 de abril de 2019)

http://www.seg-social.pt/documents/10152/604348/Portaria_n_67_2012_21_marco/06a43614-593e-4450-8c1b-e72eb5be1b8e (acedido a Dez de junho de 2019)

<https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+do+sexo+masc+ulino++segundo+os+Censos+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio+++4> (acedido a Oito de janeiro de 2019)

<https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+do+sexo+femi+nino+segundo+os+Censos+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio+++3-1009> (acedido a Oito de janeiro de 2019)

Anexos

Anexo I – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO E INFORMAÇÃO SOBRE RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Este estudo de investigação-ação enquadra-se no âmbito dos trabalhos do Relatório de Estágio do Mestrado de Gerontologia Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto (ISSSP), sobre “As representações acerca do trabalho realizado pelos colaboradores do Lar S. Manuel”, da aluna Cecília Oliveira sob a orientação da Professora Joana Guedes (ISSSP).

Este trabalho tem como finalidade a ponderação de estratégias de intervenção que contribuem para melhorar o cuidado prestado às pessoas idosas e o quotidiano institucional dos colaboradores.

Deste modo, a cada colaborador será solicitado o preenchimento de um breve protocolo de recolha de informação.

A sua participação é **voluntária**, podendo abandonar o estudo em qualquer altura.

A **informação recolhida durante o estudo é confidencial** e será introduzida numa base de dados, passando a sua identificação pessoa a não estar acessível.

Nome do Aluno: Cecília Oliveira
___/___/_____

Assinatura: _____ Data:

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Nome do colaborador: _____

Data: ___/___/_____

Anexo II – Inquérito

Este inquérito tem como objetivo traçar o perfil das ajudantes de lar nesta instituição.

É confidencial e anônimo!!

Caracterização dos colaboradores

1. Idade: _____

2. Género

Feminino	
Masculino	

3. Estado civil

Solteiro (a)	
Casado (a)	
Divorciado (a)	
Viúvo (a)	

4. Habilitações Literárias

Ensino Primário	
Ensino Básico	
Ensino Secundário-Profissional	
Ensino Superior	

5. Tempo de experiência profissional na área da geriatria: _____

6. Trabalha por turnos?

Sim	Não

7. Se sim, qual?

	SIM	NÃO
Manhãs e/ou Tardes		
Noite		

8. Há quantos anos trabalha nesta instituição?

Menos de 12 meses	
De 1 a 5 anos	
Mais de 5 anos	

9. Qual o motivo por que esta nesta profissão?

Pela renumeração	
Pelo gosto de trabalhar com pessoas idosas	
Por se tratar da sua área de estudos	
Porque não teve alternativa	

10. Sente-se realizado(a) profissionalmente?

Sim	
Não	

11. Fez algum tipo de formação em geriatria antes de iniciar a sua atividade como ajudante de lar?

Sim	
Não	

12. Já participou em ações de formação desenvolvidas pelo Lar S. Manuel?

Sim	
Não	

13. Se sim, como avalia a pertinência dessas ações para a melhoria do seu trabalho?

1 (nada importante)	2 (pouco importante)	3 (importante)	4 (muito importante)	5 (extremamente importante)

14. Que áreas de formação gostaria de frequentar para melhorar o seu desempenho?

O colaborador e o trabalho desenvolvido

1. Na tabela abaixo, estão descritas as atividades/tarefas que fazem diariamente, de 1 a 5. (1 – dificuldade máxima; 2- alta dificuldade; 3- média dificuldade; 4- baixa dificuldade; 5-nenhuma dificuldade)

Tarefas e responsabilidades	GRAU DE DIFICULDADE				
	1	2	3	4	5
Promover a qualidade no seio da organização					
Higiene dos utentes					
Ajudar os utentes a vestir					
Controlar a higiene das roupas pessoais dos utentes					
Controlar a higiene das roupas de cama e afins					
Higiene dos utensílios dos utentes (cadeira de rodas, colchões anti-escaras e outros...)					
Apoiar o serviço de refeições					
Assegurar que as necessidades de comer e de beber são satisfeitas, viajando a sua higiene alimentar					
Servir as refeições dos utentes alimentados oralmente					
Acompanhar e apelar à participação das atividades					
Apoio no serviço de enfermagem					
Substituição dos sacos coletores e de colostomia					
Posicionamento dos utentes					
Assegurar a satisfação das necessidades de dormir e de repousar					
Desenvolve as atividades definidas nos processos operacionais de acordo com a patologia do utente					
Cuidados Post-mortem					
Outros:					

2. A tabela abaixo contém uma lista de perguntas que procuram conhecer as representações e os sentimentos que os cuidadores têm quando cuidam de alguém. Por favor, assinale, em cada pergunta, a resposta que melhor se adequa à sua situação (“nunca”; “raramente”; “algumas vezes”; “bastantes vezes”; “quase sempre”).
Não existem respostas certas ou erradas!

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Bastantes vezes	Quase sempre
Sente que as pessoas de quem cuida solicitam mais ajuda do que realmente necessitam?					
Considera que o tempo dedicado às suas tarefas profissionais não permite a construção de uma relação mais estreita com as pessoas idosas.					
Sente-se em “stress” quando tem de cuidar e ainda tem outras coisas por fazer?					
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento das pessoas de quem cuida?					
Sente-se irritado(a) quando está junto das pessoas que cuida?					
Considera que as pessoas de quem cuida afetam negativamente o seu relacionamento com a sua equipa de trabalho?					
Tem receio do futuro destinado às pessoas de quem cuida?					
Considera que as pessoas de quem cuida estão dependentes de si?					
Sente-se esgotado(a) quando tem de estar junto das pessoas de quem cuida?					
Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar das pessoas em causa?					
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu trabalho?					
Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por desempenhar este trabalho de cuidador?					
Acredita que as pessoas de quem cuida esperam que cuide delas como se fosse a única pessoa com quem elas pudessem contar?					
Considera que o seu salário é proporcional à sua dedicação neste trabalho?					
Sente-se incapaz de cuidar das pessoas de quem cuida por muito mais tempo?					
Considera que deixou de realizar muitas atividades de lazer desde que iniciou este trabalho?					
Sente-se inseguro acerca do que deve fazer às pessoas de quem cuida?					
Sente que poderia fazer mais pelas pessoas de quem cuida?					
Em geral, sente-se muito sobrecarregado por ser cuidador?					

3. Escreva um ponto forte e um ponto fraco desta instituição

Ponto forte: _____

Ponto fraco: _____

4. O que gostaria que fosse mudado nesta instituição?

5. Para si, ser ajudante de lar é o que?

Obrigada pela vossa colaboração!

Cecília Oliveira

Anexo III- Grelha de Observação

Dimensão	Descrição dos Procedimentos		Observação
Palavra	1	Chegada ao quarto. (bate à porta e/ou nos pés da cama; fica atento/a e espera pela resposta)	
	2	Chama a pessoa pelo nome, saudando-a, com um tom de voz suave, firme, melodioso.	
	3	Dá atenção ao utente, utiliza palavras carinhosas/positivas, mostra que está ali para ajudar e cuidar.	
	4	Descreve com pormenor o que está e/ou vai fazer.	
Toque	5	Dá continuidade ao toque, palmar amplo, suave, lento, acariciador (toque-ternura até ao fim). Forma de utilizar os dedos no toque, é em garra? Ou em pinça?	
	6	Evita começar o procedimento pelo rosto. (Procedimentos técnicos)	
	7	Inicia o toque suavemente, em zona neutra do corpo (ombro, braço). Como é o toque? (movimento ponta-deslizar-palmar)	
Olhar	8	Olha de frente nos olhos da pessoa (olhar axial, horizontal, longo e próximo)	

	9	Olha com frequência de frente nos olhos da pessoa.	
Verticalidade	10	Procura ajudar a pessoa a tomar a postura vertical (erguer o tronco, sentar no cadeirão, pôr e pé)	
Vestuário	11	Dá atenção à apresentação do utente, tendo em consideração os seus gostos e preferências do vestuário bem como, em relação ao penteado.	
Autonomia	12	Durante a prestação de cuidados existe um estímulo à autonomia (p. ex: escolha da roupa, acessórios, incentivar a participação do utente na prestação de cuidados, na alimentação)	
	13	Rigidez de horário e regras do quotidiano (horas de levantar, hora de dormir, horário das refeições)	
Empatia	14	Durante a prestação de cuidados age de age tolerante, compreensiva. Mantém uma boa ligação com o utente.	
Escuta Ativa	15	É capaz de escutar o outro. (Quer seja, durante a prestação de cuidados escuta o que a pessoa tem para dizer, como no trabalho de equipa).	

	16	Durante a prestação de cuidados existe diálogo com o colaborador e o utente.	
Privacidade e/ intimidade	17	Durante a prestação de cuidados, existe a preocupação de preservar a privacidade/intimidade do utente (cobrir a pessoa, fechar a porta) Se há respeito pela privacidade e sigilo profissional (p. ex: não despir o utente em frente a outro, não falar de assuntos pessoais e de outros utentes)	
Infantilização	18	Durante o discurso há uso de diminutivo/infantilização.	
Vida institucional	19	O utente participa ativamente no quotidiano da instituição. (escolha da roupa, oportunidade de sugerir ementas, planificação das atividades, participação nas atividades)	
Trabalho de equipa	20	Existe um bom ambiente de trabalho entre as colegas, espírito de cooperação e interajuda.	

Passagem de turno	21	Na passagem de turno, existe um tempo para a equipa se reunir com as que se sucedem. (existência de registo para a passagem de turno)	
-------------------	----	---	--

Anexo IV- Email enviado à Instituição “O Abrigo”

Bom dia Exm^a Dra.

Começo por me apresentar, sou a Cecília Oliveira, licenciada em Ciências da Educação e encontro-me a realizar o estágio curricular no Mestrado de Gerontologia Social na Santa Casa da Misericórdia de São João da Madeira no Lar S. Manuel.

Em virtude do diagnóstico realizado e tendo por base as preocupações da Diretora Técnica, o meu foco e tema do relatório de estágio centra-se nos cuidados com qualidade e humanizados dos colaboradores do Lar S. Manuel.

Com a realização de sessões de sensibilização que tenham por base o cuidar em Humanidade aumentem a qualidade e a humanização do cuidado prestado aos idosos do Lar S. Manuel. Pretendo que as sessões envolvam temáticas como: a importância do cuidar (A humanização dos cuidados), a relação de ajuda e a importância da comunicação na relação.

Prevê-se as sessões tenham a duração de 45 minutos e se realizem entre o meio do mês de maio e no decorrer do mês de junho. O local será no Lar S. Manuel da Santa Casa da Misericórdia.

Neste sentido, e após o conhecimento e apreciação das práticas da sua instituição, gostaria de lhe solicitar que fizesse parte do meu projeto através da dinamização de uma sessão de formação que se enquadre no projeto de estágio.

Seria um gosto enorme que fizesse parte deste pequeno projeto!

Com os melhores cumprimentos

Cecília Oliveira

Anexo V- Email enviado aos Bombeiros de São João da Madeira

Bom dia Exmos.

Começo por me apresentar, sou a Cecília Oliveira, licenciada em Ciências da Educação e encontro-me a realizar o estágio curricular no Mestrado de Gerontologia Social na Santa Casa da Misericórdia de São João da Madeira no Lar S. Manuel.

Em virtude do diagnóstico realizado e tendo por base as preocupações da Diretora Técnica, o meu foco e tema do relatório de estágio centra-se nos cuidados com qualidade e humanizados dos colaboradores do Lar S. Manuel. Após a recolha de dados foi possível reparar que a maioria dos colaboradores sentem a necessidade de ter formação em Primeiros Socorros focalizados nas pessoas idosas.

Prevê-se as sessões tenham a duração de 45 minutos e se realizem entre o meio do mês de maio e no decorrer do mês de junho. O local será no Lar S. Manuel da Santa Casa da Misericórdia.

Neste sentido, e após reconhecer e apreciar o vosso trabalho em prol da comunidade, gostaria de lhes solicitar que fizessem parte do meu projeto através da dinamização de uma sessão de formação que se enquadre na temática dos Primeiros Socorros à pessoa idosa.

Seria um gosto enorme que fizessem parte deste pequeno projeto!

Com os melhores cumprimentos

Cecília Oliveira

Anexo VI- Folha de Avaliação das Formações Formais

Formação:

A sua apreciação sobre a formação é um precioso contributo a fim de avaliar a forma como esta decorreu, possibilitando a melhoria e qualidade das futuras ações a realizar.

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Considera a ação uma mais valia?					
Interesse dos conteúdos:					
Clareza do conteúdo:					
Como avalia o impacto desta ação para o desenvolvimento/melhoria das suas competências profissionais?					
Avaliação Geral desta sessão:					

Considera que as informações obtidas na ação são importantes para o desempenho da sua função? Se sim, quais?

Identifique aspetos positivos e negativos da ação.

Sugestões/ Comentários.

Muito Obrigada pela sua Presença e Colaboração!

Cecília Oliveira

Anexo VII – Folha de avaliação das dinâmicas

Dinâmica:

A sua apreciação sobre a formação é um precioso contributo a fim de avaliar a forma como esta decorreu, possibilitando a melhoria e qualidade das futuras ações a realizar.

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Gostou da dinâmica desenvolvida?					
Considera esta dinâmica uma mais valia?					
Como avalia a entrega e a integração do grupo nesta dinâmica?					
Como avalia o impacto desta dinâmica para o desenvolvimento/melhoria das suas competências profissionais?					
Avaliação Geral desta sessão:					

Identifique aspetos positivos e negativos da ação.

Sugestões/ Comentários.

Muito Obrigada pela sua Presença e Colaboração!

Cecília Oliveira

Anexo IV – Guia Prático

Guia Prático do Lar S. Manuel

Santa Casa da Misericórdia de São João da Madeira



Realizado por: Cecília Oliveira

Índice

1. Breve história institucional
2. Missão, Valores e Visão
3. Direitos e Deveres
4. Rotinas e Tarefas
5. Truques e Dicas

Seja Bem-vindo ao Lar S. Manuel da Santa Casa da Misericórdia de São João da Madeira.

Este guia prático irá facilitar a sua integração na nossa casa.

Aqui irá encontrar as rotinas e as tarefas de cada piso, bem como truques e dicas para lhe ajudar a ter uma integração bem-sucedida.

Nunca se esqueça que pode sempre contar com o auxílio dos colegas de trabalho, das encarregas e da Diretora Técnica.

Breve história institucional

O Lar de Idosos S. Manuel é criado através da sucessão do Asilo S. Manuel, instalado no rés-do-chão do antigo Hospital da Misericórdia.

O projeto antigo de criar um Centro de Assistência à 3ª Idade, que viria a alojar cerca de 16 indivíduos mais velhos e de apoiar os mais carenciados.

A 11 de outubro de 1981, foi inaugurado o Lar S. Manuel com a capacidade de albergar 80 idosos. A coordenação dos serviços do Lar S. Manuel era feita pelas Irmãs Franciscanas, desde de muito cedo este lar ficou conhecido pela qualidade das instalações e dos serviços prestados.

Atualmente, e depois de ter sofrido várias remodelações, o Lar S. Manuel é uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, tendo capacidade para acolher 90 idosos.

Esta casa conta com mais de 35 anos de prestação de serviços quer de cariz hoteleiro como assistencial no atendimento das problemáticas dos mais velhos.

Missão, Valores e Visão

A missão desta instituição prende-se por desenvolver respostas ajustadas às necessidades das pessoas, quer seja de âmbito social, educacional e de saúde, orientando-se prioritariamente à população desfavorecida e vulnerável, promovendo a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade local.

Os valores institucionais são:

- Centrado na Pessoa
- Prioridade aos mais vulneráveis
- Comprometimento com a comunidade
- Identidade própria
- Solidariedade
- Responsabilidade social
- Qualidade
- Inovação

A visão prende-se por suceder a frequência plena e qualificação das respostas sociais já existentes; a ampliação das atividades desenvolvidas na área da Saúde e da Ação Social principalmente na área dos mais velhos; e equilíbrio económico-financeiro da operação das respostas sociais e da organização.

Direitos e Deveres dos Colaboradores

Os direitos dos colaboradores passam por:

- Ter boas condições de trabalho;
- Ter pausas previstas na lei;
- Ter livre acesso aos direitos consignados pela lei nomeadamente no que respeita a faltas, licenças, férias e outros;
- As férias deverão ser gozadas no próprio ano civil. Serão marcadas, tendo em consideração os interesses da instituição e dos funcionários;
- Ter acesso a ações de formação;
- Ter uma renumeração;
- Ser respeitado pelos utentes, familiares e superiores independentemente de convicções políticas, religiosas, ideológicas e filosóficas;
- Ser ouvido sempre que o seu bom nome seja colocado em causa perante utentes ou outros;
- Ser tratado com educação e urbanidade.

Os deveres são:

- Conhecer e assumir de forma personalizada os valores e atitudes decorrentes dos princípios orientadores pela Santa Casa da Misericórdia de São João da Madeira;
- Cumprir as funções profissionais;
- Cumprir o horário de trabalho;
- Comunicar e justificar por escrito atempadamente e sempre que possível, quando necessitar de faltar, salvo situação imprevista;
- Cumprir as ordens em matérias de serviço que lhe são dadas pelo Diretor de Serviços ou pelo Diretor Técnico;
- Manter sigilo profissional;

- Frequentar ações de formação que lhe forem proporcionadas e que sejam consideradas de interesse;
- Zelar por um bom ambiente de trabalho;
- Cuidar e conservar o equipamento da instituição de forma correta;
- Conhecer o Regulamento Interno e o Manual de Conduta e proceder em conformidade.

Rotinas e Tarefas

Sector: Encarregadas

Horário: Segunda-Feira a Sexta: Manhãs das 07h00 às 14h00;

Tardes das 14h00 às 21h00

Sábado e Domingo das 8h00 às 18h00

Horário	Tarefas e Rotinas
07h00	Visita aos pisos; Ler os registos do turno da noite; Ler o registo das ocorrências (quando existe alguma alteração nos utentes a Encarregada vai ver a situação e caso haja necessidade comunica às enfermeiras) e verificar o registo de trocas dos colaboradores; Verificar o plano de segurança; Verificar se os colaboradores estão todos ao serviço e se necessitam de algum apoio; Análise das necessidades dos utentes e encaminhamento para a enfermagem; Mantém as portas do 1º piso fechadas para não perturbar o decorrer da missa; Supervisiona os serviços dos Pisos e Ala, Copa, Cozinha, Lavandaria e Limpeza; Vigilância dos utentes nas salas;
8h00 – 8h30	Auxilia a enfermeira e acompanha-a nos pisos; Auxilia os colaboradores no transporte dos utentes para o refeitório; Supervisiona a toma da medicação e refeição; Apoia na distribuição da alimentação e apoio o utente se necessário; Contabiliza os utentes que vão ao refeitório, e caso falte alguém tenta perceber o porque.
9h00 – 13h00	Supervisiona os serviços dos Pisos e Ala, Copa, Cozinha,

	Lavandaria e Limpeza; Vigilância dos utentes nas salas; Supervisiona a limpeza dos utensílios dos utentes; Possibilidade de acompanhar os utentes a consultas quando existem consultas sobrepostas; Supervisiona a forma como os utentes estão vestidos e se a roupa se adequa ao tempo; Auxilia os colaboradores no transporte dos utentes para o refeitório; Apoia o momento do almoço e supervisiona o mesmo; Distribuição dos cafés aos utentes; Apoio e supervisão do trabalho nos pisos;
14h00-16h00	Passagem do turno; Supervisiona os serviços dos Pisos e Ala, Copa, Cozinha, Lavandaria e Limpeza; Vigilância dos utentes nas salas; Auxilia os colaboradores no transporte dos utentes para o refeitório; Apoia o momento do lanche e supervisiona o mesmo;
17h00-21h00	Supervisiona os serviços (jantar nos pisos, posicionamentos e hígienes); Auxilia os colaboradores no transporte dos utentes para o refeitório; Apoia o momento do jantar e supervisiona o mesmo; Supervisiona o Deitar e apoia na distribuição da medicação. Registo do Turno e Passagem de Turno (telefónico) Registo das ocorrências mais revelantes para a Diretora Técnica e Enfermagem.

Fins de Semana	Rotinas e Tarefas
Sábados e Domingos	Distribuição da medicação; Supervisiona os serviços dos Pisos e Ala, Copa, Cozinha, Lavandaria e Limpeza; Vigilância dos utentes nas salas; Auxilia os colaboradores no transporte dos utentes para o refeitório; Apoia o momento das refeições e supervisiona o mesmo; Prepara e auxilia a Missa e supervisiona a presença de pessoas exteriores que participam na missa; Atendimento aos familiares. Descapsulação da medicação quando a funcionária da farmácia está ausente; Substituição da Enfermeira aos Domingos.

Dia da Semana	Tarefas Semanais
Segunda-Feira	Contagem e registo das refeições quer dos utentes quer do pessoal e registo das alterações;
Terça-Feira	Disponibiliza a despensa da Limpeza e Copa e as fraldas para o 2ºPiso*
Quarta-Feira	Disponibiliza as fraldas do 1ºPiso + Ala de Acamados e da UCC e a despensa para a Copa*
Quinta-Feira	Disponibiliza os extras da Gertal para os Pisos (iogurte, bolacha maria, bolacha de água e sal, leite, chá, açúcar e Nestum).*
Sexta-Feira	Disponibiliza a despensa da Limpeza.

*Repôr o stock das esponjas, dos cremes, aventais, babetes e toucas nos Pisos e Copa e regista.

Outras Tarefas
Tira fotocópias dos registos/ registo dos peregrinos;
Estabelece a ponte com o Sr. Manuel sobre os extras que existem; Registo das refeições e encaminhamento dos Mapas para os Serviços Administrativos;
Preparam os lanches e a medicação para os passeios e encaminham a listagem dos utentes que vão sair para os pisos;
Apoiam a integração dos novos utentes
Estabelecem a comunicação com os familiares
Supervisiona a Instituição no seu total (preocupação com a estética, organização e higiene da casa)
Tem em atenção as avarias e manutenção e articula com o Chefe da Manutenção
Acompanhamento dos utentes a consultas na ausência da colaboradora das consultas ou quando existe sobreposição das mesmas.
Estabelece o contacto com os bombeiros para assegurar o transporte dos utentes para consultas ou fisioterapia.
Asseguram o serviço da farmácia quando a colaboradora da mesma está ausente.
Verifica todos os registos, procede à recolha, encaminhamento e informa a Diretora Técnica.
Reavaliação das necessidades dos utentes relativamente ao uso etiologia das fraldas.
Receção, seleção e registo dos donativos e encaminhamento.
Recolha e entrega dos donativos dos peregrinos aos Serviços Administrativos.
Receção e encaminhamento dos peregrinos.
Reuniões com a Diretora Técnica+ Equipa Técnica e Colaboradores.
Supervisiona a distribuição de roupas; Encaminhamento e receção das mesmas para a Lavandaria.
Solicita na Cozinha as alterações na alimentação. (p.ex: as dietas)
Triagem da roupa/calçado e outros géneros oferecidos e respetivo armazenamento e encaminhamento.
Atendem às solicitações dos utentes.

Sector: Ajudantes de Lar e Centro de Dia

Horário: Segunda-Feira a Domingo

Turno da Manhã	Turno da Tarde	Turno da Noite
7h00 às 14h00	14h00 às 21h	21h00 às 7h00
7h00 às 14h30	15h00 às 22h00	

*perguntar sobre o turno das 8h00 às 15h00

Horário	Tarefas e Rotinas
7h00-8h30	Administração da medicação do jejum; Um colaborador fica encarregue de dar os banhos; Dois colaboradores começam pelas higiene parciais.
8h30-9h00	Um colaborador vai com os utentes para o refeitório; Dois colaboradores ficam no piso a dar o pequeno-almoço aos restantes utentes;
9h15-9h25	Pausa de 10 min. No 1º Piso e Ala dos Acamados, um colaborador do piso vai para a Ala dos Acamados auxiliar as colegas a fazer as higiene/banhos, enquanto dois colaboradores fazem a pausa; Em seguida os colaboradores da Ala dos Acamados fazem a pausa; No 2ºPiso os três colaboradores fazem a pausa;
9h25-11h00	Continuação da realização das higiene parciais/banhos de acordo com a ordem de serviço estipulado; Começam a fazer as camas, se necessário mudam os lençóis e procedem à desinfeção das camas.
11h00-11h30	Colocar e auxiliar as idas dos utentes ao W.C; Hidratação dos utentes; Posicionamentos dos utentes acamadas e se necessário mudança das fraldas; São dados pequenos lanches aos utentes diabéticos; Recolha da roupa suja (lençóis, toalhas, roupas de dormir) e entrega da mesma na lavandaria; Recolha da roupa limpa da lavandaria (lençóis, toalhas e

	camisas...) para o Piso.
12h00-13h00	Transporte dos Utes para o Refeitório; Um colaborador fica a auxiliar no refeitório e supervisiona a toma da medicação. Outro colaborador vem para a sala do Piso distribuir e alimentar os restantes utentes;
13h00/13h30	Pausa para o almoço
13h30-14h30	Deitar os utentes sinalizados para o fazer depois de almoço; Reposição das fraldas nos quartos; Os colaboradores que foram almoçar no período anterior levam os utentes ao W.C; Posicionamentos dos utentes acamadas e se necessário mudança das fraldas; Começam a fazer os registos do turno. Passagem de turno.

Turno da Tarde

Horário	Tarefas e Rotinas
14h00-15h00	Caso o serviço do turno da manhã não estiver tudo feito os colaboradores que seguem serviço devem de ajudar a completar as tarefas. Ler o Registo de Ocorrências; Colocar e auxiliar as idas dos utentes ao W.C; Hidratação dos utentes; Posicionamento dos utentes que estão no leito;
16h00-16h30	Transporte dos Utes para o Refeitório; Um colaborador fica a auxiliar no refeitório; Outro colaborador vem para a sala do Piso distribuir e dá o lanche e a medicação aos restantes utentes;
16h30-16h40	Pausa para o lanche

16h40-18h45	Deitar os utentes sinalizados após o lanche; Posicionamentos dos utentes acamadas e se necessário mudança das fraldas; Abrir as camas; Mudar as toalhas se necessário; Preparação e distribuição da roupa/fraldas para o dia seguinte;
18h45-19h00	Transporte dos utentes mobilidade reduzida para o refeitório;
19h00-19h30	Entrada dos restantes utentes; Um colaborador fica a auxiliar no refeitório; Outro colaborador vem para a sala do Piso começa por administrar a medicação e distribui e alimenta os restantes utentes;
19h30-21h00	Deitar os restantes utentes no refeitório; Realizar a higiene oral; Começam a realizar os registos de turno; Início dos posicionamentos e mudanças de fraldas se necessário conforme o plano;
21h00-22h00	Distribuição das Ceias e administração da medicação; Passagem de turno.

Dias da Semana	Tarefas Semanais
Segunda-Feira	Arrumação dos armários.
Terça-Feira	Limpeza dos Carros/Cadeirões e Auxiliares de Marcha.
Quarta-Feira	Separar e distribuir as roupas.
Quinta-Feira	Corte das Unhas e Pêlos
Sexta-Feira	Mudança de toalhas.
Sábado	Separar e distribuir as roupas.

Turno manhã- Ala dos Acamados

Horário	Tarefas e Rotinas
07h00-8h30	Higienes Parciais aos utentes que tomam o pequeno-almoço no Refeitório ou na Sala do 1ºPiso, começam pelo quarto 1.4
8h30-9h15	Um colaborador vai buscar o carrinho com o pequeno-almoço; Outro colaborador prepara a medicação (descapsular a medicação) Preparação da comida mole e distribuição dos pequenos-almoços; Administração do pequeno-almoço aos utentes com sonda nasogástrica e utentes que são se conseguem alimentar sozinhos; Supervisão dos utentes que se alimentam sozinhos;
9h15-10h00	Levante dos utentes já preparados; Continuação das higienes; Os colaboradores do 1ºPiso vêm tomar o pequeno-almoço e um colaborador do 1ºPiso fica na ala a auxiliar o trabalho e que não vão ao refeitório;
10h10-10h20	Pausa para o lanche.
10h20-12h00	Decisão de equipa: se começam primeiro com os banhos ou retomam as higienes; Muda da roupa das camas; Fazer as camas; Ir à Lavandaria buscar toalhas, lençois e roupa lavada; Preenchimento do registo das AVD'S de cada utente.
12h00-13h00	Um colaborador vai buscar o carrinho com o almoço; Outro colaborador prepara a medicação (descapsular a medicação e ralam) Preparação da comida mole; Auxilia o 1ºPiso na distribuição e administração do almoço aos utentes que permanecem na Sala do 1ºPiso;
13h00-13h30	Almoço dos colaboradores do 1ºPiso Os colaboradores da Ala começam a deitar os utentes referenciados para após o almoço quer na Ala como no 1ºPiso;
13h30-14h00	Pausa para o almoço.

Turno da tarde- Ala dos Acamados

Horário	Tarefas e Rotinas
14h00-15h00	Ler o Registo de Ocorrências; Um colaborador do 1ºPiso vem auxiliar a ala; Hidratação dos utentes; Posicionamento dos utentes que estão no leito; Mudança de fralda se necessário;
15h00-15h30	Entrada do colaborador das 15h; Continuação dos posicionamentos e mudança de fralda; Reposição das fraldas para o dia seguinte; Escolha do vestuário do utente para o dia seguinte.
15h30-16h20	Buscar o carrinho com o lanche; Preparação da alimentação mole para o lanche; Distribuição e administração do lanche e medicação.
16h20-17h40	Deitar os utentes sinalizados após o lanche; Posicionamentos e mudança de fraldas;
17h40-18h30	Descapsular a medicação para o jantar; Relar a medicação para os utentes com sonda naso-gástrica
18h30-20h00	Buscar o carrinho com o jantar; Preparação, distribuição e administração do jantar; Auxilia a sala do 1ºPiso;
20h00-20h30	Preparação e distribuição dos tabuleiros da medicação.
20h30-21h00	Pausa para o jantar.
21h00-22h00	O colaborador auxilia o colaborador do turno da noite a posicionar e mudar as fraldas de acordo com o plano.

Turno da Noite

Horário	Tarefas e Rotinas
21h00-23h00	Início dos posicionamentos e mudanças de fraldas se necessário; Continuação da distribuição das Ceias e administração da medicação;
23h00-05h00	Vigilância dos Utentes;
05h00-06h00	Posicionamentos e mudanças de fraldas se necessário;
06h00-07h00	Administração da medicação do Jejum; Levantar e preparar utentes com consultas, se necessário; Registo do turno; Passagem de turno.

Dias da Semana	Tarefas Semanais
15 em 15 Dias	Mudança de lençóis de todas as camas, em situações de fugas os lençóis devem de ser mudados sempre que necessário.
Segunda-Feira	De 15 em 15 dias higienização das Cadeiras de Rodas; Cadeirões; Carros da Comida e Carro das higiene;
Terça-Feira	Receção da roupa dos utentes; Separação por utente; Distribuição da roupa.
Quarta-Feira	Troca das toalhas
Quinta-Feira	Receção da roupa dos utentes; Separação por utente; Distribuição da roupa; Corte de Unhas e Pêlos no 1ºPiso e Ala dos Acamados;
Sexta-Feira	Corte de Unhas e Pêlos no 2ºPiso

Outras Tarefas
Zelar pelo conforto e bem-estar do utente;
Higienização do utente e roupa do mesmo, sempre que necessário, nomeadamente após as refeições;

Limpeza dos utensílios após a sua utilização;
Limpeza dos utensílios/espacos após a sua utilização, nomeadamente durante e após momentos de refeições.
Rececionam a roupa que os familiares trazem, colocam num saco devidamente identificado, assina e preenche o registo de pertences e encaminhamento para marcação nominal.
Acompanhamento dos utentes em caso de urgência se necessário.
Após as refeições verificar se os utentes estão limpos e se é necessário trocar a roupa;
Proceder ao levante dos utentes para o cadeirão conforme o plano estipulado.

Sector: Limpeza

Horário: Segunda-Feira a Domingo das 8h00 às 16h00

8h00 às 17h00

14h00 às 20h00

8h00 às 13h00

Plano de Limpeza 1ºPiso

Horário	Tarefas e Rotinas
8h00-8h45	Limpeza da Sala de Estar Grande/Sala do Piso – Recolha do lixo; varrer o chão; limpeza das cadeiras; limpar a máquina da água; limpar as mesas, o balcão; limpeza de vidro quando possível;
8h45-9h00	Recolha do lixo de todas as W.C e dos carrinhos de higiene e transporte do mesmo;
9h00-10h00	Limpeza de todas as W.C (inicia a limpeza do quarto 114 e por ai diante)
10h00-10h10	Pausa para o lanche
10h10-12h20	Limpeza do chão dos quartos;

12h20-13h00	Limpeza dos quartos da Ala dos Acamados;
13h00-14h00	Pausa para o almoço.
14h00-15h30	Continuação da limpeza dos quartos;
15h30-16h00	Recolha do lixo de todas as W.C e transporte do mesmo; Limpeza das W.C mais utilizadas;

Tarefas e Rotinas (serviço assegurado por dois colaboradores)
Limpeza de vidros;
Limpeza das varandas;
Limpeza dos ferros da cama;
Limpeza geral nas W.C;

Organização do Material
Pano Vermelho/Laranja- destinado para a limpeza das W.C
Pano Verde – destinado para limpeza das loiças W.C
Pano Cor-de-Rosa – destinado para a limpeza do pó
Existe apenas um balde e a água desta é renovada diversas vezes.

Plano de limpeza 2ºPiso

Horário	Tarefas e Rotinas
8h00-8h15	Limpeza da Sala de Estar do Piso (lavar as cadeiras com água e detergente; o chão deve-se de passar primeiro a mopa e em seguinte lavar o chão com água e detergente)
8h15-9h15	Limpeza diária dos quartos particulares (clausuras); Limpeza do quarto 209;
9h15-10h00	Recolha do lixo de todas as W.C e transporte do mesmo; Limpeza da W.C e do chão das clausuras;
10h00-10h10	Pausa para o lanche.
10h10-11h00	Limpeza do quarto e W.C (201) Limpeza de todas as W.C do piso (desinfeta com lixívia e lava as loiças da casa de banho)
11h00-11h30	Recolha do lixo de todas as W.C e transporte do mesmo; Limpeza das W.C utilizadas nessa hora com lixívia;
11h30-13h00	Limpeza do chão dos quartos (inicia a limpeza no quarto 214 e por ai diante);
13h00-14h00	Pausa para o almoço.
14h00-14h40	Continuação da limpeza dos quartos;
14h40-14h50	Limpeza do corredor (1ºpassar a mopa e depois lavar o chão com água e detergente);
14h50-16h00	Verificar se as W.C têm papel higiénico, no caso de faltar, têm de repor; Limpeza e desinfecção das W.C mais utilizadas; Recolha do lixo de todas as W.C e transporte do mesmo

Periodicidade	Tarefas e Rotinas
15 em 15 dias	Esfregar os barões das W.C
1 vez por semana	Limpar o pó. Divide-se os dias da semana pelos quartos.
Todos os Dias	Nos quartos onde os utentes permanecem no leito, limpa-se as mesinhas de cabeceira;
Gestão feita pelo colaborador	Limpeza dos vidros;
	Limpeza das varandas;
	Limpeza geral dos quartos (retirar os móveis do sítio);

6 em 6 meses	Lavagem dos cortinados da sala*;
1 vez por ano	Lavagem dos cortinados dos quartos*;

*Sempre que o colaborador verificar que os cortinados estão sujos, o mesmo limpa a área suja com água e detergente.

Organização do Material
Balde Vermelho – destinado para a limpeza das W.C (mudança de água frequente)
Balde Azul – destinado para a limpeza do chão (mudança de água pelo menos 2x)
Pano Cor-de-Rosa/Vermelho/Laranja- destinado para a limpeza das W.C
Pano Verde – destinado para a limpeza do pó
Pano Azul – destinado para a limpeza de vidros

Sector: Lavandaria

Horário: Segunda a Quinta-feira das 8h00 às 17h00; Sexta-Feira das 8h00 às 16h00

Segunda a Sexta-Feira das 13h00 às 21h00; Sábado das 9h30 às 13h30

Horário	Tarefas e Rotinas
8h00-10h00	Duas colaboradoras começam por separar e encher as máquinas de lavar e secar; Outras duas colaboradoras começam por dobrar e passar a ferro a roupa e começam a passar os lençóis na calandra;
10h30-13h00	Trocam de sectores; Passam os lençóis na calandra (continuação); Dão início à lavagem da roupa da Casa de Repouso* e UCC;
14h00-15h00	Duas colaboradoras separaram e enchem as máquinas de lavar e secar; Outras duas colaboradoras dobram e passam a ferro a roupa; Continuação da lavagem das roupa do Lar S. Manuel e Casa de Repouso e dão início à lavagem da roupa do Centro de Acolhimento;
15h00-17h00	Trocam de sectores; Dão início à lavagem da roupa dos infantários e Lar Residencial do Pisão;

*Toda a roupa da Casa de Repouso tem de ser passada a ferro.

Turno da tarde

Horário	Tarefas e Rotinas
13h00-14h30	Uma colaboradora dá continuidade da lavagem da roupa contaminada; A outra colaboradora escolhe e separa a roupa do Centro de Acolhimento;

14h30-15h30	Uma colaboradora carrega as máquinas de lavar e secar com roupa do Centro de Acolhimento; Outra Colaboradora escolhe e separa a roupa dos infantários*;
15h30-18h00	Trocam de Sectores; Uma colaboradora continua na lavagem e secagem das roupas; Outra colaboradora dobra e passa a roupa a ferro e coloca no sítio estipulado.
18h00-20h00	As duas colaboradoras fazem uma análise das necessidades: <ul style="list-style-type: none"> • Lavagem de mantas, cobertores, tapetes, resguardos e lençóis; • Continuação da lavagem e secagem da roupa do lar; • Dobrar e passar a ferro.

*Os infantários ficam prontos no mesmo dia.

Outras Tarefas
Remarcar as peças de roupa quando a marcação que tem está pouco visível;
Quando a roupa necessitar de arranjos, encaminhar as peças para a costura;

Sector: Costura

Horário: Segunda a Sexta-Feira das 8h00 às 17h00

Tarefas e Rotinas
<ul style="list-style-type: none">• Arranjo de Roupa das valências da Santa Casa da Misericórdia com a exceção dos Infantários e Centro de Dia;
<ul style="list-style-type: none">• Auxilia no serviço na Lavandaria quando necessário.

Sector: Copa

Horário: Segunda a Domingo das 8h30 às 20h30

Horário	Tarefas e Rotinas
8h00	Uma colaboradora começa por colocar o pão, as manteigas e fazer as sopas de pão para o pequeno almoço; A outra colaboradora começa por lavar a loiça do jantar do dia anterior dos colaboradores do Lar e da UCC.
8h30- 9h30	Servir o Pequeno-almoço e apoiar na refeição quando o utente necessitar, enquanto os utentes tomam o pequeno-almoço, e se der tempo, começa-se a preparar as sobremesas para os utentes que utilizam Sonda Nasogástrica; Recolha das loiças sujas; Limpeza das toalhas, e se necessário trocam-se as toalhas dos utentes e colaboradores.
9h15-11h15	Uma colaboradora começa por colocar as loiças para o almoço dos utentes e colaboradores; Outra colaboradora lava a loiça toda do pequeno-almoço (refeitório, pisos, ala dos acamadas e UCC); Entrega dos panos na Lavandaria; Ida à dispensa buscar os artigos para preparar as sobremesas do almoço e para o lanche;
11h30-11h55	Descascar a fruta para os utentes com mais dificuldades; Uma colaboradora prepara e emprata os tabuleiros do almoço para os Pisos, Ala dos Acamados e UCC; A outra colaboradora serve o chá ou água ou vinho;
11h55-12h00	Servir as sopas para os 81 utentes;
12h00-12h15	Entrada dos utentes para o refeitório; Continuação de servir as sopas;
12h15-13h30	Servir o prato principal e apoiar os utentes se necessário; Uma colaboradora recolhe a loiça, limpa as mesas (se necessário, troca as toalhas) e varre o chão; Outra colaboradora lava a loiça toda do almoço, incluindo, a loiça

	dos pisos, ala dos acamados e UCC; Se der tempo, começa-se a preparar e a distribuir a loiça do lanche;
15h00-15h45	Limpeza do chão do refeitório; Uma colaboradora recolhe a loiça e limpeza a mesa dos colaboradores; Outra colaboradora lava a loiça dos colaboradores; Continuação da preparação das mesas para o lanche; Distribuição do pão, açúcar, manteiga, doce e queijo ou fiambre, dependendo dos dias. Recolha e entrega do lixo;
16h00-17h45	Servir o lanche aos utentes e apoiar os utentes se necessário; Uma colaboradora recolhe a loiça e limpa as mesas; A outra lava a loiça do lanche;
17h45-18h10	Buscar a despensa para o outro dia (vinho, água, fruta, guardanapos) e buscar alimentos para a preparação do lanche dos colaboradores que fazem noite;
18h10-18h25	Uma colaboradora prepara e emprata os tabuleiros do jantar para os Pisos, Ala dos Acamados e UCC; A outra colaboradora serve o chá ou água ou vinho;
18h25-18h30	Entrega do carro da alimentação nos Pisos, Ala dos Acamados e UCC;
18h30-18h35	Servir as sopas;
18h35-19h00	Entrada dos utentes com mais dificuldades e os de cadeira de rodas;
19h00-19h30	Entrada dos restantes utentes; Continuação de servir as sopas; Servir o prato principal e apoiar os utentes na refeição se necessário;
19h30-20h30	Uma colaboradora lava a loiça; A outra recolhe a loiça e limpeza as mesas; Distribuição da loiça do pequeno almoço.

Dias da Semana	Tarefas Semanais
Segunda-Feira	Lavagem do Banho Maria
Terça-feira	Mudança dos guardanapos (Se o almoço for peixe, os guardanapos só são trocados depois do mesmo; se o almoço for carne os guardanapos são trocados ao pequeno almoço); Limpeza dos vidros e Cadeiras
Quarta-feira	Desinfecção da loiça toda (Pisos, Ala dos Acamados, UCC + loiça do refeitório)
Quinta-feira	Limpeza geral da copa e lavagem dos três carros de alimentação;
Sexta-feira	Mudança dos guardanapos (Se o almoço for peixe, os guardanapos só são trocados depois do mesmo; se o almoço for carne os guardanapos são trocados ao pequeno almoço);
Sábado	Lavagem e Desinfecção dos tabuleiros dos pisos; Desinfecção das cadeiras do refeitório;
Domingo	Lavagem de todas as canecas da água; Lavagem e desinfecção dos carros de comida.

Sector: Cozinha

Horário: Segunda-Feira a Sexta-Feira das 07h30 às 15h00 e das 11h30 às 19h30

Sábado e Domingo: 07h30 às 19h30

Sector: Consultas

Horário: Segunda a Sexta-Feira das 8h00 às 17h00

Horário	Tarefas e Rotinas
07h30-9h00	Preparação do Pequeno-almoço: Encher e aquecer 2 panelas de Leite, 2 de café e 2 de chá. Distribuição dos líquidos por cafeteiras e enviar para a copa. Preparação dos legumes para as sopas Lavagem da loiça do pequeno-almoço.
9h00-10h00	Preparação das sopas. (Diabética, Geral, Sem Sal, Renal, Passada com carne ou peixe, Passada sem carne ou peixe). Preparação dos alimentos para prato principal.
10h00-11h00	Preparação do prato principal (depende dos pratos)
11h00-12h30	Preparação das saladas. Empratamento do prato principal. Lavagem da loiça. Limpeza da cozinha. Recolha e encaminhamento do lixo. Empratamento da Cantina Social.
12h30-13h30	Servir os utentes da Cantina Social. Uma colaboradora vai servir o almoço dos colaboradores; Outras duas colaboradoras continuam na limpeza da cozinha.
13h30-14h30	Pausa para o almoço.
14h30-18h30	Uma colaboradora fica na preparação do lanche: Encher e aquecer 2 panelas de Leite, 2 de café e 2 de chá. Outra colaboradora procede à lavagem da loiça. Preparação dos legumes para as sopas Preparação das sopas. (Diabética, Geral, Sem Sal, Renal, Passada com carne ou peixe, Passada sem carne ou peixe) Preparação do prato principal.
18h30-18h45	Preparação e encaminhamento dos tabuleiros com o jantar para os pisos; Limpeza da cozinha.
18h45-19h00	Encaminhamento das sopas para os utentes de mobilidade de reduzida que jantam no refeitório. Continuação da limpeza da cozinha.
19h00-19h15	Encaminhamento das sopas e do prato principal para a copa.
19h15-19h30	Encaminhamento da refeição dos colaboradores para a copa.

Tarefas e Rotinas
<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento dos utentes às consultas médicas
<ul style="list-style-type: none"> • Marcação das roupas dos utentes
<ul style="list-style-type: none"> • Quando possível, leva os utentes à Casa de Banho
<ul style="list-style-type: none"> • Desinfecção dos utensílios pessoais dos utentes
<ul style="list-style-type: none"> • Auxilia o trabalho nos pisos e na lavandaria sempre que seja necessário
<ul style="list-style-type: none"> • Auxilia o trabalho da Farmácia quando o colaborador da mesma falta
<ul style="list-style-type: none"> • Em situação de saídas procede ao transporte dos utentes de Centro de Dia, se necessário
<ul style="list-style-type: none"> • Quando necessário procede à compra de material/utensílios em falta

Sector: Farmácia

Horário: Segunda a Sexta-Feira das 8h00 às 17h00.

Tarefas e Rotinas
Distribuir a medicação no refeitório para o pequeno-almoço; Supervisão e recolha das necessidades dos utentes para comunicar às enfermeiras;
Administrar as insulinas caso as enfermeiras não tenham dado e em simultâneo chama os utentes para os pensos/curativos;
Preparar os tabuleiros da medicação do jejum e do deitar;
Auxiliar as enfermeiras nos pensos/curativos;
Ida aos pisos nos dias dos curativos com as enfermeiras;
Lavagem e desinfeção dos carrinhos;
Recolha e depósito do lixo contaminado;
Recarregar o carrinho dos pensos;
Preparar da medicação para os pisos e refeitório;
Preparação dos Kits dos pensos (esterilização dos materiais e embalamento)
Continuação da preparação da medicação para os pisos e refeitório;
Administração da insulina;
Organizar e preparar os processos médicos dos utentes que têm consulta médica no dia seguinte;
Pausa para o Almoço- 1hora.
Distribuição da medicação do lanche nos pisos e refeitório;
Cortar a medicação;
Auxiliar a enfermagem nos pensos;
Continuação da preparação dos Kit's dos pensos;
Colocação da medicação do jantar depois do lanche;