



Instituto Superior de Serviço Social do Porto
Cooperativa de Ensino Superior de Serviço Social, C.R.L.

Gerontopsicomotricidade e Prática Gerontológica: Projeto de Intervenção em Contexto Residencial

Rita Abdul Afonso Costa

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

Orientadora: Professora Doutora Sidalina Almeida

Senhora da Hora, 12 de março de 2021

Gerontopsicomotricidade e Prática Gerontológica: Projeto de Intervenção em Contexto Residencial

Rita Abdul Afonso Costa

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

Orientadora: Professora Doutora Sidalina Almeida
Instituição acolhedora: Quinta de Santa Ana Residência Sénior
Orientadora Local: Stefanie Gonçalves

Senhora da Hora, 12 de março de 2021

Resumo

O presente relatório é desenvolvido no âmbito do estágio em Gerontologia Social, cujo principal objetivo é desenvolver competências profissionais e aprofundar conhecimentos que foram sendo adquiridos ao longo do mestrado.

O estágio realizou-se numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) privada situada na freguesia de Carvoeiro, no concelho de Viana do Castelo, que abriu em abril de 2020.

Com base numa metodologia de Investigação-Ação, que privilegia os discursos, perceções e vivências dos atores sociais que integram esta realidade, procurou-se identificar os problemas e as necessidades. O conhecimento construído com os idosos e profissionais da Instituição permitiu a conceção e desenvolvimento de um projeto que tem duas ações.

A primeira, o trabalho direto com os utentes, que visou retardar as perdas cognitivas e físicas dos mesmos, através da Gerontopsicomotricidade. Nesta ação, foi possível verificar a existência de declínios cognitivos, a nível da atenção, memória, das coordenações motoras (grossa e fina) e na organização espaciotemporal. Ao longo da implementação das atividades, observaram-se melhorias nos parâmetros referidos anteriormente, apesar dos entraves existentes face à pandemia Covid-19.

A segunda ação, visou ajudar a Instituição a perceber se vai ao encontro das necessidades e das expectativas dos utentes, ou seja, perceber qual o grau de qualidade na sua prestação de cuidados e serviços. Aqui, constatou-se que os utentes têm uma grande satisfação face aos cuidados e serviços prestados, apresentando compreensão para com os funcionários.

O projeto possibilitou, também, perceber as questões burocráticas existentes na abertura de uma Instituição para pessoas idosas, uma vez que se pode acompanhar de perto todo o trabalho desenvolvido, desde a organização da medicação, arquivamento de faturas, receção de encomendas, reuniões para candidaturas às vagas existentes, entre outras.

Palavras-chave: Envelhecimento; Projeto de intervenção; Envelhecimento Ativo; Gerontopsicomotricidade; Prática Gerontológica;

Abstract

This report is developed as part of the internship in Social Gerontology, whose main objective is to develop professional skills and deepen knowledge that was acquired during the master's degree.

The internship took place in a private Residential Structure for Elderly People (ERPI) located in the parish of Carvoeiro, in the municipality of Viana do Castelo, which opened in April 2020.

Based on an Action-Research methodology, which privileges the speeches, perceptions and experiences of the social actors that integrate this reality, we sought to identify the problems and needs. The knowledge built with the elderly and professionals of the Institution allowed the design and development of a project that has two actions.

The first, direct work with users, which aimed to delay their cognitive and physical losses, through Gerontopsychomotricity. In this action, it was possible to verify the existence of cognitive declines, in terms of attention, memory, motor coordination (thick and thin) and in spatiotemporal organization. Throughout the implementation of the activities, improvements were observed in the parameters referred to above, despite the existing barriers in the face of the Covid-19 pandemic.

The second action, aimed at helping the Institution to understand whether it meets the needs and expectations of users, that is, to understand the degree of quality in its provision of care and services. Here, it was found that users are very satisfied with the care and services provided, showing understanding for employees.

The project also made it possible to understand the bureaucratic issues existing in the opening of an Institution for the elderly, since one can closely monitor all the work developed, from the organization of medication, filing of invoices, receipt of orders, meetings for applications existing vacancies, among others.

Keywords: Aging; Intervention project; Active Aging; Gerontopsychomotricity; Gerontological Practice;

Agradecimentos

A elaboração deste trabalho tornou-se possível com o contributo de um grupo de pessoas que me apoiaram e às quais gostaria de revelar os meus sinceros agradecimentos.

À minha orientadora Professora Doutora Sidalina Almeida, pelo apoio e tempo disponibilizados, que foram imprescindíveis e pelos seus ensinamentos, que me possibilitaram crescer enquanto profissional.

À Instituição Quinta de Santa Ana – Residência Sénior, que se mostrou totalmente disponível para a conclusão deste estágio. Aos utentes agradeço pelo carinho, pela paciência e por terem partilhado comigo momentos incríveis.

A todos os que fizeram parte deste percurso de aprendizagem, desde professores, colegas de mestrado e colaboradores do ISSSP.

À minha família, em especial aos meus pais, que me apoiaram incondicionalmente na tomada de decisão de ingressar no Mestrado e me ajudaram nos momentos mais difíceis. Aos meus amigos, pela paciência e apoio que me prestaram sempre que precisei.

Índice

Introdução	1
CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA PARA ANÁLISE DO FENÓMENO EM ESTUDO/INTERVENÇÃO.....	3
1. O fenómeno do Envelhecimento Humano	3
1.1. Envelhecimento Individual e Coletivo.....	4
1.2. Envelhecimento Normal, Patológico ou Bem-sucedido	5
1.3. Gerontologia.....	8
2. Envelhecimento Ativo.....	11
3. Respostas Sociais para Pessoas Idosas	15
4. Conceito de Institucionalização	22
4.1. Motivos e Tipos de Toma de Decisão para a Institucionalização.....	23
4.2. Identidade e perda de papéis	25
4.3. A importância das rotinas.....	28
4.4. Viver num lar durante uma pandemia	29
5. Psicomotricidade.....	32
5.1. Gerontopsicomotricidade	33
5.1.1. Objetivos da Gerontopsicomotricidade.....	35
5.1.2. Relação Psicomotricista e Idoso	35
5.1.3. Sessões de Psicomotricidade.....	36
5.1.4. Observação e Avaliação na Gerontopsicomotricidade	37
5.1.5. Benefícios da Psicomotricidade nos idosos	38
5.1.6. Benefícios da Psicomotricidade nos idosos em tempos de pandemia	38
6. Serviços e Qualidade.....	39
6.1. Deming e os 14 princípios da Qualidade	40
6.2. Trilogia de Juran.....	40

6.3. Qualidade Esperada e Qualidade Percebida.....	41
6.4. Importância de medir a Qualidade	42
CAPÍTULO II – DIAGNÓSTICO SOCIAL.....	44
Parte I – Notas Metodológicas em torno da Metodologia de Projeto	44
1. Método de Investigação	46
2. Técnicas de Recolha de Dados	47
3. Técnicas de Tratamento de Dados	51
Parte II - Caracterização da Instituição	52
1. Características Físicas e Arquitetónicas.....	52
2. Características de Organização e Funcionamento	53
3. Características do Pessoal	56
Parte III - Características dos Residentes	57
1. Características Sociodemográficas	57
2. Caracterização das Capacidades Cognitivas.....	60
3. Caracterização das Capacidades Funcionais.....	61
CAPÍTULO III – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	64
Parte I – Plano de Intervenção	64
1. Necessidades, Objetivos e Metodologia de Intervenção.....	64
2. Planificação e Cronograma do projeto.....	67
Parte II – Execução do Projeto	72
1. Descrição das atividades implementadas.....	72
1.1. Atividades de Estimulação Cognitiva.....	75
1.2. Atividades de Estimulação física/motora	77
1.3. Prática Gerontológica	78
1.4. Atividades implementadas fora do Plano de Atividades	79
1.5. Reflexão da implementação das atividades	80

Parte III - Avaliação da intervenção.....	83
1. Atividades de Estimulação Cognitiva.....	83
2. Atividades de Estimulação Físico-motora	84
3. Prática Gerontológica.....	86
4. Avaliação do desempenho da Estagiária	93
Considerações Finais	94
Referências Bibliográficas	98
Anexos	105

Índice de Figuras

Figura 1: Passos de caracterização da IA.....	44
Figura 2: Fases de um Projeto.....	45
Figura 3: Funções do Gerontólogo	10
Figura 4: Determinantes do Envelhecimento Ativo.....	13
Figura 5: Pilares do Envelhecimento Ativo	14
Figura 6: Tipos de tomada de decisão para a institucionalização	24
Figura 7: Principais Práticas Psicomotoras.....	33
Figura 8: Níveis de Carácter da Psicomotricidade.....	34
Figura 9: Trilogia de Juran.....	41
Figura 10: Análise SWOT	64

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Evolução das Respostas Sociais para Pessoas Idosas (2000-2017).....	17
Gráfico 2: Evolução do número de Respostas Sociais ERPI e SAD (2000-2017)	18
Gráfico 3: Evolução da capacidade das respostas sociais para as Pessoas Idosas (2000-2017)	19
Gráfico 4: Distribuição percentual dos utentes em respostas sociais para as Pessoas Idosas por escalão etário.....	20
Gráfico 5: Distribuição percentual dos utentes em Centro de Dia, ERPI e SAD por capacidade de realização de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD).....	21
Gráfico 6: Sexo dos Utentes	57
Gráfico 7: Faixa Etária dos Utentes	58
Gráfico 8: Estado Civil dos Utentes.....	58
Gráfico 9: Habilitações Literárias dos Utentes	59
Gráfico 10: Patologias existentes	59
Gráfico 11: Resultados do MMSE.....	60
Gráfico 12: Resultados do Índice de Barthel	61
Gráfico 13: Resultados do Índice de Lawton.....	62
Gráfico 14: Resultados da Escala de Quedas de Morse.....	62
Gráfico 15: Grau de satisfação em participar nas atividades de Estimulação Cognitiva.....	83
Gráfico 16: Atividades que os utentes mais gostaram de realizar	84
Gráfico 17: Grau de agrado em participar nas atividades de Estimulação Físico-motora.....	84
Gráfico 18: Atividades que os utentes mais gostaram de fazer	85
Gráfico 19: Sexo dos utentes que responderam ao Protocolo Gerontológico	87
Gráfico 20: Respostas à pergunta "Como é viver nesta Instituição"	87
Gráfico 21: Respostas à pergunta "Os equipamentos são adequados às suas necessidades?".	88
Gráfico 22: Respostas à pergunta "A prestação de serviços, vai de encontro às suas expectativas?"	88

Gráfico 23: Respostas à pergunta "Como avalia os funcionários quanto ao modo como lhe prestam os cuidados?"	89
Gráfico 24: Respostas à pergunta "Como é a alimentação na Instituição?"	90
Gráfico 25: Respostas à pergunta "Alguma vez sentiu medo em estar nesta Instituição?"	90
Gráfico 26: Respostas à pergunta "Como é a sua relação com os outros utentes e funcionários?"	91
Gráfico 27: Resposta à questão "Sente que os seus interesses e desejos são reconhecidos?"	91
Gráfico 28: Respostas à pergunta "Como classifica a sua Qualidade de Vida na Instituição?"	92

Índice de Tabelas

Tabela 1: Esperança de Vida à nascença por sexo (2011-2018).....	3
Tabela 2: Índice de Envelhecimento em Portugal (2011-2019)	4
Tabela 3: Índice de Longevidade em Portugal (2011-2019)	4
Tabela 4: Índice de Dependência de Idosos em Portugal (%) entre 2011 e 2019	8
Tabela 5: Pontuação do Índice de Lawton & Brody.....	49
Tabela 6: Pontuação do Índice de Barthel	50
Tabela 7: Pontuação da Escala de Quedas de Morse.....	50
Tabela 8: Pontuação do MMSE	51
Tabela 9: Horário das refeições na Instituição.....	55
Tabela 10: Equipa de Profissionais da Instituição	56
Tabela 11: Planificação das ações, por meses	68
Tabela 12: Cronograma das Atividades realizadas no mês de outubro	69
Tabela 13: Cronograma das Atividades realizadas no mês de novembro	70
Tabela 14: Cronograma das Atividades realizadas no mês de dezembro	71
Tabela 15: Atividades, os seus objetivos e os seus recursos.....	73

Índice de Anexos

Anexo 1: Espaço exterior da Instituição	106
Anexo 2: Acesso aos pisos superiores - escadas e elevador	107
Anexo 3: Jardim da Instituição	107
Anexo 4: Sala de Atividades da Instituição	108
Anexo 5: Instalações sanitárias da Instituição	108
Anexo 6: Quartos dos utentes com casa de banho privativa.....	109
Anexo 7: Distribuição de acordo com o grau de ajuda na alimentação.....	109
Anexo 8: Distribuição de acordo com o grau de ajuda para vestir	110
Anexo 9: Distribuição de acordo com o grau de ajuda para tomar banho	110
Anexo 10: Distribuição de acordo com o grau de ajuda para a higiene corporal	111
Anexo 11: Distribuição de acordo com o grau de ajuda para utilizar a casa de banho	111
Anexo 12: Distribuição de acordo com o grau de controlo intestinal.....	112
Anexo 13: Distribuição de acordo com o grau de controlo vesical	112
Anexo 14: Distribuição de acordo com o grau de ajuda para subir escadas.....	113
Anexo 15: Distribuição de acordo com o grau de ajuda para a transferência.....	113
Anexo 16: Distribuição de acordo com o grau de ajuda para deambulação	114
Anexo 17: Índice de Lawton - Parâmetros	115
Anexo 18: Registo fotográfico da realização da atividade "Descobrir os Provérbios"	116
Anexo 19: Registo fotográfico da atividade "Jogo das diferenças"	116
Anexo 20: Registo fotográfico da atividade "Jogo da Associação"	117
Anexo 21: Registo fotográfico das atividades "Bingo Sonoro" e "Bingo do Abecedário" ...	117
Anexo 22: Registo fotográfico da atividade "Puzzle"	118
Anexo 23: Registo fotográfico da atividade "Bowling"	118
Anexo 24: Registo fotográfico da atividade "Ginástica"	119
Anexo 25: Registo fotográfico da atividade "Aperta o botão"	119

Anexo 26: Registo fotográfico da atividade "Jogos de mesa"	120
Anexo 27: Registo fotográfico da atividade "Sombras"	120
Anexo 28: Registo fotográfico da atividade "Molas de Cor"	121
Anexo 29: Registo fotográfico da atividade "coloração"	121
Anexo 30: Registo fotográfico da atividade "Lateralidade"	122
Anexo 31: Registo Fotográfico da Atividade "Basquete"	122
Anexo 32: Primeira Página do Protocolo Gerontológico elaborado.....	123
Anexo 33: Identificação das Portas dos Quartos dos utentes	124
Anexo 34: Comemoração do Dia Mundial da Terceira Idade	124
Anexo 35: Festa de Natal na Instituição	125
Anexo 36: Grelha de Registo e Autoavaliação das Atividades	126
Anexo 37: Grelha de Avaliação das Atividades	127
Anexo 38: Entrevista Semiestruturada aplicada à Diretora Técnica para Avaliação Final ...	128
Anexo 39: Inquérito por Questionário de Avaliação Final aplicado aos utentes.....	129

Lista de Siglas

ABDV – Atividades Básicas de Vida Diária

ANG - Associação Nacional de Gerontólogos

APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade

DGES – Direção-Geral de Saúde

EA – Envelhecimento Ativo

ECM - Estimulação Cognitiva e Motora

ERPI – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

GEP - Gabinete de Estratégia e Planeamento

ICPR – Inquérito relativo às Características do Pessoal e dos residentes

ICFA - Inquérito relativo às Características Físicas e Arquitetónicas

ICOF - Inquérito relativo às características de organização e funcionamento

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SAMES-Lar - Sistema De Avaliação Multidimensional de Equipamentos Sociais – Lares De Idosos

Introdução

O presente relatório descreve o trabalho de Estágio desenvolvido desde setembro a dezembro de 2020, numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) privada, na freguesia de Carvoeiro, do concelho de Viana do Castelo.

As principais razões que justificaram a escolha desta Instituição, foi por se situar na zona de residência e por, após uma reunião com os responsáveis, sentir abertura por parte destes para aprender de tudo um pouco. Ou seja, enquanto Gerontóloga aprender como é saber gerir um lar, quais as burocracias existentes e quais as dificuldades com que se deparam na abertura de uma nova Instituição.

Em relação à intervenção, os objetivos utilizados na fase diagnóstica foram o conhecer e interpretar a realidade. O diagnóstico realizado, caracterizou-se em dois momentos distintos. Numa primeira fase, realizou-se a análise completa dos indivíduos e procurou-se conhecer a resposta social onde estão inseridos. Ou seja, esta recaiu sobre as características pessoais, psicológicas e sociais dos idosos, de forma a conhecer e interpretar as suas especificidades e particularidades. Quanto ao diagnóstico institucional, este focou-se no conhecimento dos serviços, rotinas e atividades desenvolvidas, de forma a compreender qual o tipo de resposta que é dada aos utentes.

Com o decorrer do Estágio e através do recurso às técnicas de recolha de dados, toda a informação progressivamente recolhida conduziu ao levantamento de problemas. Entre eles, um grande número de utentes apresenta défice cognitivo e grandes limitações físicas. Também se verificou que, os utentes não são estimulados na grande parte do seu dia. Isto porque, a Animadora Sociocultural e a Psicomotricista trabalham em regime de tempo parcial, estando presentes na Instituição apenas de manhã, deixando assim os idosos sozinhos, sem qualquer tipo de atividade que os estimule e que os distraia no período da tarde.

As perdas cognitivas que vão aparecendo com o avançar da idade são fatores inevitáveis. Contudo, no sentido de colmatar tais inevitabilidades, torna-se importante estimular certas competências dos idosos tendo, sempre, como último objetivo o Envelhecimento Ativo.

Para além da promoção de um Envelhecimento Ativo, também é necessário perceber se a Instituição onde os utentes se encontram, tem meios para fazer face às suas necessidades. Assim, com uma parte mais direcionada à prática gerontológica, avaliou-se, junto dos utentes, a qualidade da prestação de cuidados e serviços, e se vão ao encontro das necessidades e expectativas dos utentes.

Deste modo, o projeto de intervenção está dividido em duas ações. Uma direcionada para a promoção do Envelhecimento Ativo em contexto Institucional, e a outra direcionada para a avaliação da qualidade na prestação de cuidados e serviços.

A avaliação das atividades implementadas, nomeadamente de estimulação cognitiva e física/motora, foi elaborada ao longo do seu desenvolvimento e a opinião alcançada por parte dos idosos no final de cada sessão, permitiu ajustar e melhorar as ações seguintes. A avaliação dos Protocolos Gerontológicos de Avaliação à Instituição, foram realizados após todos os utentes selecionados terem respondido.

Este relatório está dividido em três capítulos. No capítulo 1, Revisão da Literatura para análise do fenómeno em estudo/intervenção, onde abordam-se temas como o Envelhecimento, a Gerontologia, o Envelhecimento Ativo, a Gerontopsicomotricidade e, por fim, Serviços e Qualidade. Aqui também se encontra a caracterização da Instituição, nas suas vertentes físicas e arquitetónicas e quanto à sua organização e funcionamento. Por fim, o capítulo termina com a caracterização dos residentes, quanto às suas características sociodemográficas e às suas capacidades cognitivas e funcionais.

O capítulo 2, Diagnóstico Social, dedica-se à Metodologia de Investigação, referindo-se quais as técnicas de recolha e tratamento de dados.

Por fim, no capítulo 3, Projeto de Intervenção, apresentam-se as necessidades, os objetivos e as técnicas de intervenção utilizados, a planificação e o cronograma do projeto, bem como a descrição das atividades e a avaliação das mesmas.

O presente relatório termina com uma nota conclusiva, de reflexão de todo o estágio.

CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA PARA ANÁLISE DO FENÓMENO EM ESTUDO/INTERVENÇÃO

1. O fenómeno do Envelhecimento Humano

O aumento da população idosa é um fenómeno mundial, sendo que o seu desenvolvimento ocorre de formas diferentes nos países em desenvolvimento e nos países desenvolvidos. Este aumento está associado a diversos fatores, tais como a queda da natalidade, a melhoria das condições sanitárias e o aumento da Esperança de Vida.

Relativamente à Esperança de Vida, em Portugal, a média de anos em que os homens vivem aumentou cerca de 1,3%, ou seja, em 2018, os homens viviam até aos 78 anos. Já as mulheres vivem até aos 84 anos, existindo um aumento de 7,69% face a 2011.

Tabela 1: Esperança de Vida à nascença por sexo (2011-2018)

	2011	2018
Masculino	77	78
Feminino	78	84

Fonte: PORDATA (2020)

O Envelhecimento Populacional representa um dos principais fenómenos demográficos e sociais e, Portugal apresenta um aumento significativo no número de idosos. Este pode ser considerado “um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas”, uma vez que o aumento do envelhecimento da população tem vindo a ocorrer de forma dispersa em todo o território, deixando de ser um fenómeno localizado somente no interior do país.

Portugal, tem vindo a registar um aumento do Índice de Envelhecimento, que é a relação existente entre o número de idosos e a população jovem numa certa região. Tal como se pode verificar na tabela abaixo, entre 2011 e 2019, registou-se um aumento de 36% face à percentagem de idosos em relação aos jovens.

Tabela 2: Índice de Envelhecimento em Portugal (2011-2019)

	2011	2019
Portugal	125,8%	161,3%

Fonte: PORDATA (2020)

Em relação ao Índice de Longevidade, relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos, Portugal registou um aumento de 0,2%, entre 2011 e 2019.

Tabela 3: Índice de Longevidade em Portugal (2011-2019)

	2011	2019
Portugal	48,3	48,5

Fonte: PORDATA (2020)

1.1. Envelhecimento Individual e Coletivo

Paúl & Ribeiro (2012) definem o Envelhecimento como “um processo que ocorre ao longo do tempo, analisando o modo como os indivíduos crescem e envelhecem (aspectos biológicos, psicológicos e sociais)”. Por outras palavras, o Processo de Envelhecimento começa desde o momento da conceção, podendo caracterizar a velhice como um processo progressivo, onde existem modificações a nível morfológicas e funcionais que determinam perdas da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (p. XVII).

Rosa (2012), refere que quando se fala de Envelhecimento podemos apontar dois conceitos diferentes: o Envelhecimento Individual e o Envelhecimento Coletivo (p. 19). Ora, para a autora, no Envelhecimento Individual, podem-se distinguir duas situações: o Envelhecimento Cronológico e o Envelhecimento Biopsicológico. O Envelhecimento Cronológico diz respeito à idade, sendo um processo universal, progressivo e inevitável. E o Envelhecimento Biopsicológico depende de pessoa para pessoa, uma vez que cada pessoa manifesta os sinais de

envelhecimento de modo singular. O Envelhecimento Coletivo, também inclui duas noções: o Envelhecimento demográfico e o Envelhecimento Societal. Relativamente ao Envelhecimento Demográfico (ou populacional), este pode ser definido como “uma evolução particular da composição etária da população que corresponde ao aumento da importância estatística dos idosos ou à diminuição da importância da estatística dos jovens” (p. 22). Quanto ao Envelhecimento Societal, este parece ter uma estreita articulação com o envelhecimento demográfico, no sentido em que parece resultar deste, embora tal não seja verdade. De facto, uma população pode estar a envelhecer e a sociedade não (p. 23).

1.2. Envelhecimento Normal, Patológico ou Bem-sucedido

De acordo com Fernández-Ballesteros (2009), o Envelhecimento pode ser normal (saudável), patológico ou ótimo. Por Envelhecimento Normal, entende-se aquele que ocorre sem o efeito da presença de patologias, seguindo o curso normal ou normativo e está essencialmente focado na saúde. Por Envelhecimento Patológico, entende-se aquele que é influenciado e/ou antecipado devido à presença de várias patologias, frequentemente crónicas. Já o Envelhecimento Ótimo, para além do foco na saúde do indivíduo, preocupa-se também, com a participação do mesmo na sociedade. De acordo com o autor, pode-se considerar o envelhecimento ótimo ou bem-sucedido como o produto do “processo de adaptação que ocorre ao longo da vida e através do qual se atinge um ótimo funcionamento físico, cognitivo, emocional, motivacional e social” (p. 97).

O processo de envelhecimento, é distinto quando se realiza em contexto institucional. Para Alves-Silva, Scorsolini-Comin & Santos (2013), a família tem uma importância central na vida e na manutenção do bem-estar do idoso, pois pode ser considerada uma fonte de suporte àqueles que necessitam de cuidados. Contudo, o convívio entre gerações pode gerar conflitos e problemas de relacionamento, podendo-se agravar quando os membros da família não são capazes de compreender o comportamento dos idosos ou quando não conseguem desempenhar a função de cuidadores. Para aqueles que não encontram assistência familiar, quando necessitam de auxílio para a realização de atividades da vida diária, resta a possibilidade de inserção numa Instituição de longa permanência para idosos.

Um estudo elaborado por Rodrigues (2001), veio confirmar que, as interações assumem uma experiência do que é envelhecer em lar. Ou seja, a relação que os idosos estabelecem com a Instituição passa, em grande parte, pelas interações que estes estabelecem com os membros da equipa de supervisão. Também a relação entre os idosos, surge como outro elemento

fundamental para uma experiência de envelhecer no lar, contudo a conflitualidade constitui-se como um elemento predominante nas relações que os idosos mantêm entre si. Mas no lar não há apenas as relações de conflitualidade. Existem, também, relações de amizade e de cooperação muito intensas. Por isso, pode-se afirmar que o lar se apresenta como um local para os idosos estabelecerem relações de amizade, numa altura da vida em que muitos deles viram a sua rede de contactos muito reduzida (p. 75).

Contudo, com o aumento da Esperança Média de Vida, nem sempre o envelhecimento decorre com as suas alterações naturais, pois surgem algumas doenças crónico-degenerativas que acarretam cuidados de saúde prolongados.

Assim, tal como refere Veríssimo (2019), o envelhecimento aumenta a frequência das doenças quer agudas, quer crónicas, existindo frequentemente nos idosos várias doenças em simultâneo. Por Doença Crónicas “entende-se doença de curso prolongado (com duração de mais de 3 meses), que pode afetar a função psicológica, fisiológica ou anatómica”. Nos idosos, a patologia crónica causa uma certa limitação funcional e perda de qualidade de vida. Para este autor, as principais doenças crónicas dos idosos são: cardiovasculares, génito-urinárias, reumatológicas, endocrinológicas, digestivas, neurológicas, psiquiátricas, da visão e da audição (p. 52).

- Doenças Cardiovasculares

Para Veríssimo (2019), a Hipertensão Arterial, é muito frequente nos idosos, estando presente em mais de 60% dos indivíduos com idade superior a 65 anos. A sua importância clínica, justifica-se pelo facto de ser um importante fator de risco para o Acidente Vascular Cerebral (AVC), para o Enfarte do Miocárdio e para as complicações vasculares periféricas.

A insuficiência cardíaca, de acordo com Veríssimo (2019), é outra situação clínica frequente nos idosos, constituindo na incapacidade de o coração bombear de forma capaz, o sangue para o corpo.

- Doenças Reumáticas

As Artroses, segundo Veríssimo (2019), são muito frequentes nos idosos, principalmente a nível da coluna vertebral, anca, joelho, pés e mãos. Trata-se de uma situação em que a cartilagem que reveste o topo dos ossos se vai desgastando e leva ao aparecimento de dor, normalmente associada ao movimento.

- Doenças Endocrinológicas

Entre as doenças do foro endócrino, Veríssimo (2019) menciona que, a Diabetes é uma doença

crónica com forte impacto, não só porque se vai tornando cada vez mais frequente à medida que se envelhece, mas também porque apresenta consequências graves quando não é bem controlada.

- Doenças Génito-Urinárias

A incontinência urinária é muito frequente nos idosos, principalmente no sexo feminino. Veríssimo (2019) explica que este acontece nas mulheres, particularmente nas que tiveram mais de que um filho, e nos homens por causa dos problemas prostáticos, especialmente como complicações de cirurgia à próstata.

- Doenças Digestivas

Um dos problemas relacionados com o aparelho digestivo é a obstipação ou prisão de ventre, que, de acordo com Veríssimo (2019) causa grande incómodo e, por vezes, mesmo complicações maiores, tendo as fezes que ser retiradas artificialmente do intestino em meio hospitalar.

- Doenças Neurológicas

Veríssimo (2019) menciona que, no idoso, as doenças neurológicas crónicas mais importantes são as demências, especialmente a Doença de Alzheimer, embora as demências causadas por lesões vasculares cerebrais também sejam frequentes.

A Doença de Parkinson também é frequente nos idosos e, conforme Veríssimo (2019) é causadora de tremor e problemas de locomoção, assim como de demência.

- Doenças Psiquiátricas

A depressão, segundo Veríssimo (2019) é comum nos idosos, tendo em causa diversos problemas como falta de objetivos, sensação de estar no fim de vida, problemas familiares, exclusão social, etc. Pelas mesmas razões, a ansiedade é também frequente.

Veríssimo (2019) acrescenta ainda que, um problema crónico muito comum nos idosos é a insónia, fazendo com que grande parte destes tome medicamentos para dormir.

- Doenças Crónicas dos órgãos dos sentidos

Quanto às doenças dos órgãos dos sentidos, Veríssimo (2019) menciona que algumas doenças do olho como as cataratas e a doença macular (doença que ocorre numa parte da retina e que leva a perda progressiva da visão) são comuns nos idosos, devendo ser tratadas quando possível.

A nível do ouvido, Veríssimo (2019) refere que a surdez é muito comum nos idosos,

representando grande perda de qualidade de vida. Também as tonturas, embora podendo ter outras causas, estão muitas vezes relacionadas com o ouvido.

Conclui-se desta forma que, a ocorrência destas patologias, tornam o idoso mais vulnerável podendo acarretar como consequência uma diminuição da funcionalidade do idoso, afetando desta forma a sua qualidade de vida.

Face aos dados da Pordata, podemos observar que o Índice de Dependência de Idosos tem vindo a aumentar nestes últimos anos. Como se observa na tabela abaixo, o Índice de Dependência de Idosos, em Portugal, aumentou cerca de 4,7% entre 2011 e 2019.

Tabela 4: Índice de Dependência de Idosos em Portugal (%) entre 2011 e 2019

	2011	2019
Portugal	28,5%	33,2%

Fonte: PORDATA (2020)

1.3.Gerontologia

Face à necessidade de mais e maiores conhecimentos acerca dos idosos, do processo de envelhecimento e da crescente expansão deste grupo etário, que se tornou um grupo relevante social e estatisticamente, surge a Gerontologia, uma nova disciplina científica (Fonseca, 2006).

Segundo Fontaine (2000), a Gerontologia é a “ciência que estuda o processo de envelhecimento do Ser Humano, isto é, investiga as modificações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais sucessivas à ação do tempo no organismo humano, independentemente de qualquer fenómeno patológico”.

Esta, segundo Andrade (2018), recebe contribuições metodológicas e conceituais das principais disciplinas como a biologia, a psicologia e a sociologia. A biologia estuda o impacto da passagem do tempo nos processos fisiológicos ao longo da vida até à velhice. A psicologia concentra-se nos aspetos cognitivos e emocionais relacionados com a idade e com o

envelhecimento. E, por fim, a sociologia baseia-se em períodos específicos do ciclo de vida que afetam os indivíduos. O grande desafio da Gerontologia é garantir que o processo de envelhecimento seja bem-assistido e orientado.

Proposta por Metchnicoff (1903, citado por Martins, 2013), a Gerontologia surge como um campo multi e interdisciplinar que procura descrever e explicar as mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento, através de marcadores socioculturais, psicológicos, biológicos e genéticos. Esta, investiga a velhice e o envelhecimento em diferentes contextos socioculturais e históricos, incluindo aspetos do envelhecimento normal e patológico, tendo em conta o potencial para o idoso se desenvolver ao longo do curso de vida.

Segundo Fernández-Ballesteros (2002), caracteriza-se como um campo de estudo multidisciplinar, que recebe contribuições metodológicas e conceptuais de disciplinas como biologia, psicologia e ciências sociais e tem como foco de estudo, o envelhecimento, a velhice e o idoso.

Paços (2016), menciona que a Gerontologia possui um duplo objetivo: o quantitativo, que se traduz na intenção de prolongar a vida, isto é, dar mais anos à vida e adiar a morte, e outro qualitativo, no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, dando mais vida aos anos.

Segundo Alkema e Alley (2006), os desafios da Gerontologia, enquanto campo integrado do conhecimento, inclui barreiras como a interdisciplinaridade, a adoção de uma linguagem comum entre os especialistas e estudiosos do envelhecimento, a integração do conhecimento biopsicossocial e das teorias já produzidas. No campo da prática, o desafio consiste em articular as teorias com a prática, a fim de melhorar as condições de vida e de saúde dos idosos e da população que envelhece.

Segundo a Associação Nacional de Gerontólogos (2018), o Gerontólogo é um profissional de saúde que contribui para a melhoria da qualidade de vida e promoção do bem-estar das pessoas à medida que envelhecem, nos contextos familiares, da comunidade e sociedade, através da investigação, educação e aplicação de conhecimento interdisciplinar do processo de envelhecimento.

A ANG (2018), defende que este pode assumir três tipos de funções, como apresentado na figura abaixo.

Figura 1: Funções do Gerontólogo



Elaboração Própria

Na primeira, Gestor de Caso, o Gerontólogo coordena os diferentes serviços que apoiam as pessoas idosas, bem como as respectivas famílias, identificando e assegurando uma efetiva administração de serviços, de acordo com as suas necessidades (ANG, 2018).

A segunda função passa, segundo a ANG (2018), por providenciar serviços para a pessoa idosa individualmente, bem como para grupos, com base no conhecimento multidisciplinar que detém acerca do processo de envelhecimento, sendo por isso, capaz de antecipar futuras necessidades e implementar soluções inovadoras.

E, por fim, assumir a função de Consultor, avaliando as necessidades numa determinada esfera, contribuindo para o planeamento de intervenções que correspondem à solução dessas necessidades (ANG, 2018).

A ANG (2018), acrescenta ainda que, o Gerontólogo é responsável pela avaliação, intervenção e estudo científico do fenómeno do envelhecimento humano e prevenção dos problemas pessoais e sociais a ele associado.

2. Envelhecimento Ativo

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), o Envelhecimento Ativo (EA) é “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (p. 13)

Pode-se dizer que, o objetivo do EA é “aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão a envelhecer” (OMS, 2002). Este aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso de vida, participando na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades.

O EA depende de uma diversidade de fatores determinantes que envolvem indivíduos, famílias e países. Numa primeira instância, a cultura e o género foram considerados como fatores determinantes abrangentes e transversais que moldam as pessoas e o meio em que estão inseridas ao longo da vida. Os fatores determinantes e os comportamentos pessoais são específicos de cada pessoa. O ambiente físico (fatores determinantes sociais, económicos, de saúde e de serviço social) constituem os fatores contextuais ” (OMS, 2002).

Todos estes fatores interagem e formam uma rede dinâmica de condições de proteção que podem, tanto favorecer o desenvolvimento de reservas para respostas firmes, como criar riscos que impeçam o desenvolvimento dessas reservas ou as destruam completamente.

- Cultura

A OMS (2015), menciona que a cultura se refere aos significados partilhados numa sociedade que evoluem historicamente e que se expressam nas tradições, na expressão artística, na língua, nos rituais e nas expectativas sobre o comportamento individual e do grupo (p. 55).

Esta também confere às pessoas sentimentos de identidade, continuidade e pertencimento que podem fortalecê-las em tempos difíceis (OMS, 2015).

- Género

Segundo a OMS (2015), as expectativas sobre homens e mulheres desde o nascimento determinam as oportunidades e os riscos para o EA em todas as áreas da vida. Apesar dos avanços importantes em vários países nas últimas décadas, ainda há disparidades significativas

entre homens e mulheres (p. 57).

- Determinantes Comportamentais

Para a OMS (2015), o comportamento individual tem papel direto e significativo no EA. O comportamento saudável promove uma vida mais longa, uma capacidade funcional ótima e bem-estar, enquanto que o comportamento não saudável aumenta o risco de mortalidade, doença e incapacidade (p. 59).

- Determinantes Pessoais

A OMS (2002) refere que, a biologia e a genética têm uma grande influência sobre o processo de envelhecimento. O envelhecimento representa um conjunto de processos geneticamente determinados, e pode ser definido como uma deterioração funcional progressiva e generalizada, resultando numa perda de resposta adaptativa às situações de stress e um aumento no risco de doenças relacionadas à velhice. Os fatores psicológicos, que incluem a inteligência e capacidade cognitiva, são indícios fortes de EA e longevidade (p. 26).

- Ambiente Físico

A OMS (2002) defende que, o ambiente apresenta fatores de risco e de proteção para a resiliência em todas as etapas da vida. Particularmente em relação à velhice, é necessário ajustar o ambiente para compensar o declínio da capacidade funcional, com o objetivo de incentivar a participação e o bem-estar. O ambiente deve promover a atividade física individual e reduzir riscos de lesão, enquanto encoraja o envolvimento, as redes sociais e a independência. No âmbito da comunidade, um ambiente acolhedor promove a interação no espaço público, assim construindo coesão social (p. 27).

- Determinantes Sociais

A OMS (2002), defende que o apoio social, as oportunidades de educação e aprendizagem permanente, paz, e proteção contra a violência e maus-tratos são fatores essenciais do ambiente social que estimulam a saúde, participação e segurança, à medida que as pessoas envelhecem. Solidão, isolamento social, analfabetismo e falta de educação, maus-tratos e exposição a situações de conflito aumentam muito os riscos de deficiências e morte precoce (p. 28).

- Determinantes Económicos

Para a OMS (2015), o capital financeiro afeta a saúde, a segurança e as oportunidades contínuas de participação ativa e aprendizagem. Os riscos e os fatores de proteção económicos incluem a condição económica da família e da comunidade, o emprego e as condições de trabalho, o

acesso a pensões contributivas ou não e a programas de transferência de renda (pp. 70-71).

- Serviços Sociais e de Saúde

A OMS (2015) defende que, serviços sociais e de saúde acessíveis, igualitários e bem coordenados são fundamentais para promover a saúde, prevenir, tratar e gerir problemas de saúde à medida que ocorrem, ao longo da vida, e para preservar a qualidade de vida até a morte. Somente são realizáveis e sustentáveis quando a mesma prioridade é dada ao apoio a todos os outros fatores determinantes do EA (p. 73).

Figura 2: Determinantes do Envelhecimento Ativo



Fonte: OMS (2002)

O EA assenta em quatro pilares básicos:

- Saúde

Para a OMS (2015) este pilar tem como objetivo adotar metas de melhoria da saúde da população e de reduzir as desigualdades de saúde para que se possa alcançar um pleno potencial de saúde ao longo da vida (p. 46).

No entender da OMS (2015), Saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”. É uma “dimensão importante de qualidade de vida que se precisa alcançar, não só por meio dos serviços de saúde, mas também de forma a garantir a segurança e aprendizagem”.

- Participação

Significa um envolvimento em qualquer causa social, cívica, recreativa, cultural, intelectual ou

espiritual, dando significado à vida e promovendo um sentimento de realização e de pertença (OMS, 2015, p. 49).

“Participar”, para a OMS (2015), sustenta a saúde positiva, por favorecer o ajuste e a fluidez de experiências que podem ser interiormente satisfatórias, confirmando um sentimento de ter propósito na vida e constituindo oportunidades para relações sociais positivas.

- Segurança

A segurança, segundo a OMS (2015), é a mais fundamental das necessidades humanas. Na ausência dela, não podemos desenvolver plenamente o nosso potencial, nem envelhecer ativamente. A falta de segurança tem efeito corrosivo sobre a saúde física, o bem-estar emocional e o tecido social (p. 50).

As ameaças à segurança, ao nível social, incluem os conflitos, os efeitos das mudanças climáticas, os desastres naturais, as epidemias, o crime organizado, a violência, o abuso e a discriminação interpessoal. Ao nível do risco individual, há a doença, as mortes na família, os períodos de desemprego ou invalidez e a migração para fora da terra natal (OMS, 2015, p. 50).

- Educação e a Aprendizagem ao longo da vida

Este pilar é importante não somente para a empregabilidade, mas também para favorecer o bem-estar. É um pilar que sustenta todos os outros pilares do EA. Tem como objetivo salienta a necessidade de consciencialização das pessoas mais velhas para o pleno exercício da cidadania ativa (OMS, 2015, p. 49).

Figura 3: Pilares do Envelhecimento Ativo



Fonte: OMS (2015)

3. Respostas Sociais para Pessoas Idosas

As respostas sociais existentes para as pessoas idosas são:



Elaboração Própria

- Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

Para a Segurança Social (2016), o SAD é uma “resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito”.

Para a Segurança Social (2016), esta resposta tem como objetivos (1) Concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; (2) Contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar; (3) Contribuir para a permanência das pessoas no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais; (4) Promover estratégias de desenvolvimento da autonomia; (6) Prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes (mediante contratualização); (7) Facilitar o acesso a serviços da comunidade e, por fim, (8) Reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores.

- Centro de Dia

A Segurança Social (2016) refere que esta é uma “resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 e mais anos, que precisem dos serviços prestados pelo Centro de Dia”.

Apresenta como objetivos (1) Assegurar a prestação de cuidados e serviços adequados à satisfação das necessidades e expectativas do utilizador; (2) Prevenir situações de dependência e promover a autonomia; (3) Promover as relações pessoais e entre as gerações; (4) Favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida; (5) Contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições e, por fim, (6) Promover estratégias de desenvolvimento da autoestima, da autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal e social do utilizador (Segurança Social, 2016).

- Centro de convívio

A Segurança Social (2016), menciona que o Centro de Convívio é uma “resposta social de apoio a atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade”.

Tem como objetivos: (1) Prevenir a solidão e o isolamento; (2) Incentivar a participação e inclusão dos idosos na vida social local; (3) Fomentar as relações interpessoais e entre as gerações; (4) Contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições.

- Centro de Noite

A Segurança Social (2016) refere que esta resposta social “funciona em equipamento de acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite”.

Os objetivos passam por: (1) Acolher durante a noite pessoas com autonomia; (2) Assegurar o bem-estar e segurança do utilizador e (3) Fomentar a permanência do utilizador no seu meio habitual de vida.

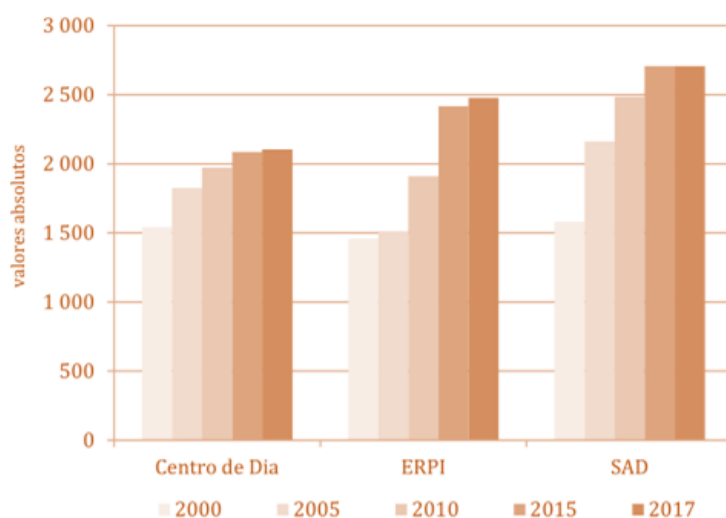
- Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)

Por fim, a Segurança Social (2016) caracteriza as ERPI como “resposta social destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos”.

Os objetivos deste passam por: (1) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; (2) Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; (3) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e, por fim, (4) Potenciar a integração social.

Segundo o relatório elaborado pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento (2017), a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário para Idosos (SAD) consistem nas respostas sociais com maior representatividade no âmbito da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais dirigidas às Pessoas Idosas.

Gráfico 1: Evolução das Respostas Sociais para Pessoas Idosas (2000-2017)

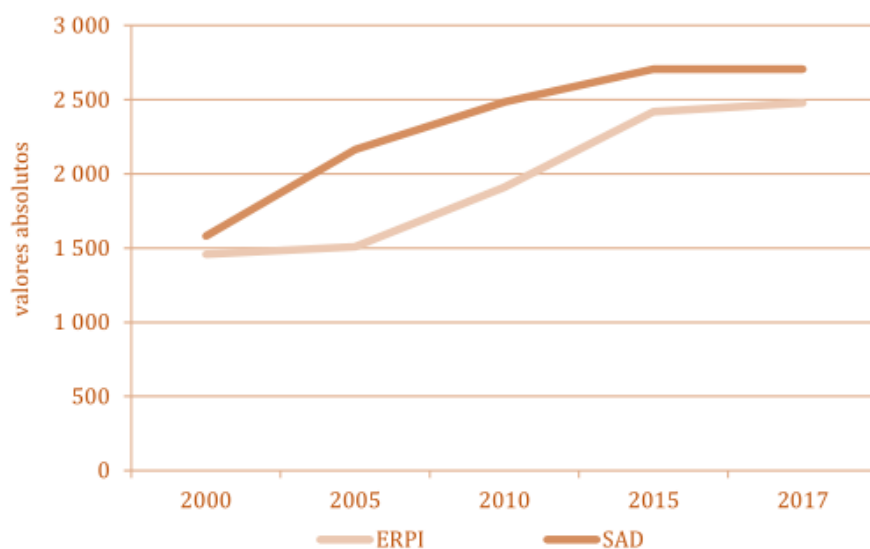


Obtido de: Gabinete de Estratégia e Planeamento (2017)

Neste relatório, foi possível verificar que as respostas ERPI e SAD foram as que mais cresceram em 2017 (70 % e 71 %, respetivamente) por comparação a 2000, e as que apresentavam maior oferta, como se verifica no Gráfico 2 (GEP, 2017).

O GEP (2017), menciona que em 2017, contabilizaram-se cerca de 7300 respostas de ERPI, SAD e Centro de Dia no território continental, das quais 37 % correspondiam a SAD.

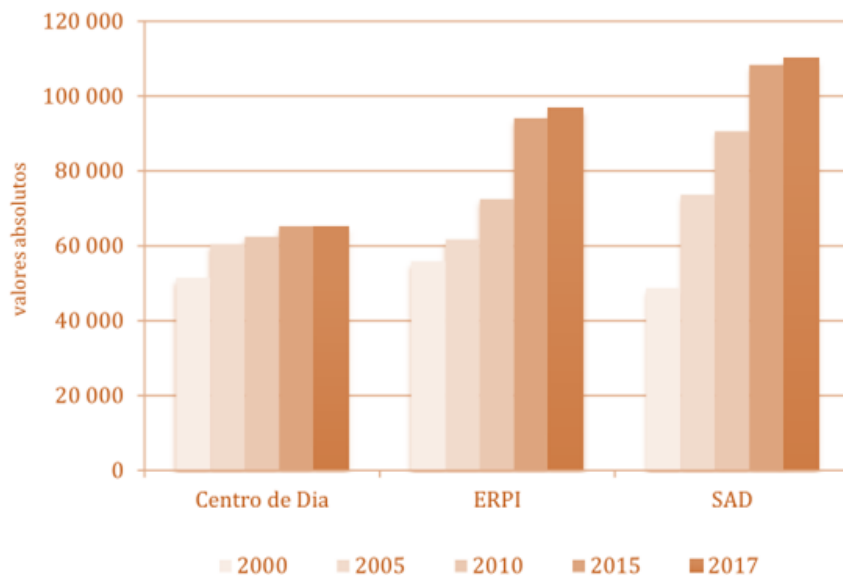
Gráfico 2: Evolução do número de Respostas Sociais ERPI e SAD (2000-2017)



Obtido de: Gabinete de Estratégia e Planeamento (2017)

Quanto à capacidade, o GEP (2017), nas principais respostas para as Pessoas Idosas, revelou um crescimento (74 %) ao longo do período de análise (2000-2017). Em 2017, comparando com o ano 2000, contabilizaram-se mais 116 000 novos lugares, totalizando cerca de 272 000 lugares.

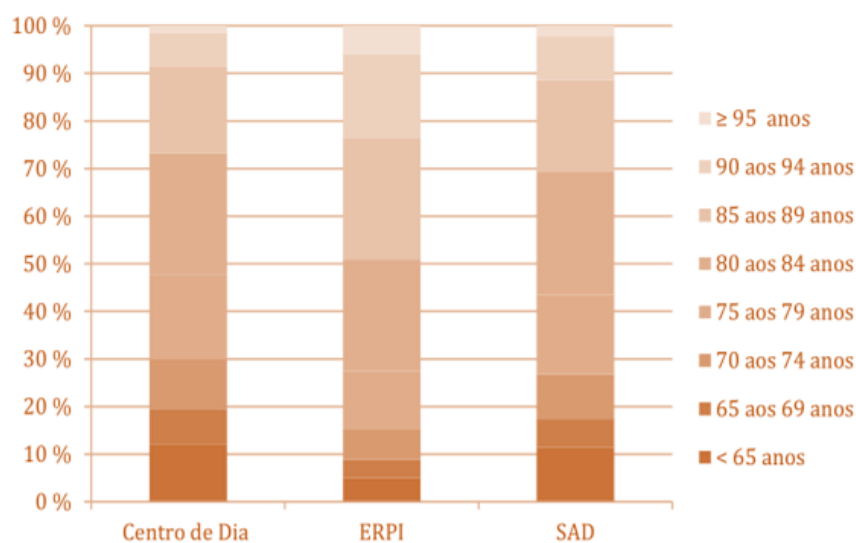
Gráfico 3: Evolução da capacidade das respostas sociais para as Pessoas Idosas (2000-2017)



Obtido de: Gabinete de Estratégia e Planeamento (2017)

Neste relatório, o GEP (2017), revela que, cerca de 48 % dos utentes que frequentava a resposta social Centro de Dia e 43,4 % dos utentes de SAD era constituído, em 2017, por utentes com idade inferior a 80 anos, contrastando com o público-alvo da resposta ERPI que era composto maioritariamente (72,5 %) por idosos com 80 ou mais anos.

Gráfico 4: Distribuição percentual dos utentes em respostas sociais para as Pessoas Idosas por escalão etário

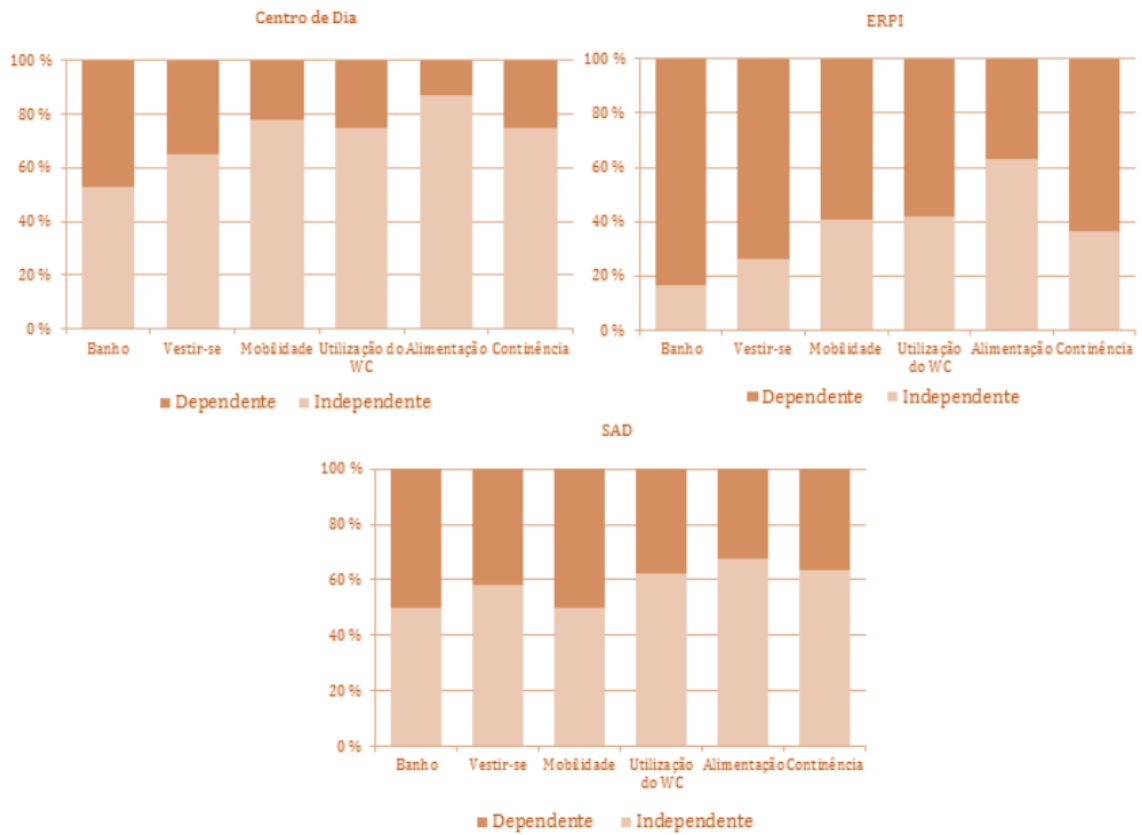


Obtido de: Gabinete de Estratégia e Planeamento (2017)

Relativamente ao nível de incapacidade, o GEP (2017) observou claras diferenças que distinguem os utentes de Centro de Dia, ERPI e SAD.

Este indica que, a análise da capacidade de realização de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) demonstra níveis de dependência elevados na resposta ERPI em todas as atividades avaliadas. Por outro lado, nas restantes respostas, verifica-se que a maioria dos utentes é independente na generalidade das atividades avaliadas (GEP, 2017).

Gráfico 5: Distribuição percentual dos utentes em Centro de Dia, ERPI e SAD por capacidade de realização de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)



Obtido de: Gabinete de Estratégia e Planeamento (2017)

4. Conceito de Institucionalização

Uma das principais marcas do processo de envelhecimento é, sem dúvida, a admissão do idoso numa Instituição. É uma realidade vivida pelos idosos, que por motivos de vária ordem, não encontram dentro da família e da comunidade uma resposta satisfatória às suas necessidades existenciais.

O conceito de “Institucionalização” tem sido um grande foco de estudo, devido às necessidades de se conhecerem os fatores associados a este acontecimento, o impacto na vida das pessoas idosas e a necessidade de se desenvolver o conhecimento de práticas de forma a promover o bem-estar dessas pessoas. Embora este seja considerado de forma negativa, a verdade é que a institucionalização pode promover uma maior sensação de segurança, quando o motivo da institucionalização resulta de perdas de autonomia, derivadas pelas patologias físicas, carências de apoio, isolamento ou vivências habitacionais negativas.

Jacob (2007) considera que, Institucionalização é quando o idoso permanece todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma Instituição que não à sua família. Consideram-se ainda idosos institucionalizados residentes os que vivem 24 horas por dia numa Instituição.

No entanto, para Maia (2002), Institucionalização é “o processo mediante o qual um conjunto de normas de comportamento, que orientam uma atividade social considerada importante, adquire regulamentação jurídica formal”. Ou seja, traduz-se num conjunto de regras que definem estatutos em relação a certos comportamentos, fazendo com que a institucionalização torne as atividades de um grupo previsíveis e rotineira.

Em suma, segundo Cardão (2009), a Institucionalização pressupõe um ambiente coletivo de normas, que funciona de igual modo para todos, sem ter em consideração a individualidade e a história de vida de cada idoso. Para este autor, a Institucionalização pode ser entendida, como um duplo processo, ou seja, por um lado, como recurso a serviços sociais de internamento de idosos, por outro, como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, significando uma das formas como o idoso sente e vive o ambiente institucional.

Para Faria & Carmo (2015), a resposta social "lar de idosos" deriva das antigas instituições asilares e constituiu a primeira resposta social de apoio aos mais velhos. Os autores citam Goffman (1996) para referir que essas instituições faziam parte das, também, designadas instituições totais. Essas instituições, podem ser definidas como "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 e

formalmente administrada" (Faria & Carmo, 2015, p. 435). Assim, estas obedecem a regras e normas instituídas, dando cumprimento aos seus objetivos, sem atender aos interesses ou idiosincrasias das pessoas que lá permanecem.

Segundo Netto (1996), este deve ser o último recurso a ser tomado, devendo-se valorizar a permanência do idoso até ao fim dos seus dias na sua própria casa, estando envolvido no seio familiar. A decisão de entrada numa Instituição deve ser tomada depois de examinadas as alternativas possíveis.

4.1.Motivos e Tipos de Toma de Decisão para a Institucionalização

Pimentel (2005) menciona que, a perda ou limitação da autonomia física é um fator altamente determinante da opção de Institucionalização. Este parece ser um fator importante na decisão da família. Contudo, na perspectiva dos idosos, existem alguns estudos que têm confirmado que os problemas de saúde e a perda de autonomia não surgem como os principais fatores apontados para a decisão do internamento.

Martins (2003) refere que, o motivo mais frequente, na perspectiva do idoso, tende a ser o isolamento. Ou seja, a falta de interação que facilite a integração social e familiar da pessoa dependente e que garanta um apoio efetivo em caso de maior necessidade. A falta de recursos, quer económicos quer habitacionais, também é frequentemente apontada como motivo para a institucionalização.

Segundo a opinião de diversos autores, as razões que conduzem à institucionalização são: (1) uma política social com falta de equipamentos sociais, onde a sociedade não investe na população idosa porque é um gasto que não tem ganhos financeiros; (2) a insuficiência de serviços comunitários, onde se verifica insuficiência de recursos médicos, habitacionais, de lazer, transporte e trabalho para os idosos (a Instituição aparece como opção que atende a problemática do idoso); (3) a situação familiar, onde os conflitos familiares levam o idoso à institucionalização e, por último; (4) os problemas de saúde, que por razões sociais ou económicas, por falta de recursos humanos e financeiros, agravam-se, dificultando a permanência do idoso na sua família.

Rodrigues (2018) aponta diversos fatores que antecedem a Institucionalização, tais como: a idade avançada, estado civil, nível de escolaridade, sexo feminino, falta de suporte familiar e social, isolamento geográfico, conflitos familiares, solidão, sobrecarga do cuidador, depressão do cuidador, debilidade, dificuldade na realização das suas atividades básicas de vida diária, perda de autonomia, depressão, declínio físico e cognitivo, presença de demências, doenças

crônicas e hospitalização recente. Por vezes, surge, ainda, por parte da pessoa idosa, um motivo adicional: não querer sobrecarregar os seus familiares, tornando-se um obstáculo à vida familiar e profissional dos cuidadores informais.

Couto (2008) faz, também, alusão aos desentendimentos e disfuncionalidades afetivas do idoso com a família, precipitarem a decisão de institucionalização. Neste seguimento, Pimentel (2005) concorda com o autor anterior, uma vez que também faz referência ao aspeto da conflituosidade familiar como agente, importante para a tomada dessa decisão.

Segundo Reed et al. (2003, citado por Faria & Carmo, 2015) que, procurou compreender o modo como os idosos geriam as decisões sobre a institucionalização. Os resultados permitiram identificar quatro tipos de tomada de decisão relativamente à institucionalização, presentes na figura abaixo.

Figura 4: Tipos de tomada de decisão para a institucionalização



Elaboração própria

A primeira, segundo Faria & Carmo (2015), caracteriza-se pelo próprio exercer o direito de decisão. Este ocorre perante alterações nas circunstâncias de vida que levam o idoso a ponderar a ida para o lar como a melhor alternativa. É importante para o idoso ter acesso às informações necessárias para fazer uma escolha informada sobre as alternativas existentes.

A segunda, exprime um planeamento da institucionalização por parte do idoso ao longo da sua vida, facilitando a adaptação à opção encontrada. É expressa em alguns comportamentos, tais como proceder à inscrição com antecedência no lar ou visitar lares, tentando descortinar aquele que mais gostaria de habitar. Essa postura, segundo Faria & Carmo (2015), é mais frequente em pessoas solteiras, viúvas e/ou sem filhos ou, se os têm, vivem longe e/ou não tem condições para cuidar do idoso.

A terceira, refere-se à situação em que o idoso resiste ou discorda ativamente da entrada num lar. Para Faria & Carmo (2015), é a circunstância mais dolorosa, pois o idoso é forçado, pela família ou por profissionais, a adotar uma opção que não é a sua.

A última, segundo Faria & Carmo (2015), caracteriza-se pelo encaminhamento para o lar, decorrente da decisão de outros sobre o nível de cuidados requeridos, sendo que o idoso obedece sem questionar esta orientação. Os autores referem que, esse tipo de tomada de decisão acontece geralmente em dois casos: idosos com demência ou idosos resignados/passivos.

Faria & Carmo (2015) mencionam que, a qualidade da adaptação tende a estar associada ao tipo de tomada de decisão, sendo que decisões do tipo preferencial ou estratégico facilitam a adaptação, contrariamente às decisões do tipo relutante ou passiva.

Neste mesmo estudo, de abordagem qualitativa, os autores procuraram perceber qual a experiência de transição e adaptação ao lar, de quinze idosos institucionalizados há mais de um ano. Os resultados sugerem que a institucionalização constitui uma transição que nem sempre resulta em adaptação, e que o envolvimento do idoso na tomada de decisão e as características ambientais são fundamentais neste processo. Ou seja, a institucionalização em lar pode constituir um acontecimento de vida com potencial para exigir a mobilização de recursos intra e interpessoais, e com fortes implicações para a qualidade da trajetória desenvolvimental em termos de (in)adaptação (Faria & Carmo, 2015).

4.2. Identidade e perda de papéis

De acordo com Guedes (2007), um desafio associado à entrada na velhice prende-se com a reforma. Ou seja, a passagem à reforma implica desvinculação de papéis sociais ativos, o que exige uma readaptação à vida e uma reestruturação do seu quotidiano.

Para Pereira (2012), o indivíduo vive um processo contínuo de socialização, contudo, existem circunstâncias em que a exposição a novos ambientes físicos e sociais é tão abrupta que obriga a um intenso processo de desconstrução e construção de novos papéis sociais. Este, refere que na idade da reforma podem ocorrer conjuntos diversificados de ruturas sociais, tais como o abandono da vida profissional ativa e o corte das relações com os colegas e amigos, perda de alguns familiares e amigos de longa data, perda do cônjuge, entre outras (p. 149).

A maioria dos antecedentes encontrados na literatura estão fortemente associados à idade e às consequências que ocorrem do processo de envelhecimento, como o aparecimento de doenças crónicas e a perda de autonomia, que condicionam o dia-a-dia dos idosos. Também os aspetos de natureza social têm bastante influência quando se equaciona a possibilidade de vir a integrar

uma Instituição.

Quanto à idade, Fonseca (2004) aborda as categorias de idade, defendidas por Birren & Cunningham, sendo essas: (1) Idade Biológica, onde o funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano diminui com o tempo, afetando a saúde dos indivíduos; (2) Idade Psicológica, onde as capacidades de natureza psicológica das pessoas, para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental, determinam as suas competências fundamentais para o controlo pessoal e a autoestima e, por fim, (3) Idade sociocultural, que se refere ao conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam numa sociedade e que influenciam os comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal, etc..

Fernández-Ballesteros (2000), propõe a noção de Idade Funcional. Este tem em conta que algumas funções diminuem necessariamente de eficácia (sobretudo as de natureza física, biológica), outras estabilizam (personalidade) e outras que, na ausência de doença, experimentam um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida (experiência, sabedoria).

Guedes (2007) aponta que, o processo de adaptação à reforma deve-se “à forma como nos fomos preparando para esse momento”. O grande desafio é, então, encontrar novos papéis que contribuam para a preservação do sentimento de utilidade social e para a vivência de um Envelhecimento Ativo e produtivo. Ou seja, esses novos papéis podem ser executados no seio da própria família. Contudo, para o homem será mais difícil, uma vez que está mais afastado das responsabilidades da casa (p. 34).

Contudo, Pinto (2013) menciona que a evolução das estruturas familiares é um dos fatores significativos na mudança das sociedades contemporâneas, colocando desafios em termos de necessidades sociais e na organização das respostas, com vista à promoção do bem-estar individual e coletivo, no contexto do processo de envelhecimento. A família desempenha um importante papel na resposta às necessidades dos seus elementos. Esta, acrescenta ainda que, a família também se encontra em profunda mudança na sociedade portuguesa. As transformações societárias provocaram uma reconfiguração da organização familiar devido ao aumento da taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho, as relações familiares têm sido afetadas pelo aumento de ruturas matrimoniais e a novas formas familiares e conjugais, em particular, o surgimento das famílias monoparentais, famílias sem jovens, das famílias de avós com netos, ou mesmo, das pessoas sós e dos casais não coabitantes.

Para Paúl (1997, citado por Pinto, 2013), quando o idoso se torna dependente, a manutenção dos idosos nas suas casas gera frequentemente problemas de stress, de saúde mental e física em

quem cuida deles e em toda a família. Pimentel (2001), considera fundamental tentar perceber o processo de institucionalização no seio dos idosos e tentar compreender até que ponto a família e sociedade podem interferir neste processo.

Aquando a Institucionalização, Lourenço (2014) refere que, o idoso encontra no ambiente institucional uma certa forma de aprisionamento e torna-se cada vez mais dependente do mesmo, uma vez que perde o contacto com o seu meio familiar e comunitário. Assim, o idoso vive esta nova realidade, de uma forma nostálgica, sentindo que perdeu a sua vida de contacto permanente com a sua família e vizinhança. O autor menciona que a perda do meio familiar e comunitário é um marco importante. O idoso perde o carinho, o amor, a afetividade da sua família, sente-se como que abandonado neste novo mundo, que não foi durante uma vida o seu meio ambiente de sociabilidade. Perde o contato com os vizinhos, com os amigos e os colegas que foram a sua vivência, os laços de sociabilidade que estabeleceu durante a vida. O idoso perde a sua própria independência, a realização pessoal das suas vontades, devido a normas, regras e princípios estabelecidos e pela observação que sofre pela sua conduta dentro da Instituição.

Para Lourenço (2014), com o processo de institucionalização, o idoso vai ao encontro de um ambiente coletivo de regras e imposições que nada tem de ver com a sua personalidade e individualidade, com a sua própria história de vida, em que tudo funciona de igual modo para todos.

Encarnação (1995, citado por Cardão, 2009), afirma que o idoso segue o sentimento do silêncio ou da revolta, onde se sente desvalorizado, pela família, pela comunidade e pela sua própria situação de vida. Verifica-se deste modo, uma falta de esperança, uma certa agressividade voltada para si mesmo.

Lourenço (2014) descreve ainda que, dentro da própria Instituição a vida decorre de uma forma monótona e padronizada. O idoso que tenha projetos idealizados para o seu futuro, encontra barreiras impeditivas da sua realização pessoal. Estas normas rígidas, levam a que o idoso deixe de ter motivação para planear por si próprio a sua vida (p. 33).

Outro aspeto a ter em consideração, é a perda da sua privacidade. No entender de Pimentel (2001), na Instituição, os espaços são partilhados por todos os seus membros, com pessoas que desconhece, que nunca fizeram parte do seu ciclo de familiares, amigos, vizinhos e colegas e com quem não teve laços sociais íntimos e profundos. É a partilha do seu quarto, da sala de refeições com um aglomerar de pessoas e cada um com a sua realidade própria. As interações

que o idoso estabelece com outros parceiros institucionalizados são, por vezes, marcadas pela conflituosidade ou pela indiferença. Este acrescenta ainda, a perda da sua intimidade, uma vez que partilha o quarto com outros idosos com quem nunca teve laços sociais. Os cuidados de higiene e o seu banho pessoal, deixa de ser ao seu belo prazer, para ter de partilhar o seu corpo íntimo, entregados ao cuidado dos profissionais que trabalham na Instituição. E com horas e dias bem definidos ao qual o idoso deve respeitar sem contestação. A interdição de estar no seu quarto fora das horas de dormir, que constitui um local de privacidade, onde não pode receber visitas de familiares e amigos, a menos que esteja acamado (p. 34).

4.3.A importância das rotinas

Tem-se falado sobre a importância dos idosos se sentirem ativos, tanto a nível físico como a nível cognitivo. Assim, para que tal aconteça, é necessário que estes tenham uma rotina diária, onde possam desenvolver essas atividades e onde se possam sentir-se mais seguros.

Como Palma (2019) refere, a implementação de uma rotina diária vem assegurar a continuidade de uma estrutura à vida dos idosos, permitindo que as tarefas importantes decorram sem falhas. Para além disso, a previsão do que se irá fazer no dia a seguir, pode dissipar alguns receios ligados ao desconhecido e ajudar na concretização de tarefas diárias. Esta menciona ainda que a ansiedade e o stress são geradoras de inúmeros problemas de saúde, e que, ao ajudar os idosos a saber como se estruturará o seu dia, irá ajudá-los a diminuir o seu grau de preocupação e, conseqüentemente, baixar os níveis de ansiedade. A qualidade de vida, no caso dos idosos, está muito ligada ao estabelecimento de uma rotina diária, e é também uma forma de estes saberem que as suas necessidades básicas serão eficientemente atendidas.

Palma (2019) acrescenta ainda que, o estabelecer uma rotina e o conhecimento de como ocupará o dia seguinte, proporciona ao idoso uma rotina pré-estabelecida pelo profissional, facilitando a integração deste na nova vida e comunidade. Se esta rotina tiver alguma semelhança com a sua vivência anterior, todo o processo de transição será ainda melhor.

Não nos esqueçamos que muitos idosos não apreciam a imposição de tarefas; contudo, se a rotina diária for estabelecida normalmente (tomar banho, vestir-se, cuidar da sua higiene, tomar o pequeno almoço, atividade física ou qualquer outra atividade de lazer), isto fará com que a sua integração no lar de idosos e a receção de novas atividades se façam mais facilmente.

Os idosos institucionalizados, segundo Martins (2013), precisam de estar ocupados, pois será útil e conveniente para satisfazer certas necessidades, cumprir metas específicas, projetar determinados interesses e corrigir determinadas lacunas. Neste sentido, as atividades de

Animação Sociocultural aparecem como uma modalidade ou âmbito que permite responder às necessidades socioeducativas e culturais dos indivíduos no aprender ao longo da vida (p. 231).

Martins (2013) refere que a Animação se orienta “à criatividade, à satisfação, à alegria, à participação, construindo uma ação proveitosa de experiências vividas pelos indivíduos, em que há liberdade e ausência de opressão” (p. 232).

Num Plano de Atividades é necessário que haja um leque variado de atividades. Veigas (2016) menciona que, numa primeira instância, as atividades podem estimular as competências motoras, pois são fundamentais para que se evite uma degradação acentuada no idoso. Assim sendo, o exercício físico revela-se decisivo no processo de envelhecimento, na evidência de que “a atividade física regular e a adoção de um estilo de vida ativo são necessárias para a promoção da saúde e qualidade de vida durante o processo de envelhecimento”.

Veigas (2016), refere que o estímulo mental do idoso também é um elemento fundamental para o processo de um envelhecimento saudável, no que é extremamente necessário um trabalho contínuo.

Rodrigues (2011), refere que a realização de atividades diversificadas é essencial para o idoso, uma vez que este se torna e se sente útil, estimula-o a conversar com os outros, permitindo assim um envelhecimento mais digno, contribuindo para a prevenção de doenças e uma maior satisfação com a vida. Na terceira idade, começam a surgir alterações nos interesses e também nas preferências associadas às atividades de ocupação de tempos livres. Desta forma, observa-se uma diminuição clara de responsabilidade em tarefas domésticas e profissionais. Contudo, o idoso poderá não ter interesse nas atividades proporcionadas pelo lar onde se encontra inserido. Posto isto, os profissionais têm a responsabilidade de despertar no idoso a motivação, dedicação e contribuição para a ocupação do seu tempo livre.

4.4. Viver num lar durante uma pandemia

COVID-19 é a designação dada pela OMS para identificar a doença provocada pelo Coronavírus SARS-CoV-2, que foi identificado, pela primeira vez, em dezembro de 2019, na China, na cidade de Wuhan. Este novo agente nunca tinha sido identificado anteriormente em seres humanos (Araújo, Cortes, & Félix, 2020).

Abordado a temática da doença Covid-19, Matias (2020) fala do impacto desta nos lares. Aqui, menciona que, muitos dos seus responsáveis vieram a público defender que não são instituições de saúde, justificando assim: a impossibilidade de resolverem internamente (apenas com os recursos físicos e humanos da Instituição) o tratamento de residentes contagiados; a dificuldade

em manterem dentro do lar residentes infetados e não infetados e, ainda, a incapacidade em gerirem a entrada e saída de funcionários e visitas.

O recente estudo *Long-term care facilities as a risk factor for death due to covid-19: evidence from European and US States*, de Gandal, Yonas, Feldman, Pauzner, & Tabbach (2020), aponta como uma das principais causas para a larga percentagem de mortos por Covid-19 em idosos residentes em lares, a estrutura das próprias instalações, nomeadamente a existência de uma área de estar comum, os quartos partilhados e o facto de múltiplos cuidadores tratarem de múltiplos residentes.

O estudo realizado por Henrique & Dias (2020), faz uma reflexão acerca das medidas para combater a propagação do novo coronavírus SARS-COV-2 e o impacto do sentimento de solidão nos idosos. Para os autores, essas medidas que permitem gerir o número de infetados vêm, por outro lado, desafiar muitas das crenças instaladas na saúde: o isolamento social faz mal à saúde e ao bem-estar geral.

Henrique & Dias (2020), acrescentam que, no decurso da COVID-19, o autoisolamento está a afetar de forma desproporcional os cidadãos mais velhos, nomeadamente aqueles cujo único contacto social se encontra fora das suas casas e se restringe a redes comunitárias, religiosas e amicais (por exemplo, centros de dia, locais de culto), mas também todos os outros que vivem em lares e instituições de acolhimento, cujas condições de funcionamento atual têm sido amplamente discutidas nos meios de comunicação social. No primeiro caso, trata-se de idosos que não têm familiares ou amigos próximos e que dependem da prestação de serviços e de cuidados externos. Já no segundo, referimo-nos aos idosos que, no início da pandemia se sentiam protegidos da COVID-19 pelo fechamento das portas das instituições de acolhimento aos familiares e ao público, em geral, mas que se encontram, neste momento, entre as vítimas que mais têm sofrido pelo coronavírus SARS-CoV-2.

Desta forma, Matias (2020) veio reforçar a urgência de repensar o modelo institucional dos lares de idosos. Ou seja, se desenvolvermos soluções alternativas que não sejam estigmatizantes e que, de facto, proporcionem segurança, a manutenção do nosso estilo de vida e o acompanhamento por parte das pessoas que são significantes para nós, e que são mais seguras em situações de doenças contagiosas, poderemos considerar como positiva a mudança para outra casa numa fase mais adiantada da vida.

Face a esta ideia, Soeiro (2020) refere que “estamos a assistir a uma tragédia nos lares”, onde se observa que na Europa, “cerca de metade dos mortos por COVID são residentes em estruturas

residenciais para pessoas idosas”. A falta de profissionais, a falta de condições, a ausência de testes atempados garantidos pelos poderes públicos, a não aplicação plena das medidas de contingência, a própria arquitetura que dificulta o isolamento (quartos partilhados, equipamentos partilhados, etc.), a ausência de uma intervenção consistente no campo da saúde, o fechamento defensivo das instituições, ajudam a explicar o que se passa.

Soeiro (2020) menciona que é necessário refletir sobre todo o modelo que temos de cuidados para os idosos, sendo cada vez mais necessárias medidas rápidas para abrandar e conter a pandemia nos lares: equipas multidisciplinares (com as autoridades de saúde, a Segurança Social e a Proteção Civil) que visitem todos os lares, incluindo os que não estão licenciados; envolvimento dos profissionais e dos utentes nestes processos; testes à Covid, nomeadamente na reabertura dos centros de dia e no regresso aos lares dos profissionais que estiveram de férias; espaços alternativos para acolher pessoas que estejam em lares sem condições, equipas em espelho e circuitos separados para positivos e negativos; um plano de contratação de equipas de apoio domiciliário, para que seja possível evitar a institucionalização e domiciliar alguns dos utentes; reforço imediato das equipas de fiscalização e inspeção da Segurança Social, entre outros.

É necessário também, segundo Soeiro (2020), equipas locais de intervenção nas casas das pessoas mais velhas, de modo a garantir as adaptações infraestruturais nas habitações, que permitam às pessoas permanecer o máximo de tempo em casa. É essencial reformular o conceito Centro de Dia e do Apoio Domiciliário, alargando o número de trabalhadores envolvidos, no tipo de apoio prestado, nos horários e nos dias em que funcionam e, também, é necessário “apostar noutros modelos institucionais (mais humanos, mais pequenos, mais respeitadores da biografia e da individualidade das pessoas)”.

5. Psicomotricidade

O conceito de Psicomotricidade surgiu da necessidade de compreender as estruturas cerebrais e encontrar respostas para determinadas perturbações motoras. Este traz-nos referência aos mecanismos mentais, intelectuais e emocionais acrescidos de movimento, gesto e ação.

Segundo a Associação Portuguesa da Psicomotricidade (2020), a Psicomotricidade “é uma área de estudo transdisciplinar que consiste numa intervenção feita por mediação corporal e expressiva, na qual o psicomotricista estuda e compensa a expressão motora inadequada ou inadaptada, em diversas situações, que podem estar relacionadas com problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafectivo”. Ou seja, é uma ciência que estuda o indivíduo e as suas relações com o corpo, uma vez que envolve diferentes áreas, como a psicologia, sociologia, psicanálise, linguística e biologia.

Fonseca (2005) foi quem mais investiu nesta área em Portugal, através da sua prática profissional. Este desenvolveu e fundamentou uma teoria focada na complexidade psicocorporal do ser humano.

Fonseca (2005) afirma que Psicomotricidade “pode ser definida como o campo transdisciplinar que estuda as relações e as influências recíprocas e sistémicas entre psiquismo e motricidade” (p. 25), tendo como objetivo “associar dinamicamente o ato ao pensamento, o gesto à palavra e as emoções aos símbolos e conceitos, ou numa linguagem mais neurocientífica, associar o corpo, o cérebro e os ecossistemas envolventes” (2001, p. 10).

É neste sentido que Martins (2001) refere que, os instrumentos de trabalho em Psicomotricidade são constituídos pelo próprio corpo, o espaço de relação, o espaço físico, o tempo, os ritmos das sessões e os vários objetos disponíveis.

Posto isto, Oliveira, Foresti, Carvalho & Alves (2017), afirmam que a Psicomotricidade é sugerida como meio propiciador de qualidade de vida, através de atividades psicomotoras adaptadas à faixa etária, visto que a Psicomotricidade é a ciência que tem por objeto o estudo do homem, através do seu corpo em movimento nas suas relações com o mundo interno e externo, integrando as funções motrizes e mentais, sob o efeito do desenvolvimento do sistema nervoso.

As práticas psicomotoras podem ser aplicadas em diferentes contextos, sendo os 3 principais:

Figura 5: Principais Práticas Psicomotoras



Elaboração Própria

O Contexto Preventivo, de acordo com Martins (2015), consiste na promoção e estimulação do desenvolvimento, enquanto que no Contexto Educativo estimula-se o desenvolvimento psicomotor e o potencial de aprendizagem. Já no Contexto Terapêutico, o autor menciona que a psicomotricidade intervém nos problemas de desenvolvimento e de aprendizagem, bem como nos problemas de comportamento e patologias de ordem psíquica, que ponham em causa a qualidade de vida do indivíduo.

5.1. Gerontopsicomotricidade

A Psicomotricidade e a Gerontologia de Intervenção estão muito próximas e vão ao encontro da necessidade de movimento, compondo então a Gerontopsicomotricidade. Esta, segundo Miranda (2017), tem como objetivo a recuperação, a preservação e aperfeiçoamento das capacidades de realização das atividades da vida diária.

Segundo Branquinho (2018), a Gerontopsicomotricidade é uma terapia não farmacológica e de mediação corporal, que permite atenuar as alterações inevitáveis do envelhecimento, assumindo-se como um método de reeducação das perturbações psicomotoras, cognitivas e emocionais. Recorre a técnicas psicocorporais sendo, por isso, importante integrar os programas terapêuticos dirigidos a esta faixa etária, envolvendo a dimensão biológica (alterações biológicas que acontecem no organismo durante o processo de envelhecimento), psicológica (modificações na aprendizagem, atenção, memória e personalidade), sociocultural (mudanças na estrutura social e alterações culturais) e a corporal (modificações na imagem corporal).

Navarro, Alexandre, Dias, Duarte, & Garcia-Alonso (2018), afirmam que a Gerontopsicomotricidade se foca na manutenção das capacidades funcionais do indivíduo,

pretende aperfeiçoar o conhecimento e potenciar a eficácia das ações, sobretudo na vida diária. Visa reforçar a tonicidade, o controlo postural, a imagem corporal, estruturação espaço-temporal, as praxias e evitar a imobilidade, o isolamento e a dependência. A longo prazo é possível maximizar a consciência da sabedoria adquirida durante a vida, valorizar as capacidades e incentivar o autocuidado.

Segundo Fernandes (2014), a Gerontopsicomotricidade possui quatro características que a destacam enquanto uma práxis terapêutica de mediação corporal. A primeira característica relaciona-se com a diversidade de patologias, junto das quais o psicomotricista pode atuar, abrangendo patologias físicas, problemas psiquiátricos, ou problemas neurológicos. A segunda tem o objetivo de construir sobre o corpo envelhecido, ajudando a pessoa idosa a desenvolver a sua perceção e a representação do seu corpo real e imaginário, atribuindo novo valor à sua imagem corporal. A terceira característica demonstra a importância de entendermos que por detrás de um problema físico e dos sintomas visíveis, poderá esconder-se um problema psicológico. A quarta, e última característica, baseia-se na especificidade da relação terapêutica entre o psicomotricista e a pessoa idosa, na qual o terapeuta tem uma função de continente corporal, a fim de compensar as fragilidades do idoso.

No envelhecimento, como referem Aubert & Albaret (2001), a Psicomotricidade apresenta um carácter terapêutico, preventivo e paliativo, permitindo conservar as capacidades ao nível da intensidade, controlo postural, imagem corporal, organização espaço-temporal e praxias, bem como a sua autorrepresentação e comunicação, que são necessárias para que o idoso mantenha a sua capacidade funcional, de forma a ter uma participação ativa na sociedade e qualidade de vida.

De acordo com Rodriguez (2002), o carácter preventivo da psicomotricidade compreende três níveis:

Figura 6: Níveis de Carácter da Psicomotricidade



Elaboração Própria

No primeiro, Rodrigues (2002) aponta que, a intervenção engloba idosos saudáveis permitindo minimizar os efeitos do envelhecimento ou tentando impedir que estes se tornem patológicos, atuando numa dimensão biopsicossocial do indivíduo em contextos como centros de dia ou sociedades recreativas. O segundo, apresenta características mais reabilitativas, englobando idosos que começam a apresentar défices cognitivos ou funcionais, estimulando as capacidades que se começam a deteriorar, agindo sobre as que se encontram preservadas. Por fim, no último, dá-se apoio a idosos já com diagnóstico de demência.

Em suma, através da Gerontopsicomotricidade, o idoso pode redescobrir sensações através de vivências corporais que lhe permitem ter um melhor conhecimento do seu Eu e, permitindo combater o isolamento social através do estabelecimento de relações interpessoais nas sessões em grupo. Desta forma, a Gerontopsicomotricidade permite minimizar os efeitos causados pelas alterações do envelhecimento, através do desenvolvimento de estratégias que permitem ao idoso adaptar-se, contribuindo para a manutenção da sua autonomia e capacidade funcional, que terão uma grande influência no seu bem-estar e na sua qualidade de vida.

5.1.1. Objetivos da Gerontopsicomotricidade

Ovando & Couto (2010), referem que a Gerontopsicomotricidade tem como objetivos: (1) a manutenção das capacidades funcionais; (2) melhorar e aperfeiçoar o conhecimento de si próprio, (3) melhorar e aperfeiçoar a eficácia nas atividades de vida diária. Visa, também, (4) criar consciência de sabedoria, (5) valorizar as suas capacidades e dar realce às suas forças, incentivando a ultrapassar certas limitações físicas e perdas e a estimular o autocuidado com o desenvolvimento de hábitos pessoais de saúde.

5.1.2. Relação Psicomotricista e Idoso

Barreto (2006) refere que, o estabelecimento da relação terapêutica entre o Psicomotricista e o utente é crucial. Desta forma, em qualquer que seja a intervenção, o Psicomotricista deve ter a capacidade de estabelecer uma relação de confiança e segurança com o utente, de forma a assegurar que a intervenção se desenvolva a partir de uma atitude de aceitação incondicional, empatia e coerente por parte do técnico.

Assim sendo, é importante não esquecer que o idoso é um adulto com uma vida repleta de experiências, que foram moldando e formando a sua personalidade ao longo da vida e, como tal, não se deve cometer o erro de realizar práticas infantilizadas. É também importante que o Psicomotricista demonstre paciência e disposição para ouvir o idoso, devendo dar apoio quando este apresenta dificuldades em encontrar a palavra que pretende aquando de um diálogo, sem

corrigir de imediato o que não acha correto, não discutir nem criticar e não dar ênfase a conversas incongruentes ou esquecimentos.

Ojeda (2005) refere que, aquando as sessões de grupo, o Psicomotricista deve funcionar como um mediador, de modo a facilitar e estabelecer a vinculação com o idoso e a vinculação deste com o restante grupo. Acrescenta ainda que, no jogo em grupo, o Psicomotricista deve estar atento à falta de iniciativa, de competências e de possibilidades motoras que produzem situações de isolamento e distanciamento. Deste modo, o profissional deve atuar como um veículo integrador no jogo, facilitando o acesso à zona efetiva do mesmo, atuando como modelo ou levando o jogo até aos idosos mais isolados.

Todas estas estratégias, tal como menciona Morais (2007), são fundamentais para a criação do vínculo entre utente, terapeuta e grupo que irá influenciar toda a dinâmica das sessões realizadas. Contudo, previamente à realização das sessões devem ser estabelecidos os objetivos da intervenção, mediante os resultados das avaliações realizadas individualmente.

5.1.3. Sessões de Psicomotricidade

A APP (2020) refere que as sessões de Psicomotricidade podem ser realizadas individualmente ou em grupo, sendo que ambas apresentam vantagens. As sessões em grupo propiciam o estabelecimento de relações interpessoais, bem como o reconhecimento do outro, o envolvimento e a socialização e a integração da pessoa idosa na sociedade. Já as sessões individuais permitem um apoio mais específico, sendo aconselhadas para utentes com um maior comprometimento cognitivo.

Morais (2007) defende que, as sessões de Gerontopsicomotricidade devem ser realizadas com uma frequência de 2-3 vezes por semana, com uma duração média de 60 minutos. Este considera que as sessões podem ser iniciadas com um diálogo, onde o técnico e o grupo se cumprimentam, sendo apresentado, de forma breve, o que irá ser realizado ao longo da sessão e uma conversa acerca do estado emocional dos utentes e das suas vivências; podendo-se também realizar uma orientação para a realidade, que inclui questões acerca da data, estado do tempo e local. Acrescenta também que, a sessão poderá continuar com uma pequena atividade de mobilização, para promover a ativação muscular e, em seguida, temos o corpo da sessão (com uma duração de aproximadamente 30 a 35 minutos) que poderá ser constituído por uma ou duas atividades que englobem, por exemplo, trabalhos manuais, jogos de mesa, atividades de percurso, estimulação sensorial, jogos, modelagem, jogos de encaixes e sequências.

No final da sessão, Morais (2007) refere que, poderá realizar-se uma atividade de retorno à

calma, por exemplo, uma massagem em grupo ou uma atividade de relaxamento, importante para a descontração e posterior formação das percepções retidas pelo idoso ao longo da sessão. Por último, é realizada uma conversa final, onde se trocam impressões sobre a sessão, estimulando a memória recente através da descrição das atividades realizadas, onde os utentes referem as atividades preferidas e as dificuldades sentidas, sendo também lembrado o horário e local da sessão seguinte.

5.1.4. Observação e Avaliação na Gerontopsicomotricidade

Para Fonseca (citado por Branquinho, 2018), a observação, no processo de intervenção psicomotora, é uma componente essencial, constituindo-se como uma metodologia de avaliação global, sendo um momento rigoroso, beneficiado pela maior familiarização do terapeuta com esta técnica (2001).

Morais (2007), refere que deve ser observada a relação da pessoa com o seu corpo (coordenação geral, esquema e imagem corporal, olhar e gestualidade), a relação com o espaço (a forma como o ocupa e explora), a relação com o tempo (forma como organiza o tempo), a relação com os objetos (quais e como explora e a forma como os utiliza), a relação com as outras pessoas envolvidas (seja o psicomotricista ou as restantes pessoas presentes na sessão) e, ainda, a linguagem (como comunica, a forma como faz e aquilo que diz), existindo elementos facilitadores, como o facto da sessão ser realizada por duas pessoas ou ser gravada. Este processo, aliado a uma reflexão, deve ser realizado ao longo de toda a intervenção, fazendo-se registos do mesmo no final de cada contacto terapêutico com a pessoa idosa.

A avaliação psicomotora, segundo Navarro, Alexandre, Dias, Duarte, & Garcia-Alonso (2018), é essencial não só para a elaboração do plano de intervenção adequado, mas também para avaliar os resultados alcançados após a intervenção. Esta não deve recair apenas nas competências funcionais, mas também, nas competências psíquicas e relacionais. Esta não visa apenas apresentar as dificuldades do idoso, mas também verificar as suas capacidades e potencialidades.

Posto isto, Branquinho (2018) menciona que, a utilização de um protocolo de avaliação não deve ser colocada de lado, na medida em que permite tornar o processo mais objetivo. Tendo em conta a diminuição da atenção, do tempo de reação e de algumas dificuldades associadas ao movimento, é importante que o técnico considere a hipótese de dividir este momento em mais do que uma sessão, utilizando diversos instrumentos de avaliação, nomeadamente o *Minimal State Examination (MMSE)*, o Exame Gerontopsicomotor (instrumento de avaliação

das competências psicomotoras, para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que tem como objetivo definir o perfil psicomotor do indivíduo) e Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade (que permite realizar uma avaliação através de observação que permitisse uma visão da pessoa no âmbito psicomotor, cognitivo e comportamental em meio institucional).

5.1.5. Benefícios da Psicomotricidade nos idosos

A Psicomotricidade, conforme referem Venâncio, Mendes, Castilho, & Tolentino (2016), surge na vida dos idosos para unir e exercitar os diferentes campos da sua vida como, emocional, social, físico e motora. Estes referem que, a Psicomotricidade na área da Gerontologia tem elementos valiosos, que contribuem de forma significativa na promoção de saúde do idoso, na sua socialização e manutenção da autonomia, pois o envelhecimento não está ligado somente ao físico, mas também ao biopsicossocial. Por outras palavras, a Psicomotricidade na terceira idade melhora a qualidade de vida, contribuindo na melhoria das conquistas sociais, na independência e na manutenção da autonomia do indivíduo idoso.

Num estudo realizado por Oliveira, Foresti, Carvalho, & Alves (2017), foi possível identificar que há melhoria funcional por meio da estimulação psicomotora em idosos. Assim, à necessidade de intervenção para diminuir os índices de queda e instabilidade, a Psicomotricidade possibilita uma melhoria da funcionalidade como um todo, permitindo uma maior perspectiva de vida através de atividades psicomotoras direcionadas para pessoas na terceira idade.

5.1.6. Benefícios da Psicomotricidade nos idosos em tempos de pandemia

Numa entrevista realizada pela revista “Atlântico Expresso”, Machado, Botelho, Neto, & Silva (2020), admitem que “em tempos de confinamento, as famílias são o elo entre o psicomotricista e a pessoa que precisa de ajuda, dos 0 aos 100 anos, através de simples atividades do quotidiano realizadas com objetivos terapêuticos”. Estas acreditam que o apoio que vão dando à distância a quem precisa, vai minimizar retrocesso e a maioria “serão situações ultrapassáveis a curto prazo. Infelizmente, outras poderão levar mais tempo ou divergir para outras complicações”.

Face à questão “Que impacto pode ter essa falta de acompanhamento em psicomotricidade, para crianças e adultos, agora que a vida é feita praticamente em casa?”, Machado, Botelho, Neto & Silva (2020), referem que podem encontrar retrocessos no trabalho realizado e o agravamento de algumas situações. Contudo, têm “esperança que, com o acompanhamento à distância, seja possível minimizar essas consequências”. Acrescentam ainda que, os cuidadores, em contexto

de pandemia ou fora dela, “não têm de passar a ser técnico/terapeuta/professor, mas sim, elementos de ligação entre todos de forma a podermos sistematizar e consolidar aquisições”. Nesta época que vivemos atualmente, este papel torna-se ainda mais intenso, sendo esta aliança e colaboração com os cuidadores essencial para o futuro sucesso da intervenção.

6. Serviços e Qualidade

Segundo Grönroos (1993), um Serviço “é uma atividade ou série de atividades de natureza mais ou menos intangível – que normalmente, mas não necessariamente, acontece durante as interações entre cliente e empregados de serviço e/ou recursos físicos ou bens e/ou sistemas do fornecedor dos serviços – que é fornecida como solução para o(s) problema(s) do(s) cliente(s)”.

A Qualidade é cada vez mais o motor do sucesso de qualquer organização e o grande fator de distinção e de escolha de bens e serviços por parte dos clientes.

Para Zeitham (1988) 1, qualquer organização deverá ter uma política de qualidade, onde os objetivos e os requisitos específicos do bem ou serviço estejam bem definidos, e em que a qualidade se assuma como “o julgamento do consumidor sobre a excelência global ou superioridade de um produto ou serviço”.

O conceito de Qualidade surge, inicialmente, relacionado com os bens físicos e com as suas características que lhe conferem essa qualidade, distinguindo-o de outros bens. Mas, este conceito torna-se mais difícil quando é aplicado a um serviço, uma vez que o que é avaliado é não só o produto em si ou a prestação do serviço, mas sim todo o processo que envolve a prestação do mesmo, ou seja, o produto final, as instalações, a aparência e simpatia do prestador, entre outros aspetos.

Hoje, a Qualidade pode ser definida como “o conjunto de atributos e características de uma entidade ou bem que determinam a sua aptidão para satisfazer as necessidades e expectativas da sociedade” (Decreto-Lei, nº 140/2004).

Quanto à evolução histórica, Batista (2010) refere que, antes da Revolução Industrial, era o artesão quem escolhia, produzia e entregava o bem ao cliente, sendo o controlo de qualidade feito por si. Com a Industrialização, o controlo da qualidade passou para as mãos do mestre industrial, que supervisionava os vários passos da produção e avaliava o grau de eficácia e qualidade dos bens produzidos. Com a Segunda Guerra Mundial, existe um avanço no controlo da qualidade, passando este controlo a ser feito de modo estatístico, baseado numa inspeção por

amostragem e gráficos de controlo. Mais tarde, surge o primeiro modelo para o sistema de garantia da qualidade, o *Total Quality Management* (TQM), que serviu de base ao desenvolvimento dos atuais sistemas de qualidade, que enunciam os requisitos que o sistema de qualidade de uma organização deve conhecer para uma produção de qualidade. Este modelo é constituído por características como: a preocupação com a satisfação do cliente, o conceito de aperfeiçoamento contínuo, o envolvimento e participação de todos os funcionários e a valorização do respeito pelo indivíduo. Assim, o conceito de qualidade deixa de envolver apenas a qualidade do bem ou serviço e passa a envolver todo o processo de produção.

6.1. Deming e os 14 princípios da Qualidade

Segundo Eleutério (2001), os conceitos de Deming estão fundamentados no “saber profundo”, onde é defendida uma transformação do estilo de administração, refletindo uma organização que funciona como um sistema único que trabalha, em conjunto, em prol do objetivo da organização.

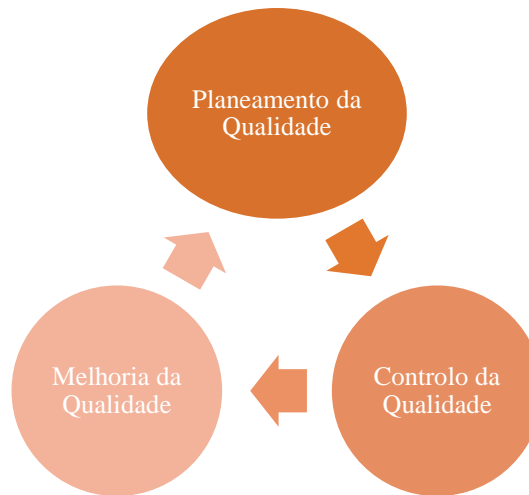
Este modelo de administração, baseia-se em 14 princípios, sendo eles: (1) estabelecer objetivos estáveis, com vista à melhoria dos produtos; (2) adotar a nova filosofia de gestão de qualidade; (3) eliminar a necessidade de inspeção em massa; (4) reduzir a quantidade de fornecedores; (5) estabelecer a melhoria contínua; (6) instituir a formação no posto de trabalho; (7) adotar e insistir a liderança da direção; (8) eliminar o medo de cometer erros; (9) eliminar barreiras entre os departamentos; (10) eliminar a utilização de slogans e cartazes dirigidos a trabalhadores dos níveis mais baixos; (11) utilizar métodos estatísticos para a melhoria da qualidade e produtividade; (12) eliminar barreiras que dificultem o orgulho pelo trabalho realizado; (13) instituir um sistema de formação e automelhoria para toda a gente e, por fim, (14) definir claramente o compromisso da alta administração com a qualidade e produtividade.

6.2. Trilogia de Juran

Juran (1992, citado por Eleutério, 2001), atribui ao termo “qualidade”, dois significados. Por um lado, o desempenho do produto e, por outro, a ausência de defeitos. O primeiro, resulta das características que proporcionam a satisfação com o produto, levando os clientes a comprá-lo. Já o segundo, a presença de defeitos no mesmo, conduz à insatisfação, levando a que os clientes reclamem sobre tal.

Este autor é considerado o pioneiro na aplicação da qualidade à estratégia empresarial, onde a gestão da qualidade é realizada através de uma trilogia de processos.

Figura 7: Trilogia de Juran



Elaboração Própria

O Planeamento da Qualidade, trata-se da atividade de determinar as necessidades dos clientes, desenvolver os produtos e processos necessários para se suprimir essas necessidades. O Controlo da Qualidade, trata-se do processo no qual se avalia o desempenho real, comparando-o com as metas e atuando nas diferenças. E, por fim, a Melhoria da Qualidade, significa a criação organizada de mudanças benéficas, ou seja, a obtenção de níveis únicos de desempenho.

6.3. Qualidade Esperada e Qualidade Percebida

Para Batista (2010), o esforço de qualquer organização em procurar a qualidade dos seus bens ou serviços só faz sentido se a mesma for sentida por quem a recebe, ou seja, se essa qualidade for percebida pelo cliente. Segundo o autor, a organização deverá apostar numa política de qualidade eficaz, que procure avaliar o que o cliente pensa acerca do serviço que lhe é prestado e, partindo dessa avaliação, tentar ir ao encontro daquilo que realmente é importante para o cliente.

Ao avaliar a qualidade de determinado bem ou serviço, o cliente é influenciado por vários fatores que vão condicionar a sua avaliação. Assim, ao dirigir-se a um determinado serviço, o cliente tem uma ideia pré-definida daquilo que será a qualidade da sua prestação, baseado na sua expectativa em relação ao mesmo. Fala-se então da Qualidade Esperada, que é a expectativa do cliente em relação à qualidade da prestação do serviço. Ou seja, é a expectativa que o cliente tinha antes da prestação do serviço. São vários os fatores que influenciam esta em relação a um

serviço, tais como: as suas necessidades individuais, desejos, constrangimentos, experiências passadas tidas com este ou com outro serviço, entre outros.

Posto isto, Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1988) mencionam que, a organização deve tentar reduzir ao mínimo a disparidade existente entre aquilo que o cliente espera de um serviço, a Qualidade Esperada, e aquilo que efetivamente recebe do mesmo, a Qualidade Percebida. Assim, a Qualidade Percebida do serviço é um resultado da comparação das perceções com as expectativas do cliente. Ou seja, a qualidade percebida está relacionada com o nível de satisfação do cliente.

6.4.Importância de medir a Qualidade

A importância da Qualidade deixou de estar focada somente nos produtos, transferindo-se para os serviços.

Batista (2010) menciona que, deve haver uma preocupação por parte da organização em medir o seu desempenho internamente, prevenindo e evitando eventuais falhas, bem como externamente, avaliando a opinião daqueles a quem o serviço se dirige. Ou seja, internamente ao existir uma boa política de qualidade, a organização consegue avaliar até que ponto a prestação do serviço está a ir ao encontro da política definida, se o serviço é prestado com qualidade, se está de acordo com as normas estabelecidas, ou se é necessário reformular a própria política, tendo sempre como objetivo a melhoria contínua.

A utilidade do serviço, segundo Silva (2015), está ligada ao uso, à experiência do consumidor. A experiência é um fator importante para as empresas, pois, só na experimentação é que se pode dizer se tem ou não qualidade. Este refere que, os clientes não adquirem um produto/serviço, mas sim, algo que permite satisfazer uma necessidade. As empresas “oferecem” os produtos em função da sua qualidade, mas estes devem ser percebidos pelo cliente como valiosos e fundamentais.

Hauser & Clausing (1988, citado por Silva, 2015) consideram que a Qualidade obriga, como tal, a pensar em muito mais do que evitar reparos do consumidor: implica que a organização sinta a necessidade de aprender com a experiência dos seus consumidores e que seja capaz de verter os resultados em melhorias no serviço.

A Qualidade, de acordo com Silva (2015), deve preencher as necessidades dos consumidores e ser apresentado a um preço competitivo, pois o produto/serviço mesmo que esteja dentro dos requisitos, ele tem de satisfazer o consumidor, porque para preencher a mesma necessidade o consumidor opta por o que tem mais qualidade, satisfazer a necessidade é melhor que a

concorrência.

Para Vavra (1996, citado por Margato, 2014), a medição da satisfação tem como fim informar acerca do desempenho da organização, permitindo detetar os seus pontos fracos e fortes. A recolha de informação possibilita conhecer as necessidades a serem satisfeitas, de modo específico, para cada cliente com características particulares, sendo que a interação permite avaliar a forma como a empresa está a corresponder a essas necessidades específicas do cliente. A avaliação da satisfação dos clientes permite, ainda, saber quais os atributos que o cliente considera mais relevantes e que afetam a sua decisão no ato da compra.

Margato (2014), refere que, as empresas avaliam a satisfação do cliente para determinar a qualidade do produto, a qualidade de serviço e a retenção de clientes. Muitos estudos têm demonstrado que a satisfação leva a uma elevada fidelidade do cliente e, conseqüentemente, ao aumento da quota de mercado e dos lucros.

CAPÍTULO II – DIAGNÓSTICO SOCIAL

Parte I – Notas Metodológicas em torno da Metodologia de Projeto

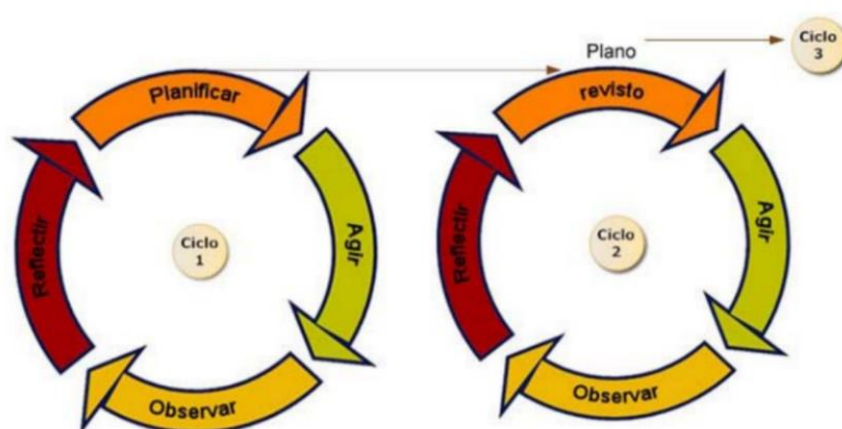
A metodologia escolhida tendo em conta a modalidade de avaliação final, foi a Metodologia de Investigação-Ação (IA).

Após várias pesquisas bibliográficas, chegou-se à conclusão de que a IA procura conciliar a investigação e a ação, salientando a participação dos indivíduos neste processo. Ou seja, a investigação e a ação complementam-se, permitindo o desenvolvimento de um processo contínuo de construção do conhecimento e transformação da realidade.

Esta tem como principal objetivo, não só conhecer o mundo que nos rodeia, mas também conseguir transformá-lo, sendo assim essencial valorizar tudo o que seja informação ou parte constituinte do processo (história da comunidade, tradições e linhas de cultura) (Lima, 2003). Ou seja, esta metodologia não estuda algo com interesse científico, mas trata algo que preocupa e interessa ao público-alvo. Tem como finalidade transformar a situação-problema, isto é, satisfazer uma necessidade, resolver um problema ou considerar o pedido de algum interesse da comunidade onde se está a intervir.

Segundo Coutinho, Sousa, Dias, Bessa, Ferreira & Vireira (2009), na IA observamos um conjunto de fases que se desenvolvem de forma contínua, resumindo-se na sequência: planificação, ação, observação (avaliação) e reflexão (teorização). Este conjunto de procedimentos em movimento circular, dá início a um novo ciclo que, por sua vez, desencadeia novas espirais de experiências de ação reflexiva (p. 366).

Figura 8: Passos de caracterização da IA



Obtido de Coutinho et al. (2009)

Como se pode observar na figura acima apresentada, um processo de IA não se limita a um único ciclo, porque uma vez que esta metodologia é, acima de tudo, operar mudanças nas práticas tendo em vista alcançar melhorias de resultados, normalmente esta sequência de fases repete-se ao longo do tempo. Ou seja, há necessidade por parte do investigador, de explorar e analisar todo o conjunto de interações ocorridas durante o processo, e proceder a reajustes na investigação do problema.

Relacionando a IA com o projeto de intervenção, Serrano (2008) refere que as fases de um projeto são as seguintes:

Figura 9: Fases de um Projeto



Elaboração própria

A fase do diagnóstico é uma fase de vital importância para a elaboração de projetos. Este, segundo Serrano (2008) “permite localizar os principais problemas, dando a conhecer as suas causas de fundo e oferece vias de ação para a sua resolução gradual” (p. 29). O objetivo do diagnóstico é o conhecimento da realidade, constituindo uma das ferramentas teórico-metodológicas mais importantes, de forma a nos aproximar do conhecimento da realidade objeto de estudo.

A planificação, como refere Serrano (2008), implica saber onde se está ou qual o ponto de partida, com os recursos que se pode utilizar para alcançar as metas, mediante a realização de atividades que desenvolvam os objetivos programados a curto, médio e longo prazo (p. 37). Este cita Ander-Egg (1989), indicando que a ação de planear consiste na utilização de procedimentos, com as quais se pretendem alcançar determinados objetivos.

Na fase de Aplicação-execução, Serrano (2008) refere que a execução implica pôr em prática o projeto e ter em conta o seu desenvolvimento, acompanhamento e controlo (p. 77).

Por fim, a fase da Avaliação, de acordo com Serrano (2008), é um processo de reflexão que permite explicar e avaliar os resultados das ações realizadas. Permite reconhecer os erros e os

sucessos da nossa prática, de forma a corrigi-los no futuro (p. 81).

1. Método de Investigação

Para esta intervenção, os dados recolhidos assumiram dois tipos: os dados quantitativos e os dados qualitativos.

Os dados quantitativos, segundo Coutinho (2013), remetem para a “análise de factos e fenómenos observáveis e a medição/avaliação em variáveis comportamentais e/ou sócio afetivas passíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionadas no decurso do processo da investigação empírica” (p. 26). Desta forma, os dados quantitativos remetem para uma recolha mais numérica, não sendo suficientes para a elaboração do diagnóstico social da Instituição e da população, pois ele necessita de uma recolha de dados mais pormenorizada. Assim sendo, a recolha de dados qualitativa valoriza as “intenções e situações, ou seja, trata-se de investigar ideias, de descobrir significados nas ações individuais e nas interações sociais, a partir da perspetiva dos atores intervenientes no processo” (p. 28).

Assim, afirma-se que o método utilizado nesta intervenção foi os Métodos Mistos, uma vez que integra dados quanti e qualitativos.

Num estudo realizado por Santos, Erdmann, Meirelles, Lanzoni, Cunha & Ross (2017), que tinha como objetivo descrever a experiência da integração entre dados quantitativos e qualitativos, por meio de uma pesquisa de métodos mistos, pôde-se observar que esta permitiu a identificação de convergências e divergências entre os dados qualitativos e quantitativos, contribuindo para a produção de resultados que se complementam entre si. Ou seja, os estudos com métodos mistos podem proporcionar pesquisas de grande relevância.

Santos et al., (2017) defendem também que, a realização de um estudo com métodos mistos não significa a condução de dois estudos diferentes que abordam uma questão específica, mas um estudo que integra métodos diferentes para responder uma questão de pesquisa específica, procurando informações que se complementem. Este, demonstra que possibilita a realização de estudos com desenhos metodológicos diferentes, mas que produzem dados mutuamente complementares, favorecendo uma interpretação mais completa e abrangente do fenómeno investigado.

2. Técnicas de Recolha de Dados

As técnicas para a recolha de dados que se utilizaram foram: os diários de bordo, fichas pessoais dos utentes, observação participante, grelhas de observação das atividades, conversas informais, entrevista semiestruturada (aplicada aos idosos e à acompanhante do estágio), inquéritos de avaliação das atividades (aplicados aos idosos e à diretora técnica) e os Inquéritos do Sistema de Avaliação Multidimensional de Equipamentos Sociais (SAMES-Lar), nomeadamente o Inquérito relativo às Características Físicas e Arquitetónicas (ICFA), o Inquérito relativo às Características da Organização e Funcionamento (ICOF) e o Inquérito sobre as Características do Pessoal e Residentes (ICPR). Utilizaram-se também instrumentos como o Índice de Lawton & Brody, o Índice de Barthel, a Escala de Quedas de Morse e, por fim, o Mini-Mental State Examination (MMSE).

- Diários de Bordo

Para Máximo-Esteves (2008), é um recurso metodológico mais recomendado, pela sua potencial riqueza descritiva, interpretativa e reflexiva (p. 89). Nesta técnica, foram feitas observações, tendo estas sido registadas de forma detalhada. Registaram-se, também, as reações dos participantes nas atividades, os pontos a melhorar, os pontos bons a repetir, todas as dúvidas e anseios, entre outros.

- Fichas pessoais dos Utes

Estas fichas pessoais continham os dados pessoais do utente (nome, idade, escolaridade, estado civil), o estado de saúde (que doenças tinha, os medicamentos que tomava), qual o motivo do pedido, a caracterização das suas capacidades, entre outras.

- Observação Participante

Esta é um instrumento importante, visto que possibilita agrupar todos os dados qualitativos e, em simultâneo, presenciar e vivenciar o quotidiano da Instituição. Moreira (2007) considera que a observação participante, assenta numa procura de realismo, por um lado, e por outro, na reconstrução de significados em que o investigador junta à sua perceção, o ponto de vista do público-alvo. A sua principal característica é a integração do investigador no grupo onde intervém.

- Grelhas de observação

Nas grelhas de observação, foram registados os comportamentos do público-alvo na execução das atividades.

- Conversas Informais

As conversas informais realizaram-se com os idosos, de forma a que fosse possível perceber os interesses, as motivações, expectativas, fragilidades, preocupações e as potencialidades dos mesmos. Esta técnica foi fundamental ao longo das diversas fases do projeto.

- Entrevista Semiestruturada

As entrevistas semiestruturadas foram implementadas, de forma a conhecer a sua história pessoal e informações mais concretas sobre estes. Máximo-Esteves (2008) define as entrevistas como “um ato de conversação intencional e orientado, que implica uma relação pessoal, durante a qual os participantes desempenham papéis fixos, ou seja, o entrevistador pergunta e o entrevistado responde” (pp. 92-93).

- Inquéritos de Avaliação

Os inquéritos de avaliação das atividades, aplicaram-se aos idosos e à diretora técnica no final da intervenção, de forma a perceber de que modo as atividades foram adequadas.

- Inquéritos Sistema de Avaliação Multidimensional de Equipamentos Sociais - Lares de Idosos (SAMES-Lar)

Estes consistem na recolha de informação e avaliação das estruturas residenciais para idosos e fornecem uma descrição detalhada das características físicas e organizacionais (destacando-se a dimensão do plano de atividades previsto e/ou desenvolvido com os idosos), dos grupos humanos que integram um lar de idosos e do clima social que caracteriza as relações entre eles. Este instrumento é composto por oito inquéritos, mas nem todos foram considerados essenciais e pertinentes para conhecer a realidade desta Instituição. Assim, foram selecionados os seguintes:

- Inquérito relativo às Características Físicas e Arquitetónicas (ICFA) - este instrumento, segundo Machado (2015), considera um grupo de variáveis relevantes, tais como, a localização e as características interiores e exteriores do edifício. Permite-nos perceber os espaços da Instituição e a forma como estes se articulam entre si, podendo ser potencializados.
- Inquérito relativo às Características da Organização e Funcionamento (ICOF) - permite-nos, de acordo com Machado (2015) conhecer acerca do nível funcional e do comportamento que os residentes têm de ter para serem admitidos, a relação entre a liberdade individual e a estabilidade e ordem da Instituição. Por último, a

disponibilidade dos diferentes serviços e atividades que oferece a Instituição.

- Inquérito sobre as Características do Pessoal e Residentes (ICPR) - este instrumento, como refere Rebelo (2015) avalia as características dos residentes de uma residência geriátrica, tendo em consideração as seguintes subescalas: características do pessoal; habilidades funcionais dos residentes; o nível de atividade dos residentes; integração dos residentes na comunidade; utilização dos serviços de saúde; utilização de assistência na vida diária e, por último, a utilização de atividades sócio recreativas.

- Índice de Lawton & Brody

Este instrumento, de acordo com Apóstolo (2012), avalia o nível de independência da pessoa idosa, no que se refere à realização das atividades instrumentais (AIVD) que compreendem oito tarefas como: usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro, mediante a atribuição de uma pontuação, segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas atividades.

A escala apresenta graus cujos extremos são independente e severamente dependentes. Azeredo & Matos (2003, citado por Apóstolo, 2012), converteram a escala em três grupos, na mesma proporção em que apresenta cada item e consideraram os seguintes pontos de corte:

Tabela 5: Pontuação do Índice de Lawton & Brody

Pontuação	Significado
8 pontos	Independente
9-20 pontos	Moderadamente dependente
> 20 pontos	Severamente dependente

Elaboração própria

- Índice de Barthel

O Índice de Barthel, como refere Apóstolo (2012) avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, controlo da micção, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escada.

Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos, de acordo com os níveis de dependência. Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100:

Tabela 6: Pontuação do Índice de Barthel

Pontuação	Significado
90-100 pontos	Independente
60-90 pontos	Ligeiramente dependente
40-55 pontos	Moderadamente dependente
20-35 pontos	Severamente dependente
<20 pontos	Totalmente dependente

Elaboração própria

- Escala de Quedas de Morse

Em Portugal, segundo Barbosa, Carvalho, & Cruz (2015), a presente escala é utilizada em vários centros hospitalares e a Direção-Geral da Saúde (DGS) indica a necessidade de se avaliar o risco de queda, como uma intervenção adequada e personalizada para a prevenção. A mesma encontra-se ainda em fase de validação para a população portuguesa.

De acordo com Barbosa, Carvalho, & Cruz (2015), esta escala é constituída por seis itens, com duas ou três possibilidades de resposta para cada um. A cada uma das respostas corresponde uma pontuação. De acordo com a avaliação efetuada, a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens, resulta num score que indica o risco de queda. Essa pontuação varia de 0 a 125 pontos.

Tabela 7: Pontuação da Escala de Quedas de Morse

Pontuação	Significado
0 e menor ou igual a 24 pontos	Sem Risco
maior ou igual a 25 pontos e menor 50 pontos	Baixo Risco
maior ou igual a 51 pontos	Alto Risco

Elaboração própria

- Mini-Mental State Examination (MMSE)

O Mini-Mental State Examination (MMSE) é, como indica Apóstolo (2012), um dos testes mais empregues e mais estudados em todo o mundo, para avaliação do funcionamento cognitivo. Usado isoladamente ou incorporado em instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais. Este refere que, foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica, na avaliação da mudança do estado cognitivo dos idosos. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação,

cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva. Não pode ser usado para diagnosticar demência.

A pontuação pode variar de 0 a 30, em função do nível de escolaridade obtido no processo de validação para português:

Tabela 8: Pontuação do MMSE

Pontuação	Significado
Analfabetos	Inferior ou igual a 15
1 – 11 anos de escolaridade	Inferior ou igual a 22
Com mais de 11 anos de escolaridade	Inferior ou igual a 27

Elaboração própria

3. Técnicas de Tratamento de Dados

Quanto às técnicas de tratamento de dados, esta intervenção contou com a Análise de Conteúdo, uma vez que se utilizam dados qualitativos.

Bardin (2006) refere que, a análise de conteúdo consiste “num conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (p. 38) . Ou seja, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que tem como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados.

Freitas, Cunha, & Moscarola (1997) referem que, a análise de conteúdo é uma técnica refinada, que exige muita dedicação, paciência e tempo do investigador, o qual tem de se valer da intuição, imaginação e criatividade, principalmente na definição de categorias de análise. Para tanto, disciplina, perseverança e rigor são essenciais.

Creswell (2007) acrescenta que, qualquer técnica de análise de dados, significa uma metodologia de interpretação. Assim, possui procedimentos próprios, que envolvem a preparação dos dados para a análise, visto que esse processo “consiste em extrair sentido dos dados de texto e imagem”. Contudo, entre as diferentes estratégias analíticas, os processos e os termos diferem, e a análise de conteúdo também apresenta peculiaridades.

Esta intervenção contou, também, com a técnica de Análise Estatística, uma vez que se utilizam dados quantitativos.

Para Quivy (2008), a Análise Estatística é adequada quando os dados são recolhidos por meio de um inquérito por questionário, assim como, quando a investigação é orientada para o estudo das correlações entre fenómenos passíveis de serem expressos por variáveis quantitativas. Para a apresentação gráfica destes mesmos dados, optou-se pela utilização do software Microsoft Excel.

Parte II - Caracterização da Instituição

1. Características Físicas e Arquitetónicas

A Quinta de Santa Ana - Residência Sénior, situa-se na zona de Carvoeiro, em Viana do Castelo, Portugal (Anexo 1). A Instituição iniciou a sua atividade em abril de 2020.

Para a caracterização da Instituição, utilizou-se o instrumento Sistema de Avaliação Multidimensional de Equipamentos Sociais – Lares De Idosos (SAMES-Lar), nomeadamente o Inquérito relativo às Características Físicas e Arquitetónicas (ICFA), o Inquérito relativo às Características da Organização e Funcionamento (ICOF) e o Inquérito sobre as Características do Pessoal e Residentes (ICPR).

Através do ICFA, pode-se dizer que a Quinta de Santa Ana se enquadra no meio rural, sendo que a cidade de Viana do Castelo se encontra a 18 km. O edifício desta Instituição é constituído por três andares (rés-de-chão, primeiro e segundo andar), sendo que existe um elevador para acesso aos andares superiores (Anexo 2).

Quanto aos recursos da comunidade, encontram-se perto da Instituição uma igreja e uma paragem de autocarro, a uma distância de 100m.

Na parte exterior do edifício, podemos encontrar um jardim, equipado com bancos, mesas e área coberta para resguardo da chuva, uma horta e um galinheiro (Anexo 3). Quanto ao estacionamento, não existem lugares reservados a pessoas com deficiência, sendo estes comuns a todos (tanto colaboradores como visitas).

Relativamente ao interior da Instituição, pode-se entrar no edifício sem ter de usar escadas. A entrada da Instituição é junto à sala de atividades/sala de convívio, não tendo nenhum balcão de receção. A sala de atividades está equipada com uma televisão, dois sofás, três cadeiras e seis cadeirões. Nessa sala, existem duas mesas, onde os idosos se podem sentar e jogar, prateleiras com livros, revistas e jornais. Esta mobília está suficientemente distanciada, de forma a permitir a circulação de cadeiras de rodas (Anexo 4).

Existe ainda um gabinete para o pessoal da direção, um gabinete de enfermagem, uma sala de reuniões e uma sala de refeições. Não existe sala para os colaboradores, contudo existe um vestiário, equipado com uma casa de banho com duche e com cacifos para cada um dos colaboradores.

As instalações sanitárias, estão equipadas com um sistema de segurança anti-queda e os corredores são suficientemente largos para ajudar a locomoção dos idosos mais dependentes, com cadeira de rodas e cadeirões (Anexo 5).

2. Características de Organização e Funcionamento

Para este ponto, utilizou-se o ICOF, nomeadamente a secção I e secção II.

- **Aspetos Financeiros**

A mensalidade é paga até ao dia oito de cada mês, no Gabinete da Direção, todos os dias úteis ou através de transferência bancária. A mensalidade mínima é de 1.250€ e a máxima de 1.500€. Para além da mensalidade, também será debitada na conta do cliente, o valor das despesas extra, tais como fraldas, serviço de enfermagem, atividades no exterior e outros serviços prestados.

Neste momento, a Instituição ainda não tem lista de espera para entrada, sendo que tem capacidade total para dezasseis utentes. Esta residência recebe idosos independentes e com graus diferentes de dependência, desde ligeira a acamados, mesmo os que padeçam de Alzheimer ou doença de Parkinson. Aceita, também, estadias temporárias e períodos de recuperação pós-hospitalar.

- **Tipos e características dos Quartos**

Quanto aos quartos, a Instituição refere que estes podem ser individuais ou partilhados (oito quartos no total), tendo casa de banho privativa. Existem três quartos individuais, quatro quartos partilhados por duas pessoas e um quarto partilhado por três.

Em cada quarto, as camas são articuladas e equipadas com colchões anti-escaras (Anexo 6). Caso necessário, os idosos podem colocar as suas fotografias e pequenos objetos pessoais, para que seja um local o mais personalizado possível e onde o bem-estar sénior é privilegiado. Existe, ainda, um sistema de chamada, para que o idoso, em caso de dificuldade, seja auxiliado o mais prontamente possível.

- **Política Organizativa**

No que se refere à Política Organizativa e às normas relacionadas com as condutas e os bens pessoais, pode-se constatar que as normas e a expectativa referente aos comportamentos dos

residentes que são desencorajados, são as seguintes: (1) beber álcool no quarto; (2) mudar a disposição da mobília no quarto; (3) ter uma máquina de café no quarto; (4) lavar algumas peças de roupa na casa de banho, demonstrando que não necessitam de lavar, uma vez que existe uma lavandaria na Instituição que trata das suas roupas; (5) não tomar o pequeno-almoço para dormir até mais tarde, ou seja, o utente pode tomar o pequeno-almoço mais tarde, mas não pode deixar de tomá-lo, devido à medicação que tem de manhã; (6) fechar à chave a porta do quarto e (7) ter relações sexuais com outros utentes.

Relativamente às expectativas relacionadas com o nível da capacidade funcional, as condutas e atividades que são toleradas, são as seguintes: (1) incapacidade de se alimentar sozinho, uma vez que a Instituição incentiva e trabalha para que os utentes dependentes consigam voltar a comer pela sua mão; (2) incapacidade de tomar banho ou de se lavar sozinho; (3) incapacidade de se vestir sozinho; (4) confusão ou desorientação e (5) depressão. As que são permitidas são: (1) incapacidade de fazer a cama e (2) a incapacidade de limpar o quarto, uma vez que é a Auxiliar de Ação Direta que realiza essas funções; (3) incontinência de urina e/ou fezes.

Quanto às regras relacionadas com potenciais problemas de comportamento, as condutas intoleráveis são: (1) roubar coisas de outros residentes; (2) estragar ou destruir intencionalmente coisas; (3) agredir fisicamente outro residente e (4) agredir fisicamente um membro do pessoal. Todas as restantes condutas são desencorajadas.

- **Funcionamento**

A Instituição funciona todos os dias da semana, durante 24 horas por dia. Quanto ao horário de visitas, estas realizam-se entre as 15h e as 19h. Contudo, há a possibilidade de qualquer familiar ou amigo, efetuar uma visita fora deste horário, com pré-aviso. No entanto, devido à pandemia da doença da Covid-19, as visitas sofreram alterações, tendo de ser previamente marcadas. Estas realizam-se na sala de reuniões, que foi devidamente preparada para o efeito, através da colocação de uma divisória em acrílico, ficando o familiar de um lado e o utente do outro lado.

- **Horário das Refeições**

Relativamente às refeições, a ERPI da Quinta de Santa Ana disponibiliza 5 refeições diárias, apresentadas na tabela abaixo:

Tabela 9: Horário das refeições na Instituição

Horário de Refeições	
Horário	Rotina
7h – 8h	Pequeno-almoço
10h-10h20	Lanche da manhã
12h – 13h30	Almoço
16h – 16h30	Lanche da tarde
19h – 20h	Jantar
Opcional	Ceia

Elaboração própria

- **Prestação de Serviços**

A Instituição assegura os seguintes serviços: alimentação, cuidados de higiene, tratamento de roupas (é assegurado por esta residência, assim como a alimentação, que é de confeção própria), assistência médica (contando com um médico de clínica geral uma vez por semana), cuidados de enfermagem, atividades de animação sociocultural e assistência religiosa.

- **Plano de Atividades**

No que se refere ao Plano de Atividades, a Quinta de Santa Ana tem como objetivo desenvolver e promover atividades nas diferentes áreas, podendo estas ser realizadas em grupo ou individualmente. As atividades a realizar serão enquadradas nas seguintes áreas: música e dança; expressão plástica; expressão oral e escrita; estimulação cognitiva; exercício físico e estimulação motora; culinária e, por fim, agricultura.

Apesar de terem um plano de atividades, a Instituição não o cumpre rigorosamente, considerando que os utentes residentes são pouco participativos. Então, as atividades acabam por ser programadas semanalmente, conforme os gostos, interesses e necessidades dos utentes. Contudo, a Animadora Sociocultural, em primeiro lugar, abria espaço para rezar um pouco, momento esse muito apreciado pelos utentes. Depois, as atividades desta alteravam-se, passando para atividades de artes plásticas, grupos de discussão sobre um determinado tema ou atividades mais de teor agrícola, como foi o caso da desfolhada do milho.

3. Características do Pessoal

Com base no ICPR, o quadro de pessoal caracteriza-se da seguinte forma:

Tabela 10: Equipa de Profissionais da Instituição

Função	Nº de elementos	Tipo de contrato
Diretora Técnica	1	Contrato de trabalho a termo certo
Auxiliar de Ação Direta	5	Contrato de trabalho sem termo
Enfermeira	1	Contrato de trabalho sem termo
Cozinheiro	1	Contrato de trabalho sem termo
Ajudante de Cozinha	1	Contrato de trabalho sem termo
Animadora Sociocultural	1	Estágio Profissional
Psicomotricista	1	Estágio Profissional

Elaboração própria

Os recursos humanos de uma Instituição são uma mais-valia, para que os objetivos da mesma sejam cumpridos e mantenha o funcionamento da resposta social, numa lógica que permite proporcionar a qualidade de vida dos idosos.

Face ao quadro de pessoal, uma das funcionárias que desempenha funções de Auxiliar de Ação Direta, também desempenha a função de auxiliar de cozinha, isto quando o cozinheiro se encontra de folga.

Este quadro mostra que, os profissionais estão em número suficiente para dar resposta às atividades básicas da vida diária dos idosos, bem como, para tornar útil o seu tempo e para satisfazer as suas necessidades. Contudo, quando existe a falha de um elemento (por vezes, devido a situações de saúde, situações inesperadas, entre outras), é difícil orientar a situação, gerando-se desentendimentos e tensões entre os profissionais, uma vez que se sentem mais sobrecarregados com os turnos e os trabalhos a realizar.

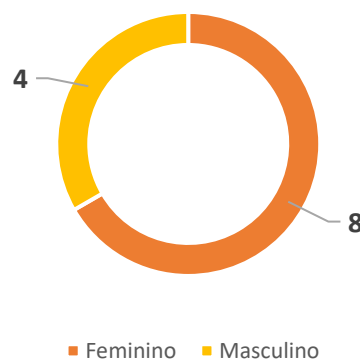
Parte III - Características dos Residentes

1. Características Sociodemográficas

De forma a caracterizar a população-alvo, recorreu-se à ficha pessoal de cada um dos utentes, ficha essa composta por um documento do historial médico (doenças, medicação, entre outros) e diversos instrumentos, onde se destacam o Índice de Lawton & Brody, o Índice de Barthel e o Risco de Queda. Para além destes documentos, também foi aplicado o MMSE, pela Psicomotricista.

Neste momento, residem doze idosos na Quinta de Santa Ana, sendo que quatro são homens e oito mulheres, tal como se pode observar no Gráfico 6. Pode dizer-se que, à semelhança do que acontece com a população idosa em Portugal, também aqui há uma tendência de feminização do envelhecimento.

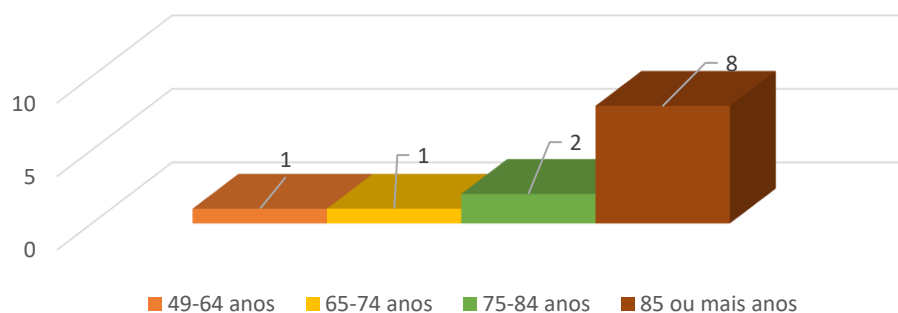
Gráfico 6: Sexo dos Utentes



Elaboração própria

Quanto à faixa etária, oito utentes encontram-se entre os 85 ou mais anos, correspondendo a 67%. De seguida, dois idosos, encontram-se na faixa etária dos 75-84 anos, correspondendo a 17%. Esta informação acompanha a tendência registada na Carta Social em que se verifica que as estruturas residenciais para idosos alojam os mais velhos da população idosa.

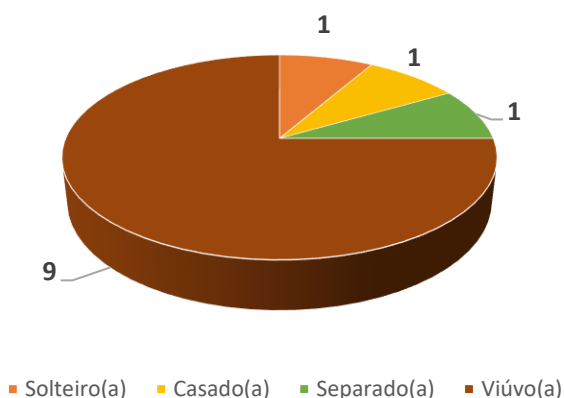
Gráfico 7: Faixa Etária dos Utentes



Elaboração própria

Relativamente ao estado civil dos utentes, cerca de nove são viúvos(as), seguindo-se de um solteiro (8,3%) e um separado (8,3%). Esta informação também está em linha com a informação registada na carta social em que, se percebe claramente que, o viver só antecede a entrada dos idosos na Instituição. Destacando-se o acontecimento da viuvez na entrada para uma estrutura residencial.

Gráfico 8: Estado Civil dos Utentes

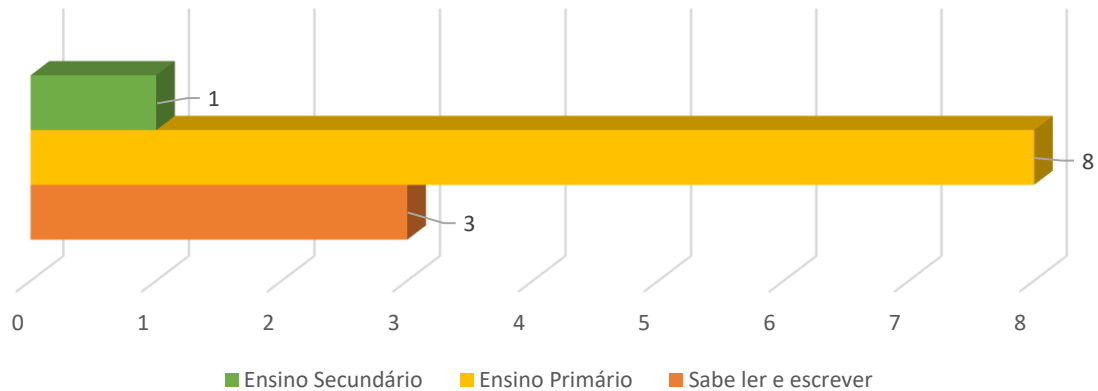


Elaboração própria

Por fim, no que se refere às habilitações literárias dos utentes, pode-se verificar que 8 utentes têm o Ensino Primário, sendo que 3 sabem ler e escrever. Também neste indicador, podemos dizer que esta informação acompanha a tendência registada nos dados censitários, que revelam que a passagem destas gerações pela escola foi curta, sendo predominante o ensino primário e

havendo também uma percentagem significativa de pessoas, que não tendo completado este nível de ensino, apenas sabem ler e escrever.

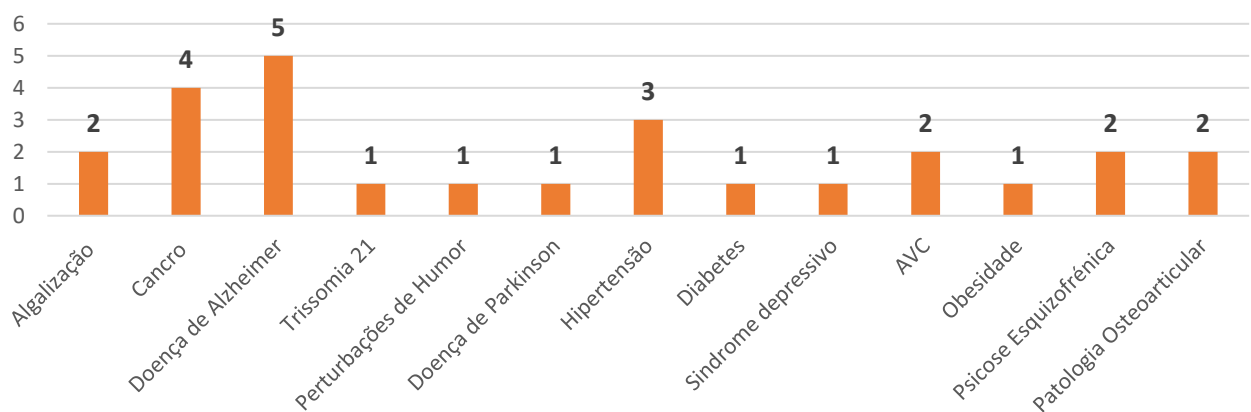
Gráfico 9: Habilitações Literárias dos Utentes



Elaboração própria

Na tabela abaixo podemos verificar as patologias existentes. Existe um grande número de utentes algaliados e com um historial de cancro (pele, útero e próstata). Cerca de 5 utentes foram diagnosticados como tendo Doença de Alzheimer. Efetivamente, as ERPIs em Portugal têm alojado uma população frágil na sua condição de saúde e com um grande número de patologias associadas.

Gráfico 10: Patologias existentes

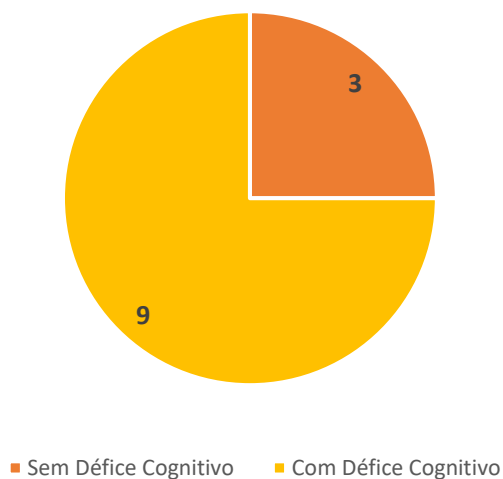


Elaboração própria

2. Caracterização das Capacidades Cognitivas

Face aos resultados do instrumento do Mini-Mental State Examination (MMSE), podemos observar que três utentes (25%) não apresentam défice cognitivo.

Gráfico 11: Resultados do MMSE



Elaboração própria

Dentro dos parâmetros deste instrumento, pode-se observar que onde se obteve maior dificuldade foi na “Orientação”, nomeadamente orientação temporal. Neste, apenas três utentes obtiveram sete pontos.

A “Evocação” também foi um parâmetro onde se verificaram dificuldades. Dos doze utentes, apenas um obteve a pontuação total de três pontos, seguindo-se de um utente que obteve dois pontos.

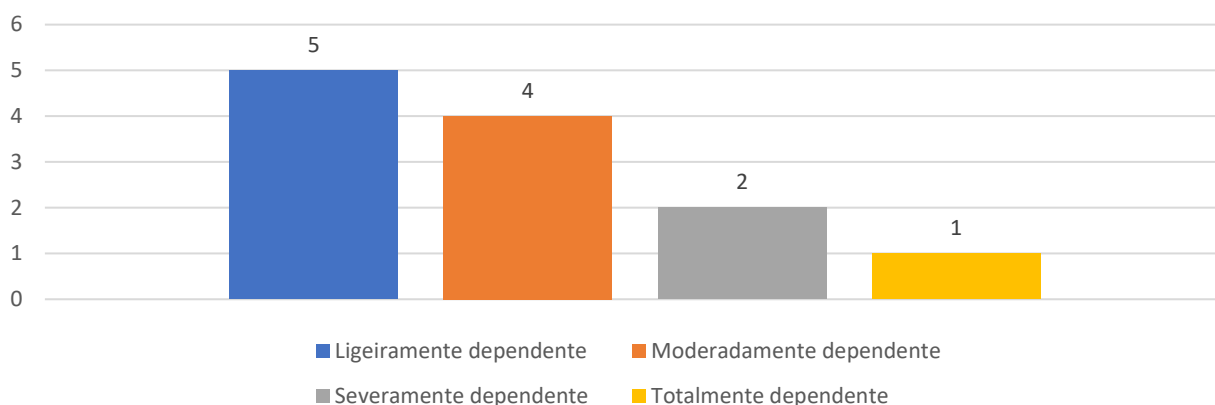
A capacidade de realizar cálculos matemáticos, parece estar preservada, uma vez que a maioria dos utentes conseguiram realizar este parâmetro de avaliação.

Além de um significativo comprometimento da função cognitiva, os idosos têm também comprometida a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária.

3. Caracterização das Capacidades Funcionais

Face aos resultados do Índice de Barthel, podemos constatar que cerca de 42% dos utentes são ligeiramente dependentes, seguindo-se de 33% que são moderadamente dependentes.

Gráfico 12: Resultados do Índice de Barthel



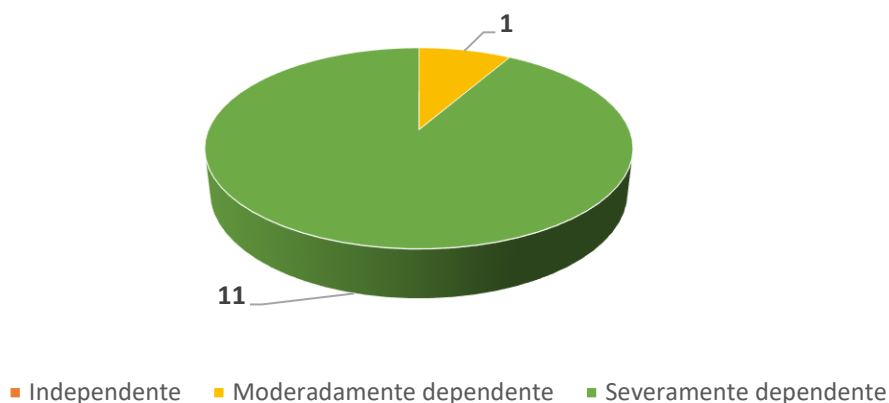
Elaboração própria

Neste instrumento, pode-se constatar que existem parâmetros onde os utentes demonstram maior dependência. Assim, no que respeita à “alimentação”, cerca de sete utentes são independentes, ou seja, não necessitam de ajuda para comer (Anexo 7).

Cerca de 67% dos utentes são dependentes, necessitando de ajuda a vestir (Anexo 8). No “banho”, cerca de onze são dependentes (Anexo 9), assim como na higiene corporal, existem cerca de nove utentes dependentes (Anexo 10). Na utilização da casa de banho, cerca de 42% necessita de ajuda (Anexo 11). No que diz respeito ao “controlo intestinal”(Anexo 12) e “controlo vesical” (Anexo 13), pode-se observar que a maioria dos utentes são independentes. Contudo, o mesmo não se verifica na utilização das escadas (Anexo 14), uma vez que, à exceção de dois utentes, cerca de 83% são dependentes. Face a essa dependência, 50% dos utentes necessita de grande ajuda na transferência da cadeira para a cama e vice-versa (Anexo 15). Por fim, no que diz respeito à deambulação, cerca de 33% são independentes (Anexo 16).

Observando o gráfico seguinte, podemos verificar que, à exceção de um utente, todos são severamente dependentes. No anexo 17, encontra-se uma tabela, com cada um dos parâmetros deste instrumento e onde é possível observar que, nas atividades instrumentais de vida diária, existe um grande grau de dependência, uma vez que, os utentes são incapazes de realizar quase todas as atividades.

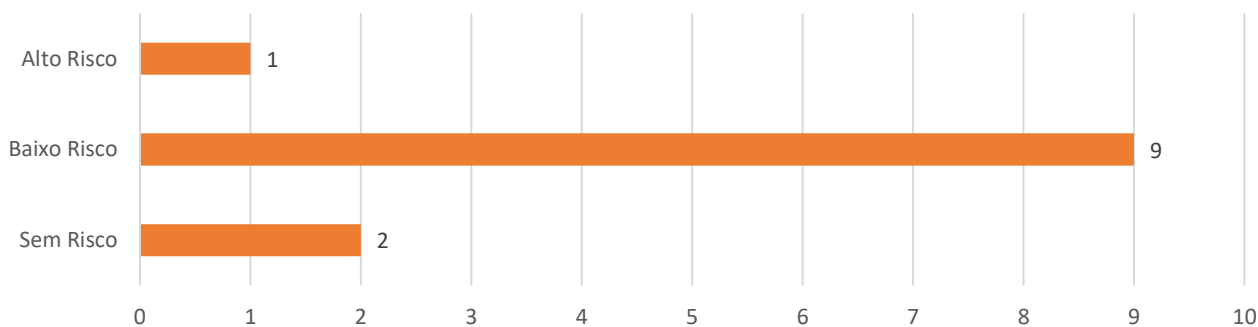
Gráfico 13: Resultados do Índice de Lawton



Elaboração própria

Por fim, quanto à Escala de Quedas de Morse, cerca de 75% dos utentes têm um baixo risco de queda. Contudo, uma das utentes que apresenta não ter risco de queda, é uma utente que se encontra acamada. Este risco baseia-se, essencialmente, no facto dos utentes se apoiarem no mobiliário para andar/levantar.

Gráfico 14: Resultados da Escala de Quedas de Morse



Elaboração própria

Em suma, existe um grande número de utentes com o ensino primário, o que pode ajudar na realização de atividades cognitivas, nomeadamente na estimulação do cálculo.

Em relação às capacidades funcionais e cognitivas, a maioria dos utentes apresentam baixas capacidades funcionais, visto que dependem de cadeiras de rodas e/ou andarilho. Aqui, surge a necessidade de realizar atividades de teor físico, como por exemplo, trabalhar com pedais,

levantar/sentar na cadeira, levantar/baixar pernas, entre outros. Ou seja, atividades que permitam a movimentação dos membros superiores e inferiores.

Os utentes, apresentam também défice cognitivo, o que justificou a necessidade de realização de mais atividades de estimulação cognitiva, em vários parâmetros, nomeadamente na concentração, atenção, lateralidade, organização espaciotemporal, memória e perceção visual e auditiva.

CAPÍTULO III – PROJETO DE INTERVENÇÃO

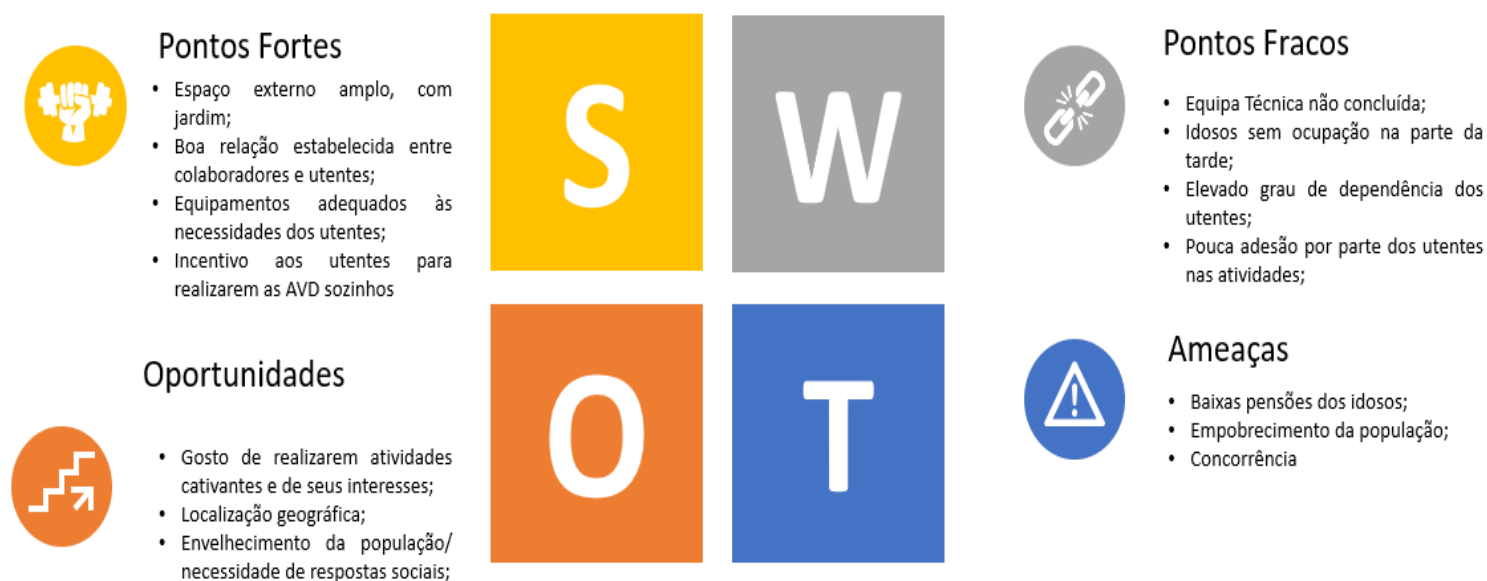
Parte I – Plano de Intervenção

1. Necessidades, Objetivos e Metodologia de Intervenção

Tendo em conta a análise SWOT, as necessidades identificadas foram: (1) Necessidade de aumentar a interação social entre os utentes; (2) Necessidade de realizar atividades de estimulação cognitiva e sensoriais; (3) Necessidade de prevenir o aumento do grau de dependência dos clientes e, por fim, (4) Necessidade de realizar atividades ao ar livre.

Desta forma, a intervenção teve como necessidades/oportunidades: (1) minimizar o grau de dependência dos utentes; (2) promover atividades de estimulação físico-motora; (3) promover atividades de estimulação cognitiva; (4) promover as relações sociais entre os idosos; (5) dinamizar atividades no exterior e, por fim, (6) aplicar protocolos de avaliação multidimensional gerontológica inicial e de monitorização.

Figura 10: Análise SWOT



Elaboração própria

Os objetivos gerais da intervenção passaram por:

- Promover um Envelhecimento Ativo;
- Contribuir para o conhecimento da qualidade de prestação de serviços da Instituição.

Quanto aos objetivos específicos, estes foram:

- Estimular as capacidades mentais, através de dinâmicas de estimulação cognitiva;
- Promover a prática de atividade física, através de dinâmicas de estimulação física/motora;
- Promover a integração e a interação social;
- Elaborar protocolos de avaliação à Instituição de aplicação aos utentes.

Quanto à Metodologia de Intervenção, recorreu-se à Técnica de Estimulação Cognitiva e Motora (ECM).

Segundo Soccodato (2015), a ECM é um método muito dinâmico, totalmente interativo e lúdico, que tem como objetivo a melhoria no desempenho cognitivo e motor dos seus participantes, levando-os a melhorar a sua capacidade de execução das atividades de vida diária (AVD).

Este é constituído por atividades diversas que envolvem tarefas simultâneas (duplas tarefas), trabalhando funções cognitivas associadas às motoras, a fim de desenvolver as seguintes habilidades:

- Atenção

A atenção, segundo Tanaka (2007) pode ser definida como a direção da consciência, o estado de concentração da atividade mental sobre determinado objeto.

- Concentração e Equilíbrio

É a base de toda a coordenação. Pode ser estático (abstrato; que exige muita concentração) ou dinâmico (depende da estruturação do esquema corporal e da integração e perfeição dos mecanismos psicomotores).

- Memória

Myers (2012, citado por Endo & Roque, 2017) define memória como “a aprendizagem que persiste através do tempo, informações que foram armazenadas e que podem ser recuperadas”.

- Lateralidade

De acordo com Soccodato (2015), é a capacidade motora de percepção integrada dos dois lados do corpo (direito e esquerdo). A lateralidade pode ser: homogénea (quando o indivíduo é destro ou canhoto tanto da mão, do pé, do olho e do ouvido), cruzada (o indivíduo pode ser destro da mão e canhoto do pé e ouvido, por exemplo), ambidestra (o indivíduo utiliza as duas mãos ao mesmo tempo; ele é tão forte e destro do lado esquerdo quanto do direito) ou contrariada (é quando o indivíduo tem uma dominância e uma outra pessoa o força a utilizar o lado não dominante).

- Percepções (espacial, visual, auditiva, olfativa, tátil e gustativa)

Endo & Roque (2017), definem percepção como “o processo pelo qual selecionamos, organizamos e interpretamos estímulos, traduzindo-os em uma imagem significativa e coerente”.

Além da percepção ligada aos cinco sentidos, os humanos também possuem capacidade de percepção temporal e espacial. Quanto à percepção temporal, não existem órgãos específicos para a percepção do tempo, no entanto é certo que as pessoas são capazes de sentir a passagem deste. Existem diferentes tipos de fenómenos relevantes a esta percepção: (1) a percepção das durações; (2) a percepção e a produção de ritmos e, por fim, (3) a percepção da ordem temporal e da simultaneidade. Em relação à percepção espacial, assim como as durações, não possuímos um órgão específico para a percepção espacial, mas as distâncias entre os objetos podem ser efetivamente estimadas. Isso envolve a percepção da distância e do tamanho relativo dos objetos.

- Coordenações motoras (grossa e fina)

A coordenação motora pode ser classificada em dois tipos: coordenação motora grossa e coordenação motora fina. A primeira, envolve habilidades menos delicadas, como pular, subir e descer escadas. Está relacionada a grupos de grandes músculos e diretamente ligada à capacidade para realizar atividades desportivas. De salientar que, a prática de desporto pode ajudar a desenvolver essa coordenação motora. A segunda, relaciona-se com habilidades mais delicadas, como desenhar, pintar e manusear objetos pequenos. Nesse caso, observa-se um envolvimento de pequenos músculos.

- Organização espaciotemporal

Soccodato (2015), menciona que a Organização espaciotemporal é a orientação e a estruturação do mundo exterior. É a tomada de consciência da situação dos objetos e das pessoas entre si. A

orientação espacial e temporal corresponde à organização intelectual do meio, e, está ligada à memória, à consciência e às experiências vivenciadas pelo indivíduo.

2. Planificação e Cronograma do projeto

A planificação, para Cembranos & Bustelo (2007), é o ponto de partida para que o investigador e os atores sociais idealizem e projetem a realidade desejada, referindo-se “sempre ao futuro, visto que é um desenho prospetivo para a ação”, procurando o melhor caminho para a transformação social (p. 65).

Neste sentido, há que ter em atenção as oportunidades, as potencialidades e as alternativas possíveis, refletindo e desenhando novos caminhos a trilhar para a ação e para a mudança.

Cembranos & Bustelo (2007) referem ainda que, “a planificação é o sistema para: concretizar as decisões tomadas, realizar o plano elegido e conseguir os objetivos formulados” (p. 58), é o momento onde se procura antever e adiantar o que será o projeto futuro.

No âmbito do presente projeto, foram desenhadas duas ações, denominadas “Vamos Psicomotricionar” e “Por mais qualidade”. A primeira ação, relaciona-se com a necessidade de promover um Envelhecimento Ativo, através de dinâmicas de estimulação cognitiva e motora/física. A segunda ação, prende-se pela necessidade de dar a conhecer a qualidade de prestação de serviços e o grau de satisfação dos utentes em relação aos mesmos.

Tabela 11: Planificação das ações, por meses

Planificação das ações				
Fase 1 – Integração e Diagnóstico	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Integração no contexto				
Recolha de documentação sobre o funcionamento, organização e dinâmica da Instituição;				
Consulta e análise dos Regulamentos Internos, Relatórios e Planos de Atividades				
Consulta e análise dos processos individuais dos utentes				
Leituras bibliográficas				
Contacto com os utentes e colaboradores da Instituição				
Conversas informais				
Observação participante				
Fase 2 – Implementação	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Atividades de estimulação física				
Atividades de estimulação cognitiva/sensoriais				
Festividades				
Fase 3 – Avaliação	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Conversas informais				
Observação participante				
Avaliação contínua das atividades				
Registo das atividades				
Inquéritos de avaliação das atividades				
Inquéritos de avaliação das atividades final				

Elaboração própria

Quanto ao Cronograma, nas tabelas abaixo, está demonstrada a distribuição das atividades pelos dias da semana.

As atividades, foram implementadas às terças-feiras e quintas-feiras, não realizando estágio às sextas-feiras. Contudo, como se verifica na Tabela 8, na segunda semana do mês de outubro, realizaram-se atividades em três dias da semana, uma vez que estaria a substituir a animadora, a pedido da Diretora Técnica.

No mês de outubro, foram implementadas atividades que não se encontravam no plano de atividades, explicadas mais à frente, no ponto 3.4 “Atividades Implementadas fora do Plano de Atividades”.

Tabela 12: Cronograma das Atividades realizadas no mês de outubro

Mês Outubro						
			Quinta-feira 1	Sexta-feira 2	Sábado 3	Domingo 4
Segunda-feira 5	Terça-feira 6 Descobrir os Provérbios	Quarta-feira 7 Jogo das Diferenças	Quinta-feira 8 Jogo da Associação	Sexta-feira 9	Sábado 10	Domingo 11
Segunda-feira 12	Terça-feira 13 Bingo Sonoro + Puzzle	Quarta-feira 14	Quinta-feira 15	Sexta-feira 16	Sábado 17	Domingo 18
Segunda-feira 19	Terça-feira 20 Bowling + Ginástica+ Pontos de cor	Quarta-feira 21	Quinta-feira 22 Basquete + Aperta o botão	Sexta-feira 23	Sábado 24	Domingo 25
Segunda-feira 26	Terça-feira 27 Jogos de mesa	Quarta-feira 28	Quinta-feira 29 Sombras + Puzzle +Molas de cor	Sexta-feira 30	Sábado 31	

LEGENDA
Vermelho – dias em que não realizava estágio
Verde – dias em que implementava atividades
Amarelo – Feriados

Elaboração própria

No mês de novembro, precisamente na última semana, fiquei em isolamento profilático de catorze dias, após a notícia de uma utente ter testado positivo à Covid-19. Assim sendo, as atividades previstas para essa semana, não se realizaram.

Tabela 13: Cronograma das Atividades realizadas no mês de novembro

Mês Novembro						
						Domingo 1
Segunda-feira 2	Terça-feira 3	Quarta-feira 4	Quinta-feira 5 Memória + Pontos de cor + Coloração + Bingo do abecedário	Sexta-feira 6	Sábado 7	Domingo 8
Segunda-feira 9	Terça-feira 10 Lateralidade	Quarta-feira 11	Quinta-feira 12	Sexta-feira 13	Sábado 14	Domingo 15
Segunda-feira 16	Terça-feira 17 Provérbios + Fichas de estimulação cognitiva	Quarta-feira 18 Memória + A bola não para + Puzzle + Molas de cor	Quinta-feira 19	Sexta-feira 20	Sábado 21	Domingo 22
Segunda-feira 23	Terça-feira 24 Jogos de mesa + Sopa de letras	Quarta-feira 25	Quinta-feira 26 Lateralidade + Aperta o botão + Bowling	Sexta-feira 27	Sábado 28	Domingo 29
Segunda-feira 30						

LEGENDA
Vermelho – dias em que não realizava estágio
Verde – dias em que implementava atividades
Amarelo – Feriados
Laranja – dias em que não realizei estágio, devido à necessidade de fazer isolamento após um caso positivo por Covid-19 na Instituição

Elaboração própria

Na primeira semana do mês de dezembro, ainda estava em isolamento, pelo que, as atividades demonstradas na tabela abaixo, não se realizaram. Na quarta semana (na semana do natal), as atividades que estavam no plano não se realizaram, uma vez que se deu lugar às atividades alusivas ao natal, desde decorações à construção e embrulho das prendas dos utentes.

Tabela 14: Cronograma das Atividades realizadas no mês de dezembro

Mês Dezembro						
	Terça-feira 1	Quarta-feira 2	Quinta-feira 3 Basquete + A bola não para + Bowling	Sexta-feira 4	Sábado 5	Domingo 6
Segunda-feira 7	Terça-feira 8	Quarta-feira 9	Quinta-feira 10 Jogo das Diferenças + Coloração + Sombras	Sexta-feira 11	Sábado 12	Domingo 13
Segunda-feira 14 Jogo das diferenças + Jogo das sombras + coloração	Terça-feira 15 Lateralidade + Cálculos Matemáticos	Quarta-feira 16 A bola não para + Molas de cor + Pontos de cor + Descobrir os Provérbios	Quinta-feira 17 Jogos de mesa + A bola não para + Ginástica (Pedais)	Sexta-feira 18	Sábado 19	Domingo 20
Segunda-feira 21 Sopa de letras + Puzzle + Memória	Terça-feira 22 Bowling + Pontos de cor + Sopa de letras	Quarta-feira 23 Memória + A bola não para + Jogos de mesa	Quinta-feira 24 Jogo da Diferença + Sombras + Descobrir os Provérbios	Sexta-feira 25	Sábado 26	Domingo 27
Segunda-feira 28 Bingo	Terça-feira 29 Aperta o botão + Basquete + Lateralidade	Quarta-feira 30 Basquete + A bola não para + Molas de cor + Pontos de cor	Quinta-feira 31			

LEGENDA
Vermelho – dias em que não realizava estágio
Verde – dias em que implementava atividades
Amarelo – Feriados
Laranja – dias em que não realizei estágio, devido à necessidade de fazer isolamento após um caso positivo por Covid-19 na Instituição

Elaboração própria

Quanto à aplicação do Protocolo Gerontológico, este foi aplicado em diferentes dias, quando observava que os utentes não estavam com disposição para a realização de atividades de estimulação quer cognitiva, quer físico-motora. Assim, dentro dos utentes capazes de responder às questões, aplicava o Protocolo Gerontológico, promovendo assim, um momento de sociabilidade.

Parte II – Execução do Projeto

1. Descrição das atividades implementadas

Esta secção está dividida em três partes. Na primeira, encontra-se a descrição das atividades implementadas. Numa primeira instância, serão expostos numa tabela, os objetivos (gerais e específicos) e os recursos (materiais, físicos e humanos). De seguida, serão apresentadas de forma detalhada as atividades implementadas ao longo do Estágio Curricular.

Na segunda parte, apresentar-se-á uma reflexão das dificuldades sentidas pelos utentes, na realização das atividades em que participaram.

Por fim, na terceira e última parte, dá-se lugar à avaliação das atividades. A avaliação, segundo Serrano (2008), é um processo de reflexão, que permite explicar e avaliar os resultados das ações realizadas. A avaliação permite reconhecer os erros e os sucessos da nossa prática, a fim de corrigir aqueles no futuro (p. 81).

Nessa avaliação, refletir-se-á acerca de determinados critérios, sendo eles: (1) eficácia, ou seja, a relação entre objetivos e resultados encontrados; (2) eficiência, relação entre objetivos, resultados encontrados e meios utilizados; (3) participação, relativo aos graus de ligação ao projeto pelos distintos atores e agentes; (4) equidade: relacionado com os níveis de igualdade na distribuição de oportunidades e recursos; (5) adequação, ou seja, verificar se a intervenção se adequa ao problema e situação e, por fim, (6) pertinência, isto é, verificar se o projeto é justificável na Instituição.

Tabela 15: Atividades, os seus objetivos e os seus recursos

	Atividade	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Recursos Materiais	Recursos Físicos	Recursos Humanos
Estimulação cognitiva	Jogo da Memória	Desenvolver a concentração e a capacidade de memorização; Estimular a discriminação visual;	Adiar as perdas nas funções cognitivas dos utentes nos próximos 3 meses;	Cartões com imagens de frutas;	Sala de atividades	Utentes; Estagiária
	Descobrir os Provérbios	Desenvolver capacidades intelectuais e culturais dos utentes;		Computador; Cadeiras;		
	Jogo das Diferenças	Desenvolver a agilidade mental e perceptiva;		Fichas de estimulação cognitiva; Computador;		
	Jogo da Associação	Estimular a atenção, a coordenação viso-motora e a discriminação visual;		Imagens das peças de dominó; Peças de dominó.		
	Coloração	Potenciar a perceção visual.		Fichas de estimulação cognitiva; Lápis de cor;		
	Bingo	Fortalecer a capacidade intelectual; Estimular o convívio entre os utentes.		Computador; Botões; Sons;		
	Sopa de Letras	Estimular a atenção e a concentração.	Adiar as perdas nas funções cognitivas dos utentes nos próximos 3 meses;	Sopa de letras; Impressora; Computador;	Sala de atividades	Utentes; Estagiária
	Puzzle	Estimular a atenção e a concentração.		Cartas de jogar, em tamanho grande, cortadas a meio;		
	Quadro Espaço-temporal	Trabalhar a orientação espacial.		Quadro branco; Cartolinas; Plastificador; Tesoura;		
	Pontos de cor	Potenciar a perceção visual; Estimular a motricidade fina;		Computador; Cartões; Palitos; Cola quente; Cartolina; Plastificador;		
	Molas de Cor	Potenciar a perceção visual, estimular a motricidade fina e estimular a coordenação mental e manual;		Molas de madeira; Cartolina; Plastificador; Tintas;		

	Atividades	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Recursos Materiais	Recursos Físicos	Recursos Humanos
Estimulação cognitiva	Sombras	Estimular a perceção visual.	Adiar as perdas nas funções cognitivas dos utentes nos próximos 3 meses;	Fichas de estimulação cognitiva; Marcador/esferográfica;	Sala de atividades	Utentes; Estagiária
	Lateralidade	Trabalhar as orientações espaciais cima/baixo, direita/esquerda.		Fichas de estimulação cognitiva;		
	Jogos de Mesa	desenvolver e/ou manter a capacidade intelectual e estimular o convívio entre os utentes.		Jogo do Dominó; Jogo de cartas;		
	Ginástica	Estimular e/ou desenvolver o bem-estar físico; Estimular a coordenação óculo-manual; Estimular a exercitação da parte superior e inferior do corpo.		Adiar perdas nas capacidades físicas dos utentes nos próximos 3 meses;		
Apertar o botão	Trabalhar a motricidade fina	Feltro; Botões; Agulha; Linha;				
Bowling	Manter e/ou estimular o bem-estar físico; Estimular a coordenação óculo-manual; Estimular a exercitação da parte superior do corpo	Dez garrações; Bolas; Cadeiras;				
Estimulação física/motora	Basquete	Estimular a coordenação mental e manual; Estimular a exercitação da parte superior do corpo; Estimular a distinção de cores.	Adiar perdas físicas dos utentes nos próximos 3 meses	4 caixas de cartão; Tintas; Pinceis; Bolas;	Sala de atividades	Utentes; Estagiária;
	A bola não para	estimular a exercitação dos membros superior do corpo, estimular a coordenação óculo-manual e manter e/ou melhorar o bem-estar físico dos utentes.		Bola; Cadeiras;		
	Protocolo Gerontológico de Avaliação ao Utente e à Instituição	Avaliar os utentes nos domínios de funcionamento emocional, redes sociais e satisfação com a vida. Avaliar a qualidade de prestação de serviços na perspetiva dos idosos;	Dar a conhecer à Instituição quais os pontos a melhorar;	Protocolos; Esferográfica;		

1.1. Atividades de Estimulação Cognitiva

No que respeita às atividades de estimulação cognitiva, estas foram:

- **Jogo da Memória**

Para esta atividade, utilizaram-se imagens de diversas frutas. Assim, nesta atividade, os utentes tiveram de decorar as posições das peças para depois virar as mesmas para baixo. Cada utente teve de, na sua vez, virar duas peças e deixar que todos as vissem. Caso as imagens fossem iguais, o utente teria de recolher o par e jogar novamente. Caso fossem diferentes, estas deveriam ser viradas novamente e passar a vez ao próximo participante.

Esta teve como objetivos desenvolver a coordenação e a capacidade de memorização e estimular a discriminação visual.

- **Descobrir os Provérbios**

Em frente ao computador, foram apresentados uma série de diapositivos onde constavam as partes iniciais de diversos provérbios. Os utentes tinham de completar as mesmas de forma correta. Esta teve como objetivo desenvolver capacidades intelectuais e culturais dos utentes.

- **Jogo das Diferenças**

Nesta atividade, foram apresentadas fichas onde constavam duas imagens parecidas. Os utentes tinham de encontrar o número de erros existentes. Esta teve como objetivo desenvolver a agilidade mental e perceptiva.

- **Jogo da Associação**

Nesta atividade foram apresentadas imagens das vinte e oito peças de Dominó. Os utentes tinham, como o nome indica, de associar as respetivas peças às imagens.

Esta teve como objetivo estimular a atenção, a coordenação viso-motora e a discriminação visual.

- **Coloração**

Nesta atividade, os utentes tinham de desenhar as figuras nas cores corretas. Para isso, tinham de contar, comparar e medir. Existiam diferentes níveis de dificuldade em cores e número de quadrados. Esta teve como objetivo potenciar a perceção visual.

- Bingo

Esta atividade teve diversos temas. O primeiro foi o “bingo sonoro”, que consistia na exposição de diversos sons que correspondiam às imagens que os utentes poderiam ter ou não nos seus cartões. Quem conseguisse completar o seu cartão, ganhava. O segundo foi “Bingo do Alfabeto”, que consistia na exposição das diversas letras, que os utentes poderiam ou não ter nos seus cartões.

Quanto aos objetivos, estes foram fortalecer a capacidade intelectual e estimular o convívio entre os utentes.

- Sopa de Letras

A atividade da Sopa de Letras, consistia em encontrar as palavras que estavam escondidas vertical, horizontal ou diagonalmente dentro de um grande quadrado ou retângulo. Esta teve como objetivo estimular a atenção e a concentração.

- Puzzle

Esta atividade consistia em juntar as metades das cartas de jogar e tinha como objetivo estimular a atenção e a concentração.

- Quadro Espaço-temporal

Este foi elaborado de forma a trabalhar a orientação espacial dos utentes. Era composto pelos dias da semana, dias do mês, o mês e o ano. Também contava com a parte do dia, ou seja, manhã, tarde ou noite e com as estações do ano.

- Pontos de cor

Nesta atividade foram distribuídos pelos utentes um cartão com diversos pontos de cor. Cada um dos utentes, tinha de encontrar as sequências correspondentes de cada cartão atribuído.

Esta teve como objetivos potenciar a perceção visual e estimular a motricidade fina.

- Molas de cor

Esta atividade consistia em corresponder as molas pintadas/coloridas, à cor que se encontravam nos cartões atribuídos a cada utente. Os objetivos passaram por potenciar a perceção visual, estimular a motricidade fina e estimular a coordenação mental e manual.

- Jogos de mesa

Quanto aos jogos de mesa, os utentes podiam jogar às cartas e/ou ao dominó, jogos esses bastante valorizados por estes.

Esta teve como objetivos desenvolver e/ou manter a capacidade intelectual e estimular o convívio entre os utentes.

- Sombras

Nesta atividade, eram apresentadas imagens e as suas respetivas sombras. Os utentes tinham de ligar e fazer corresponder as imagens às suas sombras. Esta tinha como objetivo estimular a perceção visual.

- Lateralidade

Esta atividade consistia em realizar fichas de estimulação cognitiva, com o objetivo de trabalhar as orientações espaciais cima/baixo, direita/esquerda.

1.2. Atividades de Estimulação física/motora

No que concerne às atividades de estimulação física/motora, estas foram:

- Ginástica

Esta atividade foi dividida em duas partes. A primeira consistia em realizar exercícios de aquecimento, tais como, esticar e levantar as pernas, levantar os calcanhares, levantar braços, rodar o pescoço, etc. A segunda, baseou-se na montagem de um circuito de anti queda, onde os utentes tinham de passar por cima dos chouriços tendo de levantar a perna. Depois foi o treino do equilíbrio, onde os utentes tinham de andar por cima da linha. Por fim, esta termina com o exercício de elevação. Ou seja, tinham de se sentar e levantar da cadeira dez vezes.

A presente atividade teve como objetivos, estimular e/ou desenvolver o bem-estar físico, estimular a coordenação óculo-manual, estimular a exercitação da parte superior e inferior do corpo.

Para trabalhar a motricidade fina, contou-se com outras duas ações, nomeadamente o “Aperta o botão” e “A bola não para”. Na primeira, eram dadas aos utentes uma série de “braceletes” com um botão cosido. Aqui, os utentes tinham de passar o botão pelo buraco, tal como se estivessem a apertar o botão das calças. Na segunda, os utentes participantes tinham de lançar a bola para a estagiária dez vezes, sem deixar esta cair. A presente atividade tinha como

objetivos, estimular a exercitação dos membros superior do corpo, estimular a coordenação óculo-manual e manter e/ou melhorar o bem-estar físico dos utentes.

- Bowling

Esta atividade consistia em, sentados numa cadeira, a uma certa distância dos dez pinos/garrafões, os utentes tinham de tentar derrubar o maior número de pinos/garrafões possível.

Teve como objetivos, manter e/ou estimular o bem-estar físico, estimular a coordenação óculo-manual e estimular a exercitação da parte superior do corpo.

- Basquete

Nesta atividade, contou-se com quatro caixas de cartão de cores diferentes (vermelho, laranja, rosa e roxo). A estagiária dizia uma cor e os utentes tinham de atirar a bola para a cor correspondente. Teve como objetivo, estimular a coordenação mental e manual, estimular a exercitação da parte superior do corpo e, por fim, estimular a distinção de cores.

1.3.Prática Gerontológica

Quanto à prática gerontológica, esta contou com a ação “Protocolo Gerontológico de Avaliação ao Utente e à Instituição”.

Este protocolo foi dividido em duas partes, uma em relação ao utente, ou seja, contou com questões relacionadas com o suporte familiar, a sua vida profissional, os seus gostos e interesses e o seu processo de institucionalização. A outra parte, relacionada com a qualidade da prestação de serviços, na perspetiva dos utentes. Ou seja, foram questionados sobre a sua expectativa face aos cuidados prestados (alimentação, tratamento de roupa, atividades, entre outros), face aos seus relacionamentos, privacidade, dignidade, individualidade e qualidade de vida na Instituição.

1.4. Atividades implementadas fora do Plano de Atividades

- Identificação dos Quartos

Ao observar o dia a dia da Instituição, e de forma a que os utentes se sentissem em casa (uma vez que a maioria dos utentes se encontravam institucionalizados pela primeira vez), a estagiária construiu uns identificadores de portas e colou em cada uma, os nomes dos utentes (Anexo 32).

- Dia Mundial da Terceira Idade

Como referido anteriormente, para celebrar o Dia Mundial da Terceira Idade, juntamente com a Animadora Sociocultural, realizou-se uma lista de desejos dos utentes (Anexo 33).

Esta atividade foi recebida de braços abertos pelos utentes, sendo que todos participaram e falaram dos seus desejos enquanto idosos. Esses desejos passaram por ter mais saúde ou ter a família por perto.

- Decorações e Festa de Natal

Uma vez que, devido à pandemia, os utentes não poderiam passar o natal em casa dos seus familiares e, de forma a que se sentissem em família na Instituição, começou-se a pensar na realização de uma festa de natal. Deste modo, começou-se a construir os enfeites de natal, tanto para colocar no pinheiro (tendo sido os utentes a separar os ramos do pinheiro e a decorá-lo) como para a decoração das paredes da Instituição.

Depois do isolamento, deu-se lugar à atribuição do amigo secreto dos utentes, para a realização da troca de prendas no dia 24 de dezembro, assim como à construção das prendas.

No dia 24 de dezembro, realizou-se a festa de natal (Anexo 34), onde de manhã se cantou a música “Nesta noite branca” dos Anjos e se realizou o teatro “Nascimento de Jesus”, tendo os personagens sido interpretados pelos utentes. No final do dia, abriram-se as prendas construídas pelos utentes, para a troca de prendas dos amigos secretos. A festa terminou com a música “A todos um bom natal”.

1.5. Reflexão da implementação das atividades

À medida que implementava as atividades, no final de cada sessão aplicava uma grelha de avaliação da atividade implementada naquele dia, juntamente com a grelha de registo das atividades, onde a estagiária preenchia com as observações que foi registando ao longo da execução das atividades.

Assim, começando nas atividades de Estimulação Cognitiva, na atividade “Jogo da memória”, a utente MA56 não demonstrou dificuldades na realização desta, contudo a utente MA85 não conseguiu realizar o “tradicional” jogo de memória, mas por outro lado demonstrou uma boa capacidade de associação. O utente RA69 (utente que esteve temporariamente na Instituição), não demonstrou quaisquer dificuldades na realização da atividade, encontrando os pares rapidamente.

Na atividade “Descobrir os Provérbios”, o utente MC80 e o utente RA69 foram os que demonstraram maior dificuldade na realização desta, uma vez que como estiveram muitos anos emigrados em França, desconheciam os provérbios portugueses.

Relativamente à atividade “Jogo das Diferenças”, a Dona MA85 não demonstrou grandes dificuldades, precisando de ajuda somente para encontrar uma das diferenças que lhe faltava. A MA56 apresentou algumas dificuldades na realização desta pelo computador. Numa sequência de 6 itens, apenas conseguiu encontrar as diferenças, quando estas eram divididas em duas sequências de 3 itens. O mesmo aconteceu com o Sr. MC80, que demonstrou dificuldades nos primeiros diapositivos. Nesta versão da atividade, o Sr. RA69 não demonstrou dificuldades.

Quanto à atividade “Jogo da Associação”, o Sr. RA69 não apresentou dificuldades, associando as peças às imagens correspondentes. Isto aconteceu também com a Dona MA56 e com a Dona MA85.

No que se refere à atividade “Coloração”, somente quatro utentes participaram nesta atividade, sendo eles a Dona MA85, o Sr. MC80, a Dona MA56 e a Dona FA71 (utente que também esteve na Instituição temporariamente). Estas últimas não demonstraram dificuldades na realização deste tipo de atividades. Mas, em relação à Dona MA85 e ao Sr. MC80, observou-se alguma dificuldade, tendo de ser orientados ao longo da atividade.

No que concerne à atividade “Bingo”, somente dois utentes participaram, tendo sido eles a Dona MA56 e o Sr. RA69. Em ambos os estilos de bingos, os utentes participantes não demonstraram dificuldades na associação do som e imagem e na atenção para encontrar as letras.

Em relação à “Sopa de Letras”, esta foi uma atividade com pouca adesão, tendo apenas a Dona MA56 e a Dona FA71 realizado esta atividade. Estas não demonstraram dificuldades na realização, demonstrando bom grau na execução da mesma.

Na atividade “Puzzle” participaram cinco utentes (Dona MA56, o Sr. RA85, a Dona MA88, o Sr. RA69 e a Dona MA85). Duas das mulheres não demonstraram dificuldades, encontrando os pares rapidamente, e até em conjunto, tal como o Sr. RA69. A única utente que demonstrou mais dificuldade foi a Dona MA85, uma vez que não conhecia as cartas clássicas e, desta forma, teve de explicar diversas vezes, orientar e corrigir as junções que estavam incorretas.

Em relação à atividade “Pontos de cor”, três utentes participaram na atividade (Sr. SS85, Sr. RA69 e a Dona MA56). Os homens não demonstraram dificuldades, completando dois cartões, já a Dona MA56, demonstrou grandes dificuldades, necessitando de grande ajuda e não completando a atividade.

Quanto à atividade “Molas de cor”, participaram cinco utentes, sendo eles a Dona MA56, a Dona MA85, a Dona MA88, o Sr. RA69 e, por fim, MP87. A única que demonstrou maior dificuldade foi a Dona MA56 devido à sua patologia osteoarticular.

Na atividade “Jogos de mesa” participaram três utentes, sendo eles o Sr. RA69, o Sr. MC80 e a Dona MA56.

Relativamente à atividade “Sombras”, nenhum dos quatro utentes participantes demonstrou dificuldades na realização desta.

Por fim, na atividade “Lateralidade”, somente a Dona MA85 demonstrou alguma confusão durante a atividade. Ou seja, quando na atividade pedia para circular os objetos que estavam voltados para a direita, a Dona MA85 acabava por circular as que estavam voltados para a esquerda.

Entrando nas atividades de Estimulação Físico-motora, na ginástica, somente dois utentes realizaram esta atividade, uma vez que os restantes se encontravam a dormir ou não queriam participar. Assim o Sr. RA69 e o Sr. SS85 demonstraram entusiasmo na execução da atividade de ginástica, realizando o circuito sem dificuldades. Contudo, na parte de andar por cima da linha com um pé em frente do outro, o Sr. SS85 apenas conseguiu seguir a linha com apenas um dos pés em cima da linha.

Quanto à atividade “Aperta o botão”, quatro utentes realizaram a mesma (Dona FA71, a Dona MA85, a Dona MP87 e o Sr. RA69). Nenhum deles demonstrou dificuldades na execução da

atividade.

Na atividade “A bola não para”, somente duas utentes participaram, não demonstrando dificuldades em mover os membros superiores. A Dona MA85, não atirou a bola, empurrando-a sobre a mesa, uma vez que lhe doía um braço.

Relativamente, à atividade “Bowling”, somente dois utentes participaram, tendo a Dona FA71 participado um bocado antes de ir para visita. Nenhum dos utentes demonstrou dificuldades, mesmo tendo as suas limitações físicas.

Por fim, na atividade “Basquete”, somente dois utentes participaram. Estes não demonstraram dificuldades na realização da atividade, conseguindo mover os membros superiores. Contudo, o Sr. MC80 teve algumas dificuldades na distinção de cores.

Posto isto, foi possível verificar que, o tipo de atividades com maior adesão foram as de estimulação cognitiva e que, mesmo existindo utentes com défice cognitivo, ainda se consegue trabalhar bem com eles. Dos utentes que participaram, os que se verificavam ter défice cognitivo foram o Sr. MC80 e o Sr. SS85.

Para além dos cinco utentes mais participativos, contou-se com mais dois que a estagiária conseguiu convencer a participar.

Parte III - Avaliação da intervenção

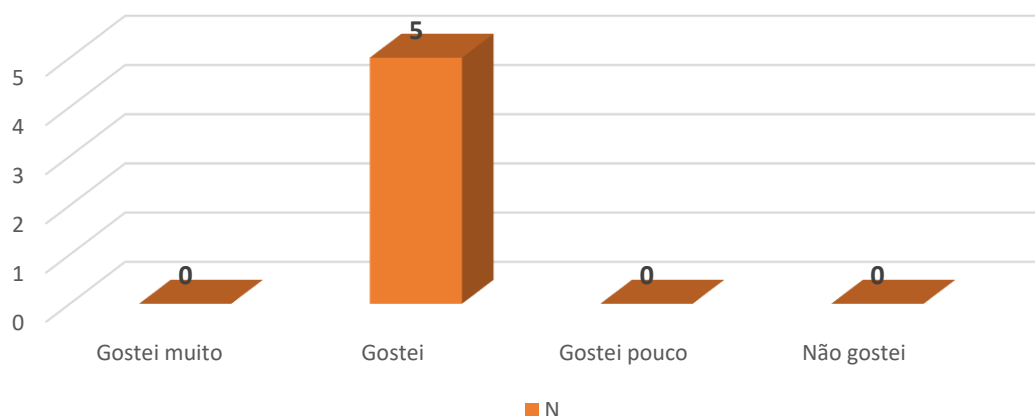
Na última semana de estágio, foi aplicado a cada um dos utentes participantes, o questionário de avaliação da intervenção.

De uma forma geral, todos os utentes referem que, ao longo da realização das atividades, sejam elas de estimulação cognitiva ou de estimulação físico-motora, se sentiam bem, motivados e integrados e que ajudaram a enriquecer o seu tempo livre.

1. Atividades de Estimulação Cognitiva

Face à primeira pergunta “Considera que as atividades desenvolvidas foram interessantes para enriquecer o seu dia-a-dia e o seu tempo livre?”, todos os utentes revelaram grande agrado na participação das atividades implementadas, referindo que ajudaram a melhorar o seu estado mental.

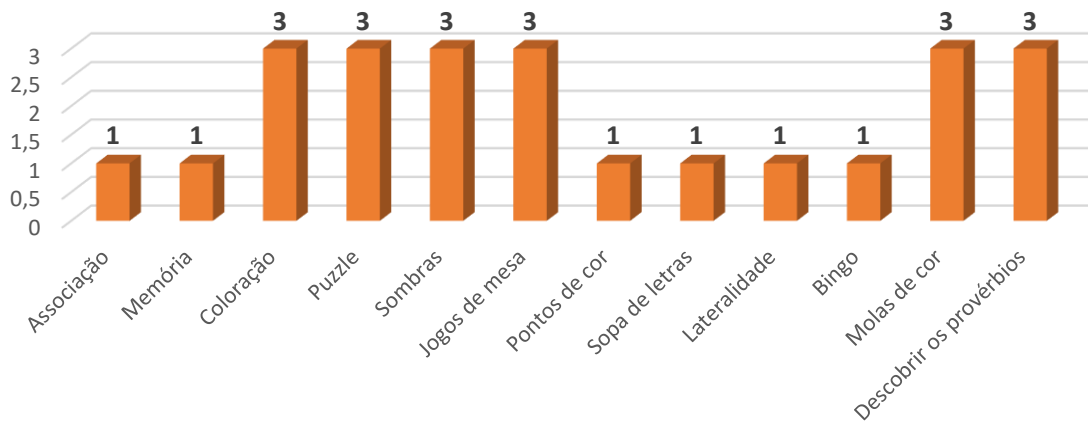
Gráfico 15: Grau de satisfação em participar nas atividades de Estimulação Cognitiva



Elaboração própria

Em relação às atividades que os utentes mais gostaram de realizar, pergunta essa que era de escolha múltipla, pode-se observar que as que mais gostaram foram as Molas de Cor, Puzzle, Sombras, Jogos de mesa, Coloração e Descobrir os Provérbios.

Gráfico 16: Atividades que os utentes mais gostaram de realizar



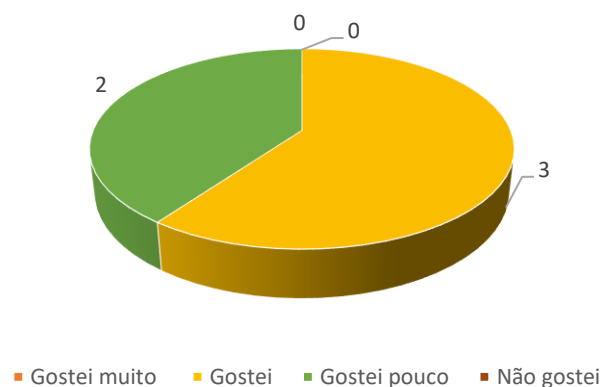
Elaboração própria

2. Atividades de Estimulação Físico-motora

As atividades de Estimulação Físico-motora, foram um grande desafio, na medida em que os utentes, ao serem pouco participativos e de gostarem de “estar no seu canto”, muitas das vezes não queriam participar nas atividades, realizando aquelas que poderiam realizar sentadas. Desta forma, houve pouca adesão a este tipo de atividades.

Como se pode observar no Gráfico 17, três dos utentes gostaram das atividades de estimulação físico-motora. Os utentes que referem que gostaram pouco, são o tipo de utentes que não gosta de fazer exercício físico. Ou seja, quando chegava a hora de realizar a atividade, diziam que não queriam, utilizando a “desculpa” de que lhe doía o braço, por exemplo.

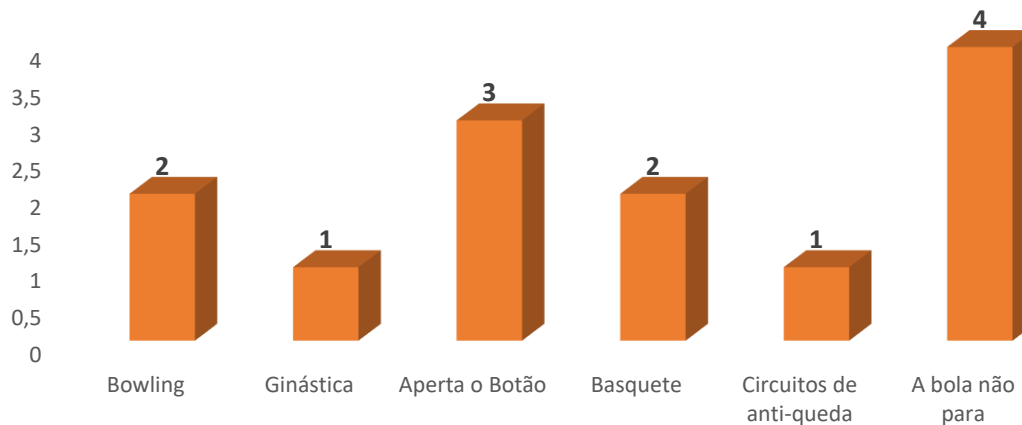
Gráfico 17: Grau de agrado em participar nas atividades de Estimulação Físico-motora



Elaboração própria

Quanto ao gosto da realização das atividades, pode-se constatar que, apesar dos idosos participantes não gostarem deste tipo de atividades, a que mais gostaram de realizar foi a da “a bola não para”, seguindo-se da atividade “aperta o botão”.

Gráfico 18: Atividades que os utentes mais gostaram de realizar



Elaboração própria

O processo de avaliação depende de indicadores que meçam o processo e os resultados da avaliação. Para tal, destacaram-se alguns indicadores.

No que toca à adequação ao contexto, verifica-se que a intervenção se adequa ao problema e situação. A um nível institucional, a intervenção permitiu o desenvolvimento de várias atividades e, assim, abriu novos horizontes no que concerne à diversidade e variedade de práticas, quer a nível físico, cognitivo e social, possíveis de serem realizadas com a população idosa.

Quanto à Pertinência do projeto face aos objetivos, é importante perceber se os objetivos foram atingidos e se as ações previstas foram implementadas. Assim, comparando os objetivos estabelecidos no início da intervenção, conclui-se que se promoveu a interação entre os utentes, estimulando a criação de laços e sentido de pertença. Promoveu-se, também, momentos de lazer e ocupação do tempo, estimulando capacidades e desenvolvendo novas aprendizagens. Também se deu a conhecer à Direção Técnica, de que modo os serviços e os cuidados vão de encontro às necessidades e expectativas dos utentes, e qual o grau de satisfação face a esses aspetos.

Assim, de forma geral, no que diz respeito aos objetivos do plano de intervenção, considera-se que foram atingidos todos os objetivos propostos.

A Eficácia remete para os objetivos e ações previstas, isto é, se os mesmos foram concretizados. Desta forma, os objetivos delineados foram concretizados e todas as atividades que se encontravam no plano, foram executadas.

Relativamente à Eficiência, os recursos utilizados nas diferentes atividades foram suficientes para a realização das mesmas.

Quanto à Participação, pôde-se observar que a participação dos idosos diminuiu após o isolamento. Desta forma, foi notória a necessidade de continuar com o mesmo empenho e dedicação nas atividades, mesmo que o grupo fosse pequeno.

Por fim, na Equidade, nem todos os idosos quiseram participar, uma vez que diziam que não queriam ou que preferiam estar a fazer as suas coisas.

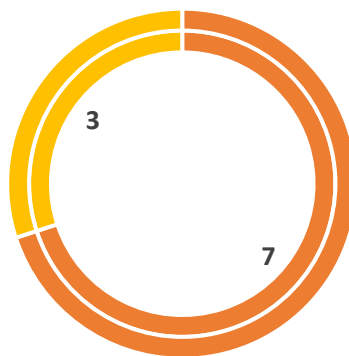
3. Prática Gerontológica

Para a aplicação do Protocolo Gerontológico de Avaliação ao Utente e à Instituição, houve uma seleção com base nas capacidades cognitivas e sensoriais dos utentes.

Assim, para além dos doze utentes que estavam institucionalizados permanentemente, contou-se com mais dois utentes que estavam temporariamente na Instituição, visto que só estariam para recuperação pós-hospitalar. No total, seriam catorze utentes. Contudo, para a aplicação do Protocolo, apenas dez utentes responderam, uma vez que um dos utentes tinha problemas auditivos, dois apresentavam défice cognitivo (diagnosticados com Doença de Alzheimer) e uma encontrava-se hospitalizada por ser doente oncológica.

Tal como se pode verificar no gráfico abaixo, cerca de 70% dos utentes que responderam ao Protocolo, são do sexo feminino.

Gráfico 19: Sexo dos utentes que responderam ao Protocolo Gerontológico

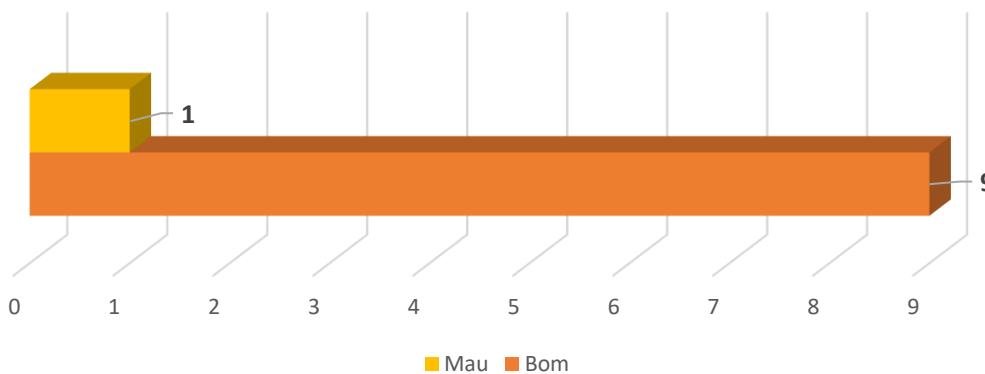


■ Feminino ■ Masculino

Elaboração própria

Em relação à parte da “Prestação de serviços”, pode-se observar no Gráfico 20 que cerca de 90% dos utentes referem que é bom viver na Instituição. O único utente que avaliou de forma negativa deve-se, em grande parte, ao facto de estar institucionalizado contra a sua vontade, uma vez que foram os filhos que tomaram a decisão, sem o consultar.

Gráfico 20: Respostas à pergunta "Como é viver nesta Instituição"

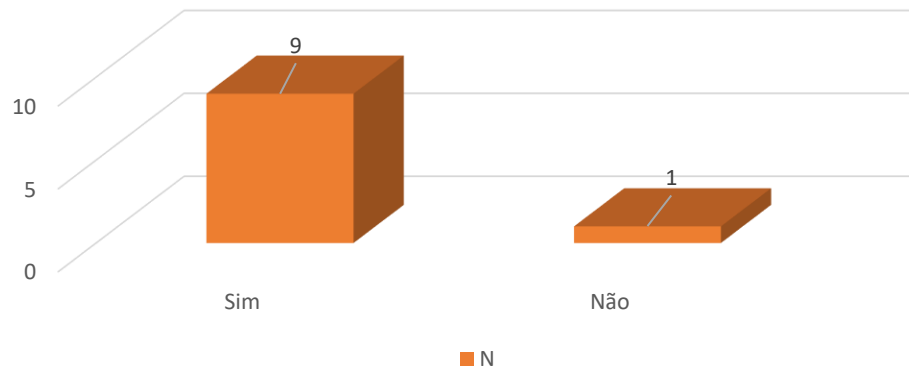


■ Mau ■ Bom

Elaboração própria

Quanto à adequação dos equipamentos, pode-se observar no gráfico abaixo que 90% dos utentes referem que estes são adequados.

Gráfico 21: Respostas à pergunta "Os equipamentos são adequados às suas necessidades?"

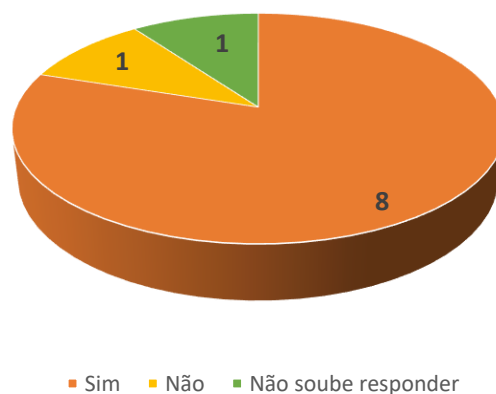


Elaboração própria

Quanto aos pontos positivos, os utentes referem que “são todos”, não indicando pontos negativos, há exceção de um utente que refere que não o deixam sair.

Em relação à expectativa face à prestação de serviços, oito dos utentes mencionam que estes vão de encontro. Contudo, um dos utentes não conseguiu responder à questão.

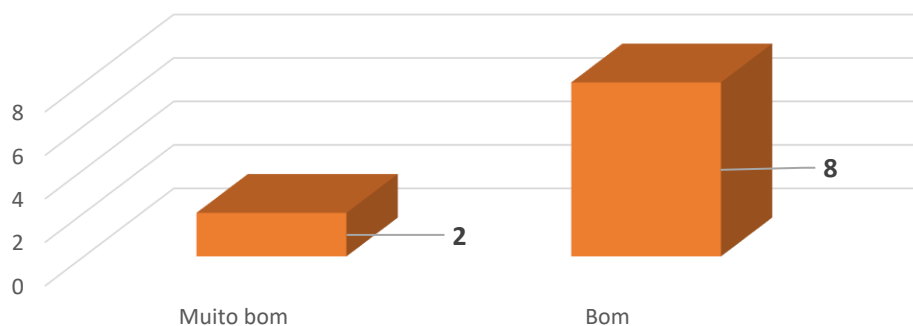
Gráfico 22: Respostas à pergunta "A prestação de serviços, vai de encontro às suas expectativas?"



Elaboração própria

A avaliação dos funcionários, em relação ao modo como prestam os cuidados, pareceu uma pergunta muito importante de se colocar, uma vez que existe um contacto direto entre estes. Assim, oito dos utentes referem que a prestação dos cuidados pelos funcionários é “Boa”, seguindo-se de dois que mencionam que é “Muito boa”.

Gráfico 23: Respostas à pergunta "Como avalia os funcionários quanto ao modo como lhe prestam os cuidados?"

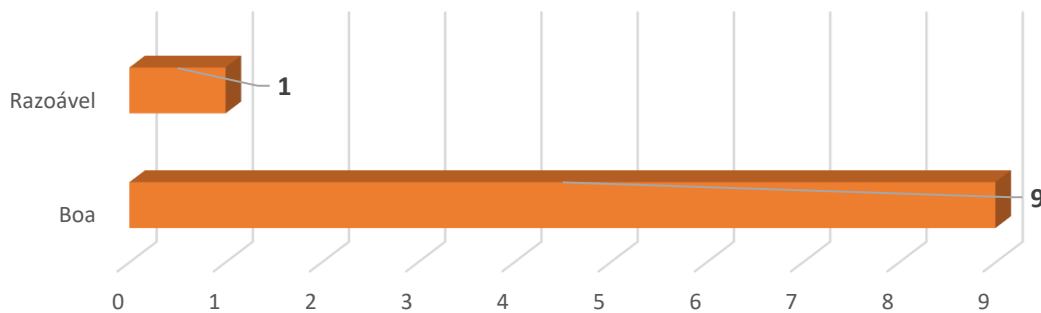


Elaboração própria

Quanto à prontidão em responder, todos os utentes referem que sim, que os funcionários apresentam prontidão. E, em relação ao fardamento, todos referem que é adequado, tal como a identificação dos mesmos.

A Alimentação, também se mostrou ser uma parte importante na avaliação à Instituição. Assim, no Gráfico 24, podemos observar que 90% dos utentes refere que esta é “Boa”.

Gráfico 24: Respostas à pergunta "Como é a alimentação na Instituição?"

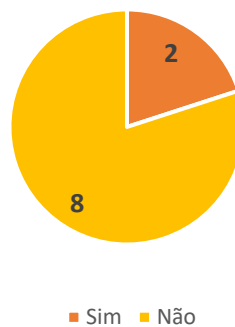


Elaboração própria

Face à questão “Gosta das refeições?”, todos os utentes referem que sim, que gostam e que, poderiam secundar, se quisessem.

Em relação à temática da Segurança, cerca de oito utentes referem que nunca sentiram medo. Quanto à segurança dos seus pertences e roupa, todos os utentes referem que sentem que estão assegurados (Gráfico 25).

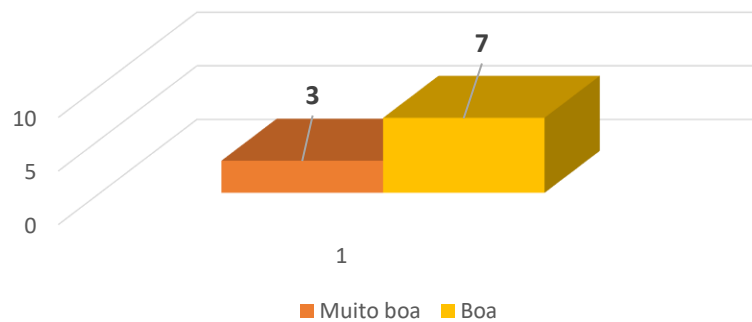
Gráfico 25: Respostas à pergunta "Alguma vez sentiu medo em estar nesta Instituição?"



Elaboração própria

Na questão dos relacionamentos, pode-se observar que a maioria dos utentes refere que é “boa”, tanto a relação com os funcionários, como com os restantes utentes (Gráfico 26). Quanto às visitas, os utentes consideram que a Instituição é facilitadora para a realização das mesmas.

Gráfico 26: Respostas à pergunta "Como é a sua relação com os outros utentes e funcionários?"



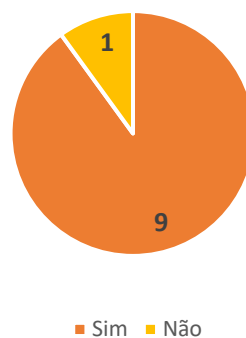
Elaboração própria

Entrando na questão da privacidade, os utentes referem que, os aspetos que mais valorizam são bater à porta antes de entrar, ter privacidade quando têm conversas com os familiares que os vão visitar e, por fim, privacidade na sua higiene íntima. Contudo, houve dois utentes que não conseguiram responder a esta questão.

Quanto à dignidade, todos os utentes referem que sentem que são respeitados pelos funcionários, não tendo existido nenhum momento em que se sentiram desrespeitados.

Em relação à individualidade, no gráfico abaixo, observa-se que cerca de nove utentes referem que sentem que os seus interesses são reconhecidos, há exceção de um utente. Este refere que os seus desejos não são reconhecidos, uma vez que não o deixam sair.

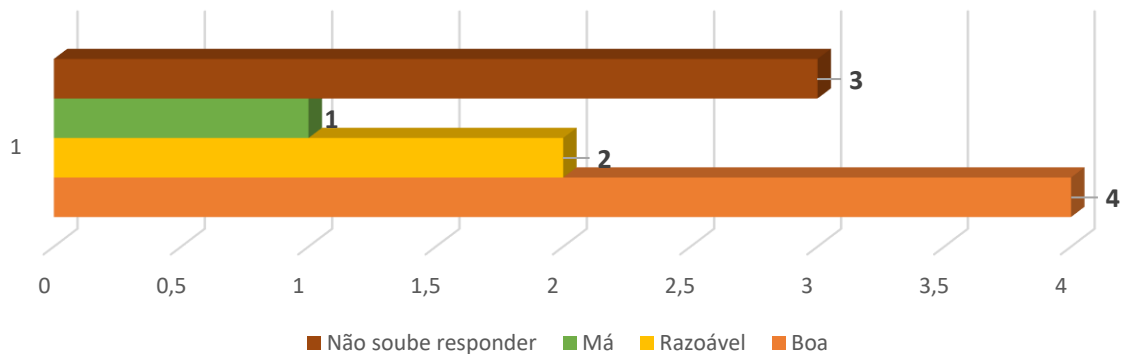
Gráfico 27: Resposta à questão "Sente que os seus interesses e desejos são reconhecidos?"



Elaboração própria

Face à questão da Qualidade de Vida e Bem-estar, podemos observar que 90% dos utentes refere que está satisfeito. Quanto à classificação da sua Qualidade de vida na Instituição, podemos constatar que quatro dos utentes refere que é “boa”. Contudo, há que ter em atenção que três dos utentes não conseguiram responder a esta questão.

Gráfico 28: Respostas à pergunta "Como classifica a sua Qualidade de Vida na Instituição?"



Elaboração própria

A última pergunta, “Recomendaria a Quinta de Santa Ana?”, pode-se observar que todos os utentes, à exceção de um, referem que sim, que recomendariam.

Em suma, as Instituições devem esforçar-se por medir, avaliar e melhorar o seu desempenho. A Qualidade nos serviços envolve duas vertentes: a parte técnica e a parte de humanização. Ou seja, o conhecimento científico aplicado nos serviços e a forma como os utentes são tratados.

Assim, o presente Protocolo Gerontológico de Avaliação ao Utente e à Instituição, veio demonstrar o interesse por parte da Direção Técnica em perceber se os serviços e os cuidados prestados, vão de encontro às expectativas dos utentes.

Instituições que estejam focadas na satisfação são capazes de melhorar o relacionamento com os seus clientes, compreendendo melhor as suas necessidades, proporcionando assim, o aumento dos níveis de satisfação dos mesmos. Assim, observou-se ao longo do estágio, uma grande preocupação por parte de toda a equipa para contribuir numa melhor satisfação por parte dos utentes.

A satisfação do cliente é um ponto-chave na retenção dos clientes e na sua lealdade, e isso pôde-

se observar aquando a aplicação do Protocolo, uma vez que, há exceção de um utente, todos mencionavam que recomendavam o Lar Quinta de Santa Ana.

4. Avaliação do desempenho da Estagiária

Quanto à avaliação efetuada pelos utentes, quando questionado “como avalia o desempenho da estagiária”, todos avaliaram como “bom”.

Para além deste questionário, foi aplicada à Diretora Técnica uma pequena entrevista, entrevista esta semiestruturada, de forma a tentar perceber qual a perceção desta à intervenção feita.

Quanto à pergunta “De forma geral, como avalia todo o processo de intervenção no lar?”, a Diretora Técnica refere que o projeto “teve um balanço positivo e ambas as partes beneficiaram desta parceria”.

Em relação à importância deste projeto a nível institucional, esta refere que a intervenção “permitiu identificar algumas lacunas existentes no lar, implementar algumas melhorias nos métodos existentes e até introduzir novas atividades e abordagens no lar”.

No que concerne à melhoria do dia a dia e da qualidade de vida dos utentes, a Diretora Técnica refere que a intervenção trouxe muitos pontos positivos, que “as atividades desenvolvidas, a abordagem feita aos utentes, a entrega, por parte da estagiária, enriqueceu muito os dias dos utentes”.

Em relação às atividades desenvolvidas irem ao encontro das necessidades e expectativas dos utentes, esta indicou que, após a análise das necessidades de cada utente, “foi possível desenvolver atividades mais personalizadas e adaptadas a cada utente e que os utentes também se foram adaptando às novas atividades e abordagens, o que foi positivo”.

Quanto à avaliação do desempenho da estagiária, foi mencionado que a estagiária se revelou durante todo o processo, “uma pessoa organizada, empenhada, preocupada e dedicada nas suas tarefas. Tem um espírito criativo para desenvolver novos trabalhos e espírito de iniciativa para envolver os utentes”.

De modo geral, é uma avaliação positiva.

Considerações Finais

Nas considerações finais, será importante refletir sobre tudo o que envolveu este trabalho de Intervenção. Numa primeira instância, é importante referir que a utilização da Metodologia IA foi uma mais-valia para o projeto, uma vez que através dela foi possível perceber e atender aos interesses e às necessidades dos utentes e, assim, envolvê-los em atividades do seu agrado. É de crucial importância, envolver os participantes em todas as fases do projeto e foi isso que se constatou no mesmo, conseguindo-se, desde o início, que os idosos fossem envolvidos e ouvidos.

Desde o início, a estagiária sentiu-se como um membro da equipa, com autonomia para fazer o seu trabalho. A Direção Técnica abriu portas, permitindo o acesso direto aos processos individuais dos utentes, bem como a possibilidade de assistir a uma reunião de admissão de um idoso. Esta esteve sempre aberta a novas sugestões/ideias, o que viabilizou a aprovação e a aplicação do Protocolo de Avaliação ao Utente e à Instituição e a pequenas melhorias na Instituição, de forma a que os utentes se sentissem em “casa” e se sentissem integrados na mesma (como foi o exemplo da decoração das portas dos quartos dos utentes). Também existiu troca de conhecimentos entre a estagiária e a Psicomotricista, em relação à intervenção psicomotora e, de igual forma, deu-se a conhecer novos instrumentos de avaliação ao utente que a Instituição não conhecia ou que não utilizava, mas que achava pertinente a sua utilização.

Estabeleceu-se, também, uma boa relação com a Direção Técnica, com a Animadora Sociocultural e com a Psicomotricista, que integraram a estagiária e permitiram a sua participação nas atividades da Instituição, de forma a compreender a dinâmica da mesma e a melhorar a relação com os utentes. Através da troca de ideias e de conhecimentos entre a estagiária, a Animadora Sociocultural e a Psicomotricista, pôde-se constatar que os utentes não eram muito participativos na realização das atividades, por isso, apostava-se em atividades coletivas, o que provocava um efeito dominó na participação das mesmas.

Uma das dificuldades que surgiram no estágio, foi a necessidade de diferenciar o trabalho enquanto Gerontóloga, em virtude de a Psicomotricista trabalhar a tempo parcial, realizar atividades de estimulação cognitiva e físico-motora, tendo a estagiária necessidade de complementar nos dias/horas em que a esta não se encontrava ao serviço. Assim, de forma a ir para além de prestação de serviços como a estimulação cognitiva e estimulação físico-motora, e de maneira a ajudar a Instituição a perceber se a prestação de serviços estava a ir ao encontro das expectativas dos utentes, surgiu a ideia de elaborar um Protocolo de Avaliação ao Utente

(de forma a conhecer os gostos/interesses de cada um e também um pouco da sua história de vida) e à Instituição (desde alimentação, cuidados de roupa, atividades, funcionários, entre outros).

Um outro desafio que surgiu foi a promoção de um maior envolvimento por parte dos utentes, na proposta e planificação das atividades, nomeadamente, na construção do Quadro Espaço-Temporal, na pintura das caixas para a atividade “Basquete” e na tarefa de coser os botões para a atividade “Aperta o Botão”.

Outro desafio que surgiu, foi incentivar os utentes a realizarem atividades de teor físico. Em observação e participação nas atividades da Animadora Sociocultural e da Psicomotricista, e até na aplicação das atividades da estagiária, pôde-se constatar que os utentes aderiam melhor a atividades de estimulação cognitiva.

Não esquecendo que o projeto foi implementado em tempos de pandemia COVID-19, é importante fazer uma reflexão acerca da importância de um trabalho contínuo de estimulação cognitiva e de estimulação físico-motora. Após a implementação da intervenção, não restam dúvidas de que a Gerontopsicomotricidade é necessária na vida dos utentes. Isto porque, após três semanas de isolamento, alguns dos utentes demonstraram um declínio a nível físico (dificuldade de mobilidade), declínio a nível cognitivo (aumento na confusão temporal, o que comprovou a necessidade e a importância do Quadro Espaço-temporal construído para o efeito) e também alterações de humor (os utentes encontravam-se mais irritadiços, mais impacientes).

O estudo realizado por Carneiro, Soares, Oliveira & Silva (2014), veio comprovar que a Gerontopsicomotricidade potencia o EA, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

Noutro estudo, Silva (2018) revela que a intervenção psicomotora trouxe benefícios aos utentes de uma determinada Instituição. Numa primeira intervenção verificou-se, num utente, melhorias ao nível da memória e da perceção, bem como do equilíbrio dinâmico, da motricidade fina e da motivação. Além disso, verificou-se também uma estabilidade de resultados ao nível da tendência para estados de humor depressivos e da autonomia nas ABVD. Quanto ao segundo estudo de caso, registaram-se melhorias ao nível da mobilidade dos membros inferiores, da consciência corporal, da atenção, da perceção espacial, do equilíbrio, da motricidade fina e da memória verbal e perceptiva. Desta forma, a intervenção psicomotora demonstra ter a capacidade de atuar de forma preventiva e reeducativa junto da população envelhecida, tanto em pessoas com um envelhecimento dito saudável, como com patologias.

A crise pandémica por que passamos, tal como referem Pocinho & Marques (2020), trouxe-nos

o agravar de alguns problemas que já existiam e outros tantos que surgiram de novo, seja nas nossas vidas pessoais, seja no domínio profissional e relacional.

Não sabemos o que dela ficará (tanto física como psicologicamente) em cada um de nós, e tudo isto faz com que estejamos em constante estado de alerta, sobrecarregados com informações e incertezas. Desta forma, torna-se por vezes cansativa a gestão dos desafios com os quais somos confrontados, não só a nível pessoal, como também em contexto profissional, principalmente para aqueles cuja missão é cuidar do outro e transmitir-lhe segurança e estabilidade.

Esta crise veio confrontar os interventores sociais (assistentes sociais, sociólogos, psicólogos, gerontólogos, educadores sociais, entre outros) com novos desafios no trabalho desenvolvido diretamente com as populações desfavorecidas e carenciadas.

Machado & Melo (2020), lançam diversas questões, nomeadamente, quando todos se confinam, como garantir o apoio necessário aos mais desfavorecidos? Como manter, numa lógica de compromisso com ética profissional, o trabalho junto das populações mais carenciadas sem as colocar e sem se colocarem a si em risco?, uma vez que, o confinamento e a necessidade de distanciamento físico exigiram uma reinvenção das práticas de atuação (p. 8).

Aos profissionais que atuam no terreno, e que atendem às populações mais vulneráveis ao Covid-19, são, segundo Melo, Guedes, & Ribeiro (2020), exigidas competências de criatividade acrescidas para se manterem em relação com os seus pacientes ou clientes idosos e famílias, de forma a que estes permaneçam conectados, aliviando a solidão, o isolamento social e a ansiedade (p. 37).

É fundamental que se continue a prestar a assistência necessária, para que os que se encontram em maior risco de isolamento e solidão, não piorem a sua condição enquanto esta pandemia se prolongue, sob pena de agravarem o seu estado físico e mental ao longo do tempo. O contexto que agora vivemos, lança diversos desafios à preservação da saúde física e mental. Contudo, deve ser visto como uma oportunidade para que os profissionais aumentem o planeamento dos cuidados de forma a intervir face às consequências que o isolamento social provoca, desenvolvendo intervenções ajustadas ao “novo normal”.

Já que se fala em profissionais de Gerontologia, a questão essencial que se coloca a uma nova profissão é a sua utilidade social no espaço das profissões e ocupações já existentes. Para Pereira (2011), no caso da Gerontologia, a pertinência social está ligada aos fenómenos demográficos do envelhecimento nas sociedades ocidentais.

Assim, pergunta-se: qual o lugar dos Gerontólogos no contexto das profissões relacionadas com

o envelhecimento e o apoio aos idosos? A formação em Gerontologia assenta em três pilares básicos: uma médica/cuidados de saúde, uma componente psicológica e uma componente social/organizacional. O objeto da intervenção profissional do Gerontólogo é a pessoa idosa, saudável ou não, institucionalizada ou inserida no seu contexto familiar e social. Concretamente, este profissional, com um perfil complexo, com um conhecimento multidisciplinar e com a sua prática interdisciplinar, está habilitado a intervir juntos da população idosa e dos seus contextos envolventes.

Contudo, Vara (2012) refere que a entrada destes no mercado de trabalho, não gera ainda concordância quanto à sua pertinência e funções (p. 63), demonstrando, assim, uma certa consciencialização de que o papel social e o papel no contexto profissional é uma meta a atingir, mas que para isso tem de ser construída. Este menciona que o Gerontólogo se assume como uma peça chave na garantia de cuidados gerontológicos de qualidade, pois intervém ao nível da avaliação multidimensional do idoso, no respetivo planeamento junto da equipa multidisciplinar dos serviços a serem prestados a essa mesma pessoa, e na execução desses mesmos cuidados e serviços.

Vara (2012) refere que o Gerontólogo tem a capacidade de alterar tudo o que não esteja em conformidade, pois a sua visão é mais abrangente. Este atua junto da Direção da Instituição, unificando-a e motivando-a em torno de um objetivo comum, tendo de fazer a ponte para a Direção Técnica e transpor os objetivos para a Equipa de Colaboradores, motivando-os, e preocupando-se com eles, pois é impossível prestar bons serviços ou cuidados sem uma equipa motivada para tal (p. 67). Após ter toda a equipa voltada para o objetivo comum, é que o Gerontólogo pode começar a desenvolver um projeto de cuidados verdadeiramente gerontológicos. Ou seja, este volta-se para o idoso, estudando o seu perfil, motivações, objetivos, esperanças e necessidades. Mostra-lhe o caminho da autonomia, da individualidade, fazendo acreditar que é uma pessoa única, válida, que merece respeito, dedicação e atenção (p. 68).

Posto isto, é possível verificar o valor deste profissional numa Instituição, onde pode assumir um papel de conhecida flexibilidade entre as suas competências de gestão da organização, de recursos humanos, de recursos materiais, de índices de motivação, de liderança, de promoção da sensibilização para a individualidade do idoso e de formação e coordenação das equipas. Estas características são únicas neste profissional, o que justifica ainda mais a sua contratação quando os recursos económicos são escassos, uma vez que engloba um conjunto extremamente abrangente de competências.

Referências Bibliográficas

- Alkema, & Alley. (2006). Gerontology's future: An integrative model for disciplinary advancement. *The Gerontologist*, 46(5), 574-582.
- Alves-Silva, J. D., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2013). Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4).
- Andrade. (2018). *Competências de um gerontólogo com formação em cuidados paliativos*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo.
- Apóstolo. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Documento de Apoio, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araújo, C., Cortes, C., & Félix, M. (2020). *Viver em tempos de Covid-19* (1ª edição ed.).
- Associação Nacional de Gerontólogos. (2018). Obtido de <http://angerontologos.pt/campanhas.php>
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (18 de novembro de 2020). *Associação Portuguesa de Psicomotricidade*. Obtido de Psicomotricidade: <https://www.appsicomotricidade.pt/>
- Aubert, E., & Albaret, J. M. (2001). Aspects psychomoteurs du vieillissement normal. Em *Vieillesse et psychomotricité* (pp. 15-43). Marseille Solal.
- Barbosa, P., Carvalho, L., & Cruz, S. (2015). *Escala de Quedas de Morse: Manual de Utilização*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Bardin. (2006). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barreto. (2006). Relação terapêutica com o paciente idoso. Em Firmino, *Psicogeriatria*. Coimbra: Psiquiatria clínica.
- Batista. (2010). *Qualidade Percebida pelos Utentes das IPSS de Oliveira do Hospital*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial.
- Branquinho, C. (2018). *Gerontopsicomotricidade em Contexto Institucional e Comunitário / Influência dos Materiais na Intervenção*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.

- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carneiro, M. L., Soares, L. M., Oliveira, A. M., & Silva, I. B. (2014). Gerontopsicomotricidade utilizando como recurso os exergames: um relato de experiência. *Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia*.
- Cembranos, & Bustelo. (2007). *La animación sociocultural: una propuesta metodológica*. Madrid: Editorial Popular.
- Coutinho. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática* (2ª edição ed.). Coimbra: Almedina.
- Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., ferreira, M. J., & Vireira, S. (2009). Investigação-ação: metodologia preferencial nas práticas educativas. *Revista Psicologia, Educação e Cultura, 13*(2), 355-379.
- Couto. (2008). *A história transgeracional familiar e a decisão de institucionalização do idoso*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Creswell. (2007). *Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativos, Quantitativos e Misto*. Porto: Porto Alegre.
- Decreto-Lei, nº 140/2004. (08 de 06 de 2004). Diário da República, Série I-A.
- Eleutério. (2001). *Qualidade na prestação de serviços: uma avaliação utilizando a escala SERVQUAL com clientes internos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Engenharia Mecânica, Campinas, SP.
- Endo, A. C., & Roque, M. A. (2017). Atenção, memória e percepção: uma análise conceitual da Neuropsicologia aplicada à propaganda e sua influência no comportamento do consumidor. *Intercom - RBCC, 40*(1), 77-96.
- Faria, C. G., & Carmo, M. P. (2015). Transição e (In)Adaptação ao Lar de Idosos: Um Estudo Qualitativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 31*(4).
- Fernandes. (2014). A Gerontopsicomotricidade com práxis terapêutica de mediação corporal. *Journal of Aging and Innovation*(3).
- Fernández-Ballesteros. (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros. (2002). *Envejecer bien: qué es y cómo lograrlo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros. (2009). *Envejecimiento Activo: Contribuciones de la psicología*.

Madrid: Ediciones Pirámide.

Fonseca. (2001). *Cognição e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca. (2001). Gerontopsicomotricidade: uma abordagem ao conceito da rétrogênese psicomotora. Em Fonseca, & Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 177-219). Lisboa: Edições FMH.

Fonseca. (2004). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora.

Fonseca. (2006). *O Envelhecimento – Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fontaine. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Freitas, Cunha, & Moscarola. (1997). Aplicação de Sistemas de Software para auxílio na Análise de Conteúdo. *Revista de Administração da USP*, 32(3).

Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2017). *Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos 2017*.

Gandal, N., Yonas, M., Feldman, M., Pauzner, A., & Tabbach, A. (2020). Long-Term Care Facilities as a Risk Factor for Death Due to COVID-19: Evidence from European Countries and U.S. States.

Grönroos. (1993). *Marketing, Gerenciamento e Serviços*. Rio de Janeiro: Campus.

Guedes, J. (2007). *O internamento el Lar e a Identidade dos Idosos*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.

Henrique, & Dias. (2020). As duas faces do isolamento dos idosos em tempo de pandemia: quem “achata a curva” da solidão? *Repositório Aberto da Universidade do Porto* .

Jacob. (2007). *Animação em idosos*. Porto: Ambar.

Lima. (2003). *Desenvolvimento Local – Investigação Participativa- Animação Comunitária*. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Educação, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação Da Universidade do Porto .

Lourenço, P. M. (2014). *Institucionalização do idoso e identidade*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Educação de Portalegre, Portalegre.

Machado. (2015). *Animação, Cultura e Património: Um projeto de Intervenção para*

- Residências Sêniores*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Machado, & Melo. (2020). A Pandemia e os Desafios colocados aos Interventores Sociais. Em Machado, & Melo, *(Re)Invetsat a Intervenção Social em Contexto de Pandemia*.
- Machado, C., Botelho, P., Neto, R., & Silva, A. (2020). Psicomotricidade em tempos de pandemia. *Atlântico Expresso*, 10-11.
- Maia. (2002). Institucionalização. Em Maia, *Dicionário de Sociologia*. Porto: Porto Editora.
- Margato. (2014). *A Qualidade de Serviço: Um estudo sobre a Satisfação do Cliente do Intermarché de Cantanhede*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Direito, Coimbra.
- Martins. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade: as práticas entre o instrumento e o relacional. Em *Progressos em Psicomotricidade*. Lisboa: Edições FMH.
- Martins. (2003). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Educação e Tecnologia*.
- Martins. (2013). *Gerontologia & Gerontagogia: Animação Sociocultural em Idosos*. Editorial Cáritas.
- Martins. (2015). *Práticas, Contextos e Materiais dos Psicomotricistas Portugueses*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.
- Matias. (2020). *Quem quer ir para um lar de idosos?* Obtido de Observador: <https://observador.pt/opiniaio/quem-quer-ir-para-um-lar-de-idosos/>
- Máximo-Esteves. (2008). *Visão panorâmica da investigação-ação*. Porto: Porto Editora.
- Melo, Guedes, & Ribeiro. (2020). Combater o Isolamento dos Idosos em tempos de pandemia. Em Machado, & Melo, *(Re)Inventar a Intervenção Social em contexto de pandemia*.
- Miranda, V. B. (2017). Gerontomotricidade e o idoso praticante de atividades físicas: um estudo teórico. *Ciência em movimento*, 19(39).
- Morais. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com doença de Alzheimer. *A Psicomotricidade*.
- Navarro, G., Alexandre, I., Dias, L., Duarte, M., & Garcia-Alonso, J. (2018). A intervenção psicomotora em gerontes com problemas osteoarticulares. *Journal Of Aging and Innovation*, 7(2).
- Netto. (1996). *A velhice e o Velho em Visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.

- Ojeda. (2005). La prática psicomotriz en personas adultas com discapacidad psíquica y física asociada. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidade y Técnicas Corporales*(19).
- Oliveira, R. V., Foresti, B. B., Carvalho, P. K., & Alves, F. R. (2017). A Psicomotricidade como método de intervenção para idosos. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 5(5).
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Envelhecimento Ativo - uma política de saúde*.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). Envelhecimento Ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade. Em *Envelhecimento ativo - promovendo a resiliência ao longo do curso de vida* (p. 44).
- Ovando, L. M., & Couto, T. V. (2010). atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados. *O mundo da saúde*, 34(2).
- Paços. (2016). *Solidão e Isolamento na Velhice*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Univesidade de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.
- Palma. (2019). *A importância de uma rotina diária para os idosos*. Obtido de Lares Online: <https://www.laresonline.pt/pt/blog/a-importancia-de-uma-rotina-diaria-para-os-idosos/>
- Parasuraman, Zeithaml, & Berry. (1988). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*.
- Paúl, & Ribeiro. (2012). *Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*.
- Pereira. (2011). Uso do conhecimento e identidade profissional do Gerontólogo. *VII Congresso Luso-Espanhol de Gerontologia*.
- Pereira. (2012). A institucionalização do Idoso. Em F. Pereira, *Teoria e Prática da Gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 147-154).
- Pimentel. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajetórias* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Pimentel. (2005). *O lugar do idoso na família* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editores.
- Pinto. (2013). *Porque não os Idosos para Lares? Determinantes no internamento de pessoas maiores de 65 anos em Instituições de Longa Permanência*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Pocinho, R., & Marques, L. (2020). Felicidade no trabalho e a importância da formação para

responder aos desafios das organizações sociais na pandemia Covid-19. *Dignus*.

Quivy. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Rebello. (2015). *Envelhecer Ativamente num Lar de Idosos*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Rodrigues. (2011). *A Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

Rodrigues. (2018). *A institucionalização como acontecimento de vida eventual: antecipação e comunicação entre adultos tardios e seus familiares diretos*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Rodrigues, J. P. (2001). Envelhecer num lar. *Revista Antropológica*(5).

Rodriguez. (2002). *Intervención psicomotriz en pacientes com demencia*. Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Psicología Básica II.

Rosa. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Santos, J. L., Erdmann, A. L., Meirelles, B. H., Lanzoni, G. M., Cunha, V. P., & Ross, R. (2017). Integração entre Dados Qualitativos e Quantitativos em uma pesquisa de Métodos Mistos. *Texto & Contexto Enfermagem*.

Segurança Social. (2016). Obtido de Apoios Sociais e Programas - Idosos: <http://www.seg-social.pt/idosos>

Serrano, G. P. (2008). *Elaboração de Projetos Sociais - Casos Práticos*. Porto: Porto Editora.

Silva. (2015). *Qualidade de serviço e satisfação dos clientes: Um estudo empírico*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Direito, Coimbra.

Silva. (2018). *Intervenção Gerontopsicomotora em idosos institucionalizados*. Relatório de Estágio, Universidade de Évora, Departamento de Desporto e Saúde, Évora.

Socodato. (2015). *As contribuições e os benefícios das atividades de Estimulação Cognitiva e Motora (ECM) em idosos*. Monografia, Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro.

Soeiro. (Agosto de 2020). *Lares: um inferno inevitável?* Obtido de Expresso: <https://expresso.pt/opiniaio/2020-08-21-Lares-um-inferno-inevitavel->

Tanaka, P. J. (2007). Atenção: reflexão sobre tipologias, desenvolvimento e seus estados

patológicos sob o olhar psicopedagógico. *Construção Psicopedagógica*, 16(13).

Vara, M. (2012). O olhar do Gerontólogo. Em F. Pereira, *Teoria e Prática da gerontologia: Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicossoma.

Veigas. (2016). *O Contributo da Animação na Qualidade de Vida dos Idosos do Serviço de Apoio Domiciliário no Centro Comunitário de Estoi*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve, Escola Superior de Educação e Comunicação, Algarve.

Venâncio, P. E., Mendes, K. d., Castilho, L. C., & Tolentino, G. P. (2016). Influência da atividade física nos componentes psicomotores em idosos. *Cinergis*.

Veríssimo. (2019). A Patologia Crónica mais característica do Idoso. Em Pinto, Veríssimo, & Malva, *Manual do Cuidador* (p. 52). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Zeithalm. (1988). Consumer perceptions of price, quality and value: A means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, 2-22.

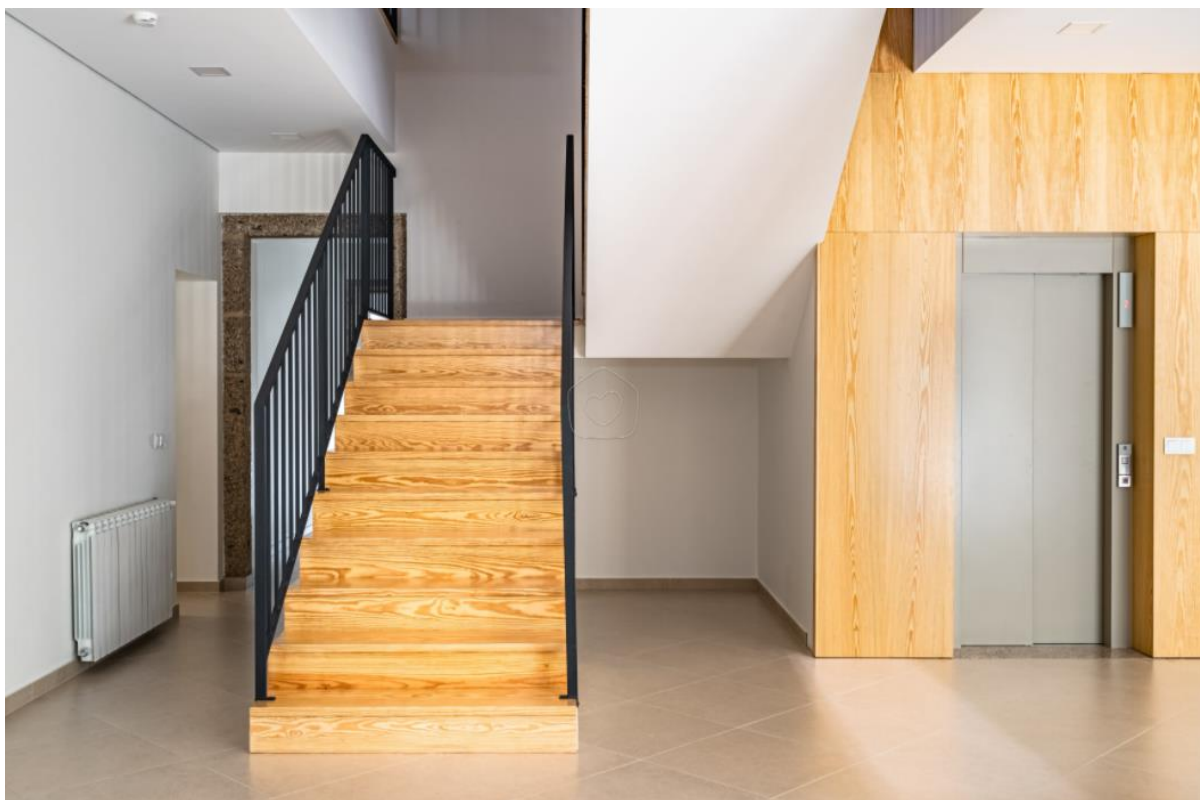
Anexos

Anexo 1: Espaço exterior da Instituição



Fonte: Lares Online

Anexo 2: Acesso aos pisos superiores - escadas e elevador



Fonte: Lares Online

Anexo 3: Jardim da Instituição



Fonte: Lares Online

Anexo 4: Sala de Atividades da Instituição



Fonte: Lares Online

Anexo 5: Instalações sanitárias da Instituição



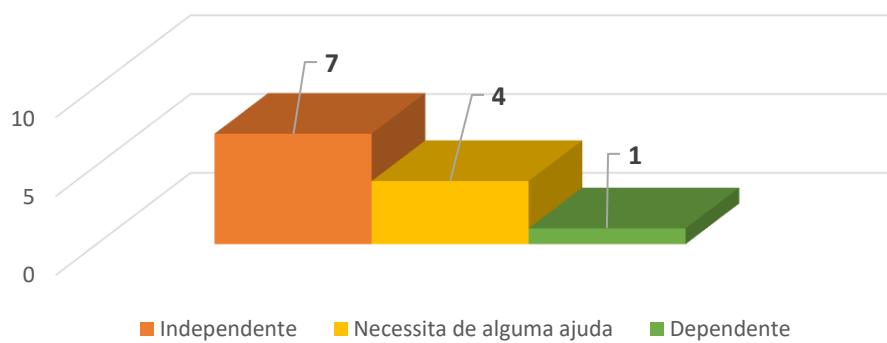
Fonte: Lares Online

Anexo 6: Quartos dos utentes com casa de banho privativa



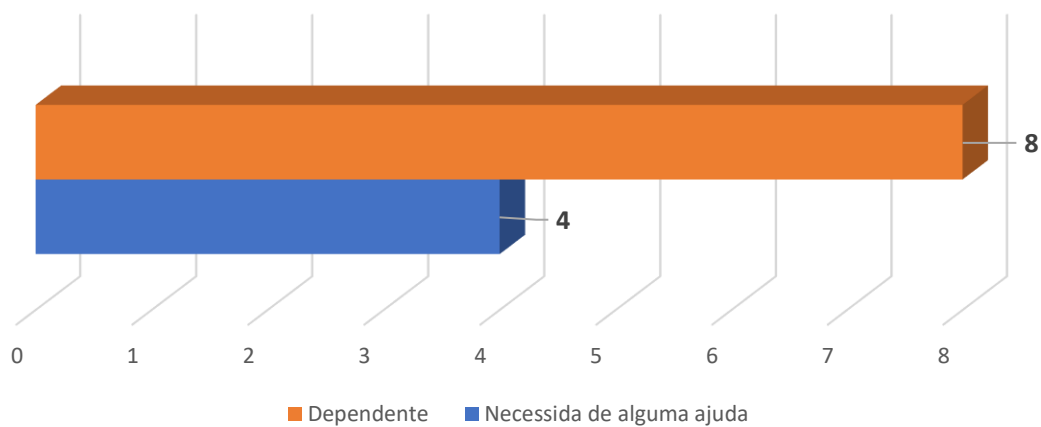
Fonte: Lares Online

Anexo 7: Distribuição de acordo com o grau de ajuda na alimentação



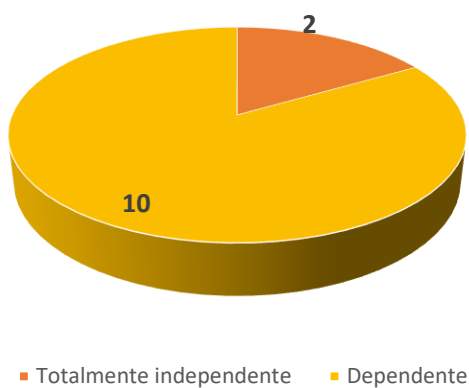
Elaboração Própria

Anexo 8: Distribuição de acordo com o grau de ajuda para vestir



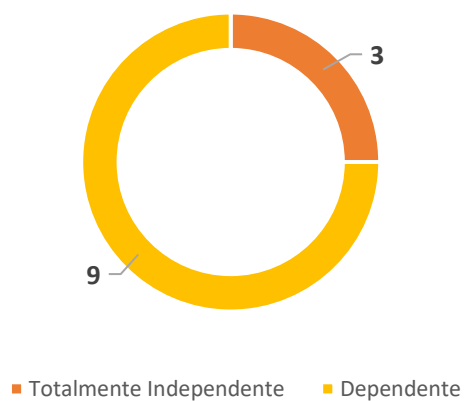
Elaboração Própria

Anexo 9: Distribuição de acordo com o grau de ajuda para tomar banho



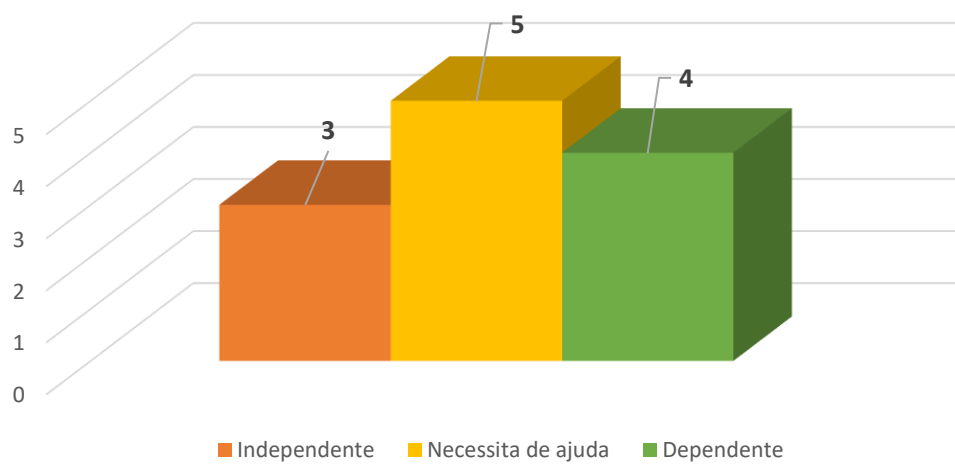
Elaboração Própria

Anexo 10: Distribuição de acordo com o grau de ajuda para a higiene corporal



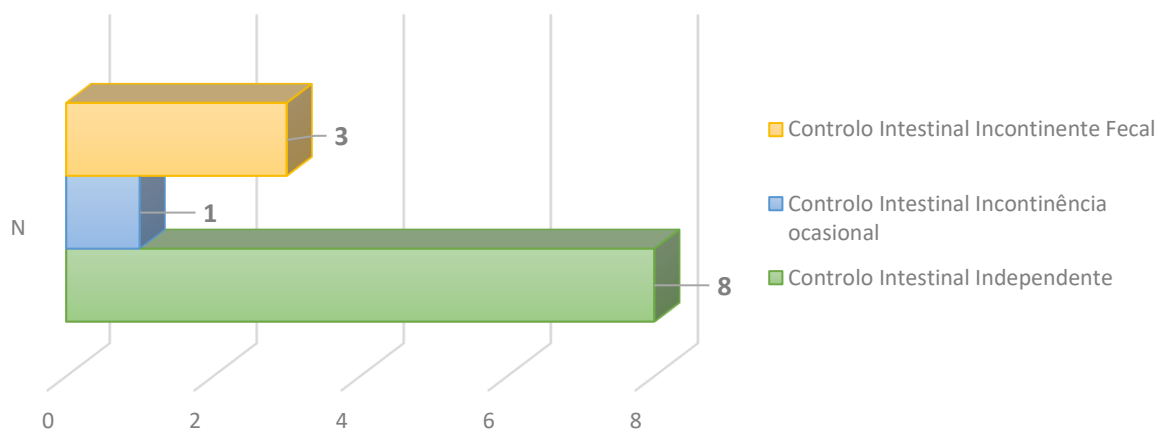
Elaboração Própria

Anexo 11: Distribuição de acordo com o grau de ajuda para utilizar a casa de banho



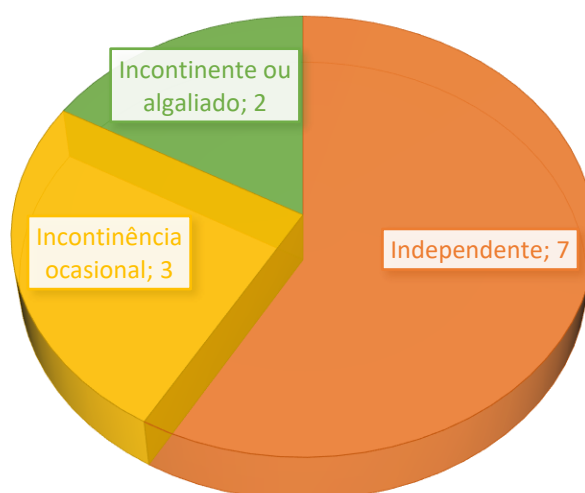
Elaboração Própria

Anexo 12: Distribuição de acordo com o grau de controlo intestinal



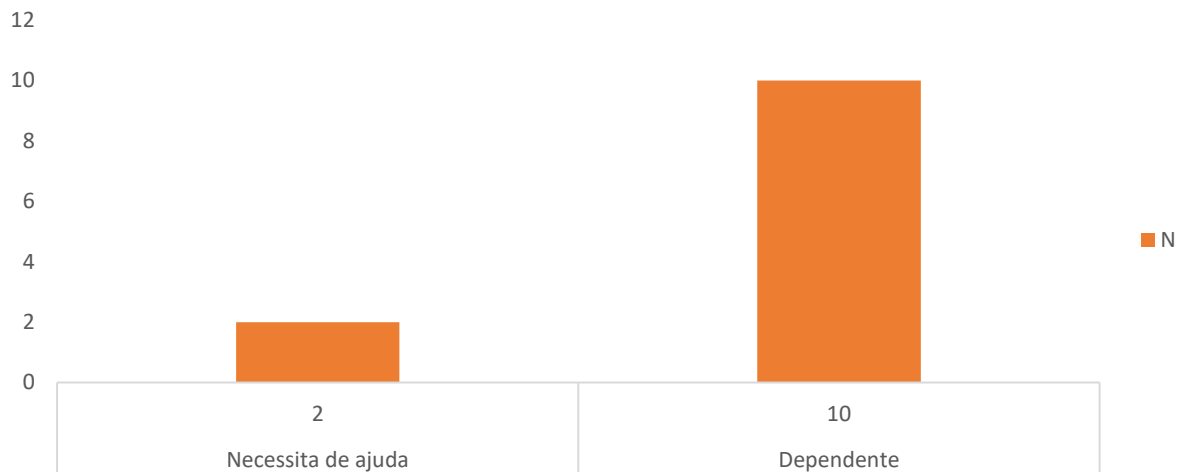
Elaboração Própria

Anexo 13: Distribuição de acordo com o grau de controlo vesical



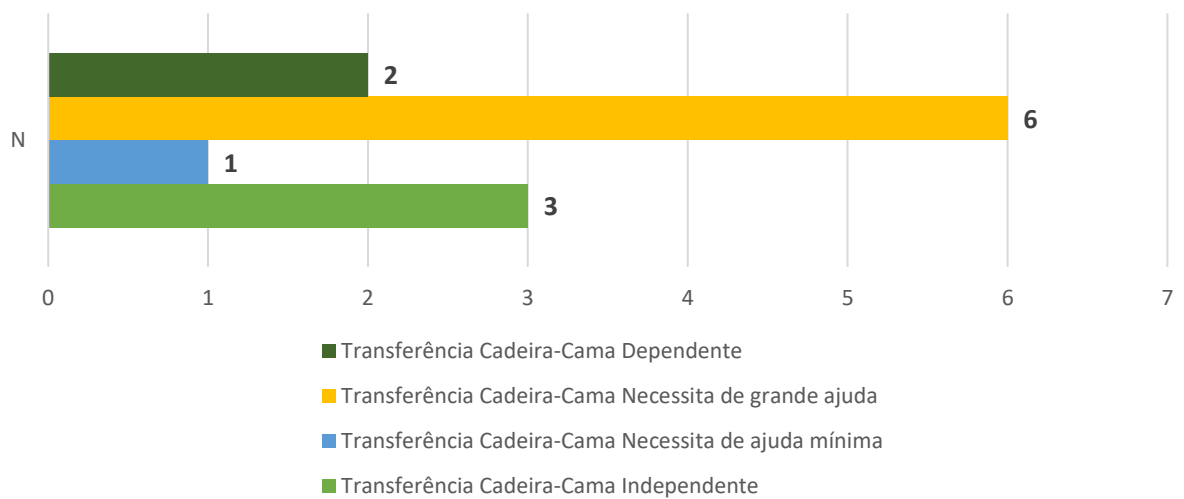
Elaboração Própria

Anexo 14: Distribuição de acordo com o grau de ajuda para subir escadas



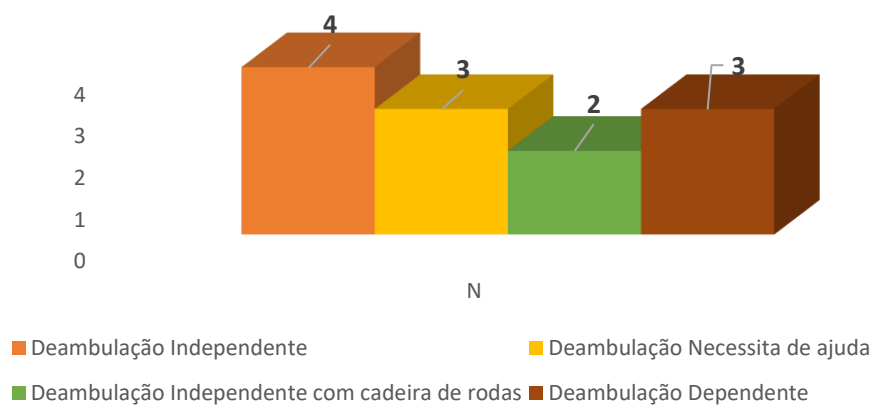
Elaboração Própria

Anexo 15: Distribuição de acordo com o grau de ajuda para a transferência



Elaboração Própria

Anexo 16: Distribuição de acordo com o grau de ajuda para deambulação

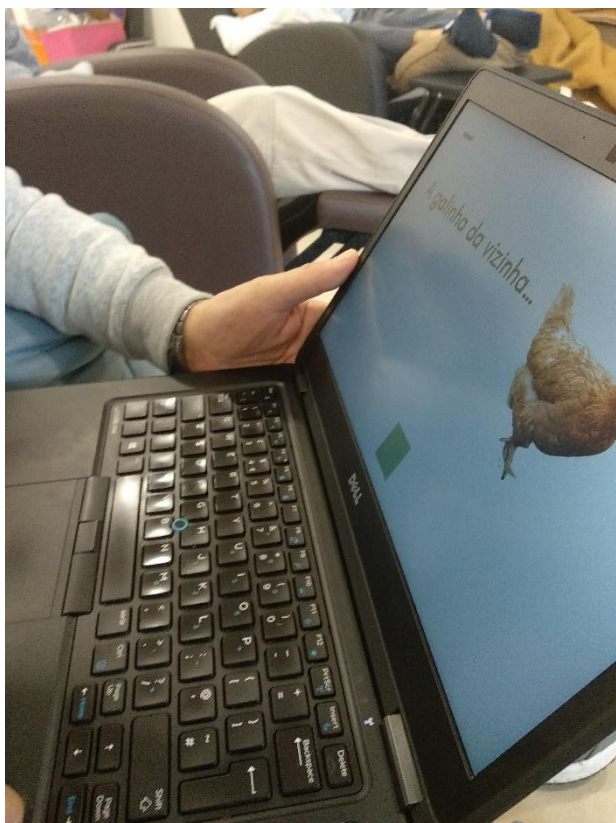


Elaboração Própria

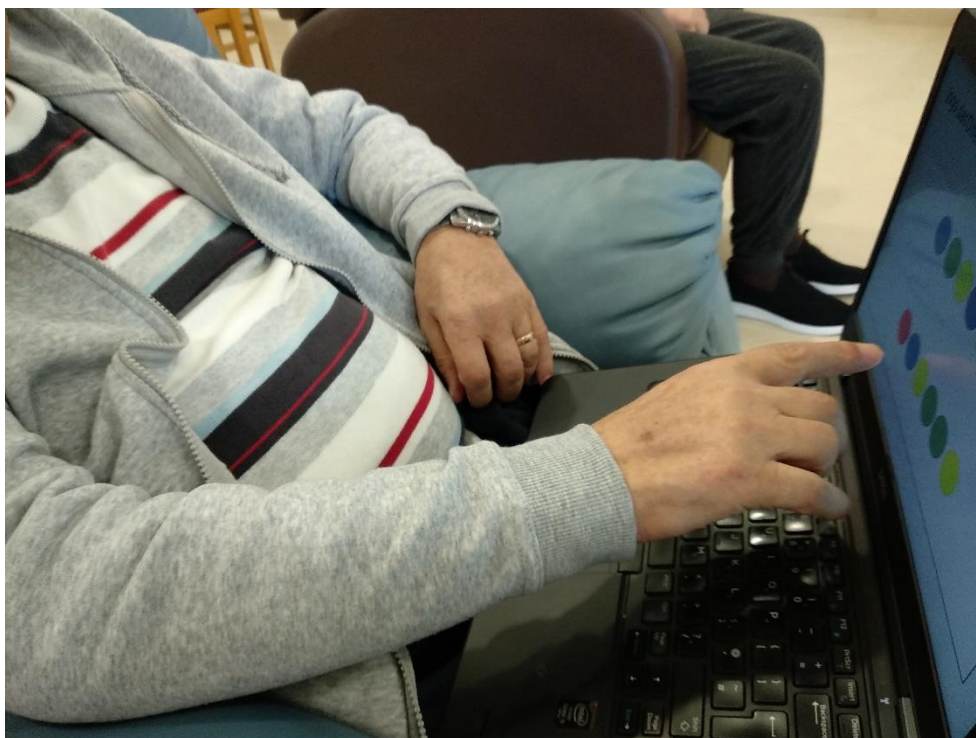
Anexo 17: Índice de Lawton - Parâmetros

		N	%
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	0	0,0%
	Faz tudo menos os trabalhos pesados	0	0,0%
	Só faz tarefas leves	0	0,0%
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	1	8,3%
	Incapaz de fazer alguma coisa	11	91,7%
	Total	12	100,0%
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	0	0,0%
	Só lava pequenas peças	0	0,0%
	É incapaz de lavar a sua roupa	12	100,0%
	Total	12	100,0%
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	0	0,0%
	Prepara se lhe derem os ingredientes	0	0,0%
	Prepara pratos pré-preparados	0	0,0%
	Incapaz de preparar as refeições	12	100,0%
	Total	12	100,0%
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	0	0,0%
	Só faz pequenas compras	0	0,0%
	Faz as compras acompanhado	0	0,0%
	É incapaz de fazer as compras	12	100,0%
	Total	12	100,0%
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	0	0,0%
	Só liga para lugares familiares	2	16,7%
	Necessita de ajuda para o usar	3	25,0%
	Incapaz de usar o telefone	7	58,3%
	Total	12	100,0%
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	0	0,0%
	Só anda de táxi	1	8,3%
	Incapaz de usar o transporte	11	91,7%
	Total	12	100,0%
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	0	0,0%
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	0	0,0%
	Incapaz de utilizar o dinheiro	12	100,0%
	Total	12	100,0%
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	0	0,0%
	Necessita que lhe preparem a medicação	0	0,0%
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	12	100,0%
	Total	12	100,0%

Anexo 18: Registo fotográfico da realização da atividade "Descobrir os Provérbios"



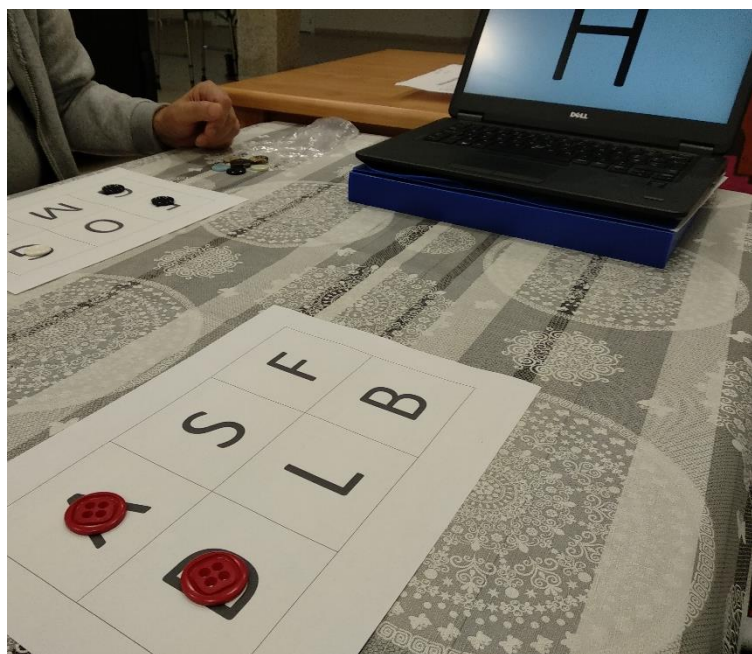
Anexo 19: Registo fotográfico da atividade "Jogo das diferenças"



Anexo 20: Registo fotográfico da atividade "Jogo da Associação"



Anexo 21: Registo fotográfico das atividades "Bingo Sonoro" e "Bingo do Alfabedário"



Anexo 22: Registo fotográfico da atividade "Puzzle"



Anexo 23: Registo fotográfico da atividade "Bowling"



Anexo 24: Registo fotográfico da atividade "Ginástica"



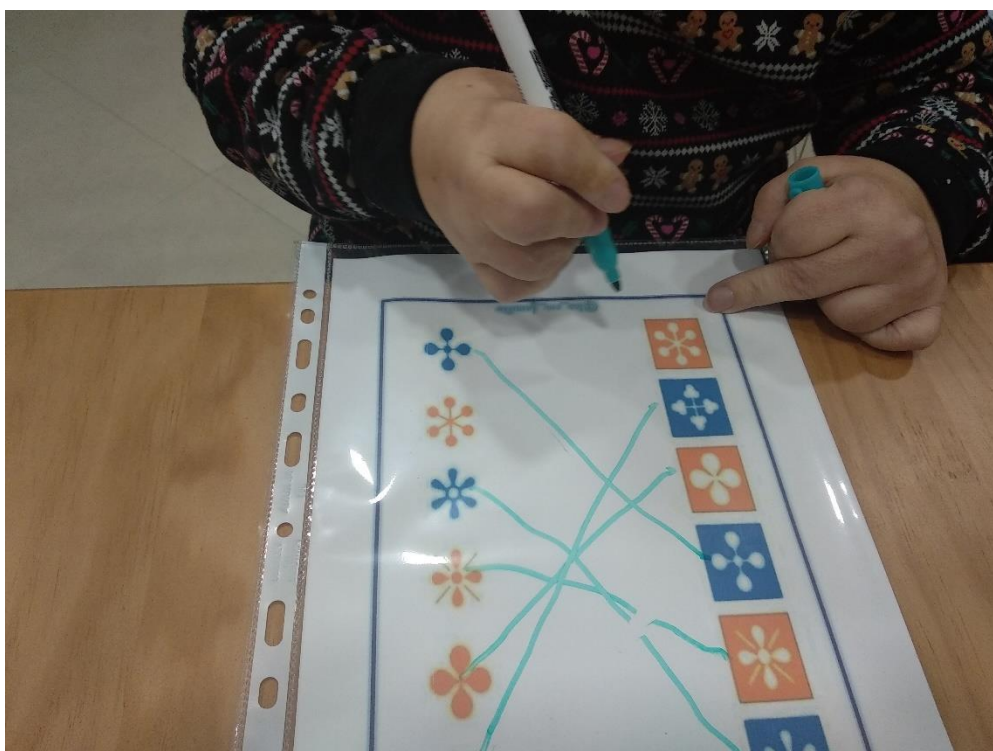
Anexo 25: Registo fotográfico da atividade "Aperta o botão"



Anexo 26: Registo fotográfico da atividade "Jogos de mesa"



Anexo 27: Registo fotográfico da atividade "Sombras"



Anexo 28: Registo fotográfico da atividade "Molas de Cor"



Anexo 29: Registo fotográfico da atividade "coloração"



Anexo 30: Registo fotográfico da atividade "Lateralidade"



Anexo 31: Registo Fotográfico da Atividade "Basquete"



Anexo 32: Primeira Página do Protocolo Gerontológico elaborado



**Protocolo Gerontológico de Avaliação ao
Utente e à Instituição**

Quinta de Santa Ana Residência Sénior

Nome do Utente: _____

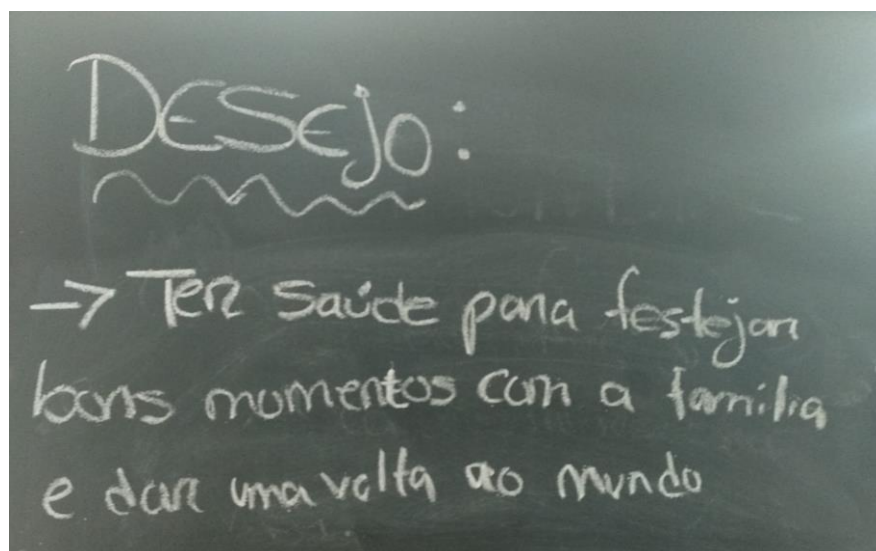
Data de Aplicação: _____

Aplicado por: _____

Anexo 33: Identificação das Portas dos Quartos dos utentes



Anexo 34: Comemoração do Dia Mundial da Terceira Idade



Anexo 35: Festa de Natal na Instituição



Anexo 36:Grelha de Registo e Autoavaliação das Atividades

Grelha de Registo e Autoavaliação das Atividades

Data:	Local:	Duração:
Nº de Participantes:		
Designação da Atividade:		
Objetivos:		
Descrição da Atividade:		
Recursos Materiais	Recursos Humanos	Recursos Físico-espaciais
Observações:		

Anexo 37: Grelha de Avaliação das Atividades

Grelha de Avaliação das Atividades

Participante:	
Data:	
Atividade:	
Grau de Satisfação	
Gostei muito	
Gostei	
Gostei pouco	
Não gostei	

Avaliação Final à Intervenção

1. De forma geral, como avalia todo o processo de intervenção no Lar?
2. Na sua opinião, qual a importância desde o projeto a nível institucional?
3. No seu entender, esta intervenção contribuiu para melhorar o dia-a-dia, bem como a qualidade de vida destes utentes?
4. Relativamente às atividades desenvolvidas, considera que foram de encontro às necessidades e expectativas dos utentes?
5. Como avalia o desempenho da Estagiária ao longo deste período?

Obrigada pela colaboração! 😊

Anexo 39: Inquérito por Questionário de Avaliação Final aplicado aos utentes

Inquérito por Questionário de Avaliação Final

Este questionário insere-se no âmbito do Estágio Curricular do Mestrado em Gerontologia Social. O presente questionário tem como objetivo avaliar a implementação do projeto junto dos utentes.

Questionário de avaliação das Atividades de Estimulação Cognitiva

1. Gostou de participar nas atividades de estimulação cognitiva?

Gostei muito Gostei Gostei pouco Não gostei

2. As atividades realizadas, ajudaram-no(a) a melhorar o seu estado mental?

Sim Não

3. Qual ou quais as atividades que gostou mais de fazer?

<input type="checkbox"/> Associação	<input type="checkbox"/> Memória	<input type="checkbox"/> Coloração	<input type="checkbox"/> Puzzle
<input type="checkbox"/> Sombras	<input type="checkbox"/> Jogos de mesa	<input type="checkbox"/> Pontos de cor	<input type="checkbox"/> Sopa de letras
<input type="checkbox"/> Lateralidade	<input type="checkbox"/> Bingo	<input type="checkbox"/> Molas de cor	

Questionário de avaliação das Atividades de Estimulação Física/motora

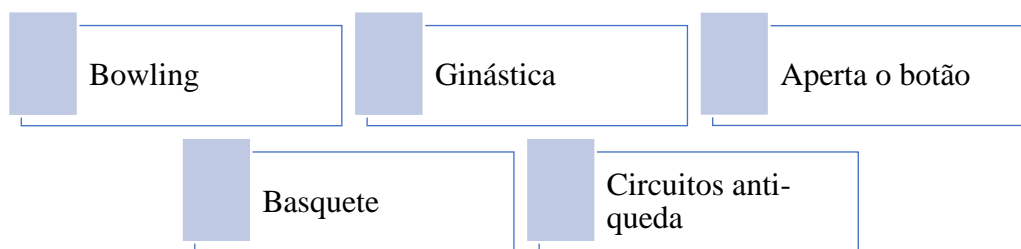
1. Gostou de participar nas atividades de estimulação físico-motora?

Gostei muito Gostei Gostei pouco Não gostei

2. As atividades realizadas, ajudaram-no(a) a melhorar o seu bem-estar físico?

Sim Não

3. Qual ou quais as atividades que gostou mais de fazer?



Questionário de Avaliação Global

1. Considera que as atividades desenvolvidas foram interessantes para enriquecer o seu dia-a-dia e o seu tempo livre?

Sim	Mais ou menos	Não	
-----	---------------	-----	--

2. Considera que as atividades desenvolvidas contribuíram para enriquecer o seu dia-a-dia e melhorar a sua qualidade de vida?

Sim	Mais ou menos	Não	
-----	---------------	-----	--

3. No decorrer das atividades, sentia-se bem, motivado e integrado no grupo?

Sim	Mais ou menos	Não	
-----	---------------	-----	--

4. No seu entender, as atividades contribuíram para o seu bem-estar social, físico e mental?

Sim	Mais ou menos	Não	
-----	---------------	-----	--

5. Como avalia o desempenho da Estagiária?

Muito Bom	Bom	Razoável	Mau
-----------	-----	----------	-----

Obrigada pela colaboração! 😊