

**(RE) COMEÇAR**

**Projeto de intervenção realizado com utentes mais dependentes numa ERPI**

Débora Cristina Queiroz Correia

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social.

**Orientadora:** Professora Doutora Sidalina Almeida

ISSSP, Fevereiro de 2021

**(RE) COMEÇAR**

**Projeto de intervenção realizado com utentes mais dependentes numa ERPI**

Débora Cristina Queiroz Correia

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social.

**Orientadora:** Professora Doutora Sidalina Almeida

**Instituição:** Lar Imaculada Conceição, Santa Casa da  
Misericórdia de Vila Real

**Orientadora Local:** D<sup>a</sup> Diana Nóbrega

## Sisifo

Recomeça...  
Se puderes  
Sem angústia  
E sem pressa.  
E os passos que deres,  
Nesse caminho duro  
Do futuro  
Dá-os em liberdade.  
Enquanto não alcances  
Não descanses.  
De nenhum fruto queiras só metade.

E, nunca saciado,  
Vai colhendo ilusões sucessivas no pomar.  
Sempre a sonhar e vendo  
O logro da aventura.  
És homem, não te esqueças!  
Só é tua a loucura  
Onde, com lucidez, te reconheças...

Miguel Torga

## RESUMO

O projeto de intervenção social gerontológico teve como contexto de implementação a resposta social de estrutura residencial para idosos do Lar Imaculada Conceição, da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real.

O diagnóstico social constituiu o elemento de suporte do presente trabalho, permitindo assim delinear o projeto de intervenção a implementar. Centrado na caracterização dos idosos, bem como as rotinas desenvolvidas no lar, permitiu-nos identificar as necessidades dos idosos e novos desafios a colocar à organização. Portanto, numa primeira fase, recorreremos às conversas intencionais, à observação participante e à pesquisa documental para compreender a realidade da instituição em causa e o quotidiano dos idosos. Pois, através destas técnicas, recolhemos informações relativas à caracterização sociodemográfica, ao trajeto profissional, aos rendimentos, rotinas no lar e às atividades desenvolvidas. Dedicamo-nos, em especial, à caracterização da condição de saúde da população idosa, sendo que tal caracterização compreendeu a avaliação do seu estado físico e mental, sendo aplicadas a escala de Barthel, de Lawton, de Mini Mental e a escala de Depressão Geriátrica que, pela informação obtida, nos permitiram priorizar a urgência de uma intervenção de animação sociocultural junto dos que estão mais dependentes. A falta de estimulação cognitiva e a insuficiente integração dos idosos com uma elevada dependência nas atividades de animação sociocultural, foram consideradas prioritárias para a planificação do nosso projeto de intervenção. De facto esta situação levou à implementação do projeto de intervenção “ (RE) COMEÇAR”, centrado em atividades de estimulação cognitiva, atividades de estimulação sensorial, atividades de expressão plástica e sessões de musicoterapia.

Neste projeto participaram 25 idosos. Os principais resultados da intervenção, foram uma melhor orientação espacial e temporal dos utentes com demência, a criação de uma rotina na participação das atividades e o contacto e diálogo entre os utentes mais dependentes com os mais autónomos.

**Palavras-chave:** envelhecimento-ativo; estimulação cognitiva; animação sociocultural; expressão plástica; musicoterapia

## ABSTRAT

The gerontological social intervention project had as its implementation context the social response of the residential structure for the elderly at Lar Imaculada Conceição, Santa Casa da Misericórdia de Vila Real.

The social diagnosis constituted the support element of the present work, thus allowing to outline the intervention project to be implemented. Focused on the characterization of the elderly, as well as the routines developed at home, it allowed us to identify the needs of the elderly and new challenges to be posed to the organization. Therefore, in a first phase, we used intentional conversations, participant observation and documentary research to understand the reality of the institution in question and the daily lives of the elderly. Because, through these techniques, we collect information related to sociodemographic characterization, professional career, income, routines in the home and the activities developed. We are dedicated, in particular, to the characterization of the health condition of the elderly population, and such characterization included the assessment of their physical and mental state, applying the Barthel, Lawton, MiniMental scale and the Geriatric Depression scale that , given the information obtained, allowed us to prioritize the urgency of an intervention of socio-cultural animation with those who are most dependent. The lack of cognitive stimulation and the insufficient integration of the elderly with a high dependence on activities of socio-cultural animation, were considered priorities for the planning of our intervention project. In fact, this situation led to the implementation of the intervention project “(RE) COMEÇAR”, focused on cognitive stimulation activities, sensory stimulation activities, plastic expression activities, music therapy sessions.

In this project 25 elderly participated. The main results of the intervention were a better spatial and temporal orientation of users with dementia, the creation of a routine in the participation of activities and contact and dialogue between the most dependent users with the most autonomous.

**Keywords:** active aging; cognitive stimulation; sociocultural animation; plastic expression; music therapy

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos idosos do Lar Imaculada Conceição, sem eles este projeto não seria possível. Por todo o carinho, paciência e disponibilidade que manifestaram.

À Professora Doutora Sidalina Almeida pelas horas dedicadas e pelos conhecimentos partilhados, por toda a paciência e disponibilidade.

À Dra. Diana pela disponibilidade, pelos conhecimentos, pelo acompanhamento e todo o apoio dia após dia.

À Animadora Sociocultural, na partilha diária de experiências, por todos os incentivos e dedicação, sem dúvida uma “força da natureza”.

Aos meus pais e irmãos pela disponibilidade que sempre demonstraram, e por todo o apoio e paciência no decorrer deste processo.

Ao meu namorado, por toda a força e apoio neste processo por vezes difícil.

A toda a minha família pelo apoio e motivação.

RESUMO .....	iv
ABSTRAT .....	v
AGRADECIMENTOS .....	vi
LISTA DE TABELAS .....	ix
LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....	x
LISTA DE GRÁFICOS.....	xi
LISTA DE ABREVIACÕES .....	xii
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 – ENVELHECER NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL NO INTERIOR NORTE DO PAÍS.....	4
1.1. O processo de envelhecimento de idosos institucionalizados .....	11
Aspetos biopsicossociais do envelhecimento.....	11
Envelhecimento ativo.....	12
Animação e estimulação cognitiva como contributo para um envelhecimento ativo .....	14
Institucionalização.....	16
A entrada para o lar .....	19
Animação Sociocultural .....	21
A animação para idosos em contexto institucional .....	23
A intergeracionalidade .....	25
CAPÍTULO 2- METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO: A ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO SOCIAL .....	26
CAPÍTULO 3 – DIAGNÓSTICO PSICOSSOCIAL DOS IDOSOS.....	30
3.1. Caracterização sociodemográfica.....	30
3.2. Trajetória de institucionalização .....	36
3.3. Funcionalidade, cognição e saúde mental .....	37
CAPÍTULO 4- DIAGNÓSTICO SOCIAL DO LAR IMACULADA CONCEIÇÃO... 41	
4.1. Caracterização do LIC.....	41
CAPÍTULO 5 – PROJETO DE INTERVENÇÃO: (RE) COMEÇAR.....	53
Avaliação do projeto de intervenção.....	77
CONCLUSÃO.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	82

ANEXOS .....	84
Anexo I – Regulamento da Resposta Social de Estrutura Residencial para Idosos do Lar Imaculada Conceição .....	84
Anexo II- Escala de Barthel .....	114
Anexo III- Índice de Lawton .....	115
Anexo IV- Mini Mental State Examination .....	116
Anexo V- Escala de Depressão Geriátrica .....	117
Anexo VI- Escala de Cornell – Depressão em Demência .....	118

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Equipamentos e capacidade total, no concelho de Vila Real.....	9
<b>Tabela 2:</b> Valores das reformas dos utentes .....	35
<b>Tabela 3:</b> Distribuição de acordo com o motivo de entrada na ERPI .....	37
<b>Tabela 4:</b> Dados obtidos no índice de Barthel.....	38
<b>Tabela 5:</b> Dados obtidos no Índice de Lawton.....	39
<b>Tabela 6:</b> Dados obtidos no Mini- Mental State Examination .....	39
<b>Tabela 7:</b> Dados obtidos na Escala de Depressão Geriátrica .....	40
<b>Tabela 8:</b> Dados obtidos na escala de Cornell - Depressão em Demência.....	41
<b>Tabela 9:</b> Número de funcionárias e técnicos do LIC .....	44

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Ilustração 1:</b> Relação entre a População Idosa (> 65 anos) e População Total, por distrito e por concelho - 2018.....	7
<b>Ilustração 2:</b> Distribuição territorial das respostas sociais para as Pessoas Idosas, por concelho - 2018.....	8
<b>Ilustração 3:</b> índice de envelhecimento (Rácio - %).....	9

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Distribuição de acordo com o sexo.....	30
<b>Gráfico 2:</b> Distribuição de acordo com a Idade dos Idosos de ERPI .....	31
<b>Gráfico 3:</b> Distribuição de acordo com o estado civil .....	32
<b>Gráfico 4:</b> Distribuição de acordo com o nível de instrução .....	32
<b>Gráfico 5:</b> Distribuição de acordo com as condições perante o trabalho dos que não exerceram atividade profissional formalmente declarada.....	33
<b>Gráfico 6:</b> Distribuição de acordo com o grupo profissional dos utentes .....	34
<b>Gráfico 7:</b> Distribuição de acordo com os anos de permanência na ERPI.....	36
<b>Gráfico 8:</b> Número de quartos do LIC .....	45

## LISTA DE ABREVIACÕES

**ERPI** – Estrutura Residencial para Idosos

**LIC** – Lar Imaculada Conceição

**SAD** – Serviço de Apoio Domiciliário

**CD** – Centro de Dia

**UTAD** – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**PI** – Plano Individual

## INTRODUÇÃO

Os equipamentos sociais procuram colmatar as necessidades dos indivíduos e dos próprios familiares que vivem o processo de envelhecimento. O ponto de partida deste projeto de intervenção social consiste em perceber e interpretar as necessidades na instituição em causa. Neste sentido, o presente trabalho tem como intuito compreender o processo de envelhecimentos dos idosos institucionalizados em ERPI, diagnosticando, assim, as necessidades e problemas encontrados bem como das potencialidades, tendo em vista a realização de uma intervenção eficaz e rigorosa.

Desta forma, o trabalho interventivo deve ser integrado por uma metodologia de investigação/intervenção. Um projeto consiste na expressão de uma vontade ou desejo de cariz intencional que carece de uma resposta urgente, daí o carácter interventivo (Guerra, 2002). A metodologia participativa de projeto tem sido utilizada, sobretudo, ao nível do trabalho técnico de intervenção social, pretendendo ser uma forma mais científica e racional de organizar as ações e, por consequência, os recursos disponíveis (Guerra, 2002).

Assim, a fase diagnóstica, tende assim a conhecer e interpretar a realidade. O diagnóstico realizado no presente estudo e intervenção consiste em dois momentos distintos. Numa primeira intância é necessário analisar os indivíduos e conhecer a resposta social em que estão inseridos. Posto isto, a primeira análise consistiu nas características pessoais, psicológicas e sociais dos idosos, de forma a investigar e conhecer as suas especificidades. No que diz respeito ao diagnóstico institucional, a segunda análise, este tratou-se pelo conhecimento dos serviços, rotinas e atividades desenvolvidas, de forma a perceber qual o tipo de resposta dada aos idosos e o que poderia ser realizado para ajudar a organização a cumprir a sua missão.

Com o decorrer do estágio, e através das técnicas de recolha de dados, conversas intencionais, observação participante e análise documental, toda a informação recolhida conduziu ao levantamento de problemas. Entre eles, a insuficiente integração dos idosos com dependências cognitivas ou físicas nas atividades realizadas e a inexistência de um plano de atividades direcionadas para os mesmos. As escalas de avaliação aplicadas com o intuito de identificar o estado cognitivo e o nível de dependência dos idosos mostraram que grande parte dos idosos apresentam défice cognitivo e elevado grau de dependência.

Diagnosticados os problemas e as necessidades, é necessário passar para o plano de ação. Deste modo, o objetivo principal seria colmatar os problemas detetados no diagnóstico, tendo como fim a integração dos idosos dependentes nas atividades realizadas na ERPI.

Segundo Ander Egg (2000), existem quatro técnicas principais da animação socio cultural que devem ser utilizadas de maneira exclusiva ou combinada sendo elas, técnicas grupais, técnicas de informação-comunicação, técnicas para a realização de atividades artísticas e por fim, técnicas para a realização de atividades lúdicas, estas utilizadas na promoção de um envelhecimento bem-sucedido em estruturas residenciais.

Quanto à organização do presente relatório, esta estrutura-se em cinco capítulos. No primeiro, discorremos sobre o facto de envelhecer numa estrutura residencial no Interior Norte do país, presenciando o conceito do isolamento social e todo o processo de envelhecimento de idosos institucionalizados. O contributo da Animação Sociocultural em contexto institucional e a importância da existência de atividades em lar.

No segundo, diz respeito a toda a metodologia de intervenção, bem como a importância do diagnóstico social. As metodologias utilizadas de investigação-ação permitem, em simultâneo, a produção de conhecimentos sobre a realidade, a inovação no sentido da singularidade de cada caso, a produção de mudanças sociais e, ainda, a formação de competências dos intervenientes.

O terceiro, trata de todo o diagnóstico psicossocial dos idosos realizado através da pesquisa documental na instituição, a caracterização demográfica, nomeadamente a distribuição de acordo com o sexo, de acordo com a idade, estado civil, nível de instrução, condições perante o trabalho, grupo profissional e valores de reformas. A trajetória de institucionalização, onde é referido o número de anos de permanência em lar e o motivo de entrada no mesmo. Ainda no terceiro capítulo, todos os dados obtidos através da aplicação de escalas, percebendo assim o nível de funcionalidade, cognição e saúde mental. Foram aplicadas várias escalas aos utentes para o aprofundamento de uma avaliação gerontológica multidimensional, as escalas aplicadas foram, o índice de Barthel, analisando assim as atividades de vida diária, o índice de Lawton, referindo as atividades instrumentais de vida diária, o Mini Mental State Examination, a Escala de Depressão Geriátrica e a Escala de Cornell – Depressão em Demência.

O quarto capítulo referente ao diagnóstico do Lar da Imaculada Conceição, através da observação participante, de todo o quotidiano e rotinas do Lar. Este trata de toda a caracterização do lar, o número de profissionais existentes em lar, a descrição de todos os espaços existentes e a nomeação de artigos apresentados no regulamento interno do lar, face às normas apresentadas e vigoradas pela Segurança Social.

Por fim, no último capítulo, este referente ao projeto implementado em lar, bem como todos os objetivos pretendidos a alcançar, o plano de atividades criado para os utentes mais dependentes e a apresentação das atividades realizadas, bem como a avaliação das mesmas.

## CAPÍTULO 1 – ENVELHECER NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL NO INTERIOR NORTE DO PAÍS

A problemática do envelhecimento demográfico tem sido muito discutida pelas estruturas organizacionais que prestam apoio à população idosa. Essas estruturas procuram responder o melhor possível aos problemas, necessidades e interesses dos mais velhos. Em algumas regiões do país assistimos a particularidades que obrigam as instituições a adaptar-se em termos de respostas. No que respeita à região Norte ela caracterizada por ser uma região com muita população idosa e, no interior, muitos destes idosos encontram-se isolados em pequenas aldeias. A desertificação gradual registada nessas aldeias trouxe consigo o isolamento social que influencia a morbilidade, a mortalidade, a longevidade e a esperança de vida por contribuir para o envelhecimento do organismo (Berkman et al,2000, citado por, Santos, 2016).

A Guarda Nacional Republicana, durante o mês de outubro de 2020, realizou a operação “Censos Sénior”, com o objetivo de identificar a população idosa, que vive sozinha, isolada, ou sozinha e isolada, através da atualização dos registos das edições anteriores (GNR, 2020). Assim, durante a operação, foram realizadas 34 ações em sala e 3652 ações porta a porta, abrangendo um total de 20.747 idosos (GNR, 2020). Nesta operação a GNR, sinalizou 42.439 idosos que vivem sozinhos e/ou isolados ou em situação de vulnerabilidade, em razão da sua condição física, psicológica, ou outra que possa colocar em causa a sua segurança (GNR, 2020).

As situações distribuem-se geograficamente, do seguinte modo:

<b>Distrito</b>	<b>Idosos Sinalizados</b>
<b>Aveiro</b>	1 383
<b>Beja</b>	3 403
<b>Braga</b>	1 543
<b>Bragança</b>	3 285
<b>Castelo Branco</b>	1 842
<b>Coimbra</b>	1 134
<b>Évora</b>	2 654
<b>Faro</b>	3 313
<b>Guarda</b>	4 585

<b>Leiria</b>	1 090
<b>Lisboa</b>	767
<b>Portalegre</b>	3 104
<b>Porto</b>	857
<b>Santarém</b>	2 035
<b>Setúbal</b>	1 734
<b>Viana do Castelo</b>	1 043
<b>Vila Real</b>	<b>5 065</b>
<b>Viseu</b>	3 402
<b>Total</b>	<b>42 439</b>

Fonte: Informação recolhida através do site da GNR (2020)

Na análise da tabela acima apresentada, verificamos que o distrito com maior número de idosos isolados é o distrito de Vila Real.

O facto de estes idosos se encontrarem isolados e sozinhos está relacionado com outros fatores, nomeadamente o fator da emigração para o estrangeiro, ou seja, muitos dos filhos dos idosos que estão sozinhos emigraram para o estrangeiro à procura de uma vida melhor. O fator da migração interna também está muito presente, ou seja, os jovens abandonam o interior norte, e vão para as cidades mais desenvolvidas como Lisboa e Porto, à procura de novas oportunidades sejam elas de emprego ou mesmo apenas de educação formação.

Assim sendo e para dar resposta a estes idosos que se encontram isolados e sozinhos, foi necessário criar equipamentos com várias respostas sociais, nomeadamente a criação de estruturas residenciais para idosos, centros de dia e serviço de apoio domiciliário. É considerado equipamento social toda a estrutura física onde se desenvolvem diferentes respostas sociais, ou, onde estão instalados os serviços de enquadramento de determinadas respostas (Relatório Carta social, 2018). Em 2018, a região Norte apresentava a maior proporção do total de equipamentos sociais (32%). Segundo o relatório da carta social de 2018, no que diz respeito à pessoa idosa, existem vários tipos de respostas sociais, sendo as mais importantes a Estrutura Residencial para pessoas idosas (ERPI), o Centro de Dia (CD) e o serviço de Apoio Domiciliário para Idoso (SAD). As respostas dirigidas às pessoas idosas, desde o ano de 1998 ao ano de 2018, têm vindo a registar um desenvolvimento acentuado de 89%, traduzindo assim um

aumento superior a 3400 novas respostas. Assim, as respostas de SAD (Serviço de Apoio Domiciliário) e ERPI (Estrutura Residencial para idosos) foram as que, neste domínio, mais cresceram, entre o período de 1998-2018, 108% e 105% respetivamente, e as que também apresentavam maior oferta de serviços (Relatório da carta social, 2018).

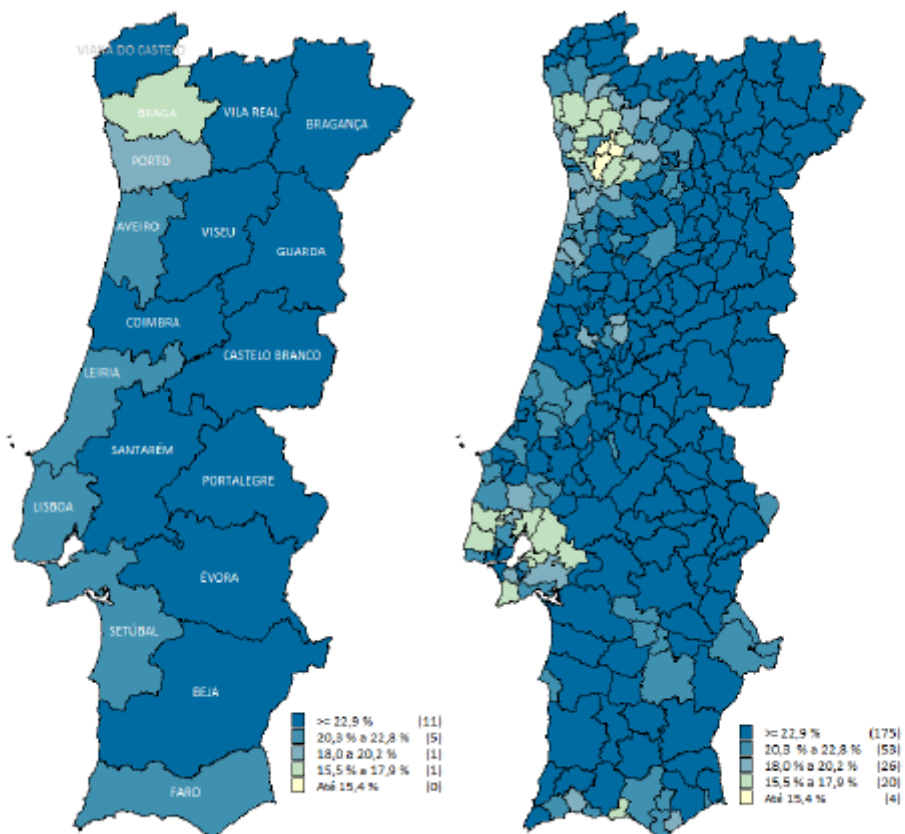
Portanto, segundo o relatório da carta social, em 2018, foram contabilizadas cerca de 7300 respostas de ERPI, SAD e centro de dia, das quais 37% correspondiam ao Serviço de Apoio Domiciliário.

De acordo com o relatório da carta social (2018),

*“No que se refere à capacidade, o número de lugares nas principais respostas para as pessoas idosas revelou um aumento significativo (104%) ao longo do período de análise (1998-2018), em linha com o aumento do número de respostas sociais (89,3%). No ano de 2018, por relação ao ano de 1998, foram contabilizados mais 139700 novos lugares, totalizando cerca de 274000 lugares (p.43)”*.

O peso relativo da população residente com 65 ou mais anos na população total tem-se intensificado ao longo dos anos, representando, em 2018, 22,2 % da população total do continente (Relatório da carta social, 2018). Dos dezoito distritos do território continental, doze registavam, em 2018, um peso significativo de população com 65 ou mais anos, superior à média do continente (22,2%) (Relatório da carta social, 2018). Como podemos observar no mapa abaixo apresentado, no Norte, e, portanto, também no distrito de Vila Real, existe um elevado número de pessoas com 65 ou mais anos, sendo a sua percentagem superior à média do continente (22,2%) (Relatório da carta social, 2018).

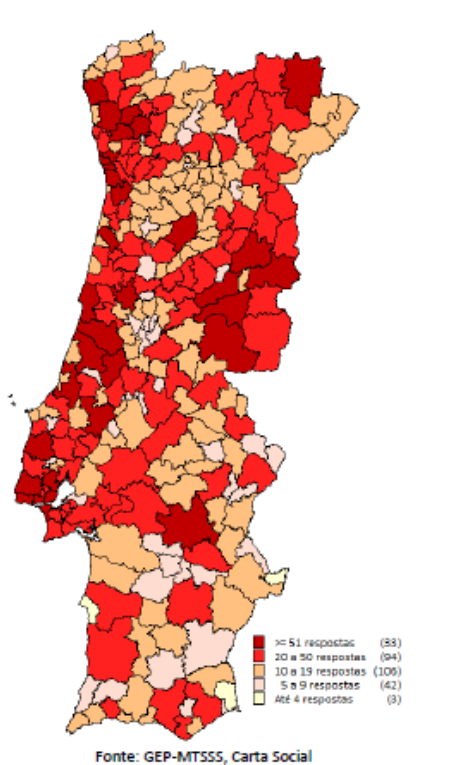
**Ilustração 1** Relação entre a População Idosa (> 65 anos) e População Total, por distrito e por concelho - 2018



Fonte: INE, Estimativas da População Residente 2018.

Em 2018, as respostas sociais dirigidas a esta população idosa, encontravam-se bastante disseminadas por todo o território continental. Todos os concelhos dispunham de algum tipo de oferta para este grupo, sendo que dos 278 concelhos, 233 dispunham de 10 ou mais respostas sociais dirigidas à pessoa idosa (relatório da carta social, 2018).

**Ilustração 2** - Distribuição territorial das respostas sociais para as Pessoas Idosas, por concelho - 2018

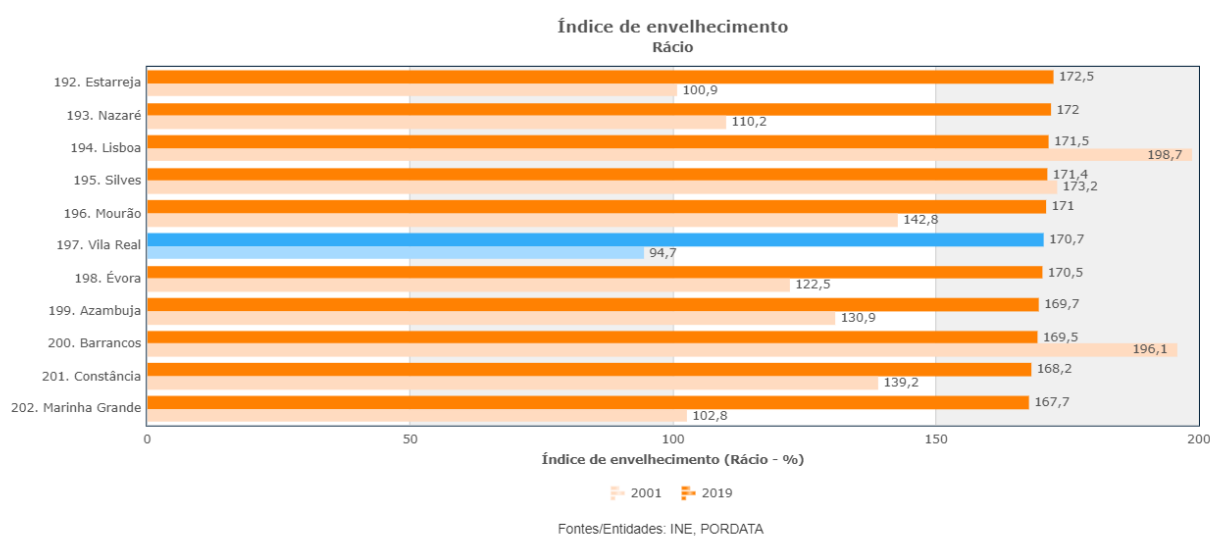


Segundo os dados consultados no Pordata, os indicadores de envelhecimento, a nível nacional, têm vindo a aumentar drasticamente, sendo que, no ano de 1961 o índice de envelhecimento era de 27,5%, sendo que os dados atuais, de 2020, mostram que o índice de envelhecimento referente ao ano de 2019 é de 161,3% (Pordata, 2019).

No que se refere à região Norte, o índice de envelhecimento no ano de 2001 era de 79,4 % e no ano de 2019 o índice de envelhecimento apresenta uma percentagem de 162,7%. Podemos assim, afirmar que a zona Norte apresenta uma maior percentagem de índice de envelhecimento a nível nacional (Pordata, 2019).

É portanto, na zona Norte e no interior do país que se concentram os concelhos com um maior índice de envelhecimento, sendo que o concelho de estudo, que é Vila Real, apresenta, segundo a Pordata, um índice de envelhecimento de 170,7%, ou seja, é uma percentagem superior à percentagem da região Norte na sua globalidade (Pordata, 2019).

**Ilustração 3 - índice de envelhecimento (Rácio - %)**



Segundo a carta social, existem no concelho de Vila Real, 10 equipamentos de Estruturas Residenciais para Idosos, sendo que eles apresentam uma capacidade total de 388 e apenas 359 total de utentes. A existência de vagas nos lares são muitas vezes provocadas pela existência de famílias de acolhimento, ou seja, o idoso é colocado numa família que é paga para cuidar das necessidades básicas dos idosos, a existência de um cuidador na família que fica responsável de cuidar do idoso, ou por fim, a falta de condições monetárias para a entrada num lar, e consequentemente a falta de vagas sociais apoiadas pela segurança social.

**Tabela 1 - Equipamentos e capacidade total, no concelho de Vila Real**

Nome de equipamentos (ERPI)	Capacidade total (ERPI)	Total de utentes (ERPI)
<b>Centro Social Paroquial da Campeã</b>	41	39
<b>Lar Sagrado Coração de Jesus</b>	20	13
<b>Associação Paz e Amizade – Residência Sénior</b>	40	40

<b>Lar e Centro de dia da Imaculada Conceição</b>	58	58
<b>Residência Sénio Dom Rodrigo</b>	17	17
<b>Lar Monsenhor Fernando Miranda</b>	22	22
<b>Centro Comunitário do Centro Social Paroquial S. Tomé do Castelo</b>	36	29
<b>Centro Social Paroquial Santo António</b>	34	34
<b>Lar Nossa Senhora das Dores</b>	80	77
<b>Lar Hotel – Santa Casa da Misericórdia de Vila Real</b>	40	30
<b>10</b>	<b>388</b>	<b>359</b>

Fonte: Dados obtidos através da consulta do site da carta social

O concelho e distrito de Vila Real, apresenta 10 equipamentos com diversas respostas sociais para apoio a idosos, sendo elas estruturas residenciais para idosos, centros de dia e serviço de apoio domiciliário.

Destes dez equipamentos para idosos, apenas dois são equipamentos privados, sendo eles o Lar Hotel da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real, e a Residência Sénior Dom Rodrigo. Todas as restantes são Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).

Podemos verificar que algumas das instituições acima referidas é-nos indicado na carta social que as vagas estão totalmente preenchidas, havendo ainda cinco instituições com vagas por preencher.

## 1.1. O processo de envelhecimento de idosos institucionalizados

### **Aspetos biopsicossociais do envelhecimento**

Segundo Zimerman (2000, p.21), *“envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais do indivíduo, sendo estas naturais e gradativas. Essas transformações são gerais podendo ser verificadas na idade mais precoce ou na idade mais avançada e em maior ou menor grau, consoante as características genéticas de cada indivíduo, principalmente relacionadas com o modo de vida de cada um”*.

Existem alguns fatores que podem retardar ou minimizar os efeitos da passagem do tempo, sendo eles a presença de uma alimentação saudável, a prática de exercício, a exposição moderada ao sol, a estimulação mental, o controlo do stresse, o apoio psicológico e a atitude positiva perante a vida e o envelhecimento.

Dentro das transformações, apresentamos algumas das características mais marcantes do envelhecimento.

Relativamente aos aspetos físicos são apresentadas modificações externas, nomeadamente, as bochechas apresentam rugas, aparecimento de manchas escuras, a produção de células diminui, os olhos ficam mais húmidos, entre outras. Relativamente às modificações internas, temos o exemplo dos ossos começarem a endurecer, os órgãos internos atrofiam-se, reduzindo assim o seu funcionamento, o cérebro perde neurónios, tornando-se menos eficiente, a visão começa a piorar, o olfato e o paladar diminuem, entre outros.

No que diz respeito aos aspetos sociais, à medida que as pessoas vivem mais, a sociedade vai-se transformando, a tecnologia avança, a passos bem largos, os meios de comunicação bombardeiam com factos e dados, o que faz com que o ser humano se tenha que adaptar relativamente a todas estas transformações, o que se torna uma tarefa bem mais difícil para a pessoa idosa. O envelhecimento social, segundo Zimerman (2000), traz uma modificação no status da pessoa idosa e no relacionamento dele com outras pessoas. Algumas dessas transformações, são o exemplo da crise de identidade, pois deixam de ter papéis sociais valorizados socialmente, levando assim os idosos a uma perda da sua autoestima, muito derivada

dessa mudança de papéis, por exemplo, na família, no trabalho, na sociedade, reforma, perdas diversas e diminuição de contactos sociais.

Outro tipo de transformações que a pessoa idosa ultrapassa diz respeito aos aspetos psicológicos, sendo estas a dificuldade de se adaptar a novos papéis, falta de motivação e dificuldade de planear o futuro, necessidade de trabalhar as perdas, alterações psíquicas que exigem tratamento, depressão, paranoia, suicídio e baixas autoimagem e autoestima.

Em suma, será necessário intervir e programar atividades para que seja vivido um envelhecimento ativo, onde seja possível combater alguns dos fatores anteriormente referidos. Para tal, será necessário conhecer bem a população alvo e todos os seus problemas, bem como os seus costumes e interesses.

## **Envelhecimento ativo**

Face aos dados acima referidos, ou seja, ao aumento da população idosa, o envelhecimento é encarado como uma problemática social em que é necessário intervir.

De acordo com, Carvalho (2013), existem vários modelos de envelhecimento, sendo eles, o modelo de envelhecimento saudável, este associado à condição de saúde, numa ótica biomédica e que é considerado positivo, quando o envelhecimento é sem o surgimento de doenças, negativo enquanto envelhecimento patológico, e normal, sendo este considerado a capacidade que os sujeitos têm para prevenir o envelhecimento patológico. O modelo de envelhecimento bem-sucedido considera o normal e o patológico como percurso cruzado. O modelo de envelhecimento produtivo, considera que na relação entre a sociedade e idade as estratégias pessoais e sociais são afetadas pela repartição do tempo social. E por fim, e o mais relevante para este trabalho, o modelo de envelhecimento ativo, que apela para uma convergência dos modelos anteriores, tem em conta o ambiente e outros aspetos abaixo referidos pela Organização Mundial da Saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2002, citado por Ribeiro & Paúl (2018), o conceito de envelhecimento ativo, surge em seguimento do envelhecimento saudável, que, para além da saúde, estende-se também a aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, integrados num modelo multidimensional.

O envelhecimento ativo é considerado numa perspetiva de curso de vida, em que envelhecer não se inicia algures num ponto específico, como seria por exemplo a idade

da reforma (Ribeiro e Paúl, 2018), estando muito em linha com o que foi o percurso anterior dos indivíduos.

Em suma, como afirma Carvalho (2013, p.23), “*o envelhecimento ativo, não é senão o reconhecimento da vantagem dos idosos em se manterem integrados na sociedade, tendo como referência o conceito de qualidade de vida*”. Assim, promover um envelhecimento ativo significa prevenir a doença e melhorar a qualidade de vida na velhice.

Segundo Ribeiro e Paúl (2018), o envelhecimento ativo apresenta assim 4 pilares fundamentais, sendo eles, a saúde, a segurança, a participação social e por fim a aprendizagem ao longo da vida. O primeiro dos pilares em que se sustenta o modelo do envelhecimento ativo remete para a saúde, baseando-se em diagnósticos médicos ou percebida pelo próprio e se institui, desde logo um dos aspetos centrais do envelhecimento. O segundo, a segurança que abrange um largo espectro de questões que lançam um olhar crítico acerca do planeamento urbano e os lugares habitados bem como sobre os espaços privados e o clima social de não-violência das comunidades. Acresce a estes o terceiro pilar sendo ela, a participação social, na comunidade em que se está inserido, marcada pelas relações estabelecidas nos diferentes subsistemas institucionais.

No entanto, estes três pilares nos quais assenta o primeiro modelo de envelhecimento ativo mostram a dimensão e a complexidade do conceito, remetendo para cada um de nós a responsabilidade de os operacionalizar nos nossos contextos comunitários, diferentes dos de outros países e continentes.

Por fim, o quarto pilar diz respeito á aprendizagem ao longo da vida, refere uma linha mais clara da alteração da distribuição das ocupações e papéis ao longo da vida, havendo a preocupação da ocupação do tempo livre pós- reforma.

Nas ERPIs podemos afirmar que os três primeiros pilares são assegurados, o primeiro, que diz respeito á saúde, esse assegurado sempre pela enfermeira e médico da instituição, o segundo, dentro da instituição existe também segurança, o idoso está portanto sobre a vigilância de uma instituição, o terceiro a participação social, marcado por vezes nas atividades de grupo onde cada utente pode participar e até mesmo contribuir com a sua opinião.

Em contrapartida, não existe portanto muita preocupação com o quarto pilar, este referente mais ao papel ativo do utente, nas atividades em que participa, na vida em si no lar, ou seja, o utente por vezes não tem uma voz ativa.

### **Animação e estimulação cognitiva como contributo para um envelhecimento ativo**

Segundo Zimerman (2000, p. 133), *“a maneira mais eficaz de fazer com que a pessoa idosa tenha a qualidade de vida, a aceitação e a inserção na família e na sociedade é a estimulação. Estimular, entre outras coisas, quer dizer exercitar, ativar e animar. Em suma, estimular é sem dúvida criar meios de manter a mente, as emoções, as comunicações e os relacionamentos em atividades. A estimulação é o melhor meio para minimizar os efeitos negativos do envelhecimento e levar as pessoas a viverem em melhores condições”*.

À medida que envelhecemos, vamos sofrendo o desgaste normal da idade. Esse desgaste não é apenas físico, mas também está relacionado com as relações sociais e com a autoestima, que vão assim diminuindo em função do grupo, que fica cada vez mais reduzido causado pelas perdas, falta de estímulo e às limitações físicas e psíquicas. Contudo, o trabalho de estimulação deve compreender estes três aspetos: físico, psicológico e social.

A maioria das pessoas pensa em estimulação apenas como exercícios físicos: caminhadas, corridas, alongamentos entre outros. Pouco se fala em estimular a inteligência, a memória, a capacidade de aprendizagem, os relacionamentos, a autoestima, em suma, os aspetos da esfera socio-emocional.

No trabalho com a pessoa idosa, é bem mais fácil trabalhar com uma pessoa que apenas tenha algum problema físico do que alguém que apresente problemas psicossociais.

É necessário estimular o pensamento dos mais velhos para aspetos positivos, para a alegria, a esperança e a criatividade. Se assim for, depois de estimulado a pessoa ganha mais autoestima, mais participação, começando assim a envolver-se mais nos assuntos que o rodeiam.

Em suma, sabemos que a melhor forma de ter uma velhice saudável é a atividade, seja ela em que área for.

Segundo Lopes (2008), a gerontologia educativa começa a adquirir uma importância crescente no campo das ciências da educação como estratégia de intervenção na prevenção e compensação de situações de deterioração do corpo, provocada pelo avanço da idade. A animação sociocultural na terceira idade funda-se portanto, nos princípios de uma gerontologia educativa, promotora de situações otimizantes e operativas, com vista a auxiliar as pessoas idosas a programar a evolução natural do seu envelhecimento, a promover-lhes novos interesses e novas atividades, que conduzam à manutenção da sua vitalidade física e mental, de perspetivar a Animação do seu tempo, que é, predominantemente, livre (Lopes, 2008).

É o incremento deste tempo demasiado livre, que no contexto da Animação, deve servir para uma valorização pessoal, tendo como desiderato central a autoestima e a participação comprometida com um bem-estar individual e coletivo.

Neste sentido, a Animação Sociocultural na terceira idade, tem vindo a emergir ramos especializados nesta modalidade de ação de que destacamos, animação estimulativa, animação ao domicílio, animação na instituição como lares e centro de dia e animação turística para a terceira idade (Lopes, 2008)

Neste projeto é de salientar a animação na instituição como lares e centro de dia, estas constituem estruturas destinadas a promover, junto da terceira idade um conjunto de atividades e de ações de cariz cultural, recreativo, social, educativo.

Contudo, de acordo com Lopes (2008, p. 332) *“os lares e os centros de dia, tal como funcionam, maioritariamente, em Portugal, parecem interpretar o convencional “merecido descanso” da terceira idade, como este se reduziu a uma situação humana de seres mumificados e acamados. É uma situação perfeitamente desadaptada das necessidades da terceira idade.”* Para inverter esta situação, o autor refere que é necessário promover programas de Animação Sociocultural que respondam, a partir de domínios, social, este não só através de relações interpares mas também com o meio, porque a terceira idade não se pode situar á margem sociedade, cultural, potenciando e estimulando a memória viva dos idosos, utilizando atividades de teatro, dança, criação de cancioneros, partilha de saberes e artesanato, e por fim, educativo, no sentido de estimular a criação e respetiva participação em Universidades Seniores (Lopes, 2008).

O que particularmente interessa nos processos de animação é gerar processos de participação, criando espaços para a comunicação dos grupos e das pessoas, tendo em vista estimular os diferentes coletivos (Trilla, 2004).

No caso da terceira idade, encontramos-nos perante um coletivo com características muito específicas, nomeadamente a idade, aposentação e que, portanto está liberto de um trabalho determinado de forma sistemática, diferentes situações de convivência, situações de saúde geral e condições físicas muito diferentes. Por todas estas características tão distintas é necessário que os programas de animação sociocultural devam ser muito diferentes e adaptados às situações de grupo (Trilla, 2004).

Existem, portanto, diversas razões que justificam esta não preferência pelos lares de idosos. Em primeiro lugar, fatores simbólicos, que diz respeito á imagem dos lares públicos ou de beneficência/religiosos, por vezes assimilados aos antigos asilos, os fatores imediatos e afetivos, ou seja, a rutura com a vida passada, perda de referentes, a sensação de desenraizamento social, e por fim, os fatores materiais, rigidez do estilo de vida, preços dos lares.

Contudo, os lares têm de ser um recurso integral dentro do conjunto dos serviços sociais de que as pessoas idosas devem dispor.

Segundo este autor Trilla (2004), entre os diversos objetivos que institucionalmente o Ministério dos Assuntos Sociais se propõe (1995), destacam-se aqueles que têm uma vertente mais socioeducativa, nomeadamente desenvolver programas de animação sociocultural dirigidos e supervisionados por profissionais especializados, impulsionar os contactos pessoais das pessoas idosas com o exterior do lar, o exercício dos conhecimentos e experiências dos residentes, favorecer a criatividade e a expressão corporal, mediante sessões e programas de exercício físico.

Em suma, trata-se de fazer do lar um processo global de animação sociocultural gerador de convivência, participação e desfrute do ócio e da cultura.

## **Institucionalização**

O processo de transição para uma instituição é sempre um processo de grande rutura, seja do espaço físico e dos bens que neles existem, quer das redes de socialização dos familiares ou dos vizinhos a que os idosos estão integrados na comunidade local.

De acordo com Sousa (2013, p.243), *“a entrada na instituição implica um acrescentar de perdas àquelas que já se sofreram, implica a passagem de uma vida, repleta de afazeres, para uma atmosfera onde a autonomia é bem mais limitada, implica*

*a troca de uma vida amplamente arraigada na comunidade para uma onde a solidão é bem mais presente, em suma, a passagem de um cotidiano largamente apropriado, para outro profundamente desvinculado social e culturalmente”.*

Segundo Goffman (1961), todas as instituições têm tendências de “fechamento”. Quando falamos das diferentes instituições da sociedade ocidental, verificamos que algumas são mais “fechadas” do que outras. Sendo que o seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e proibições à saída que muitas vezes estão incluídas nos esquemas físicos.

Quando falamos de institucionalização, significa a entrada para um local novo, podendo esta variar entre temporária ou definitiva. Contudo, a entrada para um lar significa, a saída do seu local de conforto, sendo assim quebrada a rede social, e a rede de vizinhança.

De acordo com Goffman (1961),

*“As instituições totais da nossa sociedade podem ser enumeradas em cinco agrupamentos, em primeira instância existem instituições criadas para cuidar de pessoas que são incapazes e inofensivas, nomeadamente, casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes. Em segunda instância existem locais para cuidar de pessoas incapazes de cuidar de si mesma e que são também uma ameaça para a comunidade embora de maneira não intencional, como é o exemplo dos sanatórios para os tuberculosos, hospitais para os doentes mentais e leprosários. Um terceiro tipo de instituição total é organizado para proteger a comunidade contra perigos intencionais, e o bem-estar das pessoas assim isoladas não constitui o perigo imediato como é o exemplo das cadeias, penitenciárias e campos de prisioneiros de guerra. O quarto tipo são instituições criadas com a intenção de realizar de modo mais adequado alguma tarefa de trabalho e que justificas apenas através de tais fundamentos instrumentais, como o exemplo de, quartéis, navios, escolas internas e grandes mansões”.*

Por fim, existem estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo, embora muitas vezes sirvam também como locais de instrução para os religiosos.

Neste sentido, segundo Guedes (2012), é necessário avaliar até que ponto a instituição “lar” pode ser um exemplo mais ou menos próximo do modelo teórico de “instituição totalitária”, concebido para analisar os estabelecimentos especializados na guarda de pessoas, trata-se aqui, de substituir os problemas psicológicos individuais por

um enfoque centrado nos efeitos específicos da instituição sobre a identidade pessoal e social dos internados.

Em suma, de acordo com Goffman (1961), o aspeto central das instituições totais pode ser descrito com a rutura das barreiras que comumente separam três esferas da vida. Sendo em primeiro lugar todos os aspetos da vida realizados no mesmo local e sob uma única autoridade, em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma maneira e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto, em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente definidas em horários, por fim, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição.

A entrada num lar pressupõe um vasto conjunto de alterações na vida do indivíduo, nomeadamente o abandono da sua residência, bem como os hábitos de vida tão enraizados ao longo de décadas de existência.

De mesmo modo, Goffman (1961), citado por, Guedes (2012), caracteriza três fases essenciais que caracterizam esse conceito de carreira e que este utiliza por correlação à carreira moral do doente mental que é internado num hospital psiquiátrico: fase de pré-paciente, a fase de internamento e a fase de ex-doente.

Assim, Guedes (2012) ao adaptar o pensamento do autor anteriormente referido em relação a vida no lar, estas corresponderão, à admissão no lar, ao período correspondente à vida em lar e ao momento da saída do lar. Sendo que no que se refere à situação da saída, esta por vezes não ocorre, nem na sequência de falta de adaptação do utente, nem na sequência da vontade de regressar ao seu contexto familiar e habitacional. Por regra, o utente permanece no lar até à sua morte.

Segundo Guedes (2012), sejam quais forem os motivos específicos de cada indivíduo, a transição para o lar vai implicar uma rutura total com o quadro de vida anterior, já caracterizado por perdas de entre queridos, ruturas com redes de socialização várias, como a família, os amigos, colegas de trabalho.

É certo que o momento de transição para o lar poderá representar um período de continuidade ao nível das perdas enunciadas. Mas poderá também significar, uma fase de descoberta, de conquista e desenvolvimento, por vezes esta, é definida através da forma de entrada no lar, ou seja, se o idoso entra no lar de forma voluntária ou involuntária.

No entanto, é de salientar que existem várias razões que fazem com que os idosos não queiram ir para o lar, em primeiro lugar, os fatores simbólicos, os fatores imediatos e afetivos.

Muitos destes fatores são o abandono de muitos objetos que os idosos possuem em suas casas e não podem levar para o lar, alguns possuem animais de estimação e por vezes são obrigados a abandoná-los pelo facto de o lar não aceitar animais de estimação. O facto de ir para um lar fora do concelho, faz com que perca os contactos com a vizinhança e com os membros da família.

Neste sentido, e com o seguimento da afirmação do autor Jacob (2007), a animação de idosos é necessária nas respostas sociais onde os idosos estão institucionalizados.

Para que esta perda não seja tão intensa nem tão sofrida, existem, portanto, alguns instrumentos que pretendem dar ânimo dentro do lar, esse é o exemplo da animação sociocultural, onde são realizadas atividades pelas animadoras dos lares, procurando manter vivos alguns saberes e interesses dos idosos, contribuindo assim para uma melhor aceitação da entrada no lar.

Contudo, podemos afirmar que a animação sociocultural é um instrumento fundamental nos lares de idosos.

No seguimento da ideia do autor anteriormente referido, será, portanto, necessário esclarecer o conceito de animação sociocultural, bem como as suas funções.

## **A entrada para o lar**

Como é referido, por vários autores, na nossa sociedade estão a verificar-se uma série de mudanças sociais importantes, como o exemplo, as maiores expectativas de vida, a situação da família nuclear e, sobretudo, o distanciamento de gerações, que estão a obrigar a alterações importantes no acompanhamento e no cuidado das pessoas idosas. Muitas delas, de forma voluntária ou por falta de alternativa, veem-se obrigadas a mudar de espaço vital e a adotar novas formas de vida e rotinas. Várias confrontam-se com a necessidade de entrada num lar.

No entanto, com todas as mudanças referidas anteriormente, os idosos por vezes ficam sozinhos nas suas casas. Já quando surgem maiores limitações físicas e cognitivas, existe a necessidade de procurar uma resposta social.

Jacob (2007) afirma que com o envelhecimento progressivo da população, a sociedade civil e o Estado têm vindo a organizar-se e a criar condições para acolher um elevado número de idosos.

Devido ao fator anteriormente referido, é que existe uma emergência de respostas sociais institucionalizadas que, segundo Jacob (2007), é o local privilegiado para a animação de idosos.

Existem vários serviços de apoio às pessoas mais idosas, como é o caso dos lares/residências, considerado um serviço prestado de forma permanente, o centro de convívio/dia considerado um serviço a tempo parcial e o serviço de apoio ao domicílio que consiste no cuidado ao domicílio através da prestação de serviços diversificados (alimentação, higiene, saúde, tratamento de roupas). Neste trabalho torna-se mais oportuno referenciar o lar, pois será esta a resposta de estudo. Nas últimas décadas tem havido um aumento de lares e residências privados, muitos deles a funcionar com condições muito mínimas que não são dignas para os seus clientes (Martins, 2013). Este tipo de respostas não respeitam a dignidade da pessoa idosa e não seguem os objetivos orientadores da ação destas organizações, definidos pela tutela.

Segundo o site da Segurança Social, os lares são caracterizados como uma resposta social destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos. Estes apresentam objetivos próprios, nomeadamente proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, através de atividades do gosto de cada utentes, criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar, ou seja, manter os laços familiares dentro da instituição, promover atividades com a família e amigos, e por fim, potenciar a integração social, podendo assim continuar a contactar com o exterior, promover saídas a locais conhecidos dos utentes.

No que se refere aos lares, estes procuram principalmente as necessidades mais básicas, nomeadamente a higiene, a refeição, tratamento de roupas e consultas médicas e distribuição de medicação.

Segundo Guedes (2012), a vivência quotidiana dos idosos no lar pode ser decisiva para a sua adaptação positiva e para o envelhecimento bem ou mal sucedido.

Fonseca 2005, citado por Guedes (2012, p. 141), *“desenvolve uma reflexão bastante pertinente, reportando-se a uma diversidade de definições que estão na base de múltiplas construções elaboradas. Procurando ultrapassar uma visão de envelhecimento centrada na doença, declínio e incapacidade, faz referência a Rowe e Kahn (1998) que lançam precisamente a questão sobre o que significa envelhecer com sucesso e o que é que cada um pode fazer para lidar de forma bem-sucedida com esta fase da existência”*. Estes autores apresentam diversos fatores que permitem que os indivíduos continuem a funcionar de forma eficaz, tanto física como mentalmente.

Em contrapartida existe um fraco investimento na estimulação para um envelhecimento ativo. No que se refere às atividades realizadas nos lares, muitas destas são apenas destinadas aos idosos mais independentes, podendo ser implicado pela falta de profissionais, ou até mesmo muita dependência dos idosos. Outras das falhas apresentadas por muitos dos lares é a falta de uma avaliação gerontológica multidimensional, esta definida como um processo que compreende a avaliação de problemas de saúde, funcionais, psicossociais e do meio envolvente (Rodrigues, 2007) citado por (Pereira, 2016). No lar em causa apenas é aplicada a escala de Barthel, sendo esta apenas aplicada pela diretora técnica.

Contudo a principal aposta no meu projeto é a criação de um plano de atividades para os idosos mais dependentes.

## **Animação Sociocultural**

Na animação existem vários campos, sendo o primeiro os destinatários, sendo que o programa de animação está aberto a todos, independentemente da fase do ciclo de vida em que se encontram, começando pela infância até à terceira idade.

A Animação sociocultural, surge como forma de resolver problemas reais.

Animação sociocultural procura superar e vencer atitudes de apatia e fatalismo em relação com o esforço por aprender durante toda a vida (Ander Egg, 2000).

Martins (2013) defende que a animação sociocultural, como qualquer outro fenómeno, aparece com uma justificação, assim sendo, a animação nasce para dar solução a problemas reais.

A animação pretende assim estimular as pessoas que sentem necessidade de uma qualidade de vida e de momentos intrínsecos de satisfação ou bem-estar (Martins, 2013).

Também para Trilla, *“uma das funções chave da Animação Sociocultural consiste no facto de as pessoas e os coletivos se transformarem em agentes e protagonistas do seu próprio desenvolvimento”* (Trilla, 2004, p. 255).

Quando nos referimos à animação na terceira idade, esta deve transformar os grupos em questão, fazendo com que os mesmos se desenvolvam a si próprios, através até mesmo da partilha de saberes ou de conhecimentos que cada utente tenha adquirido.

Segundo Martins (2013), os idosos encontram-se numa fase da vida em que se sentem menos úteis à comunidade e a função do animador passa por animá-los, gerando-lhes projetos e novos objetivos de vida, através das tarefas ou ocupações que lhes deem prazer, que os façam sentir-se capazes e com mais vontade de chegar ao dia seguinte.

Num primeiro momento o animador deve conhecer as capacidades dos utentes em questão, sendo elas físicas ou psicológicas e os interesses dos utentes para a realização das atividades.

O animador deve também estar preparado para muitas das recusas que possam surgir na implementação das atividades, pelo facto de os utentes sentirem receio dessas mesmas atividades, ou até mesmo por estas serem desconhecidas para eles.

O animador pode através de atividades motivar os idosos, contribuindo assim para um bem-estar físico e psicológico, e prevenindo algumas doenças.

No seguimento da animação sociocultural na terceira idade, é necessário perceber a animação em contexto institucional, bem como a sua importância em contexto de lar.

Segundo Ander Egg (2000), existem quatro técnicas principais da animação sociocultural que devem ser utilizadas de maneira exclusiva ou combinada sendo elas, técnicas grupais, técnicas de informação-comunicação, técnicas ou procedimentos para a realização de atividades artísticas e por fim, técnicas ou procedimentos para a realização de atividades lúdicas.

No que diz respeito às atividades grupais, para o trabalho de animação são bastante importantes sendo assim divididas em quatro grandes grupos, as técnicas de iniciação que tem como finalidade gerar condições que introduzam ao grupo e aos seus membros na iniciação da vida grupal mediante o conhecimento mutuo, e as técnicas de coesão, estas propiciam a coesão do grupo nas suas diferentes etapas de desenrolo, reforça, e mantem as suas forças integradas.

As técnicas de informação/comunicação estas podem classificar-se em três grandes grupos, sendo o primeiro técnicas de comunicação oral, sendo este discurso ou conferência, o segundo exposições sendo este um procedimento visual utilizado para transmitir mensagens a um grupo de pessoas, exibindo produtos culturais, problema ou situação. Por fim, técnicas de comunicação social onde a informação é dada em forma gráfica ou através de texto escrito.

As técnicas para a realização de espetáculos artísticos, seguindo o esquema metodológico clássico, vamos distinguir três momentos de realização e organização dos espetáculos, primeiro os requisitos iniciais para a organização de uma atividade artística, tendo em conta os problemas da vida real que afetam os destinatários do espetáculo, precisar os objetos da atividade, e por fim material técnico para o espetáculo. Seguindo da realização do guião de organização do trabalho e por fim a montagem de um espetáculo artístico.

Por fim, as técnicas de procedimento para realizar as atividades lúdicas existindo dentro destas três técnicas sendo elas as formativas que tem o sentido de buscar o desenrolar da pessoa, as participativas que possibilitam a iniciativa e a atividade pessoal e grupal e por fim, as festivas que por seu modo de realização procuram a alegria e felicidade de quem as praticam (Ander Egg, 2000).

## **A animação para idosos em contexto institucional**

A animação é considerada mais relevante, quando se trata de animar idosos que estão institucionalizados, pois são idosos, por vezes, com muitas perdas no passado e com alguma desmotivação para a vida futura.

Segundo Jacob (2007), o trabalho de animação é muito mais relevante quando se trata de animar idosos em equipamentos sociais, seja em lares, centros de dia ou centros de convívio. O animador deve num primeiro momento incentivar os idosos fazendo com que estes não se autoexcluem de viver, devido às suas ideias “de que já não servem para nada, portanto esperam a morte”.

Segundo Martins (2013), as estratégias passam por em primeiro lugar conhecer as pessoas idosas da instituição, propor atividades adaptadas às exigências dos idosos, o

animador ser aceite pelos idosos, estabelecer um clima de confiança e amizade, eliminar os medos dos idosos.

A mudança que será, provavelmente, a última habitação, provoca nos idosos uma mistura de emoções e, na maior parte dos casos, uma censura profunda, com o estilo de vida que conhecido. A identidade é profundamente abalada, a autonomia e o ritmo de vida por vezes modificados e a relação com o tempo amplamente transformada (Sousa, 2013).

Para muitos idosos, *“a vida na instituição é uma luta constante pela (re) definição da sua identidade pela demarcação do seu novo papel social. É também uma luta contra o vazio cultural, social e pessoal, contra a morte que acontece em vida – a morte social. Inelutavelmente, todas estas alterações causam inúmeros sofrimentos ao idoso podendo levar à sua alienação”* (Sousa, p. 243, 2013).

Os tempos que outrora eram subcarregados pelos afazeres da vida, transforma-se agora em tempos vazios, os idosos agora vêm agora o seu tempo a correr devagar e deserto.

Para que este tempo não seja um “tempo vazio”, o idoso institucionalizado (re) encontra-se e (re) descobre-se na nova relação com o seu tempo. *“Ser-no-mundo é ser-no-tempo, o que implica no idoso institucionalizado uma (re) estruturação da sua temporalidade e da relação com a finitude; a vivência de uma temporalidade autêntica, o que implica a criação de uma relação vital com a finitude e as perdas”* (Sousa, p. 243, 2013).

É aqui que o papel da Animação se salienta na quotidianidade das instituições residenciais para os idosos. Transformar os tempos livres e desvalorizados em tempos úteis.

De acordo com Sousa, a animação é uma metodologia social que dá vida aos anos, através de uma abordagem teórica rigorosa e de uma práxis comprometida, pode transformar o tempo livre e cáustico dos idosos institucionalizados, em tempos de ócio positivo e de valorização pessoal (Sousa, 2013).

O valor desta transformação, através das práticas de Animação, não reside nas atividades que são propostas, nem na quantidade de experiências que são vividas, mas sim, no significado que estas vivências assumem para cada idoso.

Assim, a animação constrói novas visões estratégicas de intervenção, assentando na articulação de diferentes saberes, edifica estratégias pessoais e significativas de superação das perdas sofridas, que tem como eixo estrutural os gostos e competências dos

idosos, mas mais do que isso, cria uma pedagogia específica de (re) apropriação e (re) elaboração do tempo e da finitude (Sousa, 2013).

O animador trabalha junto com os idosos no sentido de transformar esta nova realidade numa fase de liberdade e de autodescoberta.

Em suma, as pessoas de idade maior que vivem em estruturas residenciais devem ter a oportunidade de (re) elaborar os seus tempos. Neste campo a Animação possuiu um especial papel ao transformar os tempos livres em tempos de ócio.

Em seguimento da animação em contexto de lar, é de extrema importância realçar que uma das grandes apostas da animação sociocultural é a educação intergeracional.

## **A intergeracionalidade**

O tema da intergeracionalidade aparece devido ao afastamento das várias gerações provocado pelas alterações das dinâmicas familiares, da mobilidade das pessoas na sociedade atual.

Segundo Martins (2018, p.69), *“a intergeracionalidade pretende aproximar as gerações entre si e gerar ações entre elas, fazendo frente às alterações nas dinâmicas familiares, comunitárias, de convivência e relações”*.

Os benefícios geracionais são grandes, em termos de trocas de experiências e de aprendizagem, na promoção da convivência, troca de experiências e saberes e na criação de redes sociais. Para os mais velhos existem proveitos como a melhoria dos aspetos cognitivos, a redução do isolamento social e comunitário e a eliminação dos estereótipos à volta da etapa da vida que é a velhice.

Segundo Viveiros (2018), o paradigma educativo da intergeracionalidade assenta na partilha de saberes, de valores sociais e da cultura comunitária.

Portanto, a educação intergeracional *“suprime obstáculos que separam as gerações, sendo a base do diálogo construtivo para resolver conflitos, para favorecer a solidariedade, a coesão social, o entendimento mútuo e a harmonia”* (Martins, 2018, p.73).

A intergeracionalidade pode, efetivamente, construir uma estratégia de combate ao idadismo, esta permite apostar na transformação de representações que os indivíduos

têm acerca dos vários grupos de idade e mudança de práticas ao nível das interações quotidianas.

Deste modo, o paradigma educativo da intergeracionalidade assenta na partilha de saberes, de valores sociais, da cultura comunitária e solidariedade intergeracional como princípios de realização num contexto mais global (Viveiros, 2018).

Assim sendo, *“o animador sociocultural gerontológico é um mediador intergeracional porque põe as diferentes gerações em relação de igualdade e de descoberta através do diálogo participativo. Este agente deverá portanto, desenvolver estratégias que potenciem a autoestima, a autonomia, a consciencialização, os valores sociais e humanos e o encontro e solidariedade intergeracionais”* (Viveiros, 2018, p. 118).

## CAPÍTULO 2- METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO: A ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO SOCIAL

A investigação-ação, segundo Guerra (2002), em qualquer contexto de intervenção, inclui necessariamente uma dinâmica de investigação ação, na medida em que apenas este tipo de processo, ao insistir nos processos de conhecimento do “sistema de ação concreto”, impede a rotinização e a repetição de “receitas” de ação “importadas” de outros contextos. Neste projeto de intervenção não aplicámos uma receita de ação, procurámos antes alicerçar o plano de intervenção que elaborámos e aplicámos num diagnóstico social da resposta ERPI e numa avaliação diagnóstica multidimensional dos idosos nela residentes. No diagnóstico procurámos conhecer os problemas e as suas causalidades, mas também as potencialidades de que podemos partir para a intervenção.

As metodologias de investigação-ação permitem, em simultâneo, a produção de conhecimentos sobre a realidade, a inovação no sentido da singularidade de cada caso, a produção de mudanças sociais e, ainda, a formação de competências dos intervenientes.

A investigação apresenta então três dimensões, a ação, que tem como objetivo atingir a mudança social num contexto concreto, a investigação, centrada na procura de dinâmicas atuais e nas intencionalidades dos atores, e também a formação, que é inerente ao próprio processo de conhecimento e ação, mobilizando as capacidades cognitivas e relacionais dos atores em função de objetivos específicos (Guerra, 2002).

No que se refere a ação, neste projeto, procurámos atingir a mudança do plano de atividades deste lar, aplicando primeiramente diversas escalas, para assim ter uma avaliação gerontológica multidimensional, procurando através da investigação perceber as dinâmicas atuais presentes no quotidiano da resposta social e contribuir para a criação de novas dinâmicas que sejam capazes de dar um contributo para o bem-estar dos indivíduos.

Existem várias definições de investigação-ação que evidenciam que a investigação não constitui tanto uma técnica de recolha de informação quanto uma nova aproximação da investigação, sendo uma modalidade que torna o ator investigador, e vice-versa, e que conduz a ação para considerações de investigação.

Guerra (2002) afirma que as principais características que tradicionalmente se atribuem à investigação- ação são: é um processo continuado e não pontual, influenciando todo o percurso de investigação; implica que os grupos “objetos” do conhecimento se constituam como “sujeitos” do conhecimento; o seu ponto de partida não é uma teoria e um quadro de hipóteses, mas uma situação, um problema, uma prática real e concreta, sendo que o objetivo não é fundamentalmente o aumento do conhecimento sobre a realidade, mas a resolução de problemas, o investigador não é um mero observador, mas um apoiante dos sujeitos implicados na ação.

Dentro da investigação- ação existem modalidades que se têm vindo a configurar com mais rigor de contorno, sendo elas a investigação-para-a-ação e a investigação-na/pela- ação (Silva & Pinto, 1986).

No ponto de vista dos procedimentos metodológicos e técnicos utilizados, esta modalidade de investigação-para-a-ação, não se afasta da investigação tradicionalmente codificada pelos textos de metodologia. O que a distingue é a circunstância de ser desencadeada por alguém que tem necessidade de informações de uma situação a fim de agir sobre ela e dar-lhe uma solução.

A investigação-na-ação também denominada de “investigação-ação participativa” e “experimentação social”, uma das suas principais características é o seu carácter complexo, sendo que outra é o facto de por sua natureza ser um processo coletivo.

Segundo Guerra (2002), o seu ponto de partida não é uma teoria e um quadro de hipóteses, mas uma situação, um problema, uma prática real concreta.

No meu trabalho foi utilizada a metodologia de projeto para a aplicação afetiva da metodologia de investigação-ação, que é considerada uma metodologia participativa de projeto e que pretende ser um modo de planeamento adequado às ciências sociais, porque inclui as preocupações e os pressupostos de uma socioologia de ação. Esta metodologia apresenta uma maior compreensão da realidade e uma maior eficácia dos meios e das técnicas de intervenção.

A metodologia participativa de projeto tem sido utilizada, sobretudo, ao nível do trabalho técnico de intervenção social, pretendendo ser uma forma mais científica e racional de organizar as ações e, por consequência, os recursos disponíveis (Guerra, 2002).

A metodologia de projeto apresenta várias fases: a fase do diagnóstico, fase da planificação, fase de execução e fase de avaliação.

Segundo Guerra (2002), o diagnóstico refere-se a um conhecimento alargado do meio social, nomeadamente das questões que se referem à intervenção, e tem uma dimensão mais alargada do que a identificação do problema.

A fase do diagnóstico é dividida em três sub-fases, sendo que numa primeira é a fase do pré-diagnóstico, onde existe o levantamento dos dados já existentes, depois, uma fase de diagnóstico, que se trata da recolha de informação original, com recursos a instrumentos de recolha de informação, e por fim, a fase de hierarquização dos problemas.

Em suma, o diagnóstico tem como principal objetivo conhecer para agir. O diagnóstico social pretende identificar necessidades, problemas e situações ávidas de resolução, estabelecer um prognóstico da situação a resolver a curto ou a médio prazo, identificar um quadro de recurso e meios para a ação e construir um conjunto de prioridades no quadro dos problemas (Fialho, Silva, & Saragoça, 2017).

A fase da planificação engloba a realização do plano de atividades que descreve de forma detalhada e sistemática, o que se pretende fazer. Estas atividades decorrem da relação entre os objetivos, meios e estratégias, pretendendo a concretização dos objetivos já definidos.

A organização de um plano de atividades deve situar-se em torno das seguintes questões, Porque é que isto deve ser feito? (relação com os objetivos), O que deve ser feito? (atividades e tarefas, pessoal e distribuição das responsabilidades e recursos

necessários), Onde deve ser feito?, Quando deve ser feito? Como deve ser feito? (meios e métodos) (Guerra, 2002).

As principais componentes de um plano de atividades propriamente dito são: a identificação do programa, a definição da atividade, a definição de tarefas que decorrem dessa ação, definição dos responsáveis pela concretização dessas ações e tarefas, identificação dos recursos necessários e por fim a realização do calendário.

Em suma, podemos afirmar que o plano de ação não contém apenas atividades e tarefas, mas também o plano de atividades propriamente dito, o plano de avaliação e o plano de pesquisa-ação, ou seja, o plano de aprofundamento permanente do diagnóstico.

A fase de execução será, portanto, a realização do que está definido na planificação, no caso do meu projeto será portanto a realização de atividades de animação sociocultural. No campo da animação sociocultural podem realizar-se várias atividades que podem classificar-se em cinco grandes categorias: atividades de formação, atividades de difusão, atividades artísticas, atividades lúdicas e atividades sociais (Serrano, 2008). No que diz respeito ao meu projeto, em primeira instância, e após a análise dos dados obtidos pela aplicação das escalas que permitiram a avaliação diagnóstica, será a realização de um plano de atividades, procurando dar respostas as necessidades específicas de cada utente dependente.

Os utentes serão portanto distribuídos em grupos, com o mesmo nível de classificação no teste cognitivo. Com vista a estabelecer melhores relações humanas, as técnicas de intervenção a mobilizar serão as dinâmicas de grupos e pretende-se construir a relação de ajuda com cada um dos idosos que integram os diversos grupos. As atividades passaram por atividades de expressão plástica, estimulação cognitiva, estimulação sensorial, musicoterapia e cinema.

Por fim, a fase de avaliação é considerada uma componente do processo de planeamento. O plano de avaliação deve ser estruturado em função do desenho do projeto e é acompanhado por mecanismos de autocontrolo que permitem, de forma rigorosa, ir conhecendo os resultados e os efeitos da intervenção e corrigir as trajetórias caso estas sejam indesejáveis.

Na fase da avaliação deve explicar-se cada elemento nomeadamente: as áreas problemáticas, os intervenientes, a temporalidade, o âmbito de incidência, destinatários,

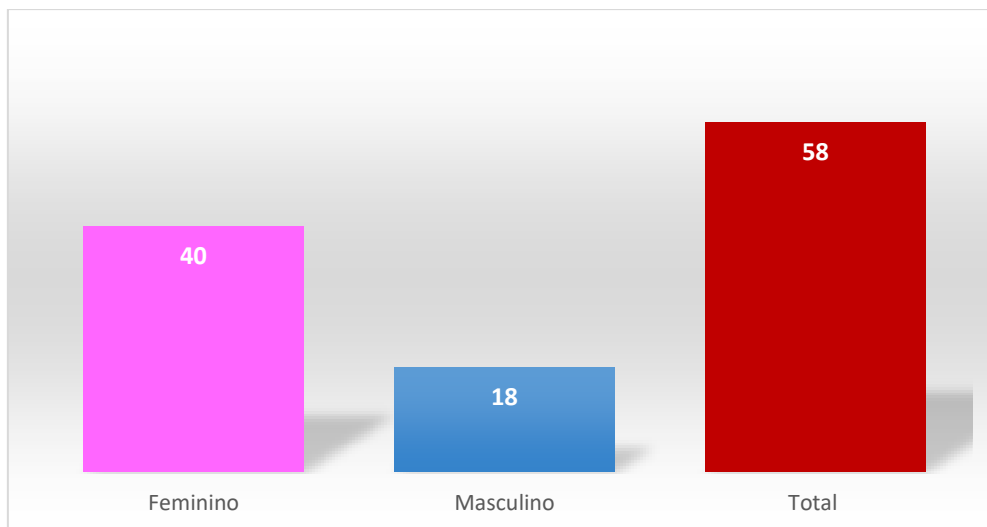
metodologia de avaliação e produtos. Esta será analisada através de critérios que iremos definir e também dos comentários dos utentes na realização das atividades, que nos permitem aferir o seu grau de satisfação ao realiza-las.

## CAPÍTULO 3 – DIAGNÓSTICO PSICOSSOCIAL DOS IDOSOS

### 3.1. Caracterização sociodemográfica

O estágio no Lar imaculada Conceição iniciou com uma pesquisa documental, com a presença da animadora do lar, que acompanhou a consulta dos planos individuais. Devido à proteção de dados, só era possível fazer a consulta com a sua presença. Foi também realizada durante todo o estágio uma observação participante de todas as atividades e rotinas quotidianas realizadas no lar.

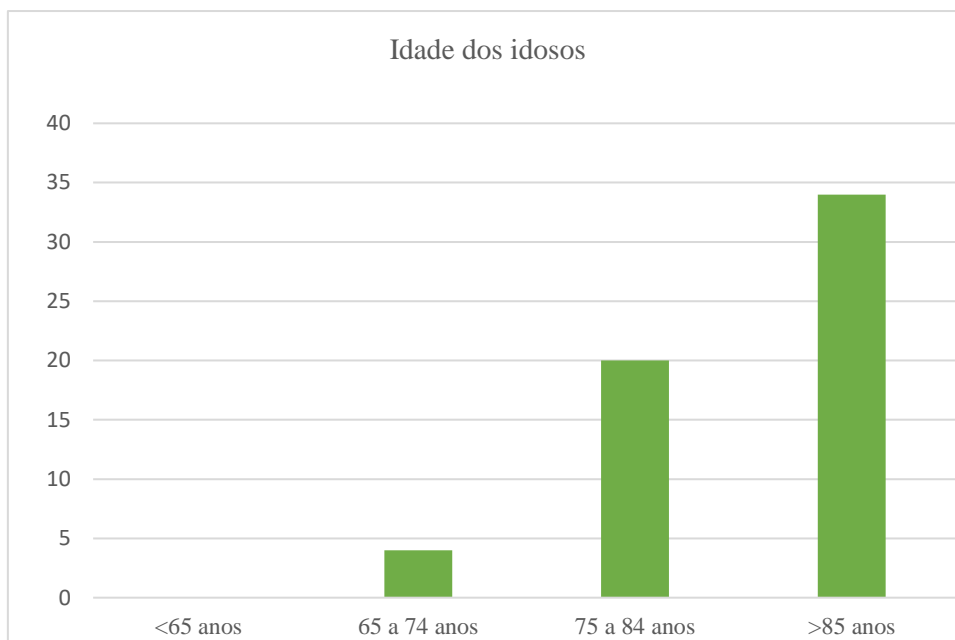
*Gráfico 1 – Distribuição de acordo com o sexo*



**Fonte: Informações recolhidas através da Análise Documental – Lista de utentes**

Como podemos observar no gráfico, nesta resposta social existem, ao todo, 40 mulheres e 18 homens. Deste modo, é conhecida uma assimetria na distribuição dos indivíduos no que se refere ao sexo, uma vez que estamos perante uma predominância dos elementos do sexo feminino, o que revela a mesma tendência verificada a nível nacional de feminização do fenómeno do envelhecimento demográfico.

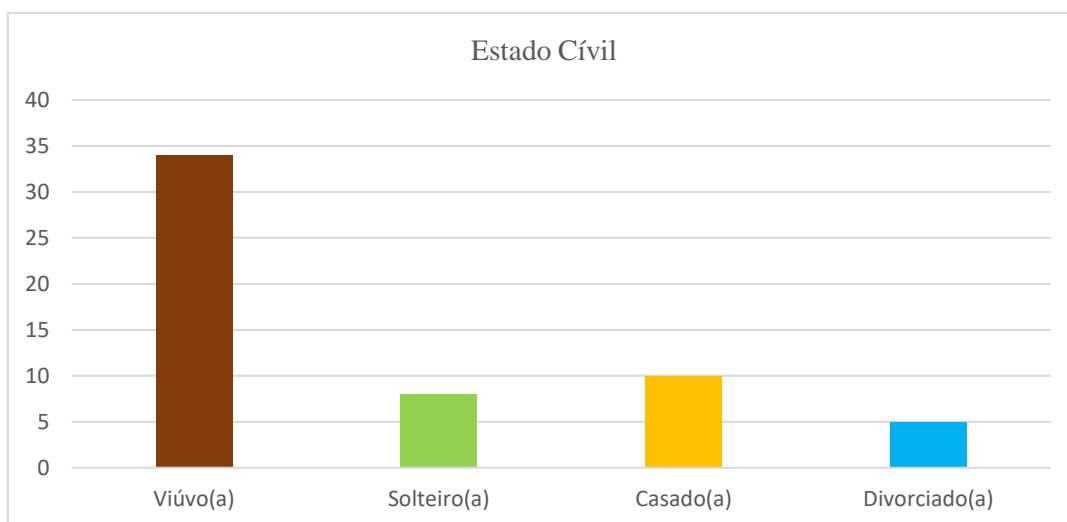
**Gráfico 2 – Distribuição de acordo com a Idade dos Idosos de ERPI**



**Fonte: Informações recolhidas através da Análise Documental – PI**

No que diz respeito à idade dos idosos, estas variam, apresentando diferentes intervalos de idades. Contudo, o maior número de utentes apresenta idade superior a 85 anos com 34 utentes, de seguida dos 75 a 84 anos com 20 utentes, por fim de 65 a 74 anos com apenas 4 utentes. Podemos dizer também que estes dados estão em linha com o que se verifica a nível nacional na tendência das ERPIs acolherem entre os idosos aqueles que são mais velhos.

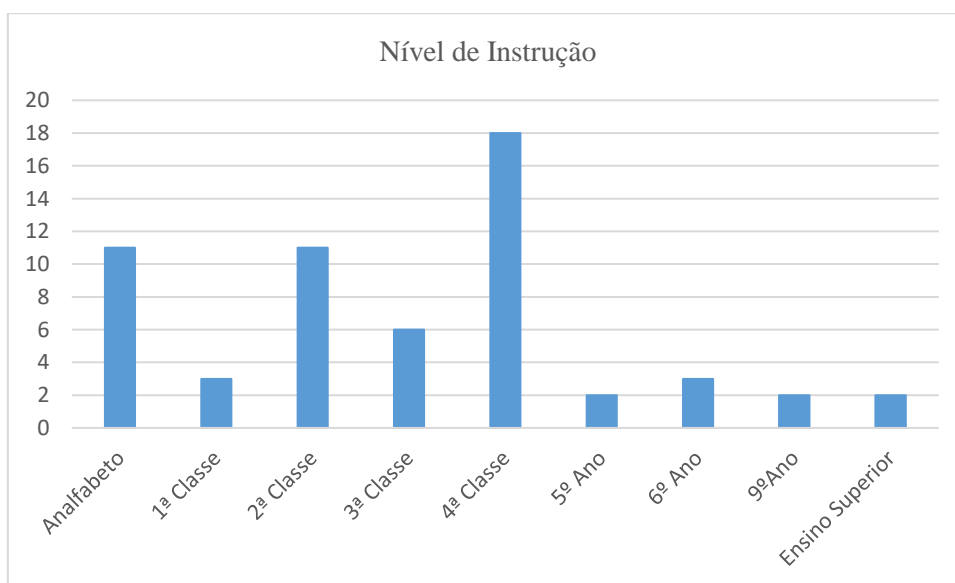
**Gráfico 3: Distribuição de acordo com o estado civil**



**Fonte: Informações recolhidas através da análise documental: PI**

No gráfico 3 podemos observar que a maioria dos idosos residentes no lar são viúvos, seguindo-se dos casados, dos solteiros e por fim, há a registar apenas cinco divorciados. Assim sendo, através desta informação podemos referir que um dos grandes motivos da entrada para o lar, diz respeito ao falecimento do cônjuge, e que, em muitas das situações, esse era a única pessoa com a qual o idoso habitava. Pode dizer-se que as ERPIs procuram responder ao isolamento social e ao sentimento de solidão experimentado pelos idosos.

**Gráfico 4: Distribuição de acordo com o nível de instrução**



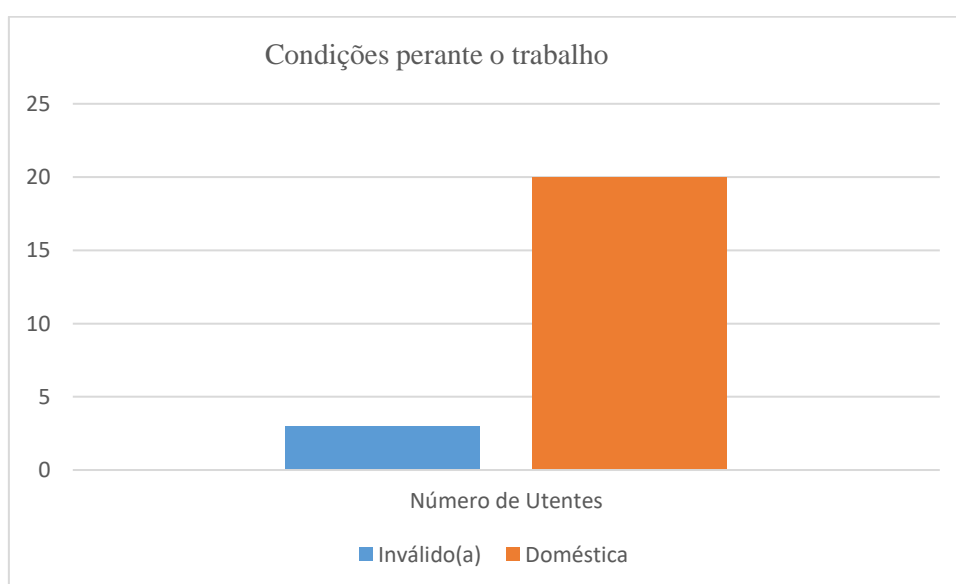
**Fonte: Informações recolhidas através da análise documental: PI**

Para melhor compreendermos a população idosa institucionalizada de forma a ancorar o nosso projeto de intervenção, consideramos pertinente investigar o grau de escolaridade dos idosos objeto do presente diagnóstico. Da análise em causa, verificamos a predominância do abandono precoce do ensino e até a ausência do mesmo que remete 11 dos idosos para uma situação de analfabetismo.

O lar encontra-se situado na zona Norte, em Trás-os-Montes e Alto Douro, sendo assim o nível de instrução muito influenciado pela atividade económica predominante que levou a que cedo na vida destes idosos eles tivessem que trocar os bancos da escola pelo trabalho no campo, pois a maioria dos utentes viviam em aldeias nos arredores de Vila Real. Além dos utentes que são analfabetos, grande parte dos restantes (18) terminaram maioritariamente a 4ª classe. E se 11 dos utentes, como já referimos, são analfabetos, outros 11 apresentam a 2ª classe, sendo muito raros os que detêm o nível secundário e o ensino superior, com apenas 2 utentes cada.

Posto isto, frequentar a escola não era de todo uma prioridade de vida destes indivíduos e das suas famílias. Estas eram muito numerosas e trabalhavam no campo para seu autossustento, daí o elevado nível de analfabetismo e de níveis de instrução baixos.

**Gráfico 5:** *Distribuição de acordo com as condições perante o trabalho dos que não exerceram atividade profissional formalmente declarada*



**Fonte:** Informações recolhidas através da análise documental: PI

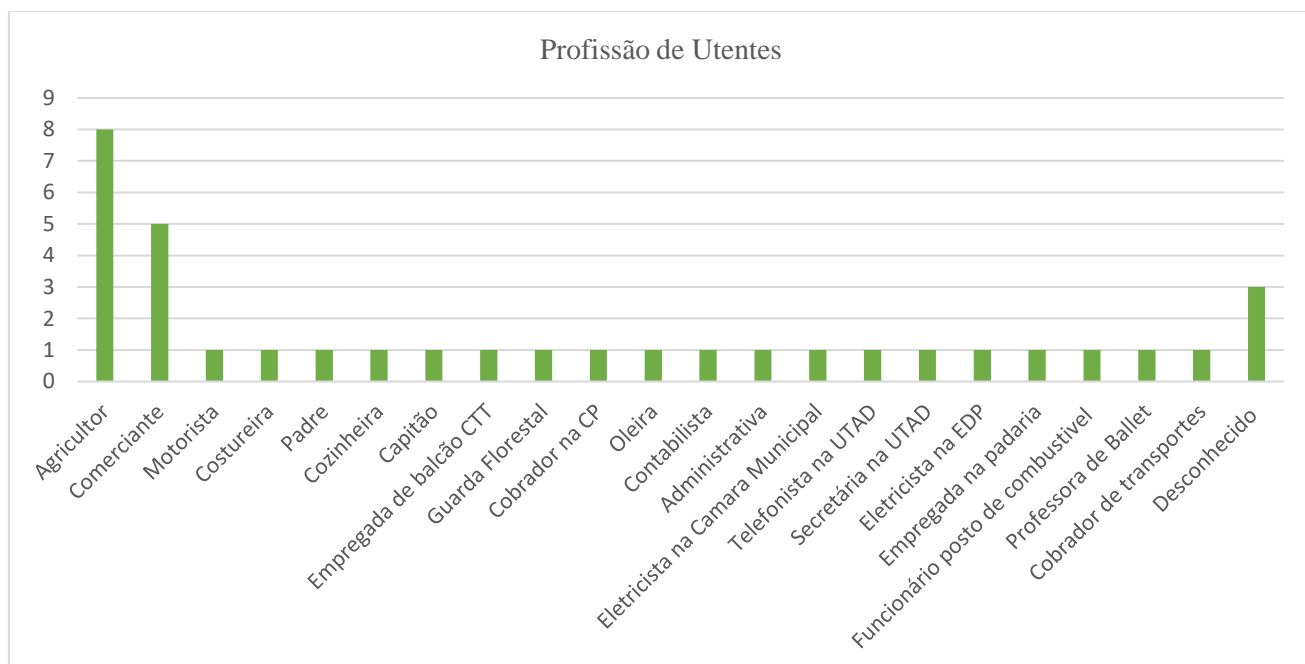
Alguns idosos não apresentavam nenhum tipo de profissão (23), apresentando assim uma condição perante o trabalho como doméstica ou inválido, antes da reforma por idade.

A maior parte das utentes eram domésticas, pois prevalecia muito a ideia de que as mães cuidavam dos filhos e da casa e o pai era o pilar da família, ou seja, era ele quem trabalhava maioritariamente no campo. Assim sendo, 20 das utentes eram domésticas (embora colaborando na realização das atividades agrícolas), 3 dos utentes eram inválidos por incapacidade ou deficiência.

A outra percentagem dos utentes tinha exercido atividade profissional e enquadrava-se em diversas profissões, sendo elas muito distintas umas das outras, como podemos verificar no gráfico abaixo apresentado, embora com o predomínio da atividade profissional na agricultura.

Para outros 4 utentes a profissão é referida como desconhecido pois não era apresentada a informação na pesquisa documental, nem os utentes apresentavam capacidades cognitivas para o divulgar.

**Gráfico 6:** Distribuição de acordo com o grupo profissional dos utentes



**Fonte:** informações recolhidas através da pesquisa documental – PI

No gráfico acima apresentado, podemos verificar a profissão de cada utente, sendo elas profissões muito diversificadas e conseqüentemente dependentes do tipo de escolaridade.

Ao observarmos o gráfico podemos verificar que maioritariamente os utentes eram agricultores, com uma vida muito relacionada com o trabalho no campo, muitos deles eram oriundos das aldeias, havendo também a destacar a existência de cinco comerciantes que viviam na cidade.

Posteriormente à profissão de cada utente, é de referir a sua recompensa monetária, ou seja, a sua reforma que varia consoante os anos de descontos e/ou o tipo de profissão exercida. Existem portanto diversas quantias de reforma, desde um valor relativamente baixo até aos valores mais elevados. Podendo ser verificados na tabela abaixo apresentada, esta é apresentada com diversos intervalos, podendo assim ser facilitada a sua análise. O valor que é referido como desconhecido, trata-se do montante relativo ao Senhor Provedor, que é reconhecido como um utente do lar.

**Tabela 2:** *Valores das reformas dos utentes*

Valor da Reforma	Número de Utentes
100€-200€	3
201€-300€	10
301€-400€	8
401€-500€	10
501€- 600€	6
601-700€	6
>701€	12
Desconhecido	1

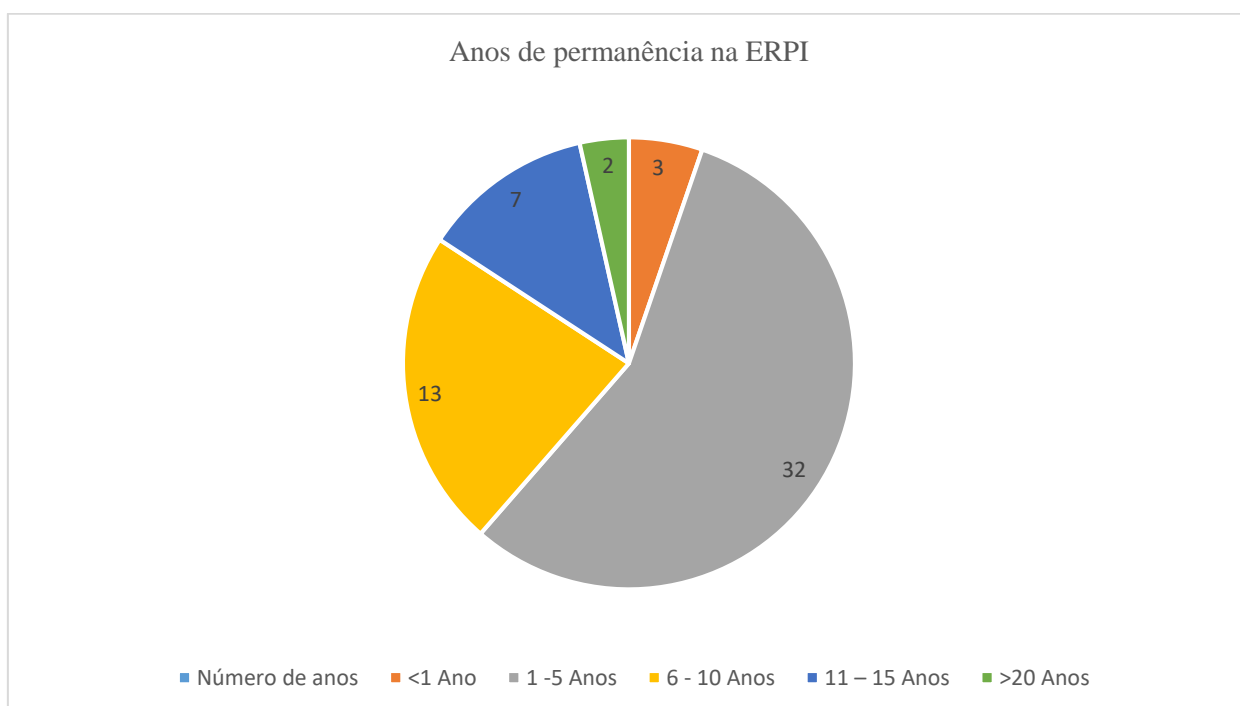
**Fonte:** Informações recolhidas através da pesquisa documental – PI

As reformas dos utentes têm diferentes valores, oscilando de 100 euros até 2000 euros. Podemos concluir que mais de metade dos utentes do lar apresenta uma pensão de velhice inferior a 500 euros, sendo tal provocado pelo facto de terem trabalhado no campo

e/ou de muitos dos idosos não terem feito descontos para a segurança social ao longo da vida profissional.

### 3.2. Trajetória de institucionalização

*Gráfico 7: Distribuição de acordo com os anos de permanência na ERPI*



**Fonte: Informações recolhidas através da análise documental: PI**

O gráfico 7 diz respeito aos anos de permanência de cada utente no lar, esta informação foi obtida através da análise do plano individual.

A maior parte dos utentes já reside no LIC, há mais de um ano (32 utentes), em seguida prevalece os utentes que residem no lar entre seis e dez anos, com treze utentes, sete dos utentes residem entre onze e quinze anos e apenas dois utentes há mais de vinte anos, sendo que prevalece muito a ideia de que os utentes quando entram para o lar, variando o motivo de entrada, por vezes acabam por permanecer durante longos anos, residindo no lar até à sua morte.

**Tabela 3:** Distribuição de acordo com o motivo de entrada na ERPI

Motivo de entrada	Número de utentes
Estava noutra lar e não era bem tratado(a)	2
Vivia Sozinho	21
Motivo de doença	11
Família não consegue dar resposta às necessidades	14
Opção Própria	6
Descanso do cuidador	1
Idade avançada	1
Falta de condições habitacionais	1
Denúncia/ Maus tratos	1

Fonte: Informações recolhidas através da análise documental: PI

Ao analisarmos a tabela 3 verificamos os diversos motivos de entrada dos utentes no lar prevalecendo o motivo de viver sozinho, por vezes estes viviam com o cônjuge, mas este acaba por falecer, ficando a morar sozinho e a família não consegue dar resposta às necessidades do utente, sentindo-se os idosos obrigados a irem residir para o lar. Outro dos motivos é a doença, mais especificamente, as doenças mentais como a demência, ou o facto de estes se tornarem dependentes na realização das atividades básicas de vida diária.

Em contrapartida, e com muito menos utentes, existem também os que referem ir de livre vontade, referindo terem-se inscrito no lar e lá residem por opção própria, muitas vezes referindo o facto de que essa opção foi “para não darem trabalho aos filhos”.

### **3.3. Funcionalidade, cognição e saúde mental**

Posteriormente á pesquisa documental, foram aplicadas várias escalas aos utentes para o aprofundamento de uma avaliação gerontológica multidimensional, as escalas aplicadas foram, o índice de Barthel, analisando assim as atividades de vida diária, o índice de Lawton, referindo as atividades instrumentais de vida diária, o Mini Mental

State Examination, a Escala de Depressão Geriátrica e a Escala de Cornell – Depressão em Demência.

Antes de aplicar as escalas foi-me transmitida a informação de que apenas é aplicada uma escala na admissão de cada utente, sendo ela índice de Barthel.

Relativamente aos dados obtidos através da aplicação da escala de Barthel, 20 dos utentes apresentam uma pontuação inferior a 20 pontos, ou seja, estes são considerados utentes totalmente dependentes. Seguindo-se 3 utentes considerados severamente dependentes, com a pontuação de 20-35 pontos, 4 utentes moderadamente dependentes, sendo a pontuação 40-55 pontos, 18 dos utentes ligeiramente dependentes sendo a pontuação de 60-95 pontos e por fim, 13 dos utentes independentes atingindo a pontuação máxima de 100 pontos.

**Tabela 4:** *Dados obtidos no índice de Barthel*

Pontuação	Número de Utentes
Totalmente Dependente (< 20 pontos)	20
Severamente Dependente (20-35 pontos)	3
Moderadamente Dependente (40-55 pontos)	4
Ligeiramente Dependente (60-95 pontos)	18
Independente (100)	13

**Fonte:** Informações recolhidas através da análise da escala de Barthel

Relativamente ao índice de Barthel, este foi aplicado a todos os utentes do lar: podemos observar que 20 dos utentes são considerados totalmente dependentes, seguidos de 3 utentes severamente dependentes, 4 utentes moderadamente dependentes, 18 ligeiramente dependentes e por fim e com um número mais reduzido de apenas 10 utentes considerados independentes. Podemos afirmar que a mais de metade dos utentes do lar apresentam elevada e moderada dependência, o que também está em linha com a informação da carta social que mostra os elevados níveis de dependência na realização das atividades básicas dos idosos que estão institucionalizados em Portugal.

**Tabela 5:** *Dados obtidos no Índice de Lawton*

Pontuação	Número de Utentes
Independente (8 pontos)	1
Moderadamente dependente (9 a 20 pontos)	14
Severamente dependente (> 20 pontos)	43

**Fonte:** Informações recolhidas através da análise da Escala de Lawton

A escala de Lawton, apresenta a avaliação de Atividades Instrumentais de Vida Diária, apresentando uma pontuação que varia entre os 8 e 30 pontos.

Foi aplicada a todos os utentes, podendo assim chegar a uma conclusão de que apenas 1 utentes é considerado independente, todos os outros utentes do lar apresentam dependências: sendo 43 utentes considerados severamente dependentes, com a pontuação inferior a 20 pontos, e 14 considerados moderadamente dependentes, com pontuação, entre 9 a 20 pontos.

**Tabela 6:** *Dados obtidos no Mini- Mental State Examination*

Pontuação	Número de Utentes
Com defeito cognitivo	20
Sem defeito Cognitivo	16
Não Aplicável (utentes com discurso descontextualizado, utente surda/muda, utente com acuidade auditiva diminuída)	8
Recusou responder	1
Não cooperantes (incluindo Senhor Provedor)	5

**Fonte:** Informações recolhidas através da análise da Escala Mini-Mental State

A escala do Mini- Mental State Examination foi aplicada aos utentes. Esta escala permite analisar o déficite cognitivo de cada utente, utilizando perguntas simples. Através da análise da escala foi possível observar que 20 dos utentes apresentam déficite cognitivo. Seis dos utentes não foram cooperantes na aplicação da escala.

Tal informação também acompanha a tendência verificada a nível nacional, onde se observa o comprometimento cognitivo de uma percentagem considerável da população idosa institucionalizada.

**Tabela 7: Dados obtidos na Escala de Depressão Geriátrica**

Pontuação	Número de Utentes
Normal	9
Depressão Provável	11
Depressão	7
Não cooperantes (recusas e desinteresse em responder)	6

**Fonte: Informações recolhidas através da análise da Escala Geriátrica**

Foi aplicada a escala de depressão geriátrica, aos utentes que conseguiram responder às questões que lhes eram formuladas, assim sendo chegamos a conclusão de que existem vários utentes em que lhes é identificada uma depressão clara ou uma depressão provável. Esta por vezes provocada pelo internamento na instituição, um contexto que os afasta da sua habitação e da sua comunidade local, enfraquecendo em muito a sua rede de relacionamento social, afastando-os dos que até então foram muito significativos nas suas vidas e retirando-lhes o sentido para a vida.

Em relação ao estado depressivo, 11 dos utentes apresentam sintomatologia de depressão provável, 7 uma clara depressão, 9 encontram-se normais, ou seja, sem nenhum sintoma depressivo e 6 utentes não cooperantes na aplicação da escala.

**Tabela 8:** *Dados obtidos na escala de Cornell - Depressão em Demência*

Pontuação	Número de Utentes
<6 Pontos - Ausência de sintomas	4
>6 – 10 Pontos - Alguns sintomas	8
>10 Pontos - Maior probabilidade	10
>18 Pontos - Clara depressão	3

**Fonte:** Informações recolhidas através da análise de dados obtidos na escala de Cornell- Depressão em Demência

Para os utentes que não tinham capacidades para responder à escala de depressão geriátrica, foi-lhes aplicada a escala de Cornell, esta foi preenchida através de informações dadas pela enfermeira do lar.

Esta, conforme a anterior, transmite-nos a informação que existe utentes com depressão ou com sintomas depressivos.

Em suma, três utentes apresentam uma clara depressão com valores superiores a 18 pontos, dez utentes apresentam uma maior probabilidade de depressão com a presença de uma pontuação superior a dez pontos, seguindo de oito utentes com alguns sintomas, com uma pontuação entre os seis e os dez pontos, por fim, quatro utentes, apresentam uma ausência de sintomas, tendo assim, uma pontuação inferior a seis pontos.

Acresce referir que durante a implementação do projeto, dois utentes totalmente dependentes faleceram.

## **CAPÍTULO 4- DIAGNÓSTICO SOCIAL DO LAR IMACULADA CONCEIÇÃO**

### **4.1. Caracterização do LIC**

Realizado o diagnóstico sobre a população idosa, passamos agora à análise da instituição bem como as suas respetivas respostas sociais. O diagnóstico apresenta uma função muito importante, pois a partir dele, conseguimos caracterizar uma instituição, bem como toda a população alvo, para assim adaptar todas as respostas às necessidades

das mesmas. Segundo Guerra (2002), um bom diagnóstico, é garante da adequabilidade das respostas às necessidades locais e é fundamental para garantir a eficácia de qualquer projeto de intervenção.

Santa Casa de Misericórdia de Vila Real apresenta diversas valências, sendo algumas referentes à infância e juventude - Lar- escola Florinhas da Neve, Creche Madame Brouillard, Jardim de Infância e Centro de Apoio á vida - à família e à comunidade -repostas de Apoio Domiciliário, Apoio Domiciliário Integrado e Refeitório Social- à assistência médica onde dispõe da Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação. Por fim, relativamente à área da gerontologia apresenta como respostas sociais, o Lar Imaculada Conceição, o Lar Hotel e o Centro de Dia.

Segundo o Diário da República, 1ª série – Nº. 58- 21 de março de 2012, considera-se estrutura residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.

Segundo o artigo 5º, a estrutura residencial destina-se à habitação de pessoas com 65 ou mais anos que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência. Segundo o artigo 6º, a capacidade máxima da estrutura residencial é de 120 residentes, não podendo ser inferior a 4 residentes.

Quanto às modalidades de alojamento, segundo o artigo 7º, a estrutura residencial pode assumir diferentes tipos de modalidades de alojamento, nomeadamente: tipologias habitacionais, designadamente apartamentos, quartos ou tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos.

A estrutura residencial tende assim a assegurar alguns serviços, segundo o artigo 8º, presta um conjunto de atividades e serviços, sendo eles, alimentação adequada às necessidades dos residentes, cuidado de higiene pessoal, tratamento de roupa, higiene dos espaços, atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais, apoio no desempenho das atividades de vida diária, cuidados de enfermagem e administração de fármacos, quando prescritos.

Segundo o regulamento interno, o lar da Imaculada Conceição é um estabelecimento criado pela Santa Casa da Misericórdia de Vila Real, no cumprimento

dos seus objetivos estatutários, que se destina a alojamento e prestação de serviços a pessoas idosas. Segundo o site da Santa Casa, O Lar da Imaculada Conceição, fundado em 1987, localiza-se no Complexo Social da Quinta da Petisqueira, numa propriedade da Misericórdia de Vila Real, em Lordelo, a escassos quilómetros do centro da cidade, onde em tempos funcionou a Escola Agrícola de Artes e Ofícios. Segundo o site da Santa Casa, a sua estrutura residencial atual permite o acolhimento de cerca de sessenta idosos em regime de internato, de ambos os sexos, que recebem o acompanhamento permanente de uma estrutura de funcionários organizada, fundamentalmente, para colmatar as carências dos utentes, intervindo a nível psicossocial e familiar.

Os objetivos do Lar, segundo o artigo 4º do regulamento interno, visam responder às necessidades de autoestima e segurança dos utentes, contribuindo assim para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento, respeitar a independência, individualidade e privacidade dos utentes, proporcionar o equilíbrio biopsicossocial do utente, evitar o isolamento, proporcionando contato com o exterior através do convívio e de outras iniciativas com diferentes grupos etários.

Com a submissão de um residente novo na estrutura residencial, é necessário realizar um processo individual para cada residente, segundo o artigo 9º, é obrigatória a elaboração de um processo individual do residente, com respeito pelo seu projeto de vida, suas potencialidades e competência. O processo individual deve conter as seguintes informações: identificação do residente, data de admissão, identificação do médico assistente, identificação e contacto do representante legal ou familiares, identificação da situação social, exemplar do contrato de serviços, processo de saúde, plano individual de cuidados, registo de períodos de ausência bem como de ocorrências de situações anómalas e cessação do contrato de prestação de serviços com indicação da data e motivo. Este processo individual deve ser atualizado e é de acesso restrito.

No que diz respeito ao lar onde foi implementado o projeto, existia um plano individual de cada utente que continha diversas informações, mas não me foi possível verificar todos os dados ali escritos, pelo motivo da proteção de dados. Só me foi possível consultar algumas informações com a presença da animadora do lar.

Segundo o artigo 11º exige a existência de um diretor técnico, neste caso existia uma diretora técnico a 100 por cento no lar.

O artigo 12º é referido o pessoal que cada estrutura residencial deve possuir, um animador, um enfermeiro por cada 40 utentes, um ajudante de ação direta por cada 8 utentes, um ajudante de ação direta por cada 20 utentes com vista ao reforço no período noturno, um encarregado de serviços domésticos em estabelecimentos com capacidades iguais ou superior a 40 utentes, um cozinheiro por estabelecimento, um ajudante de cozinheiro por cada 20 utentes e por fim um empregado auxiliar por cada 20 utentes.

O lar em questão apresenta um quadro de pessoal com uma Diretora técnica a tempo inteiro no lar, a tempo inteiro o lar apresenta várias funcionárias, nomeadamente, uma enfermeira, uma animadora sociocultural, uma fisioterapeuta, duas encarregadas de serviços gerais, quatro cozinheiras, quatro ajudantes de cozinha, catorze ajudantes de lar e centro de dia, e oito trabalhadores de serviços gerais. A meio tempo o lar apresenta, outra enfermeira, um motorista, sendo este partilhado em todas as outras valências da Santa Casa da Misericórdia, e uma costureira. A tempo mais reduzido apresenta uma nutricionista, sendo esta, também partilhada nas outras valências da Santa Casa da Misericórdia.

*Tabela 9: Número de funcionárias e técnicos do LIC*

Diretora Técnica	1 a 100%
Enfermeira	1 a 100%
	1 a 50%
Animadora sociocultural	1 a 100%
Fisioterapeuta	1 a 100%
Nutricionista	1 a 20%
Encarregada dos serviços gerais	2 a 100%
Motorista	1 a 50%
Cozinheira	4 a 100%
Ajudantes de cozinha	4 a 100%
Costureira	1 a 50%
Ajudante de Lar e Centro de Dia	14 a 100%
Trabalhador dos serviços gerais	8 a 100%

**Fonte: Informações recolhidas através da análise documental afixada em Lar**

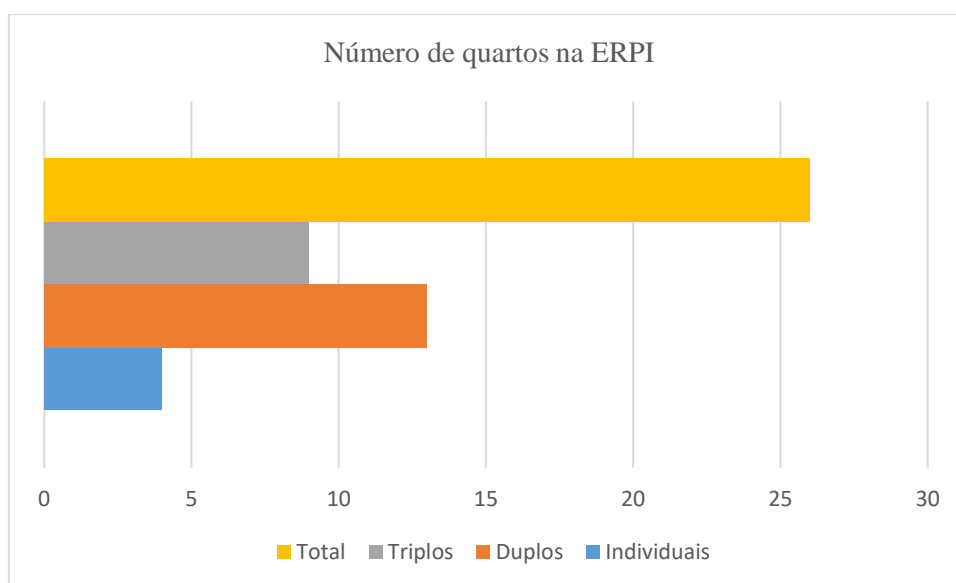
Assim, além do diretor - técnico, esta resposta social conta com o apoio de um psicólogo, uma pedologista, um professor de expressão motora, uma técnica superior de serviço social, um médico de clínica geral, uma enfermeira, um motorista, uma costureira, uma cabeleireira, duas encarregadas de serviços gerais, duas cozinheiras, além de oito trabalhadores - auxiliares. Podemos dizer que este lar apresenta utentes maioritariamente com diversas dependências, sendo elas cognitivas ou físicas, e que seria necessário um reforço do seu quadro de pessoal.

No que se refere ainda à estrutura organizacional e mais concretamente aos seus órgãos de gestão, estes são compostos por como principal o Senhor provedor, seguindo do vice provedor e mesários.

Situado numa grande quinta, circundado de bem cuidados jardins, torna-se um lugar muito apazível para passar os últimos dias de vida. Por vezes, esses jardins não são de fácil acesso, pois os utentes tem muitas dependências físicas e os espaços não estão adaptados para que deles eles possam fruir.

No que diz respeito aos recursos materiais e físicos é um lar que apresenta muitas boas condições, em contrapartida, como acabámos de referir, os espaços exteriores não são adaptados para todos os utentes, limitando assim as visitas ao exterior. O lar apresenta 26 quartos no total, sendo eles divididos por quartos individuais, duplos e triplos, como podemos observar no gráfico abaixo apresentado.

*Gráfico 8: Número de quartos do LIC*



**Fonte: Informações recolhidas através da análise documental disponível em Lar**

Em suma, o LIC apresenta ao todo 26 quartos, sendo estes, nove quartos triplos, treze quartos duplos e quatro quartos individuais. Além dos quartos, o LIC apresenta diversos espaços, nomeadamente, este é constituído no andar de cima, um hall de entrada, com a secretaria do lar, e uma sala de direção, com duas wc para os funcionários. Tem também três salas de visitas, uma grande sala de convívio, com vários sofás e cadeirões, onde os utentes passam muito tempo ao longo dos dias, com duas wc para os utentes. Vários quartos e uma sala de animação sociocultural. Uma cantina com diversas mesas e cadeiras para todos os utentes, uma cozinha, uma sala de fisioterapia e um consultório médico. No andar de baixo existem quartos, uma capela, salas de arrumos, e lavandaria.

O lar apresenta um plano de atividades afixado no painel da entrada sendo elas as seguintes: atividades de grupo, atividades de expressão plástica e artística, ginástica sénior, boccia e tardes de cinema.

Esta instituição é um pouco fechada à relação entre outras instituições, pois têm uma atuação “muito individualista”. É também uma instituição com níveis de fechamento consideráveis, sendo necessária muita burocracia para que seja implementada alguma saída ou até mesmo as visitas aos idosos na instituição.

No lar em estudo podemos então dizer que o quotidiano dos idosos acontece muito “entre muros”, sendo que o período entre as sete da manhã e as nove horas corresponde ao intervalo entre o acordar e o pequeno-almoço. Às sete horas da manhã inicia-se o turno da manhã. As auxiliares de lar têm como grande tarefa preparar os utentes para a primeira refeição do dia. Normalmente as funcionárias trabalham duas a duas, para que estas se possam auxiliar nos banhos e no levantar e deitar dos utentes mais pesados ou mais dependentes. Os banhos são sempre tomados dentro dos quartos. É de salientar que os utentes tem dias marcados para tomar banho, não sendo possível tomar banho todos os dias.

No que diz respeito às refeições tomadas no lar, está previsto no regulamento interno a realização de cinco refeições diárias: o pequeno-almoço, o almoço, o lanche, o jantar e a ceia. Sendo que estas refeições devem ser realizadas no refeitório, e só em situações justificadas nos quartos.

Por volta das oito horas, a enfermeira prepara a medicação, colocando em divisores a medicação do dia para cada utente, esta tarefa repete-se todos os dias.

Após o acordar e a realização da higiene pessoal dos utentes, estes deslocam-se para o pequeno-almoço que inicia as nove horas. Os utentes autónomos à medida em que acabam a sua higiene dirigem-se para o refeitório, enquanto os utentes mais dependentes, aguardam que seja feita a higiene e esperam que as funcionárias os levem até ao refeitório.

O horário do pequeno-almoço começa, portanto, às nove horas, sendo que este só é servido aos utentes se eles estiverem nas mesas, no entanto, quando por vezes os banhos e as higiènes estão mais atrasadas só lhes é servido quando chegarem. No pequeno-almoço, existe portanto a oportunidade de escolha entre chá, café ou café com leite, para os utentes mais autónomos. Os utentes mais dependentes e com dificuldade de engolir, é-lhes dada uma refeição líquida ou pastosa como o cerelac.

O refeitório é preparado de manhã pela encarregada, que enquanto as auxiliares tratam das higiènes, esta dispõem a mesa para o pequeno-almoço.

Por volta das dez horas até ao meio dia, existem diversas atividades sendo estas de animação ou de fisioterapia. Os utentes que querem participar nas atividades são encaminhados, ou para a sala de animação ou para a sala de fisioterapia para a realização das mesmas. É de salientar que são quase sempre os mesmos utentes a participar nas atividades, sendo que os utentes mais dependentes costumam ficar sentados nos cadeirões da sala de convívio. As atividades de animação são diversificadas, podendo ser atividades de grupo, atividades de musicoterapia, atividades de expressão plástica, de estimulação cognitiva e cinema.

Posteriormente, após o término das atividades, por volta das doze horas, as auxiliares começam por colocar os utentes mais dependentes numa cadeira de rodas e transportá-los para o refeitório novamente para aí fazerem a refeição do almoço. Nesta refeição há duas fases, a primeira refere-se ao almoço do primeiro turno, este caracterizado por possuir os utentes mais dependentes. Enquanto, os utentes mais autónomos aguardam a autorização de entrada no refeitório, dada pela encarregada. Por volta das doze e trinta minutos, os utentes mais autónomos têm autorização de entrada no refeitório para assim poderem efetuar a refeição. Durante este período, algumas funcionárias ficam responsáveis por deslocarem os utentes mais dependentes até uma casa de banho que está num dos corredores para serem mudadas as fraldas um utente de cada vez, enquanto os outros utentes ficam à espera no corredor pela sua vez de mudar a fralda.

Acabando esta rotina, alguns dos idosos mais dependentes, são aconselhados pelo médico e enfermeira a fazer uma sesta durante a tarde, portanto são levados para os quartos e deitados nas suas respetivas camas. Os outros utentes ficam sentados nos cadeirões das salas. Entre a uma e as duas da tarde, é considerada a hora de repouso, onde os utentes usufruem daquilo que querem, seja passear, ver televisão, ir ao quarto tratar da higiene oral, entre outros.

Entre as duas e as quatro da tarde, voltam a surgir atividades de animação e de fisioterapia. Em simultâneo está também a decorrer o período de visitas, que é precisamente um dos períodos mais felizes, senão o mais feliz dos idosos: o tempo de ver a família. Em contrapartida, existem vários utentes que tem poucas visitas ou ate mesmo a inexistência de visitas. As visitas podem acontecer ate às sete horas da tarde.

Por volta das quatro da tarde é realizado o lanche, onde mais uma vez, os utentes mais dependentes são levados para o refeitório pelas funcionárias. Os utentes mais autónomos dirigem-se sozinhos para o refeitório. É nesta refeição que quando existe algum utente que celebre o seu aniversário, é pedido para que seja feito um bolo, e todos cantam os parabéns.

Das quatro e trinta até às sete horas da tarde é novamente o período de repouso, onde por norma o grupo mais dependente tem como costume juntar-se às seis da tarde para rezar o terço.

Às sete da tarde é a hora do jantar, primeiro para o primeiro turno, ou seja, as funcionárias ficam mais uma vez responsáveis por deslocar os utentes mais dependentes até ao refeitório para o jantar. Estas funcionárias estão também responsáveis de apoiar no jantar aos utentes que não conseguem comer sozinhos. Às sete e trinta é a hora de jantar dos utentes mais independentes, estes deslocam-se autonomamente ate ao refeitório.

Por volta das oito horas da tarde, as funcionárias começam por preparar os utentes mais dependentes, tratando da sua higiene, mudando as fraldas e vestindo o pijama para os deitar.

A encarregada responsável pelo turno da noite, acompanhada por algumas auxiliares tratam de levantar a loiça do jantar e arrumar e limpar o refeitório.

Após o jantar, os utentes mais autónomos são livres de optar em ficar a ver televisão no salão ou irem para os seus respetivos quartos.

Às dez horas da noite é por norma o horário de uma pequena ceia e também de o segundo turno, ou seja, dos utentes mais autónomos regressarem aos quartos para dormir.

Durante a noite existem as rondas noturnas realizadas de duas em duas horas por três funcionárias por noite.

Apesar de haver um plano de atividades, no início do estágio este não chegava a todos os idosos por falta de recursos humanos que o pudessem implementar. Assim sendo, licenciada em Animação Cultural e tendo, portanto, formação inicial para esse desafio, propus à instituição a realização de um projeto de Animação sociocultural junto dos residentes mais dependentes.

Recordamos aqui que relativamente às atividades de animação sociocultural, as ERPIs devem ter previstos e implementar passeios, ginástica para seniores, hidroginástica, celebração de datas festivas, cinema/teatro, atelier de informática, atelier de artes plásticas, atelier de leitura e escrita, atelier de música coral. Durante o estágio, as atividades de animação sociocultural que presenciámos dentro da instituição, eram todas realizadas com a população mais independentes e incluíam, atelier de expressão plástica, manhãs de ginástica, atividades em grupo de estimulação cognitiva, sessões de cinema, passeios ao exterior e atividades de musicoterapia, onde estavam presentes cerca de 10 utentes nas atividades de expressão plástica e cerca de 25 utentes nas restantes atividades, mas só 15 participavam ativamente.

Durante o tempo de estágio não existiram visitas a outras instituições, devido á falta de transporte para deslocamento.

Para melhor compreender o modo como neste lar é pensado o quotidiano de vida dos idosos citamos Gubrium (1997) que realizou uma análise sobre a forma como os idosos criam rotinas nos lares e a sua obra *Living and Dying at Murray Manor* (E.U.A). Ao fazer uma etnografia participante num lar, este autor distinguiu dois grupos de idosos institucionalizados - os “residentes” (que apenas precisam de ajuda para pequenas tarefas) e os “pacientes” (que necessitam de cuidados especializados de enfermagem). O autor explica como são organizados os dias e que tipo de atividades os idosos usufruem dentro da instituição. Da sua análise fica claro que é em torno das atividades básicas de vida diária que o quotidiano destas organizações é estruturado, não havendo tanto espaço para atividades que permitam que os idosos desenvolvam aprendizagens, dar sentido à vida e construir sociabilidades.

Segundo o autor, a primeira grande categoria é “passar o tempo” – o ciclo diário de atividade segue o ritmo das refeições. De manhã, os idosos vestem-se, lavam pequenas peças de roupa, leem jornais... estas atividades pela sua longa duração ocupam a primeira parte do dia. Durante a tarde, surge um grande vazio que é difícil preencher onde não existem atividades estruturadas. À noite, os idosos preparam-se para ir para a cama. Tentando fazer um paralelismo com este lar americano e o lar onde estagiámos, relativamente à rotina matinal, podemos dizer que os idosos acordavam relativamente cedo, o pequeno-almoço era servido no refeitório, exceto para aqueles idosos acamados, que eram os últimos a serem servidos. A seguir, grande parte dos idosos ocupava a sala de convívio e via televisão durante toda a manhã, exceto os idosos mais independentes, esses sempre prontos a participar nas atividades propostas pela animadora sociocultural, independentemente do tipo de atividade, ou atividades de fisioterapia. Havia sempre alguns idosos que preferiam sair para o exterior do lar, mesmo para a cidade (só os utentes com autorização superior) ou voltar para os quartos ou escolhiam outro espaço mais sossegado.

Como é que os idosos preenchem o tempo, segundo Gubrium? A comer, a andar, a ver e a olhar, a falar, a dormir, em cerimónias ou em terapia. Uma das atividades a que se dedicam é à alimentação, uma vez que a imposição de horários os ajuda a ter alguma noção do tempo. Os menus são desconhecidos para os idosos e a sua adivinhação é um dos temas de conversa entre eles. Já fizemos referência a este tópico anteriormente. De facto, no lar onde estagiámos a ementa era conhecida pelos residentes, no qual havia correspondência entre o que estava escrito e os pratos diários. Os residentes referiam-se sim à confeção ou ao sabor da comida.

Para Gubrium, outra das atividades é fazer caminhadas por dois motivos – ajuda a passar o tempo e é bom para a saúde. As caminhadas têm lugar dentro (para os pacientes) ou fora (para os residentes) da instituição mas podem sofrer alterações se as refeições também se alterarem. As caminhadas no exterior são normalmente feitas em grupo e são igualmente motivo de conversa. As caminhadas podem não ocorrer por motivos de doença ou ausência do companheiro de caminhada. No lar em causa, os passeios eram realizados com pequenos grupos, devido às limitações dos idosos, não era possível à animadora abranger um grande número de participantes. Contudo os utentes que necessitavam de caminhada geriátrica, por motivo de doença, por vezes não era efetuada, pois era dito que “os utentes ficam agitados, depois querem caminhar sozinhos e caem”.

Para o autor, outra forma de passar o tempo é “ver” ou “olhar” social ou individualmente. Quando o fazem socialmente concentram a sua atenção nos mesmos objectos e discutem sobre eles, sendo os automóveis um grande chamariz. Os acamados ocupam grande parte do seu tempo a ver e a olhar individualmente para o que se passa à sua volta. Acerca desta “atividade”, na Primavera ou Verão, havia idosos que ocupavam o jardim exterior, por vezes a apreciar a natureza, outros porém apenas para apanhar ar fresco.

Para Gubrium, outra atividade é o falar, sobre o seu quotidiano no lar, sobre (ex) funcionários ou sobre a situação financeira do lar. Quando falam de si, falam de épocas passadas, dos filhos ou dos netos. Sobre esta rotina, podemos afirmar que havia pequenos grupos que se davam melhor entre si, normalmente os que partilhavam o mesmo quarto e os mais “lúcidos” que participavam juntos nas orações da noite. Estes grupos, opinavam sobre as notícias, nomeadamente, futebol ou notícias mais chocantes. Raramente falam de si ou da sua família em grupo.

Para o autor norte-americano, outra das atividades é o dormir, que tem diferentes conotações quando se dorme no quarto (sinal de premeditação) ou na sala de estar (mero descanso). Dormir o dia inteiro pode ajudar a passar o tempo mas não traz prestígio a quem o faz. Esta atividade era muito frequente, sobretudo na sala de convívio, os idosos mais autónomos, estes preferiam deslocar-se até ao quarto.

Segundo o autor, as cerimónias são organizadas pelos funcionários e para os idosos são consideradas como eventos especiais, que diferem do habitual, até pela roupa que usam. As cerimónias mais comuns são bingo, festas de anos, apresentação de slides e de filmes, piqueniques ao ar livre, festejo do dia dos avós, debates, excursões, concertos na instituição dados por grupos da comunidade, festas de natal... os horários e a calendarização são geridos pelos funcionários e não incluem a opinião dos idosos. As cerimónias são afixadas no calendário de atividades, o que, na perspetiva do autor não deixa de ser irónico. Não há entrosamento entre clientes e pacientes. Cada um relaciona-se com as pessoas do mesmo grupo, residentes ou pacientes à exceção da existência de vínculos afetivos ou quando, por ação do pessoal, são misturados. Esta situação pode causar desconforto entre os residentes que se sentem ofendidos ou feridos na sua dignidade. A diferença de género é notória para alguns homens que ridicularizam ou diminuem a existência de tais atividades. No caso do lar onde estivemos, as cerimónias eram organizadas pela animadora sociocultural e aprovadas ou não pela mesa

administrativa. Como referimos anteriormente as festas de aniversário são celebradas nos mesmos dias que os idosos celebram o aniversário. Ao lanche cantavam-se os parabéns e havia sempre um bolo de anos. As festividades tinham que ser cuidadosamente planeadas e aprovadas pela mesa administrativa, devido ao cariz religioso da instituição. As tardes de cinema todas as terças feiras, os passeios ao exterior, eram atividades planeadas e contempladas pela animadora.

Para o autor, a terapia é igualmente conduzida por funcionários da instituição e estão orientadas para a reabilitação (pelos superiores). A perceção dos idosos sobre as terapias não é abonatória. As terapias podem ser terapia ocupacional, fisioterapia, terapia de grupo (sessões de discussão com o assistente social) ou orientação para a realidade (esta última vocacionada para os pacientes desorientados). A principal diferença entre elas reside no poder de decisão que o idoso tem na sua frequência. As três primeiras são voluntárias, e a opinião dos idosos e dos técnicos é que a sua frequência melhora o estado de saúde. A frequência da última depende da decisão da direção e é vista pelos idosos e pelos técnicos como uma “perda de tempo”. Pode ser necessário negociar a frequência destas sessões com os idosos que esperam algum benefício em troca. A urgência do pedido pode impelir o idoso à ação muito mais do que perguntas de orientação avulsas e sem causalidade. No lar onde fizemos estágio, as terapias existentes era a fisioterapia, esta realizada pela fisioterapeuta, ginástica sénior, realizada pela animadora, bem como sessões de grupo. Muitas destas adaptadas aos residentes mais autónomos.

Em suma, podemos afirmar, que o dia-a-dia dos idosos na instituição depende apenas das atividades semanais que a instituição oferece, muitas delas apenas para os utentes mais independentes.

Guedes (2012, p.17) alerta para o facto de que “as rotinas e relacionamentos são muito centradas na inatividade, enclausuramento, monotonia, passividade (sobretudo dos mais dependentes), escassas trocas verbais e visitas quase inexistentes...”.

Uma das primeiras impressões que tivemos quando entrámos no Lar, foi de um esvaziamento de vida quase total. As televisões ligadas num programa da manhã e num volume consideravelmente alto, impossibilitavam qualquer iniciativa de conversa. Alguns residentes dormiam, outros olhavam com um ar perdido para a televisão, outro lia o jornal. Não conversavam entre si.

Podemos afirmar que o objeto mais utilizado é a televisão, esta permanecia na sala de convívio e estava ligada durante todo o dia, exceto nas atividades realizadas na sala de convívio, como é o caso da ginástica sénior e da musicoterapia.

No entanto, alguns residentes (mais autónomos), deslocavam-se até a sala de atividades para ver o que “havia lá para fazer”, pois já era rotina. Coisa que não poderia acontecer com idosos dependentes, a nível de orientação e com dependências físicas.

Esta inatividade dos idosos mais dependentes, levou á implementação deste projeto, era necessário “tornar rotina” a participação nas atividades, estas planeadas antecipadamente e de acordo com as necessidades e capacidades de cada residente.

## CAPÍTULO 5 – PROJETO DE INTERVENÇÃO: (RE) COMEÇAR

Um projeto de intervenção na área de gerontologia social, deve ser distinguido pela inovação. Para a realização destes trabalhos são necessárias várias fases, nomeadamente, a fase do diagnóstico, da planificação, da execução e, por fim, a de avaliação.

Deste modo, a primeira etapa referida consiste na expressão de vontade que algo mude, sendo para tal necessário avaliar os recursos e necessidades existentes para se poder elaborar um projeto. A segunda etapa, sendo esta uma das essenciais, baseia-se na análise da situação existente e na execução de um diagnóstico social. A terceira etapa diz respeito ao desenho do projeto. Por fim, temos a divulgação, a realização, a implementação e a avaliação do projeto (Guerra, 2002).

Com a análise dos dados obtidos através das escalas e analisando e observando as atividades diárias do lar, deparei-me com um problema, ou seja, os idosos que estavam mais dependentes fisicamente e cognitivamente não participavam nas atividades.

O meu ponto de partida foi perceber qual tipo de atividades que esse público-alvo tinha interesse e posteriormente realizar um plano de atividades para eles.

De facto, era um público-alvo com muitas dificuldades e com uma diversidade de patologias. O projeto de intervenção foi realizado com os utentes que eram mais

dependentes e que apresentavam algumas patologias, sendo que foi necessário esquematizar e dividi-los em grupos de trabalho.

As atividades destinadas ao público-alvo foram atividades de estimulação cognitiva, ateliê de expressão plástica, sessões de estimulação sensorial, sessões de musicoterapia, sessões de orientação espacial e temporal, sessões de culinária, atividades de dias festivos e outras atividades implementadas pela animadora do lar.

### **Objetivos do projeto**

Um projeto de intervenção social visa a integração dos indivíduos na realidade onde estão inseridos, tendo por base as suas necessidades e interesses. Segundo Serrano (2008), os objetivos de um projeto constituem o ponto central de referência, são eles que definem a natureza mais específica do projeto e dão coerência ao plano de ação. Ao definirmos objetivos tentamos responder a várias perguntas, nomeadamente, o que queremos fazer? ; que mudanças desejamos obter face á situação-problema sobre a qual vamos agir? ; onde pretendemos chegar, que propósitos se deseja alcançar dentro de um determinado espaço de tempo?, e por fim, qual é a situação-objetivo que se pretende alcançar?.

Os objetivos, entre linhas gerais, podem ser classificados em dois grandes apartados: os objetivos gerais e os específicos.

Os objetivos gerais, pela sua formulação podem admitir várias interpretações e não fazem referência a uma conduta observável. Os objetivos específicos são mais concretos do que os objetivos gerais e identificam de forma mais precisa aquilo que se pretende alcançar com a execução do projeto (Serrano, 2008).

Desta forma, foram elaborados como objetivos de intervenção:

#### **Objetivos gerais 1:**

- Promover as competências cognitivas dos utentes.
  
- **Objetivos específicos:**
  1. Promover a orientação espacial e temporal;

2. Estimular a memória a curto prazo
3. Incentivar a partilha de experiências e momentos vividos;

### **Objetivos gerais 2:**

- Promover um plano de atividades para a integração dos idosos mais dependentes
- **Objetivos específicos:**
  1. Implementar atividades de estimulação cognitiva adaptadas
  2. Implementar atividades de estimulação sensorial
  3. Implementar atividades de musicoterapia
  4. Implementar atividades de expressão plástica

### **Recursos**

Tendo como objetivo a implementação de um projeto, devemos de considerar nas várias etapas e procedimentos subjacentes ao mesmo. Sendo que algumas das fases/etapas já foram ultrapassadas nomeadamente, a fase de diagnóstico, através da qual existe o contacto com a realidade existente na resposta social em causa.

No entanto, é de salientar que após a elaboração do diagnóstico, um dos aspetos que é necessário considerar são os recursos disponíveis na instituição, sejam eles recursos humanos, físicos, materiais ou económicos (Serrano, 2008).

<b>Recursos Humanos</b>	<b>Recursos Físicos</b>	<b>Recursos Materiais</b>	<b>Recursos Financeiros</b>
Disponibilidade da animadora sociocultural, profissional importante na realização das	Sala de atividades, gabinete da animadora para atividades mais individuais, sala de visitas,	Material audiovisual, como projetor e computador, materiais de trabalhos manuais,	Não foram quantias muito elevadas, todavia, os materiais foram pedidos e

atividades desenvolvidas.	convívio para atividades mais grupais.	tintas, pinceis, telas, folhas, jornal, cola, materiais de fisioterapia para atividades de musicoterapia.	comprados pela instituição.
---------------------------	--	---	-----------------------------

Fonte: Informação recolhida através da observação participante.

## Da Planificação à intervenção

### Priorização de problemas:

Planear um projeto de intervenção revela-se um processo de construção interventivo, tendo como base os objetivos que se pretendem atingir. Nesta fase são definidas as prioridades e orientadas as linhas gerais que se pretendem alcançar (Guerra, 2002).

Assim sendo, partindo dos problemas encontrados e em contrapartida ao pouco tempo de estágio, é necessário determinar todos os que são prioritários e mais urgentes.

A seleção das prioridades pode considerar várias dimensões: o horizonte temporal do plano, o nível regional a que se vai colocar o plano (local, regional, nacional, internacional), os recursos disponíveis e a comparação entre as estratégias (Guerra, 2002).

Para tal, consideramos apresentar dois problemas que estão relacionados entre si:

- 1- Falta de integração dos idosos com mais défice cognitivo e mais dependências físicas nas atividades da instituição.**
- 2- Inexistência de atividades para utentes com défice cognitivo elevado.**

Realizada a priorização dos problemas encontrados na instituição, é necessário definir as estratégias que o projeto deverá seguir:

- Conhecer a história de vida dos idosos, nomeadamente as suas origens, a sua profissão e os seus gostos pessoais;
- Respeitar a história de vida de cada utente;

- Partir das suas necessidades e interesses;
- Ter em consideração a capacidade cognitiva de cada indivíduo, na formação de grupos, para que estes não fiquem desequilibrados;
- Ter em consideração a profissão de cada utente e as suas experiências de vida, como forma de incentivo à implementação de atividades para os utentes.
- Ter em consideração as escalas aplicadas de uma avaliação gerontológica multidimensional na implementação das atividades.

Podemos considerar a existência de estratégias globais do projeto e estratégias operacionais relativas às várias dimensões de intervenção. As estratégias podem, assim, ser definidas como as grandes orientações metodológicas de intervenção do projeto consideradas em termos de relação entre recursos e objetivos, ou seja, as estratégias são as grandes opções que o projeto faz, face às linhas de orientação (Guerra, 2002).

### Plano Semanal

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Atividades individuais ou em grupo de estimulação cognitiva – Memória Ativa	Atividades de Estimulação Sensorial, individual ou em grupo	Atividades de Musicoterapia	Atividades individuais ou em grupo de estimulação cognitiva – Memória Ativa	Torneio do Boccia
Ateliê de Expressão Plástica	Ateliê de Expressão Plástica	Ateliê de Expressão Plástica	Ateliê de Expressão Plástica	Ateliê de Culinária ou Cinema.

O plano acima apresentado, foi um plano definido para a implementação das atividades com os utentes mais dependentes, conciliando assim com as atividades já realizadas em lar, como é o exemplo do torneio de boccia, onde todos os utentes podem participar, sendo eles os mais autónomos ou os mais dependentes.

Dentro de cada ateliê foram realizadas diversas atividades com temáticas diferentes, sendo que, estas vão ser apresentadas e avaliadas em seguida.

Contudo, foram também realizadas atividades com os utentes mais autónomos que já eram realizadas na instituição, nomeadamente a celebração de dias festivos e saídas ao exterior.

### **Ateliê de Expressão Plástica**

No que diz respeito à expressão plástica, foram realizadas diversas atividades com os utentes mais dependentes.

No entanto, foi necessário a criação de grupos mais pequenos, pelo facto de dividirmos a sala com os utentes mais autónomos.

A primeira atividade realizada foi a criação da decoração para o Natal.

### **Atividade Decoração de Natal**

#### Planificação:

Nesta atividade foram pensadas diversas decorações, não podendo, porém, ser muito complicadas. Foram pensados a reutilização de materiais e o investimento noutros materiais, não podendo estes ser muito caros. Foi pensada a criação de anjos, estrelas e pinheiros de natal. Era essencial trabalhar a motricidade fina, bem como a atenção e o raciocínio.

#### Execução:

Esta atividade foi realizada com os utentes mais dependentes, demorando assim alguns dias a ficar tudo concluído. Consistiu na criação de anjos com rolo de papel de casa de banho, algodão e bolas de esferovite. Foi uma atividade que exigiu por parte dos utentes atenção e raciocínio. Os materiais utilizados foram: rolos de papel higiénico, algodão, cola, bolas de esferovite, tintas, paus de gelado e pompons. Esta atividade teve a duração de uma semana, pois era necessário decorar uma sala.

### Avaliação:

Foi uma atividade simples, em que os utentes gostaram muito do produto final. Os idosos revelaram muito agrado ao verem como ficaram os anjos. Foi um grande sucesso e os idosos ficaram motivados ao ver o trabalho final.

*“Os anjos estão muito engraçados”*

Nota de campo, 2 de Dezembro, Dona J

### **Pintura em tela para exposição – “Re (Começar)”**

#### Planificação:

Esta atividade foi pensada numa temática de começar a integrar estes idosos nas atividades e exposições do lar. Surgiu a ideia de realizar a pintura em tela, por esta ser um trabalho mais atraente numa exposição. Para os idosos que apresentavam mais dificuldade de manusear o pincel, bem como para estar atento às limitações e distinção de cores, foi pensada uma pintura abstrata. No entanto, todos os restantes idosos que conseguissem perceber a imagem e distinguir as cores, eram solicitadas a pintura de desenhos concretos.

#### Execução:

A atividade foi realizada em pequenos grupos, pois era necessário uma grande orientação e explicação para os idosos. Foram escolhidas varias pinturas retiradas da internet, e reproduzimo-las em telas. As telas foram improvisadas com matérias existentes na instituição, neste caso plátex e bocados de madeira, devido ao valor elevado de cada tela.

Foram utilizados pincéis, tintas e espátulas. Foi uma atividade que demorou várias semanas, pois a nossa finalidade era a realização de uma exposição, espalhada pelo lar, realizada pelos artistas residentes do lar.

### Avaliação:

Foi uma atividade muito gratificante, os idosos estavam muito entusiasmados nas suas pinturas e perguntavam onde é que tinham que pintar e se estavam a pintar bem. Para os utentes com mais dificuldade ao manusear o pincel, eram realizadas pinturas mais simples e sem nenhuma regras.

“ Ó menina está a ir bem?”

Nota de campo, 7 de Janeiro Dona D

“ E agora onde é que pinto mais? ”

Nota de campo, 8 de Janeiro, Dona F

### **Exposição Miguel Torga – 25 anos da sua morte**

#### Planificação:

Atividade baseada em homenagem aos 25 anos da morte do escritor Miguel Torga, nascido em São Martinho de Anta, Vila Real. Esta atividade foi escolhida por ser um autor do agrado dos utentes, bem como um conterrâneo. Tratou-se da decoração do painel da entrada, com o início de um dos seus poemas e um fundo de pedregulhos. Para as vitrinas a decoração de várias molduras com lã, para apresentarmos aos visitantes poemas distintos.

#### Execução:

Esta atividade começou com a pintura de folhas de papel de cenário de cor cinzenta, para serem amachucados, para obtermos o efeito de pedregulho. Em seguida, o recorte das letras que todas juntas formavam um dos poemas de Miguel Torga. Depois destas todas recortadas, passamos à sua decoração com papel crepe. Por fim, e para ficar a exposição completa, decoramos com lã umas molduras realizadas em cartão para as vitrinas. Esta atividade demorou algumas semanas a ser terminada.

### Avaliação:

Atividade do agrado de todos os utentes, sendo realizada em pequenos grupos. Contudo, houve distinção de tarefas, sendo que aos utentes que apresentavam mais dificuldades foram-lhes atribuídas as tarefas mais simples.

“As letras ficam muito bonitas”

Nota de campo, 15 de Janeiro, Dona F

“Ó menina está a ir bem?”

Nota de campo, 16 de Janeiro, Dona H

### **Pintura com cheiros – “Horas Felizes”**

#### Planificação:

Atividade realizada com diversas especiarias, entre elas, café, cacau, caril, canela, pimentão doce. Esta atividade era sobretudo mais dedicada aos utentes com demência. Pois, estimular partes do cérebro responsáveis pelo sistema sensorial e olfativo, constitui uma oportunidade valiosa para encontrar capacidades que pareciam perdidas e aumentar a consciência da própria pessoa em relação a si mesma. Os odores agradáveis são fortes estímulos de conforto e relaxamento.

#### Execução:

As diferentes especiarias estavam todas colocadas em recipientes. Consistiu na pintura livre numa folha brancas, com várias especiarias. Esta atividade foi realizada individualmente. Na atividade foi possível que todos os utentes usufríssem dos diferentes odores, tentando descobrir quais eram as especiarias. Foi fluindo uma conversa com cada utente acerca das especiarias que mais gostavam.

### Avaliação:

Foi uma atividade bastante apelativa e atrativa para os utentes, pois puderam assim ter voz e dar a sua opinião.

“Tem cheirinho a canela”

Nota de campo, 21 de Janeiro, Dona C

“Gosto muito do cheirinho a café, que saudades tenho de um cafezinho”

Nota de campo, 21 de Janeiro, Dona G

## **Decorar o coração de Romero Britto – Dia da amizade**

### Planificação:

Atividade realizada para um dia temático, o dia dos namorados, que no lar é comemorado como o dia da amizade. Foi decidida a criação e decoração dos corações de Romero Britto. Neste trabalho existiram dois trabalhos distintos, os utentes mais dependentes decoraram o coração apenas com diversas tintas, enquanto aos utentes que apresentavam menos dificuldades de motricidade fina, foi-lhes pedido que decorassem o seu coração com diversas matérias, nomeadamente, lã e diversos retalhos de tecido.

### Execução:

Como foi afirmado anteriormente, tratou-se de uma atividade adaptada a todo o tipo de utentes. A primeira fase do trabalho foi o delinear e o corte do formato dos corações em papel de cartão. Posteriormente foi solicitado a cada utente a escolha e seleção de vários retalhos de tecido, bem como uma lã. Foi uma atividade que levou duas semanas a realizar, sendo que foi elaborada por todos os utentes.

### Avaliação:

Foi uma atividade do agrado de todos os utentes, bem como uma forma de promover a interação entre eles. Todos se ajudaram uns aos outros na seleção das cores dos tecidos e combinação da cor da lã.

“Os rolinhos de lã estão bem feitos?”

Nota de campo, 4 de Fevereiro, Dona F

“ Que tecidos tão lindos!”

Nota de campo, 5 de Fevereiro, Dona V

### **Decoração de gatos**

#### Planificação:

Atividade programada e planificada para a época de carnaval, com intuito de dar cor à decoração do lar. Foi mais uma vez uma atividade adaptada a todos os utentes que participam nas atividades da instituição.

#### Execução:

Atividade desenvolvida na temática do carnaval, todos os utentes participaram na decoração dos gatos. Esta proporcionou aos utentes a oportunidade de estimular a criatividade. Os materiais utilizados foram papel de cartão e tintas de várias cores. Consistiu na pintura das diversas peças ao gosto dos utentes e, por fim, colá-las a todas até obter o resultado final. Esta foi realizada por todos os utentes que participam nas atividades da instituição.

#### Avaliação:

Atividade do agrado dos utentes, clima muito agradável na sala de atividades. Diálogo entre os utentes acerca das cores a utilizar. Esta atividade foi realizada em pequeno grupo, devido ao espaço disponibilizado na sala de atividades, bem como à dependência dos utentes.

“Posso pintar á minha maneira?”

Nota de campo, 17 de Fevereiro, Senhor T

“Acha que está bonito?”

Nota de campo, 17 de Fevereiro, Dona J

## **Musicoterapia**

Durante o estágio foram também implementadas atividades de musicoterapia, trabalhando assim com os utentes através da música ou dos sons.

## **Bingo sonoro**

### Planificação:

Foi uma atividade criada de raiz, com a seleção de várias imagens que correspondiam a um determinado som. Os recursos utilizados foram folhas de papel com as imagens impressas e um computador.

### Execução:

Esta atividade foi realizada com os utentes em pequenos grupos, em que cada um dos utentes tinha uma folha com as diversas imagens, em seguida eram colocados os sons e os utentes tinham que os identificar e assinalar respetiva folha. Foi realizada várias vezes em semanas diferentes.

### Avaliação:

A atividade foi do agrado de todos os utentes, sendo que alguns apresentaram grandes dificuldades a identificar o som. No entanto, houve utentes que adivinharam logo à primeira. É de salientar que os sons aos quais os idosos mais interagiram eram os que estavam relacionados com os bebés, o choro e o riso.

“Faz-me lembrar o meu netinho a rir”

Nota de campo, 10 de Fevereiro, Dona E

“Coitadinho está a chorar”

Nota de campo, 10 de Fevereiro, Dona T

### **As cantigas de antigamente**

### Planificação:

Uma atividade baseada nos diversos gostos musicais dos utentes. Foram selecionadas várias músicas conhecidas e apreciadas pelos utentes. Consistiu no acompanhamento da letra com a música.

### Execução:

Atividade realizada com um grupo maior, em que todos conheciam e cantavam as músicas. Todos os utentes participaram na atividade com um grande entusiasmo. Os materiais utilizados foram colunas e um computador.

### Avaliação:

Todos os utentes demonstraram, um enorme agrado ao participar na atividade. Foi sem dúvida um sucesso.

“Gosto muito desta música”

Nota de campo, 19 de Fevereiro, Dona G

“Recordar é viver”

Nota de campo, 19 de Fevereiro, Dona F

“Lindas as músicas de antigamente”

Nota de campo, 19 de Fevereiro, Dona R

## **Estimulação cognitiva – Ateliê de Memória Ativa**

### **O elogio – dia da amizade**

#### Planificação:

Atividade dentro dos dias temáticos realizados na instituição, foi realizada em grande grupo. Consistiu em colocar num cartão um elogio para cada utente residente do lar, mesmo para aqueles que não participavam nas atividades. Finda a atividade, todos os cartões foram expostos no placar da instituição para serem lidos todos os elogios, pelos utentes e familiares.

#### Execução:

Atividade implementava numa sala com um espaço maior, pelo facto de esta possuir um maior número de utentes ao mesmo tempo. Esta foi realizada com mesas e cadeiras dispostas em círculo, para que fosse possível a visão e interação entre todos os utentes. Consistiu em vários cartões, cada um com o nome do utente residente em lar, em que todos os utentes atribuíram qualidades. O cartão passou por todos os que conseguiam e sabiam escreviam a qualidade sozinhos, os que não conseguiam tal era feito pela estagiária. No final foram lidas pela estagiária todas as qualidades atribuídas a cada utente.

#### Avaliação:

Atividade do agrado de todos os utentes, demonstraram muito entusiasmo ao atribuírem qualidades a todos os utentes. Preocupação por ainda não terem escrito a

qualidade da colega de quarto. A parte mais gratificante foi o final ao ler cada qualidade atribuída aos utentes.

“Eu ainda não escrevi nada sobre a Dona H”

Nota de campo, 14 de Fevereiro, Dona I

“Tenho muitas qualidades, obrigada a todos”

Nota de campo, 14 de Fevereiro, Dona A

“É uma senhora muito querida por todos”

Nota de campo, 14 de Fevereiro, Dona B

### **Que santo é este?**

#### Planificação:

Realizada em pequeno grupo, consistiu na seleção de vários santos, que em conversas intencionais foram registados: ou por ser o santo padroeiro do utente, ou até por ser o santo protetor. Depois da recolha das imagens dos santos, estas foram impressas. O objetivo da atividade era a identificação dos vários santos, bem como a partilha de histórias e milagres dos mesmos.

#### Execução:

Realizada na sala de atividades, e em pequeno grupo, para a existência de uma melhor concentração e aproximação. Foi atribuída uma imagem a cada utente, este tinha que a identificar, e falar sobre o dia de celebração, qual a sua vocação e onde é que celebravam a festa respetiva a cada santo.

### Avaliação:

Atividade bastante apelativa, muitos dos idosos conseguiram identificar todos os santos que lhes eram apresentados. Todos os utentes mostraram agrado no diálogo acerca dos santos, bem como na partilha de informação sobre o santo da terra de cada utente.

“A santa Luzia é a protetora da vista”

Nota de campo, 27 de Fevereiro, Dona S

“No são Brás leva-se a gancha para o rapaz”

Nota de campo, 27 de Fevereiro, Dona H

### **Recordar é viver!**

### Planificação:

Atividade planeada através das conversas intencionais, bem como todas as experiências vividas dos utentes. Muitos dos utentes eram das aldeias e tinham trabalhado no campo e esta atividade permitia estimular todas as lembranças aí aprendidas. Cada utente foi incentivado a falar acerca dos tipos de chá que conhecia, e qual a sua finalidade, vários provérbios aprendidos nas aldeias pelos mais antigos, e quais os meses ideais para as diversas sementeiras.

### Execução:

Esta atividade foi realizada na sala de atividades, em pequeno grupo. Consistiu na partilha de experiências de cada utente acerca de que tipos de chás conheciam e para que eram utilizados. Eram ditos vários provérbios e histórias da aldeia onde nasceram e foram criados. Houve também conversas acerca das hortas, tudo o que costumavam plantar, bem como os respetivos meses de sementeira, plantação e colheita. O objetivo era estimular a memória e articular um discurso coerente.

### Avaliação:

Foi uma atividade do agrado de todos os utentes, pois todos tinham experiências e todas elas muito parecidas umas com as outras.

“Eu também costumava fazer esse chá para a dor de barriga”

Nota de campo, 3 de Março, Dona Y

“Também gostava muito de semear batatas”

Nota de campo, 3 de Março, Dona G

“A vindima antigamente era uma alegria”

Nota de campo, 3 de Março, Dona S

## **Dia Mundial da Saudade**

### Planificação:

Planeada para um dia temático da instituição. Como era a celebração do dia da saudade, e como o que os utentes têm mais saudades é a da vida e dos objetos de antigamente, a atividade consistiu na seleção de várias imagens referentes a objetos antigos que eram utilizados, várias profissões que existiam e que agora infelizmente já não existem, bem como várias atividades de agricultura, como a vindima e a desfolhada.

### Execução:

Atividade realizada com um grande número de utentes, na sala de entrada do lar. Os utentes estavam dispostos em círculo, cada um na sua respetiva cadeira. Consistiu na projeção na parede de várias fotografias de objetos antigos, profissões antigas e várias atividades da agricultura. Os utentes foram então reagindo às imagens e partilhando as suas experiências antigas.

### Avaliação:

Atividade muito apreciada pelos utentes, apresentando e demonstrando o sentimento de uma certa saudade do que era viver antigamente. Em seguida serão apresentadas algumas opiniões dadas pelos utentes nesta atividade.

“Tinha um ferro de passar como esse, e passava muito bem”

Nota de campo, 31 de Janeiro, Dona H

“Tinha que se ter muito cuidado ao passar por causa das brasas não queimarem a roupa”

Nota de campo, 31 de Janeiro, Dona K

“Costurei muito nessas máquinas antigas da singer”

Nota de campo, 31 de Janeiro, Dona R

“As vindimas antigamente eram mais alegres que as de agora”

Nota de Campo, 31 de Janeiro, Dona Lídia

“Gostava tanto da altura da desfolhada, enxia-me de cantar”

Nota de Campo, 31 de Janeiro, Dona F

“Os cestos de antigamente eram de verga, bem mais pesados”

Nota de Campo, 31 de Janeiro, Dona S

### **Dominó gigante**

### Planificação:

Atividade planeada para a participação do maior número de utentes. Consistia na criação de dois grupos distintos, onde cada utente tinha uma peça de dominó. O objetivo desta atividade era incentivar a cooperação e interajuda no grupo.

### Execução:

Realizada na sala de convívio, com duas fileiras de cadeiras para ambas as equipas. É distribuída a cada utente uma peça de dominó. Inicia o jogo o utente que obtiver a peça com o número mais elevado. Posto isto, a atividade decorre com a orientadora a mencionar qual a peça que pretende, ou seja, o número de pintas que deve possuir a peça.

### Avaliação:

Do agrado da maioria dos utentes, havendo também alguns que não participaram ativamente, tendo de estar sempre a ser motivados na participação da atividade.

“Não percebo nada disto, fico sempre com peças”

Nota de campo, 28 de Fevereiro, Dona G

“A minha equipa está a ganhar 2 a 1”

Nota de campo, 28 de Fevereiro, Senhor C

## **Circuito de obstáculos de AVD'S (Atividades de Vida Diária)**

### Planificação:

Atividade planeada para que sejam estimuladas as atividades de vida diária, que muitas vezes são ocultadas dos idosos, pelo facto de as funcionárias tratarem dessa função. Foi assim, criado um circuito com várias ações dentro das atividades de vida diária. Este circuito realizado por todos os utentes individualmente, na sala de convívio da instituição.

### Execução:

O circuito foi criado na sala de convívio, enquanto os utentes tomavam o pequeno-almoço. Existiam várias tarefas a realizar, desde o estender da roupa na corda, o virar pelo direito da roupa e o dobrar, identificar o par e casear das meias e o apertar dos botões. Estas foram as tarefas realizadas por todos os utentes. Os que apresentavam maior dificuldade eram ajudados. Todos estes pontos possuíam mesas e cadeiras para que os utentes se sentissem mais confortáveis.

### Avaliação:

Esta foi considerada pelos utentes uma atividade muito útil, pois muitos deles já não se lembravam há quanto tempo não o faziam. Tentamos assim promover as atividades de vida diária, e incentivo às mesmas no quarto de cada utente.

“ Eu costumo estender a roupa do avesso, que é para o sol não lhe comer a cor”

Nota de campo, 24 de Janeiro, Dona H

“Atividade muito útil”

Nota de campo, 24 de Fevereiro, Dona A

## **Circuito de Higiene**

### Planificação:

Atividade planeada do mesmo modo que o circuito de atividades de vida diária. Consistiu na seleção de vários hábitos diários de higiene, apenas aqueles que eram de fácil conceção e higiénicos na atividade. Todos os outros eram explicados e reforçados a

experiencia da sua execução, como o exemplo da lavagem dos dentes. Todos os objetos que deste modo eram partilhados foram sempre desinfetados.

#### Execução:

Realizada na sala de convívio com mesas e cadeiras. Em cada ponto existiam várias tarefas de higiene a executar-se, nomeadamente o lavar as mãos corretamente, limpar a cara com um disco desmaquilhante, aplicar creme de rosto, pentear e deitar perfume. Os materiais utilizados foram: bacia com água (esta era trocada e desinfetada após a utilização de cada utente), sabão, escova, papel descartável, creme e perfume. Era pedido a cada utente que passasse por todos os pontos dos circuitos e executasse as tarefas. No final, foi referenciado a importância da higiene oral, bem como a demonstração da escova e pasta de dentes.

#### Avaliação:

Atividade do agrado de todos os utentes, maior facilidade de execução das tarefas nos utentes menos dependentes. Perceção de que as tarefas eram desconhecidas por alguns, pois estas eram realizadas pelas funcionárias no dia-a-dia de muitos idosos.

“Atividade de enorme importância para os utentes mais dependentes”

Nota de campo, 5 de Fevereiro, Dona G

“Muitos já nem sabiam como era bom lavar a cara”

Nota de campo, 5 de Fevereiro, Dona L

“Ai, que eu cheiro tão bem”

Nota de campo, 5 de Fevereiro, Dona H

## **Escrita á mão**

### Planificação:

Atividade planificada para incentivar e relembrar a escrita à mão. Consistiu na seleção de algumas perguntas que foram realizadas aos utentes para que lhes respondessem. Abaixo seguem-se as perguntas que foram selecionadas para a atividade:

### **Perguntas:**

Que memórias guardaria para sempre?

O que é para mim um cheiro bom?

Quem me faz rir?

Qual a minha comida preferida?

Que cores me alegam?

Qual o melhor filme da minha vida?

Quem me dá a mão?

### Execução:

Tarefa realizada na sala de entrada do lar, participação de um grande número de utentes.

Consistiu na elaboração de uma carta escrita à mão, com resposta às perguntas acima referidas. Cada utente disponibilizou uma folha com todas as perguntas a que tinham que responder e uma caneta, foram respondidas à maneira de cada um. Esta atividade teve a duração de uma manhã a ser realizada.

### Avaliação:

Atividade do agrado dos utentes que sabiam ler e escrever. Os utentes analfabetos tiveram a oportunidade de participar na tarefa com a ajuda da estagiária, pois eles

respondiam as questões e depois era escrito por ela. Notou-se uma certa dificuldade em alguns idosos na escrita das palavras, muitos já não se lembravam de algumas letras.

“Ó menina desculpe, mas eu já nem sei escrever”

Nota de campo, 27 de Janeiro, Dona G

“Tinha a letra tão perfeitinha e agora está tão feia”

Nota de campo, 27 de Fevereiro, Dona J

## **Vamos às compras**

### Planificação:

Atividade realizada em grupos pequenos, na sala de entrada do lar. Atribuição de um montante de 30 euros para a compra de comidas para as três principais refeições. Utilização dos folhetos semanais do lidl e intermarche para a seleção dos alimentos.

### Execução:

Realizada em grupos de quatro elementos, em que pelo menos um elemento tinha que saber ler e escrever. Seleção dos alimentos e os seus respetivos preços nos folhetos que lhes foram distribuídos. Um dos utentes ficava responsável por escrever os respetivos alimentos bem com o seu preço, enquanto os outros utentes opinavam sobre quais os elementos a escolher para as refeições. No final era altura de fazer as contas e ver se tinham o dinheiro suficiente para comprar os elementos ou se tinham que optar por eliminar alguns.

### Avaliação:

Atividade muito apelativa e do agrado dos utentes, pois permitiu-lhes a perceção do custo real dos alimentos, bem como a gestão e escolha das suas refeições.

“Pelas minhas contas ainda nos sobrou dinheiro para um docinho”

Nota de campo, 17 de Fevereiro, Dona T

“Já não tínhamos a noção dos preços das coisas”

Nota de campo, 17 de Fevereiro, Dona A

### **Sessões de estimulação sensorial**

#### Planificação:

Planeada para estimular os diferentes sentidos: o olfato, o paladar e o toque. Realizadas várias atividades deste tipo, promovendo assim a estimulação dos sentidos nos idosos com demência. Cada atividade correspondia a um sentido, onde foram selecionados vários objetos com várias texturas e várias especiarias.

#### Execução:

Atividade realizada em grupo na sala de atividades. Foram utilizados vários materiais, nomeadamente algodão, esfregão, pedras, plasticina, lã, papel de alumínio, recipiente com canela, café, cacau, caril, vinagre, vinho, azeite. Era solicitado aos utentes que fechassem os olhos e que cheirassem ou que colocassem a mão dentro do recipiente, para que adivinhasse o que estava a cheirar ou a tocar.

#### Avaliação:

Foi uma atividade de estimulação sensorial, para que os sentidos estejam presentes na vida dos idosos. Do agrado dos utentes, sendo que alguns demonstravam um certo receio de estar de olhos fechados sem saber o que iria acontecer.

“Tenho medo de estar de olhos fechados”

Nota de campo, 11 de Fevereiro, Dona F

“É uma coisa muito fofinha”

Nota de campo, 11 de Fevereiro, Dona G

## **Avaliação do projeto de intervenção**

Findo o projeto de intervenção, chega o momento da avaliação final. Esta, trata de refletir sobre o impacto do projeto realizado e na importância do mesmo para os respetivos idosos.

Segundo Guerra (2002, p. 185), “*avaliar implica uma finalidade operativa que visa corrigir ou melhorar*”. Desta forma, a avaliação é uma fase do projeto na qual se delimitam e adquirem informações com o objetivo de auxiliar decisões futuras de intervenção.

Os modelos de avaliação são vários, possuindo entre si diferenças e semelhanças. Por um lado, possuem o objetivo de recolher informações de apoio à intervenção e todas pretendem medir a eficácia dos projetos. Por outro lado, utilizam diferentes tipos de pesquisa para a recolha de informação e os critérios-base de apreciação são distintos.

Posto isto, neste projeto interventivo optamos por um modelo de avaliação segundo a temporalidade, visando realizar avaliações sucessivas no decorrer do projeto. Desta forma, podemos evidenciar diferentes tipos de avaliação implementados: avaliação diagnóstica ex-ante (antes da implementação do projeto, permitindo adquirir elementos para a implementação do projeto); avaliação de acompanhamento on going (durante o processo de concretização dando elementos para a sua correção); e, por fim, avaliação final ex-post (realizada após a execução do projeto, medindo os resultados e efeitos do projeto) (Guerra, 2002).

A avaliação diagnóstica (ex-ante) remete-se à fase do processo avaliativo do diagnóstico, relativo aos problemas, necessidades e características dos idosos e do contexto na qual estão inseridos.

Procedeu-se, posteriormente, à avaliação de acompanhamento (on going) que corresponde ao momento avaliativo que visa a eficácia do projeto. Ou seja, tenta perceber se as atividades implementadas atingiram os objetivos pretendidos. As técnicas de recolha

de dados utilizadas foram, as conversas informais, para conhecer a opinião dos idosos e também as notas de campo saídas do processo de observação participante que nos permitiam aferir o processo de intervenção a partir de critérios considerados.

Por fim, a avaliação final (ex post), a qual se refere à reflexão e análise do projeto de intervenção.

Os resultados de um processo avaliativo são determinados por critérios estabelecidos. Assim, o processo avaliativo terá como base a apreciação da adequação, a verificação da pertinência, a apreciação da eficácia e a apreciação da equidade (Guerra, 2002).

Quanto às atividades realizadas nos diversos ateliês, estas mostraram-se adequadas aos problemas anteriormente encontrados no seio institucional, onde o projeto foi implementado. Segundo Guerra (2002), apreciar a adequação consiste em entender se o projeto vai de encontro aos problemas existentes e à situação em que se pretende intervir. Deste modo, ressaltamos a adequação do projeto em causa visto que, através das ações desenvolvidas, conseguimos confirmar respostas eficazes aos problemas identificados. Em primeira instância, a integração dos idosos com diversas limitações no que respeita à sua funcionalidade e função cognitiva, foi um dos problemas enumerados, e para o qual o projeto se direcionou e adequou, na medida em que os idosos com défices cognitivos ou físicos estiveram presentes e participaram nas atividades realizadas. As atividades desenvolvidas com os idosos permitiram estimular algumas competências dos mesmos. A verificação da pertinência do projeto permite compreender se o mesmo se ajusta ao contexto institucional.

Relativamente à eficácia do projeto, este critério revela-se bastante importante para compreendermos em que medida os objetivos estabelecidos foram atingidos, se as ações previstas foram realizadas, e se os participantes identificados participaram na totalidade. Assim sendo, no que diz respeito às atividades, todas as que foram estipuladas e planificadas aquando do desenho do projeto, foram realizadas. No que diz respeito aos objetivos gerais, é de salientar que ambos foram atingidos. A promoção das competências cognitivas dos utentes (objetivo geral 1) foi realizada e desenvolvida nas diversas atividades implementadas. Cada ateliê tinha por base promover e desenvolver essas competências. O trabalho desenvolvido com os idosos teve um impacto diferente em cada um deles, enquanto para uns era imediatamente notório que o trabalho de estimulação

tinha algum sucesso, para outros já se tornava num processo muito mais demorado, o que fazia com que a eficácia não fosse sentida num curto período de tempo. O ateliê de Memória Ativa serve de base explicativa, pois, neste os idosos trabalharam uma diversidade de competências, nomeadamente, a memória a curto e longo prazo, trabalhar a atenção e associação. Ainda neste ateliê, no qual era necessário uma certa atenção e associação, os utentes apresentavam uma certa dificuldade. Em relação ao objetivo específico de potenciar as capacidades cognitivas dos utentes, concluímos que a intervenção não apresentou resultados muito significativos. Todavia, e sendo um projeto de estimulação cognitiva e que necessita de bastante tempo de trabalho, denotamos pequenas melhorias relativamente a alguns idosos, apesar de, no geral, não cumprirem o objetivo proposto, devido, por vezes, ao elevado grau de comprometimento cognitivo.

Desenvolver atividades de acordo com as vontades e interesses dos idosos, foi um objetivo traçado e cumprido. Contudo, no ateliê da Memória Ativa, alguns idosos manifestavam não se identificarem com algumas das atividades propostas. Nas atividades de musicoterapia, os idosos, tinham uma maior adesão e participavam com vontade e ânimo.

O impacto do projeto no seio institucional revelou-se extremamente positivo, na medida em que permitiu melhorar a vida dos idosos e mantê-los mais ativos.

Em relação à equidade, é de considerar, que o trabalho realizado foi com os idosos que habitualmente são excluídos de participar nas atividades, no entanto, consegue-se diferenciá-los positivamente, de forma que, a instituição também considere atividade quando planifica a intervenção. De facto foi pronunciado pela animadora do lar a importância dos utentes mais dependentes participarem nas atividades, e de estas serem planificadas atempadamente para eles, verificando uma maior participação e ativação dos utentes dependentes no dia-a-dia.

## CONCLUSÃO

Finda a última etapa do percurso académico, chega o momento de reflexão de todo o processo. O Mestrado de Gerontologia Social foi importante na consolidação e formação de conhecimentos teóricos no âmbito do envelhecimento, interligado à experiência e reconhecimento no campo interventivo, que este mestrado possibilitou.

O desenvolvimento de um estágio no campo gerontológico tornou-se num processo bastante desafiante e compensatório. A integração na realidade institucional superou as expectativas, na medida em que a abertura dada quer pelos idosos, como por toda a equipa de profissionais, permitiu uma rápida e fácil integração nas diversas rotinas e dinâmicas da instituição. Além disso, é de salientar a criação de laços e relações, principalmente com os idosos, sendo este um fator muito relevante no decorrer do estágio. Os idosos da ERPI mostraram ser bastantes comunicativos e de empatia fácil, o que se tornou uma mais-valia em todo o processo.

Durante o percurso do estágio nem tudo correu na perfeição. O trabalho social, por vezes, depara-se com situações delicadas e, neste caso, o contacto com personalidades por vezes, fortes, constituiu um obstáculo que tivemos que superar.

No decorrer do projeto, surgiram diversas dúvidas, em relação ao sucesso do projeto e se os idosos estariam recetivos, no entanto, tudo correu como esperado. Os idosos mostraram interesse e vontade em participar nas diversas atividades.

Um dos aspetos, por vezes, difícil de superar, foi o facto de os idosos mais dependentes que necessitam de cadeiras de rodas para a sua mobilidade, e eram deslocados com as mesmas para as refeições não se mobilizava esse recurso para a implementação do plano de atividades de animação sociocultural. Findas as refeições, as auxiliares colocavam os idosos nos cadeirões, mesmo sabendo que estes iriam participar nas atividades e que deveriam permanecer na cadeira de rodas para tal. No entanto, com a continuidade e digamos “rotina” de participarem nas atividades, foi-se superando e ultrapassando este obstáculo.

No que diz respeito aos eixos de intervenção, a criação de um plano de atividades direcionado para os idosos mais dependentes foi a base de todo este processo. As atividades desenvolvidas permitiam assim o desenvolvimento cognitivo e físico dos

utentes. Todos os ateliês implementados procuraram sempre ir de encontro com os gostos e interesses dos utentes.

Como o tempo do estágio foi curto, e conseqüentemente a duração do projeto foi igualmente curta, a verificação das melhorias cognitivas de modo significativo, não teve condições de aplicação. Daí ser importante dar continuidade a este projeto de modo a promover a participação e desenvolvimento cognitivo. Outro dos aspetos que a instituição carece, diz respeito à insuficiência de momentos que favorecem os projetos de intergeracionalidade, apenas promovidos em ocasiões especiais, como no carnaval.

É de salientar a importância do trabalho com os utentes mais dependentes, por vezes excluídos nas atividades realizadas em lar. Estes apresentam características muito distintas e limitações a nível cognitivo e físico. No entanto, para compreendermos as necessidades específicas de cada utente é necessário a aplicação de diversas escalas, para assim obter uma avaliação gerontológica multidimensional. Sem dúvida que este deve ser cada vez mais a aposta da intervenção gerontológica, pois os idosos que hoje em dia vão para o lar, estão cada vez mais dependentes. A entrada no lar é cada vez mais adiada e só existe quando o idoso já não consegue tomar conta de si, nem realizar as suas atividades de vida diária, ou quando a família não consegue dar resposta às necessidades do idoso.

Contudo, o estágio poderia ter sido prolongado, pois a ideia inicial era também a realização de um estágio profissional, para assim poder dar continuidade ao projeto, no entanto, não foi possível devido ao surgimento da epidemia COVID-19, o que fez com que fossem cancelados todos os estágios. De um modo geral o balanço que se pode retirar de todo este processo é bastante positivo e permitiu um grande crescimento pessoal, académico e profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ander-Egg, E. (2000). *Metodología y Práctica de la Animación Sociocultural*. Editorial CCS.
- Carta Social. (2020). Equipamentos e Capacidade Total no Concelho de Vila Real. Disponível em: [http://www.cartasocial.pt/resultados\\_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod\\_distrito=17&cod\\_concelho=14&cod\\_freguesia=0&cod\\_area=21&cod\\_valencia=2107&nome=&localpostal=&temCert=false](http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod_distrito=17&cod_concelho=14&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=2107&nome=&localpostal=&temCert=false) (Consultado a 20 de Novembro de 2020)
- Fialho, J., Silva, C. A., & Saragoça, J. (2017). *Diagnóstico Social: Teoria, Metodologia e Casos Práticos*.
- GNR. (7 de Novembro de 2020). Obtido de [www.gnr.pt](http://www.gnr.pt)
- Goffman, E. (1961). *Manicómios, Prisões e Conventos*. Perspetiva.
- Gubrium, J. F. (1997). *Living and Dying at Murray Manor*.
- Guedes, J. (2012). *Viver num Lar de Idosos - Identidade em Rico ou Identidade Riscada?*
- Guerra, I. C. (2002). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Ação- O Planeamento em Ciências Sociais*. Príncipia Editora, Lda.
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos - Actividades*.
- Lopes, M. d. (Fevereiro, 2008). *Animação Sociocultural em Portugal*. Amarante: Intervenção- Associação para a Promoção e Divulgação Cultural.
- Martins, E. C. (2013). *Gerontologia & Gerontagogia e Animação Sociocultural em Idosos*. Lisboa: Editorial Cáritas.
- Pereira, M. N. (2016). *Envelhecimento e Avaliação Gerontológica Multidimensional: Um estudo de base comunitária no município de Vizela*.
- PORDATA. (2019). Índice de Envelhecimento a nível Nacional. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%8dndice+de+envelhecimento-458> (Consultado a 20 de Agosto de 2020)
- PORDATA. (2019). Índice de Envelhecimento, região Norte. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%8dndice+de+envelhecimento-458> (Consultado a 20 de Agosto de 2020)
- PORDATA. (2019). Índice de Envelhecimento, Vila Real. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%8dndice+de+envelhecimento-458> (Consultado a 20 de Agosto de 2020)
- Portaria nº 67/2012, de 21 de Março. Diário da República, Nº 58, Série I. Lisboa: Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/553657/details/maximized> (Consultado a 25 de Outubro de 2019)

Santa Casa da Misericórdia de Vila Real. (2019). Disponível em: [https://www.scmvr.pt/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=72&Itemid=470&lang=pt](https://www.scmvr.pt/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=72&Itemid=470&lang=pt) (Consultado a 30 de Setembro de 2019)

Santos, F. A. (2016). *Isolamento Social - Um Projeto de Intervenção de Enfermagem Comunitária nos(as) idosos(as) da USF Tejo*. Lisboa.

Segurança Social. (2016). Conceito de Estrutura Residencial. Disponível em: <http://www.seg-social.pt/idosos> (Consultado a 19 de Setembro de 2019)

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

Silva, A. S., & Pinto, J. M. (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*.

Social, C. (2018). *Rede de Serviços e Equipamentos - Relatório*.

Sousa, J. G. (2013). Temporalidade e Envelhecimento: como superar as perdas emocionais profundas? O papel da Animação Sociocultural. Em J. D. Pereira, M. d. Lopes, & T. M. Rodrigues, *Animação Sociocultural, Gerontologia e Geriatria: A Intervenção social, cultural e educativa na Terceira Idade*. Chaves: Intervenção- Associação para a promoção e divulgação cultural.

Trilla, J. (2004). *Animação Sociocultural: Teorias, Programas e Âmbitos*.

Viveiros, A. L. (2018). O Envelhecimento enquanto tempo social, a educação intergeracional como projeto comunitário e expressões artísticas: uma visão global sustentada na animação sociocultural . Em A. M. Magalhães, J. D. Pereira, & M. d. Lopes, *A Animação Sociocultural e a Educação Intergeracional no contexto do envelhecimento rural e urbano: atividades, técnicas, métodos e estratégias para uma vida ativa*. Chaves: Intervenção- Associação para a Promoção e Divulgação Cultural.

Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: Aspectos Biopsicossociais* . Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

**Anexo I – Regulamento da Resposta Social de Estrutura Residencial para Idosos do Lar Imaculada Conceição**



## CAPÍTULO I

### ÂMBITO DE APLICAÇÃO

#### Artigo 1º

O presente regulamento aplica-se ao funcionamento interno do Lar da Imaculada Conceição, adiante designado, abreviadamente, por Lar, sito na Rua Pe António Augusto Vilela, Freguesia de Lordelo, Concelho de Vila Real.

## CAPÍTULO II

### NATUREZA E FINS

#### Artigo 2º

O Lar é um estabelecimento criado pela Santa Casa da Misericórdia de Vila Real, no cumprimento dos seus objectivos estatutários, e destina-se a alojamento e prestação de serviços a pessoas idosas.

#### Artigo 3º

Sem prejuízo das competências próprias do(a) Director(a) Técnico(a), cabe à Santa Casa da Misericórdia de Vila Real, através da Mesa Administrativa, a responsabilidade pelo funcionamento e administração do Lar, bem como adoptar o modelo de gestão e funcionamento que entenda por mais adequado.

#### Artigo 4º

São objectivos transversais do Lar:

- a) Responder às necessidades de auto-estima e segurança dos utentes, contribuindo assim para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;
- b) Respeitar a independência, individualidade e privacidade dos utentes;
- c) Proporcionar o equilíbrio bio-psico-social do utente;
- d) Evitar o isolamento, proporcionando contactos com o exterior através do convívio e outras iniciativas com diferentes grupos etários, bem como promover a sua inserção junto da Comunidade;

e) Colocar à disposição dos utentes formas adequadas de ajuda que não possam ter na sua família;

f) Promover a continuidade ou o reavivar dos laços familiares, diligenciando para que os familiares não esqueçam os seus deveres em relação aos idosos, mantendo estreita ligação com eles;

g) Responder às necessidades básicas individuais, nomeadamente, de alojamento, saúde, alimentação, higiene e conforto pessoal.

### **CAPÍTULO III**

#### **ADMISSÃO**

##### **Artigo 5º**

A admissão dos utentes é da responsabilidade da Mesa Administrativa, com base em informação e parecer do(a) respectivo(a) Director(a) Técnico(a), constantes em documento próprio que fará parte integrante do processo individual de cada utente.

##### **Artigo 6º**

1. Serão admitidas quaisquer pessoas, sem distinção de sexo, raça, origem, religião ou condição social, desde que reúnam as seguintes condições:

a) Ter idade igual ou superior a 60 anos, salvo casos excepcionais a considerar individualmente;

b) Não ser portador de doença infecto-contagiosa, do foro psíquico e/ou neurológico que prejudique a saúde, segurança e sossego dos demais, e perturbe o normal funcionamento do Lar.

2. São factores referenciais de preferência na admissão, por ordem decrescente:

a) Irmãos da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real ou familiares directos;

b) Não existência de familiares com possibilidades de proporcionar ao utente bem-estar bio-psico-social;

c) Situação económica mais débil, viver em condições degradadas e/ou a viver isolado;

d) Residentes ou naturais do Concelho de Vila

e) Residentes ou naturais da Diocese de Vila Real;

#### Artigo 7º

O candidato a utente deve ter alguém responsável por ele e pelos encargos patrimoniais emergentes, que, por escrito e com assinatura a reconhecer notarialmente, assumam tal obrigação, salvo casos singulares especiais a resolver pela Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real.

#### Artigo 8º

1. O candidato a utente, por si próprio ou por quem legalmente supra a sua vontade, solicitará a sua admissão no Lar mediante preenchimento de ficha de inscrição, onde conste a sua identificação, situação familiar, números de contactos telefónicos de familiares e responsáveis, bem como qualquer outra informação relevante.

2. A ficha de inscrição será registada pela secretaria em livro próprio ou por meio informático.

3. O processo de entrada do candidato a utente deverá ser acompanhado dos seguintes elementos:

a) Declaração médica comprovativa da inexistência de doença infecto-contagiosa, ou mental, que prejudique o normal funcionamento do Lar, segurança e saúde dos utentes, bem como o resumo do processo clínico do candidato, elaborado pelo médico assistente habitual;

b) Microrradiografia ou RX-Torax PA.;

c) Electrocardiograma (efectuado nos últimos 30 dias);

d) Análises Clínicas (Ionograma, colesterol, hemograma, creatinina, glicose, ureia, ácido úrico, urina tipo 2 ) (efectuado nos últimos 30 dias);

e) Fotocópia do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão, Cartão de Contribuinte, Cartão do Serviço Nacional de Saúde, Cartão de Beneficiário do (sub) Sistema de que usufrui;

f) Fotocópia do documento comprovativo do rendimento económico do requerente (declaração do IRS e documento da reforma e pensões);

g) Declaração de outros rendimentos qualquer que seja a sua origem;

h) Três fotografias (tipo passe);

i) Certidão narrativa de nascimento;

j) Declaração de que tomou conhecimento do Regulamento Interno do Lar.

4. Todos os compromissos, assumidos pelo utente, ou por quem o represente no acto da elaboração do processo de internamento, têm de ser cumpridos antes da entrada no Lar.

5. As falsas declarações, ou a consciente omissão de qualquer informação ou rendimentos, anulam a admissão.

#### **Artigo 9º**

O/A Director (a) Técnico (a) organizará o processo do candidato, onde constará toda a informação e documentação do candidato, à excepção dos documentos referidos nas alíneas a) b) c) d) e e) do número 3 do artigo anterior, que deverão ser entregues pelo utente, em envelope fechado que será, de imediato, remetido para o Gabinete Médico com vista à instrução do processo individual de saúde do utente.

#### **Artigo 10º**

O processo do candidato será analisado pelo(a) Director(a) Técnico(a) que realizará o competente relatório sócio-familiar do candidato, após avaliação do mesmo.

#### **Artigo 11º**

O processo individual de saúde do candidato será analisado pelo(a) Médico(a) do Lar, o qual emitirá parecer.

#### **Artigo 12º**

O (a) Director(a) Técnico(a) enviará, depois de concluído, o processo do candidato, o parecer médico e o relatório sócio familiar, à Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real.

#### **Artigo 13º**

1. A Mesa Administrativa, depois de analisar todos os documentos, deliberará sobre a admissão do utente no Lar, e essa decisão será comunicada ao candidato, ou seu responsável legal.
2. O candidato a utente, se for admitido, será convocado para se apresentar no prazo máximo de quinze dias.
3. Se o candidato não se apresentar, será considerado como desistente.

#### **Artigo 14º**

1. No acto de admissão, serão assinados pelo Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real, ou por quem o substitua, pelo utente, ou por quem legalmente supra a sua

vontade, e pelo responsável pelo pedido da sua admissão, conforme os casos, os seguintes documentos:

- a) Documento comprovativo da recepção do Regulamento Interno do Lar;
- b) Contrato de alojamento e prestação de serviços;
- c) Termo de Responsabilidade, a que alude o artigo 7º do presente regulamento interno.

2. Poderá ser exigida prestação de caução no acto de admissão, quando for julgada necessária ou conveniente, num valor a combinar entre as partes, consoante as circunstâncias; esta quantia é devolvida quando o utente deixar o Lar, após o acerto de contas.

#### Artigo 15º

1. A admissão do utente será registada em livro próprio, e por meios informáticos, destinado a registar o nome dos utentes, a idade, a data de entrada, a data de saída e o motivo desta.
2. Independentemente do processo de cada utente, será elaborada igualmente ficha única do utente onde constarão, essencialmente, as seguintes informações:
  - a) Nome, data de nascimento, estado civil e nacionalidade;
  - b) Nome, endereço e telefone de familiar ou de outra pessoa a contactar em caso de necessidade;
  - c) Indicação do médico assistente, com nome, morada e telefone;
  - d) Outras informações relevantes.

### CAPÍTULO IV SERVIÇOS PRESTADOS

#### Artigo 16º

O Lar da Imaculada Conceição presta os seguintes serviços:

- Alojamento em quarto com casa de banho privativa;
- Alimentação;
- Cuidados de higiene e conforto pessoal;
- Cuidados Médicos (Clínica Geral);
- Cuidados gerais de enfermagem;
- Lavagem e tratamento usual de roupas;

- Limpeza e arrumação de quartos;
- Animação e ocupação adequada a cada utente;
- Apoio em deslocações ao exterior em casos esporádicos;
- Serviço de barbeiro/cabeleireiro.

## **CAPÍTULO V**

### **COMPARTICIPAÇÃO FINANCEIRA**

#### **Artigo 17º**

As comparticipações dos utentes e/ou suas famílias são estudadas tendo em conta as especificidades de cada caso, respeitando, sempre, tanto quanto possível, as normas reguladoras das comparticipações da Segurança Social, não esquecendo, também, o espírito e os princípios que regem esta Misericórdia.

#### **Artigo 18º**

1. A mensalidade deverá ser paga, por débito em conta, transferência bancária ou directamente nos Serviços Administrativos da SCMVR, até ao dia 10 do mês a que se refere.
2. O incumprimento do prazo, estipulado no número anterior, poderá dar origem a rescisão do contrato por parte da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real, por incumprimento contratual, sem prejuízo da constituição em mora do utente ou seu responsável.

#### **Artigo 19º**

- 1 - A mensalidade será actualizada no início de cada ano civil, em consequência do aumento do custo de vida e dos serviços, sendo disso notificado o utente e/ou os seus responsáveis, com antecedência nunca inferior a trinta dias, sendo necessário que o utente, ou familiar / responsável, faculte os documentos (fotocópia da pensão e/ou reforma, bem como declaração de IRS).
- 2 - O utente ou responsável deve facultar à Instituição os documentos comprovativos de rendimentos (qualquer que seja a sua origem) que lhe forem solicitados pelos serviços, caso contrário, a Mesa Administrativa poderá fixar a mensalidade, sem ter em conta os referidos rendimentos.

#### Artigo 20º

1. O cálculo do rendimento “per capita” do agregado familiar é realizado de acordo com a seguinte fórmula:

$$R = \frac{RF - D}{N}$$

R = Rendimento “Per Capita”  
RF = Rendimento Mensal Iíquido do agregado familiar  
D = Despesas fixas  
N = Nº elementos do agregado familiar

2. O valor do rendimento mensal ilíquido do agregado familiar é o duodécimo da soma dos rendimentos anualmente auferidos, a qualquer título, por cada um dos seus elementos.

3. Consideram-se despesas mensais fixas do agregado familiar:

a) o valor das taxas e impostos necessários à formação do rendimento mensal líquido, designadamente do imposto sobre o rendimento e da taxa social única;

b) as despesas com aquisição de medicamentos de uso continuado, em caso de doença crónica e confirmada pelo médico do Lar.

4. Os custos com fraldas, medicamentos, consultas médicas particulares, transportes a qualquer título e funerais, estão a cargo do utente e/ou do responsável indicado no processo do utente.

5. A comparticipação familiar mensal, isto é, o montante que o utente comparticipará pela prestação de serviços do Lar, é de 70% do rendimento “per capita” qualquer que seja a sua origem, podendo a mesma ser elevada até 85%, desde que ao utente tenha sido atribuída a situação de dependência de 1º grau ou a tenha requerido.

6. No dos utentes sem atribuição do complemento de dependência de 1º grau a percentagem a aplicar sobre o rendimento per capita deverá ser ajustada com base no nível de dependência do utente, numa percentagem que poderá ir aos 84%, ajustada em conformidade com os instrumentos de trabalho que definem o grau de autonomia / dependência (anexo I)

7. Cada utente comparticipará uma percentagem sobre o seu rendimento per capita, à qual se somará a comparticipação dos descendentes de 1º grau ou outros herdeiros legais, de acordo com o Protocolo de Cooperação para 2011/2012, assinado entre a União das Misericórdias Portuguesas e o Instituto de Segurança Social, sendo esta comparticipação actualizada anualmente.

## Artigo 21º

### Serviços não incluídos na mensalidade

Os utentes podem usufruir de outros serviços e bens, não incluídos na mensalidade, a serem debitados, em separado, no final do mês, ou pagos no momento, pelo utente ou seu responsável, designadamente:

- a) Chamadas telefónicas;
- b) Transportes em ambulância ou qualquer outro tipo de viatura;
- c) Calista;
- d) Podologia
- e) Fisioterapia
- f) Aluguer de aparelhos hospitalares;
- g) Próteses e ortóteses;
- h) Análises e meios complementares de diagnóstico;
- i) Tratamentos de enfermagem;
- j) Materiais de enfermagem, algafiações, pensos, soros e medicamentos;
- k) Consultas médicas de urgência, ou a pedido do utente, seu responsável ou familiares;
- j) Serviços de barbeiro e cabeleireiro, de acordo com o equipamento e horários estabelecidos;
- k) Fraldas;
- l) Outros serviços especiais não previstos no presente regulamento, ou no contrato de prestação de serviços.

## CAPÍTULO VI

### DIREITOS DO UTENTE

#### Artigo 22º

Sem prejuízo das regras genericamente estabelecidas neste Regulamento, os utentes do Lar têm, como contrapartidas:

- a) A utilização do quarto, com casa de banho privativa, ou casa de banho assistida, se o seu estado de saúde assim o aconselhar;

- b) A alimentação composta por pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia, de acordo com o horário estabelecido;
- c) Os serviços de limpeza e higiene pessoal quando impossibilitados de realizar por si próprios;
- d) Receber chamadas telefónicas;
- e) Os serviços usuais de lavandaria e rouparia (pequenos consertos) com excepção de roupa que exija tratamento especializado;
- f) Manter no seu quarto fotografias, imagens ou objectos de estima pessoal e de uso corrente, sempre, sem prejuízo dos demais utentes e sem danificar mobiliário e as paredes.
- g) Os serviços médicos e de enfermagem gerais do Lar, no horário pré-estabelecido e afixado à entrada no gabinete médico;
- h) Verem integralmente cumprido o plano de actividades, orientados por animador social;
- i) Outros direitos que, por contrato, lei ou pelo presente regulamento, estejam incluídos no valor da mensalidade.

## CAPÍTULO VII

### ALOJAMENTO

*Importante*

#### Artigo 23º

Os utentes podem ser admitidos em regime comum, singular e casal:

- no regime comum o quarto é utilizado por duas pessoas do mesmo sexo, ou três, tratando-se de um quarto duplo ou triplo;
- no regime singular, o quarto é utilizado por uma só pessoa;
- no regime de casal, o quarto é utilizado por um casal.

#### Artigo 24º

O alojamento, que será proporcionado em condições adequadas, compreende não só os aposentos em quarto, com casa de banho privativa, que lhe seja atribuído, mas, também, as instalações sanitárias, espaços de convívio, salas de estar, sala de refeições.

## CAPÍTULO VIII

### ALIMENTAÇÃO

#### Artigo 25º

1. Os utentes têm direito às seguintes refeições diárias:

- a) Pequeno-almoço e lanche, os quais serão normalmente compostos de leite, ou chá ou iogurte, ou café e pão com manteiga, ou doce/compota, ou queijo, ou fiambre;
- b) Almoço e Jantar, compostos, respectivamente, por sopa, um prato de peixe ou carne, e fruta ou doce;
- c) Ceia, composta por leite ou chá ou iogurte e bolachas.

2. A ementa será afixada à entrada do refeitório, bem como na recepção.

3. Serão sempre integralmente respeitadas as dietas específicas e personalizadas, desde que prescritas pelo médico assistente do Lar e aprovadas pelo Director (a) Técnico (a).

#### Artigo 26º

Outra alimentação especial, do género macrobiótica ou vegetariana, será analisada caso a caso, tendo tratamento económico de excepção, responsabilizando-se o utente, ou seu responsável, pelo encargo acrescido daí resultante.

#### Artigo 27º

a) É vedado ao utente conservar no quarto alimentos ou bebidas, à excepção de água e doces secos, conservados em recipientes próprios.

b) É vedado ao utente trazer alimentação que não seja confeccionada no Lar e da responsabilidade do mesmo.

#### Artigo 28º

Deverão ser respeitados os seguintes horários para fazer refeições:

Peq.-Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia
09h	12:30h	16h	19h15m	22h

*Importante*

Os utentes, que, por algum motivo, estejam incapazes de fazer refeições por si e necessitem de ajuda para se alimentar, farão as refeições num horário diferente de modo a usufruir de um acompanhamento personalizado;

Peq.-Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia
09h	12h	16h	18h45m	22h

## CAPÍTULO IX

### VISITAS, SAÍDAS E RELAÇÕES COM A FAMÍLIA

#### Artigo 29º

É essencial ao bem-estar dos utentes a sua inserção na comunidade, a continuidade ou o reavivar dos laços familiares, devendo o Lar diligenciar para que os familiares não esqueçam os seus deveres em relação aos idosos, mantendo estreita ligação com eles, visitando-os regularmente, levando-os a passear e levando-os periodicamente a suas casas.

#### Artigo 30º

Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, o responsável pelo utente será sensibilizado a levá-lo a passar um dia por mês no convívio familiar, principalmente nos dias de Páscoa, Consoada e Natal.

#### Artigo 31º

1. O período normal de visitas é, diariamente, das 14h às 18h00.
2. Excepcionalmente, familiares e amigos dos utentes, vindos de longe, podem visitá-lo fora do horário normal, desde que não perturbem o descanso do utente, o ambiente e funcionamento do Lar e mediante autorização do(a) Director (a) Técnico (a).

#### Artigo 32º

1. Os utentes receberão as visitas nas salas destinadas para o efeito.
2. Poderão igualmente receber as visitas no seu próprio quarto se estiverem acamados, mediante autorização.

3. O acesso aos quartos, por parte dos familiares, amigos ou visitas, carece da autorização do Director (a) Técnico (a).

#### **Artigo 33º**

Os utentes podem convidar alguns familiares mais próximos, ou amigos mais íntimos, para passar todo ou parte do dia com eles, podendo, inclusive, fazer as refeições com eles, desde que avisem, pelo menos, no dia anterior e mediante pagamento da refeição.

#### **Artigo 34º**

1. Salvo menção expressa no Termo de Responsabilidade pelos familiares ou responsável, os utentes, independentes e cujo estado de saúde física e mental o permita, poderão sair e entrar no Lar sempre que o desejarem, entre as 09h00 e as 19h00, sendo, contudo, aconselhável que informem o(a) Director(a) Técnico(a) dos sítios para os quais pretende ir e, se possível, onde pode ser contactado.
2. Salvo menção expressa no termo de Responsabilidade, os utentes dependentes apenas podem sair do Lar quando acompanhados pela família ou responsável, entre as 09h30m e as 18h30m.
3. No caso do familiar / responsável não permitir a saída do utente deverá fazer chegar, por escrito, essa informação à (ao) Director(a) Técnico(a).
4. Fora destes horários, deverão, obrigatoriamente, avisar previamente a hora a que pretendem sair e a que horas pretendem regressar.

#### **Artigo 35º**

Os utentes devem avisar sempre que prevejam não tomar qualquer refeição em virtude da saída.

#### **Artigo 36º**

Durante o período da saída, os utentes, bem como os familiares<sup>2</sup> ou responsável, assumirão toda a responsabilidade por tudo quanto possa acontecer no exterior, não sendo imputável ao Lar da Imaculada Conceição e à Santa Casa da Misericórdia de Vila Real qualquer responsabilidade por falta de vigilância.

**Artigo 37º**

As saídas e as ausências, mesmo por motivos de férias, não dão direito a qualquer redução no valor da mensalidade.

**CAPÍTULO X**

**ROUPAS**

**Artigo 38º**

A roupa pessoal dos utentes, bem como calçado, deve ser sempre adquirida pelo próprio utente, pelos seus familiares ou responsáveis.

**Artigo 39º**

1. A roupa pessoal dos utentes deve ser marcada pelo utente, por seu familiar ou responsável, de acordo com as indicações fornecidas pelo Lar.
2. Caso tal não seja possível, serão marcadas, de imediato, pelos funcionários do Lar, afectos aos serviços de Rouparia e Lavandaria.

**Artigo 40º**

Na medida do possível, a roupa de uso corrente do utente será guardada em roupeiros instalados no respectivo quarto, e a excedente na rouparia, em lugar individualizado aonde o utente tenha acesso, acompanhado pelo funcionário responsável.

**Artigo 41º**

A limpeza e tratamento de roupa, além do vulgar, serão executados em casas de especialidade e por conta do utente.

**CAPÍTULO XI**

**OCUPAÇÃO DE TEMPOS LIVRES**

**Artigo 42º**

Dentro do possível, e mediante orientação de pessoal técnico qualificado, serão tomadas todas as providências para que os utentes possam beneficiar de uma ocupação terapêutica adequada e de actividades sócio-culturais e recreativas apropriadas.

**Artigo 43º**

1. O Plano de Actividades é elaborado anualmente, através do levantamento dos interesses dos utentes e de acordo com os recursos do Lar da Imaculada Conceição.
2. As actividades lúdicas são realizadas nos dias úteis das 9h-12:30h e das 14h-17:30h, salvo algum impedimento de força maior.

**Artigo 44º**

Sempre que possível os familiares poderão participar na elaboração e execução das actividades.

**CAPÍTULO XII**

**DINHEIRO E VALORES DOS UTENTES**

**Artigo 45º**

1. Os objectos de valor e elevadas somas de dinheiro deverão ser depositados ou confiados a Instituição Financeira, ou ficar na posse dos familiares ou responsável do utente.
2. Só, por razões excepcionais e temporariamente, poderá a Secretaria do Lar tomar à sua guarda pequenos valores, mediante recibo, ficando, nestes casos, registados em nome do utente.

**Artigo 46º**

O Lar da Imaculada Conceição não se responsabiliza por perda ou desaparecimento de dinheiro, objectos ou valores na posse dos utentes, desde que os mesmos não tenham sido entregues ao (à) Director(a) Técnico (a), mediante recibo, ficando (o) nestes casos, registado em nome dos utentes.

### **CAPÍTULO XIII**

#### **HIGIENE DOS UTENTES E DO LAR**

##### **Artigo 47º**

Os utentes devem ser incentivados a que o banho faça parte dos seus cuidados diários de higiene.

Em caso de impossibilidade física do utente em cuidar sozinho da sua higiene pessoal, o Lar proporciona-lhe, no seu próprio aposento, todos os cuidados necessários, à excepção do banho que será prestado na casa de banho assistida.

##### **Artigo 48º**

A limpeza das instalações, incluindo os quartos e casa de banho privativas, será efectuada diariamente pelo pessoal do Lar, ao qual incumbirá, igualmente, o tratamento da roupa em geral, incluindo a roupa de uso pessoal e de cama dos utentes.

### **CAPÍTULO XIV**

#### **ASSISTÊNCIA RELIGIOSA**

##### **Artigo 49º**

1. Para além de Eucaristia católica, celebrada, semanalmente, nas instalações do Lar para os utentes e funcionários, que nela queiram estar presentes, poderá o utente solicitar qualquer outra assistência, católica ou não, que será providenciada.
2. Em caso de incapacidade do utente, pode tal assistência ser prestada a pedido dos seus familiares.

### **CAPÍTULO XV**

#### **ASSISTÊNCIA MÉDICA**

##### **Artigo 50º**

O Serviço de Saúde é da responsabilidade do pessoal médico e de enfermagem contratado pela Santa Casa da Misericórdia de Vila Real para esse fim e em conformidade com o horário a definir pela Mesa Administrativa.

#### Artigo 51º

Quando o utente e/ou seu responsável pretender ser assistido por pessoal médico estranho aos serviços da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real, devem declarar por escrito essa pretensão, assumindo toda a responsabilidade por tal acto.

#### Artigo 52º

1. Será assegurado serviço de enfermagem.
2. A assistência médica será assegurada por um(a) médico(a) de clínica geral que, semanalmente, em horário a afixar à porta do gabinete médico, indicará quais os dias de semana em que estará nas instalações do Lar.
3. Sem prejuízo do disposto no número anterior, o(a) médico(a) deslocar-se-á ao Lar sempre que necessário.

#### Artigo 53º

*Importante*

1. Cada utente possui um processo individual de saúde, o qual só poderá ser consultado e actualizado pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) do Lar, podendo ainda ser consultado pelo utente e pelos familiares ou responsável, mediante autorização.
2. É responsabilidade do utente, dos seus familiares ou responsável, a transferência do processo clínico do utente para o Centro de Saúde da área do Lar.

#### Artigo 54º

Em caso de doença, o utente tem direito a permanecer acamado e a que lhe sejam prestados todos os cuidados necessários.

#### Artigo 55º

1. Em caso de urgência ou emergência, o utente será enviado à Urgência Hospitalar.
2. Outras situações de doença, quando referenciados pelo(a) médico(a) do Lar, poderão levar igualmente a que o utente seja enviado a Unidade de Saúde, devendo ser acompanhado por um familiar ou responsável, que será avisado com a antecedência possível.

#### **Artigo 56º**

1. À família do utente e/ou ao seu responsável cabe acompanhar o utente às unidades de saúde ou a consultas médicas, sendo, devida e previamente, avisados pelo(a) Director(a) Técnico(a) ou Encarregada do Lar / Funcionária, caso a secretaria se encontre fechada.
2. Se não for possível o contacto, por motivos alheios ao Lar, ou houver necessidade de medidas urgentes, em caso de acidente, doença grave ou outra, o Lar providenciará pelo acompanhamento do utente, com as despesas inerentes a cargo do utente, família ou responsável.

#### **Artigo 57º**

Se a deslocação do utente a qualquer unidade de saúde ou a consulta médica coincidir com os horários das refeições, ser-lhe-ão estas servidas, excepcionalmente, em horário diferenciado, desde que necessidade de jejum para efeitos de análises clínicas ou utilização de meios complementares de diagnóstico o impeçam.

#### **Artigo 58º**

Em caso de internamento hospitalar, o utente continuará a pagar a mensalidade do Lar, salvo se este (ou seu responsável) declarar que pretende deixar o Lar, devendo, contudo, ser respeitado o disposto no artigo 67º deste regulamento.

#### **Artigo 59º**

1. Em caso de o utente desenvolver doença infecto-contagiosa ou do foro psíquico e/ou neurológico que prejudique a saúde, segurança e sossego dos utentes, e o normal funcionamento do Lar, deverá a família ou o responsável promover a imediata retirada do utente do Lar.
2. No caso previsto no número anterior, o utente apenas poderá ser readmitido no Lar depois de cura comprovada por atestado do médico da especialidade que o tratou e com a assinatura reconhecida notarialmente.

#### **Artigo 60º**

1. Os medicamentos são adquiridos por receita médica e pelo Sistema ou Subsistema de Saúde que o utente usufruir, e pagos por este ou pelo seu responsável.
2. Os utentes não terão à sua guarda medicamentos, sendo expressamente proibida a entrada de qualquer medicamento sem a devida autorização do médico assistente e/ou Director(a) Técnico(a).

3. Não é permitido às visitas, familiares ou responsável, facultarem directamente ao utente qualquer tipo de medicamentos.

## **CAPÍTULO XVI**

### **FALECIMENTO DO UTENTE**

#### **Artigo 61º**

1. Em caso de falecimento do utente, o Lar deverá comunicar, de imediato, à família do utente, ou o seu responsável, que terá de proceder à remoção do corpo, no próprio dia.
2. Não existindo nem família, nem responsável, nem herdeiros legais, o funeral será realizado pela Santa Casa da Misericórdia de Vila Real para o cemitério local.

#### **Artigo 62º**

1. As contas consideram-se imediatamente fechadas no próprio dia do óbito, sem qualquer devolução da mensalidade já paga ou em dívida, qualquer que seja o dia do mês, ou seja, a partir do dia 1, inclusive, do mês a que se refere a mensalidade.
2. Todas as despesas não incluídas na mensalidade serão pagas à parte, à data do falecimento.

## **CAPÍTULO XVII**

### **DISCIPLINA DE FUNCIONAMENTO DO LAR**

#### **Artigo 63º**

1. São Direitos dos utentes:
  - a) A utilização exclusiva das instalações privativas que lhe foram atribuídas, bem como à utilização dos espaços comuns;
  - b) A alimentação correcta e equilibrada;
  - c) Assistência médica gratuita, nas horas e dias destinados para o efeito;
  - d) Ver integralmente assegurada a limpeza e higiene pessoal, assistida se necessário;
  - e) Ter a sua roupa sempre limpa e arranjada;

- f) Ter no quarto utensílios e adornos pessoais;
- g) Ter assistência espiritual e religiosa;
- h) Sair para passear e a receber visitas, nos termos estipulados no presente regulamento;
- i) Ver assegurado que lhe seja prestado um tratamento digno, independentemente da sua fragilidade pessoal;
- j) Dispor de pessoal qualificado de modo a assegurar a melhor qualidade de vida possível;
- l) Ver garantido o respeito pelas suas convicções políticas, culturais, religiosas, emocionais e sociais;
- m) Ter a sua privacidade assegurada;
- n) Ter conhecimento e informação dos serviços proporcionados pelo Lar;
- o) Ver cumpridos todos horários estipulados;
- p) Todos os demais que por lei, pelo presente regulamento ou pelas disposições contratuais, lhe são reconhecidos e atribuídos.

2. São Deveres dos utentes:

- a) Cumprir os regulamentos e normas do Lar;
- b) Pagar pontualmente a mensalidade e despesas extra mensalidade a que tiver dado azo;
- c) Não colocar nas paredes das instalações pregos, quadros, estampas, etc., sem prévia autorização;
- d) Não ter nos seus aposentos alimentos, à exceção dos previstos no presente regulamento e os que forem aconselhados por prescrição médica ou do dietista;
- e) Não ter em funcionamento, nos seus aposentos, aparelhos de som e imagem depois das 22h00, a não ser que devidamente autorizado;
- f) Não produzir barulho que perturbe o sossego dos demais utentes;
- g) Não adquirir ou trazer para as instalações do Lar bebidas alcoólicas, para seu consumo ou de outros utentes;
- h) Não receber das visitas qualquer tipo de alimentos ou bebidas, sem conhecimento e autorização dos responsáveis;
- i) Não gratificar por qualquer forma, por si ou por terceiro, funcionários do Lar ou da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real;

- j) Não solicitar a nenhuma visita ou familiar que gratifique, por qualquer forma funcionários do Lar ou da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real;
- k) Não acender velas ou lamparinas nos aposentos, bem como não permanecer com as luzes acesas depois das 23h00, excepto se autorizado;
- l) Não instalar aparelhos eléctricos nos seus aposentos sem prévia autorização;
- m) Não fumar nos quartos e instalações do Lar, à excepção das zonas reservadas para o efeito;
- n) Não levar alimentos para fora da sala de refeições, sem autorização;
- o) Manter um comportamento que se pautar pelas normas morais e de convivência social normalmente aceites;
- p) Abster-se de comportamentos que, por qualquer forma, possam lesar os restantes utentes, trabalhadores, visitas e o regular funcionamento do Lar, bem como, da posse de instrumentos de corte (navalhas, facas, tesouras, etc);
- q) Manter livre acesso aos quartos;
- r) Todos os demais a que, por lei, pelo presente regulamento e pelas disposições contratuais, está obrigado.

#### Artigo 64º

1. Sempre que um utente, e/ou responsável, e/ou seu familiar, e/ou visitas, tenham um comportamento que, de algum modo, prejudique a tranquilidade, segurança e sossego dos demais utentes ou funcionários, ou o correcto funcionamento e bem-estar necessários no Lar, pode ser objecto de um processo de averiguação, a instaurar pela Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real.

2. A confirmação da infracção, poderá dar lugar à aplicação de uma das seguintes situações:

- a) Advertência Verbal;
- b) Advertência por escrito;
- c) Advertência por escrito e comunicação da infracção à família e/ou responsável pelo utente;
- d) Condicionar a entrada no Lar da Imaculada Conceição, tratando-se do responsável e/ou familiar, e/ou visitas;
- e) Rescisão do contrato de prestação de serviços.

3. A Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real pode delegar no(a) Director(a) Técnico(a) a aplicação da sanção prevista na alínea a) do número anterior.

#### **Artigo 65º**

1. Sempre que a sanção de impedimento de entrada no Lar, por parte de familiar (s) ou responsável, ou rescisão do contrato de prestação de serviços for equacionada, no decorrer do processo disciplinar, deve a Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real notificar a família e responsável do utente para serem ouvidos.

2. Após enquadramento legal feito por jurista, caso a Mesa Administrativa delibere a rescisão do contrato do utente, comunicar-se-á imediatamente tal facto ao utente, seu responsável e família, que deverão providenciar pela saída das instalações do Lar e acerto de contas.

#### **Artigo 66º**

A readmissão de um utente expulso só poderá ocorrer mediante nova candidatura, não beneficiando dos factores preferenciais mencionados no número 2 do artigo 6º, sendo igualmente necessário que seja admitido por deliberação dos membros da Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real.

### **CAPÍTULO XVIII**

#### **SAÍDA DEFINITIVA DO LAR**

#### **Artigo 67º**

1. A saída definitiva e voluntária, por denúncia do contrato pelo utente ou seu responsável, deve ser comunicada com uma antecedência de 30 dias.

2. Esses dias, quer o utente se encontre no Lar ou não, serão sempre debitados.

#### **Artigo 68º**

1. Se as pessoas que contrataram com a Santa Casa da Misericórdia de Vila Real (utente, familiar, responsável) se constituíram em mora, poderão ver rescindido o contrato, com base na falta de pagamento, devendo providenciar pela saída do utente no

prazo máximo de 5 dias a contar da notificação para o efeito, bem como liquidar as dívidas existentes à data da saída.

2. Se o prazo estabelecido no número anterior expirar sem que tenha sido promovida a saída do utente, poderá o Lar tomar as providências adequadas no sentido de o fazer retirar para a residência do seu responsável, correndo por conta daquele todas as despesas efectuadas.

#### **Artigo 69º**

1. Em caso de denúncia contratual da iniciativa do utente, para que possa este retornar ao Lar deve iniciar novo processo de candidatura.

2. Nos casos de denúncia por iniciativa da Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real, ou em casos de resolução contratual, para que um ex-utente possa retornar ao Lar, não só deve iniciar novo processo de candidatura, como ser admitido mediante deliberação da Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real.

### **CAPÍTULO XIX**

#### **PESSOAL, COMPETÊNCIAS, DIREITOS E DEVERES**

#### **Artigo 70º**

O recrutamento e admissão de pessoal pertence à Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real, ouvido(a) sempre que necessário o(a) Director(a)Técnico(a).

#### **Artigo 71º**

1. É obrigação da Mesa Administrativa assegurar as condições, motivações e habilitações dos candidatos, fazendo-se socorrer, se necessário, do auxílio de psicólogos e realização de testes psicotécnicos.
2. Só poderão ser admitidos trabalhadores maiores de idade ou emancipados.
3. Será afixado em cada serviço do Lar um horário próprio de funcionamento.

#### Artigo 72º

##### 1. São Direitos dos funcionários:

- a) Dispor de condições que cumpram as regras de higiene e segurança no trabalho;
- b) Ser informado atempadamente de escalas e horários de trabalho, funções e tarefas que lhe sejam atribuídas;
- c) Participar nas reuniões de funcionários, colaborando na avaliação periódica dos serviços e sugerindo mudanças;
- d) Ser respeitado pelo trabalho que efectua;
- e) Ter acesso a acções de formação na sua área de trabalho;
- f) Outros que, por lei, regulamento ou contrato, lhe sejam reconhecidos.

##### 2. São Deveres dos funcionários:

- a) Ser assíduo e pontual;
- b) Cumprir com zelo as funções que lhe forem atribuídas;
- c) Desempenhar com qualidade e eficácia, as tarefas que lhe são solicitadas;
- d) Respeitar as orientações que lhe são transmitidas pelos superiores;
- e) Obedecer aos princípios de respeito pela privacidade dos utentes e do sigilo profissional;
- f) Tratar com respeito e dignidade os utentes, seus familiares, amigos e visitas;
- g) Respeitar os colegas, colaborando com todos em equipa;
- h) Comunicar aos seus superiores, preferencialmente por escrito, as ocorrências importantes para o bom funcionamento do serviço;
- i) Utilizar cuidadosamente e adequadamente os equipamentos e materiais necessários à execução das suas tarefas, assumindo a responsabilidade pelos danos que possam causar;
- j) Participar nas reuniões de funcionários;
- k) Submeter-se anualmente a exame perante médico do trabalho;
- l) Cumprir as normas do presente regulamento;
- m) Outras a que esteja obrigado por lei, regulamento ou contrato.

#### Artigo 73º

1. Compete ao(a) Director(a) Técnico(a):

- a) Dirigir em geral o Lar, sendo responsável, perante a Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real, pelo seu funcionamento, pela programação de actividades e coordenação e supervisão de todo o pessoal, sem prejuízo das competências dos restantes trabalhadores, da Direcção e do modelo de gestão adoptado para um bom funcionamento do estabelecimento;
  - b) Promover reuniões técnicas com o pessoal;
  - c) Promover reuniões com os utentes;
  - d) Sensibilizar os trabalhadores para a problemática da pessoa idosa;
  - e) Planificar e coordenar as actividades sociais, culturais, recreativas e ocupacionais dos idosos, em colaboração com o(a) animador(a) social.
  - f) Substituir a Mesa Administrativa e representá-la na sua ausência;
2. O(A) Director(a) Técnico(a) deverá possuir licenciatura na área das Ciências Sociais e Humanas.

#### Artigo 74º

Compete às Encarregadas do Lar:

- a) Coordenar, distribuir os serviços e pessoal do sector que lhe for confiado;
- b) Zelar pelo cumprimento rigoroso dos horários de trabalho; prever eventuais faltas ao trabalho, procurando e implementando soluções para a minimização do problema e dando dos factos imediato conhecimento ao Director(a) Técnico(a).
- c) Ajudar a elaborar os mapas de férias em conjunto com o(a) Director(a) Técnico(a) compatibilizando os interesses dos funcionários com a necessidade do Lar da Imaculada Conceição;
- d) Providenciar para o oportuno fornecimento de qualquer produto no local sobre a sua responsabilidade directa e verificar a sua qualidade e quantidade;
- e) Zelar pela distribuição das refeições nas melhores condições;
- f) Zelar pela disciplina do pessoal que lhe esteja adstrito;
- g) Praticar, sempre que necessário, a entejuda em qualquer tarefa que reclame essa necessidade;
- h) Ajudar a manter um ambiente de harmonia e tranquilidade entre as pessoas;
- i) Estar atento e vigiar os utentes informando sempre o(a) Director(a) Técnico(a);
- j) Usar fardamento apropriado, sempre que se encontre de serviço;

- k) Cumprir rigorosamente o sigilo profissional;
- l) Zelar pelo espaço físico do Lar;
- m) Demais competências a que esteja obrigado por contrato, regulamento ou disposição legal.

#### Artigo 75º

Compete ao(à) Ajudante de Lar:

- a) Executar os cuidados de higiene e conforto pessoal aos utentes;
- b) Ajudar na execução de todas as actividades da vida diária dos utentes que necessitem;
- c) Distribuir e ajudar a servir as refeições na Sala de Jantar ou noutro local assim exigido;
- d) Proceder aos arranjos e arrumação dos quartos dos utentes;
- e) Colaborar nas actividades de animação e ocupação dos utentes;
- f) Acompanhar os utentes a consultas e deslocações ao exterior, nos casos em que tal seja necessário;
- g) Transmitir à Direcção todas as queixas, reclamações ou preocupações dos utentes;
- h) Ajudar a manter um ambiente de harmonia e tranquilidade entre as pessoas;
- i) Estar atento e vigiar os utentes informando sempre o(a) Director(a) Técnico(a);
- j) Usar fardamento apropriado sempre que se encontre de serviço;
- k) Cumprir rigorosamente o sigilo profissional;
- l) Zelar pelo espaço físico do Lar;
- m) Demais competências a que esteja obrigado por contrato, regulamento ou disposição legal.

#### Artigo 76º

Compete ao(à) Cozinheiro(a):

- a) Apoiar a preparação e confeccionar as refeições (pequeno almoço, almoço, lanche, jantar e ceia);
- b) Distribuir as refeições por travessas;
- c) Apoiar na limpeza da cozinha e anexos;
- d) Solicitar o material necessário ao funcionamento da cozinha;
- e) Colaborar na elaboração das ementas;

- f) Requisitar os géneros alimentares necessários à confecção das refeições;
- g) Usar fardamento apropriado sempre que se encontre de serviço
- h) As demais obrigações, que por regulamento, contrato ou disposição legal esteja obrigado.

#### Artigo 77º

Compete ao(à) Ajudante de Cozinha:

- a) Preparar as refeições em colaboração com o(a) cozinheiro(a);
- b) Proceder à limpeza da cozinha e anexos;
- c) Substituir o(s)/a(s) Cozinheiro(s) nas suas faltas, folgas e impedimentos;
- d) Usar fardamento apropriado sempre que se encontre de serviço;
- e) Demais competências que lhe sejam atribuídas por Lei, regulamento ou contrato.

#### Artigo 78º

Compete ao Pessoal Auxiliar:

- a) Proceder à limpeza, higiene e arrumação de todo o edifício;
- b) Proceder à recolha de roupa suja, lavagem e tratamento da mesma;
- c) Apoiar os outros sectores de pessoal, quando necessário,
- d) Colaborar nas actividades de animação e ocupação dos utentes;
- e) Acompanhar os utentes a consultas e deslocações ao exterior, nos casos em que tal seja necessário;
- f) Transmitir à Direcção todas as queixas, reclamações ou preocupações dos utentes;
- g) Ajudar a manter um ambiente de harmonia e tranquilidade entre as pessoas;
- h) Estar atento e vigiar os utentes informando sempre o(a) Director(a) Técnico(a);
- i) Usar fardamento apropriado sempre que se encontre de serviço;
- j) Cumprir rigorosamente o sigilo profissional;
- k) Zelar pelo espaço físico do Lar;
- l) Quaisquer outras atribuições contratuais, legais ou regulamentares.

#### Artigo 79º

Compete ao Pessoal Administrativo e Financeiro:

- a) Executar as funções de Contabilidade, Tesouraria, Arquivo e Informática;

- b) Proceder ao pagamento dos vencimentos, por ordem de pagamento da Direcção;
- c) Receber e depositar mensalidades dos utentes que sejam entregues na secretaria;
- d) Organizar e manter actualizados os processos administrativos e fichas individuais dos utentes;
- e) Demais competências e deveres que lhe sejam atribuídos por contrato, regulamento ou Lei.

#### **Artigo 80º**

Os demais funcionários, técnicos e avançados (Enfermeiro(a), Médico(a), Podologista, etc...) cumprem as funções a que, por lei, regulamento ou contrato, estão obrigados a prestar.

#### **Artigo 81º**

Por incumprimento da lei geral, dos regulamentos internos, dos deveres de lealdade, sigilo, zelo e obediência, poderá resultar, conforme a gravidade dos actos praticados e a culpa do seu autor, e mediante processo disciplinar a instaurar, a aplicação das seguintes sanções aos funcionários:

- a) Repreensão simples;
- b) Repreensão registada;
- c) Mudança de serviço;
- d) Suspensão;
- e) Demissão.

#### **Artigo 82º**

A Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real pratica uma política de tolerância "zero", perante situação de abusos, maus tratos ou negligência. A denúncia de possível situação, incorre em investigação e processo disciplinar, com intervenção do departamento jurídico desta Instituição.

**CAPÍTULO XX**  
LIVRO DE OCORRÊNCIAS

**Artigo 83º**

\* O Lar dispõe de um livro de ocorrências onde deverão ser averbadas todas as ocorrências extraordinárias ao normal e correcto funcionamento do Lar.

**CAPÍTULO XXI**  
LIVRO DE SUGESTÕES

**Artigo 84º**

1. O Lar dispõe de um livro de sugestões à disposição dos utentes, responsável e familiares, bem como das visitas e trabalhadores do Lar.
2. Podem igualmente apresentar sugestões por qualquer outra forma, mesmo oralmente.
3. Todas as sugestões, mesmo não assinadas, serão apreciadas pelo(a) Director(a) Técnico(a) do Lar.

**CAPÍTULO XXII**  
DIREITO À RECLAMAÇÃO

**Artigo 85º**

1. Todos os utentes, seus responsáveis, familiares e visitas podem, verbalmente ou por escrito, apresentar quaisquer reclamações ao (à) Director(a)-Técnico(a) e/ou à Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real.
2. As reclamações dos trabalhadores que sejam apresentadas à Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real deverão ser feitas por escrito.
3. O Lar dispõe de um Livro de Reclamações.

### **CAPÍTULO XXIII**

#### **ALTERAÇÕES AO REGULAMENTO**

##### **Artigo 86º**

1 – Este Regulamento Interno poderá ser alterado pela Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real sempre que as circunstâncias assim o aconselhem, devendo os utentes, responsável e família ser avisados sobre a matéria a alterar com a antecedência mínima de trinta dias.

### **CAPÍTULO XXIV**

#### **INTERPRETAÇÃO E INTEGRAÇÃO DO REGULAMENTO**

##### **Artigo 87º**

Em caso de omissões ou dúvidas no sentido e alcance das normas deste Regulamento Interno, caberá à Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real deliberar sobre a sua interpretação e integração de lacunas, ouvidos os utentes, seus familiares e responsável, e, se necessário, a Diocese e a Segurança Social.

### **CAPÍTULO XXV**

#### **DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS**

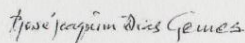
##### **Artigo 88º**

Este Regulamento revoga o Regulamento Interno anterior e todas as suas alterações, entrando de imediato em vigor.

**Este regulamento foi aprovado em reunião da Mesa Administrativa de 23 de Janeiro de 2012.**

Vila Real, 25 de Janeiro de 2012

O PROVIDOR,



Pe. José Joaquim Dias Gomes

## Anexo II- Escala de Barthel

### Versão Completa

Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007; 2010) *(semelhante à UOLA)*

Índice de Barthel – Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD): coloca-se simultaneamente a pontuação total e o respectivo grau de dependência de acordo com a cotação: 100 pontos (**independente**); 60 - 95 pontos (**ligeiramente dependente**); 40 – 55 pontos (**moderadamente dependente**); 20 – 35 pontos (**severamente dependente**) < 20 pontos (**totalmente dependente**).

Item	ABVD	Cotação
Alimentação	<b>Independente</b> (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	<b>Necessita de ajuda</b> (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5
	<b>Dependente</b>	0
Vestir	<b>Independente</b> (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	<b>Necessita de ajuda</b> (pelo menos em ½ das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5
	<b>Dependente</b>	0
Banho	<b>Independente</b> (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiro)	5
	<b>Dependente</b>	0
Higiene corporal	<b>Independente</b> (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5
	<b>Dependente</b>	0
Uso da Casa de Banho	<b>Independente</b> (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10
	<b>Necessita de ajuda</b> (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
	<b>Dependente</b>	0
Controlo Intestinal	<b>Independente</b> (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou microláx, fá-lo sozinho)	10
	<b>Incontinência ocasional</b> (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou microláx)	5
	<b>Incontinente fecal</b>	0
Controlo Vesical	<b>Independente</b> (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector, fá-lo sozinho)	10
	<b>Incontinência ocasional</b> (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)	5
	<b>Incontinente ou algaliado</b>	0
Subir Escadas	<b>Independente</b> (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10
	<b>Necessita de ajuda</b> (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5
	<b>Dependente</b>	0
Transferência Cadeira-Cama	<b>Independente</b> (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15
	<b>Necessita de ajuda mínima</b> (ajuda mínima e supervisão)	10
	<b>Necessita de grande ajuda</b> (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5
	<b>Dependente</b>	0
Deambulação	<b>Independente</b> (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas,...)	15
	<b>Necessita de ajuda</b> (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10
	<b>Ind. C/ cadeira de rodas</b> (anda pelo menos 50 metros)	5
	<b>Dependente</b>	0

Fontes: Citação

- Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora.

## Anexo III- Índice de Lawton

### Versão Completa

Índice de Lawton (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007; 2010)

Índice de Lawton – Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): este é um índice com uma pontuação que varia entre 8 e 30 pontos. Coloca-se simultaneamente a pontuação total e o respectivo grau de dependência de acordo com a cotação: 8 pontos (**independente**); 9 a 20 pontos (**moderadamente dependente**) – necessita de uma certa ajuda; > 20 pontos (**severamente dependente**) – necessita de muita ajuda.

Item	AIVD	Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar as refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação ✖	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

#### Fontes: Citação

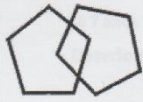
- Sequeira C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora.
- Sequeira C. (2007). O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.

# Anexo IV- Mini Mental State Examination

**MINI MENTAL STATE EXAMINATION**

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Técnico: \_\_\_\_\_

<b>AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL</b> (Mini-Mental State Examination – Lobo y cols., 1979-85)	
Nome: _____	Idade: _____
Ocupação: _____	Escolaridade: _____ Examinado por: _____
<b>1. Orientação</b> "Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz" (dar 1 ponto por cada resposta correcta) 1. Em que ano estamos? _____ 2. Em que mês estamos? _____ 3. Em que dia do mês estamos? (quantos são hoje?) _____ 4. Em que estação do ano estamos? _____ 5. Em que dia da semana estamos? (que dia da semana é hoje?) _____ 6. Em que País estamos? (como se chama o nosso país?) _____ 7. Em que Distrito vive? _____ 8. Em que Terra vive? _____ 9. Em que casa estamos? (como se chama esta casa onde estamos?) _____ 10. Em que andar estamos? _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____ <b>Nota</b> _____
<b>2. Retenção</b> "Vou dizer-lhes três palavras. Quería que as repelisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras" <p style="text-align: center;">PÉRA      GATO      BOLA</p> "Repita as três palavras" (Dar 1 ponto por cada resposta correcta) Péra _____ Gato _____ Bola _____	<b>Nota</b> _____
<b>3. Atenção e Cálculo</b> "Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar" (Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtração, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro) (30) (27) (24) (21) (18) (15)	<b>Nota</b> _____
<b>4. Evocação</b> (Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção). "Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir" (dar 1 ponto por cada resposta correcta) Pera _____ Gato _____ Bola _____	<b>Nota</b> _____
<b>5. Linguagem</b> (Dar 1 ponto por cada resposta correcta)	<b>Nota</b> _____
a) <u>Mostrar o relógio de pulso</u> "Como se chama isto?" _____ Nota _____	<b>Nota</b> _____
b) <u>Mostrar um lápis</u> "Como se chama isto?" _____ Nota _____	<b>Nota</b> _____
c) Repetir a frase: "O rato rói a rolha" _____ Nota _____	<b>Nota</b> _____
d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão" (ou "coloque-o aqui em cima da secretária/mesa" – indicar o local onde o papel deve ser colocado). (Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos). - Pega no papel com a mão direita _____ - Dobra o papel ao meio _____ - Coloca o papel no chão _____ (ou no local indicado) Nota _____	<b>Nota</b> _____
e) <u>"Leia e cumpra o que diz neste cartão"</u> Mostrar o cartão com a frase: <b>"FECHE OS OLHOS"</b> Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase (Dar 1 ponto por cada realização correcta)	<b>Nota</b> _____
f) "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação".	<b>Nota</b> _____
g) Copie este desenho 	<b>Nota</b> _____
(Máximo 30 pontos) Considera-se com Defeito Cognitivo: - Analfabeto ≤ 15; - 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22; - Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27	<b>Total:</b> _____

## Anexo V- Escala de Depressão Geriátrica

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Técnico: \_\_\_\_\_

A. SINAIS RELACIONADOS COM O HUMOR - ANIMO

1. Está basicamente satisfeito com a sua vida?	Sim	<b>NÃO</b>
2. Abandonou muitas actividades e interesses?	<b>SIM</b>	Não
3. Sente que a sua vida está vazia?	<b>SIM</b>	Não
4. Sente-se muitas vezes aborrecido?	<b>SIM</b>	Não
5. Está bem disposto na maior parte do tempo?	Sim	<b>NÃO</b>
6. Tem medo que lhe aconteça algo de mal?	<b>SIM</b>	Não
7. Sente-se feliz na maior parte do tempo?	Sim	<b>NÃO</b>
8. Sente-se muitas vezes sem esperança?	<b>SIM</b>	Não
9. Prefere ficar em casa em vez de sair para fazer coisas novas?	<b>SIM</b>	Não
10. Pensa que tem mais problemas de memórias que as outras pessoas?	<b>SIM</b>	Não
11. Acha que é maravilhoso estar vivo?	Sim	<b>NÃO</b>
12. Acha-se inútil tal como está agora?	<b>SIM</b>	Não
13. Acha que a sua situação não solução?	<b>SIM</b>	Não
14. Sente-se cheio de energia?	Sim	<b>NÃO</b>
15. Acha que a maioria das pessoas está melhor que você?	<b>SIM</b>	Não

Ref.: Yesavage e tal. J. Psychiatry Res. 17: 37-49. 19

Se as respostas coincidirem com a alternativa a negrito anotar um ponto.

TOTAL: \_\_\_\_\_

Pontuação: 0-5 :Normal  
 5-10 :Depressão provável  
 + 10 :Depressão

TOTAL DE PONTOS: \_\_\_\_ / 30

RESULTADOS

Pontuação inferior a 5 em regra não associa-se a existência de sintomas depressivos significativos.

Pontuação entre 5 e 10 indica uma maior probabilidade de depressão. Pontuação acima de 10 indica uma clara depressão.

## Anexo VI- Escala de Cornell – Depressão em Demência

### ESCALA DE CORNELL – DEPRESSÃO EM DEMÊNCIA

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Técnico: \_\_\_\_\_

<b>A. SINAIS RELACIONADOS COM O HUMOR – ÂNIMO</b> 1. Ansiedade 2. Tristeza 3. Perda de reacção face a acontecimentos alegres 4. Irritabilidade	A 0 1 2 A 0 1 2 A 0 1 2 A 0 1 2
<b>B. TRANSTORNOS DE CONDUTA</b> 5. Agitação 6. Atraso – lentidão 7. Múltiplas queixas físicas 8. Perda de interesse	A 0 1 2 A 0 1 2 A 0 1 2 A 0 1 2
<b>C. SINAIS FÍSICOS</b> 9. Perda de apetite 10. Perda de peso 11. Perda de energia	A 0 1 2 A 0 1 2 A 0 1 2
<b>D. FUNÇÕES CÍCLICAS</b> 12. Variação diurna de sintomas de ânimo 13. Dificuldade para dormir 14. Despertar múltiplo durante o sono 15. Despertar precoce ou de madrugada	A 0 1 2 A 0 1 2 A 0 1 2 A 0 1 2
<b>E. TRANSTORNO IDEACIONAL</b> 16. Suicídio 17. Baixa auto-estima 18. Pessimismo 19. Delírios congruentes ao ânimo: pobreza, doença, perda	A 0 1 2 A 0 1 2 A 0 1 2 A 0 1 2

A – Não avaliado      0 - Ausente      1 – Suave ou intermitente      2 - Severo

TOTAL DE PONTOS: \_\_\_\_ / 38

#### RESULTADOS

Pontuação inferior a 6 em regra está associada há ausência de sintomas depressivos significativos.  
 Pontuações acima de 10 indicam uma maior probabilidade de depressão. Pontuações acima de 18 indicam uma clara depressão.