

Ana Sofia da Rocha Faria

O Plano Individual como ferramenta de promoção de qualidade de vida em idosos
institucionalizados

Universidade Fernando Pessoa

Porto - 2015

Ana Sofia da Rocha Faria

O Plano Individual como ferramenta de promoção de qualidade de vida em idosos
institucionalizados

Universidade Fernando Pessoa

Porto - 2015

Ana Sofia da Rocha Faria

Projeto apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Serviço Social, sob orientação da Professora Dr.^a Paula Mota Santos.

Porto – 2015

Sumário

O presente trabalho debruça-se sobre a elaboração, monitorização e avaliação do Plano Individual (PI) numa Estrutura Residencial para Idosos com base na criação de objetivos individuais para vários utentes como forma de garantir uma melhor integração no lar e na comunidade e, ao mesmo tempo, garantir um envelhecimento com qualidade de vida.

Ao longo do trabalho será abordada a problemática do envelhecimento nas dimensões biológicas, sociais, psicológicas, individuais, entre outras. Estas abordagens associadas ao envelhecimento são de grande importância no sentido de perceber a pessoa idosa e de encontrar formas e estratégias de intervenção que se melhor adaptem às suas características de personalidade e sociodemográficas e respetivas necessidades previamente percebidas aquando das entrevistas realizadas junto de cada utente.

Será igualmente apresentada a temática sobre as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), respostas sociais e programas de promoção da qualidade de vida na terceira idade. É num desses programas que se encontra o PI e que será a base deste trabalho.

O estudo foi aplicado a 18 utentes (1 do sexo masculino e 17 do sexo feminino) onde foram criados objetivos individuais (sobre 6 domínios distintos) com base no modelo de avaliação da qualidade das respostas sociais inserido no Manual de Processos Chave – Estrutura Residencial para Idosos, do Instituto da Segurança Social (ISS).

É através da análise e avaliação desses objetivos, que se procura perceber de que forma os Planos Individuais são um contributo no contexto da melhoria da qualidade de vida e da promoção de um envelhecimento ativo dos idosos institucionalizados.

Palavras-Chave: Envelhecimento, Idosos, Qualidade de Vida, Plano Individual, Objetivos

Abstract

This paper focuses on the development, monitoring and evaluation of the Individual Plan (IP) in a residential structure for the elderly based on the creation of individual goals for several users in order to ensure better integration in the elderly home and in the community and, at the same time, ensuring a quality of life throughout the aging process.

Throughout this paper we will be addressing aging issues concerning the biological, social, psychological, individual (and other) dimensions. These approaches associated with aging are of great importance in order to understand the elderly and to find ways and strategies that best suit their personality and sociodemographic characteristics and respective needs previously perceived during the interviews with each user.

The role of Private Institutions of Social Solidarity (IPSS) and the social responses and programs to promote quality of life in old age will also be addressed. It is in one of those programs that we will find the Individual Plan (IP) which is the base of this study.

The study was applied to 18 users (1 male and 17 females). For each one was set individual goals (on 6 different domains) based on the model of quality inserted in the Key Process Manual - Residential Structure for Seniors, from the Institute of Social Security (ISS).

It is through the analysis and evaluation of these goals that we seek to understand how the Individual Plans are a contribution in the context of improving the quality of life and promoting active aging of institutionalized elderly.

Keywords: Aging, Elderly, Quality of Life, Individual Plan, Goals

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos que de alguma forma me ajudaram na elaboração deste trabalho com especial atenção:

Aos meus pais e irmão, que me deram a possibilidade de poder concretizar o meu sonho e obter uma formação/licenciatura numa área que correspondia aos meus anseios e expectativas e ao estarem sempre presentes nos maus e bons momentos ao longo destes 3 anos. Graças ao seu apoio e sacrifício fizeram-me sentir mais autoconfiante e motivada para ultrapassar as dificuldades com que me fui confrontando.

Às minhas amigas e colegas que, com o seu apoio, compreensão e carinho, me ajudaram a seguir em frente e a lutar pelo meu projeto de vida.

À minha orientadora de estágio do Lar Nevarte Gulbenkian, Doutora Sónia Basto, pela partilha de saberes e paciência que sempre demonstrou ao longo do período de estágio, fazendo-me sentir que vale a pena lutar pelos nossos ideais.

À Professora Doutora Paula Mota Santos pela orientação e disponibilidade ao longo deste tempo, e que muito contribuiu para que me sentisse confiante.

Não podia deixar de agradecer a toda a comunidade do lar, nomeadamente, aos utentes do Lar Nevarte Gulbenkian e Lar D. Diogo de Sousa pelo carinho, simpatia e colaboração no trabalho. Assim como a todos os profissionais que de alguma forma me ajudaram e apoiaram durante todo aquele período.

A todos muito Obrigada!

Índice de Siglas e Abreviaturas

EU – União Europeia

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISS – Instituto da Segurança Social

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

MMS – Mini Mental State

OMS – Organização Mundial de Saúde

PI – Plano Individual

SCMB – Santa Casa da Misericórdia de Braga

WHOQOL –OLD - World Health Organization Quality of Life

Índice de tabelas

Tabela 1.

Estrutura sociodemográfica da amostra

46

Índice de gráficos

Gráfico 1.

Número de objetivos por domínio de Fevereiro a Maio 48

Gráfico 2.

Avaliação dos objetivos de Fevereiro a Maio 49

Gráfico 3.

Avaliação do cumprimento dos objetivos por domínio 50

Gráfico 4.

Razões do não cumprimento dos objetivos na perspetiva dos utentes 51

Índice de anexos

Anexo I

Ficha de Caracterização Individual do Idoso	62
---	----

Anexo II

Avaliação Funcional de Barthel	69
--------------------------------	----

Anexo III

Avaliação Cognitiva de MMS	71
----------------------------	----

Anexo IV

Plano Individual do Idoso	73
---------------------------	----

Anexo V

Grelhas de monitorização dos objetivos do domínio Autonomia	75
---	----

Anexo VI

Questionário sobre o domínio de Habilidade Sensoriais/Saúde	76
---	----

Anexo VII

Grelhas de observação e avaliação dos objetivos de Fevereiro a Maio	77
---	----

Índice Geral

Sumário	V
Abstract	VI
Agradecimentos	VII
Índice de Siglas e Abreviaturas	VIII
Índice de tabelas	IX
Índice de gráficos	X
Índice de anexos	XI
Índice Geral	XII
Introdução	14
Parte I – Enquadramento Teórico	16
Capítulo 1	
1.1. Envelhecimento: Fenómeno social e individual	17
1.2. Qualidade de vida e Envelhecimento Ativo	21
1.3. Institucionalização e Qualidade de Vida	24
1.3.1. Origem das IPSS – panorama breve	24
1.3.2. Estrutura Residencial para Idosos – visão geral	26
1.3.3. Modelo de Avaliação da Qualidade de Vida – Estrutura Residencial para Idosos	28
1.3.4. Plano Individual – definição e elaboração	30
1.3.5. Plano Individual – monitorização, avaliação e revisão	35

Parte II – Estudo Empírico	36
Capítulo 2	
2. Contextualização da Unidade Analisada	37
2.1. Introdução	37
2.2. Metodologia	37
2.3. Contextualização da Instituição	39
2.3.1 Resenha Histórica	39
2.3.2. Descrição do Lar Nevarte Gulbenkian	40
Capítulo 3	
3. O estudo realizado	41
3.1. Amostra	41
3.2. Instrumentos/técnicas e procedimentos	42
3.3. Características Sociodemográficas dos utentes	46
3.4. Apresentação e análise dos resultados	47
Reflexões Finais	54
Referências bibliográficas	58
Anexos	61

Introdução

Numa sociedade cada vez mais envelhecida existe a necessidade de investir e repensar em novas formas de intervenção que permitam assegurar e melhorar uma qualidade das intervenções com as pessoas idosas. E, ao mesmo tempo, potenciar mudanças que promovam uma série de aspetos como a saúde e bem-estar, a satisfação das necessidades, o respeito pelos direitos e características dos indivíduos, entres outros, no sentido de uma justiça social (Ribeirinho, 2013).

A preocupação e criação de estratégias sobre os idosos institucionalizados, nos aspetos das necessidades individuais, no suporte relacional e comunitário, na qualidade dos serviços e da vida institucional, levou a que se caminhasse no sentido de uma “política de investimento na criação de estilos de vida saudáveis e no prolongamento da vida ativa dos idosos” (Mouro, 2013 p. 29; Pimentel, 2005).

É dentro destas estratégias de intervenção e promoção de qualidade de vida junto dos idosos institucionalizados que se insere o Plano Individual (PI). Este visa “organizar, operacionalizar e integrar todas as respostas às necessidades, expectativas e potenciais de desenvolvimento identificadas em conjunto com o cliente” (Segurança Social, 2007 s/p).

Assim, o objetivo geral deste projeto consiste em entender e analisar todo o processo do PI, aplicado numa IPSS e estrutura residencial para idosos, ao nível da sua elaboração, implementação, monitorização, avaliação e revisão no sentido de operacionalizar/organizar todas as respostas às necessidades e potenciais de desenvolvimento do cliente.

Sendo a autora deste Projeto de Graduação e dos PI's aqui analisados pretendeu-se na elaboração destes, criar objetivos adequados às necessidades dos utentes onde em cada PI são apontadas as ações que deverão ser realizadas, em função da atividade (e.g. atividade social, religiosa, cultural) e do domínio (e.g. saúde, autonomia), inseridos no modelo de avaliação da qualidade de vida, bem como os participantes e responsáveis pela execução e supervisão, os seus indicadores, calendarização e periodicidade de cada ação e atividade (Segurança Social, 2007).

Ao nível da organização do Projeto de Graduação, este está dividido em duas partes. A primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico, onde serão apresentados

os conhecimentos referentes ao tema de estudo, e a segunda parte que diz respeito ao estudo empírico, onde será apresentado o objetivo do projeto, a contextualização do local onde o mesmo se realizou, a metodologia, a amostra utilizada e suas respectivas características sociodemográficas, os instrumentos e procedimentos e a apresentação e análise dos resultados obtidos.

Parte I - Enquadramento teórico

Capítulo 1

1.1. Envelhecimento: fenómeno social e individual

Atualmente o envelhecimento da população constitui um dos maiores desafios para as sociedades contemporâneas com consequências a nível social, económico e político (Carvalho, 2013).

Portugal é, inclusive, representado como um dos países mais envelhecidos a nível europeu e as projeções indicam que até 2050 o envelhecimento da população continuará a agravar-se. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), nesse ano, prevê-se que na Europa (e em Portugal) o grupo de idosos apresentará uma percentagem superior a 25% da população em comparação aos 15% do grupo dos jovens (Oliveira, 2005).

Contudo temos que perceber que, apesar de tudo, o envelhecimento tem vindo a desempenhar um importante papel no desenvolvimento social e económico do mundo tendo inicialmente captado o interesse de vários organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a União Europeia (EU), instituições de solidariedade, ministérios de Segurança Social e da Saúde, fundações, universidades, entre muitos outros (Jacob, 2007). Este interesse levou ao desenvolvimento de estudos, diretivas e planos de ação e intervenção em muitas áreas como a Geriatria, Sociologia, Gerontologia, Economia e, também, por parte do Serviço Social desempenhando um papel fundamental como interventor social e na saúde (Carvalho, 2013).

O envelhecimento por si só e, segundo Cancela (2007 *cit. in* Cramês 2012, p. 6), “é classificado de Terceira Idade ou até mesmo de Quarta Idade (...) não é um estado mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial”, ou seja, que difere de pessoa para pessoa. Segundo Carvalho (2013) o envelhecimento é um processo natural e comum a todos os seres humanos e que ajudará a compreender toda uma dimensão do percurso de vida dos sujeitos tendo em conta os papéis sociais, a trajetória e experiência de vida e outros aspetos relacionados com o seu ciclo de vida.

A velhice é também ela caracterizada como a perda progressiva e irreversível da capacidade do sujeito se adaptar com o que lhe rodeia mas também o aparecimento de

uma série de limitações físicas, psicológicas e emocionais que nem sempre são bem encaradas pelos indivíduos (Oliveira, 2005).

Tal como já foi dito anteriormente o envelhecimento é um processo distinto de pessoa para pessoa sendo que “cada ser humano envelhece de forma diferente, dando lugar a diferentes velhices e consequentes múltiplas representações, pois trata-se dum processo complexo, diferencial (específico de cada pessoa), contínuo (embora com movimentos diferentes), inelutável e irreversível” (Oliveira, 2005 p.8) que ocorre desde o momento que nascemos até á morte.

Nas várias abordagens sobre o processo de envelhecimento a abordagem individual, que remete uma pouco às explicações naturalistas do famoso cientista Charles Darwin, associa “o envelhecimento às capacidades pessoais, físicas, psíquicas e ao modo de vida” (Carvalho, 2013 p. 5), por outras palavras, o envelhecimento está associado com a forma como envelhecemos.

As explicações naturalistas de Darwin dizem-nos ainda que se os indivíduos controlarem o seu próprio envelhecimento (através da decisão individual) este será bem-sucedido, nomeadamente se forem participativos nas atividades sociais e tiverem o cuidado com a sua saúde e corpo. A ideia “é a de que se os sujeitos “controlarem” a sua vida, se mantiverem a sua capacidade de decisão, têm mais probabilidade de ter um envelhecimento normal” (Carvalho, 2013 p. 5).

No entanto, se o indivíduo for incapaz de participar e se desviar do que se caracteriza por um processo bem-sucedido de envelhecimento, então o resultado será uma degradação da saúde física e psíquica, bem como uma maior dependência para com os outros. Este tipo de envelhecimento conduz a uma maior probabilidade de falência de vitalidade e morte dos indivíduos (Carvalho, 2013). Desta forma para um envelhecimento ser bem-sucedido ou designado como ótimo tem que ter em conta três grandes pilares: a participação do indivíduo, a proteção e a saúde (Carvalho, 2013).

Para um envelhecimento saudável é importante a condição de saúde no envelhecimento. Por exemplo, um envelhecimento positivo remete-nos para um envelhecimento normal sem doenças e um envelhecimento negativo para um envelhecimento patológico caracterizado por a existência de uma série de doenças (Carvalho, 2013).

Segundo Pimentel (2005) a biologia encara o envelhecimento como um fenómeno natural, universal e algo necessário. Contudo, para este autor, não se pode reduzir este processo apenas à vertente biológica e encará-lo como algo uniforme para todos os indivíduos.

Como já afirmado aqui, o envelhecimento, para além da vertente biológica, também se encontra ligado a várias outras vertentes que vão permitir características distintas entre os indivíduos (Pimentel, 2005).

Para Carvalho (2013) o conceito de envelhecimento e “ser idoso” pode ser explicado através de 4 vertentes ou pontos de vista:

- Demográfico;
- Idade cronológica (o *ageing*);
- Idade fisiológica e biológica;
- Idade psicológica, cultural e social.

O envelhecimento demográfico diz respeito ao aumento da população idosa com mais de 65 e mais anos no total da população. Está associado ao declínio da fertilidade, à diminuição da natalidade e aumento da esperança média de vida com consequente impacto na pirâmide da faixa etária da população jovem, adulta e idosa (Carvalho, 2013).

O envelhecimento cronológico ou *ageing* está associado à época da reforma e da entrada na idade da velhice, associado ao ciclo de vida do idoso. A idade cronológica permite organizar os acontecimentos ocorridos na vida do indivíduo, desde a sua infância até à entrada na velhice, onde tem em conta o percurso de vida e as várias mudanças físicas, mentais, sociais e culturais que vai sentindo (Fonseca, 2006 p. 85). Por exemplo, Leme (1997) afirma que “é através das alterações da pele que a maioria das pessoas percebe que começou a envelhecer. O aparecimento de manchas e de rugas pode ser, assim, um indicador de envelhecimento” (p. 50).

O envelhecimento fisiológico e biológico, por sua vez, vem-nos dizer que o envelhecimento está associado ao desenvolvimento e, posteriormente, à morte dos organismos. Este permite explicar as causas do envelhecimento, o aparecimento de

perturbações de saúde e a probabilidade de cessação de vida dos indivíduos (Carvalho, 2013).

O envelhecimento psicológico remete-nos para os comportamentos na idade da velhice e a sua relação com o ambiente. Aqui o envelhecimento pode ser explicado pelos processos mentais, cognitivos e motivacionais sentidos pelas pessoas idosas. Desta forma destacamos aspetos como as mudanças nas funções psicológicas, como a memória e a tomada de decisões, e a forma de lidar com o processo de senescência. Neste processo o indivíduo sofre um declínio lento na sua condição física e mental (Lima, 2010).

Já o envelhecimento cultural e social está associado com os papéis sociais que cada indivíduo adota consoante as normas e condutas consideradas adequadas em determinada sociedade que tanto pode ter conotações positivas como negativas nas conceções dadas ao envelhecimento e ao tornar-se velho (Fonseca, 2006).

Cada indivíduo é produto do processo de socialização onde se encontram as várias dimensões da vida humana como a vida familiar, escolar e o trabalho. São as posições do indivíduo, assim como a própria sociedade, que vão permitir a construção do seu estilo de vida e a sua perceção do mundo (Vaz, 2008). Isto ajuda-nos a perceber que muitas vezes envelhecer está muito ligado à forma como a sociedade encara os idosos, as expectativas e os papéis a eles atribuídos (Lima, 2010).

Por isso é muito comum ainda encontrarmos perceções erradas em relação ao envelhecimento mas este é muito mais do que apenas um processo de deterioração física e mental. “Envelhecer” significa amadurecer, adquirir experiências e onde os indivíduos tendem a ser mais sábios, com um vasto conhecimento, e que ainda têm muito para ensinar à comunidade.

Desta forma, o envelhecimento é um processo que tem em conta inúmeros fenómenos associados aos percurso de vida dos indivíduos, nomeadamente, a ter em conta os papéis sociais e as expectativas relacionadas com o contexto social e cultural e a trajetória e experiência de vida (Fonseca, 2006).

1.2. Qualidade de vida e Envelhecimento Ativo

Mesmo antes de se começar a pensar em políticas e formas de proporcionar qualidade de vida e promover um envelhecimento ativo junto da faixa etária mais idosa encontrávamos, e ainda encontramos, preconceitos e discriminação contra as pessoas idosas (Gorjão & Marques, 2012).

Este fenómeno foi chamado de idadismo e indicava “atitudes e práticas negativas generalizadas em relação aos mais velhos” (Gorjão & Marques, 2012 p. 129).

Estas assumiam várias formas como estereótipos ou crenças sobre as pessoas idosas apresentando-lhes características homogéneas, preconceitos e discriminação em relação a este grupo.

Na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, e também na Constituição Portuguesa reconhece-se a discriminação com base na idade como uma violação dos direitos humanos (artigo 21º) condenando-se e proibindo a discriminação de qualquer tipo (artigos 13º e 59º) (Gorjão & Marques, 2012).

Esta proteção do idoso em conjunto com as transformações demográficas, caracterizadas por um aumento da população idosa, veio exigir a reestruturação social e económica com a necessidade de implementar novas políticas e formas de viver o envelhecimento. Isto será conseguido através do combate às crenças idadistas e da promoção da qualidade de vida e de um envelhecimento ativo junto das pessoas idosas (Gorjão & Marques, 2012).

O modo de envelhecimento está fortemente ligado à qualidade de vida e, conseqüentemente, à melhoria dos cuidados de saúde. A promoção de saúde e qualidade de vida tem sido um dos grandes objetivos para o caminhar de um estilo de vida mais ativo e saudável na vida quotidiana dos idosos (Cramês, 2012).

Tanto o conceito de saúde como o de qualidade de vida são bastante semelhantes mas, mesmo assim, a OMS (1948 *cit. in* Scliar, 2007) vem-nos dizer que a saúde se define como o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, sem qualquer privação e com direito a uma vida plena.

Por outro lado, a OMS definiu a qualidade de vida como sendo a percepção que o indivíduo tem em relação à satisfação (e/ou negação) das suas necessidades tendo em conta a cultura, os valores, objetivos e expectativas de vida independentemente da sua condição física e económica (1998 *cit. in* Pereira et al., 2012).

Desta forma, é importante apostar em programas de desenvolvimento humano que deverão ter em consideração a promoção da saúde de forma contínua na vida do idoso com vista a um envelhecimento ativo nas várias vertentes: física, cognitiva, social, entre outras (Jacob & Fernandes, 2011).

Segundo a OMS o envelhecimento ativo constitui-se como um “processo de otimização das oportunidades de participação, com vista a melhorar a saúde, segurança e qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (Gorjão & Marques, 2012 p. 131).

Isto vai requerer um conjunto de ações mais direcionadas à prestação de cuidados de saúde, ao nível da prevenção e reabilitação, no incentivo a uma maior participação social e, também, na defesa dos seus direitos sociais e cidadania para, assim, garantir uma maior qualidade de vida (Jacob & Fernandes, 2011).

Na base de uma boa qualidade de vida estão vários conceitos-chave. Ribeiro e Paúl (2011) destacam os seguintes:

- Autonomia;
- Independência;
- Segurança;
- Saúde;
- Participação social;

A autonomia diz respeito à capacidade de tomar decisões, assim como um certo controlo individual sobre si e a sua relação com os outros como sujeito social e político (Faleiros, 2013).

A independência nas várias atividades diárias, assim como a sua capacidade de cuidar de si próprio e de gerir a saúde e o corpo (Ribeiro & Paúl, 2011).

A segurança, também muito importante, debruça-se sobre o que diz respeito aos “espaços privados e o clima social de não-violência nas comunidades” (Ribeiro & Raúl, 2011, p. 4) proporcionando, assim, um sentimento de proteção/segurança nos próprios idosos.

A saúde que, tal como já tem vindo a ser referido, é um dos aspetos centrais do processo do envelhecimento e, conseqüentemente, do envelhecimento ativo (Cramês, 2012). O indivíduo deve centrar-se num caminho de promoção de um estilo de vida saudável visto que a maior parte das mortes resulta de hábitos e estilos de vida de risco, meio ambiente em que se encontra, bem como o acesso a serviços de saúde e aspetos hereditários (Ribeiro & Paúl, 2011).

É sabido que a participação social está fortemente marcada pelas relações sociais estabelecidas no espaço institucional, assim como em toda uma série de subsistemas como a família, o grupo de pares e religioso, entre outros, que vão contribuir para a vida social do indivíduo e, conseqüentemente, para a participação ativa nesses circuitos (Ribeiro & Raúl, 2011).

É, também, neste sentido que Jacob e Fernandes (2011) vão contribuir com um conjunto de aspetos/fatores ligados a um envelhecimento mais saudável e ativo. De entre alguns desse aspetos é de referir: a manutenção da autonomia, mencionada também por Ribeiro e Raúl (2011), assim como, ser um cidadão participativo e ativo; manter relações sociais e de convivência, especialmente com a família; realizar e envolver-se em atividades lúdicas e de lazer (e.g. ler livros, praticar exercício físico), ser criativo, experimentar coisas novas, namorar e amar, entre muitos outros.

Para muitos autores como Rowe e Kahn (1998 *cit. in* Gorjão, 2011) no processo de envelhecimento a participação social (ou envolvimento social) trata-se de uma dimensão muito, senão a mais, importante.

Para Gorjão e Marques (2012), esta dimensão comporta vários benefícios ligados a um aumento do bem-estar físico e psicológico, diminuindo o risco de mortalidade e contribuindo para um maior desenvolvimento pessoal, autoestima, sentimentos de utilidade e liberdade.

Desta forma podemos dizer que o envelhecimento ativo é sem dúvida o produto de um processo de adaptação de cada indivíduo ao longo da sua vida, caracterizado, neste caso, por um bom funcionamento físico, cognitivo e social. Torna-se, por isso, essencial apostar na prevenção de doenças e promover o bem-estar e qualidade de vida na velhice (Jacob & Fernandes, 2011).

A participação social, de entre todas as outras dimensões, vai permitir uma maior longevidade e evitar problemas como a solidão e, ao mesmo tempo, contribuir para esse bem-estar e qualidade de vida nos idosos (Gorjão, 2011).

1.3. Institucionalização e Qualidade de Vida

1.3.1. Origem das IPSS – panorama breve

As transformações que os idosos têm vindo a enfrentar ao longo dos anos até à sociedade contemporânea são marcadas por uma série de problemáticas desde a exclusão e marginalização até à inexistência de suportes sociais. Tal implicou a necessidade de se encontrarem respostas sociais ao nível institucional como forma de colmatar os problemas sociais existentes (Mouro, 2013).

Foi neste sentido que surgiram instituições de forma a acolherem os idosos. Estas tiveram origem na assistência social e proteção social baseada na caridade junto dos grupos sociais mais desfavorecidos (e.g. idosos, doentes e crianças) (Sobreiro, 2008).

Ao longo do século XX existiram inúmeras mudanças no estatuto das políticas de proteção social. Foi aí que se começou a assistir à “transformação dos asilos em lares e na emergência de serviços e instituições para a Terceira Idade” (António, 2013 p. 92) como Centro de Dia, Apoio Domiciliário, Centros de Convívio, Lares de Idosos, entre outros.

Foi, ainda, no século XX que surgiu pela primeira vez o termo de IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social). Esta é definida pelo artigo 1º - Decreto-lei 119/83 como sendo “entidades jurídicas constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa privada, com o propósito de dar expressão organizada ao dever

moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não seja administrada pelo Estado ou por um corpo autárquico” (Jacob, 2002).

As IPSS podem assumir várias formas jurídicas. Uma delas diz respeito às Santas Casas da Misericórdia. Estas instituições desempenharam um grande papel ao longo da história de Portugal no que refere à assistência social aos mais necessitados baseada, inicialmente, na caridade e esmola (Lopes & Sá, 2008).

As Santas Casas da Misericórdia ou Irmandades da Misericórdia surgiram em 1498, com a criação da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, por ação da rainha D. Leonor. Estas tiveram origem na Igreja e nas confrarias continuando com raízes religiosas até aos dias de hoje (Jacob, 2002).

Antigamente a institucionalização dos idosos era feita em asilos como forma de colmatar a solidão e o isolamento da pessoa. No entanto a perceção passada dos asilos permaneceu um pouco até ao presente alimentando um visão negativa sobre as instituições para idosos (Castro, 2010).

Segundo Goffman as instituições ou as instituições totais, como o próprio definiu, “consistem em lugares de residência onde um grupo numeroso de indivíduos em condições similares, levam uma vida fechada e formalmente administrada por terceiros. Existe uma rotura com o exterior, dado que todos os aspetos da vida são regulados por uma única entidade” (*cit. in* Jacob, 2002 p. 23).

Hoje em dia devido à grande diversidade de serviços e regras institucionais no universo a que se refere este trabalho, o termo de instituições totais ou totalitárias já não se aplica, no seu contexto de vivência concreta, neste nível de entendimento dado por Goffman (Pimentel, 2005).

No caso das Santas Casas de Misericórdia, onde o presente estudo se realizou, verificou-se que “apesar de existirem regras de funcionamento que condicionam o quotidiano dos idosos, não podemos classificar a mesma como instituição totalitária” (Pimentel, 2005 p. 179). Isto porque, a instituição mantém uma grande abertura com o exterior e as relações e interações com as redes sociais e a comunidade são incentivadas e cultivadas. Os utentes dirigem-se frequentemente à Igreja e ao exterior para visitar

familiares e amigos, não havendo um controlo rígido sobre eles tal como Pimentel (2005) comprovou no seu estudo com este tipo de instituições.

1.3.2. Estrutura Residencial para Idosos – visão geral

Do aparecimento das várias respostas sociais, como forma de proporcionar um melhor tratamento aos idosos destacamos, para este estudo, os lares de idosos ou, como designação mais recente, a Estrutura Residencial para idosos.

Segundo a Carta Social (2014 p. 4):

“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. A estrutura residencial pode assumir uma das seguintes modalidades de alojamento: a) Tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e ou moradias (correspondente à anterior designação residência); b) Quartos (correspondente à anterior designação lar de idosos); c) Tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos (correspondente à anterior designação residência + lar de idosos)”.

A institucionalização em lares de idosos nunca é um processo fácil. Para uns pode ser uma mudança para melhor e para outros pode ser um momento difícil, isto porque podemos encontrar idosos com maior saúde, mais ativos e até aqueles que possuem uma pós-reforma mais agradável, como também podemos encontrar idosos com pouca saúde e com uma maior dependência. É neste último aspeto que podemos encontrar perspetivas onde a institucionalização é vista como a vivência de perda onde estão presentes momentos de depressão e sentimentos mais ou menos manifestos de abandono por parte da família, assim como, aqueles receios como a perda de liberdade e autonomia, como irá ser recebido e tratado na Instituição, entre outros (Cardão, 2009 *cit. in* Cramês, 2012).

Foi neste sentido que se tornou pertinente que “as instituições sociais revissem a sua cultura institucional e criassem novas estratégias de intervenção relativamente aos quotidianos da vida dos idosos institucionalizados” (Mouro, 2013 p. 28).

A resposta institucional torna-se algo socialmente importante na vida dos idosos com a sua função cuidadora e de proteção à Terceira Idade, não querendo, contudo, apresentar-se como uma entidade substitutiva à família. Por se tratar de uma resposta que requer um processo contínuo e continuado no cuidado com os idosos, pode ser essencialmente considerada como resposta social face ao problema da família do idoso, que muitas vezes não possui as condições desejadas para tratar dele, e, também, face aos idosos sem família que já necessitam de um maior suporte por parte das instituições (Mouro, 2013).

Neste contexto é necessário alargar as medidas para o aspeto dos suportes de apoio aos idosos como forma de colmatar a questão do isolamento dos idosos. A família, para além da instituição, tem também um papel essencial para a promoção de bem-estar na vida dos idosos sendo necessário promover, se houver possibilidade, essa relação social entre o idoso e a restante família para que o idoso não se sinta abandonado e isolado da comunidade (Mouro, 2013).

O recurso a uma Estrutura Residencial, seja ele a título temporário ou permanente, vai permitir, desde já, ao utente um conjunto de serviços de apoio destinados à promoção da qualidade de vida e de um envelhecimento ativo (Segurança Social, 2007).

Segundo o *Manual de Processos-chave – Estrutura Residencial para Idosos*, da Segurança Social (s/d), esta resposta social tem como principais objetivos os seguintes aspetos:

- Promoção de qualidade de vida;
- Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial dos idosos;
- Promover a interação dos idosos com a família e comunidade de forma a otimizar os níveis de atividade e participação social;
- Promover estratégias de reforço da autoestima, de valorização e de autonomia pessoal e social, de forma a assegurar condições para a organização das atividades da vida diária dos idosos;
- Garantir o exercício da cidadania e o acesso aos direitos humanos dos clientes ao nível da sua privacidade, participação, confidencialidade, individualidade, entre

muitos outros, respeitando, ao mesmo tempo, as diferenças de género, socioeconómicas, religiosas, culturais e sexuais dos clientes;

- Respeitar, também, o projeto de vida definido por cada cliente, assim como os seus hábitos de vida, interesses, necessidades e expectativas;
- Promover o envolvimento dos utentes, numa relação de parceria, a fim de recolher a informação necessária sobre as necessidades, expectativas, capacidades, competências e participação e, conseqüentemente, envolvendo-os no planeamento, monitorização e avaliação das respetivas atividades;
- E criar um ambiente de respeito entre todos os intervenientes, ao nível dos direitos e deveres, individualidade e personalidade, entre outros.

As instituições vêm-se assim responsáveis por disponibilizar cuidados especializados de qualidade e um ambiente institucional favorável ao idoso. Deverão, segundo Berger e Mailloux-Poirier (s/d, *cit. in* Cramês, 2012) ter cuidados no desenvolvimento de planos com vista à promoção e manutenção da saúde e bem-estar dos idosos e, também, para uma adequada integração dos mesmos na instituição.

1.3.3. Modelo de Avaliação da Qualidade de Vida – Estrutura Residencial para Idosos

Para colmatar possíveis problemas sociais Portugal veio reforçar a coesão nacional no sentido de uma sociedade com menos pobreza e mais igualdade de oportunidades apostando em respostas sociais ajustadas à nova realidade criadas com o apoio e participação de inúmeras Instituições de Solidariedade Social. Com isto pretendia-se “garantir aos cidadãos o acesso a serviços de qualidade adequados à satisfação das suas necessidades e expectativas” (Segurança Social, 2007 p. 5).

Estes serviços vão permitir que as dimensões “física, psíquica, intelectual, espiritual, emocional, cultural e social da vida de cada indivíduo possam por ele ser desenvolvidas sem limitações dos seus direitos fundamentais à identidade e à autonomia” (Segurança Social, 2007 p. 2).

Desta forma foi criado, em 2003, o *Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais*, pelo Ministério da

Segurança Social e do Trabalho, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, a União das Misericórdias Portuguesas e a União da Mutualidades Portuguesas (Segurança Social, 2007).

Este apoio social, gerido pelo Instituto de Segurança Social, I.P (ISS) é desenvolvido por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e outras entidades públicas ou privadas e está destinado a respostas sociais como: creche, centro de dia, serviço de apoio domiciliário, centro de atividades ocupacionais, lar de infância e juventude, centro de acolhimento temporário e lar residencial (Segurança Social, 2007).

O Modelo de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais surge aqui como o modelo que, assente nos princípios da gestão da qualidade, vai estabelecer os requisitos necessários para a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade dos Serviços prestados pelas Respostas Sociais (Segurança Social, 2007).

Para a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade, sobre a qual esta resposta social assenta, é necessário que a entidade prestadora do serviço adote um conjunto de processos ou elementos, sendo eles (Segurança Social, 2007):

- Candidatura;
- Admissão e Acolhimento;
- Plano Individual;
- Cuidados pessoais e de saúde;
- Nutrição e Alimentação;
- Apoio nas atividades instrumentais da vida quotidiana;
- Planeamento e Acompanhamento das atividades de desenvolvimento pessoal.

Segundo o *Manual de Processos-Chave da Estrutura Residencial para Idosos*, cada um destes processos possui objetivos, um campo de aplicação, indicadores, modo operatório e caracterização do processo; engloba ainda um conjunto de boas práticas de forma a implementar os respetivos processos; instrumentos de registo, monitorização e avaliação das atividades realizadas, assim como a identificação de todos os intervenientes em cada atividade (Segurança Social, 2007).

Apesar de todos os processos serem muito importantes e de permitirem, em conjunto, uma maior qualidade dos serviços prestados aos utentes, o presente estudo irá ser fundamentalmente baseado no processo relativo ao Plano Individual (PI). Contudo os outros estarão tacitamente presentes pois o PI vai-se basear na recolha de informações de todos os outros processos.

1.3.4. Plano Individual – definição e elaboração

Uma vez integrado na Instituição, o utente é alvo de uma avaliação das suas necessidades e do desenvolvimento dos seus potenciais e de uma avaliação diagnóstica onde são recolhidas várias informações no que diz respeito às suas condições ou capacidades físicas e funcionais, estado de saúde, expectativas e representações face à sua vida e face à Instituição (Segurança Social, 2007).

Todo o tipo de informações acerca do utente são importantes e por isso são devidamente registadas e transmitidas para que, assim, se possa identificar áreas ou aspetos que necessitem de serem analisados e explorados no sentido de garantir uma boa integração e apoio na vida do utente (Segurança Social, 2007).

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

Na elaboração do PI vai ser utilizado como matriz de análise o Modelo de Avaliação da Qualidade de Vida para a população idosa no sentido de conduzir a um envelhecimento ativo nas dimensões: biológica, intelectual e emocional, potenciando assim uma promoção holística da qualidade de vida dos utentes (Segurança Social, 2007).

Por sua vez o Modelo de Avaliação da Qualidade de Vida está ligado ao World Health Organization Quality of Life (WHOQOL –OLD). Este último trata-se de um

manual ou módulo, da OMS, adaptado para ser utilizado com adultos idosos como forma de testar a avaliação da qualidade de vida dos mesmos (Power & Schmidt, s/d).

Este manual possui seis domínios fundamentais, nos quais o Modelo de Avaliação da Qualidade de Vida e o PI se vão basear, que são os seguintes (Segurança Social, 2007):

- *Habilidades sensoriais*

Este domínio avalia o funcionamento sensorial e o impacto que a perda das habilidades sensoriais têm na qualidade de vida do idoso. Foca-se, ainda, em sentidos como a audição, olfato e visão e implica a identificação de potenciais necessidades ao nível de ajudas técnicas, alternativas ou estratégias para implementar.

- *Autonomia*

Refere-se à independência e à capacidade que as pessoas idosas têm para viver de forma autónoma e tomar decisões. Aqui estão presentes aspetos como a recolha, análise e interpretação de informações que vão conduzir a tomadas de decisões conscientes e o locus de controlo que a pessoa sente ter em relação à sua própria vida.

- *Atividades passadas, presentes e futuras*

Este domínio diz respeito à satisfação que a pessoa idosa tem em relação às conquistas na sua vida e às coisas para as quais ainda anseia. Isto remete para o ciclo de vida do idoso, nomeadamente, no que diz respeito aos papéis e atividades que desempenhou. Isto vai ajudar a identificar áreas que necessitem de apoio para a construção de um novo projeto de vida que, em conjunto com as atividades realizadas e atualmente executadas, vão potenciar a construção de expectativas no que diz respeito às vivências futuras.

- *Participação social*

Reporta à participação em atividades quotidianas, especialmente aquelas em comunidade. Este implica o envolvimento em papéis e atividades e a sua presença em contextos vivenciais onde a rede social (e.g. amigos, familiares) é muito importante para a inclusão social do idoso.

- *Morte e morrer*

Este domínio está relacionado com as preocupações, inquietações e temores sobre a questão da morte e sobre morrer. Remete, ainda, para a preparação para o luto de pessoas mais próximas (e.g. amigos, irmãos) assim como do seu próprio ciclo de vida.

- *Intimidade*

Refere-se à capacidade de se ter relações pessoais e íntimas. Inclui, também, a satisfação que a própria pessoa tem perante as relações afetivas, amorosas e sexuais, assim como, em relação às suas expectativas, o que foi alcançado e as suas atitudes e comportamentos perante os outros.

A acrescentar que na elaboração e avaliação do PI devemos, ainda, considerar um conjunto de princípios (Segurança Social, 2007):

- A individualização e personalização do PI, respeitando os objetivos, os valores e os interesses, assim como toda a dimensão holística do cliente;
- A participação ativa do cliente e/ou significativos em todo o processo;
- Identificação em conjunto com o cliente e/ou significativos de ações que promovam a sua autonomia e qualidade de vida e a inclusão na comunidade;
- Ter em consideração que a ocupação quotidiana do cliente vai depender do seu projeto de vida, assim como, das suas competências e potencialidades, hábitos de vida e lazer, e estímulos por parte da estrutura residencial;
- Os direitos do cliente e/ou significativos em consultarem o PI e solicitarem a revisão do mesmo;
- A atitude de apoio que os vários elementos da equipa deverão ter perante o cliente, nomeadamente, no que diz respeito a uma comunicação ajustada e acessível à pessoa;

Para além disso, no PI, é necessário um conjunto de documentos e informações importantes e que constam, desde já, do processo individual do cliente, como (Segurança Social, 2007):

- Os objetivos operacionais de áreas como, atividades culturais, saúde, entre outros;

O Plano Individual como ferramenta de promoção de qualidade de vida em idosos institucionalizados

- Informações recolhidas no processo de candidatura e no processo de admissão e acolhimento, assim como, informações diárias dos colaboradores que acompanham o cliente;
- E a avaliação das necessidades, expectativas e potenciais do cliente.

No que conta à estrutura o PI deve conter os seguintes elementos (Segurança Social, 2007):

- A identificação do cliente que consta no processo individual;
- Uma síntese da avaliação diagnóstica;
- Os objetivos gerais da intervenção e respetivos indicadores;
- As atividades/serviços que irão ser prestados ao cliente e respetivos objetivos, indicadores e calendarização;
- As ações por atividade/serviço;
- A indicação dos responsáveis pela elaboração, implementação, monitorização, avaliação e revisão do PI;
- As formas de participação do cliente e significativos na intervenção;
- A data de avaliação/revisão do plano;
- A assinatura de todos os intervenientes.

Com os objetivos gerais da intervenção pretende-se alcançar resultados desejáveis e exequíveis através da prestação de várias atividades/serviços por parte do cliente (Segurança Social, 2007).

Estes objetivos vão ser pensados consoante as necessidades do cliente e por isso não têm um número predefinido (podem ter apenas um, dois ou mais dependendo do cliente). Estes objetivos devem ser definidos de forma clara e operacional (quantificada e que corresponda a um período temporal) (Segurança Social, 2007).

Para cada objetivo geral é/são definido(s) indicador(es) de avaliação e instrumentos metodológicos como (Segurança Social, 2007):

- Entrevistas/questionários aos clientes e significativos;
- Avaliação cognitiva e funcional do cliente;
- Análise dos resultados da monitorização.

No que diz respeito aos indicadores, o indicador trata-se de uma unidade que serve para medir o grau de obtenção de uma meta e, segundo Espinoza (1986 *cit in* Serrano, 2008 p.86), os indicadores devem ser:

- Mensuráveis: devem conter critérios de quantidade, qualidade e tempo;
- Objetivamente verificáveis: examinados objetivamente e à luz do critério estabelecido.

No que se refere a cada atividade como, por exemplo, atividades culturais, atividades sociais e atividades religiosas são criadas ações associadas a essa atividade como, por exemplo e respetivamente: “participar nas sessões de cinema”, “participar nas festividades” e “participar nas cerimónias religiosas” (Segurança Social, 2007).

É importante que a Estrutura Residencial promova a participação e envolvimento dos utentes nas atividades e serviços através da implicação e responsabilização dos mesmos nessas ações. Para isso é necessário definir e articular previamente com os clientes, familiares e outros envolventes as atividades que se irão desenvolver (Segurança Social, 2007).

A elaboração de um PI engloba, ainda, a colaboração e articulação com todos os intervenientes da equipa multidisciplinar (Segurança Social, 2007):

- Equipa técnica de vários sectores da organização;
- O cliente e/ou significativos;
- Outros colaboradores e outros serviços ou Entidades.

No processo de elaboração do PI o cliente pode colocar algumas objeções, algo perfeitamente normal pois até aquele momento nunca necessitou de um plano de vida, e poderá assim ser difícil de entender a sua pertinência. Como técnico (de Serviço Social) é importante adotar estratégias e um discurso que ajude o cliente a compreender o sentido da elaboração de um PI e de um projeto de vida. No entanto, o PI pode ser negociado de forma a que todas as partes interessadas cheguem a um consenso e, ao mesmo tempo, se respeite a individualidade e tomada de decisão do cliente (Segurança Social, 2007).

Após a validação, o PI é registado, datado e assinado por todas as partes e, posteriormente, integrado no processo individual do cliente (Segurança Social, 2007).

1.3.5. Plano Individual - Monitorização, Avaliação e Revisão

Ainda segundo o *Manual de Processos-Chave da Estrutura Residencial para Idosos*, com o desenvolvimento de um PI temos, igualmente, de considerar que as necessidades e expectativas dos clientes podem mudar e alterarem-se com o passar do tempo resultantes de aspetos como a alteração das condições físicas e cognitivas ou dos próprios interesses do cliente. Sendo assim, e de modo a assegurar uma maior qualidade e bem-estar da pessoa idosa, é necessário proceder a uma monitorização, avaliação e revisão do PI (Segurança Social, 2007).

A monitorização é feita através de registos efetuados pelo colaboradores ou outros profissionais através de livros de registos ou outros instrumentos criados para o efeito onde irão, depois, constar no processo individual do cliente (Segurança Social, 2007).

No que diz respeito à avaliação do PI todas as partes devem decidir o período de início, assim como, todo o seu planeamento.

O propósito da avaliação do PI “é verificar em que medida os objetivos propostos foram alcançados e o impacto que o PI está a ter no cliente” (Segurança Social, 2007, s/p).

Após o registo das avaliações o PI deverá, então, conter (Segurança Social, 2007):

- Os resultados obtidos;
- A avaliação qualitativa dos desvios face ao planeado;
- E propostas de reformulação/revisão.

Em relação à sua revisão, o PI deve ser revisto sempre que solicitado ou que algo assim o justifique de forma a melhorar a qualidade dos serviços e atender às necessidades dos clientes que vão surgindo ao longo do tempo (Segurança Social, 2007).

Parte II - Estudo empírico

Capítulo 2

2. Contextualização da Unidade Analisada

2.1. Introdução

Nesta segunda parte do trabalho é apresentado o estudo realizado no âmbito do estágio de Serviço Social na Santa Casa da Misericórdia de Braga, especificamente, no Lar Residencial de Terceira Idade – Nevarte Gulbenkian. Aqui serão apresentados, para além do objetivo principal do estudo, a metodologia utilizada e a contextualização da Instituição. Mais à frente, no capítulo 3, será apresentada a amostra, as características sociodemográficas dos utentes e os instrumentos utilizados. Para além disso irão ser expostos os procedimentos adotados neste estudo e, posteriormente, será feita a apresentação e análise dos resultados.

Antes de mais é importante referir que o trabalho com os Planos Individuais surgiu quando me foi sugerido pela orientadora do lar construir um PI com objetivos distintos para cada um dos utentes, com base em toda a informação que havia recolhido sobre eles (através da ficha individual, avaliação funcional e cognitiva) no início do estágio. Inicialmente este tema não iria ser utilizado como estudo para o Projeto de Graduação mas como todo o processo requeria uma grande disponibilidade e tempo para avaliar e monitorizar os PI e, também, pelo facto de se ter começado a tornar muito gratificante de trabalhar, foi decidido como tema final para o Projeto de Graduação.

O principal objetivo deste projeto é perceber *Qual o grau de eficácia do PI, avaliado em função de objetivos apontados e objetivos atingidos?* e fazer tal através da elaboração, monitorização, avaliação e revisão dos mesmos. Pretende-se utilizar este estudo como um elemento de reflexão ao nível da eficácia e resultados do PI no contexto de promoção da qualidade de vida em idosos institucionalizados.

2.2. Metodologia

A metodologia desempenha um papel muito importante no desenvolvimento de um projeto visto que os resultados finais estão condicionados pelo método e pelo modo como se obtiveram os resultados (Serrano, 2008).

Tal como Espinoza (1986) referiu “o método é o caminho que se escolhe para a obtenção de um fim” (p.89 *cit. in* Serrano, 2008). Desta forma a metodologia engloba um conjunto de ações, tarefas e procedimentos que se devem realizar ao longo do projeto de forma a alcançar as metas e os objetivos propostos (Serrano, 2008).

Neste estudo será utilizada uma metodologia qualitativa e quantitativa.

A metodologia qualitativa vai assentar no “contacto direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está a ser estudada” (Ludke & André, 1986 p. 11). Este contacto decorreu durante o período de estágio (de 9 de Outubro a 5 de Maio). Este tipo de metodologia vai permitir compreender a situação do objeto de estudo pois tem em consideração as interpretações, interesses e aspirações daqueles que interage oferecendo, dessa forma, informações que permitiram entender, interpretar e intervir do modo mais adequado (Serrano, 2008); e a metodologia quantitativa está presente através do tratamento estatístico básico e dos dados.

Este tempo de contacto continuado implicou a observação, nomeadamente, a observação participante e a observação não participante. A observação participante revelou-se ser uma parte fundamental no conhecimento do público-alvo e da dinâmica de todo o lar. Segundo Ludke e André (1986), esta tem a vantagem de permitir um contato pessoal do pesquisador com o objeto de investigação o que vai permitir um acompanhamento das experiências diárias dos sujeitos e, ao mesmo tempo, apreender os significados que estes atribuem à realidade e às suas ações; e a observação não participante onde o observador não está diretamente em interação com os sujeitos e estes não sabem que estão a ser observados o que permite recolher informações, comportamentos e atitudes espontâneas, livres da interferência do investigador.

Por exemplo a participação em grande parte das atividades promovidas pelo lar, nomeadamente, as festividades permitiram, através destas ferramentas, encontrar e perceber aspetos de alguns residentes que de outra forma seria difícil saber e que de muito serviram para desenvolver cada um dos seus planos individuais de intervenção. Por exemplo, o grupo de cartas que se desenvolve todos os dias ao final da tarde permitiu-me saber que certos indivíduos, apesar de pouco participativos nas atividades do lar, fazem questão de se reunirem naquele pequeno grupo e local e cuja atividade eles próprios criaram e promoveram junto da comunidade do lar.

2.3. Contextualização da Instituição

2.3.1. Resenha Histórica

O Lar de Terceira Idade Nevarte Gulbenkian é uma valência pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Braga (SCMB). Localiza-se no concelho de Braga, na freguesia de S. Lázaro, rua Dr. Marcelino Pires.

Foi inaugurado em 1961 de forma a alojar alunas que frequentavam a Escola de Enfermagem e que, com a sua oficialização, em 1977, passou a admitir jovens estudantes, funcionárias públicas, enfermeiras e irmãs, que por diversos motivos solicitavam apoio (SCMB, s/d).

Em Setembro de 1992, foram implementadas obras de remodelação e adaptação para Lar de Terceira Idade. Após a sua conclusão, foi celebrado um acordo de cooperação com o Centro Regional de Segurança Social, que entrou em vigor em Outubro de 1992 e onde se deu início a admissões de utentes de terceira idade, de ambos os sexos.

Inicialmente, foram admitidos cinco utentes de baixos recursos económicos, conforme prevê o acordo de cooperação enquanto os restantes lugares foram ocupados por idosos com melhor capacidade económica.

A Instituição não tem como finalidade alcançar lucros, mas pretende-se que, com esta valência e com um resultado final positivo, sirva para apoiar a gestão deficitária dos outros Lares de Terceira Idade, existentes na Misericórdia (SCMB, s/d).

No que diz respeito às Valências a SCMB possui, dirigida à Infância:

- Creche Rainha Santa Isabel
- Creche Rainha D. Leonor

Dirigida para a Terceira idade:

- Lar Nevarte Gulbenkian
- Lar D. Diogo de Sousa
- Lar N^a Sr.^a da Misericórdia
- Centro de Dia

E, por fim, no que conta aos Serviços possui:

- Farmácia
- CLDS – Contratos Locais de Desenvolvimento Social
- Cantinas Sociais
- Culto
- Apoio Domiciliário

Segundo o regulamento interno do Lar, a valência Lar Nevarte Gulbenkian “é uma estrutura vocacionada para prestar apoio a idosos de ambos os sexos em regime de residência permanente que pretende” (SCMB, s/d, s/p):

- Responder, de forma adequada, às necessidades e interesses manifestados pelos Idosos;
- Auxiliar situações de isolamento e falta de apoio (social e familiar) dos idosos;
- Proporcionar aos idosos uma habitação condigna de forma a garantir-lhes uma vida confortável, num ambiente calmo e humanizado;
- Promover o envelhecimento ativo e saudável;
- Prestar apoio social, psicológico e médico às pessoas idosas.

Os recursos humanos da SCMB totalizam 126 colaboradores que prestam serviço a 415 utentes, distribuídos pelas diferentes respostas sociais. (SCMB, s/d).

2.3.2. Descrição do Lar Nevarte Gulbenkian

O Lar Residencial Nevarte Gulbenkian possui 30 quartos e 8 suites. Todos possuem casa de banho privativa, TV e telefone.

Este lar possui uma capacidade para 40 utentes dos quais 30 têm acordo com Segurança Social.

No edifício do Lar, para além de estarem instalados os Serviços Administrativos, funciona ainda um Refeitório Social que serve refeições a funcionários e utentes.

Quanto ao espaço físico encontramos inúmeros espaços amplos, nomeadamente, terraços, jardins, salas de convívio, biblioteca, auditório, capela, sala de refeições, salas privativas e bar.

O lar disponibiliza um conjunto de serviços: o alojamento, alimentação, tratamento da roupa (lavandaria), cuidados de enfermagem e prescrição de fármacos, higienização pessoal (todos os dias de manhã), assim como, atividades de animação socioculturais e ocupacionais (e.g. informática, exercícios de estimulação, bingo, etc.) e culto religioso através da celebração aos sábados. Neste último ponto é importante referir que os utentes-residentes podendo participar nas cerimónias religiosas, realizadas por intermédio do Capelão e/ou sacerdotes, celebradas nas instalações da instituição, têm, ainda, a liberdade de professar qualquer religião através, do direito à liberdade religiosa.

O lar possui, ainda, gabinete médico, gabinete de Direção técnica, garagem para utentes/clientes e aquecimento central.

Na acessibilidade o lar permite uma circulação sem obstáculos, possui rampas no exterior do edifício, casas de banho acessíveis e devidamente equipadas com ajudas técnicas, assim como, corrimão em todos os corredores e escadas, apoio nas cadeiras e sofás e o acesso a dois elevadores.

Capítulo 3

3. O Estudo realizado

3.1. Amostra

A amostra é formada por 18 utentes residentes no Lar Nevarte Gulbenkian da Santa Casa da Misericórdia de Braga.

Optou-se por escolher esta população por duas razões centrais: 1) existe uma grande variedade de utentes com características e histórias de vida distintas; 2) a própria Instituição tem um papel muito importante ao nível de garantir a melhor qualidade de vida para os seus utentes, algo que se constitui como objetivo dos PT's.

No que diz respeito à escolha da amostra, esta foi proposta pela orientadora do lar no âmbito da construção dos PI e com base na disponibilidade e capacidade de cada utente para a aplicação deste estudo. É importante referir que a amostra era, inicialmente, constituída por 20 utentes mas, devido ao falecimento de dois deles durante o período de estágio e recolha de dados, teve que ser reduzida para apenas 18 utentes.

3.2. Instrumentos /técnicas e procedimentos

Foram vários os instrumentos e técnicas utilizadas na recolha de dados.

A mais importante e mais utilizada foi a entrevista. Esta, enquanto técnica assente no contacto direto com o entrevistado, vai permitir uma grande compreensão das biografias, experiências, opiniões, aspirações, atitudes, comportamentos e sentimentos por parte das pessoas. (May, 2004).

Na realização de uma entrevista é necessário, antes de mais, assegurar “o anonimato do entrevistado e o sigilo das respostas” (Richardson, 1999 p. 216), assim como uma escuta ativa, tudo isto realizado num bom ambiente.

O tipo de entrevista utilizada foi a semiestruturada. Esta técnica foi utilizada para recolher as características, necessidades e potenciais dos utentes de forma a contruir o seu Plano Individual.

Este tipo de entrevista, segundo May (2004 p. 149), caracteriza-se pelo seu “caráter aberto” o que vai permitir um discurso livre, mas mantendo sempre o objetivo da investigação.

A entrevista foi realizada individualmente a 18 utentes numa sala privativa do lar que permitia uma maior privacidade e à vontade para colocar as questões. No entanto, é importante referir que algumas destas entrevistas também foram realizadas no quarto individual dos utentes por solicitação dos mesmos pois sentiam-se aí mais confortáveis.

Na entrevista foram aplicados instrumentos característicos do trabalho em Serviço Social Gerontológico como a ficha de caracterização individual do utente (Anexo I), a avaliação funcional de Barthel (Anexo II) e a avaliação cognitiva *Mini Mental State* (MMS) (Anexo III).

A caracterização individual do idoso (Anexo I) permitiu saber os dados de identificação do utente ao nível familiar (e.g. número de filhos) e pessoal (e.g. hábitos, gostos, interesses e competências) assim como um resumo da história de vida do utente. Permitiu, também, o conhecimento ao nível da saúde do utente com questões ao nível do tipo de doenças que apresenta, possíveis alergias, medicação indicada pelo médico onde é apresentada uma tabela com o nome de cada medicamento e a altura do dia em que deverá ser tomada. Para além de outros aspetos, também apresenta os valores conseguidos da avaliação de Barthel e MMS que, uma vez aplicada e conhecido o resultado, deverá constar nesta ficha individual.

A avaliação funcional de Barthel (Anexo II) foi uma das avaliações escolhidas pela Instituição para serem aplicadas aos utentes como forma de avaliar o grau de independência de cada um na realização de algumas atividades básicas de vida diária: evacuar, urinar, higiene pessoal, uso da casa de banho, tomar banho, vestir e despir, mobilidade e deslocações, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Sequeira, 2007). Esta apresenta uma escala de classificação de 0 a 20 onde: 0-4 indica *Muito Grave* (totalmente dependente); 05-09 indica *Grave*; 10-14 indica *Moderado*; 15-19 indica *Ligeiro* e 20 indica *Independente*.

Por outro lado, a avaliação cognitiva *Mini Mental State* (MMS) ou Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo III) é um teste de rastreio que permite avaliar a função cognitiva e detetar quadros demenciais (Apóstolo, 2012). O MMS utilizado pela Instituição possui 6 questões que permitem examinar o estado cognitivo do utente ao nível da orientação (temporal e espacial), retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva (copiar dois pentágonos sobrepostos em que dois dos seus lados devem ficar intersetados).

O resultado varia de 0 a 30 pontos sendo que considera-se:

- Analfabeto uma pontuação inferior ou igual a 15 pontos;
- 1 a 11 anos de escolaridade uma pontuação igual ou superior a 22 pontos;

- E mais de 11 anos de escolaridade uma pontuação igual ou superior a 27 pontos.

Existem várias versões deste teste e os fatores ou questões utilizados podem ser diferentes consoante quem o utiliza.

À medida que foram sendo feitas as entrevistas e recolhidas as informações necessárias foi contruído/elaborado o PI dos utentes.

O Plano Individual (Anexo IV) também se trata de um instrumento, que neste contexto, “visa organizar, operacionalizar e integrar todas as respostas às necessidades, expectativas e potenciais de desenvolvimento identificadas em conjunto com o cliente” (Segurança Social, 2007 s/p). Aqui encontram-se os objetivos da intervenção, a metodologia utilizada e o registo dos resultados obtidos.

Na elaboração do PI tivemos em conta um conjunto de elementos e aspetos inseridos no *Manual de Processos-Chave da Estrutura Residencial para Idosos da Segurança Social* (2007).

Desta forma, foram criados objetivos gerais e específicos de intervenção através de ações por atividade/serviço (e.g. participar nas festividades do lar – atividade social) com respetivos indicadores, responsáveis pela monitorização e avaliação do PI, a data de início e revisão do plano, entre outros (Ver informação mais detalhada feita, anteriormente, no ponto 2.3.4 – Plano Individual: definição e elaboração).

É de referir que os objetivos e ações por atividade/serviço estão baseados nos domínios presentes no modelo de avaliação da qualidade de vida e no WHOQOL- OLD (ver ponto 2.3.4). Apenas 4 dos 6 domínios foram usados (Habilidades Sensoriais/Saúde, Participação Social, Autonomia e Intimidade).

O número de objetivos para cada utente foi decidido por mim, com a ajuda da orientadora do lar, e por isso cada um deles pode ter um, dois ou mais objetivos, inclusive mais de que um do mesmo domínio, como anteriormente já referi.

A monitorização dos PI iniciou-se no mês de Fevereiro, tendo terminado no mês de Maio.

No processo de monitorização do PI foram utilizados alguns instrumentos para melhor avaliar e monitorizar o cumprimento dos objetivos. Foi criado um conjunto de grelhas (Anexo V) para cada utente (que possuísse o domínio) em que constavam os objetivos do domínio da *Autonomia* para que semanalmente se avaliasse o cumprimento dos objetivos junto dos próprios utentes. A título exemplificativo temos o seguinte objetivo: “Caminhar entre 30 minutos a 1 hora (no mínimo 3 vezes por semana) ”.

Optou-se por monitorizar os objetivos (de autonomia) desta forma pois seria um modo mais fiável na obtenção dos resultados, tendo em conta que os idosos facilmente se esquecem do que realizaram recentemente, o que levou a que fosse necessário abordá-los mais cedo, neste caso no final de cada semana.

Outro instrumento utilizado na monitorização e avaliação dos objetivos foi um pequeno questionário (Anexo VI) criado com o propósito de recolher informações sobre o domínio de *Habilidades Sensoriais/Saúde*, a ser aplicado junto da Enfermeira do lar.

Com este questionário, direcionado a apenas 5 utentes (aqueles que possuíam este domínio), pretendia-se saber informações sobre vários aspetos como: a higienização/ banho dos utentes, frequência de muda de fralda, deslocação ou acompanhamento à casa de banho e ingestão de líquidos, assim como o número de infeções urinárias e zonas de pressão ou úlceras verificadas naquele mês (monitorização/avaliação feita mensalmente).

O objetivo disto prendia-se em garantir que as suas necessidades básicas estavam a ser asseguradas, assim como a prevenção do aparecimento e alastramento de escaras e úlceras de pressão.

Após a recolha de todas as informações do processo de monitorização, realizada no final de cada mês (exceto as grelhas do domínio de autonomia que foram realizadas semanalmente), é feita uma avaliação sobre o grau de cumprimento dos objetivos, que deverá constar nas grelhas de observação e avaliação dos objetivos de cada utente (Anexo VII), através da seguinte categoria: objetivos não cumpridos (N/C), objetivos parcialmente cumpridos (P/C), objetivos totalmente cumpridos (T) e objetivos anulados (A).

3.3. Características Sociodemográficas dos Utentes

A população estudada apresentava as seguintes características (Tabela 1):

Utentes/ *Género	Idade	Estado Civil	**Habilitações Literárias	Tempo de Residência no lar	Grau de Dependência
1F	83	Viúva	F	9	Independente
2F	82	Casada	F	12	Independente
3F	84	Solteira	F	37	Dependente
4F	78	Viúva	E	2	Independente
5F	96	Viúva	B	1	Independente
6F	83	Viúva	A	4	Dependente
7F	92	Viúva	B	3	Ligeiro
8F	94	Viúva	F	2	Ligeiro
9F	82	Viúva	B	2	Independente
10F	93	Viúva	D	9	Ligeiro
11M	89	Casado	C	12	Dependente
12F	84	Viúva	F	3	Ligeiro
13F	78	Viúva	F	5	Independente
14F	85	Solteira	B	2	Moderado
15F	72	Solteira	E	4	Independente
16F	70	Viúva	E	5	Independente
17F	92	Viúva	D	5	Independente

18F	87	Solteira	F	5	Moderado
-----	----	----------	---	---	----------

Tabela 1 – Estrutura sociodemográfica da amostra

Legenda: *Género: F- Feminino; M- Masculino; **Habilitações Literárias: A – Sabe ler e escrever (não possui o 1º ciclo do ensino básico); B – 1º ciclo do ensino básico (ensino primário 4ª classe); C – 1º ciclo do ensino básico – cursos profissionais; D – 3º ciclo do ensino básico – (antigo 5º ano do liceu ou 9º ano unificado); E – Ensino técnico – curso geral; F – Bacharelato (cursos superiores).

Assim, podemos verificar que:

- 95% dos utentes são do sexo feminino e 5% (que representa 1 utente) é do sexo masculino;
- 67% dos utentes são viúvos, 22% são solteiros e 11% são casados (são um casal);
- 95% dos utentes possuem habilitações literárias e cursos superiores (com Bacharelato) e apenas 5% (que representa 1 utente) não possui qualquer habilitação literária (apenas saber ler e escrever);
- A média de idade na entrada dos utentes no Lar encontra-se nos 75 anos;
- Os anos em que mais utentes deram entrada para o Lar foi em 2010 e 2013;
- E 55% dos utentes são independentes, enquanto 45% são dependentes ou apresentam uma ligeira/moderada dependência.

3.4. Apresentação e Análise dos Resultados

No gráfico 1 é possível ver o número de objetivos que foram estabelecidos consoante cada domínio do modelo de qualidade de vida. No total existem 208 objetivos distribuídos de Fevereiro a Maio.

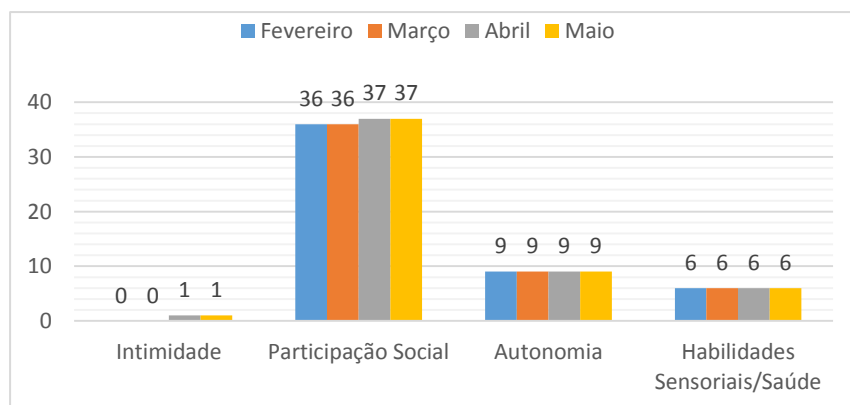


Gráfico 1 – Número de objetivos por domínio de Fevereiro a Maio

É importante referir que no mês de Fevereiro e Março, na totalidade, o número de objetivos encontrava-se nos 102, mas devido à revisão do PI de alguns utentes, no mês de Abril e Maio, foi aumentado para 106 objetivos (foram acrescentados mais 2 objetivos, no domínio *Participação Social* e *Intimidade* e 1 objetivo foi substituído por um do domínio *Participação Social*).

Para este estudo apenas foram utilizados quatro dos seis domínios existentes no Modelo de Avaliação da Qualidade. Isto deveu-se ao facto de os restantes dois domínios: domínio de *Atividades passadas, presentes e futuras* e o domínio *Morte e morrer* - não terem sido, inicialmente pensados para o trabalho visto que o estudo dos PI's não estava pensado como tema de estudo. Caso contrário, provavelmente, teriam sido incluídos.

Mais tarde (no mês de Abril), foi ponderado incluir o domínio de *Morte e morrer*. Optei por não incluir visto se tratar de um domínio que exigia uma grande carga emocional para ser tratado com os utentes (a morte não é algo fácil de falar, como constatei nas várias entrevistas que realizei) e também por não se adequar ao meu tempo curto de permanência na instituição e ao estatuto temporário na mesma.

Alguns destes quatro domínios foram mais utilizados que outros. Por exemplo, o domínio de *Participação Social* foi aquele mais utilizado com 146 objetivos, seguido do domínio *Autonomia* com 36 objetivos, o domínio *Habilidades Sensoriais/Saúde* com 24 objetivos e o domínio *Intimidade* com 2 objetivos. De referir que cada utente poderia ter um, dois ou mais objetivos consoante as suas necessidades e características. Por exemplo, os utentes mais independentes, normalmente, ficam com objetivos no domínio

da *Participação Social e Autonomia* e os utentes mais dependentes e incapazes de participar nas atividades (e.g. acamados), têm objetivos mais ligados ao domínio das *Habilidades Sensoriais/Saúde*.

Assim, a razão por detrás do uso elevado do domínio *Participação Social* está ligado com o grande número de utentes independentes (55%) na amostra e da grande quantidade de atividades e serviços (e.g. aulas de yoga, atividades socioculturais, festividades, etc.) que a instituição proporciona à comunidade. Para além disso, o facto de existirem muitos utentes ainda autónomos leva a que seja importante promover a participação destes nas várias atividades e serviços pois, ao mesmo tempo, vai desenvolver a suas competências na rede social com os outros utentes, familiares e amigos (quando existem festividades) ao nível do contacto e inclusão social.

No contexto da avaliação dos objetivos de Fevereiro a Maio, através de uma monitorização pormenorizada, foi possível obter os seguintes resultados:

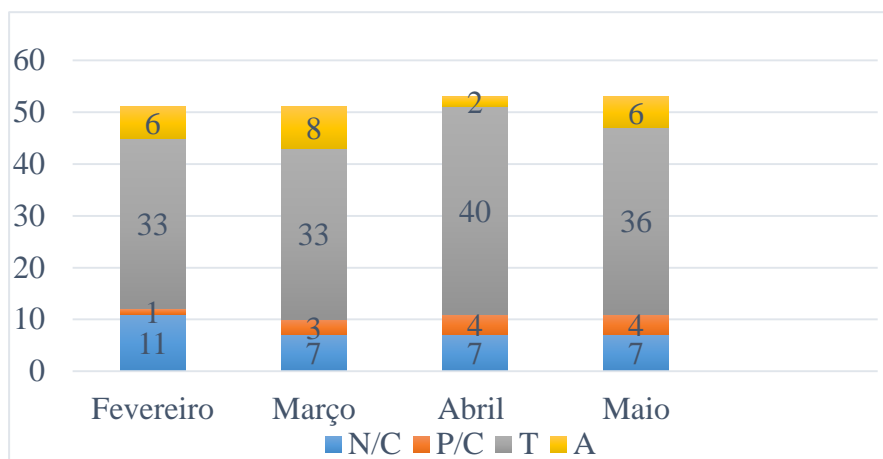


Gráfico 2 – Avaliação dos objetivos de Fevereiro a Maio

Legenda: N/C – Objetivo não cumprido; P/C – Objetivo parcialmente cumprido; T – Objetivo totalmente cumprido; A – Objetivo anulado

Elaboraram-se 4 categorias: Objetivo não cumprido (N/C), que nos diz que o objetivo não foi atingido; Objetivo parcialmente cumprido (P/C) onde o objetivo é considerado incompleto ou limitado; Objetivo totalmente cumprido que indica que o resultado foi atingido na totalidade; e objetivo Anulado (A) que diz respeito aos objetivos que não foram aplicados ou contabilizados por alguma razão (Promérito, s/d).

Desta forma, no gráfico 2 é possível constatar que a maior parte dos objetivos ao longo dos 4 meses do estudo foram de facto totalmente cumpridos (T/C). Contudo, notou-se uma ligeira descida de Abril para Maio o que não constitui algo significativo para o estudo pois o valor continua alto comparado aos resultados do mês de Fevereiro e Março (com 33 objetivos em ambos os meses).

No que refere aos objetivos não cumpridos (N/C) houve uma pequena diminuição de Fevereiro para Março (de 11 para 7) mantendo o mesmo resultado em Abril e Maio. Isto indica que há objetivos que devem ser repensados para impedir a taxa contínua de não cumprimento.

Ao nível dos resultados obtidos dos objetivos parcialmente cumpridos (P/C) está subjacente um número pouco significativo pois do mês de Fevereiro ao mês de Maio houve apenas um ligeiro aumento dos objetivos P/C, algo que não justifica a revisão dos objetivos.

Outro resultado que o gráfico apresenta diz respeito aos objetivos Anulados (A) Estes tratam-se de objetivos que por alguma razão não puderam ser aplicados aos utentes e contabilizados como N/C, P/C ou T. Por exemplo, as sessões de cinema e os passeios anuais não se organizaram todos os meses, apenas no mês de Fevereiro e Abril. Outro exemplo são as apresentações ou palestras relacionadas com o Serviço Social e outras áreas como a Sociologia, Geriatria, entre outros, realizadas pelos estagiários do lar que, apesar de serem frequentes, foram mais realizadas nos meses de Abril e Maio.

De forma a perceber quais os domínios que mais se destacavam nas várias categorias de N/C, P, T/C e A foi construído o gráfico 3 que nos revela que o domínio *Participação Social* se destaca mais em todas as categoriais.

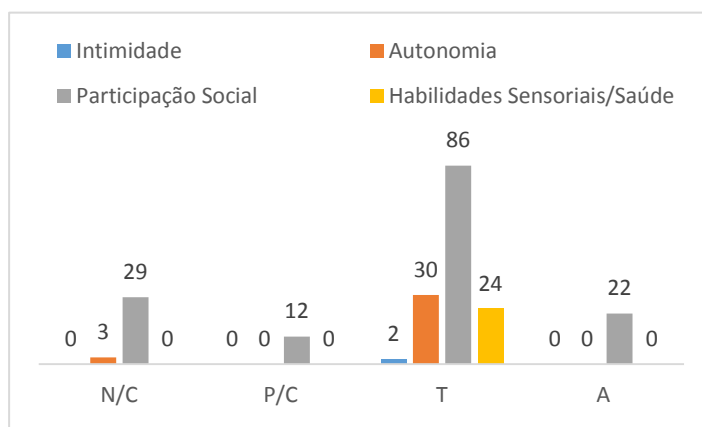


Gráfico 3 – Avaliação do cumprimento dos objetivos por domínio

Total de objetivos: 208

Podemos dizer que o domínio *Participação Social* destaca-se, assim, como aquele com mais objetivos totalmente cumpridos mas, também, aquele com mais objetivos não cumpridos, objetivos parcialmente cumpridos e objetivos anulados. Isto deve-se ao facto de o domínio possuir o maior número de objetivos em comparação aos restantes.

De seguida, para perceber as razões por trás do não cumprimento e cumprimento parcial foi apresentado o gráfico 4 que contem as razões mais frequentes indicadas pelos utentes:

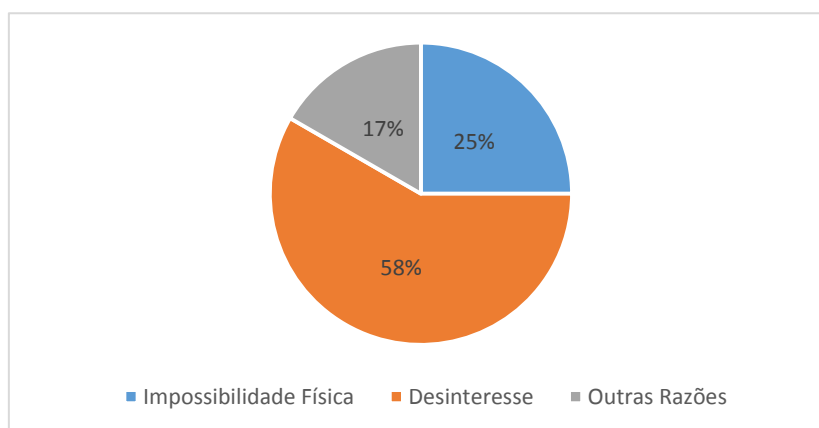


Gráfico 4 – Razões de não cumprimento dos objetivos na perspetiva dos utentes

Legenda: A – Impossibilidade física (recuperação de lesão ou doença); B – Desinteresse; C - Outras razões

Dos 44 objetivos não cumpridos e parcialmente cumpridos encontramos razões como: *Desinteresse*, *Impossibilidade física* e *Outras razões*.

Neste gráfico é possível constatar que a maior percentagem de não cumprimento e cumprimento parcial dos objetivos está ligada ao *desinteresse* dos utentes pelas atividades. Dentro desta categoria encontram-se expressões como “não gosto das atividades” e “não tive tempo”. O conhecimento adquirido das características dos utentes ao longo do tempo de estágio permite-me dizer que o *desinteresse* aqui apresentado manifesta um fechamento individual subjacente à atitude dos utentes perante o que os rodeia. Muitos optam por se isolarem nos quartos ou evitarem o contacto com os outros utentes.

O conhecimento que fui adquirindo ao longo do estágio permitiu-me também identificar, dentro da categoria do *desinteresse*, a pressão de pares como uma das razões que leva a que uma pequena parte (cerca de 17% dos 58 %) não cumpra com os objetivos ou não participe nas atividades. Isto porque, mesmo vivendo num lar, os idosos vêm-se confrontados com utentes com características de personalidade, nível sociocultural, pontos de vista e expectativas diferentes que podem muitas vezes chocar com as deles. É neste sentido que encontramos a pressão de pares que na maioria das vezes é muito difícil de detetar. Este problema pode também levar ao que acima se explicou de fechamento individual.

Um exemplo de pressão de pares está num caso onde um grupo de utentes demonstrou o seu desagrado perante a utente 2F, casada com o utente 11M. O utente 11M encontra-se dependente e com um baixo nível cognitivo não lhe permitindo mais participar nas várias atividades e ser tão autónomo como a sua mulher (utente 2F). Desta forma, o grupo de utentes não achava que seria apropriado a utente 2F participar com tanta frequência nas atividades e que deveria cuidar do marido (mais do que já fazia). Estes comentários conduziram a que a utente 2F diminuísse a sua participação nas atividades, impedindo-a de desfrutar do que gostava de fazer (e.g. aulas de yoga), o que conduziu também a um fechamento da própria para com o resto da comunidade.

A segunda maior percentagem está relacionada com a *impossibilidade física do utente*, ou seja, o facto de este se encontrar doente ou em recuperação de uma lesão o que impossibilita o cumprimento do objetivo.

Por fim, no que conta a *outras razões* vamos encontrar três razões. A primeira diz respeito a uma razão interna: referente ao espaço físico com a “falta de espaço para a cadeira de rodas” ou devido à “falta de colaboradoras para levarem o utente”. Esta razão está relacionada com a participação em palestras dirigidas por estagiários, que por estas razões, não foi possível que os utentes pudessem atender.

De seguida temos uma razão externa, que diz respeito a “assuntos pessoais”, ou seja, os utentes não cumpriram com o objetivo devido à ida ao médico, banco ou a visita a familiares. Outra razão está relacionada com o simples “esquecimento” do utente em realizar a atividade.

Em suma, com a apresentação e análise dos resultados realizados, podemos constatar que o domínio de participação social possui um número superior de objetivos, devido às características sociodemográficas dos utentes e da oferta institucional de serviços e atividades; que a maior parte dos objetivos (68%) foram de facto totalmente cumpridos, 21 % dos objetivos não foram cumpridos (ou foram parcialmente cumpridos) e 11% dos objetivos foram anulados; nestes dois últimos a participação social revelou-se o domínio com o maior número de não cumprimento, cumprimento parcial e objetivos anulados devido ao facto de existir um maior número de objetivos neste domínio; e, por fim, a razão do não cumprimento e cumprimento parcial revelou-se estar mais ligada com o desinteresse dos utentes perante algumas atividades, onde o fechamento individual e a pressão de pares desempenharam um componente explicativo dessa mesma razão.

Assim, podemos concluir que o grau de eficácia do PI, avaliado em função dos objetivos apontados e propostos é positivo. Isto é, o grau de cumprimento de objetivos demonstrou-se muito superior em relação aos outros objetivos (N/C, P/C e A) durante os meses de Fevereiro, Março, Abril e Maio, o que permite constatar um sucesso nos resultados e objetivos pretendidos com o presente estudo.

Reflexões Finais

Este estudo permitiu perceber que o envelhecimento é de facto um fenómeno social e individual. Individual pois o envelhecimento não é um processo homogéneo mas sim um processo diferencial, isto é, diferente de pessoa para pessoa. Cada utente possui características de personalidade e sociodemográficas diferentes, entre outros aspetos, que vão definir a pessoa como ela mesmo é; e social pois o utente é fortemente influenciado pelo processo de socialização ao longo da sua vida, nas dimensões da vida familiar, escolar e do trabalho mas também pela comunidade em que agora se insere, o lar de idosos (Vaz, 2008).

Por vezes a mudança de ambiente vai levar a que o idoso molde o estilo de vida e expectativas a que estava habituado de forma a criar um novo que se enquadre na comunidade institucional. Este aspeto pode ter consequências positivas e negativas na vida do idoso. As diversas características de personalidade, socioculturais e também ao nível da perceção do mundo e expectativas que cada um dos utentes idosos possuem podem criar momentos de tensão e pressão entre eles.

Esta pressão de pares pode explicar algumas das razões por detrás da pouca participação dos idosos e também de situações de isolamento e fechamento individual da própria pessoa idosa. Isto porque, e tal como Pimentel (2005) constatou, por vezes a “convivência forçada, a partilha do mesmo espaço com alguém que se desconhece ou (...) que se conhece superficialmente, pode refletir-se de forma negativa na integração do idoso” (p. 180).

Por isso, enquanto profissionais devemos também ter a preocupação e o cuidado de encontrar formas e/ou estratégias, em conjunto com o utente, para melhorar ou superar esse problema respeitando sempre a personalidade e individualidade de cada um de forma a proporcionar um ambiente agradável, confortável, menos hostil e que, acima de tudo, proporcione um espaço de realização pessoal assente no princípio de melhoria de qualidade de vida do idoso.

No exercício das atividades, enquanto futura técnica de Serviço Social, numa Estrutura Residencial para Idosos é também fundamental o desenvolvimento de certas competências profissionais (teóricas e metodológicas) e relacionais afetivas. Aqui foi necessário ter em conta capacidades ao nível da escuta ativa e empática, em que o utente

se sinta confortável e disposto a partilhar e estabelecer uma relação de confiança e respeito entre ambas as partes de forma a encontrar aquilo que se procura, em conjunto, com o utente (Ribeirinho, 2013).

O recurso à observação, principalmente, demonstrou ser um aspeto fundamental no conhecimento de toda a instituição e dos próprios utentes que, em muitos casos, de outra forma não seria possível. A possibilidade de participar, em conjunto com os utentes, nas várias atividades e de observar toda a dinâmica do lar (muito devido à grande liberdade e abertura da própria instituição) permitiu um melhor entendimento de cada um deles tornando possível a criação de objetivos mais adequados e conclusões que permitem explicar um pouco a razão de certos desvios no estudo (e.g. incumprimento dos objetivos).

Ao nível institucional foi possível perceber que os utentes possuem uma grande liberdade visto que as regras do lar, por comparação com outros lares, não são tão rígidas e a própria instituição promove a abertura da mesma tendo uma enorme preocupação em promover a qualidade de vida dos seus utentes. Para além disso, e no caso da instituição do presente estudo, os idosos tinham a possibilidade de terem quartos individuais onde estavam rodeados de objetos e recordações próprias que os fazia sentir mais em casa (Pimentel, 2005).

Analisando os resultados do estudo verificou-se a necessidade de rever alguns dos objetivos que não foram cumpridos, nomeadamente, aqueles em que se apurou um grau de não cumprimento contínuo ao longo dos meses. Torna-se necessário apostar em objetivos inseridos em domínios como a *Intimidade*, que promoverá também, as relações sociais do utente perante os outros, nomeadamente, a família e amigos.

A família, os amigos e toda a comunidade do lar demonstraram neste estudo serem um elemento muito importante na vida do utente tornando-se essencial a promoção das relações sociais através de um maior número de visitas da família e do seu envolvimento nas atividades do lar (e.g. festividades).

Para além disso, as redes sociais, como a família, bem como o suporte social percebido (e.g. amigos, colaboradoras) encontram-se, também, relacionadas com a participação social e a diminuição do stress psicológico, assim como o aumento do bem-estar físico (Gorjão, 2011).

Aqui a *participação social* revelou-se como um dos aspetos mais importantes, tanto para o estudo como para um envelhecimento mais saudável e ativo dos utentes do lar. Este foi inclusive o domínio mais utilizado com a maior parte dos objetivos atribuídos aos utentes.

No geral e olhando para a maior parte da amostra, o estudo permitiu perceber que os utentes entrevistados são razoavelmente ativos e participativos nas várias ações organizadas.

Uma das limitações encontradas neste estudo foi o facto de os PI's não se terem constituído logo de início como tema do Projeto o que levou a que alguns elementos não fossem utilizados no estudo. Desta forma e como tarefa futura, seria importante a utilização dos dois domínios que não fizeram parte do estudo – *Morte e morrer* e *Atividades passadas, presentes e futuras* – de forma a perceber o impacto de cada uma na vida dos idosos.

O domínio *Morte e Morrer*, principalmente, é um aspeto em que os utentes necessitam muitas vezes de apoio emocional e espiritual. O recurso à fé e à prática religiosa desempenha um papel e um suporte muito importante na vida e bem-estar dos utentes do lar.

Seria igualmente pertinente perceber como os utentes avaliariam a ação dos PI's e a sua importância como projeto de vida e como ferramenta de promoção da sua qualidade de vida, visto que, segundo Ribeirinho (2013), este “é a porta de entrada para desenvolver projetos concretos no tempo (...) apoiar a pessoa que deixou um espaço que era seu para o surgimento de inseguranças e de situações novas” (p. 258) que vão requer um suporte técnico e capacidades relacionais e de presença de modo a promover e permitir a participação do utente.

Torna-se importante que o idoso mantenha o seu equilíbrio emocional e psíquico e para isso é necessário que se mantenha ativo, tenha objetivos e continue a aprender e crescer interiormente (Pimentel, 2005).

Para concluir, consideramos que o estudo dos PI's desempenha um papel muito importante como novo projeto de vida na integração dos idosos e de promoção da sua qualidade de vida num lar. Esta experiência revelou-se gratificante e enriquecedora em

O Plano Individual como ferramenta de promoção de qualidade de vida em idosos institucionalizados

muito graças ao contacto que requeria junto dos utentes, o que permitiu um enriquecimento pessoal, profissional e académico.

Referências Bibliográficas

- António, S. (2013). Das políticas sociais da velhice à política social de envelhecimento. *In: Carvalho, M. (Coord.). Serviço social no envelhecimento*. Lisboa, PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, pp. 81-101
- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Coimbra, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Carta Social (2014). Carta Social – Rede de serviços e equipamentos. [Em linha]. Disponível em http://www.cartasocial.pt/pdf/cartasocial2014_manual.pdf [Consultado em 17/09/2015]
- Carvalho, M. (coord.) (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa, PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação
- Castro, S. P. T. (2010). *Processo de institucionalização da pessoa idosa: um olhar comparativo entre uma instituição pública e privada*. Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto (dissertação de mestrado)
- Cramês, M. (2012). *Envelhecimento Ativo no Idoso Institucionalizado*. Bragança: ESE, Dissertação de Mestrado
- Faleiros, V. (2013). Autonomia Relacional e Cidadania Protegida: Paradigma para Envelhecer Bem. *In: Carvalho, M. (Coord.). Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa, PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, pp. 35-47
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento, uma abordagem psicológica* (2ª edição). Lisboa, UC - campus do saber
- Gorjão, S. (2011). *Envelhecimento Ativo: o papel da participação social – construção e validação de um instrumento*. Lisboa, ISCTE (dissertação de mestrado)
- Gorjão S. & Marques, S. (2012). Idadismo e a participação social das pessoas idosas, *Revista de Política Social*, n. 45, pp. 129-139
- Jacob, L. (2002). *Ajudante Sénior: uma hipótese de perfil profissional para as IPSS*. Lisboa, ISCTE (dissertação de mestrado)
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos*. Porto, Âmbar Portugal
- Jacob, L. & Fernandes, H. (2011). *Ideias para um envelhecimento ativo*. Almeirim,
- Leme, L. E. G (1997). *O envelhecimento*. São Paulo: Editora Contexto
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s), Estado da Arte*. Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra

- Lopes, A. & Sá, G. (2008). *História Breve das Misericórdias Portuguesas: 1498-2000*. Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra
- Ludke, M. & André, M. (1986). *Pesquisa em Educação – Abordagens Qualitativas*. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária
- May, T. (2004). *Pesquisa Social: questões, métodos e processos*. Porto Alegre, Artmed
- Mouro, H. (2013). Envelhecimento, políticas de intervenção e serviço social. In: Carvalho, M. (Coord.). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa, PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, pp. 17-33
- Oliveira, J. H. B (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto, Legis Editora
- Pereira, E. F. et alii (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação, *Revista brasileira de Educação Física e Esporte*, São Paulo, vol. 26, n. 2, pp. 241-250
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família* (2ª edição). Coimbra: Quarteto Editora
- Power M. & Schmidt (s/d). Manual WHOQOL –OLD. [Em linha] Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf> [Consultado em 28/08/2015]
- Promérito (s/d). Objetivos para Avaliação de Desempenho. [Em linha] Disponível em <http://www.promerito.com.br/jobdescriptor/textos/avaladesempenho.php> [Consultado em 02/10/2015]
- Ribeirinho, C. (2013). Serviço Social Gerontológico: Contextos e Práticas Profissionais. In: Carvalho, M. (Coord.). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa, PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, pp. 177-200
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa, Lidel
- Richardson, J. (1999). *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. São Paulo, Atlas
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde, *Physis: Revista de Saúde Colectiva*, vol. 17, n.1, pp. 29-41
- SCMB (s/d). *Lar de Terceira Idade Nevarte Gulbenkian*. [Em linha] Disponível em <http://www.scmbraga.pt/social910.htm> [Consultado em 09/10/2014].
- SCMB (s/d). *Regulamento Interno do Lar de Terceira Idade Nevarte Gulbenkian*. Braga, Santa Casa da Misericórdia de Braga.
- Segurança Social, I.P. (2007). Manual de Processos Chave – Estrutura Residencial para Idosos. [Em linha] Disponível em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13337/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_Processos-Chave [Consultado em 24/09/2015]

Serrano, G. (2014). *Elaboração de Projetos Sociais – Casos Práticos*. Porto, Porto Editora

Sobreiro, V. (2008). *Sou tudo e não sou nada: as funções de diretor técnico nos organismos de apoio social a crianças e idosos do concelho de Caldas da Rainha*. Lisboa, ISCSP (dissertação de mestrado)

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra, Quarteto Editora

Vaz, E. (2008). *A Velhice na primeira pessoa*. Penafiel, Editorial Novembro

Anexos

Anexo I - Ficha de Caracterização Individual do Idoso



FICHA DE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL LAR DE IDOSOS E CENTRO DE DIA

Data de Admissão ___ / ___ / _____ Data de Entrevista ___ / ___ / _____

Dados de Identificação do Utente

Nome _____
Nome porque é tratado _____
Data de Nascimento ___ / ___ / _____ Naturalidade _____
Morada Anterior _____
Estado Civil _____ Nº de Filhos ____
Profissão _____
Escolaridade _____
Tem alguém a frequentar a Instituição? Se sim, quem? _____

Contactos dos Familiares / Responsáveis

	Nome	Parentesco	Morada	Telefone
1.				
2.				
3.				

Avaliação Cognitiva, Emocional, Sensorial e Funcional

Área	Teste	Resultado	Observações
Cognitiva	MMS		
Emocional	EDG		
Funcional	Escala de Barthel		
	Índice de Katz		
Sensorial	Visão, Audição e Fala		



FICHA DE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL
LAR DE IDOSOS E CENTRO DE DIA

Outros			
--------	--	--	--

Hábitos, Gostos, Interesses e Competências

Actividades		Hábitos, Gostos, Interesses e Competências
Tipo	Variáveis	
Alimentação	- Tipo de alimento - Dieta	
Cuidados pessoais e Imagem	- Gostos pessoais - Estilo pessoal	
Compras no exterior	- Frequência - Com quem	
Ocupação quotidiana	- Como ocupa o tempo	
Actividades	- Socioculturais - Desportivas - Religiosas - Outras	
Saídas	- Tipo de Passeio - Local - Frequência	
Relações Interpessoais	- Com quem se relaciona - Onde - Frequência	
Ajudas Técnicas	- Tipo de ajudas	

Outras informações relevantes

--



FICHA DE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL
LAR DE IDOSOS E CENTRO DE DIA

Actividades que gostaria de participar no Lar

Resumo da História de Vida



FICHA DE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL
LAR DE IDOSOS E CENTRO DE DIA

Saúde

Tipo de Assistência _____ Nº do SNS

Nome do Médico de Família _____

Grupo Sanguíneo _____

Alergias (Medicamentos, Alimentos)

Especialidades

Especialidade	Nome do Médico	Contacto

Problemas de Saúde (assinalar com cruz)

Respiratórios		Gastro intestinais	
Urinários		Infecção contagiosas	
Reumáticos		Sistema Nervoso	
Cardíacos		Depressivos	
Hipertensão		Auditivos	
D. Cancerígenas		Visão	
Diabetes		Outros. Quais?	



FICHA DE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL
LAR DE IDOSOS E CENTRO DE DIA

--	--	--	--

Medicação e Indicação Terapêutica

Nome do Medicamento	Jejum	Pequeno Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar



FICHA DE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL
LAR DE IDOSOS E CENTRO DE DIA

Idoso _____

Reavaliação Cognitiva, Emocional, Sensorial e Funcional

Área	Teste	Data Resultado	Data Resultado	Data Resultado	Data Resultado	Data Resultado
Cognitiva	MMS					
Emocional	EDG					
Funcional	Escala de Barthel					
Sensorial	Visão, Audição e Fala					
Outros						

Anexo II – Avaliação funcional de Barthel

Escala de Barthel

Nome do utente: _____

Data da Avaliação: ____ / ____ / ____ Pontuação Obtida: _____

Assinatura da enfermeira: _____

Evacuar

0 = Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema);

1 = Acidente Ocasional (uma vez por semana);

2 = Contigente

Urinar

0 = Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer

1 = Acidente Ocasional (máximo uma vez em 24 horas);

2 = Contigente (por mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

1 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios

fornecidos)

Ir à casa de banho

0 = Dependente

1 = Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

2 = Independente

Alimentar-se

0 = Incapaz

1 = Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc..

2 = Independente (a comida é providenciada)

Deslocações

- 0 = Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se
- 1 = Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se
- 2 = Pequena ajuda (verbal ou física)
- 3 = Independente

Mobilidade

- 0 = Imobilizado
- 1 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc...
- 2 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 3 = Independente (alguns tem a ajuda de uma bengala)

Vestir-se

- 0 = dependente
- 1 = Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda
- 2 = Independente (incluindo botões, fechós e atacadores)

Escadas

- 0 = Incapaz
- 1 = Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)
- 2 = Independente para subir e descer

Tomar banho

- 0 = Dependente
- 1 = Independente (ou no chuveiro)

Classificação:

- 0 - 04 – Muito Grave
- 05 - 09 – Grave
- 10 - 14 – Moderado
- 15 - 19 – Ligeiro
- 20 - Independente

Anexo III – Avaliação cognitiva de MMS

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

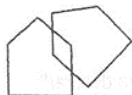
Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:



Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo: • analfabetos ≤ 15 pontos

• 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22

• com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexo IV – Plano Individual do Idoso (2 exemplares)

1º Exemplar:

Plano Individual de Intervenção

NOME	Utente 16F			RESPOSTA SOCIAL	<input type="checkbox"/> Lar <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SAD					
1. OPERACIONALIZAÇÃO DOS OBJETIVOS										
Domínio da Qualidade de Vida	Objetivos Gerais Objetivos Específicos	Estratégias	Responsáveis	Indicador(es)	Resultados atingidos Datas de monitorização					
					01/ 02/ 2015		27/ 05/ 2015			
					Adq.	Não adq.	Adq.	Não adq.		
Autonomia	Caminhar diariamente (dentro ou fora da instituição) entre 10 – 20 minutos; Como estimulação motora;	Através de uma grelha de observações	Estagiária de Serviço Social	No mínimo 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Justif./Estratégia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Justif./Estratégia:
Autonomia	Deslocar-se para as áreas de convívio (sala comum, sala de convívio, sala de leitura);	Através de uma grelha de observações	Estagiária de Serviço Social	No mínimo 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Justif./Estratégia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Justif./Estratégia:
Participação Social	Participar nas sessões de informação/sensibilização em temáticas de Serviço Social ou com elas interligadas	Através do registo de presenças ou fotográfico no auditório	Estagiária, Diretora técnica	Numa adesão de 50 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Justif./Estratégia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Justif./Estratégia:
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Justif./Estratégia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Justif./Estratégia:
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Justif./Estratégia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Justif./Estratégia:

Plano Individual de Intervenção

Preencher a tabela abaixo caso seja necessário estabelecer novos objetivos após avaliação intermédia (ver tabela anterior)

Domínio da Qualidade de Vida	Objetivos Gerais Objetivos Específicos	Estratégias	Responsáveis	Indicador(es)	Resultados atingidos Datas de monitorização		
					_ / _ / _		
					Adq.	Não adq.	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Justif./Estratégia:

2. REAVALIAÇÃO DO PLANO

Alteração das necessidades identificadas na última avaliação: (se aplicável)	
Alteração das expetativas identificadas na última avaliação: (se aplicável)	
Alteração de gostos/interesses identificados na última avaliação: (se aplicável)	
Alteração das áreas de desenvolvimento identificadas na última avaliação: (se aplicável)	
Condição desejada:	

OBSERVAÇÕES

Resultado das escalas de avaliação			
Barthel	MMS	Lawton-Brody	MNA
Independente	28 Pontos	-	-

Utente / Cuidador

Técnico(a)

2º Exemplar:

Plano Individual de Intervenção

NOME	Utente 14F	RESPOSTA SOCIAL	<input type="checkbox"/> Lar <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SAD
------	------------	-----------------	---

1. OPERACIONALIZAÇÃO DOS OBJETIVOS

Domínio da Qualidade de Vida	Objetivos Gerais Objetivos Específicos	Estratégias	Responsáveis	Indicador(es)	Resultados atingidos Datas de monitorização			
					01/ 02/ 2015		27/ 05/ 2015	
					Adq.	Não adq.	Adq.	Não adq.
Habilidades sensoriais/ Saúde	Garantir que as suas necessidades básicas estão a ser asseguradas;	Ajuda na deslocação á casa de banho (deslocação com cadeira de rodas), higiene, alimentação, etc.	Estagiária de Serviço Social, Colaboradoras	Balanço Mensal (período de 4 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Justif./Estratégia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Justif./Estratégia:
Habilidades sensoriais / Saúde	Prevenir o aparecimento de escaras e zonas de pressão (vermelhões) (zero escaras)	Realização de posicionamentos adequados e massagens com cremes hidratantes; Utilização de cama articulada com colchão anti escaras, correta colocação de fraldas;	Equipa multidisciplinar (Ex.: Agentes de Geriatria / Enfermagem)	Período mínimo de 4 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Justif./Estratégia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Justif./Estratégia:
Habilidades sensoriais / Saúde	Prevenir o aparecimento de infeções urinárias, num período mínimo de 4 meses (zero infeções)	Correta desinfeção da área algaliada, materiais desinfetados, correta higienização e adequada ingestão de líquidos	Equipa multidisciplinar (Ex.: Agentes de Geriatria / Enfermagem)	Período de 4 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Justif./Estratégia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Justif./Estratégia:
Participação Social	Participar pelo menos em 2 festas temáticas	Através de uma ficha de presenças ou registo fotográfico	Animadora Sociocultural	Nº de festas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Justif./Estratégia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Justif./Estratégia:

Preencher a tabela abaixo caso seja necessário estabelecer novos objetivos após avaliação intermédia (ver tabela anterior)

Domínio da Qualidade de Vida	Objetivos Gerais Objetivos Específicos	Estratégias	Responsáveis	Indicador(es)	Resultados atingidos Datas de monitorização	
					//___	
					Adq.	Não adq.
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Justif./Estratégia:

2. REAVALIAÇÃO DO PLANO

Alteração das necessidades identificadas na última avaliação: (se aplicável)	
Alteração das expetativas identificadas na última avaliação: (se aplicável)	
Alteração de gostos/interesses identificados na última avaliação: (se aplicável)	
Alteração das áreas de desenvolvimento identificadas na última avaliação: (se aplicável)	
Condição desejada:	

OBSERVAÇÕES	Resultado das escalas de avaliação			
	Barthel	MMS	Lawton-Brody	MNA
	Moderado	9 Pontos		

Utente / Cuidador	Técnico(a)

Anexo V – Grelhas de monitorização dos objetivos do domínio *Autonomia*
(Exemplar)



Grelha de monitorização dos objetivos do Domínio de Autonomia
- Mês de Março

- Utente 16F

	Caminhar entre 10 – 20 min dentro ou fora da Instituição (3x por semana)	Deslocar-se para as salas de convívio, etc (3x por semana)
Semana 1 - Março	Nº Todos os dias	Nº Todos os dias
Semana 2 - Março	Nº Todos os dias	Nº Todos os dias
Semana 3 - Março	Nº 5 dias	Nº Todos os dias
Semana 4 - Março	Nº 5 dias	Nº Todos os dias

Anexo VI – Questionário sobre objetivos no domínio de *Habilidades Sensoriais/Saúde*

Data: ___/___/_____

Mini – Questionário

Referente ao utente:

Questionado:

- Higienização (registo)

- Banho (registo)

- Muda de Fraldas (registo)

- Deslocações à casa de banho:

- Infecções urinárias:

- Zonas de pressão ou úlceras:

- Colchão anti escaras:

- Alimentação, Ingestão de líquidos:

Outras Observações:

Anexo VII – Grelhas de observação e avaliação dos objetivos de Fevereiro a Maio (2 Exemplares)

1º Exemplar:



Grelha de observação e avaliação dos objetivos no âmbito dos PI - Fevereiro a Maio

- Utente 16F

	Caminhar entre 10 – 20 min dentro ou fora da Instituição (3x por semana)	Deslocar-se para as salas de convívio, etc (3x por semana)	Participar nas sessões de Serviço Social
Semana 1- Fevereiro	Nº Todos os dias	Nº Todos os dias	Não Aplicável (ainda não se realizou)
Semana 2- Fevereiro	Nº Todos os dias	Nº Todos os dias	
Semana 3- Fevereiro	Nº 5 dias	Nº Todos os dias	
Semana 4- Fevereiro	Nº 5 dias	Nº Todos os dias	
Resultado:	Totalmente Cumprido	Totalmente Cumprido	Anulado

Semana 1 - Março	Nº Todos os dias	Nº Todos os dias	Não aplicável (ainda não se realizou)
Semana 2 - Março	Nº Todos os dias	Nº Todos os dias	
Semana 3 - Março	Nº Todos os dias	Nº Todos os dias	
Semana 4 - Março	Nº Todos os dias	Nº Todos os dias	
Resultado:	Totalmente Cumprido	Totalmente Cumprido	Anulado

Semana 1- Abril	Nº Todos os dias	Nº Todos os dias	Participou - Palestra sobre “Prevenção de Quedas”
Semana 2- Abril	Nº Todos os dias	Nº Todos os dias	
Semana 3- Abril	Nº Todos os dias	Nº Todos os dias	
Semana 4- Abril	Nº Todos os dias	Nº Todos os dias	
Semana 5- Abril	Nº Todos os dias	Nº Todos os dias	
Resultado:	Totalmente Cumprido	Totalmente Cumprido	Totalmente Cumprido

Semana 1 - Maio	Nº Todos os dias	Nº Todos os dias	Não aplicável (ainda não se realizou)
Semana 2 – Maio	Nº Todos os dias	Nº Todos os dias	
Semana 3 - Maio	Nº Todos os dias	Nº Todos os dias	
Semana 4 - Maio	Nº Todos os dias	Nº Todos os dias	
Resultado:	Totalmente Cumprido	Totalmente Cumprido	Anulado

2º Exemplar:



Grelha de observação e avaliação dos objetivos no âmbito dos PI
- Fevereiro a Maio

• Utente 14F

	Habilidades Sensoriais/ Saúde (através de um mini-questionário)	Participar em pelo menos 2 festas temáticas	-
Fevereiro	Infeções Urinárias: Não teve apesar de ser recorrente acontecer; Zonas de pressão ou úlceras: Não teve; Ingestão de líquidos: Existem garrafas de água junto aos utentes. As colaboradoras estão encarregues, sempre que passam, de lhes lembrar da ingestão de água. Deslocações à casa de banho: Consoante a necessidade; Higienização: ocorre todos os dias de manhã e à noite.	Festa de Carnaval	
Resultado:	Totalmente Cumprido	Totalmente Cumprido	-
Março	Higienização: todos os dias de manhã; Banho: todas as quintas-feiras; Muda de fraldas: usa fralda (mudada, no mínimo, 3 vezes ao dia); Deslocação à casa de banho: consoante a necessidade; Infeções urinárias: não teve apesar de ser recorrente acontecer; Zonas de pressão ou úlceras: não tem; Não necessita de colchão anti escaras; Ingestão de líquidos: existem garrafas junto aos utentes;	Dia da Árvore	
Resultado:	Totalmente Cumprido	Totalmente Cumprido	-



Grelha de observação e avaliação dos objetivos no âmbito dos PI
- Fevereiro a Maio

• Utente 14F (continuação)

	Habilidades Sensoriais/ Saúde (através de um mini-questionário)	Participar em pelo menos 2 festas temáticas	Novo! Participar nas atividades socioculturais
Abril	Higienização: ocorre todos os dias de manhã e à noite. Banho: todas as quintas-feiras; Infeções Urinárias: Não teve apesar de ser recorrente acontecer; Zonas de pressão ou úlceras: Não teve; Ingestão de líquidos: Existem garrafas de água junto aos utentes. As colaboradoras estão encarregues, sempre que passam, de lhes lembrar da ingestão de água. Deslocações à casa de banho: Consoante a necessidade;	Celebração do dia do Sorriso	Participou: - Palestra sobre "Prevenção de Quedas" (estagiárias); - Atividades de estimulação com o manuseamento de plasticina e outros materiais; - Celebração do dia do Sorriso;
Resultado:	Totalmente Cumprido	½	Totalmente Cumprido
Maio	Higienização: todos os dias de manhã; Banho: todas as quintas-feiras; Muda de fraldas: usa fralda (mudada, no mínimo, 3 vezes ao dia); Deslocação à casa de banho: consoante a necessidade; Infeções urinárias: não teve apesar de ser recorrente acontecer; Zonas de pressão ou úlceras: não tem; Não necessita de colchão anti escaras; Ingestão de líquidos: existem garrafas junto aos utentes;	0 festas	- Exercícios de estimulação; - Construção de colares; - Bingo; - Confeção de colares em trapilho; - Confeção de carteiras; - Reza do terço
Resultado:	Totalmente Cumprido	Parcialmente Cumprido	Totalmente Cumprido