



Publicação co-financiada pelo Estado Português e pelo Fundo Social Europeu

Manual de Boas Práticas

Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas

Para dirigentes, profissionais, residentes e familiares



UNIÃO EUROPEIA

Fundo Social Europeu



QCA III
ASSISTÊNCIA
TÉCNICA
EIXO FSE

PROJECTO APOIADO PELO
PROGRAMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA
TÉCNICA AO QCAIII - EIXO FSE



SEGURANÇA SOCIAL
INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.

CID

Crianças, Idosos e Deficientes
Cidadania, Instituições e Direitos

Manual de Boas Práticas

Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas

Para dirigentes, profissionais, residentes e familiares

Ficha Técnica

Edição

Instituto da Segurança Social, I.P.

Rua Rosa Araújo, 43 — 1250-194 Lisboa

iss@seg-social.pt

Autores

Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social

CID - Crianças, Idosos e Deficientes - Cidadania, Instituições e Direitos

Grupo de Trabalho

Ana Vicente — Investigadora - Grupo CID

Dora Lameirão Alvarez — Psicóloga - Grupo CID

Maria Helena Cadete — Ciências Sociais e Políticas – Instituto da Segurança Social, I. P.

Maria João Quintela — Médica - Direcção Geral de Saúde

Michelle Lopes — Jurista - Provedoria da Justiça

Pedro Cordeiro — Jornalista - Grupo CID

Capa

Graça Morais - Quadro s\nome. Acrílico, carvão e pastel, 1990

Ilustrações

Pedro Morais

Separadores

Quadros a óleo (2004), por ordem de apresentação: Pedro Oliveira, Ruiz Ederico, Carlos Rocha

Design e Paginação

RPVP designers

Reprodução Gráfica

CEM - Artes Gráficas

Parque Ind. ACIB - Pavilhão 38

BARCELOS

Tiragem

40.000

ISBN

972-99152-5-3

Depósito Legal

235974/05

Agradecimentos

A todas as Instituições que com a sua participação contribuíram para a elaboração deste Manual.

Ao Instituto da Segurança Social, I. P., à Provedoria de Justiça e a Direcção Geral de Saúde, pela colaboração através dos seus representantes no grupo de trabalho.

Aos elementos que realizaram o estudo qualitativo relativo às estruturas residenciais para pessoas idosas - no âmbito do plano de auditoria social e acompanhamento da protecção de menores, idosos e deficientes da Segurança Social: Dra. Alexandra Amorim, Dra. Brenda Jonhson, Dra. Leonor dos Santos Monteiro, Dra. Maria Helena Cadete, Dra. Maria Luísa Bugalho e Dra. Mónica Varela Pata; pelo relevância dos resultados do seu trabalho, determinantes para a concepção das Boas Práticas contidas neste Manual.

À pintora Graça Morais e à Galeria 111, pela gentil cedência do quadro da capa.

Ao Centro de Actividades Ocupacionais - Alice Mello Tavares - APPACDM com um agradecimento especial a Pedro Oliveira, Ruiz Ederico e Carlos Rocha, autores dos quadros dos separadores.

Ao INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica, na pessoa do seu presidente, Dr. Luis Manuel Cunha Ribeiro pela colaboração prestada.

Ao Dr. Ribeiro de Castro, à Doutora Margarida César, à Dra. Fernanda Sá Ribeiro, à Dra. Paula Guimarães e à Dra. Maria de Lurdes Quaresma, pelos seus contributos e sugestões.

Ao Presidente do Grupo CID, Juiz Conselheiro Armando Leandro, ao Dr. Ricardo Carvalho, à Rita Almeida e à Inês Silva, por toda a colaboração e o apoio prestado na concretização deste trabalho.

Todos os nomes e histórias constantes deste Manual são fictícias, qualquer semelhança com a realidade é pura coincidência.

Apresentação

A qualidade de vida das pessoas idosas que habitam em estruturas residenciais depende da articulação de um conjunto complexo de factores organizacionais e relacionais que tenha como objectivo nuclear o respeito e a promoção da dignidade de cada idoso, considerado na sua individualidade como Sujeito de direitos vivendo uma fase da vida muito relevante no percurso da sua realização como pessoa.

Desinserido do seu meio natural de vida – o familiar -, o idoso necessita de especiais empenho e competência dos responsáveis e colaboradores da estrutura residencial, remunerados e voluntários. Para que as dimensões física, psíquica, intelectual, espiritual, emocional, cultural e social da vida de cada idoso possam por ele ser desenvolvidas sem limitações dos seus direitos fundamentais à identidade e à autonomia.

O êxito dessa intervenção por parte da estrutura residencial depende da qualidade de uma cultura de pensamento e acção, ao nível institucional e pessoal, traduzida na concepção e concretização de boas práticas, a todos os níveis. **Cultura** radicada na constante preocupação pelo respeito, promoção e defesa dos direitos humanos dos residentes, base fundamental do seu bem-estar e qualidade de vida. **Boas práticas** continuamente assumidas, reflectidas e avaliadas, em ambiente de verdade, transparência e confiança; sempre orientadas por aquela preocupação essencial de efectivação dos direitos humanos da pessoa idosa, e também pelo objectivo da consequente realização pessoal e profissional de todos os dirigentes e colaboradores empenhados nesta missão, de tão relevante importância social.

O Manual que se apresenta, elaborado a partir de diversificados contributos e observações, pretende ser um instrumento útil de trabalho para dirigentes, responsáveis, colaboradores, residentes e seus familiares.

Oxalá possa corresponder aos objectivos, princípios e estratégias que o orientaram - ser instrumento dinâmico de reflexão e acção. Capaz de, continuamente enriquecido por todos, contribuir para que o cuidar do idoso - porque correspondente a um autêntico sentido do Outro e a uma ética e a uma técnica exigentes, à altura das responsabilidades de cidadania activa do nosso tempo - tenha, aos vários níveis, a qualidade que o bem-estar das pessoas e o progresso comunitário exigem no quadro actual e futuro do nosso irrecusável desenvolvimento civilizacional de qualidade.

O Presidente do grupo CID

Juiz Conselheiro Armando Leandro

Enquadramento Social

Ao progressivo envelhecimento demográfico vem correspondendo uma longevidade crescente, que traduz uma conquista importante da humanidade. Ocorre principal e significativamente nas sociedades mais desenvolvidas, que mercê do progresso sócio-económico e do avanço da ciência e da técnica vêm criando condições de vida favoráveis ao aumento da esperança média de vida.

Contudo, à maior longevidade alcançada nem sempre corresponde um nível de bem-estar e um grau de autonomia que possibilite aos mais velhos a satisfação das necessidades fundamentais, sem apoio significativo.

As pessoas idosas, quando se encontram em situações que reclamam apoio, necessitam de respostas de qualidade. Estas respostas devem ser desenvolvidas na perspectiva do reconhecimento do direito das pessoas idosas à plena cidadania, à igualdade de oportunidades, à participação no processo de desenvolvimento económico, social e cultural. Implicam o acesso aos cuidados necessários, ao bem-estar e à qualidade de vida.

Esta nova perspectiva de dinamização das respostas para as pessoas mais velhas tem vindo a adquirir particular relevo, nomeadamente a partir dos anos 90. A Organização Mundial de Saúde lançou a proposta do envelhecimento activo, entendido como um processo que se inicia cedo e acompanha as pessoas ao longo da vida, compreendendo essencialmente a optimização das condições de saúde, participação e segurança.

É de implementar a ideia do envelhecimento activo e saudável, como factor da possibilidade de a pessoa idosa permanecer autónoma e capaz de se bastar a si própria, no seu meio natural de vida, ainda que com recurso a pequenas ajudas.

A realidade mostra, porém, que há um número considerável de pessoas idosas em condições de acentuada dependência, que não encontram resposta capaz nesse meio, por inexistência ou insuficiência de meios económicos e apoios, nomeadamente familiares. Torna-se, por isso, frequente a necessidade do recurso a respostas sociais, em que se inclui o alojamento em estrutura residencial, a título temporário ou permanente.

É fundamental que nesta estrutura impere uma actuação humanizada, personalizada e que tenha em conta as necessidades reais e específicas de cada situação, tendo sempre como horizonte que os residentes são o centro de toda a actuação e que o meio familiar e social de que cada um provém é parte integrante das suas vivências, devendo continuar a ser particularmente considerado no apoio às pessoas idosas, de acordo com os seus desejos e interesses. Assim o exige a perspectiva do respeito e promoção dos seus direitos humanos.

Inspirado nesta realidade, este Manual procura contribuir para uma actuação em harmonia com essa perspectiva, facilitando as mudanças que um progresso contínuo de qualidade reclama.

Índice

11	A	Organização de pessoas para pessoas
12	1.	O que nos orienta
15	1.	Missão
17	2.	Valores
17	3.	Visão
18	4.	Estratégia
24	5.	Cultura ética
26	2.	Direitos, Princípios e Valores do Cuidar
32	3.	Representação da pessoa idosa em situação de incapacidade
34	4.	Projecto Institucional
37	B	Mudar de casa, mudar de vida?
38	5.	A escolha, o contrato, a chegada
39	1.	Candidatura
42	2.	Admissão
43	3.	Acolhimento
46	4.	Projecto de vida
49	6.	Viver e conviver
49	1.	Viver com os outros
51	2.	Flexibilidade de horários
52	3.	Alimentação e hidratação
55	4.	Sono
58	5.	Higiene e apresentação
61	6.	Cuidados de saúde
63	7.	Promoção da saúde e prevenção da doença
63	8.	Actividades
66	9.	Sexualidade
71	10.	Dependência
82	11.	Demência e confusão
86	12.	Espiritualidade
87	13.	Doença, morte e luto
90	7.	Quando algo corre mal
90	1.	Maus tratos
96	2.	Prevenção primária, secundária e terciária
98	3.	O que fazer em caso de maus tratos?
102	4.	Procedimento legal

107	C	Organizar a casa
108	8.	As pessoas que trabalham na casa
109	1.	Recrutamento e selecção
109	2.	Formação
110	3.	Avaliação e carreira
111	4.	Trabalho em equipa
113	5.	Feedback
115	6.	Supervisão
117	7.	Relações no trabalho
117	8.	Realização profissional através da realização dos residentes
121	9.	Comunicação
129	10.	Conflitos
134	11.	Informação escrita
139	9.	Espaços e Documentos
139	1.	Documentos
141	2.	Organização dos espaços físicos
146	3.	Segurança
150	4.	Primeiros socorros
157	10.	Reflectir para melhorar
157	1.	Avaliação interna (horizontal e vertical)
158	2.	Avaliação externa
159	11.	Inspecção e Fiscalização
159	1.	Inspecção Geral do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
160	2.	Departamentos de Fiscalização Regionais - I.S.S., I.P.

Bibliografia

Anexos



A. Organização de pessoas para pessoas

1. O que nos orienta

1. Missão
2. Valores
3. Visão
4. Estratégia
5. Cultura ética

2. Direitos, Princípios e Valores do Cuidar

3. Representação da pessoa idosa em situação de incapacidade

4. Projecto Institucional



Pedro Oliveira
34 anos
-
2004

1. O que nos orienta

No percurso conjunto que agora iniciamos, é importante definirmos alguns conceitos que utilizaremos ao longo deste manual.

Começemos então pelo conceito de **casa**. Esta é, por definição, “um local onde se vive habitualmente”, isto é, um sítio onde se passa parte do dia e onde se fica a dormir.

Será que as pessoas acolhidas em estruturas residenciais - qualquer que seja a sua dimensão, forma ou natureza - vivem numa casa?

Claro que sim. Quem vive em acolhimento residencial deve sentir-se em sua casa. De que falamos quando falamos de **acolhimento residencial**?

O **acolhimento residencial** é um tipo específico de casa, com características e formas de organização próprias. Os seus elementos não são apenas os que nela residem, mas todos os que contribuem para a sua existência e desenvolvimento, isto é, colaboradores remunerados e voluntários, directores, familiares e amigos dos residentes, entre outros.

Designamos o conjunto destas pessoas, equipamentos, recursos financeiros e outros por **organização**. Esta resulta da combinação de esforços individuais que tem por finalidade realizar propósitos comuns. Por meio dela torna-se possível definir e alcançar objectivos que doutra forma não seriam atingíveis, dado que não seria tarefa passível de ser atingida por uma só pessoa.

À combinação de esforços com o propósito de acolher em regime residencial um dado número de pessoas, ou seja, onde pessoas vivem, passam uma parte significativa do seu dia e ficam a dormir – chamaremos, ao longo deste manual, **estruturas residenciais**.

A organização pode variar na sua dimensão, podendo ser constituída por um conjunto de estruturas onde o acolhimento residencial seja uma das suas valências, ou pode ela própria ser uma estrutura residencial.

A especificidade das estruturas residenciais faz com que a sua organização interna tenha de ser mutável e adaptativa. Tendo sempre o **residente como centro da sua acção**, a estrutura residencial deve procurar responder às suas necessidades e

respeitar e promover os seus direitos. Neste sentido tem primordial relevo o papel da estrutura residencial no cuidar do outro.

O cuidar deve ser visto como relacional e afectivo, assenta num interesse e consideração pelo outro enquanto pessoa e não apenas na efectiva prestação de serviços.

Neste sentido a organização e especialmente a estrutura residencial, não pode centrar-se só sobre si própria. Devendo abrir-se à comunidade criando mecanismos de interacção com esta.

Esclarecidos os conceitos, importa perguntar:

Como garantir a unidade entre as diferentes estruturas que compõem uma organização residencial?

Como sabemos que estamos a contribuir para o bem comum?

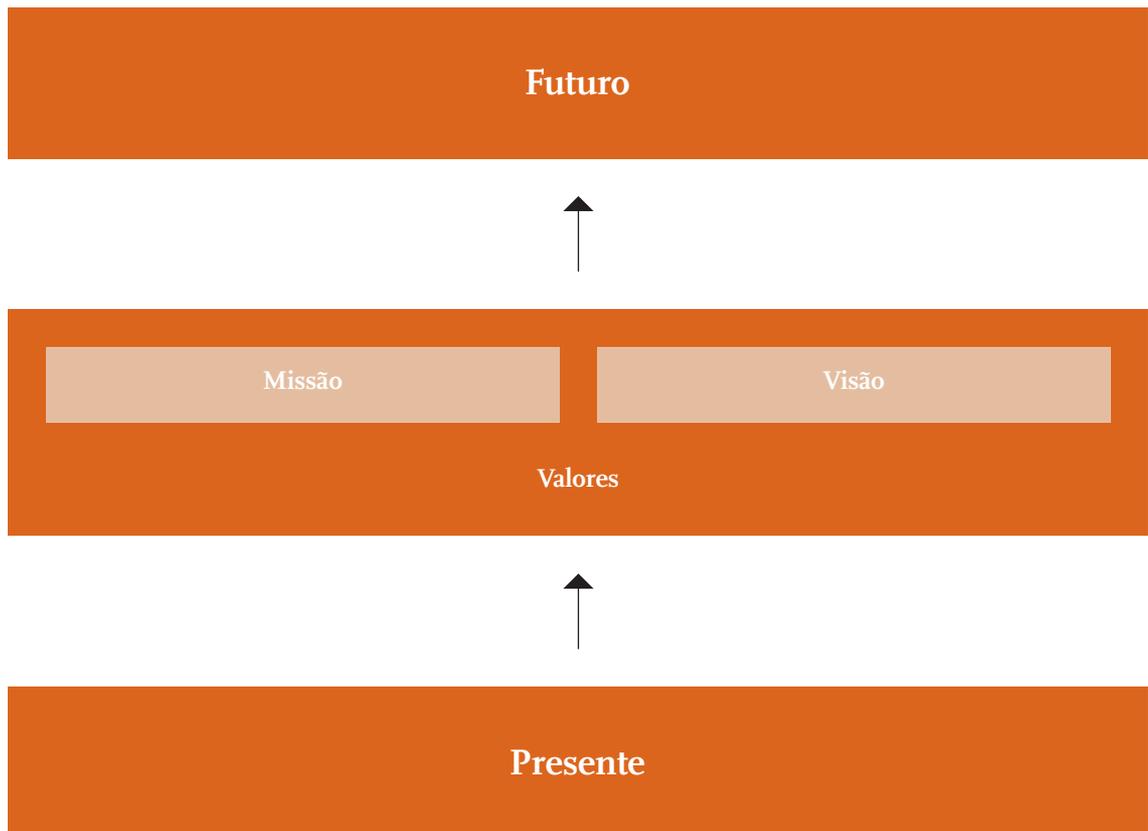
Para poder dar resposta aos seus residentes e à comunidade em que se insere, uma organização deve adoptar **princípios orientadores**, comuns a todos os que nela colaboram. São estes princípios que a definem como única no serviço que presta.

No fundo, estamos a falar de **cultura organizacional**: como fazemos, porque fazemos e que objectivo perseguimos. A cultura organizacional deve orientar-se para e por uma missão comum e ter uma visão clara do futuro que deseja, cumprindo normas éticas e obedecendo a valores fundamentais.

A exigência de **qualidade** tem de ser um imperativo na gestão organizacional das estruturas residenciais. Para fomentá-la, há que encontrar um equilíbrio entre os direitos, deveres e responsabilidades de todos.

A estratégia de qualquer organização deve assentar em três pilares básicos: a **missão**, os **valores** e a **visão**.

1.



Neste capítulo, adaptado do Estudo de Campos e Cunha, R. *et al.* (2004)¹, pretende-se reflectir sobre esses aspectos organizacionais de uma estrutura residencial. Começemos por uma reflexão conjunta.

- Estes pilares estão definidos na organização onde colabora?
- Qual a missão, valores e visão da sua organização?
- Estes elementos são conhecidos por todos os que dela fazem parte?

Se estes pilares não estão definidos na organização onde colabora, ou se embora definidos não são conhecidos por todos, chegou o momento da sua organização parar e reflectir. Não é possível caminhar para a concretização de objectivos comuns se não soubermos o que os define e como concretizá-los.

¹ Campos e Cunha, R., Pina e Cunha, M. & Rego, A. (2004) *Criando as organizações eticamente - intensivas: Uma proposta de arquitectura organizacional para instituições de acolhimento de crianças, idosos e deficientes* - Lisboa,, GEGE, Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa

O **processo de planeamento** é vital. É ele que permite modificar, melhorar ou fortalecer as organizações. É uma ferramenta de apoio à gestão, com vista ao desenvolvimento futuro, especificando a forma e os tempos de execução. É à Direcção da organização de que faz parte a estrutura residencial que cabe a responsabilidade de definir e pôr em prática todo o processo de planeamento e a estratégia de concretização do mesmo. É útil e desejável que a Direcção crie formas sistemáticas de ouvir os restantes elementos da estrutura residencial nesse processo.

A **Estratégia** é no fundo a forma como concretizamos a nossa missão e quais os nossos indicadores de eficácia. Então quais são elementos que devem sustentar e gerar a estratégia da organização:

Missão - Porque existimos?

Valores - Quais os nossos princípios de actuação?

Visão - Como representamos o nosso futuro?

A correcta definição da **missão**, dos **valores** e da **visão** contribui para clarificar as regras de funcionamento da Organização. Só assim pode criar e fomentar uma boa reputação, contribuindo para o bem-estar e o desenvolvimento harmonioso da comunidade.

Os princípios orientadores devem ser conhecidos, vividos e praticados diariamente por todos os colaboradores da organização. Garantir a qualidade exige uma concepção ética da prestação de cuidados. Assim a estrutura residencial precisa de basear a sua acção numa **cultura ética**.

Aprofundemos a importância de cada um destes elementos e como defini-los.

1. Missão

Uma estrutura residencial deve influenciar a vida da comunidade em que se insere e estar permeável às características e influências do exterior. É através da missão que a organização expressa de forma clara esse mesmo contributo.

1.

A missão de uma estrutura residencial define a sua identidade. Como tal, deve estar bem concretizada, respondendo às seguintes questões:

- **Quem somos nós como organização?**
- **Quem servimos?**
- **Porque existimos?**
- **O que nos distingue das outras estruturas residenciais?**

A resposta a estas perguntas deve ser **simples e clara, fácil de perceber e comunicar**. Só assim será possível para todos os membros da estrutura residencial compreender e assimilar o significado e alcance da missão que se propõem cumprir juntos. Estamos a falar de muitas pessoas, com percursos e papéis variados entre residentes e familiares, directores, colaboradores remunerados e voluntários e visitantes.

No entanto, esta simplificação **não deve ser levada ao exagero**. Isso acabaria por restringir as formas de actuação da estrutura residencial.

Por ser um pilar da identidade da estrutura residencial, **a essência da missão não deve mudar**, porque se estiver sempre a mudar torna-se inconsequente. Deve, porém, **permitir e encorajar mudanças** de atitude e estratégia sempre que necessário.

Uma missão é, de certa forma, um **horizonte**: podemos não conseguir cumpri-la na totalidade, mas é a meta que nos motiva a continuar. Deve, por isso, **poder ser posta em prática** - não são apenas boas intenções -, de forma a que todos os colaboradores possam sentir que estão a fazer a sua parte.

Deixamos aqui algumas referências da missão de algumas organizações, fazemo-lo a título exemplificativo, lembrando mais uma vez que cada organização é única devendo por isso ser a própria a definir a sua missão.

Walt Disney - Fazer as pessoas felizes

3M - Resolver problemas não resolvidos de forma inovadora

Goodwill Industries of Southern California - Melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência e outras desvantagens vocacionais, ajudando-as a tornarem-se produtivas e auto-suficientes através da educação, formação e oportunidades de trabalho.

2. Valores

1.

Os valores são os **princípios que guiam uma organização**. Espera-se deles que sejam **intemporais**, isto é, independentes de qualquer circunstância ou contexto. Os valores espelham **crenças profundas** que norteiam a acção de todos os membros da estrutura residencial.

Os valores têm um papel central no tipo de organizações a que se destina este manual: a força e a motivação de quem nelas trabalha vem, em parte, da crença moral na qualidade e na virtude do seu trabalho. Mas ter valores não se resume a enunciar máximas bonitas. Mais do que proclamados, os valores têm de ser **postos em prática por todos no dia-a-dia**. Nas palavras do filósofo suíço Henri-Frederic Amiel: “**A conduta de qualquer pessoa é um sermão não falado que é pregado aos outros em permanência**”.

Há três valores que devem estar presentes em todas as organizações:

- **Identificação clara dos direitos e deveres de todos os membros.** Questões como a estrutura da organização, a distribuição de responsabilidades, quem deve ser consultado, quando e porquê, o modo como os decisores devem justificar as suas decisões e perante quem, devem estar, à partida, claramente esclarecidas.
- **Probidade**, ou seja, exactidão e rigor em todos os actos de gestão.
- **Transparência**, que passa por conduzir a actividade de forma aberta e acima de qualquer suspeita. Só assim uma estrutura residencial será vista como ética e justa.

Há duas condições cruciais para que os valores tenham relevância e utilidade, serem **próprios** e **definidores da organização** e serem **defendidos** e **praticados** por todos os membros da mesma.

3. Visão

Já vimos que o objectivo comum de quantos fazem parte de uma estrutura residencial deve ser o cumprimento de determinada **missão**. Para tal, há que ter a noção dos **resultados** que desejamos e de como pretendemos alcançá-los. Só assim podemos distribuir racionalmente recursos, tempo e energia.

Uma organização com **visão** sabe claramente o que ambiciona vir a ser a médio prazo. Ter **visão** é saber como queremos **passar a missão à prática**.

1.

Para ser eficaz, a **visão** deve ser:

- **concisa**, não retórica, fácil de apreender, como um slogan;
- **equilibrada**, capaz de um efeito mobilizador interno, mas reflectindo o impacto no exterior de forma clara;
- **apelativa** para todos os interessados, sem privilegiar uns em detrimento de outros (ex.: os residentes, os familiares, o Estado);
- **consistente** com a missão e os valores, pois se assim não for, não ajudará a cumprir aquela com base nestes;
- **verificável**, isto é, formulada de forma que permita perceber quando foi alcançada. Não servem, pois, máximas vazias de significado concreto, tais como “ser uma organização de referência”. Todavia uma meta como “conseguir que todos os quartos sejam individuais no prazo de cinco anos” é de verificação fácil e clara;
- **realizável**, por mais ambiciosa que seja. Para que não se torne num sonho inalcançável, deve basear-se num conhecimento adequado da estrutura residencial e do meio envolvente;
- **inspiradora**, ou seja, deve representar um futuro desejável, para que todos os membros abracem a causa de lutar por esse futuro.

Uma visão bem definida transmite uma mensagem a toda a organização e dá energia a todos os seus membros, influenciando na sua forma de agir.

Deixamos aqui alguns exemplos de visões de algumas organizações, mais uma vez relembramos que cada organização é única devendo por isso ser a própria a definir a sua visão.

Westinghouse - qualidade total, liderança de mercado, crescimento diversificado, globalidade, crescimento focado, diversificação.

General Electric - “tornarmo-nos n.º 1 ou n.º 2 em todos os mercados que servimos e revolucionar esta companhia de modo a obter a velocidade e a agilidade de uma pequena empresa”

4. Estratégia

Definidas a missão, os valores e a visão, estamos em condições de definir uma **estratégia**. A estratégia é um conjunto de grandes orientações para a gestão da estrutura residencial. Ela tem de especificar a **forma** e os **calendários** de realização dos objectivos estabelecidos na missão.

O trabalho de todos os colaboradores da estrutura residencial é, no fundo, **implementar a estratégia**. Para isso acontecer, duas condições fundamentais têm de estar satisfeitas:

- é preciso **transmitir a missão, a visão e a estratégia a toda a comunidade**, o que nem sempre é fácil e exige atenção e cuidado constantes;
- é importante poder **medir, a cada instante, o grau de cumprimento dos nossos objectivos**.

Não podemos acreditar que o facto de prestarmos um serviço na área social, qualquer que seja a nossa estratégia, será o suficiente para garantir a prestação efectiva de um serviço de qualidade. É preciso fazer o acompanhamento da estratégia, para que, a cada passo, saibamos se estamos ou não a cumprir o que nos propusemos - missão, visão e valores.

Tão importante como a definição de uma estratégia é a sua implementação. Temos que ser capazes de medir essa implementação, criando para tal um sistema de gestão do desempenho que esclareça as operações que se levam a cabo na estrutura residencial.

Uma organização não pode avaliar a sua actividade tendo apenas como critério a “saúde financeira”. Uma estratégia define-se a partir da missão e da visão e a sua adequação mede-se pelo grau de cumprimento dos objectivos que a missão e a visão estabelecem.

O modelo de *balanced scorecard*

Existe um modelo chamado *balanced scorecard* que pode ser útil para medir o grau de cumprimento da nossa missão. Trata-se de um conjunto de medidas quantificáveis, cuidadosamente seleccionadas, e que derivam da estratégia organizacional. É, pois, uma ferramenta para comunicar aos colaboradores - voluntários e remunerados - e aos agentes externos os resultados e indicadores de desempenho da estrutura residencial. É, então, um **sistema de medição, gestão estratégica e comunicação**.

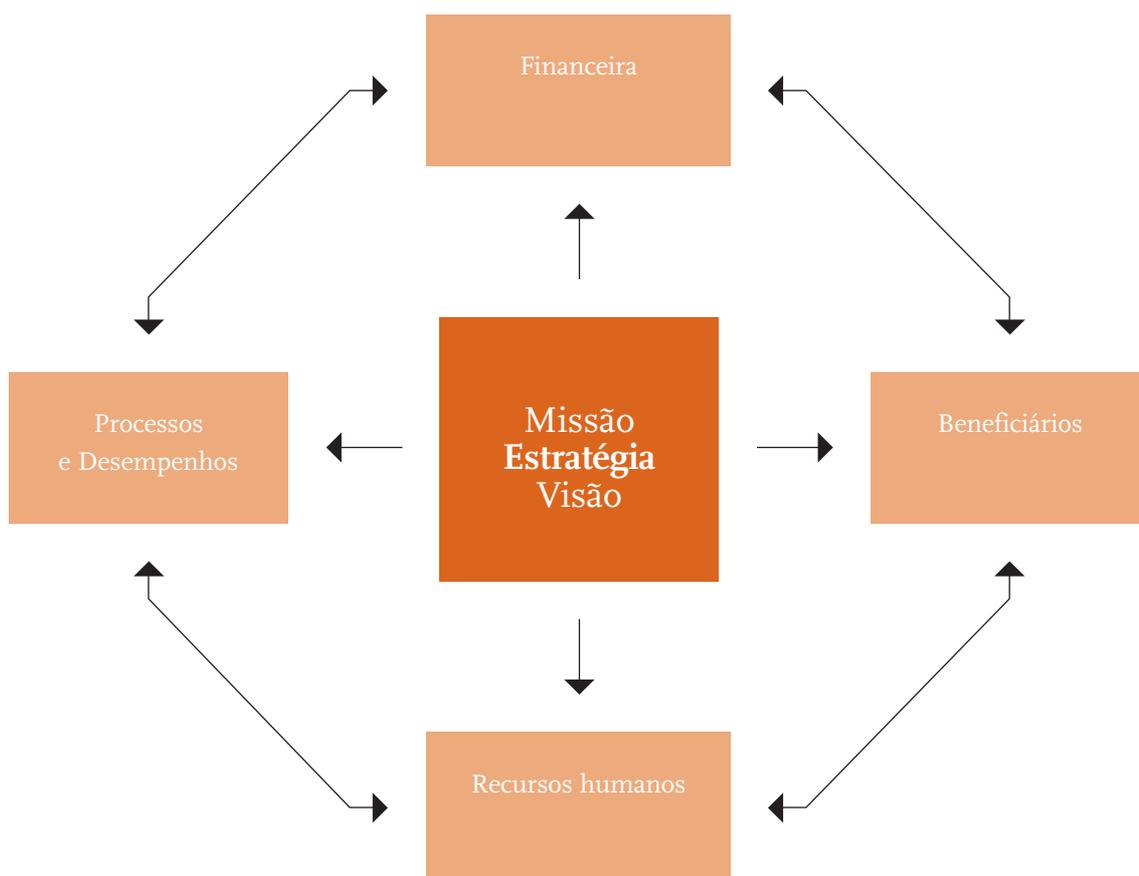
Nessa medição, há que ter em conta várias dimensões dentro da organização (no nosso caso, da estrutura residencial). Os criadores do modelo *balanced scorecard* definiram **quatro dimensões a analisar**. São elas:

- **Dimensão cliente/beneficiário:** refere-se aos residentes, aqueles que a estrutura residencial serve e cujas necessidades procura satisfazer;
- **Dimensão processos internos:** refere-se à acção propriamente dita (neste caso, a

1.

- prestação de cuidados), traduzida na execução do serviço para o qual a estrutura residencial foi criada. É o que nos aproxima do cumprimento da missão;
- **Dimensão recursos humanos:** as estruturas residenciais dependem muito da capacidade, dedicação, motivação e competência dos seus colaboradores, remunerados e voluntários. Há três áreas particularmente importantes: competência dos colaboradores, circulação da informação necessária à tomada de decisões e o ambiente da estrutura residencial;
 - **Dimensão financeira:** nenhuma organização funciona sem recursos financeiros. São eles que possibilitam a ação, embora também a limitem. Uma boa gestão financeira é a que faz com que os recursos existentes sejam utilizados em benefício do maior número de residentes.

Graficamente, podemos traduzir o modelo de *balanced scorecard* da seguinte forma:



Tendo por base a missão da estrutura residencial, há que avaliar, dentro de cada uma destas dimensões, quais os factores que permitem perceber se estamos ou não a caminhar no sentido de alcançar a visão que nos propusemos e como podemos melhorar os resultados em cada destas dimensões. São os chamados **factores críticos de sucesso**.

Não basta, porém, identificar esses factores. Temos também que definir, para cada um deles, **medidas e indicadores** que permitam avaliar o grau de cumprimento dos objectivos, de forma quantitativa. Só depois de feita essa avaliação podemos definir um plano de acção e implementar medidas para atingir as nossas metas.



Que medidas podemos adoptar nas quatro dimensões que definimos?

Dimensão cliente/beneficiário. A primeira questão é saber o que é que os residentes precisam e esperam de nós. As estruturas devem criar sistemas que permitam auscultar os residentes, como por exemplo a comissão de residentes.

Os indicadores desta dimensão podem ser a satisfação dos residentes com o tratamento físico e emocional que recebem, a atenção e o carinho dispensados, a dignidade humana do serviço, a educação e a formação, as actividades e responsabilidades atribuídas às pessoas mais velhas, o estímulo intelectual, a higiene ou o convívio com as outras pessoas.

A forma mais adequada de obter informação fiável acerca destes aspectos é o inquérito de satisfação aos residentes (ou seus representantes, no caso de impossibilidade dos primeiros). É importante perceber quais as actividades que o residente mais valoriza e criar formas inovadoras de lhas fornecer.

Dimensão processos internos. A qualidade do serviço prestado é um aspecto fulcral. Muito embora cada estrutura residencial seja única e tenha o seu conjunto de práticas e desempenhos, há que estabelecer padrões de comportamento que sejam os melhores

1.

e os mais adequados na prestação de cuidados. Para esta dimensão, é muito útil aplicar as medidas e objectivos incluídos neste manual de boas práticas.

Podemos e devemos medir o grau de inovação das respostas que damos aos residentes. Até que ponto temos apostado em soluções inovadoras e positivas como o convívio intergeracional (entre crianças e pessoas mais velhas), as parcerias com escolas profissionais ou artísticas para ocupação de tempos livres, a participação dos nossos residentes em iniciativas da sociedade civil?

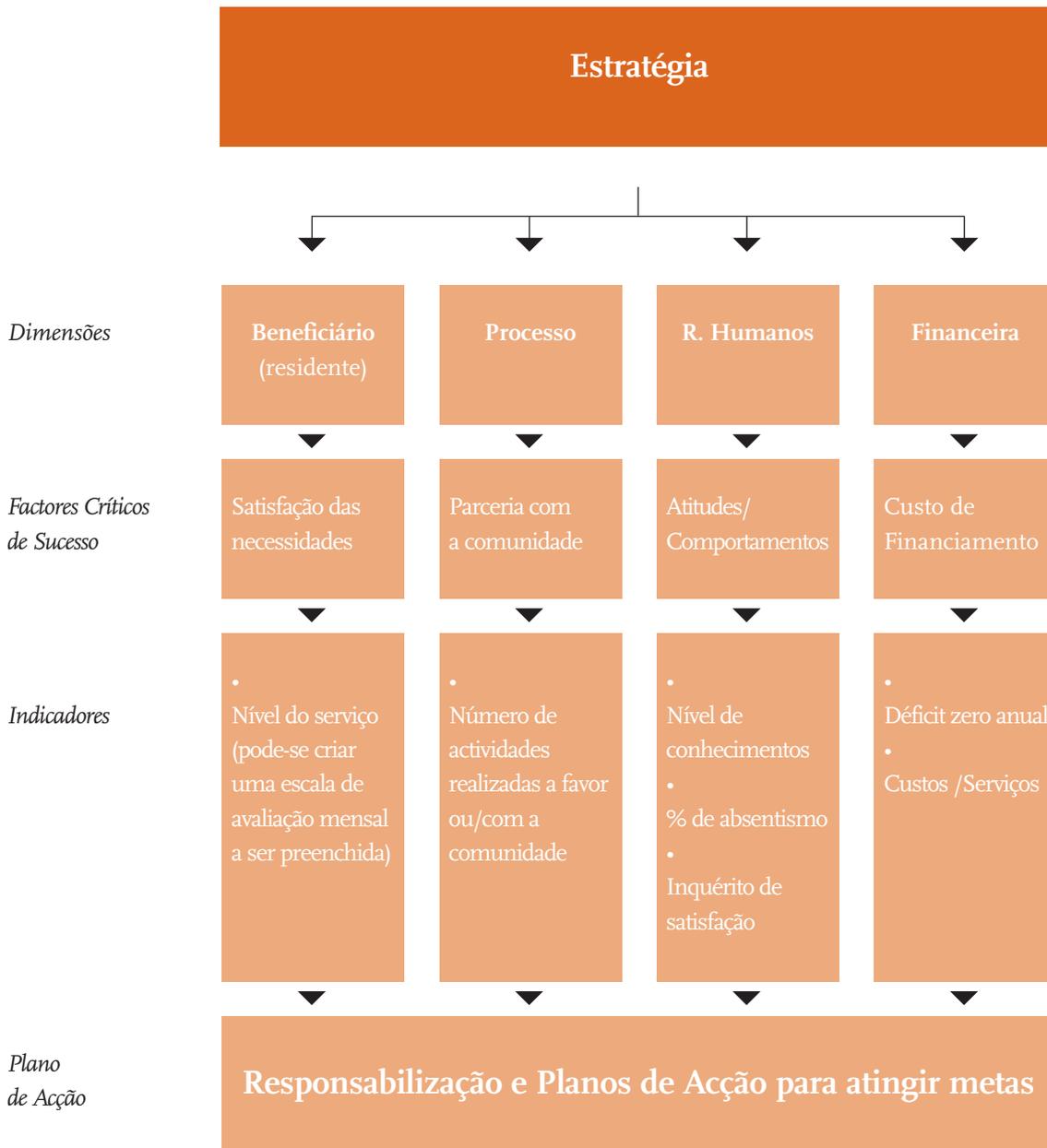
Importa também reflectir sobre as parcerias que a estrutura residencial estabelece com a comunidade - acções de mecenato, angariação de fundos, parcerias com escolas e associações locais, voluntariado e outras.

Dimensão recursos humanos. Devemos adoptar medidas que envolvam todos os membros da estrutura residencial, já que os recursos humanos são a base do serviço prestado. Tudo passa pela qualidade humana dos colaboradores. As medidas a adoptar passam por respostas a questões como:

- Que formação estamos a proporcionar aos nossos colaboradores? Que competências ou comportamentos específicos esperamos deles em consequência dessa formação?
- Como recrutamos e seleccionamos os nossos colaboradores remunerados e voluntários? Que precauções estamos a tomar para evitar contratações negligentes e prevenir abusos e maus tratos aos residentes?
- Que estratégia temos para manter na estrutura residencial os colaboradores mais bem qualificados?
- Até que ponto há comunicação dos objectivos, meios, restrições e resultados aos colaboradores?

À semelhança da perspectiva do beneficiário, também aqui poderão utilizar-se inquéritos de satisfação aos colaboradores, para além de indicadores objectivos, como as taxas de absentismo.

Dimensão financeira. Importa medir o equilíbrio entre eficácia do serviço prestado e eficiência de custos. Podem desenvolver-se indicadores de custo de serviço, de cobrança de mensalidades, de custos de funcionamento, entre outros. Por exemplo: que percentagem das receitas provém de acções de angariação de fundos? Qual a disponibilidade mensal de *cash flow*? Conseguimos manter um déficit zero no final do ano? Conseguimos que a variação entre as projecções orçamentais e a execução verificada seja igual ou menos que 15%?



Cada estrutura residencial deverá construir o seu *balanced scorecard* com o envolvimento da direcção técnica, mas este é um trabalho que não deve esperar pela perfeição para ser implementado. O *balanced scorecard* é um instrumento que pode estar em permanente transformação, isto é, pode ser melhorado e alterado com o tempo, à medida que vamos tendo mais informação e aprendemos os processos.

1.

Para cada medida definida no *balanced scorecard* deve haver objectivos quantificados. São estes objectivos que permitem efectuar uma avaliação do desempenho das instituições, nas suas diversas categorias, bem como o estabelecimento de planos de melhoria para o futuro.

Recordemos algumas vantagens da implementação do *balanced scorecard*:

- Traduz a estratégia em objectivos e acções concretas;
- Estabelece indicadores do cumprimento dos objectivos em todas as dimensões da estrutura residencial;
- Proporciona uma visão sistematizada do desempenho;
- Permite avaliar e actualizar a estratégia;
- Facilita a comunicação de objectivos estratégicos aos colaboradores;
- Fomenta uma cultura de aprendizagem e melhoria contínua;
- Fomenta a atribuição de incentivos em função do desempenho individual e da contribuição de cada um para a obtenção de resultados.

5. Cultura ética

As estruturas residenciais devem ser especialmente rigorosas nas questões de ética. Deve haver uma **cultura de respeito por princípios claros e sólidos**, que leve todos os colaboradores a agir de forma ética. Essa postura deverá ser vista como **natural** dentro da organização, isto é, os seus colaboradores devem agir eticamente, não para evitar consequências negativas, mas porque adoptam como intrinsecamente seus os valores da ética e do respeito pelo próximo.

Para apoiar e reforçar essa cultura, é útil adoptar um **código de ética**. Este é um documento que estabelece as **bases do comportamento** dos colaboradores da estrutura residencial, dentro do contexto laboral, implantando **padrões normativos**. Deve respeitar a lei, mas **ir além dela**. O bom código de ética é aquele que não depende de factores religiosos, temporais ou circunstanciais: é **intemporal** e **universal**.

A criação de uma **cultura ética** evita atitudes **anti-éticas** e as suas consequências morais, sociais e legais. É um fortíssimo factor de **promoção de uma imagem pública positiva**.

O economista M. S. Schwartz defende **seis factores morais universais** que devem estar consagrados nos códigos de ética:

- **Confiabilidade**, respeitante a noções de honestidade, integridade, fiabilidade e lealdade;
- **Respeito**, que se refere à não violação dos direitos humanos;
- **Responsabilidade**, isto é, assunção clara e cabal de direitos e deveres;
- **Justiça**, que garante o cuidado com a equidade, com a imparcialidade e com a condução dos processos;
- **Cuidado**, nomeadamente o de não causar danos;
- **Cidadania**, incluindo obediência à lei e protecção ambiental.

O **código de ética** deve também especificar claramente que **atitudes são liminarmente proibidas** dentro da estrutura residencial e explicitar claramente as **consequências** que essas atitudes trarão (exemplo: é proibido qualquer colaborador receber, individualmente, dinheiro dos residentes ou das suas famílias, sob pena de lhe ser movido um processo disciplinar).

Apesar da sua utilidade, a mera existência de um código de ética nada garante. Se não for compreendido por todos e por todos posto em prática. Para concluir, recordemos as principais vantagens e limitações dos códigos de ética.

Vantagens	Limitações
<ul style="list-style-type: none"> • Inspira e estimula toda a comunidade residencial; • Representa um ponto de apoio a quem deseja actuar eticamente; • Proporciona mecanismos disciplinares de sancionamento das infracções éticas; • Contribui para disseminar na organização um ambiente educativo conducente às boas práticas; • Fomenta a compreensão mútua, a confiança e a cooperação entre os membros organização; • Beneficia a imagem da estrutura residencial e dos profissionais que nela trabalham; • Promove a boa gestão e a confiança; • Contribui para melhorar a cooperação entre organizações residenciais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Por vezes os enunciados vagos dificultam a sua aplicação; • É difícil consagrar nas normas a grande diversidade de problemas éticos que podem ocorrer; • As rápidas mudanças sociais, políticas e económicas podem gerar, por vezes, interrogações relativas às normas contidas nos códigos.

Direitos, Princípios e Valores do Cuidar

Os princípios e valores em que assenta o cuidar do outro em acolhimento residencial têm a sua génese nos direitos fundamentais que devem ser promovidos e garantidos a todos os residentes, famílias, colaboradores, dirigentes, especialistas e todos os restantes com quem a organização se relacione.

De entre os **princípios e valores** do cuidar relevam especialmente:

Dignidade

A dignidade da pessoa humana pelo simples facto de ser pessoa é fundamento de todos os valores e princípios que constituem substrato dos direitos que lhe são reconhecidos. São de evitar pelos colaboradores da estrutura residencial - e por todos os residentes - expressões que diminuam uma pessoa. Nunca se deve, por exemplo, falar de alguém na sua presença como se ele ou ela não estivesse ali.

Respeito

Quando demonstramos respeito por uma pessoa, estamos a transmitir-lhe apreço por aquilo que é. Significa também que a temos em consideração naquilo que fazemos com ela e para ela. O respeito tem que estar presente em toda a vida quotidiana de uma estrutura residencial.

Uma forma importante de respeitar o outro é ter em conta a sua vida passada. O residente não corta laços com o passado ao ingressar na estrutura residencial. Assim, ele deve, por exemplo, poder fazer-se acompanhar dos seus objectos pessoais, recordações e, caso haja condições, mobiliário e animais de estimação.

Individualidade

Cada pessoa tem características biológicas e experiências de vida que definem a sua identidade e a distinguem dos demais. Embora possamos ter muitas características comuns, encontramos diferentes gostos, crenças, opiniões e atitudes mesmo dentro da mesma família.

Quando trabalhamos numa estrutura residencial, reconhecer e respeitar a diferença é uma forma de demonstrar que valorizamos as pessoas com quem nos relacionamos. Reconhecer a individualidade do residente passa por coisas aparentemente tão comuns como perguntar-lhe como é que quer ser tratado. Pelo nome? Nome e apelido? Título académico? Por “tu” ou por “você”? Ao agir segundo este princípio con-

tribuímos para um relacionamento que preserve a dignidade de todos e de cada pessoa em particular.

Autonomia

O respeito pela individualidade implica, necessariamente, o respeito e a promoção da **autonomia** do residente. A estrutura residencial não é um local onde a pessoa aguarda pela morte, mas sim **a sua casa**, onde vive uma fase importante da sua existência.

A direcção e os colaboradores da estrutura residencial devem encorajar o residente a ser responsável por si próprio e a executar ele mesmo todas as tarefas que deseje e de que seja capaz. Ninguém se deve substituir ao residente nessas tarefas sob o argumento de maior funcionalidade ou rapidez. A estrutura residencial deve ter condições que promovam a autonomia e facilitem a mobilidade, nomeadamente a nível do espaço físico e mobiliário, e da humanidade com que se prestam pequenas ajudas, capazes de ajudar a manter o auto-cuidado, a auto-estima e a promover a autonomia.

Capacidade de escolher

É muito importante para o bem estar emocional e físico dos residentes terem oportunidade de fazer escolhas e de tomar decisões. Se assim não for, limita-se a autonomia violando-se, o princípio do respeito pela pessoa do residente e sua autodeterminação.

Devemos encorajar os residentes a decidirem, tanto quanto possível, o que querem comer e quando, o que fazer ao longo do dia, o que querem vestir, a hora a que se querem deitar ou levantar (ver B 6.2).

Privacidade e intimidade

A consideração pela pessoa implica o respeito pela sua privacidade e intimidade. Correspondem a necessidades profundas de todas as pessoas e não diminuem com a idade. Dai que deve haver a maior preocupação e delicadeza em tudo o que se prende com a privacidade e intimidade das pessoas mais velhas.

Merece especial atenção a sua garantia em todas as intervenções que respeitem à higiene íntima, às relações com os outros, à correspondência, às chamadas telefónicas e a todos os problemas e questões pessoais e familiares.

Confidencialidade

O residente tem direito ao respeito pela confidencialidade de todos os elementos da sua vida relativos à sua privacidade e intimidade.

2.

Todos os elementos da estrutura residencial - directores, colaboradores, residentes, familiares ou amigos - devem respeitar essa confidencialidade, não divulgando nunca informações sobre a vida íntima e privada do residente. O cumprimento do dever de confidencialidade é também elemento fundamental nas relações entre todas as pessoas implicadas na intervenção da estrutura residencial.

Igualdade

Ninguém pode ser privilegiado ou prejudicado em função da idade, do seu sexo, religião, orientação sexual, cor da pele, opinião política, situação económica, situação social ou condição de saúde. Todas as pessoas têm as preferências, afinidades, simpatias e antipatias, ou ideias pré-concebidas, mas elas não podem interferir com a prestação de cuidados.

Temos de ter em conta que os nossos preconceitos manifestam-se na atitude que temos em relação aos demais e afectam, inevitavelmente, o nosso desempenho humano e profissional. Há que vencer esses preconceitos e respeitar o princípio da não discriminação.

Participação

Os residentes devem poder participar na vida da estrutura residencial. Deve existir um livro de sugestões e a direcção deve tomar a iniciativa de chamá-los a dar o seu parecer sobre o regulamento interno, nomeadamente através de um **conselho de residentes**. Decisões que afectem a comunidade residencial não devem ser tomadas, nem implementadas sem serem antes tornadas públicas e explicadas aos residentes, que devem poder exprimir-se sobre elas e apresentar sugestões.

O plano de actividades também deve ser debatido com os residentes, que têm uma palavra a dizer sobre a escolha dos passeios, os destinos de férias e outras actividades.

Todos estes valores e princípios devem ter expressão na concretização dos direitos dos residentes.

A opção de viver numa estrutura residencial não retira à pessoa a capacidade de exercício dos seus direitos. A fragilidade que frequentemente motiva a opção pelo acolhimento residencial não deve diminuir o residente, antes alertar-nos para a necessidade de lhe assegurar o seu exercício.

Entre esses **Direitos** destacam-se:

Direito à integridade e ao desenvolvimento da sua personalidade - não é admissível qualquer acto que ofenda este direito fundamental.

Direito à liberdade de expressão - O que um ser humano é passa também por aquilo que pensa, sente e deseja. Ter opinião própria sobre qualquer assunto e poder exprimi-la é um direito inalienável de qualquer ser humano. A liberdade de expressão significa que o residente pode manifestar as suas ideias, gostos e opções sem recear quaisquer represálias. Por sua vez, implica para o residente o dever de respeitar integralmente a expressão de pontos de vista contrários aos seus.

Direito à liberdade religiosa - Cada residente tem direito a professar a religião que entender - ou nenhuma - e em caso algum deve ser obrigado a participar em cerimónias ou rituais religiosos contra a sua vontade.

Direito a uma vida afectiva, sexual e social - Nenhuma destas dimensões, de manifesta relevância para a qualidade de vida de todas as pessoas, pode ser desrespeitada. A estrutura residencial deve criar condições para que o residente possa vivê-las de forma natural e saudável.

Para a concretização destes **Direitos** a estrutura residencial deve ser exigente no cumprimento das suas obrigações para com o residente, tomando nomeadamente em conta:

- **Respeito pela autonomia da pessoa na gestão do seu património** não permitindo que, seja quem for, se lhe substitua sem que lhe sejam conferidos poderes legais.

Cabe ao residente, sempre que tenha capacidade, ou ao seu representante legal, a gestão do seu património, não podendo jamais ser-lhe retirados - ou retidos sem o seu consentimento - os seus pertences, a sua pensão ou quaisquer outros valores.

O dinheiro dos residentes não deve ser colocado em contas bancárias de colaboradores ou dirigentes da organização. Não se deve pactuar com actos de gestão do património praticados por familiares dos residentes ou outras pessoas, sem terem para tanto poderes legais resultantes, nomeadamente de procuração ou decisão judicial.

2.

- **Devem ser garantidos ao residente os cuidados de que necessita, de forma competente, humana e atempada.** O residente tem direito a que lhe sejam assegurados, por colaboradores qualificados, os serviços que contratou, nomeadamente: alojamento limpo e acolhedor, refeições de qualidade devidamente confeccionadas; boas condições de higiene pessoal, acompanhamento médico, de enfermagem e reabilitação, actividades recreativas e culturais.

Reflexão

Depois de lermos a secção anterior, pode parecer que os **princípios, valores e direitos** nela mencionados derivam do mais elementar bom senso e que não ocorreria a ninguém no seu pleno juízo pô-los em causa. Reflectamos, contudo, sobre os seguintes exemplos:

Quais são os valores, princípios e direitos que não estão a ser aplicados nestes casos?

- *Ana R. tem de comer ao meio dia, hora estabelecida pela equipa da cozinha da estrutura residencial onde vive;*
- *Fernando A. não tem um espaço fechado onde possa guardar os seus pertences, nem sequer uma gaveta;*
- *Os colaboradores da residência ajudam Vasco M. a fazer tudo, evitando que ele tenha de fazer qualquer esforço sozinho, mesmo quando é essa a sua vontade;*
- *Foi decidido mudar a medicação da residente Susana P., bem como o horário a que a mesma é tomada, mas ela só soube disso na altura da toma dos medicamentos.*

No caso de Ana R. foi desrespeitada a sua **capacidade de escolha e a sua autonomia**. O direito de escolher quando quer comer, deve ser assegurado pelas estruturas residenciais, a imposição de uma hora fixa é diminuidora da pessoa do residente. Deve ser estabelecido um intervalo de tempo para as refeições, que permitam manter a funcionalidade da cozinha mas sobretudo a liberdade de opção dos residentes.

No caso de Fernando A., o seu **direito à privacidade e intimidade** é violado pelo facto de não dispor de um espaço a que só ele tenha acesso, vendo-se obrigado a partilhar tudo quanto possui com os restantes residentes e colaboradores.

A Vasco M., negam-lhe o direito à **independência e à autonomia**, não lhe sendo assegurada a estimulação e manutenção das suas capacidades.

E Susana viu desrespeitado o **direito a ser informada e de expressar** a sua vontade, nos cuidados de saúde que lhe são prestados.

Estamos face a uma violação dos Direitos Fundamentais de que todos somos Sujeitos, independente da nossa idade e capacidade. Nas pessoas mais velhas esta violação pode fazê-los sentirem-se impotentes e pouco importantes, pois impedem as escolhas e o controlo relativamente à sua vida.

Para proporcionar aos residentes **realização pessoal e felicidade**, a estrutura residencial tem de lhes dar **poder**. O residente deve ter poder para fazer escolhas, manter a sua individualidade e ser responsável por si mesmo - **coisas a que tem pleno direito**, como já vimos. Dar importância, valor e poder aos residentes aumenta o seu bem-estar, a sua auto-confiança e a sua auto-estima.

A melhor forma de dar poder aos residentes é envolvê-los na prestação de cuidados. As pessoas idosas não são objectos inertes sobre os quais se executam uma série de actos rotineiros: **têm direito a participar na definição das suas necessidades individuais e a ser parceiros da equipa de cuidados**. Podem dar contributos para rever e melhorar os cuidados que recebem.

Dar poder aos residentes é, portanto, desde logo **dar-lhes voz**. É preciso ouvi-los atentamente e, sempre que possível, ajustar os serviços ao que nos dizem. Se nada do que o residente diz tiver consequências práticas, ele sente-se menosprezado.

Representação da pessoa idosa em situação de incapacidade

A pessoa idosa é um cidadão com plena capacidade para reger a sua pessoa e os seus bens de forma livre e autónoma. O acolhimento numa estrutura residencial não pode desrespeitar essa capacidade e correspondente autonomia. Só a ele compete tomar as decisões que lhe respeitam.

Pode porém suceder que a pessoa se encontre em **situação de falta ou limitação da referida capacidade**, e por virtude de alterações ou insuficiência das suas faculdades físicas ou psíquicas, esteja impossibilitado de, por forma esclarecida e autónoma, tomar decisões sobre a sua pessoa ou seus bens, ou de adequadamente as exprimir ou de lhes dar execução.

Nesta situação é indispensável, para **garantia do direito à palavra e defesa dos interesses** da pessoa idosa, que, em processo judicial, a incapacidade seja reconhecida e, no caso desse reconhecimento, seja suprida mediante **a nomeação de pessoa que o represente (tutor) ou assista (curador)** na prática dos actos da sua vida pessoal e patrimonial.

O respeito pela sua pessoa implica que, nessa situação de incapacidade, ninguém possa decidir sobre os assuntos do seu interesse sem que tenha poderes para tal **juridicamente** reconhecidos.

De notar a possibilidade de nomeação de tutor ou curador provisório (art.ºs 142.º e 156.º do Código Civil). E ainda a admissibilidade da gestão de negócios, nos termos do art.º 464.º e seguintes do Código Civil, quando justificável, mercê da natureza do acto e da sua urgência, que alguém intervenha por conta e no interesse da pessoa ainda que não esteja autorizado para tal.

A situação de incapacidade da pessoa idosa vivendo em estrutura residencial deve ser **comunicada ao magistrado do Ministério Público junto do Tribunal Cível** do seu domicílio. Essa comunicação deverá conter, para além dos dados de identificação do idoso e dos seus familiares mais próximos, a descrição dos factos indiciadores da incapacidade e a indicação dos elementos possíveis para sua prova.

Diferente da situação de incapacidade é a de **dependência**. Implica a necessidade de apoio para realização de actos correntes da vida da pessoa, sem que esteja porém com-

prometida a sua autonomia na tomada de decisões sobre esses actos. À estrutura residencial compete prestar aquele apoio com a qualidade que a ética do cuidar impõe, respeitando integralmente essa autonomia.

Tendo em conta o papel primacial da família, mesmo no caso da pessoa se encontrar a viver em estrutura residencial, os seus responsáveis devem, sem prejuízo da actuação em tempo útil, informar os familiares de forma a que as iniciativas de suprimimento da incapacidade e de apoio nas situações de dependência possam ser preferencialmente tomadas pela família contando embora com a cooperação daqueles responsáveis.

Relativamente aos casos de incapacidade e às situações de dependência, é indispensável a vertente do apoio jurídico na tomada de decisões dos responsáveis da estrutura residencial na promoção e defesa dos direitos do residente.

Projecto Institucional

As estruturas residenciais para pessoas idosas apesar de uma evolução significativa, ainda se encontram pouco sensibilizadas para novos modelos de intervenção, que privilegiem um **projecto institucional** dinamizador, orientador e respeitador dos projectos individuais dos residentes.

Neste sentido urge reformular quer a legislação aplicável quer as orientações técnicas, orientando-se as estruturas de acolhimento para uma nova forma de gestão, com obrigatoriedade de cada estabelecimento definir o seu projecto institucional no respeito e integração dos projectos individuais dos seus residentes.

O projecto institucional deverá ser definido e organizado com base num horizonte temporal, mais ou menos longo, de acordo com a missão da organização, a sua visão e os valores. A estratégia implementada deve ser avaliada periodicamente adaptando-se às necessidades emergentes.

De acordo com Gérard Brami (2000), o projecto institucional deve compreender:

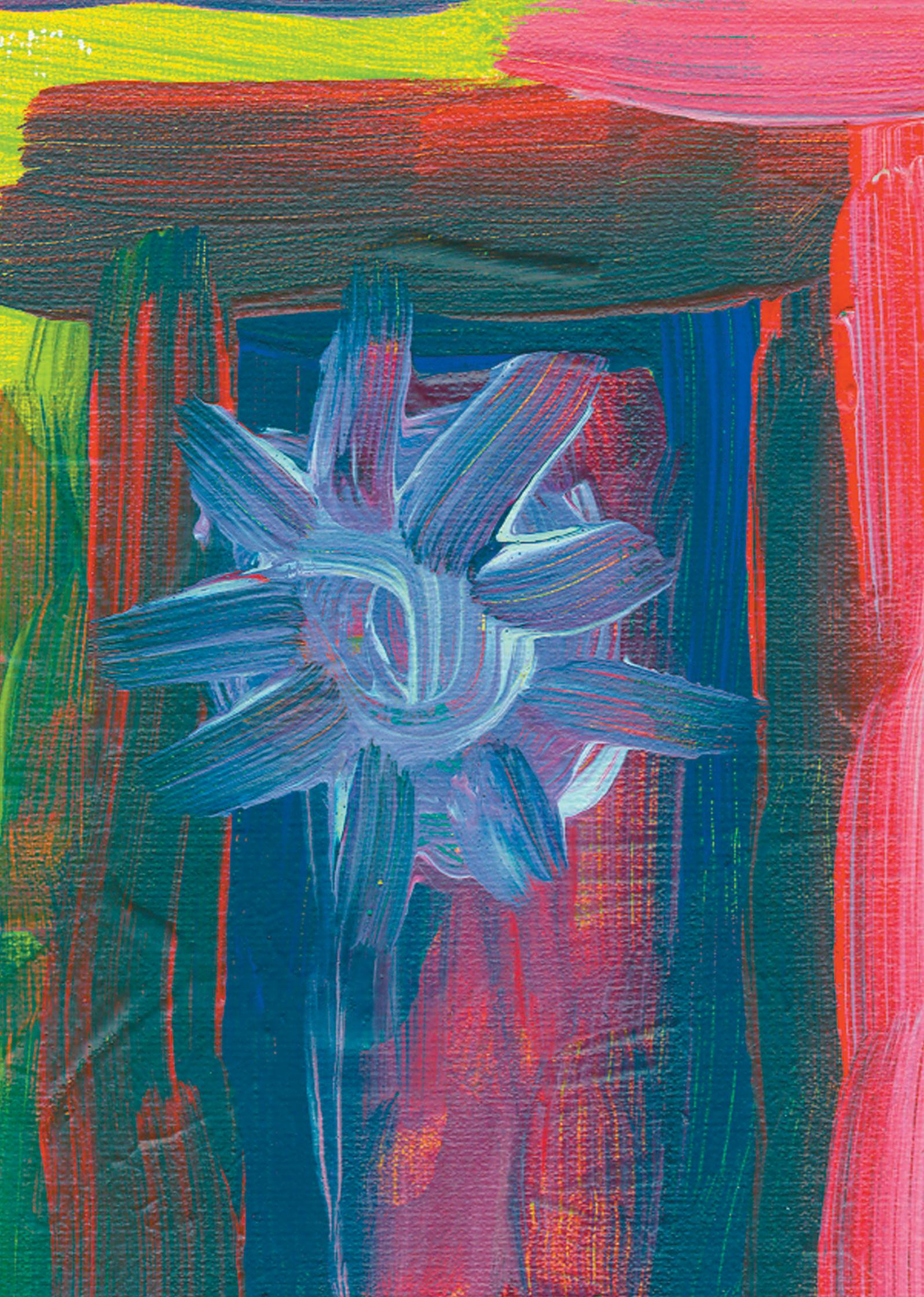
- a história do estabelecimento;
- o ambiente geográfico, sanitário e outros;
- as grandes orientações respeitantes, nomeadamente a:
 - > actividade a desenvolver;
 - > tipo de destinatários;
 - > projecto médico e paramédico;
 - > projecto de hotelaria;
 - > projecto de comunicação;
 - > projecto de animação.

Este projecto deve passar por uma discussão alargada com todos os interessados, incluindo os residentes, visando a melhoria da sua qualidade de vida, do funcionamento diário da estrutura residencial e a valorização dos recursos humanos no exercício das suas funções quotidianas.

Neste capítulo procuramos dar um contributo para que as estruturas residenciais se organizem em torno de um projecto institucional, que defina as grandes linhas a que deve obedecer todo o funcionamento, procurando uma actuação que tenha em vista a

melhoria da qualidade de vida dos residentes, uma prática estruturada em princípios éticos de respeito pelos direitos das pessoas e pela criação de condições para a concretização dos seus projectos de vida, que abordaremos no Capítulo seguinte.

Existem ainda outras temáticas importantes para a organização e gestão das estruturas residenciais, que abordaremos no capítulo C - Organizar a casa.



B. Mudar de casa, mudar de vida?

5. A escolha, o contrato, a chegada

1. Candidatura
2. Admissão
3. Acolhimento
4. Projecto de vida

6. Viver e conviver

1. Viver com os outros
2. Flexibilidade de horários
3. Alimentação e hidratação
4. Sono
5. Higiene e apresentação
6. Cuidados de saúde
7. Promoção da saúde e prevenção da doença
8. Actividades
9. Sexualidade
10. Dependência
11. Demência e confusão
12. Espiritualidade
13. Doença, morte e luto

7. Quando algo corre mal

1. Maus tratos
2. Prevenção primária, secundária e terciária
3. O que fazer em caso de maus tratos?
4. Procedimento legal



Ruiz Ederico
34 anos
-
2004

A escolha, o contrato, a chegada

Manuel S. tem 84 anos. Vive na aldeia onde nasceu. Foi ali que casou com Joaquina M., com quem criou quatro filhos. A casa onde Manuel mora está em condições de ser habitada, mas desde que Joaquina morreu (há aproximadamente um ano), a manutenção da casa não é feita e as refeições de Manuel resumem-se a um copo de leite e um pão com qualquer coisa que tiver à mão, ou a um caldo, à noite, quando não adormece antes de comer, em frente da televisão.

Este facto preocupa os filhos de Manuel S. Como os preocupa o pai já se ter esquecido uma vez de desligar o fogão, ou ter deixado o aquecedor eléctrico ligado uma noite inteira, em frente ao molho de jornais. Como residem todos longe, não podem dar ao pai o apoio de que ele necessita e que gostariam. Além disso, a saúde de Manuel tem tido altos e baixos: a tensão tem estado alta, surgiram algumas dificuldades para andar e vê cada vez pior, mesmo com os óculos que lhe foram receitados na última consulta.

Assim, a família juntou-se e decidiu que o melhor era Manuel ir viver para uma estrutura residencial, na vila mais próxima. E esta decisão foi tomada apesar de ele ter dito, por várias vezes e de forma clara, que não quer sair da aldeia onde sempre viveu, nem da casa onde morou com Joaquina e onde viu crescer os filhos. “Quem dá depois comida ao gato?” – pergunta ele, não querendo dar parte de fraco, mas para mostrar a “impossibilidade” da proposta dos filhos...

Parece-lhe que esta decisão foi a melhor para Manuel S.?

Acha que os filhos tomaram a atitude correcta?

Se fosse responsável por uma estrutura residencial, aceitaria que Manuel S. ingressasse nela?

1. Candidatura

Tomar a decisão e entrar para uma estrutura residencial é uma grande mudança na vida de uma pessoa. Com ela vem, quase sempre, a separação do meio familiar, obrigando a pessoa idosa a adaptar-se a um novo ambiente. É, pois, um acto de grande impacto emocional, que representa muitas vezes uma ruptura em relação à vida e aos hábitos anteriores.

Um mudança de vida desta dimensão só pode ser efectuada se houver um **consentimento livre, expresso e informado** do futuro residente. **Livre**, no sentido de ser o próprio a tomar esta decisão sem intromissão abusiva. **Expresso** porque, estando no uso das suas faculdades, terá que ser ele a dar o consentimento, por escrito. **Informado**, porque é necessário que manifeste essa vontade tendo conhecimento completo dos seus direitos e deveres, bem como dos da estrutura residencial, e dos termos do contrato que ambos celebram.

É inaceitável, ilegítimo e ilegal que a decisão seja tomada sob pressão, ameaça ou coacção.

Os familiares não podem substituir-se à pessoa no consentimento para ser admitido numa estrutura residencial, a menos que tenham poderes de representação legal.

Que pensa, agora, da situação de Manuel S.? De quem foi a escolha?

Tanto quanto nos podemos aperceber, a decisão parece ter sido tomada pela família, e não por Manuel S. Embora os motivos referidos pelos filhos pareçam razoáveis e a sua intenção seja defender o pai e ajudá-lo, não estão a respeitar a sua decisão. Os filhos de Manuel, apesar de animados de boa vontade, estão a atropelar os direitos do pai.

A decisão de ingressar numa estrutura residencial cabe **única e exclusivamente ao próprio**, não aos seus familiares. Não estando Manuel limitado na sua capacidade de decisão a resposta residencial não podia ser adoptada sem a aceitação deste. Se não tivesse capacidade para decidir, só a intervenção do tutor, ou curador sendo caso disso, legitimaria a opção pela estrutura residencial (ver A 3).

No caso de Manuel, o correcto seria por exemplo:

A família juntou-se e comunicou a Manuel S. as suas preocupações e anseios. De início, ele mostrou-se irredutível: não queria sair de casa. Contudo, após algumas explicações dos filhos sobre o que iria ser a vida na estrutura residencial, acabou por aceitar ir visitar algumas, sem compromisso. Antes disso, porém, declarou claramente que punha como condição ficar na vila mais próxima da sua aldeia e poder visitar a sua casa sempre que quisesse. Os filhos ouviram-no e foram dando resposta às suas inquietações. “Deixe estar que arranjamos alguém que venha todos os dias dar de comer ao gato!” - respondeu um deles - “É tudo faremos para encontrar um lar com boas condições, situado o mais perto possível aqui da terra!”

5.

Qual deve ser a atitude de uma estrutura residencial ao receber uma pessoa na situação de Manuel S.?

A pessoa responsável pelas admissões deve **receber pessoalmente** o candidato a residente, para uma **entrevista** que se deve realizar num espaço próprio para o efeito, confortável, sem a interferência de terceiros ou a perturbação de entradas de pessoas ou toques de telefones, e com a disponibilidade total para que ambas as partes possam conhecer-se e para que cada uma possa obter as respostas necessárias a uma futura admissão. O ambiente deve ser acolhedor, de modo a facilitar um diálogo aberto, para que o futuro utente sinta que pode, sem qualquer limite, levantar todas as dúvidas e formular todas as questões que deseje.

A técnica ou técnico deve explicar ao candidato que viver numa instituição é **sempre diferente de viver no seu próprio domicílio, e por vezes mais difícil, mas transmitir também uma mensagem positiva e dinâmica**, assegurando que tudo será feito para promover o seu bem estar, e que o processo de adaptação é evolutivo, envolvendo várias fases e permitindo ajustamentos e mudanças.

A/o técnica(o) deve também recolher os dados suficientes que lhe permitam perceber:

- a) Qual a resposta que a pessoa idosa procura, em termos de necessidades que não estão a ser satisfeitas em casa;
- b) Se a estrutura residencial é ou não capaz de dar resposta.

Se essa estrutura residencial não for a resposta que o candidato procura, o técnico deve dizer-lho claramente, explicando os motivos, e encaminhá-lo para outra solução.

Muitas organizações dispõem de centro de dia e apoio domiciliário, para além da solução residencial.

Na situação que temos estado a analisar, o técnico que atendesse Manuel S. deveria explorar a hipótese do apoio domiciliário, ou mesmo do centro de dia. Talvez estas soluções pudessem garantir a satisfação das necessidades de Manuel sem ter que recorrer de imediato ao “internamento”.

A entrevista entre o técnico e o candidato é o momento adequado para **esclarecer o candidato sobre:**

- o quotidiano na estrutura residencial: normas de funcionamento, horários e actividades;
- o regulamento interno, o contrato a estabelecer e as suas condições;
- o preçário, que deverá incluir a mensalidade, o valor de admissão (caso exista) e indicar quais os serviços incluídos na mensalidade e quais os que são pagos à parte;
- o quadro de colaboradores, o que cada um faz e as áreas pelas quais responde, bem como a pessoa responsável pela gestão da estrutura residencial;
- a possibilidade de trazer objectos pessoais – mobiliário, objectos de valor afectivo e familiar, animal de estimação; deve ser explicado ao candidato se a estrutura residencial tem ou não condições para que o residente tenha consigo estes objectos ou para acolher animais de estimação;
- a forma como se processam as visitas;
- como o residente pode proceder se quiser fazer visitas ou deslocações;
- métodos e critérios para a selecção dos candidatos;
- possível situação de lista de espera e previsibilidade de entrada;
- possibilidade de admissão por período experimental - findo o qual o futuro residente optará por confirmar ou não o ingresso na estrutura residencial - e encargos daí resultantes;
- existência de alvará ou de processo em curso (no caso da iniciativa privada);
- serviços de saúde;
- existência de participações estatais e como se tem acesso às mesmas;
- informações complementares;
- e tudo o mais que a estrutura residencial considere relevante, ou o candidato deseje saber.

Esta informação deve ser prestada de **forma simples e clara**, tendo em conta as características da pessoa.

Por sua vez, **o candidato a residente deve expressar a sua vontade e poder colocar as suas condições** quanto a aspectos como:

- quarto individual ou duplo (não devendo existir quartos com mais do que duas pessoas);
- usos e costumes relativos à higiene e hábitos alimentares;
- interesses culturais;
- hábitos e crenças religiosas;
- forma como gosta de ser tratado/a;
- e outros.

A seguir à entrevista, deve ser facultada ao candidato uma **visita completa às instalações, permitindo que possa conversar livremente com outros residentes**. Deve também ser-lhe entregue um exemplar do **regulamento interno** e um **folheto informativo sobre a estrutura residencial**, do qual conste uma informação sumária, abrangendo nomeadamente: objectivos, serviços prestados, rede de transportes que serve o local, entre outros.

5.

2. Admissão

Se, após a entrevista e passado o período necessário para reflectir e tomar uma decisão, o candidato decidir que quer ingressar na estrutura residencial e esta aceitar a sua candidatura, desencadeia-se o processo de admissão.

Deverá sempre referir-se que a entrada do residente **não é a título definitivo**, ou seja, se as condições mudarem e o residente puder e quiser regressar ao seu meio natural de vida, poderá fazê-lo. A instituição deve trabalhar com a família e a comunidade para que esse desejo, caso surja, possa tornar-se realidade.

É útil que a estrutura residencial tenha um **protocolo de admissão**. Dele devem fazer parte:

- marcação da data de ingresso do futuro residente;
- recepção ao futuro residente pela pessoa responsável pelas admissões, para uma visita mais pormenorizada à estrutura residencial;
- se for acompanhado por um familiar ou amigo, deverá ser-lhes facultada a possibilidade de ajudar o residente a alojar-se, permitindo, por exemplo, que se desloquem ao quarto e o ajudem a instalar-se;
- caso venha sozinho, deve a pessoa responsável ajudar o residente a alojar-se;
- esclarecimento sobre o regulamento interno e os direitos e deveres do futuro residente, que deverá ter um exemplar do regulamento;

No acto de admissão deve ser celebrado um **contrato por escrito**, com a indicação clara dos deveres e direitos de ambas as partes. O contrato deve explicitar o valor mensal a pagar, o prazo de vigência, as condições para a sua alteração ou rescisão, o período experimental (caso exista), os serviços incluídos na mensalidade - alimentação, tratamento de roupa, actividades, cuidados de saúde, acompanhamento às consultas médicas e urgências hospitalares - e os que não estão incluídos - por exemplo, medicamentos, transporte de ambulância e outros.

Deve ainda constar do contrato uma **pessoa indicada pelo residente**, a contactar pela estrutura residencial em casos de necessidade ou emergência.

Bens do residente

No acto de admissão, deverá elaborar-se um **registo dos bens e valores** - incluindo a roupa - que o futuro residente traz consigo. A bagagem que o residente traga e que não possa ser acomodada nos móveis do seu quarto deve ser armazenada em condições de privacidade e segurança, podendo o residente ter acesso à mesma, sozinho ou acompanhado, sempre que o deseje.

Os objectos de valor poderão ser guardados num cofre pessoal, devendo ser feita uma lista descritiva dos mesmos, datada e assinada pelo residente e por quem recepcionou os objectos. Uma cópia desse documento deverá ser guardada na instituição, sendo o original entregue ao residente ou ao seu representante legal.

Se o residente tiver um animal de estimação que lhe é querido e com o qual tem uma relação afectiva forte, a residência deve permitir que este seja acomodado nas suas instalações, desde que exista espaço e não perturbe ou incomode os outros residentes. Se nos recordarmos do exemplo de Manuel S. e da sua decisão de ingressar numa estrutura residencial, porque não admitir que ele trouxesse consigo o gato, de quem tanto gosta? Um dos obstáculos que este senhor colocou à proposta de ir para uma estrutura residencial foi, precisamente, não ter quem lhe cuidasse do gato...

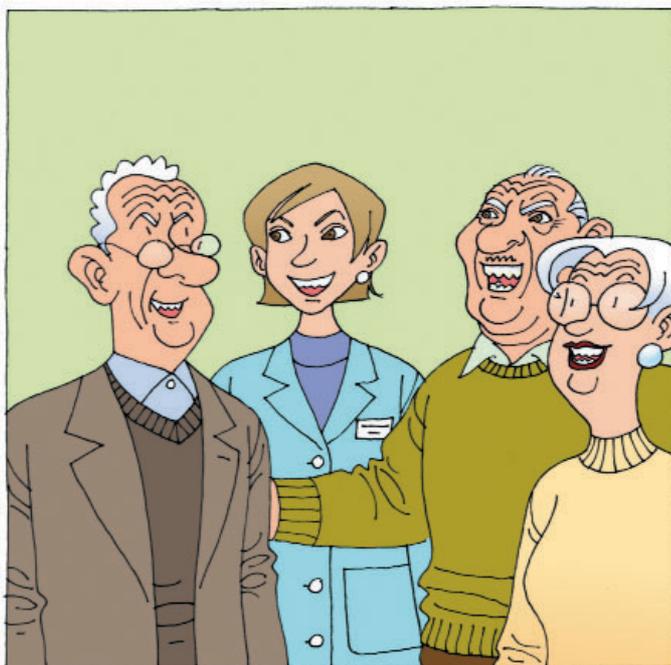
3. Acolhimento

No acolhimento deve ter-se sempre presente o forte impacto emocional que a solução residencial normalmente implica para a pessoa e a sua família, nomeadamente pelas profundas modificações no ambiente de vida. É necessário acompanhar o residente nas diversas fases da sua adaptação, ajudando-o a integrar-se.

O **acolhimento** na estrutura residencial deve **minimizar riscos** como, a de perda de identidade, vínculos afectivos, desenraizamento, receio da mudança, tendência a rejeitar a integração, auto-culpabilização ou sensação de estar a sofrer uma punição. Para tal, os responsáveis da estrutura residencial devem ter em conta o carácter e a personalidade do novo residente, incluindo a sua história, as recordações familiares, a relação que tinha com a comunidade da qual se separou e com a sua família.

Preparar a chegada do novo residente

Ainda antes da chegada do novo residente, deve haver um **trabalho de preparação** junto de todos os membros da estrutura residencial. A colaboração de quem já está a viver na instituição, principalmente aqueles que se sentem adaptados e tranquilos, pode ajudar à integração de quem chega, pelo que pode ser útil organizar um “**comité de acolhimento**” composto por residentes.



Quando finalmente se dá o ingresso, o acolhimento deve ser individualizado. Um dos responsáveis deve apresentar o recém-chegado aos outros residentes e aos colaboradores, esclarecer-lhe quaisquer dúvidas e reforçar toda a informação necessária.

Manuel S., do exemplo acima referido, foi recebido na estrutura residencial que escolheu pela directora técnica, Deolinda S.. Esta apresentou-o a alguns residentes, que compunham o comité de acolhimento a Manuel.

Deolinda pediu aos residentes Graça P. e António M. – ambos já há alguns anos na estrutura residencial - que estivessem disponíveis para ajudar Manuel nos seus primeiros dias. Manuel simpatizou com António e, após alguns minutos de conversa, descobriram que ambos gostam de jogar às cartas e de dar longos passeios ao ar livre. Embora de início Manuel se sentisse um pouco constrangido na presença de Graça (até porque não estava habituado a conversar com senhoras), o seu ar descontraído e extrovertido desta última, bem como a sua disponibilidade para lhe mostrar “os cantos à casa”, fizeram com que Manuel se sentisse melhor.

Manuel gostou, sobretudo, que Graça tivesse tido a atenção de lhe mostrar o sítio onde podia apanhar o autocarro que passa na sua aldeia, e também o local do telefone público. Graça disse-lhe que, quando chegou à estrutura residencial, foi reconfortante para ela saber que podia falar com os filhos que, tal como os de Manuel, vivem longe. Este pequeno gesto foi muito importante para Manuel, porque fê-lo sentir-se acarinhado e compreendido.

É também importante confirmar a forma como o residente quer ser tratado, e informar toda a comunidade residencial. Trata-se de ajudar o novo residente a que **seja respeitada a sua identidade**.

Após alguns dias na estrutura residencial, Manuel pediu aos novos amigos Graça e António que o tratassem por “Ginjinha”. Perante o ar curioso dos dois residentes, explicou-lhes que é assim que o conhecem na sua aldeia, porque tem algumas ginjeiras no seu terreno e costuma produzir, por ano, cerca de uma dúzia de garrafas de licor de ginja, para oferecer à família e aos amigos. Manuel explicou-lhes que ao ir viver para uma nova casa, onde vai decerto conhecer outras pessoas, gostava que continuassem a chamar-lhe “Ginjinha”. Julga, de certa forma, que assim não vai sentir um corte tão violento com a sua vida anterior. Graça e António compreenderam este pedido e apresentaram “Ginjinha” aos outros residentes.

Nesta fase deve-se explicar ao residente que, também para a estrutura residencial, o mais importante é a sua **qualidade de vida**, sem nunca esquecer que é um ser humano com uma história passada que teve, como todas as histórias humanas, aspectos negativos e positivos.

Deve-se dar tempo ao novo residente para se adaptar e integrar na comunidade residencial, e para que esta passe a sentir que ele é um dos seus. Deve ser-lhe transmitida uma mensagem de esperança, virada para o futuro.

Presença da família ou pessoas significativas

A presença assídua de pessoas significativas, familiares ou não, quando desejada pelo residente, é fundamental para o seu bem-estar. Devem ser criadas condições para que o acesso destes à residência seja o mais livre possível. Assim, a sua presença não deve ser vista como um factor perturbador do quotidiano, mas até como um apoio para muitas das actividades e cuidados. Aliás, mesmo que resulte alguma perturbação das visitas dos familiares ou amigos, as vantagens para o residente são sobejamente mais importantes.

Deve proporcionar-se um diálogo aberto e esclarecedor com o residente e sua família quanto ao estabelecimento dos horários de visitas, convívios e apoios mais favoráveis à pessoa e respeitadores das exigências da qualidade de vida residencial tendo em conta os interesses de todos e de cada um dos residentes. Deve observar-se toda a flexibilidade possível, procurando que a família não se sinta constrangida e muito menos indesejada.

4. Projecto de vida

Todos os residentes têm direito a um **projecto de vida** que potencie as suas capacidades e os valorize como indivíduos. O projecto de vida, com objectivos bem definidos e exequíveis, deve ser elaborado pelo residente, em conjunto com a estrutura residencial e, se o residente assim o desejar, com a sua família. As pessoas devem ser livres de pensar e desenvolver novos projectos de vida e a instituição deve assumir-se como fundamental garante desse direito.

De notar que a vida do residente começou muito antes de entrar para a estrutura residencial, pelo que o projecto que agora se elabora visa dar continuidade, mesmo que

com alguns ajustamentos, ao que o residente perspectivava para si mesmo antes do acolhimento.

Manuel S. gosta, como sabemos, de fazer ginjinha para dar aos amigos. Esse passatempo é-lhe tão querido que lhe valeu a alcunha por que todos o conhecem. Quando lhe perguntam o que é que gosta de fazer, ele responde “apanhar as minhas ginja e fazer ginjinha para os amigos”. Também lhe apetece continuar a jogar à sueca com os amigos ao sábado à tarde, no clube da terra.

Estas actividades devem poder ser integradas no projecto de vida de Manuel, se ele o desejar. O facto de ter ingressado numa estrutura residencial não deve impedi-lo de continuar a realizar as actividades que lhe dão prazer.

As pessoas idosas devem sentir-se úteis e poder definir objectivos de futuro, metas a atingir e estratégias para consegui-los. Entre outros incentivos, deve fomentar-se a participação dos residentes no quotidiano da **estrutura residencial**, exercício útil para a dinâmica do raciocínio e a manutenção de relações afectivas fortes.

No centro da intervenção deve estar, sempre, o próprio residente. Por isso, é fulcral conhecê-lo bem. É útil, para que se consiga atingir este objectivo, que uma equipa técnica multidisciplinar faça uma avaliação inicial da situação da pessoa. Esta avaliação consiste numa análise profunda que aborde aspectos **físicos e de saúde, cognitivos, comportamentais, de linguagem, emocionais, sociais, formativos e profissionais, sempre com respeito pela intimidade do residente.**

Há que ter em conta, na elaboração do projecto de vida, dados como os **aspectos familiares e o anterior domicílio** do residente. É fulcral conhecer o meio em que o residente vivia e as pessoas com quem se relacionava antes de entrar para a estrutura residencial: no fundo, o que era o seu **dia-a-dia**. Que actividades praticava? Que gostos tem? Que dificuldades e angústias? E, também muito importante, **porque veio viver para uma estrutura residencial?**

O **projecto de vida deve realçar os pontos fortes** da pessoa. Que tem para oferecer? Sabe pintar, fazer versos, costurar, representar? Era carpinteiro, enfermeira, advogado,

cozinheira, electricista, professora, padeiro? Mas há que prestar atenção também aos momentos menos bons: como é que o residente prefere passar os períodos em que está mais triste? A passear? A ler? A jardinar? A meditar? Em solidão? À conversa com outros? Que outros? Quem melhor presta suporte emocional a este residente? A família? Os amigos? A religião? O seu animal de estimação?

O projecto de vida tem de ser **vivo e dinâmico**, isto é, deve estar em **permanente reavaliação** e sujeitar-se a revisões periódicas. Em cada momento, temos de ter a certeza de que se adequa às necessidades físicas e emocionais do residente, bem como às suas motivações e capacidades. É preciso assegurar que o residente tem ao seu dispor os **recursos** para levar a cabo o seu projecto de vida.

Viver e conviver

Neste capítulo propomo-nos reflectir sobre temáticas do quotidiano de uma estrutura residencial para pessoas mais velhas. Privilegia-se uma perspectiva global que tenha em conta as características comuns das exigências de um acolhimento de qualidade.

Viver numa estrutura residencial, sobretudo quando se trata de uma situação permanente, constitui uma mudança importante na vida da pessoa, com possíveis repercussões ao nível da sua saúde física e psíquica.

Para evitar ou minimizar as consequências negativas desta mudança, a vida quotidiana deve estar organizada em moldes próximos daqueles que são os habituais de um domicílio familiar. A estrutura residencial deve ter bem presente que os residentes são adultos com vontade própria e que têm necessidades individuais que é preciso satisfazer.

6.

1. Viver com os outros

Nem sempre é fácil viver com outras pessoas. Todos temos experiência de conflitos em casa, sobre o canal de televisão, a utilização da casa de banho ou a conta do telefone, entre outros. Como sabemos, partilhar um espaço, nomeadamente quando não existem laços de conhecimento, afectivos ou afinidades com outras pessoas, não é fácil; e manter nele a harmonia e a paz pode mesmo ser muito difícil. Esta dificuldade aumenta quando os residentes se vêem “obrigados” a dividir um espaço de clara intimidade como o quarto (ver C 9.2).

Quando se vive em acolhimento residencial, o potencial para conflitos é ainda maior.

O que pode tornar difícil aos residentes viverem sob o mesmo tecto?

- Não escolheram viver juntos e terão afinidades e interesses diferentes uns dos outros;
- Têm histórias de vida diversas e diferentes formas de estar na vida e lidar com os acontecimentos e circunstâncias;
- Podem estar frustrados e revoltados por se sentirem impotentes face à sua situação, por terem saudades da vida que deixaram e por lhes ser difícil aceitar as mudanças que ocorreram;

- O facto de terem poucos contactos com o exterior, com outras gerações, ou viverem em ambientes pouco estimulantes, pode dificultar o estabelecimento de planos de futuro. Por isso, sempre que possível, deve haver contactos regulares com crianças, jovens e adultos, recriando o leque social habitual.

Tendo isto em conta, podemos ajudar os residentes a sentirem-se melhor e também a evitar ou resolver os conflitos que surjam. Nesta actuação importa adoptar um modelo a seguir, baseado nos Direitos, Princípios e Valores do cuidar (ver A 2). Há que ter muita prudência, respeitar as pessoas envolvidas e os seus direitos, nomeadamente à privacidade, confidencialidade, liberdade de opinião e de expressão, segurança e protecção.

Os comportamentos baseados no respeito mútuo ajudam a construir relações agradáveis e um ambiente mais feliz. A consideração pela individualidade e diversidade de experiências de cada pessoa - sem prejuízo da desejada igualdade na qualidade de tratamento - também contribui para um ambiente mais amistoso e pacífico.

Comunicar e mediar conflitos

Muitas vezes, os conflitos do dia-a-dia têm origem em mal-entendidos, por falta de comunicação ou comunicação imperfeita. Numa estrutura residencial para pessoas mais velhas, é provável que haja pessoas com **dificuldades de comunicação**: têm uma língua materna diferente, perderam a audição ou a capacidade de falar, estão impossibilitados de usar linguagem corporal.

A atenção que damos a estas pessoas e o facto de valorizarmos o que dizem e de correspondermos aos seus esforços de comunicação serve de exemplo aos outros residentes. Todos têm o direito de ser ouvidos, mas também o dever de ajudar os outros a expressarem-se. Uma boa comunicação dá segurança e diminui os riscos de conflito.

Para além do exemplo que estamos continuamente a dar com o nosso comportamento - facto que devemos ter presente - muitas vezes vemo-nos no papel de **mediadores de conflitos**. A experiência e o tempo vão tornando mais fácil exercer este papel, mas, sempre que não tivermos **formação adequada** ou não nos sentirmos à vontade para a usar, devemos recorrer ao apoio da equipa técnica ou mesmo da direcção (ver C 8.10).

2. Flexibilidade de horários

● *Lembra-se de Manuel S., o “Ginjinha”? Desde que chegou à estrutura residencial, ele continua a levantar-se às 6 horas da manhã, horário que praticou toda a sua vida. No entanto, fica várias horas à espera do pequeno-almoço, que só é servido das 8 às 9 horas.*

Já Graça, a residente que ajudou a acolher Manuel, tem desde há muitos anos dificuldades em adormecer. Por isso, gosta de ficar a ler até tarde. De manhã, porém, é acordada todos os dias às 7 horas. Segundo a responsável da estrutura residencial, os residentes são acordados àquela hora para terem tempo de se arranjar e ir tomar o pequeno-almoço.

Como se sentirão Manuel S. e Graça P. todas as manhãs?

Como será a sua disposição para estar com as outras pessoas?

Os horários de uma estrutura residencial são importantes para o seu funcionamento adequado. No entanto, devem ser suficientemente flexíveis para permitir a escolha individual dos residentes.

Assim, por exemplo o horário de levantar deverá ser flexível, tendo em conta a vontade e as necessidades de cada residente. Não é admissível que alguém seja levantado de madrugada para tomar banho ou para o quarto ser limpo. Evidentemente que a escassez de colaboradores não é motivo legítimo para tais práticas – elas são, de resto, maus tratos, no sentido de assim não se respeitarem os direitos dos residentes.

O horário das refeições deverá compreender um período razoável, permitindo a satisfação de diferentes hábitos e necessidades dos residentes. No exemplo mencionado acima, se o horário do pequeno almoço fosse mais flexível, quer Manuel quer Graça poderiam escolher o momento mais conveniente para tomar a sua refeição, isto é estaríamos a proporcionar-lhes o poder de decidirem de acordo com a sua vontade, sem prejuízo de a residência manter a sua organização.

Seria, aliás, desejável que os residentes tivessem a possibilidade de tomar por exemplo o pequeno-almoço no quarto. O residente tem também o direito de decidir não tomar o pequeno-almoço e ficar a dormir até mais tarde, desde que tal não comprometa a sua saúde.

As necessidades funcionais de uma residência e as necessidades individuais de cada residente nem sempre são coincidentes ou facilmente compatíveis. Há que encontrar um ponto de equilíbrio entre ambas, na perspectiva do bem-estar de todos e cada um dos residentes. A **flexibilização de horários** aplicada a todos os aspectos da vida residencial é um instrumento valioso para esse equilíbrio.

3. Alimentação e hidratação

Maria Teresa M. é colaboradora remunerada numa residência. Habitualmente, é ela que ajuda os residentes que não conseguem tomar a refeição sozinhos. Acontece que o seu turno acaba após o pequeno-almoço, altura em que tem de ter cumprido as suas tarefas, incluindo ajudar a residente Paula L. a comer.

Paula L. teve um acidente vascular cerebral que a incapacita de usar o braço direito e lhe afecta a fala. Embora pareça já aceitar as alterações resultantes da doença, sempre que se aproxima o momento da refeição, Paula parece ficar bastante agitada.

**Acha que a refeição é um momento agradável e de prazer para qualquer das duas?
Como acha que Paula L. se sente durante a refeição?
E Maria Teresa M.?**

Provavelmente a refeição é um momento sentido como desagradável para ambas. Para Teresa, é o fim do turno. Está cansada, precisa de se despachar e por isso quer acabar a sua tarefa o mais rapidamente possível. Paula, por outro lado, sente-se humilhada por ter de ser alimentada por outra pessoa, sobretudo em público. Por vezes engasga-se, porque os pedaços são um pouco maiores do que ela consegue mastigar. Também gostava de beber mais água, mas de tanto se engasgar não chega a conseguir dizê-lo a Teresa.

Alguns residentes podem necessitar de ajuda para comer e beber. Isto acontece, nomeadamente, porque:

- não têm autonomia física para se alimentarem;
- estão confusos e esquecem-se de como e quando comer e beber;
- estão tristes ou deprimidos;
- têm problemas dentários ou de boca;
- estão doentes ou a tomar medicação que lhes reduz o apetite ou lhes altera o paladar.

Quando ajudamos o residente a alimentar-se, devemos perguntar-lhe que tipo de ajuda necessita ou deseja. Deve ser ele a guiar-nos e nunca o oposto. A alimentação deve ser dada a uma velocidade adequada, garantindo sempre que a pessoa está confortável e que se sente tratado como um adulto. O momento da refeição deve ser agradável para todos, devendo evitar-se tudo o que possa levar o residente a sentir-se diminuído na sua dignidade.



6.

A estrutura residencial deve garantir que o momento da refeição é um espaço relacional. Como tal, é imperativo ter colaboradores em número suficiente para permitir que cada residente tenha um acompanhamento adequado. A escala deve prever turnos ligeiramente mais longos do que o tempo real de refeição, para colmatar dias de maior dificuldade ou demora e evitar que os colaboradores, à hora de sair, alimentem os residentes à pressa e sem o cuidado necessário, ou sejam prejudicados no seu horário.

Composição das refeições

Na sua composição, a alimentação dos residentes deve ser cuidada, uma vez que tem um impacto importante sobre a sua saúde e o seu sentimento de bem-estar. Deve existir uma ementa com uma oferta variada por refeição, concebida com o apoio de um nutricionista. A comida deve ser cozinhada e apresentada à temperatura adequada e de acordo com os princípios da nutrição. A ingestão de líquidos deve ser assegurada de acordo com as necessidades e a estação do ano.

Deve ser sempre disponibilizado na ementa um prato de dieta. No entanto, as dietas específicas, sob prescrição médica, devem ser conhecidas pela equipa da cozinha e devidamente respeitadas.

6.

As bebidas alcoólicas, em especial o vinho, têm no nosso país uma forte tradição cultural. Não será raro que os residentes o solicitem para acompanhar uma refeição. A ingestão de bebidas alcoólicas deve ser sempre moderada e deverão ser respeitadas as prescrições médicas de cada pessoa

Deve-se também atender aos hábitos dos residentes. Como certamente se recorda, Manuel S. “Ginjinha” baseava a sua alimentação em leite com pão. Embora tal já não aconteça, é provável que este residente continue a gostar de tomar um copo de leite antes de dormir. A estrutura residencial deve ter o cuidado de satisfazer essa vontade. Se existir alguma contra indicação médica, é aconselhável falar com a pessoa e, se necessário, tentar que vá a uma consulta médica.

4. Sono

O sono e o repouso são funções restauradoras necessárias à preservação da vida. É comum - e correcto - afirmar-se que passamos cerca de dois terços da vida a dormir. No entanto, estamos a falar de uma média, o que quer dizer que nem todas as pessoas estão dentro deste valor.

Com o avançar da idade, a qualidade do sono tende a deteriorar-se. Muitas pessoas com mais de 65 anos sofrem de alguma perturbação do sono: dificuldade em adormecer, sono entrecortado, sono demasiado leve ou estar acordado durante a noite e sonolento de dia. No entanto, as pessoas tiveram hábitos de sono diferentes ao longo da vida, o que necessariamente determina também padrões de sono diferentes. Um dos sintomas mais frequentes da degradação da qualidade do sono é a alteração da hora de acordar, que na velhice tende a ocorrer mais cedo.

6.



As perturbações do sono causam uma sensação de cansaço durante o dia (hipersonia), muitas vezes traduzida em períodos de sonolência ou até sestas involuntárias. Estas alterações podem determinar irritabilidade e mal-estar e podem ter de ser objecto de

avaliação e prescrição médicas. Mas podem ter outros efeitos, como dores musculares e das articulações, tendinites, torcicolos, refluxo gastro-esofágico, entre outros. Ora estes problemas podem, por sua vez, afectar o sono das noites seguintes, criando uma espécie de ciclo vicioso.

Os factores que contribuem para os problemas de sono nas pessoas idosas podem ter que ver com múltiplos aspectos, como a presença de dor ou desconforto físico, distúrbios emocionais ou factores ambientais, ruídos ou presença de outras pessoas no quarto.

Perturbações do sono

Um dos principais distúrbios do sono é a **insónia**, dificuldade em adormecer ou em manter o sono, ou a sensação de que o sono que se teve foi insuficiente.

Insónia não é apenas não dormir ou dormir pouco. Há quem durma pouco e não se queixe durante o dia. Falamos de insónia quando o facto de se dormir pouco tem consequências negativas durante o dia: fadiga, cansaço fácil, ardência nos olhos, irritabilidade, ansiedade, fobias, incapacidade de concentrar-se, dificuldades de atenção e memória, mal-estar e sonolência.

A insónia tem efeitos psíquicos e sociais, mais do que biológicos. Um dos riscos que acarreta para as pessoas mais velhas é o de terem acidentes, uma vez que passam o dia menos despertas e atentas. A insónia é mais frequente nas mulheres do que nos homens, e também nas pessoas que vivem sós.

Causas da insónia

A insónia pode ser causada por substâncias que ingerimos. A cafeína e a teína, o álcool, os corticóides e outros medicamentos podem causar transtornos do sono.

A insónia pode também ser causada pelas dores e incómodos associados a doenças crónicas das pessoas idosas (doenças das articulações, asma, problemas cardíacos, digestivos ou urinários, bronquite, entre outros). Mas a insónia verifica-se também em pessoas que não têm qualquer doença. O stress é suficiente para causá-la em qualquer idade, e mais acentuadamente nas pessoas mais velhas. Acontecimentos tristes como a morte de um amigo, perda do cônjuge, perda do espaço social, dificuldades financeiras, sentimentos de abandono, limitações físicas próprias da idade, mudanças no estatuto social ou percepção da própria condição de saúde podem causar distúrbios do sono.

As três situações de saúde mental mais associadas à insónia na pessoa idosa são, por ordem decrescente de frequência: ansiedade, depressão e demência. A ansiedade dificulta o adormecer e pode levar a que a pessoa acorde várias vezes durante a noite. Já uma consequência da depressão pode ser acordar cedo ou dormir demais. No caso da demência, ainda em estágios iniciais, pode haver muitas vezes inversão do ciclo circadiano (dia-noite/ sono-vigília).

A insónia pode ainda ter causas ambientais. As pessoas que se deitam tarde, ou ficam a ver televisão ou a ler até de madrugada, podem ficar com o ciclo do sono desregulado. Este tipo de insónia adquirida afecta pessoas que trabalham em turnos nocturnos ou que atravessam frequentemente fusos horários, como os pilotos de avião.

O que fazer perante perturbações do sono das pessoas idosas?

A estrutura residencial deve procurar conhecer as causas das perturbações de sono dos seus residentes mesmo quando resultam de situações anteriores ao acolhimento. Eis algumas situações frequentes:

- problemas ou conflitos familiares, com amigos, colaboradores da estrutura residencial ou outros residentes;
- más notícias;
- medicação com efeitos no padrão normal de sono;
- falta ou excesso de alimentos ou líquidos à hora de deitar;
- ambiente com luz ou ruído excessivos;
- parceiro de quarto com hábitos de sono diferentes.

Consoante as causas dos problemas de sono, há soluções e factores que favorecem um sono confortável e tranquilo, nomeadamente:

- comer ou beber algo ligeiro antes de deitar (quando não exista contra-indicação médica);
- gozar de um ambiente calmo, obscurecido e sem ruído, à temperatura adequada;
- evitar assistir a programas de televisão violentos ou situações excessivamente dramáticas;
- ouvir música suave e ler um texto agradável;
- evitar discussões ou debates empolgantes;
- tomar a medicação prescrita.

5. Higiene e apresentação

A falta de higiene não é apenas um problema que pode interferir com a saúde. Contribui também, e de forma decisiva, para uma diminuição da auto-estima e dificulta a integração social. Sublinhemos que alguns residentes podem já sentir-se diminuídos nestas áreas por negligenciarem habitualmente a sua própria higiene.

É nossa responsabilidade apoiá-los na manutenção da mesma, mas tendo presente que sempre que possível, **o residente deve responsabilizar-se pela sua própria higiene**, promovendo, também nesta área, a sua autonomia.

Parece-nos no entanto importante que, com muita delicadeza e respeito pela sua intimidade, exista por parte dos colaboradores supervisão/controlado da higiene diária dos residentes, e se criem mecanismos de registo que facilitem esse trabalho e o estímulo ao gosto de cada residente pela sua higiene e imagem.

A prestação de cuidados de higiene **apoiada ou assistida** deve primordialmente ter em conta o conforto do residente e ser levada a cabo com total respeito pela sua **privacidade**.

É regra básica que todos os utensílios de higiene - escovas de cabelo, pentes, toalhas, escovas de dentes, sabonetes, águas de colónia, máquinas ou lâminas de barbear e quaisquer outros - são exclusivos e únicos para cada residente.

Deverá ser imediatamente comunicada aos serviços de saúde qualquer anomalia detectada durante a higiene diária: edema; equimose; dor; vermelhidão; alteração da cor, consistência ou cheiro de fezes e urinas; quaisquer queixas aparentemente injustificadas.

Os **aspectos da higiene pessoal e estéticos** são fundamentais à conservação ou melhoria da qualidade de vida e da auto-estima, não se resumindo por isso à limpeza e ao asseio.

Os residentes devem ter pleno acesso a cabeleireiro, barbeiro, manicure e pedicure, disponibilizados pela estrutura residencial ou existentes na comunidade. Neste último caso, sempre que necessitem, temos o dever de ajudá-los na deslocação a esses serviços.



A **apresentação diária** dos residentes deve ser cuidada. O vestuário e o calçado devem ser escolhidos pelo residente, adequando-se a eventuais limitações físicas e à estação do ano. **Devemos encorajar os residentes a cuidarem do seu aspecto.**

A higiene dos residentes em situação de dependência

Muitos residentes podem não conseguir tratar da sua higiene pessoal sem ajuda. Pense na Paula L., de quem já lhe falamos, e no facto de não poder mover adequadamente o membro superior, ou numa senhora com dificuldades cognitivas; ou de alguém com diferentes hábitos de higiene. Outros, simplesmente, não têm a destreza de mãos necessária para fazer a barba, lavar os dentes ou prótese dentária.

Os residentes têm de permanecer o menos possível na cama ou em situações de menor autonomia. Quando, por doença ou especial incapacidade, tenham de permanecer mais tempo nessa situação, isso não significa que necessitem de menos cuidados de higiene - antes pelo contrário - nem que a sua apresentação estética tenha menos importância.

Nestes casos há que ter especial atenção ao risco de **úlceras de pressão** (ver B 6.10) - Prevenção de escaras). Elas podem surgir mesmo quando se usam os equipamentos necessários - camas articuladas, colchões anti-escaras, cadeiras de rodas. Na maior parte das vezes, resultam de uma prestação de cuidados inadequada relacionada, por exemplo, com a insuficiente mobilização ou mobilidade do residente, com as roupas e a forma como se fazem e mudam as camas, ou com maneiras inapropriadas de proceder à higiene. Assume assim importância essencial uma formação cuidada, também nesta área, por parte dos colaboradores remunerados e voluntários.

Alguns residentes podem necessitar de ajuda para utilizar a casa-de-banho. Podem ter problemas de mobilidade, o que torna difícil a sua deslocação. Este problema é mais premente se a necessidade de usar a casa-de-banho for frequente. Pode haver situações de “urgência” em que o residente não chega à casa de banho a tempo.

É muito perturbador tomar consciência de que se necessita de outrem para se poder utilizar a casa de banho. O próprio acto de pedir ajuda para esse fim pode ser bastante embaraçoso. Por isso, é fundamental que o colaborador desenvolva excelentes capacidades de comunicação e saiba mostrar-se acessível, disponível e compreensivo.

Acima de tudo, o residente deve sentir que estamos a ajudá-lo a manter a sua independência e autonomia. O apoio que lhe prestamos nos cuidados de higiene deve pautar-se pelo **respeito** dos residentes à **dignidade, privacidade e confidencialidade**.

Dejectos corporais

As **necessidades fisiológicas** são um aspecto muito importante da higiene diária e do equilíbrio da saúde e bem-estar da pessoa. O uso correcto dos meios de protecção urinária e fecal exige cuidados importantes.

Relembramos que não podemos interferir com os direitos dos residentes (ver A 2) em benefício da funcionalidade das estruturas residenciais, pelo que, o uso abusivo e sem critérios de indicação de fraldas, deve ser reservado **estritamente para situações relacionadas com incontinência urinária em que exista indicação específica para tal**. Nos restantes casos, a prática será de lembrar ou acompanhar o residente aos sanitários com a periodicidade devida.

Quando se verificar essa indicação, as fraldas ou resguardos devem ser mudados regularmente, para não favorecer o surgimento de complicações ou infecções, nomeadamente

ao nível da pele ou urinárias, e para manter o conforto da pessoa, respeitando a sua dignidade e bem-estar. Deve existir um registo da mudança de fraldas e das características do seu conteúdo.

A estrutura residencial deve ter procedimentos específicos para o manuseamento e recolha dos dejectos corporais, que devem ser tratados de forma segura e higiénica, uma vez que podem ser um meio de transmissão de doenças infecciosas.

Deve-se ter em atenção o aspecto e a frequência dos dejectos corporais, pois podem dar-nos informações sobre o estado de saúde do residente.

6. Cuidados de saúde

A estrutura residencial deve promover a educação para a saúde e a prevenção da doença e assegurar, de forma adequada, os cuidados médicos, de enfermagem e de reabilitação de que os residentes necessitem.

Cada residente deve ter um processo individual de saúde, aberto aquando da admissão. Toda a informação respeitante à saúde do residente deve constar desse processo, que é confidencial e deve ser guardado em local de acesso restrito, podendo apenas ser consultado e actualizado pela equipa de saúde. Pode ainda ser consultado pelo próprio, ou representante legal, de acordo com o critério médico.

Os prestadores de cuidados de saúde devem, também, respeitar a privacidade e a confidencialidade. Em conformidade a prestação de cuidados de saúde deve decorrer num ambiente que não possibilite a outros residentes ouvir o que for dito, e que garanta que o acto não será interrompido. Os cuidados de saúde, enfermagem e reabilitação devem ser prestados por profissionais qualificados.

A medicação deve estar em local seguro, acessível apenas aos técnicos de saúde e aos colaboradores que a ministram. O residente só deve tomar medicação prescrita pelo médico, às horas que este definiu e na dose receitada. O cumprimento da medicação deve ser exigência prioritária. É imprescindível que a direcção técnica da estrutura residencial garanta mecanismos de registo e verificação diária, considerando sobretudo o elevado risco de problemas de saúde e de alteração do comportamento, no caso de erro ou troca de medicação.

A comunicação com outros serviços de saúde, quando necessária, deve ter em atenção a forma como se comunica, o que se comunica e o que o residente autoriza a comunicar. Os colaboradores e a Direcção não podem, em caso algum, tomar decisões sobre a saúde e a medicação dos residentes sem consultar os profissionais. Os residentes devem participar e ser informados de todas as decisões relativas à sua saúde.

O residente tem direito a escolher e manter os prestadores de cuidados de saúde. Se por exemplo, um residente tem o mesmo médico há 20 anos, não faz sentido que após a sua entrada para a estrutura residencial perca esta relação de confiança já estabelecida, em prol de um médico indicado pela estrutura residencial.

A estrutura residencial pode, com o assentimento do residente ou do seu representante legal, chamar a si a responsabilidade da marcação e registo do acompanhamento médico. Deve disponibilizar um colaborador para acompanhar o residente às consultas. No entanto é essencial o direito à intimidade do residente e à confidencialidade dos dados, só podendo o referido colaborador assistir às consultas, quando solicitado pelo próprio residente ou pelo médico que o atende.

A família tem também um papel muito importante nesta área, uma vez que, melhor que ninguém, conhece o trajecto e evolução da situação clínica do residente. Assim, sempre que o residente assim o deseje, deve ser solicitada a participar e a desempenhar um papel activo nos cuidados de saúde do residente. Em conformidade, qualquer situação de emergência deve ser imediatamente comunicada ao representante legal e à família.

Emerge também como relevante a consciencialização por parte da estrutura residencial do conceito de saúde tal como o define a Organização Mundial Saúde. Tendo em conta as necessidades específicas de cada residente, é de extrema importância a garantia de acompanhamento a diferentes níveis como por exemplo: apoio psiquiátrico, psicológico, terapia da fala, fisioterapia, musicoterapia, dançoterapia, arteterapia, entre outros.

A manutenção e estimulação das capacidades de cada residente é um dever da estrutura residencial. Sempre que esta não possa providenciar estes serviços no seu espaço, deve, em articulação com a comunidade, encontrar soluções que possibilitem um adequado apoio e desenvolvimento da autonomia dos residentes.

7. Promoção da saúde e prevenção da doença

A prevenção é uma arma inestimável. A estrutura residencial deve ter planos elaborados e implementados para prevenção e controlo de situações que podem afectar os residentes.

Eis algumas:

- **ondas de calor e frio** - o Ministério da Saúde e o Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil emitem anualmente orientações sobre esta temática;
- **surtos de infecção** - exames médicos periódicos de colaboradores e residentes, despiste de situações infecciosas (tuberculose, gripe, diarreias víricas, escaras infectadas, entre outras), programa de vacinação de residentes e colaboradores, isolamento de pessoas com problemas de doenças infecciosas, (sempre que para tal haja indicação por parte do Delgado de Saúde Pública), planos de cuidados para as pessoas que tenham estas doenças e planos de ensino para quem as cuida e se relaciona com elas;
- **resíduos provenientes dos cuidados de higiene e cuidados de saúde** - a sua eliminação deve ser cuidadosa e feita no menor espaço de tempo, de acordo com procedimentos estabelecidos;
- **úlceras de pressão** - devem estabelecer-se procedimentos para a sua prevenção, o seu controlo e adequado tratamento;
- **situações propiciadoras de quedas** - há que prestar especial atenção a residentes medicados (ou com falta ou excesso de medicamentos) ou que sofram alterações visuais, auditivas ou de equilíbrio; a organização do espaço e do mobiliário deve procurar evitar situações que propiciem quedas;
- **lesões auto-infligidas** - devem-se controlar os comportamentos auto-destrutivos e encaminhar convenientemente todos os casos;

8. Actividades

Muitas pessoas que vivem em acolhimento residencial passam os dias diante de um televisor colocado numa posição elevada, sintonizada para um programa de pouco interesse e com o som alto, partindo do princípio de que todos os residentes têm dificuldades auditivas. Esta prática deve ser **totalmente banida**.

Estar sentado a maior parte do dia diante de um televisor, ou simplesmente sentado, é tão nefasto como permanecer todo o dia deitado. A imobilidade excessiva prejudica

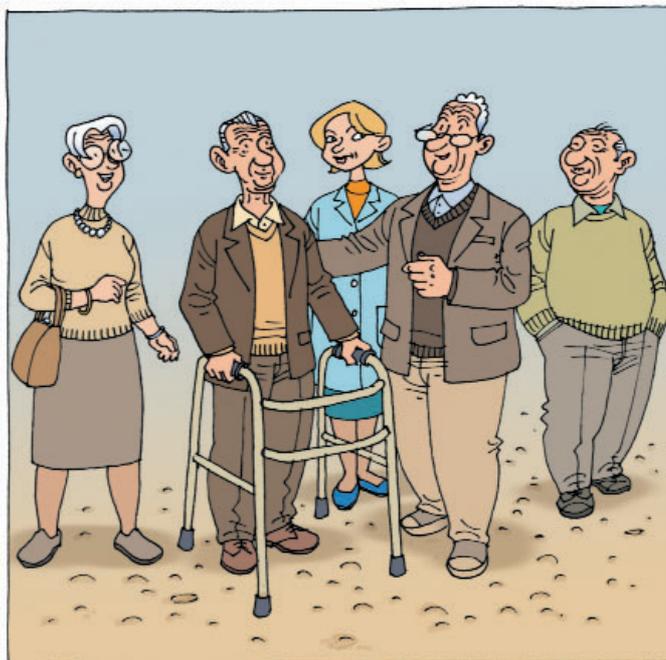
as pessoas idosas ou em situação de dependência, repercutindo-se na sua saúde física e psíquica e levando a um estreitamento progressivo dos horizontes e dos interesses. É tratar as pessoas como objectos inertes e incapazes de interagir com o meio.

Pelo contrário, os residentes devem participar em actividades da mais variada natureza - desportivas, artísticas, culturais, recreativas ou religiosas. Os colaboradores da estrutura residencial devem interessar-se por conhecer os seus gostos e vocações e os hobbies que mantinham antes de ser admitidos.

A estrutura residencial deve estimular a participação dos residentes em actividades organizadas na comunidade e deve também ter iniciativa própria neste campo. Porque não organizar exposições de arte feita pelos residentes, concursos de culinária ou competições desportivas, actividades inter-geracionais, actividades em conjunto com outras estruturas residenciais ou mesmo participar de forma sistemática na vida das escolas locais. A estrutura residencial pode também fomentar parcerias com a Autarquia ou com qualquer outra associação da comunidade em que se insere. É bom que os próprios residentes proponham actividades e colaborem activamente na sua organização.

6. *Numa das visitas que fez à sua aldeia, Manuel S. trouxe ginjinha para oferecer aos seus amigos da estrutura residencial. Graça – que, como já vimos, é bastante extrovertida -, perguntou-lhe como se fazia o licor, desde a apanha do fruto até ao produto final. Juntos, acharam interessante dar a conhecer o processo a todos e propuseram-se organizar uma visita à aldeia, onde Manuel explicaria ao vivo o fabrico da ginjinha.*

É de extrema importância conhecer individualmente os gostos e as preferências dos residentes, é possível que existam pessoas com interesses comuns e que possam partilhar a mesma actividade. Esta partilha permite aos residentes um maior apoio e à estrutura uma rentabilização de recursos (transportes, colaboradores que acompanham os residentes, entre outros).



Há actividades que não podem ter lugar nas instalações da estrutura residencial, mas nada impede, e pode ser positivo, que se realizem noutros espaços - pavilhões polidesportivos ou auditórios municipais, por exemplo. Neste caso, deve haver a preocupação de informar os residentes sobre a hora, o local e os transportes disponíveis. Aos residentes com dificuldade de mobilidade, que desejem deslocar-se ao exterior, deve ser assegurada companhia.

Em todo o caso, deve imperar o princípio de que a participação dos residentes em qualquer actividade **deve ser voluntária**. Devemos motivar, mas não impor: podemos desfrutar de uma actividade que, à partida, encarámos com relutância, mas não desfrutaremos certamente de algo a que somos levados a praticar contra a nossa vontade.

Uma boa forma de motivar os residentes a participar é **envolvê-los no planeamento e avaliação das actividades**. A oferta deve ser tão variada quanto possível e deve haver informação afixada sobre as actividades desenvolvidas, quer pela residência, quer pela comunidade, esclarecendo as condições de participação. Sempre que possível, a comunidade deve igualmente ser convidada a participar em actividades organizadas pela estrutura residencial.

9. Sexualidade

A sexualidade é uma necessidade fundamental do ser humano, cuja dinâmica e riqueza deve ser vivida plenamente. Esta nasce, cresce e evolui com o ser humano, sendo por isso necessária para a realização plena, como pessoa, de todo o indivíduo. O amor e prazer que daí se retira não terminam com o envelhecimento.

Nos últimos anos houve uma evolução relativamente ao conceito de sexualidade, percebendo-se que esta não se reduz ao acto sexual ou genital. A Organização Mundial de Saúde define saúde sexual como - *“integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser humano sexual, em formas que enriquecem e realcem a personalidade, a comunicação e o amor.”* Isto pressupõe o exercício da sexualidade livre de temores, vergonhas, culpas, mitos e falácias.

A sexualidade é uma faceta da afectividade, é uma forma de comunicação através da qual nos aproximamos da pessoa amada/desejada, dela fazendo parte a atracção, a entrega, a ternura, o carinho e a gratidão. Como vemos, é uma expressão que não se perde necessariamente com o envelhecimento.

A actividade sexual nas pessoas mais velhas não deve ser objecto de desprezo, vergonha, ou vista de forma depreciada face à sexualidade das pessoas mais novas.

António M., de quem falámos anteriormente, e Juliana S. são ambos viúvos e residem há cerca de três anos numa estrutura residencial. Não sabem dizer quando começou a sua amizade, mas afirmam que sempre simpatizaram um com o outro. Ultimamente, contudo, nasceu entre eles uma relação mais profunda, que identificam como amor. Costumam dizer que o amor é uma partilha afectiva e emocional e que não querem perdê-la, sobretudo na etapa final da vida.

No entanto, as manifestações amorosas de Juliana e António são cada vez mais fortes e manifestam-se efusivamente. O casal troca carícias e beijos sempre que pode, o que lhe tem trazido problemas. Alguns residentes da estrutura residencial criticam-nos e até houve uma senhora que lhes gritou, há dias: *“Parem com essa pouca vergonha!”*. Também há colaboradores da estrutura residencial que brincam com a situação, chegando mesmo a ridiculizar o casal.

Se fosse dirigente da estrutura residencial onde residem Juliana e António, como resolveria esta situação? Reflicta sobre as seguintes opções (podendo identificar-se com mais do que uma opção).

- a) Dizia aos dois residentes que o seu comportamento não era permitido na estrutura residencial, pelo que, ou paravam as manifestações amorosas, ou teriam de procurar outra residência;
- b) Reunia os colaboradores e aproveitava a ocasião para informar/formar sobre os direitos dos residentes a viverem a sua sexualidade, devendo respeitar-se a sua intimidade, privacidade e o estabelecimento de relações privilegiadas. Chamava ainda a atenção para os Princípios, Valores e Direitos do cuidar (ver A 2) e o facto de que o amor não acaba na velhice nem com a entrada numa estrutura residencial, pelo que qualquer atitude de troça se torna condenável;
- c) Falava isoladamente com cada um dos residentes, informando-se da sua livre escolha e explicando-lhes que podiam gozar do seu direito ao amor e às manifestações daí decorrentes, devendo porém atender à sensibilidade dos outros residentes. Como tal, recomendava-lhes que tivessem as suas manifestações afectivas em lugar sem grande exposição;
- d) Reunia o conselho de residentes e solicitava a sua ajuda na sensibilização dos residentes para a necessidade de respeitarem os sentimentos de Juliana e António.

6.

Imaginemos agora que o casal se dirigia à Direcção da estrutura residencial e comunicava o seu desejo de poderem passar a viver juntos. Pediam por isso, a sua mudança para um quarto de casal.

O que faria se fosse dirigente desta estrutura residencial?

- Não permitia que houvesse residentes a viver juntos sem estar casados. Não só
- a) seriam proibidas as manifestações amorosas, como seria impensável virem a mudar de quarto, quando se verificasse uma vaga. A única solução para o caso seria procurar outra estrutura residencial onde a sua situação fosse aceite;
 - b) Analisava com o casal a situação e explicava-lhes que a cedência de um quarto de casal implicava esperar por uma vaga adequada. Esclarecia-os sobre os encargos financeiros decorrentes da mudança;
 - c) Reunia os residentes e analisava com eles, em conjunto, o direito de todas das pessoas ao amor e a uma vida a dois;
 - d) Reunia os colaboradores e aproveitava para informar e formar sobre o direito das pessoas idosas a viver a sua sexualidade, independentemente da idade.

Verifica-se uma certa displicência face a **sexualidade dos mais velhos**, que tende a ser menos valorizada - quando não condenada - pela sociedade, pela religião e até pelos próprios. Ora a sexualidade é um aspecto importante para a **qualidade de vida**, pelo que há que inverter esta tendência.



6. Não há nenhuma idade em que a actividade sexual, os pensamentos sobre sexo ou o desejo acabem.

Hoje há cada vez mais pessoas idosas a procurar conselho e tratamento para disfunções sexuais. Nas idades mais avançadas, a função sexual é afectada por mudanças fisiológicas e anatómicas do organismo, próprias do envelhecimento, e que devemos distinguir das alterações patológicas.

As mudanças próprias da idade podem levar a que se sinta desejo sexual com menor frequência do que na juventude, mas os estudos médicos demonstram que a maior

parte das pessoas de idade avançada é perfeitamente capaz de ter relações sexuais e de sentir o mesmo prazer e satisfação que os mais jovens.

É importante ter em conta que em nenhuma idade a actividade sexual se resume ao coito, nem se mede pela frequência com que este ocorre. Isso torna-se ainda mais evidente nas idades mais avançadas.

Alguns factores que podem afectar a actividade sexual das pessoas idosas:

- O interesse do(a) companheiro(a), quando o mesmo(a) existe (note-se que há duas vezes mais mulheres do que homens em idade avançada);
- O estado de saúde, física e mental;
- Problemas de impotência no homem ou de dispareunia (dor durante o coito) na mulher;
- Efeitos colaterais de medicamentos;
- Perda de privacidade;
- Preconceitos da sociedade.

Mudanças na mulher

Ao contrário do que se pensou durante muitos anos, a menopausa não provoca, directamente, doenças depressivas nem transtornos psiquiátricos graves. É uma mudança que exige à mulher uma adaptação, mas não tem de limitar-lhe a vida sexual. Para algumas, chega a ser um período de libertação, serenidade e estabilidade, em que disfrutaram perfeitamente das relações.

A mulher de idade avançada pode manter os seus padrões sexuais até ao final da vida. Não obstante, após a menopausa há mudanças fisiológicas e anatómicas a nível do aparelho genital e de todo o organismo, mudanças essas que não são repentinas nem decorrem de forma igual em todas as mulheres. Elas devem-se, sobretudo, a uma grande redução da produção hormonal, mais especificamente de estrogéneos.

Mudanças no homem

Ao contrário da mulher, não existe para o homem um fim claro e definido da fecundidade.

A produção de esperma diminuí a partir dos 40 anos e mantém-se activa até depois dos 90. Também a produção de testosterona sofre um declínio gradual a partir dos 55 anos.

Embora não haja um processo masculino tão definido como a menopausa, existem mudanças. Não estar consciente delas pode causar num homem de idade avançada angústias antecipatórias sobre o seu desempenho sexual. Essas mudanças estão relacionadas com factores hormonais, neuronais e vasculares, para além da menor produção de testosterona.

Factores psicossociais

Para além dos factores fisiológicos, a vivência da sexualidade dos mais velhos sofre também a influência das atitudes e expectativas impostas pela sociedade, bem como de factores psicológicos. O primeiro factor é, de qualquer forma, a atitude da pessoa relativamente às suas próprias mudanças fisiológicas. Diz um ditado que “envelhece-se como se viveu”, que é como quem diz que se espera que a adaptação a esta nova fase será tanto mais difícil quanto mais tiverem existido dificuldades de adaptação em tempos anteriores.

Homossexualidade nas pessoas mais velhas

Se há problemas quanto à aceitação social da vivência da sexualidade nas pessoas idosas ainda mais complicado se torna quando falamos da homossexualidade.

As pessoas idosas homossexuais vivem as mesmas mudanças fisiológicas e psicológicas que os heterossexuais. São frequentes as relações de longa duração, ainda que, muitas vezes possam não ter sido assumidas. Curiosamente, nas idades mais avançadas reduz-se o medo de a homossexualidade ser descoberta, situação talvez relacionada com a menor valorização por parte da pessoa da eventual crítica social.

Princípio da Igualdade - Art.º 13 da Constituição da República Portuguesa

1. Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei.
2. Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.

10. Dependência

A **dependência** é um estado transitório ou de longa duração em que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, as pessoas têm necessidade de assistência para realizar actos da vida quotidiana.

Todas as pessoas têm **necessidades básicas** - físicas, intelectuais, emocionais, sociais e espirituais:

Necessidades físicas	alimentação equilibrada, higiene, prevenção da doença, habitação, segurança.
Necessidades intelectuais	comunicar, relacionar-se com o meio envolvente, raciocinar, cultivar-se.
Necessidades emocionais	amar e ser amado, autoconfiança, auto-estima, ser valorizado e respeitado.
Necessidades sociais	sentimento de pertença, relações sociais, familiares e de amizade.
Necessidades espirituais	Reflexão sobre o ser humano e o mundo; crenças religiosas ou metafísicas.

6.

Para além destas necessidades básicas comuns a toda a humanidade, qualquer pessoa pode ter **necessidades específicas**, temporárias ou permanentes, decorrentes de situações como por exemplo:

- estar fisicamente dependente devido a uma queda, trombose ou outro;
- ter dificuldades auditivas ou de visão;
- sofrer de demência, ou de outra doença mental.

As necessidades específicas têm uma repercussão sobre as necessidades básicas, na medida em que impedem ou limitam a possibilidade de a pessoa as satisfazer sozinha. Se, por exemplo, fracturarmos uma mão, vamos precisar de ajuda para realizar actividades do quotidiano como as refeições, a higiene, as compras. Isto significa perder alguma autonomia e, provavelmente, sofrer restrições no que respeita à vida social. Podemos chegar a sentir-nos aborrecidos, sós e deprimidos. Quem diria que uma mão partida podia ter um impacto tão forte?

Vemos assim que a dependência física ou psíquica **não é determinada pela idade**, mas por múltiplos factores relacionados com a pessoa e com o meio. Numa estrutura residencial dedicada a pessoas idosas, não se pode confundir as características próprias das pessoas em idade avançada com as limitações que qualquer pessoa pode vir a sofrer.

Acima de tudo, os residentes são **pessoas**. As limitações que possam sofrer não devem sobrepor-se à sua **individualidade**. Não devemos falar de **dependentes**, **doentes** ou **deficientes**, mas sim de “**pessoas com...**”. É bom lembrar que a linguagem traduz atitudes e mentalidades, e que estas afectam aqueles com quem lidamos.

6. *Joaquina S. teve uma trombose que lhe paralisou o lado esquerdo. Isto afectou a sua mobilidade, pois obriga-a a deslocar-se em cadeira de rodas. Joaquina tem cerca de 80 anos, ouve mal e tem alguma dificuldade em expressar-se oralmente.*

Como descreveria Joaquina S.? Como dependente, como surda, como idosa? A descrição mais correcta seria algo como: “**uma senhora de idade com limitações físicas e dificuldades auditivas**”. Se lhe pusermos à partida o rótulo de **dependente**, **surda** ou **idoso**, estamos a dar mais importância às características de Joaquina - às que mais a limitam, por sinal - do que à pessoa que ela é.

Saibamos algo mais sobre Joaquina S.:

Joaquina quer frequentar um curso de computadores para poder comunicar por e-mail com o filho, que reside fora do país. No entanto, o centro de dia que disponibiliza estes cursos não tem rampa de acesso para cadeiras de rodas.

O que pensa agora da Joaquina? Surpreende-se com o facto de uma octogenária querer aprender novas tecnologias? Quando é que de facto as pessoas se tornam idosas? Aos 65? Aos 85? O que é que as faz idosas? As rugas, o cabelo branco, a roupa que vestem? O que é que o termo pessoa **idoso** significa para si?

E o termo **dependência**? O que torna uma pessoa dependente? O que significa para si este termo? Joaquina S. desloca-se em cadeira de rodas, mas o centro de dia não tem rampa de acesso. Nesta situação, como em muitas outras, o problema não está na idade ou nas limitações físicas de Joaquina, mas no facto de o serviço de que ela quer

usufruir não ter condições de acessibilidade. O que impede a Joaquina de se valorizar e de fazer o que gosta não é a sua situação de deficiência, mas a falta de cumprimento, seja pelo Estado, seja pelas autarquias, seja pelas instituições, seja pelas empresas, do dever legal de garantir condições de mobilidade e acesso de pessoas em condições de vulnerabilidade, nomeadamente em razão de deficiência. Incapaz não é Joaquina S., mas sim o meio que não responde às suas necessidades.

Para além de fazer juízos de valor sobre as pessoas com necessidades e características especiais, a sociedade frequentemente dificulta ou impossibilita que vivam de acordo com as suas escolhas.

Uma prestação de cuidados de qualidade a pessoas em situações de dependência implica sempre o respeito pelos Princípios, Valores e Direitos do cuidar (ver A 2). O residente tem que estar no centro do processo de planeamento, execução e avaliação dos cuidados.

6.

Cuidar de pessoas acamadas

Existem pessoas idosas que vivem confinadas à cama, devido a problemas de saúde. Trata-se de uma situação de dependência em que a ajuda de terceiros é indispensável. Existem algumas medidas que facilitam a tarefa do prestador de cuidados a acamados.

Antes de mais, pensemos na cama. Ela deve ser regulável, para permitir posicionar a pessoa acamada da forma mais conveniente à sua saúde e, quando necessário, à prestação de cuidados e à mobilização da pessoa. É recomendável que a cama tenha grades laterais, para evitar que o residente sofra quedas. São de evitar os colchões finos, lisos ou de água, pois dificultam a movimentação.

- **Altura da cama** - o colchão deve estar suficientemente alto para que o prestador de cuidados possa chegar à pessoa acamada sem ter que se curvar muito;
- **Tamanho** - uma cama de solteiro é a ideal, uma vez que permite chegar mais perto da pessoa acamada. Se, no entanto, a cama for de casal, peça à pessoa em questão que se chegue para um dos lados – caso ela seja capaz, se necessário ajudar - na altura de prestar cuidados;
- **Localização** - a cama deverá ficar afastada da parede, para que possa contorná-la facilmente.

O espaço físico também influencia este tipo de cuidados. A cama ou camas existentes num quarto devem deixar espaço suficiente para que o prestador de cuidados se desloque e possa mover cadeiras de rodas e macas. Também o piso deve estar seco e não deve ser de material escorregadio.

Deslocação de pessoas acamadas

Uma pessoa acamada não deve ver a sua vida limitada ao quarto. Desde que tal não comprometa a sua saúde, a estrutura residencial deve garantir que os residentes acamados possam aceder à sala de estar e a todos os espaços que lhe permitam o contacto social com os outros residentes e o acesso a actividades.

Um acamado deve ser mudado de posição, na cama, de duas em duas horas. Deverá existir, para tal, um **plano escrito de rotatividade de posições**. Quando o residente consegue colaborar, a actividade torna-se menos desgastante. No entanto, muitas vezes isso não é possível.

Além dessa movimentação “obrigatória”, pode surgir a necessidade de deslocar uma pessoa acamada por qualquer outro motivo. Antes de levar a cabo essa tarefa, deve-se avaliar cuidadosamente a situação. Eis alguns **aspectos a ter em conta**:

- Estado geral do paciente, grau de mobilidade e de consciência, presença de contraturas, musculatura flácida, áreas doloridas, infecções, rubores, edemas, lesões ósseas, ausência ou diminuição de sensibilidade, fraqueza, paralisias;
- Peso do paciente e a disponibilidade de equipamentos e aparelhos monitorando o paciente;
- Incontinência urinária e/ou fecal, presença de dispositivos de colecção de secreções ou fluídos;
- Presença de catéteres ou talas;
- Horários e registos para movimentação.

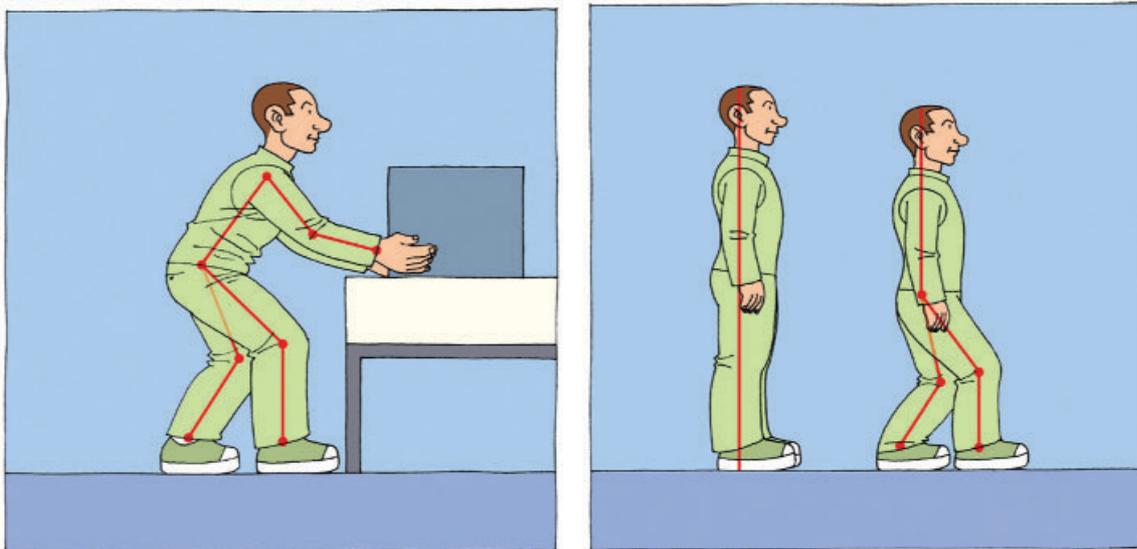
Também é importante saber com que recursos se conta. Os principais são, o número de prestadores de cuidados (o ideal é entre dois e quatro, embora a movimentação possa ser feita apenas por um nos casos em que a pessoa acamada possa colaborar), os recursos tecnológicos (por exemplo, elevadores de pessoas) e outros equipamentos disponíveis.

A movimentação deve ser feita com respeito pelos princípios da ergonomia e da biomecânica, a fim de prevenir danos à saúde da pessoa acamada e também do colaborador.

Grande parte dos danos e dores lombares podem ser prevenidos se os colaboradores usarem a própria mecânica do corpo, adoptando boa postura ao movimentar e erguer a pessoa acamada, e se as condições de trabalho forem as adequadas.

Devem observar-se os seguintes princípios:

- Manter as costas erectas, dobrando os joelhos quando necessário. Assim, assegura-se que as pressões nos discos intervertebrais sejam uniformemente distribuídas. Se houver necessidade de inclinar o tronco deve-se garantir que a coluna não fica arqueada;
- Evitar torções do tronco, pois causam tensões indesejáveis e cargas assimétricas nas vértebras.

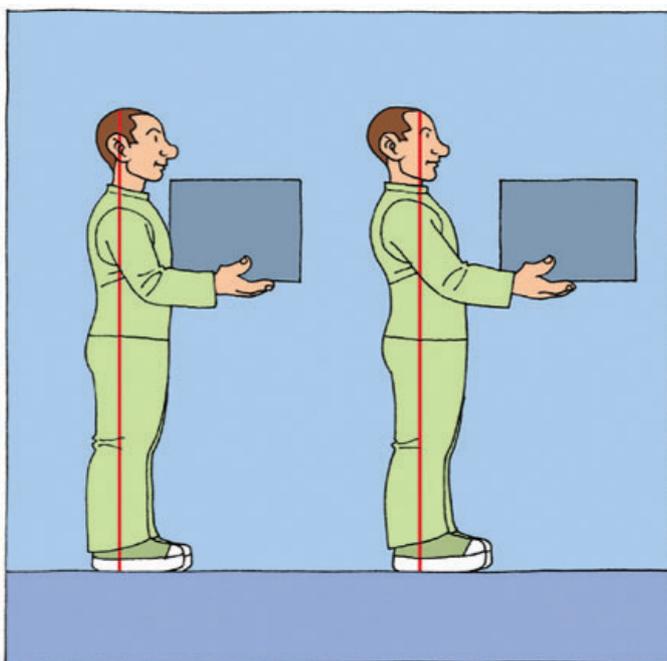


6.

- Os músculos devem estar sempre ligeiramente contraídos;
- Deve-se preparar os músculos para a acção antes da actividade, de forma a proteger de lesões os ligamentos e os músculos. Para levantar peso devem-se contrair os músculos do abdómen e glúteos;
- Assumir uma postura de base ampla e dobrar o joelho. A estabilidade é maior quando os pés estão distanciados um do outro cerca de 25 a 30 cm;
- Usar o próprio peso para contrabalançar o peso do paciente, pois dessa forma o acto requer menor energia. A força necessária para manter o equilíbrio do corpo

é maior quando a linha da gravidade está mais afastada do centro da base de sustentação. Por isso, a pessoa que segura um peso junto a seu corpo faz menos esforço do que aquela que segura o peso com braços estendidos;

- Agarrar a pessoa acamada ou qualquer objecto usando a palma da mão e não as pontas dos dedos;
- A carga individual que cada pessoa pode carregar individualmente é de até 23kg. Para erguer ou carregar pacientes obesos, são necessários dois ou três colaboradores da mesma altura, afim de possibilitar uma adequada distribuição do peso.



A informação destas últimas páginas serve apenas de referência sobre os procedimentos a adoptar na prestação de cuidados a pessoas acamadas e tem como propósito alertar para a necessidade dos colaboradores conhecerem as técnicas adequadas à movimentação de pessoas acamadas.

As estruturas residenciais devem procurar que os seus colaboradores adquiram formação nesta área. Internamente, é possível obter uma formação inicial - recorrendo, por exemplo, aos colaboradores da área de enfermagem e ou fisioterapia - que muito contribuirá para a melhoria do serviço prestado aos residentes e para a promoção da saúde dos colaboradores e prevenção de lesões nos mesmos.

Prevenção de escaras

Os residentes que estão em situação de mobilidade reduzida ou acamados estão sujeitos ao **risco de lesões cutâneas (escaras)**.

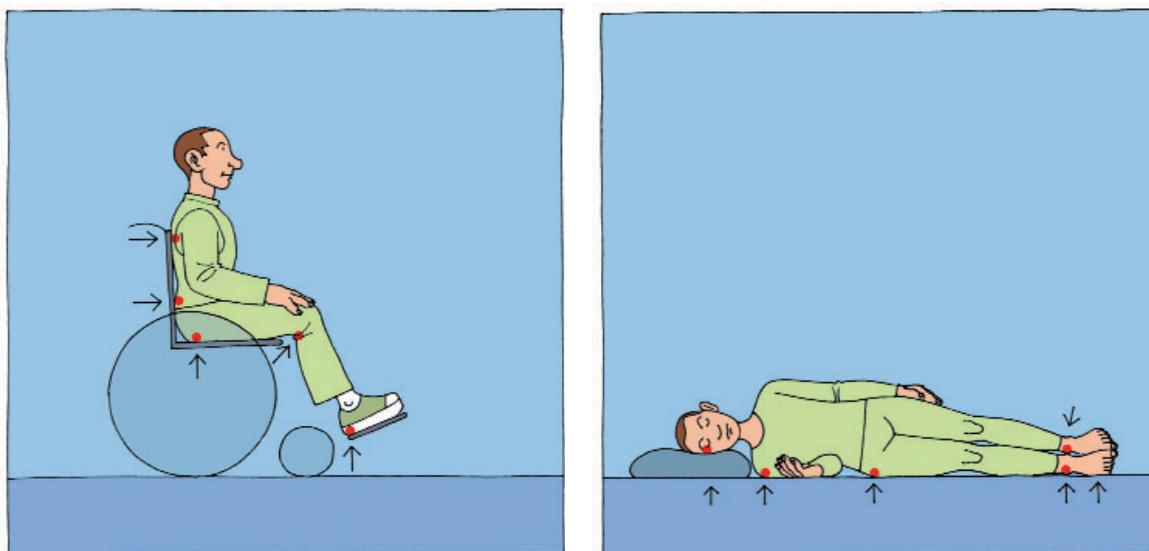
As escaras são feridas provocadas pelo peso do corpo sobre a cama ou a cadeira, quando se fica muito tempo na mesma posição. Também podem ser causadas pela fricção frequente do corpo contra o lençol ou a almofada, ou também contra fraldas, pensos ou roupas. Estas situações resultam na diminuição ou corte da corrente sanguínea. Em consequência, a pele morre, e daí que surjam lesões.

Por vezes, as escaras aparecem em pessoas que foram operadas, estiveram doentes ou paralisadas. Geralmente, são mais frequentes em quem tem dificuldade em comer ou beber, está incontinente ou tem excesso de peso. A partir dos 60 anos, o risco de escaras é maior.

As escaras aparecem sobretudo no cóccix (final das costas) e nos calcanhares. Podem também surgir nas orelhas, na parte detrás da cabeça, nos ombros, nos cotovelos ou nas ancas. É importante prestar atenção a estas zonas. O primeiro sinal de uma escara é uma **vermelhidão persistente**, que exige um tratamento imediato. Na maior parte dos casos, o ideal é aplicar uma pomada, de preferência à base de vitamina A, e fazer uma massagem suave com as pontas dos dedos.

As escaras são lesões graves, pelo que devem ser prevenidas e tratadas logo que surjam os primeiros sinais.

A melhor maneira de prevenir as escaras é **mudar o residente de posição com frequência**, verificando sempre se a posição em que está lhe causa dores. Devemos ajudar o residente, ou fazê-lo nós se ele tiver total incapacidade, a virar-se na cama e mexer os membros e o corpo com frequência. É preferível que o residente esteja **semi-sentado** do que completamente sentado, já que daquela forma o peso do corpo está mais bem distribuído.



6.

É conveniente usar **equipamentos anti-escaras**, como colchões, camas articuladas e almofadas especiais. Deve-se evitar que o residente escorregue na cama ou na cadeira. Sempre que for possível, há que fazê-lo andar, porque activa a circulação.

É importante manter o residente seco, usando para isso fraldas e pensos adequados. Sempre que uma fralda ou roupa se encontrem molhados devem ser imediatamente trocadas. Também depois do banho, o residente deve ficar perfeitamente seco, porque a humidade favorece as escaras, ao fazer com que o lençol ou a roupa se colem à pele. Pela mesma razão, o residente nunca deve permanecer com fezes ou urina.

Há alimentos que ajudam a prevenir as escaras - peixe, carne e lacticínios. Beber pelo menos litro e meio de líquidos por dia é também benéfico, já que uma pele bem hidratada é mais resistente às feridas.

A estrutura residencial deve implementar um processo de gestão da prevenção de úlceras de pressão, elaborando-se um guia de procedimentos para este efeito.

Residentes que negligenciam as suas próprias necessidades

Ignorar ou negligenciar as necessidades dos residentes é **uma forma de mau trato** (ver capítulo sobre maus tratos). Infelizmente, os próprios residentes também se podem negligenciar a si mesmos, por exemplo:

- Não tomando a medicação, alimentando-se insuficientemente, descuidando a sua higiene e aparência, descuidando o seu conforto;
- Desligando-se dos amigos e família;
- Não exprimindo o que sentem ou desejam.

Muitas são as razões que podem determinar este estado: podem estar deprimidos, ter dificuldades físicas, terem dificuldade em se olharem e aceitarem, sentirem-se incapazes de se projectar positivamente no futuro, perderem ou diminuírem o seu interesse e gosto pela vida.

Os colaboradores da estrutura residencial devem estar atentos a todos estes sintomas e promover a sua apreciação no âmbito da equipa técnica. Deve elaborar-se um projecto para tentar superar o problema, envolvendo a intervenção das pessoas do círculo afectivo do residente e utilizando os meios que possam ajudar a inverter a situação. Sempre com delicadeza e respeito pela intimidade da pessoa e promovendo a sua adesão.

Ajudas técnicas

Berta E. tem uma doença que lhe limita progressivamente a visão. Actualmente, já não consegue fazer bem algumas das actividades que lhe davam prazer, como ler e cuidar da sua aparência. Berta gostava, sobretudo, de se maquilhar.

Como vê cada vez menos, Berta está a perder também a capacidade de se deslocar sozinha. Choca frequentemente com a mobília e já deu duas pequenas quedas.

Esta situação tem afectado muito a auto-confiança de Berta, que ultimamente tende a isolar-se dos outros residentes, dos colaboradores da residência e até de Alfredo, com quem mantém uma relação afectiva.

Como é que podemos ajudar a Berta? Sendo ela o centro da decisão dos cuidados de que necessita, a primeira coisa é falar com ela sobre o tipo de cuidados que quer. Será que quer ir ao oftalmologista? Usar óculos? Devemos propor-lhe que use uma lupa para ler?

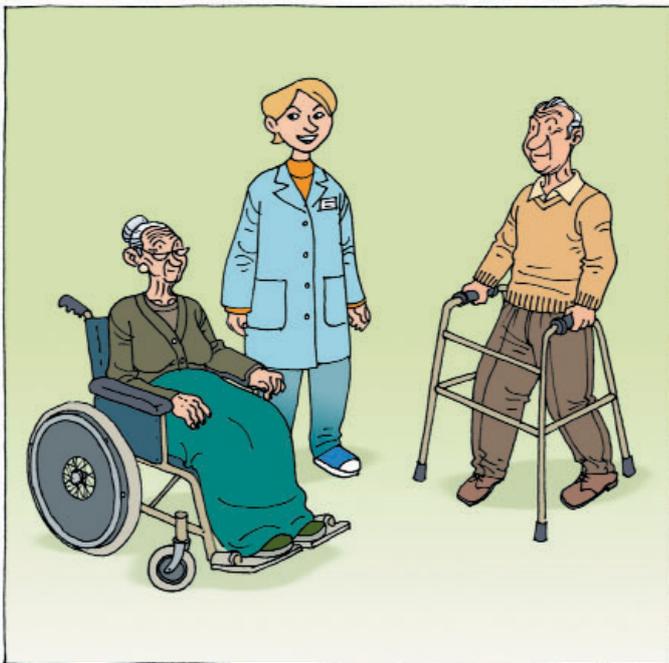
Um par de óculos e uma bengala permitiriam a Berta mover-se com mais autonomia e segurança. A lupa possibilitar-lhe-ia ler mais depressa, sendo uma fonte importante

de estímulo intelectual. Conversar com outras pessoas pode ajudá-la a recuperar a confiança em si própria, proporcionando-lhe convívio, relações sociais e afectos.

Neste caso, seria útil que os colaboradores se informem sobre associações de pessoas com problemas de visão. Será que uma bengala ou um cão-guia podiam ajudar Berta? As respostas às questões que colocamos podiam também ser obtidas conversando com pessoas que tenham o mesmo problema que Berta e percebendo como o ultrapassaram.

Para tornar a residência mais segura e de fácil acesso a residentes com **dificuldades visuais**, podemos:

- Garantir que consultem um oftalmologista regularmente e que os óculos estejam limpos e colocados da forma correcta;
- Garantir que os objectos de que necessitam no dia-a-dia são colocados sempre nos mesmos sítios;
- Incentivá-los e apoiá-los no uso de bengala ou guia;
- Obter formação nesta área sempre que possível.



Um bom apoio que se pode prestar aos residentes em situação de dependência ou incapacidade é verificar de que forma o espaço (ambiente) é adequado às suas necessidades. Por vezes existem pequenas mudanças que podem facilitar a autonomia das **pessoas que não vêm ou têm dificuldades de deslocação** como, por exemplo:

- Disposição do mobiliário de forma a não bloquear a passagem;
- Ter rampas em vez de degraus;
- Não ter pisos escorregadios nem tapetes que possam contribuir para quedas;
- Ter uma iluminação adequada.

Para maior segurança dos residentes com **dificuldades auditiva**, deve-se:

- Garantir que os aparelhos auditivos se encontram em bom estado de funcionamento e são testados regularmente;
- Garantir que os aparelhos estão limpos e colocados correctamente;
- Falar de forma clara e devagar, olhando directamente para o rosto da pessoa e usando, se necessário, língua gestual;
- Providenciar alternativas luminosas complementares aos avisos sonoros: por exemplo, campainhas e alarmes de incêndio que não só tocam como acendem luzes intermitentes ou vibram.

Existem ainda inúmeras ajudas técnicas que podem facilitar a autonomia e independência dos residentes: cadeiras de rodas, andarilhos, camas articuladas, colchões anti-escaras, peles de carneiro, artefactos para alimentação e para vestir e despir, elevadores e corrimãos ao longo da residência, apoios de visão e audição.

A prestação de cuidados que responde às necessidades individuais de cada residente deve ter em conta o indivíduo como um todo. Significa que interiorizámos e colocámos em prática os princípios das boas práticas. É saber reconhecer o residente como um indivíduo único com necessidades específicas.

11. Demência e confusão

Xavier A. tem por hábito deslocar-se ao refeitório da estrutura residencial às horas mais variadas. Aparece e diz que quer almoçar. Sónia D., que trabalha na cozinha, repete-lhe vezes sem conta que Xavier já almoçou e que, além disso, não são horas de almoçar. Esta tarde, Xavier exaltou-se com a insistência de Sónia e insultou-a com palavrões, aos gritos.

Qual a análise que faz desta situação?

6. Perante a situação descrita, e embora uma primeira leitura pareça conduzir-nos a um mau trato de Xavier a Sónia, é importante não descurar os sinais que o residente apresenta. O facto de aparentar alguma confusão relativa ao tempo, parece indicar a necessidade de avaliação e diagnóstico por técnicos devidamente habilitados.

Existem várias doenças que apresentam como síndrome (conjunto de sinais físicos e sintomas) a **demência**. Uma das suas características é a perturbação de memória, de curta ou longa duração, aliada à alteração do raciocínio.

A **memória de curta duração** reporta-se à recordação dos acontecimentos recentes. Já a **memória de longa duração** centra-se nas lembranças da infância e de anos passados. A capacidade de **raciocínio** afere-se, nomeadamente, pela possibilidade do indivíduo calcular, escrever, orientar-se e de integrar todos esses conhecimentos.

Quando o residente não reconhece pessoas, lugares, ou revela incapacidade em se situar no espaço e no tempo, isso pode significar alteração de memória indiciadora de um quadro demencial.

Pequenas alterações da memória recente em indivíduos com mais de 65 anos de idade é considerada normal.

A demência está associada a várias doenças, sendo a mais comum a **demência de Alzheimer**. Mas existem outras como a demência por esclerose múltipla ou por Parkinson.

Doença de Alzheimer

A demência de Alzheimer não afecta apenas a memória: prejudica a capacidade de raciocínio lógico, altera a personalidade e o comportamento, além de outras funções mentais. Muitas vezes só desconfiamos desta demência quando verificamos que uma pessoa idosa tem falhas da memória. Contudo há mudanças no comportamento que podem indicar a doença.

Sintomas

Inicialmente as pessoas que sofrem de demência de Alzheimer desenvolvem mudanças quase imperceptíveis da personalidade e perda de memória para acontecimentos recentes. Cansam-se, aborrecem-se e ficam ansiosas com mais facilidade. O padrão de perda da memória é diferente daquele que ocorre quando temos um simples esquecimento (esquecemo-nos normalmente do que se passou há mais tempo e lembramo-nos melhor dos factos mais recentes).

Na **demência de Alzheimer segue-se o padrão inverso**: esquece-se primeiro o que se aprendeu por último. Assim, as pessoas com Alzheimer lembram-se da infância, dos próprios pais, do casamento ou acontecimentos semelhantes. Isso pode iludir os colaboradores ou familiares de que a memória do residente é normal. À medida que a doença progride a pessoa vai-se esquecendo mesmo dos factos mais antigos, como por exemplo, não reconhecer sequer o cônjuge e/ou os filhos, num estágio já mais avançado.

Há outras manifestações a ter em conta como, por exemplo, no caso de Xavier A., a formulação da mesma pergunta, revelando dificuldades de orientação temporal e esquecimento face a um acontecimento recente (almoço).

Além da memória, a demência leva a uma deterioração da capacidade de raciocínio e julgamento. Também ao descontrole dos impulsos e da conduta. Aos poucos a capacidade de ler e de executar as tarefas habituais vai-se perdendo.

Numa fase mais avançada da demência, a pessoa pode mesmo não conseguir realizar a sua higiene pessoal e actividades motoras básicas como desabotoar uma camisa ou andar sozinho. O sono pode ficar alterado e o residente pode andar pelo quarto ou estrutura residencial à noite, sem objectivo. Pode também surgir desorientação quanto ao tempo e espaço, por exemplo o residente confunde-se quanto à época em que está. Pode passar a não conseguir distinguir o real do imaginário e a ter ideias de perseguição ou mesmo alucinações visuais.

As emoções podem ficar perturbadas com manifestações inapropriadas e desconexas, chorando ou rindo sem motivo. Agitação, ansiedade, a ideia de que o roubaram ou esconderam coisas pode também suceder. Aos poucos o residente vai perdendo completamente o contacto com a realidade o que é frequente acontecer no estado final da doença.

Indicam-se alguns sinais a considerar.

Fase inicial:

- Distracção;
- Dificuldade de lembrar nomes e palavras;
- Esquecimento crescente;
- Dificuldades para aprender novas informações;
- Desorientação em ambientes que lhes eram familiares;
- Lapsos pequenos, ainda sem características manifestas de alterações do comportamento;
- Redução das actividades sociais.

Fase intermediária:

- Perda acentuada da memória e da actividade cognitiva;
- Deterioração das capacidades verbais, diminuição do conteúdo e da variação da fala;
- Apresentação de outros comportamentos; frustração, impaciência, inquietação, agressão verbal e física;
- Alucinações e delírios;
- Incapacidade para convívio social autónomo;
- Perde-se com facilidade, tem tendência a fugir ou deambular pela casa;
- Início da perda de controle urinário.

Fase avançada:

- A fala torna-se monossilábica e, mais tarde, desaparece;
- Continua delirando;
- Transtornos emocionais e de comportamento;
- Perda do controle urinário e fecal;
- Aumento da dificuldade de deslocação, tendendo a ficar mais sentado ou na cama;
- Enrigecimento das articulações;
- Dificuldade para engolir alimentos;
- Morte.

Atitude face ao residente em situação de demência

Sofrer de demência é stressante. Trabalhar com alguém que sofre desta doença ou que se encontra confuso pode ser muito complicado e perturbador. A comunicação torna-se difícil, uma vez que a memória de curto prazo se encontra afectada. Os residentes podem ficar ansiosos, agressivos e mesmo abusivos. Podem, sobretudo, tornar-se dependentes e ter comportamentos infantis.

Lembrar aos residentes, com problemas de memória, a medicação a tomar e ajudá-los a manter a rotina diária é uma ajuda preciosa. Temos de ser pacientes, dar-lhes tempo para realizar as tarefas e fazer-lhes sentir que continuam a ter valor. A comunicação com os residentes deve ser clara e simples, mas sem os infantilizar nem diminuir a sua dignidade.

Sugestões de ajuda

- Manter uma rotina regular quanto aos hábitos e horários diários;
- Verificar com regularidade a segurança dos residentes;
- Objectos familiares ou necessários – manter à vista dos residentes;
- Não descuidar a ingestão de líquidos e sólidos;
- Ajudar os residentes a serem tão independentes quanto possível;
- Proporcionar exercícios e actividades regulares;
- Mantê-los em contacto com amigos e família;
- Promover a consulta médica periódica mesmo que não tenham surgido problemas novos;
- Nos caso de incontinência urinária ou fecal, lembrar ao residente com periodicidade regular (por exemplo de 2 em 2 horas) a necessidade de ir á casa de banho, mesmo que ele não o solicite e/ou acompanhá-lo na sua deslocação.

12. Espiritualidade

A **espiritualidade** é um aspecto muito importante da vida da grande maioria das pessoas, pelo que estará presente na comunidade da estrutura residencial. De acordo com as crenças de cada um, a espiritualidade pode ou não tomar a forma de **práticas religiosas**.

Ao longo da vida acontece, muitas vezes, as pessoas passarem por várias fases no que diz respeito à sua relação com o divino. A oração e a contemplação podem ser muito importantes para o equilíbrio e bem estar das pessoas. A prática de ritos religiosos pode igualmente revestir-se de grande significação.

Não deve, por isso, haver crítica ou chacota à cerca de aspectos da vivência religiosa de qualquer pessoa. O desrespeito pela forma e o ritmo que cada pessoa escolhe para viver a sua espiritualidade podem causar grande sofrimento.

Sempre que o residente queira receber um sacerdote ou ministro da sua religião, ou deslocar-se à respectiva estrutura religiosa, essa vontade deve ser satisfeita. Se for necessário acompanhamento, deve ser facultado.

Mas aqueles que seguem uma religião, seja ela qual for, também não devem criticar quem não tiver a mesma opção, nem forçá-los a qualquer prática religiosa. Na estrutura residencial, o residente não pode ser obrigado a praticar ou assistir a qualquer acto religioso contra a sua vontade.

Além disso, os fiéis de cada religião devem respeitar profundamente os das restantes, na sua diversidade de convicções, valores e rituais.

13. Doença, morte e luto

Uma estrutura residencial para pessoas idosas terá certamente de lidar com a **morte** de residentes e com o subsequente período de **luto**. O final da vida nunca deve ser encarado como uma rotina, porque os cuidados que prestamos a alguém nos últimos dias são tão importantes como os que recebeu ao longo da vida.

O final da vida é um momento em que o respeito pela **privacidade e a dignidade** é indispensável. O residente deve estar num quarto próprio e rodeado dos seus pertences e de familiares e amigos, a não ser que haja razões médicas muito fortes que o impeçam, ou que o próprio não o deseje.

Os residentes devem poder pronunciar-se sobre os procedimentos a tomar na fase final da sua vida e após a sua morte. As particularidades culturais, religiosas e pessoais devem ser respeitadas. O envolvimento da família e amigos pode ajudar, mas só se o próprio estiver de acordo.

Devemos zelar pela satisfação das necessidades físicas, emocionais e espirituais de quem está a morrer, respeitando os seus desejos e proporcionando-lhe conforto e bem-estar. Há que **minimizar a dor**: cuidados paliativos de qualidade contribuem para a qualidade de vida do residente nos seus últimos momentos. Existem especialistas nesta área, que dão conselhos e assistência prática.

Gerir o luto

Após a morte, a estrutura residencial pode apoiar a família e/ou amigos do falecido - se esta assim o desejar - nos procedimentos a tomar e informá-los sobre possíveis fontes de apoio, serviços fúnebres e outros aspectos que venham a surgir.

Além do círculo íntimo, a morte de um membro da estrutura residencial tem impacto **sobre toda a comunidade**. Cada pessoa tem a sua maneira de fazer o luto, e todos devem ter oportunidade de escolher como fazê-lo, sendo ou não ajudados nesse processo. Os residentes devem ter espaço e tempo para meditar e reflectir e, caso desejem, contactar com conselheiros religiosos ou espirituais.

Os colaboradores da estrutura residencial devem estar preparados e dispostos a falar sobre a morte e o final da vida e sobre os residentes que tenham falecido recentemente. Por vezes, também os colaboradores precisam de ajuda - sobretudo se são mais novos e inexperientes.

O luto é um conflito permanente entre a busca de um passado ao qual não se pode voltar - quando o ente querido estava vivo - e a necessidade de aprender a viver com essa ausência permanente, mesmo contra os desejos mais íntimos. É um desafio difícil e que requer esforços e energia nem sempre fáceis de reunir. Cada indivíduo tem, como já dissemos, a sua forma de viver a perda de alguém querido. Daí que não haja procedimentos universais.

Contudo, as estruturas residenciais devem ter políticas claras e procedimentos estabelecidos para assegurar que os últimos dias de um residente são passados com conforto e de forma digna, respeitando-se os seus desejos integralmente.

As várias fases do processo

6.

Não é fácil falar e interagir com alguém que está a morrer. A principal barreira é a dificuldade que temos em colocar-nos no seu lugar e saber o que sentem e pensam.

As pessoas que estão a morrer – ou que estão de luto pela morte de alguém querido - atravessam vários estádios, à medida que se adaptam à situação. Entender os sentimentos das pessoas neste período traumático ajuda-nos a entender como podemos apoiá-las.

Estadio 1 - Negação

A pessoa que está a morrer recusa-se a aceitar que vai morrer. A primeira reacção é, muitas vezes, negar: “Não estou preparado para morrer”, ou pensar que houve algum erro de avaliação. O isolamento surge quando os amigos e até a família começam a evitar a pessoa, por não se sentirem à vontade com ela.

Para a pessoa que está de luto, o sentimento também é de negação. Existe um entorpecimento ou atordoamento que é uma forma de protecção, já que evita reconhecer a extensão do sofrimento e das suas consequências.

Estadio 2 - Raiva

A pessoa que está a morrer – ou que vê alguém querido morrer – sente em geral uma enorme revolta. Pergunta-se “Porquê eu?” ou “Porquê ele/a?”. Considera-se, conforme as crenças de cada um, que Deus, o destino ou o acaso foram injustos, já que outros “mereciam mais” morrer. A pessoa pode desenvolver, com mais ou menos justiça, a ideia de que os outros não se importam e que aproveitam a vida enquanto ele sofre.

Para quem perdeu alguém, o desejo de recuperar a pessoa amada leva a comportamentos de busca incessante. A impossibilidade de essa busca ser bem sucedida agrava os sentimentos de revolta. Há uma tendência para projectar essa revolta no meio envolvente: médicos, enfermeiras, colaboradores da estrutura residencial, família, amigos, podem ser vítimas de uma agressividade injustificada, que não devem alimentar, mas que devem compreender no seu contexto.

Estadio 3 - Depressão

A pessoa que está a morrer ou de luto sente-se muito triste e talvez mesmo deprimida. É uma parte natural do processo. Lamentam-se as perdas que a situação provoca e os sintomas inevitáveis e impossíveis de ignorar. Para quem está de luto, é agora impossível negar a ausência permanente de quem morreu.

A depressão pode ser reactiva, quando diz respeito a perdas passadas (o que se fez ou não fez, o que se disse, o emprego, os hobbies, a mobilidade) ou preparatória, se se refere a perdas que não-de vir (acontecimentos futuros, a vida que ainda esperava viver).

A depressão inclui raiva, tristeza e sentimentos de culpa, porque o conflito entre o desejo de ter de volta a pessoa que se ama e a frustração de não o conseguir leva ao desespero. A obsessão por essa tarefa utópica diminui ou anula as capacidades de investir noutras actividades. O mundo fica como que fora de contexto e o indivíduo sente-se desintegrado.

Estadio 4 - Aceitação

É uma fase que leva tempo a atingir, e à qual nem sempre chegam os que lutam até ao fim. Basicamente, consiste em aceitar a finitude, quando o cansaço e a fraqueza ultrapassam as capacidades de resistência. Para o moribundo, é a percepção de que a morte é inevitável. Para o enlutado, é o começo do regresso à vida normal. O sofrimento diminui gradualmente, mas ao contrário do que o nome possa sugerir, a aceitação não é um estadio “feliz”, antes desprovido de sentimentos.

Estes estadios não ocorrem de forma estanque, mas com variações de pessoa para pessoa, no que diz respeito à sua ordem, ritmo e intensidade. É bom não esquecer que o ambiente em que os últimos dias são vividos também influencia os pensamentos e emoções das pessoas. Algumas podem ter outras reacções inesperadas e diferentes das descritas.

Quando algo corre mal

1. Maus tratos

Os **maus-tratos** são acções ou omissões que desrespeitam direitos fundamentais da pessoa. Para além de possíveis efeitos físicos, é muito elevada a probabilidade de consequências emocionais e psicológicas muito gravosas a curto, médio e longo prazo. Os maus-tratos são por isso inadmissíveis, quer os mais graves, que constituem crimes, quer aqueles que, embora não o sendo, afectam seriamente a qualidade de vida da pessoa. Os maus-tratos fragilizam quem os sofre, podendo comprometer gravemente a possibilidade de conduzir a vida de forma autónoma e feliz. Muitas vezes são praticados por pessoas que estão numa posição de autoridade ou confiança, o que acentua o seu desvalor e a gravidade dos efeitos. Podem ocorrer isoladamente ou de forma repetida, e serem cometidos com **intencionalidade** ou por **negligência**.

Quando os maus tratos são **intencionais**, são especialmente censuráveis, nomeadamente os que implicam ofensas, físicas, psicológicas, sexuais, ou prejuízos patrimoniais.

Mas os maus tratos cometidos **sem intenção de fazer mal**, por ignorância, incompreensão ou insensibilidade, como, por exemplo, não facilitar o convívio do residente com a família ou pessoas para ele significativas, não dar a atenção devida aos seus gostos, anseios, sofrimentos, medos, frustrações, descuidar aspectos da intimidade e da sensibilidade do residente, da sua higiene e conforto, **são também inaceitáveis**, pela inconsideração, que implicam, de direitos e necessidades fundamentais da pessoa e pelas consequências nefastas que podem determinar.

Juliana S. deita-se todos os dias por volta das 10 da noite, mesmo quando não tem sono. Às vezes até lhe apetecia ficar mais tempo a ver televisão ou à conversa com o seu namorado António, mas não o faz. Deita-se e tenta adormecer imediatamente. É que Juliana precisa de ajuda para tratar da sua higiene matinal e, na estrutura residencial onde vive, só às seis da manhã existem colaboradores disponíveis para ajudá-la. Quando Juliana protestou por ser acordada de madrugada todos os dias, explicaram-lhe que, se acordasse mais tarde, não teria quem a ajudasse a tomar banho: as pessoas que a ajudam às seis da manhã têm outras tarefas para cumprir.

Por vezes, Xavier A. sente-se só na instituição de solidariedade social onde vive. Apetece-lhe conversar com alguém. Nessas alturas, pede a algum colaborador da instituição que fique a fazer-lhe companhia por uns minutos. A resposta é sempre a mesma: agora não podem porque estão ocupados, mas já voltam. O pior é que nunca chegam a voltar.

7.

Afinal, como podemos distinguir e tipificar os maus tratos que podem ocorrer numa estrutura residencial?

Para a reflexão e a formação sobre maus-tratos em estrutura residencial, na perspectiva da sua prevenção, da intervenção adequada quando ocorrem e da actuação mais capaz de superar os seus efeitos, importa considerar alguns dos aspectos de tipos de maus-tratos e suas consequências.

Tipos de maus tratos	Consequências
<p>Físicos – agressões, recurso a meios de contenção física inadequada.</p>	<p>Dores, feridas, fracturas, queimaduras e outros efeitos no corpo; Medo, depressão, sentimento de insegurança, de desprotecção, de desvalorização pessoal, de receio de expressar livremente os seus pensamentos e ideias, de reclamar do que considera injusto.</p>
<p>Psicológicos e emocionais – insultar, caluniar, aterrorizar, tratar de forma brusca ou aos gritos, desrespeitar, humilhar, fazer a pessoa sentir-se rejeitada ou pouco amada, manipular as suas emoções, obrigá-la a participar em actividades lúdicas, religiosas, desportivas ou outras contra a sua vontade ou sem lhe dar hipótese de escolha, não lhe permitir ter autonomia e capacidade de decisão, impedindo ou restringindo o acesso a pessoas e afectos.</p>	<p>Tristeza, baixa auto-estima, dificuldade em expressar sentimentos e afectos, depressão; Sentimentos de falta de consideração dos outros, de desprotecção, insegurança, angústia, discriminação, mal-estar.</p>
<p>Sexuais – forçar um residente a sofrer ou praticar um acto sexual contra a sua vontade, usando para isso ameaça, coacção física ou emocional, ou aproveitando-se da impossibilidade de o residente oferecer resistência.</p>	<p>Vergonha, depressão, tristeza, auto-desvalorização, sentimentos injustificados de culpa, sofrimento psíquico muito intenso, sentimento generalizado de desconfiança, dificuldade de relação afectiva, isolamento, ansiedade; Dores, feridas, perdas de sangue, lesões irreversíveis ou de difícil recuperação.</p>
<p>De efeitos patrimoniais – apropriação, extorsão, exploração e/ou utilização ilegítima do dinheiro e outros bens do residente.</p>	<p>Perdas financeiras e económicas, impossibilidade ou limitação de utilização de bens próprios na satisfação de necessidades, sentimentos de insegurança, de dependência, de medo do futuro, depressão; Violação do direito do residente ao respeito, à privacidade e à capacidade de opção.</p>
<p>Através do uso de medicamentos – uso de medicamentos sem finalidade terapêutica, com o fim de controlar ou retraindo o residente, nomeadamente através da sobre-dosagem, utilização de sedativos e outras drogas semelhantes.</p>	<p>Agravamento da saúde do residente; confusão, falta de confiança, sonolência, perda de concentração, desatenção e desinteresse pela vida.</p>

O condicionalismo da estrutura residencial pode favorecer a ocorrência de maus-tratos se não houver particular exigência na preocupação de individualizar a forma de relação com cada residente. Essa preocupação e consequente atitude é essencial para que possam afastar-se os riscos da impessoalidade de procedimentos e de rotinas que favorecem o esquecimento de que o superior interesse de todos e de cada um dos residentes é critério fundamental da razão de ser da estrutura residencial e da sua forma de intervenção. A impessoalidade de procedimentos e a falta da sua avaliação podem ser causa de sentimentos de desinteresse, abandono, depressão, baixa auto-estima, desespero, dificuldade de projectos de futuro.

A rotina e a falta de avaliação dos procedimentos potenciam o perigo da continuidade de práticas que desrespeitam o direito dos residentes ao seu bem estar de harmonia com as especificidades de cada um. Dificultam a adaptação das estruturas residenciais às modificações sociais e culturais das pessoas que, no condicionalismo actual da evolução da sociedade, têm necessidade de recorrer à resposta residencial.

Importa considerar estes aspectos com a maior atenção, de harmonia também com as modernas aquisições do saber no domínio, por exemplo, das capacidades de sentir, exprimir, actuar e evoluir das pessoas, mesmo quando sofrendo de limitações significativas. Esquecê-lo com a justificação do “bom funcionamento” da estrutura residencial é claramente um erro. O “bom funcionamento” só pode resultar da esclarecida consideração do interesse de cada residente, avaliado em função do seu ritmo e condicionalismo específico.

Na estrutura residencial que acolheu Manuel S., toda a gente vai à missa. Todos os domingos, ao meio-dia, os residentes são encaminhados para a capela, onde assistem à cerimónia. Manuel não tem religião e não fazia questão de ir à missa. Pelo contrário, até sente que a sua presença ali é pouco sincera e pergunta-se se não estará a faltar ao respeito a quem está ali por acreditar de verdade. Mas o facto é que nunca nenhum colaborador lhe perguntou - nem a nenhum residente - se queria ou não assistir à missa. A prática é levar todos, porque dá mais jeito e “mal não lhes faz”. Além disso, se assim não fosse, a estrutura residencial teria de encontrar alternativas para ocupar o tempo dos que não quisessem ir à missa, o que dá trabalho e requer mais colaboradores. Manuel não concorda com esta maneira de ver as coisas, mas não diz nada. Tem medo de ficar mal visto entre os colaboradores e os outros residentes, a maioria dos quais gosta de ir à missa, ou de vir a ser criticado ou alvo de represálias.

Quando era nova, Alice D. tinha um cabelo lindo. Loiro, forte e comprido, caía-lhe aos caracóis pelos ombros até meio das costas. À medida que o tempo foi passando - Alice tem hoje 76 anos -, o loiro foi dando lugar ao grisalho e Alice passou a usar o cabelo mais curto, mas sempre o arranjou com muito cuidado e manteve os caracóis de que tanto gosta. Ao vê-los, de cada vez que se olhava ao espelho, sentia um misto de orgulho e ternura pelas recordações dos tempos da sua farta cabeleira. Mas agora, ao olhar ao espelho, Alice já não vê caracóis nenhuns. Na estrutura residencial onde vivia anteriormente, cortava-se o cabelo curto a todas as senhoras, para ser mais fácil tomarem banho e lavarem a cabeça. Cabelos compridos dão mais trabalho e demoram muito a secar. Alice tem saudades dos seus caracóis.

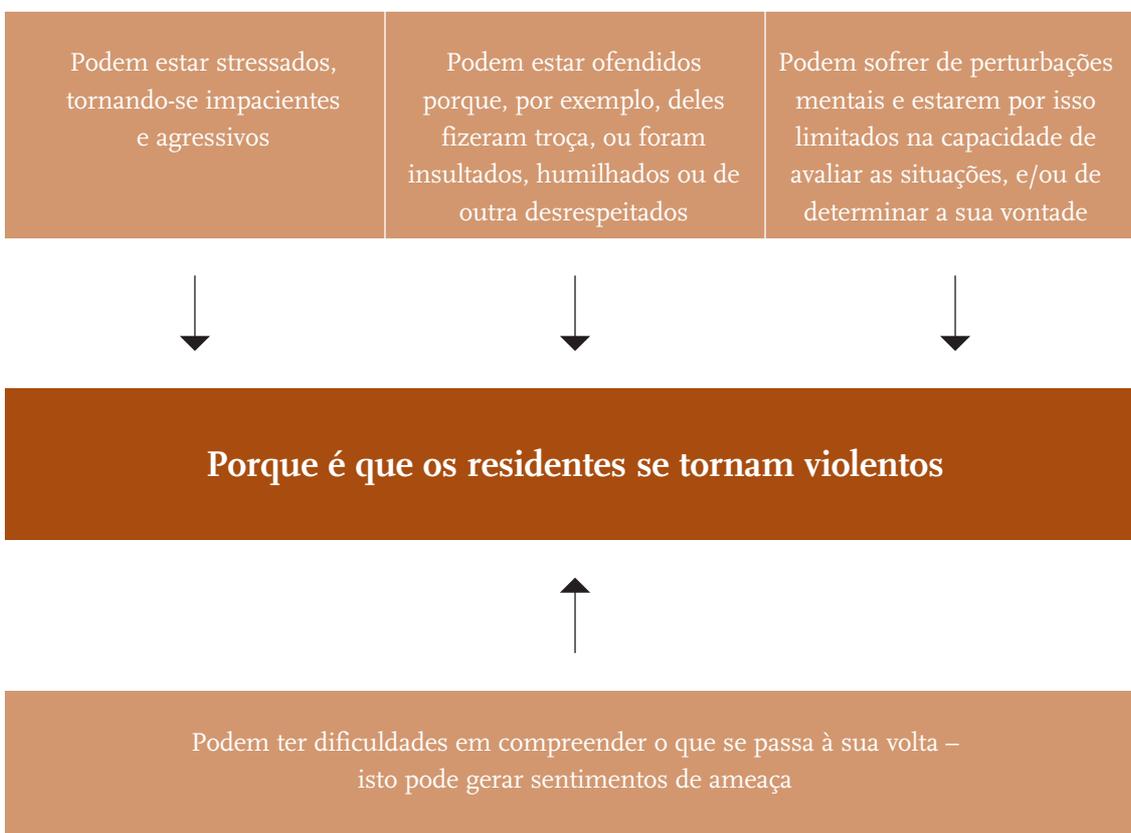
Tratar os residentes sem atender à sua singularidade e individualidade e sem considerar a sua vontade é um comportamento inaceitável, revelando desrespeito pelos seus direitos, necessidades e sensibilidade.

Maus tratos cometidos pelos residentes

Marta N. trabalha numa estrutura residencial para pessoas idosas. Tem pouco mais de vinte anos, é recém-licenciada e gosta do que faz. O único senão é o problema que tem com o residente Lúcio R., que a trata sempre por “cara linda”. Marta não gosta desta situação e já o disse a Lúcio R., mas ele insiste e usa até um tom algo provocatório. Por duas vezes, além de chamar “cara linda” a Marta, deu-lhe uma palmadinha nas nádegas.

Não são só os colaboradores da estrutura residencial que maltratam. Os maus tratos **podem ser cometidos por residentes** sobre colaboradores ou outros residentes. Na história de Marta, os maus tratos são cometidos por um residente. Neste caso, como em qualquer situação de maus tratos, a vítima tem **o direito de reagir, desde que proporcionadamente e de forma pedagógica.**

Para uma boa intervenção, importa compreender porque é que os residentes se tornam violentos ou praticam outras formas de maus-tratos. Os factores podem ser muito diversos, mas a consideração do quadro que se segue pode ajudar a essa compreensão:



Os colaboradores devem proteger-se de situações de violência, que podem ir de incidentes de pouca importância até episódios que ameacem a sua integridade física. Para tal, devem saber quais os residentes que podem tornar-se violentos e que tipo de situações podem levar à violência.

Quando um residente maltrata outros residentes ou colaboradores da estrutura residencial, há que explicar-lhe que esse tipo de comportamento é totalmente inaceitável e mediar o entendimento entre as partes envolvidas no conflito ou discórdia.

Ressalva-se, claro está, que muitas situações podem dever-se a perturbações mentais dos residentes e incompreensão dos actos praticados. Nestas situações, deve-se solicitar ajuda à equipa técnica e se tal se justificar à equipa de saúde.

Toda a comunidade de uma estrutura residencial têm o dever de **prevenir os maus tratos**. Os órgãos directivos têm especial responsabilidade na concepção, divulgação e implementação de estratégias e medidas destinadas a evitar os maus-tratos, a intervir precoce e adequadamente quando ocorrem e a promover a recuperação da pessoa atingida.

A formação dos colaboradores deve abranger também as medidas de prevenção e reacção aos maus tratos por parte de residentes.

2. Prevenção primária, secundária e terciária

As pessoas que vivem em estruturas residenciais são **particularmente vulneráveis aos maus tratos**, uma vez que se encontram frequentemente numa situação de fragilidade e dependência.

Como prestadores de cuidados, temos de estar preparados para: **preveni-los**, evitando-os; saber identificar sinais e sintomas, de forma a **detectá-los** em tempo útil; **agir para lhes pôr termo e responsabilizar os seus autores**; tudo fazer para a **recuperação** da vítima mediante a superação dos efeitos. O que implica formação que nos torne capazes de actuar sem preconceitos e estereótipos, de conjugar os conhecimentos indispensáveis, de articular as actuações que a especificidade da situação exija. Sempre tendo em conta o superior interesse do residente.

Preconceitos sobre o envelhecimento

Uma atitude essencial de prevenção é evitar e vencer os preconceitos. Os valores, crenças e necessidades pessoais afectam a forma como nos relacionamos com os outros. Todos conhecemos pessoas com as quais nos identificamos, bem como outras cuja forma de ver o mundo e estar na vida não nos agrada. Pessoas diferentes geram empatias diferentes, o que é natural e não deve constituir um problema.

Contudo, devemos estar conscientes de que essas preferências **interferem com o nosso desempenho profissional** e que, por isso, devemos esforçar-nos por controlá-las, impedindo que prejudiquem a qualidade do serviço que prestamos.

Acima de tudo, não podemos confundir simpatias pessoais - ou falta delas - com preconceitos. Na realidade, as formas mais insidiosas de maus tratos das pessoas idosas prendem-se com preconceitos ainda existentes face ao envelhecimento, ideias feitas que se centram numa visão negativa da idade.

A prevenção deve, assim, integrar a sensibilização, educação e a formação dos colaboradores e dos próprios residentes, também no que respeita aos preconceitos sobre o envelhecimento.

É preciso acabar com estereótipos, que levam a que não se respeite cada pessoa e a sua circunstância. Temos de promover mudanças de comportamentos e atitudes face ao envelhecimento; ele tem de ser aceite como um **fenómeno natural**, que faz parte do ciclo da vida. Só assim poderão as pessoas idosas viver com dignidade e participar plenamente em actividades educativas, culturais, espirituais, sociais e económicas como titulares que são de cidadania plena, fundada na sua dignidade como pessoa.

Outros meios de prevenção de maus tratos e negligência

Deve ser claro para todos que a missão da estrutura residencial é promover a **qualidade de vida dos residentes**, a sua saúde, autonomia e independência. Conhecer e estar sensibilizado para as características e necessidades específicas das pessoas idosas é um primeiro passo indispensável, pelo que se devem promover acções de formação nas áreas de gerontologia e geriatria para os colaboradores, residentes e familiares.

Redigir uma **declaração dos direitos dos residentes** e torná-la pública a colaboradores, residentes e familiares, pode contribuir de forma valiosa para a prevenção dos maus tratos e a adequada intervenção quando se verificam.

Tem de haver uma política de **tolerância zero** em relação aos maus tratos, com procedimentos claros de detecção, avaliação e encaminhamento de casos. Os **procedimentos disciplinares e legais** em caso de maus tratos devem estar bem definidos e os

residentes, familiares e colaboradores devem conhecê-los na íntegra. É importante que todos sintam que podem denunciar situações de maus tratos **sem risco de retaliação**.

A prevenção passa também **pelo planeamento dos cuidados**. Este deve ser feito em reuniões multidisciplinares e tendo em especial atenção aos residentes mais dependentes, ou que sofrem de problemas mais complexos. Os colaboradores devem ser encorajados a **falar aos seus superiores ou supervisores** sobre as suas preocupações ou frustrações. Esta prática contribui para reduzir tensões.

Uma vez que prestar cuidados a pessoas idosas é uma tarefa desgastante, deve haver um regime de **rotatividade**, para evitar a saturação dos colaboradores e a criação de vícios na intervenção. Deve estabelecer-se um número máximo de residentes ao cuidado de cada colaborador, que deve variar consoante o tipo de cuidados de que necessitam.

É indispensável que se prevejam e realizem formas de apoio aos colaboradores, prevenindo ou ajudando a superar situações de cansaço ou desânimo.

A comunidade deve ter também um papel activo na prevenção de maus tratos. A estrutura residencial deve criar meios de abertura ao exterior, que facilitem esse papel. Poderá ser útil, por exemplo, um **conselho consultivo**, com elementos dos serviços e instituições locais e pessoas com sensibilidade e conhecimentos nestes domínios.

3. O que fazer em caso de maus tratos?

Os residentes podem ser maltratados ou negligenciados pelo prestador de cuidados, pela sua família, por si próprios ou por qualquer pessoa que com eles tenha contacto.

Detectar uma situação de maus tratos nem sempre é fácil. Só através de uma **avaliação complexa e multidisciplinar** se pode chegar a conclusões seguras. Assim, é importante ter em conta uma série de indicadores que apontam para a existência de maus tratos.

Indicadores relativos ao residente

- **Físicos** - ferimentos, fracturas, queimaduras, equimoses, golpes ou marcas de dedos, marcas de ter estado amarrado, medicação excessiva ou insuficiente, má nutrição ou desidratação sem causa clínica aparente, falta de higiene;
- **Comportamentais ou psicológicos** - alterações dos hábitos alimentares, perturbações do sono, medo, confusão, resignação excessiva, apatia, depressão, desespero, angústia, tentativa de evitar contactos físicos, o olhar ou a comunicação, tendência para o isolamento;
- **Sexuais** - alterações do comportamento sexual, alterações bruscas do humor, agressividade, depressão, auto-mutilação, dores abdominais, hemorragias vaginais ou rectais, infecções genitais frequentes, equimoses nas regiões mamária ou genital, roupa interior rasgada ou com manchas, nomeadamente de sangue;
- **Financeiros** - mudanças repentinas na forma de gerir os seus bens; alteração inesperada de um testamento; desaparecimento de jóias e outros bens; transações suspeitas na conta bancária; falta de meios de conforto, apesar das possibilidades; falta ou insuficiência de recurso a cuidados de saúde, que meios financeiros próprios possibilitam ou facilitam.

7.

Indicadores relativos ao prestador de cuidados:

Sinais de cansaço, stress ou desinteresse; recriminação injustificada de comportamentos do residente (ex.: incontinência ou dificuldade de mobilidade); agressividade, infantilização ou desumanização no trato; tentativa de evitar contactos do residente com terceiros; comportamento defensivo, agressivo ou evasivo quando confrontado com a suspeita de maus tratos.

Como facilitar uma queixa de maus tratos ou negligência?

1. **Ouçá** o residente com toda a atenção e **confirme** tudo o que ele lhe disse, a fim de verificar se percebeu correctamente o que ele lhe contou;
2. **Faça perguntas** que dêem ao residente a possibilidade de relatar tudo o que aconteceu; **evite** questões cuja resposta seja “sim” ou “não”; só assim poderá obter uma perspectiva global dos acontecimentos;
3. **Mostre que acredita** nos factos;
4. **Explique** ao residente que a situação tem de ser comunicada à Direcção da Estrutura Residencial;

5. **Explique** ao residente que, eventualmente, mais pessoas terão que tomar conhecimento da situação, mas apenas as indispensáveis para garantir a sua segurança;
6. **Assegure** ao residente que tudo o que ouviu será tratado de forma confidencial e com todo o respeito;

Existem situações como é o caso dos maus tratos físicos e sexuais, em que é importante considerar alguns aspectos:

Sempre que estes ocorram, é imprescindível a deslocação a uma unidade de saúde ou de medicina legal, uma vez que lesões aparentemente insignificantes, ou mesmo não visíveis no imediato, podem implicar ameaça à saúde da pessoa, constituírem elementos de prova e fonte de observações médicas que facilitem intervenções futuras.

7. É também importante lembrar que o residente não deve, nas situações acima referidas, tomar banho ou lavar a roupa usada na altura da agressão. Podem eliminar-se com esses actos, elementos muito relevantes para a compreensão e prova do ocorrido.

Os residentes ou os seus representantes têm que ser elucidados sobre a quem e como apresentar queixa, no caso de ocorrência de maus tratos ou violação dos direitos essenciais (B 7.4), e estar conscientes de que não serão, por isso, objecto de qualquer represália ou discriminação. Todas as queixas devem ser escutadas, analisadas, investigadas e objecto de decisão num espaço de tempo razoável.

O que fazer se suspeitar que um colega maltrata ou negligencia um residente?

Se tiver razões para pensar que um colega seu não responde às necessidades de um ou mais residentes - é rude no trato, grita, desrespeita a privacidade - deve conversar com ele e posteriormente com o superior hierárquico. No entanto, não é aconselhável fazer acusações sem ter presenciado uma situação de maus tratos ou, pelo menos, ter indícios claros da sua existência.

Lembre-se que pode haver explicações lógicas para comportamentos que à primeira vista parecem indiciar que o residente foi maltratado ou negligenciado.

O que fazer se vir um colega a maltratar um residente?

- Tente acalmar o ambiente;
- Peça de forma **firme e assertiva** que o abusador altere o seu comportamento; **não o trate de forma humilhante nem tente enfrentá-lo**, pois isso só vai dificultar a situação;
- Se o comportamento do agressor se tornar violento e constituir uma ameaça, **a sua prioridade deve ser proteger-se a si e aos outros do perigo** e pedir ajuda.

Em situações de maus tratos deve-se:

- **Comunicar o caso ao superior hierárquico** o mais rapidamente possível; o propósito de comunicar um mau-trato é proteger as pessoas de comportamentos abusivos;
- **Escrever toda a informação numa folha ou ficha de ocorrência** (sugestão em anexo), para não se esquecer de nenhum detalhe e para que este registo possa ser utilizado por técnicos de outras áreas que venham a intervir no caso.

7.

Como avaliar uma situação de maus tratos?

- Se possível, **observar o fenómeno ou facto que constitui mau trato**;
- **Ouvir em separado** as pessoas supostamente envolvidas no caso - vítima, agressor, testemunhas -, além de outros colaboradores e técnicos que possam contribuir para o apuramento da verdade;
- **Perguntar directamente** sobre violências, abusos, meios de contenção inadmissíveis ou eventual negligência;
- **Averiguar** do relacionamento entre o residente e o eventual agressor;
- **Fazer uma avaliação detalhada do caso**, tendo em conta os factores clínicos, funcionais, intelectuais e sociais.

Quando os maus-tratos ocorrem fora da estrutura residencial

Os procedimentos a implementar nestas situações são no essencial semelhantes aos anteriormente referidos. Levantam-se, porém, questões específicas delicadas, uma vez que a estrutura residencial tem mais dificuldades em controlar o que se passa no exterior.

A prevenção assume por isso um papel fulcral. Torna-se indispensável explicar aos residentes, como devem proteger-se de situações de risco, (por exemplo, evitando zonas isoladas) e o que fazer se tais situações ocorrerem.

Deve também ter-se em especial atenção os riscos de maus-tratos em contexto familiar. Impõe-se que se avaliem, nomeadamente: as características da família; o grau de

consciência dos direitos e necessidades da pessoa idosa, a qualidade do afecto, o sentido de responsabilidade dos familiares em relação à pessoa idosa; o possível desgaste que os familiares sentem face à situação; a natureza e grau das limitações da pessoa e a sua capacidade de defesa.

Com base nessa avaliação é possível actuar de forma a reduzir o risco e intervir precocemente na detecção de situações de perigo e agir em conformidade.

4. Procedimento legal

Breve indicação de princípios e normas legais aplicáveis

Declaração Universal dos Direitos Humanos:

Artigo 3.º - Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

Artigo 5.º - Ninguém pode ser submetido a tortura nem a penas ou a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

Constituição da República Portuguesa:

Direitos, Liberdades e Garantias Pessoais [Parte I, Título I, Título II, Capítulo I (Direitos, Liberdades e Garantias Pessoais)]: art.º 13.º - Princípio da Igualdade; art.º 24.º - Direito à Vida -; art.º 25.º - Direito à Integridade Pessoal -; art.º 26.º - Outros direitos pessoais. Art.º 18.º - Força jurídica dos preceitos constitucionais respeitantes aos direitos, liberdades e garantias.

Artigo 13.º - Princípio da Igualdade

1. Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei.
2. Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.

Artigo 24.º - Direito à Vida

1. A vida humana é inviolável.
2. Em caso algum haverá pena de morte.

Artigo 25.º - Direito à integridade pessoal

1. A integridade moral e física das pessoas é inviolável.
2. Ninguém pode ser submetido a tortura, nem a tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos.

Artigo 26.º - Outros direitos pessoais

1. A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à protecção legal contra quaisquer formas de discriminação.
2. A lei estabelecerá garantias efectivas contra a obtenção e utilização abusivas, ou contrárias à dignidade humana, de informações relativas às pessoas e famílias.
3. A lei garantirá a dignidade pessoal e a identidade genética do ser humano, nomeadamente na criação, desenvolvimento e utilização das tecnologias e na experimentação científica.
4. A privação da cidadania e as restrições à capacidade civil só podem efectuar-se nos casos e termos previstos na lei, não podendo ter como fundamento motivos políticos.

Artigo 18 - Força jurídica dos preceitos constitucionais respeitantes aos direitos, liberdades e garantias

1. Os preceitos constitucionais respeitantes aos direitos, liberdades e garantias são directamente aplicáveis e vinculam as entidades públicas e privadas.
2. A lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição, devendo as restrições limitar-se ao necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos.
3. As leis restritivas de direitos, liberdades e garantias têm de revestir carácter geral e abstracto e não podem ter efeito retroactivo nem diminuir a extensão e alcance do conteúdo essencial dos preceitos constitucionais.

Código Civil**Responsabilidade Civil****Artigo 483.º (Princípio geral)**

1. Aquele que, com dolo ou mera culpa, violar ilicitamente o direito de outrem ou qualquer disposição legal destinada a proteger interesses alheios fica obrigado a indemnizar o lesado pelos danos resultantes da violação.
2. Só existe obrigação de indemnizar independentemente de culpa nos casos especificados na lei.

Código Penal

Crimes contra a vida (art.º 131.º - Homicídio -; art.º 132.º - Homicídio Qualificado).

1. Crimes contra a integridade física (art.º 143.º - Ofensa à Integridade Física Simples -; art.º 144.º - Ofensa à Integridade Física Grave -; art.º 146.º - Ofensa à Integridade Física Qualificada).
2. Crimes Sexuais (Crimes contra a liberdade sexual dos idosos: art.º 163.º - Coacção Sexual -; art.º 164.º - Violação -; art.º 165.º - Abuso sexual de Pessoa Incapaz de Resistência -; art.º 166.º Abuso Sexual de Pessoa Internada -; art.º 167.º Fraude Sexual -; art.º 169.º - Tráfico de Pessoas -; art.º 170.º Lenocínio -; art.º 171.º - Actos Exibicionistas.

No Código Penal merece especial referência o artigo 152.º que tipifica o crime de maus tratos.²

Artigo 152.º

Maus Tratos e infracção de regras de segurança

1. Quem, tendo ao seu cuidado, à sua guarda, sob a responsabilidade da sua direcção ou educação, ou a trabalhar ao seu serviço, pessoa menor ou particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença ou gravidez, e:
 - a) Lhe infligir maus tratos físicos ou psíquicos ou a tratar cruelmente;
 - b) A empregar em actividades perigosas, desumanas ou proibidas; ou
 - c) A sobrecarregar com trabalhos excessivos;
 é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos, se o facto não for punível pelo artigo 144.º
2. A mesma pena é aplicável a quem infligir ao cônjuge, ou a quem com ele conviver em condições análogas às dos cônjuges, maus tratos físicos ou psíquicos.
3. A mesma pena é também aplicável a quem infligir a progenitor de descendente comum em 1.º grau maus tratos físicos ou psíquicos.
4. A mesma pena é aplicável a quem, não observando disposições legais ou regulamentares, sujeitar trabalhador a perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou a saúde.
5. Se dos factos previstos nos números anteriores resultar:
 - a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de 2 a 8 anos;
 - b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de 3 a 10 anos.

² Quanto a possível medida de coacção, cfr. art.º 200.º, n.º 1, alínea a) do Código de Processo Penal - Proibição de permanência, ausência ou de contactos

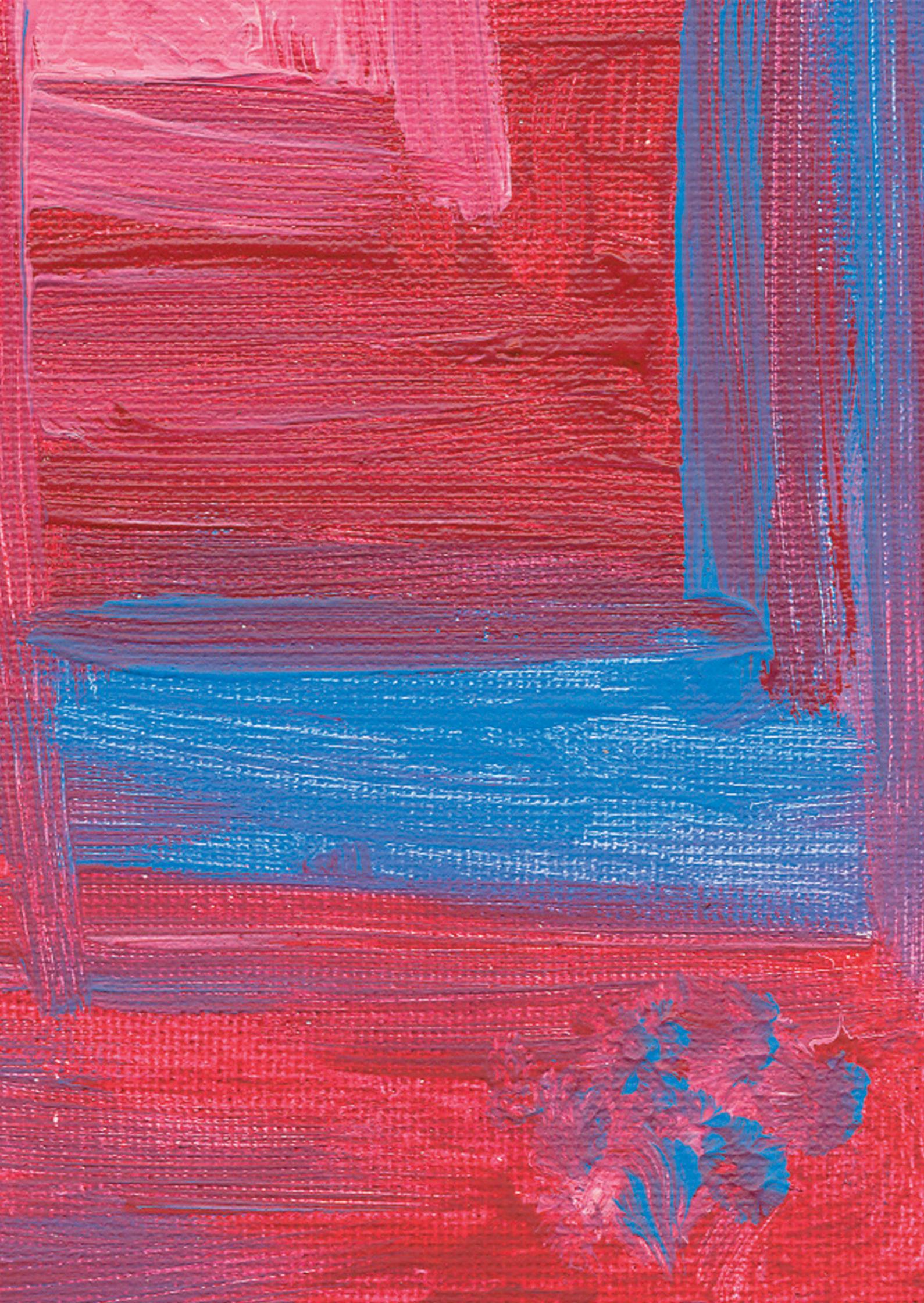
6. Nos casos de maus tratos previstos nos n.ºs 2 e 3 do presente artigo, ao arguido pode ser aplicada a pena acessória de proibição de contacto com a vítima, incluindo o afastamento desta, pelo período máximo de dois anos.

Para que se inicie o **procedimento criminal** pelo crime de maus tratos do art.º 152.º do Código Penal não é necessária queixa do ofendido. O Ministério Público tem legitimidade para iniciar esse procedimento, bastando para isso que tenha conhecimento da situação de maus tratos.

Qualquer pessoa pode participar junto da polícia ou do Ministério Público situações de maus tratos de que tenha conhecimento. A participação é obrigatória para os funcionários (com o sentido do art.º 386.º do Código Penal) quanto aos crimes de que tomem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas.

Nos crimes sexuais de que sejam vítimas as pessoas idosas, o procedimento criminal depende em regra de queixa do ofendido (cfr. art.ºs 163.º, 164.º, 165.º, 167.º, 171.º e 178.º do Código Penal).

Alguns desses crimes são porém públicos, pelo que o procedimento criminal não depende de queixa. (cfr. art.ºs 166.º, 169.º, 170.º e 178.º, n.º1, al. b) do Código Penal.



c. Organizar a casa

8. As pessoas que trabalham na casa

1. Recrutamento e selecção
2. Formação
3. Avaliação e carreira
4. Trabalho em equipa
5. Feedback
6. Supervisão
7. Relações no trabalho
8. Realização profissional através da realização dos residentes
9. Comunicação
10. Conflitos
11. Informação escrita

9. Espaços e Documentos

1. Documentos
2. Organização dos espaços físicos
3. Segurança
4. Primeiros socorros

10. Reflectir para melhorar

1. Avaliação interna (horizontal e vertical)
2. Avaliação externa

11. Inspeção e Fiscalização

1. Inspeção Geral do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
2. Departamentos de Fiscalização Regionais - I.S.S., I.P.



Carlos Rocha
42 anos
-
2004

8. As pessoas que trabalham na casa

Os recursos humanos constituem um elemento fundamental para o sucesso ou insucesso de qualquer organização. Por razões que se prendem com a natureza do serviço prestado pela estrutura residencial, atrevemo-nos a considerá-los absolutamente decisivos para o cumprimento da missão deste tipo de organizações.

Independentemente da estrutura residencial estar inserida numa organização lucrativa ou não, o trabalho desenvolvido ultrapassa claramente a mera obtenção do lucro ou a simples prestação de um serviço, na medida em que implica afecto, respeito e empenho no bem estar do outro.

A qualidade dos cuidados prestados estão intimamente ligados à qualidade humana daqueles que os prestam. Assim, para além das capacidades técnicas e académicas, devem ser igualmente valorizadas e atendidas características pessoais como a sensibilidade, afectividade, idoneidade, abertura e disponibilidade para interagir com o outro.

Deste modo, todo o processo de **selecção dos colaboradores**, remunerados ou voluntários, deverá ser orientado para o objectivo de escolher aqueles que, pela sua capacidade técnica e qualidade humana, assegurem o respeito pelos direitos dos residentes e o seu bem estar.

Direcção técnica

A direcção técnica deve ser assegurada por um elemento com formação adequada (conforme lei vigente).

Compete-lhe, em geral, dirigir o estabelecimento. Tem a responsabilidade da programação de actividades e a coordenação e supervisão de todo o pessoal. Tendo em conta a necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento, compete-lhe em especial:

- Promover reuniões técnicas com o pessoal;
- Sensibilizar os colaboradores para a problemática da pessoa idosa;
- Planear e promover a formação inicial e contínua dos colaboradores;
- Promover reuniões com os residentes, nomeadamente para a preparação das actividades a desenvolver;
- Planificar e coordenar as actividades sociais, culturais, recreativas e ocupacionais dos residentes;

1. Recrutamento e selecção

A estrutura residencial deve definir um **perfil de colaborador remunerado ou voluntário**, adequado a cada função. Trata-se de um instrumento indispensável para avaliar os candidatos a colaboradores. Na sua selecção importa ter em conta as suas condições físicas e psíquicas, características de personalidade, percurso anterior, habilitações e vocação. Como tal, é indispensável uma **entrevista pessoal**.

É de todo conveniente que exista um período experimental, para que por um lado o colaborador interiorize o sentido da sua **função** e avalie se esta vai de encontro às suas capacidades e expectativas e por outro para que a estrutura residencial possa avaliar a adequação da personalidade e competências do colaborador às necessidades do serviço a prestar.

2. Formação

A prestação directa de cuidados a pessoas mais velhas é um trabalho particularmente exigente. Aos colaboradores deve ser proporcionada formação específica, envolvendo, para além da formação de base, os aspectos éticos e as vertentes técnica e de relacionamento humano.

Deve constituir orientação fundamental fomentar, aos vários níveis, uma cultura de formação entendida como um dever e um direito.

Formação inicial

A formação inicial deve ser especialmente cuidada. Envolve a prévia determinação das necessidades de formação, tendo em conta as exigências das funções específicas e as características das pessoas seleccionadas. Deve ser dada particular atenção aos princípios orientadores da organização, com referencia à missão, visão e valores, tendo em especial consideração os direitos dos residentes, perspectivados em função dos princípios e valores do cuidar (ver A 2).

Formação contínua

É constante e rápida a mudança na sociedade em que vivemos. Os residentes de hoje têm características bem diversas dos residentes de há vinte anos, é também manifesta

8.

a evolução das instituições. Por isso, para corresponder à exigência de qualidade de intervenção das estruturas residenciais, é indispensável uma permanente actualização dos conhecimentos e das práticas de todos os responsáveis e colaboradores.

A estrutura residencial, em função das exigências específicas de trabalho, deve conceber e executar um plano de formação contínua. É essencial encorajar todos os colaboradores a participarem na sua elaboração, a frequentarem as acções de formação e a intervirem na sua avaliação.

Todos estes aspectos devem ser incluídos expressamente no elenco dos deveres e direitos dos colaboradores.

3. Avaliação e carreira

As **funções e responsabilidades**, bem como as linhas hierárquicas de cada colaborador, devem estar claramente definidas dentro da estrutura residencial. É imprescindível que cada colaborador saiba o que tem de fazer e perante quem responde.

A **avaliação do desempenho** dos colaboradores, remunerados e voluntários, deve ser permanente na estrutura residencial. Falamos de avaliação pelos superiores, mas também pelos pares e pelo próprio. É tanto mais útil quanto efectuada com um sentido de melhoria da prestação de serviços e não numa perspectiva crítica, dissociada dessa melhoria (ver C 8.5).

Um bom método de fazer esta avaliação é instituir uma reunião semanal de equipa. A avaliação pode por exemplo ser efectuada trimestralmente, sendo útil criar grelhas de avaliação de fácil preenchimento, de preferência com escalas numéricas que facilitem a interpretação.

O coordenador de cada equipa deve falar pessoalmente com cada colaborador sobre o seu desempenho e o que nele pode ser melhorado. Os planos de evolução na carreira são úteis e motivadores, devendo a promoção basear-se na **qualidade e empenho no serviço prestado**.

4. Trabalho em equipa

Numa estrutura residencial, podemos ter pessoas a realizar a mesma função ou funções distintas. Porém o trabalho que realizam é sempre interdependente. O bem estar do residente depende, directa ou indirectamente, da correcta execução por cada um dos colaboradores da respectiva função. A má prestação de um só colaborador compromete muitas vezes o trabalho de todos.

À concepção e execução de trabalhos, de forma interdependente e co-responsável, por um conjunto de pessoas, com inerentes aspectos de recompensas e avaliações, tanto individuais como de grupo, designamos por **trabalho de equipa**.

A estrutura residencial deve privilegiar esta opção de trabalho e ter especial preocupação na constituição da equipa. Deve ter um coordenador (líder) que assegure a ligação entre os colaboradores e a direcção técnica ou a direcção. É este coordenador que deve garantir a transmissão e aplicação das directrizes definidas. Na **reunião de equipa** devem-se abordar todas as questões relevantes para o serviço, avaliando-se os desempenhos de todos os colaboradores.

Numa estrutura residencial podem existir equipas muito variadas: equipa técnica, equipa de saúde, de limpeza e higiene, de cozinha, de gestão, entre outras. É fácil compreender que todas estas equipas são importantes e que nenhuma consegue funcionar bem sem a colaboração das outras. Basta um exemplo muito simples: a equipa da alimentação só consegue respeitar as necessidades de dieta de um residente se for informada em devido tempo dessas necessidades; a equipa de saúde tem que ser informada pela equipa do serviço doméstico, ou outra, de qualquer anomalia que surja na saúde de um residente.

Assim, devem formar-se na estrutura residencial **equipas multidisciplinares**, cuja composição dependerá do objectivo que ditou a sua constituição. Nestas equipas poderão participar, por exemplo, a direcção técnica, técnicos de serviço social, pessoal de saúde, nutricionista, psicólogo, ajudantes de lar e centro de dia, pessoal de cozinha, pessoal de lavandaria ou pessoal auxiliar e em muitos casos o residente, seus familiares e representante legal.

8.

O trabalho em equipa permite:

- Partilhar os princípios orientadores da organização residencial;
- Partilhar informações e dúvidas;
- Partilhar responsabilidades (embora deva haver o cuidado de não deixar que as responsabilidades individuais se diluam);
- Garantir um maior suporte emocional do pessoal;
- Aumentar o sentimento de pertença;
- Prevenir e diminuir o stress dos técnicos, situação que contribui para uma prevenção de maus tratos.

Numa equipa de trabalho é importante que a visão e os objectivos sejam claros para todos os seus membros. Devem ter iniciativa e ser encorajados a participar, de modo a que as qualidades de todos sejam postas ao serviço do objectivo comum.

Trabalhar em equipa aumenta as capacidades de lidar com o desentendimento e o conflito. Exercita-se a flexibilidade, a criatividade e a comunicação aberta e honesta.

Ao trabalhar em equipa, os **sentimentos de pertença** fortalecem-se. Sentindo-se mais apoiados logística e emocionalmente, os colaboradores ficam mais motivados, prevenindo-se também o stress e o desgaste que a prestação de cuidados a pessoas idosas pode acarretar.

Tendo presente estes princípios reflecta sobre o seguinte exemplo

Deolinda L. pertence à administração de uma estrutura residencial. Sempre que quer transmitir alguma informação sobre um aspecto do serviço prestado, tem de convocar todos os colaboradores envolvidos na tarefa em questão. Deolinda reparou já várias vezes que a limpeza de um dos quartos não estava a ser adequadamente realizada. Sempre que tentava melhorar este aspecto do serviço, não conseguia descobrir a qual das colaboradoras da limpeza devia dirigir-se.

- Qual seria a melhor forma de Deolinda L. transmitir esta informação?
- Como garantir que todas as colaboradoras da área da limpeza recebem e compreendem a informação que Deolinda L. quer fazer passar?
- Como garantir a uniformidade de boas práticas e bons desempenhos?

5. Feedback

● *Graça P. e Juliana S. são duas residentes que entram frequentemente em conflito. Ambas gostam de ocupar a mesma poltrona na sala de estar da estrutura residencial onde vivem. Paula N., técnica da estrutura residencial, tomou a iniciativa de se reunir com as duas residentes e em conjunto elaboraram um acordo de ocupação da poltrona. Esta atitude não só contribuiu para resolver o conflito como foi o ponto de partida para uma amizade entretanto criada entre Graça e Juliana.*

Na reunião semanal da equipa de prestadores de cuidados, a superior hierárquica de Paula, Isabel M., deu a Paula algum feedback sobre o seu comportamento.

“A Paula teve uma excelente postura face à situação da Graça e da Juliana. Mostrou iniciativa, porque encetou esforços para resolver um problema sem que ninguém lho tivesse pedido, e resolveu a situação de uma forma assertiva. Escutou as duas partes do conflito, deu-lhes hipótese de compreender as necessidades uma da outra e geriu de forma adequada as intervenções de ambas. Não permitiu que se atropelassem e promoveu a escuta activa, pedindo a cada uma para dizer o que tinha percebido das palavras da outra. Excelente intervenção, Paula, é de continuar!”

Nesta situação Paula teve determinada atitude, que neste caso foi positiva e teve bons resultados. Porém a técnica só pode saber se agiu correctamente se alguém lhe der informação sobre as suas posturas e atitudes.

Do mesmo modo, como em qualquer actividade profissional, os comportamentos e atitudes dos colaboradores não são todos iguais, podendo mesmo chegar a serem contraditórios, e haver entendimentos diversos entre colegas.

Devemos sempre dizer às outras pessoas o que pensamos do seu desempenho. A este processo de devolução de informação é o que chamamos **feedback**.

O feedback pode ser de dois tipos: **positivo**, se reforça ou melhora uma atitude ou um comportamento correcto, como no exemplo acima; ou **correctivo**, quando se destina a modificar e adequar comportamentos (ver exemplo abaixo). É muito importante para o crescimento e a maturação pessoal e profissional. Aprende-se muito com a voz dos outros como de resto acontece em todas as relações interpessoais.

8.

Imaginemos que, na situação do exemplo acima, Paula tem uma atitude diferente da anteriormente descrita.

Paula entra na sala e encontra as duas residentes aos gritos. Graça estava sentada na poltrona e Juliana diz-lhe, zangada, que Graça já esteve todo o dia sentada, pelo que agora deve dar-lhe a vez. Paula dirige-se a ambas e diz a Juliana para ir sentar-se noutra lado, já que a poltrona está ocupada e existem mais sofás e cadeiras na sala de estar.

Na reunião semanal da equipa, Isabel faz algumas observações a Paula

“A sua intervenção de facto acabou com a discussão e nesse sentido impediu que a situação se agravasse sem despender muito tempo. Mas é importante compreender os motivos que originam os conflitos e por vezes despender algum tempo no presente previne situações de maior complexidade no futuro.

Ao resolver desta forma um conflito, arrisca-se, apesar das suas boas intenções, a dar a ideia de que tomou partido por uma das residentes. Eu sei que não foi isso que quis fazer, mas a Juliana pode senti-lo assim. Convém aprofundar um pouco mais os motivos que levam duas residentes a querer sentar-se no mesmo lugar e em mais nenhum. Assim, talvez seja mais fácil chegarmos a uma solução que implique uma colaboração entre ambas e evite que o conflito se repita.”

No trabalho de equipa, o feedback é indispensável. Há que aceitá-lo e até desejá-lo.

Mas o feedback tem, como tudo, os seus riscos. Pode gerar desentendimentos, se aquele que ouve não entende a mensagem ou não concorda com o seu conteúdo. A avaliação do trabalho que fazemos é algo que nos toca pessoalmente, pelo que deve ser tratado com tacto.

Assim, quando nos referimos ao que alguém faz, devemos ser **descritivos e não avaliativos**, evitando expressões de julgamento ou avaliação que levem a um envolvimento emocional e prejudiquem a eficácia do feedback. Devemos também **evitar generalizações**, referindo-nos especificamente a um comportamento e mencionar com **clareza**

as razões que nos levam a fazer determinada observação. Esta deve surgir no tempo certo, sempre que possível **imediatamente após o comportamento** em questão, para que não seja interpretada de forma errada.

Enquanto emissores, devemos assegurar-nos de que o receptor entendeu bem o que lhe dissemos, e que aquilo que lhe dizemos é útil para ele, tanto quanto para nós. Se apontarmos erros, devemos indicar caminhos alternativos.

O feedback é mais eficaz se for solicitado. Devemos pedir feedback aos colegas de trabalho, como parte de uma relação profissional de confiança e reconhecimento mútuo.

Indicações sobre feedback

1. Solicitá-lo com frequência;
2. Ouvir com atenção e sem interromper;
3. Se necessário, pedir para clarificar;
4. Evitar desculpas ou minimizar atitudes;
5. Assumir o compromisso de seguir o plano traçado;
6. Agradecer a quem nos dá feedback;
7. Recordar que o único feedback negativo é não ter feedback nenhum.

6. Supervisão

Tradicionalmente, a supervisão consistia na actividade de vigilância e controlo dos recursos humanos da instituição. Hoje em dia, pretende-se com a supervisão promover uma mudança organizacional e de melhoria da qualidade do cuidar, a todos os níveis, envolvendo todos os intervenientes e as diversas vertentes da acção, numa perspectiva sistémica.

Mais do que vigiar e corrigir, pretende-se promover a formação, o desenvolvimento pessoal e a permanente actualização de todos os colaboradores, remunerados e voluntários.

O resultado final é uma melhor gestão dos recursos humanos e um serviço de maior qualidade, centrado no objectivo de satisfazer as necessidades e expectativas do residente e tendo em conta que esse objectivo só é possível com a adesão, a preparação, empenho e sentido de responsabilidade de todos os colaboradores.

8.

A supervisão na sua verdadeira acepção deverá ser responsabilidade de uma entidade externa. **O olhar exterior permite muitas vezes uma objectividade que conduz a alternativas e intervenções que muitas vezes quem está directamente envolvido não consegue perspectivar.**

A supervisão integra objectivos e formas de actuação de que resultam benefícios para a intervenção em termos de:

- **Assessoria:** pode facilitar o desempenho da equipa técnica e de cada um dos membros, ajudar a clarificar o processo de trabalho, permitir planificar processos de formação, densificar os princípios e objectivos da entidade tendo em vista o bom funcionamento da instituição;
- **Apoio:** pode ajudar os colaboradores a otimizar a sua integração na equipa, com vantagens para a sua organização e operacionalização, e para a percepção da distância certa entre a pessoa e a função que desempenha;
- **Comunicação:** pode permitir progressos na atitude e nos processos de comunicação entre todas as pessoas implicadas;
- **Avaliação:** pode contribuir para a cultura de avaliação interna e externa e facilitar aos colaboradores a obtenção de elementos para a avaliação e progresso do seu desempenho com referência aos objectivos e planos de intervenção.

A supervisão deve privilegiar as reuniões de trabalho com análise de casos concretos e definição de futuras intervenções, tendo sempre em conta a qualidade do serviço prestado. Esta metodologia facilita a compreensão dos colaboradores, aprofunda o sentido de responsabilidade e ajuda-os a perceber, aceitar e procurar o tipo de acompanhamento de que necessitam.

A supervisão geral da estrutura residencial deve ser definida com a participação dos colaboradores, numa perspectiva comum de dotar a organização dos meios necessários e de promover o desempenho de qualidade. Deve ter-se em conta não só a funcionalidade dos equipamentos, mas também as questões respeitantes à organização e gestão e à formação dos colaboradores que envolva também o estímulo à partilha, entre eles, de conhecimentos e experiências.

A supervisão dos colaboradores voluntários pode ser feita pela entidade que promove o voluntariado, com a cooperação da estrutura residencial.

7. Relações no trabalho

Manter boas relações com os residentes e os colegas é fundamental para a realização profissional. As relações que um colaborador estabelece no âmbito da estrutura residencial - com colegas, residentes, directores e outros - devem basear-se na confiança e no reconhecimento mútuo.

As relações de colaboradores com residentes são relações profissionais. Tratando-se uns e outros de pessoas, é possível que se criem laços de amizade. Estes não devem, porém, fazer esquecer a nenhuma das partes que a relação de base é profissional e exige o cumprimento de todos os valores, princípios e regras do cuidar.

A detecção precoce de situações de tensão ou desconforto entre colaboradores, ou entre estes e os residentes, pode prevenir futuras situações de conflito desde que devidamente acompanhadas.

8. Realização profissional através da realização dos residentes

É muito importante que tenhamos uma **abordagem positiva** com os residentes. Devemos encorajá-los a exercer os seus direitos, a tomar as suas próprias decisões, a ser tão independentes e responsáveis por si mesmos quanto possível. Para tal, é essencial respeitá-los enquanto indivíduos, tratá-los de modo justo, afectivo e excluir todo e qualquer comportamento discriminatório.

● *Célia G. tem 88 anos e vive sozinha. Frequenta um centro de dia, mas insiste em dormir na sua casa. Apesar de estar fisicamente debilitada, gosta de se sentir independente. Embora gostasse de ver mais os filhos - a quem o trabalho deixa pouco tempo para cuidar dela -, Célia sente-se satisfeita com a sua actual situação.*

Mas, há dias, um colaborador do centro de dia disse a Célia, em tom algo indignado, que era inconcebível a falta de apoio da parte dos filhos. “Conheço uma residência aqui perto e vou ver se trato dos procedimentos necessários para que a senhora vá para lá viver, estaria muito melhor”, afirmou.

8.

Talvez o colaborador do centro de dia esteja a agir com muito boa vontade e pense que está a fazer o melhor para Célia. No entanto, não está. Vejamos:

- O colaborador teve um comportamento discriminatório, ao criticar sem conhecimento de causa a atitude dos filhos de Célia G.;
- Propôs-se partilhar com uma estrutura residencial informação sobre Célia, sem a sua devida autorização;
- Quis tomar decisões que só a Célia dizem respeito, o que não contribui para a sua autonomia nem promove a sua independência, nem respeita a sua autodeterminação.

No trabalho com pessoas como Célia, que nos preocupam, não devemos fazer o que achamos melhor sem consultar o próprio sobre o que ele pensa ser melhor para si.

Por vezes é difícil aplicar a abordagem positiva. **As melhores decisões são as que contam com a vontade do próprio residente.** Em casos difíceis, é bom partilhar as dúvidas com a equipa de trabalho. Devemos sempre considerar que temos atitudes, ideias, crenças e valores que influenciam a forma como nos relacionamos e desempenhamos o nosso trabalho.

Ajudar os residentes a lutar pelos seus desejos

Quando prestamos atenção ao que as pessoas contam sobre a sua vida, ouvimo-las recordar experiências e episódios, relatar os seus êxitos e decepções, exprimir medos, ansiedades, sofrimentos e alegrias. Podem também revelar-nos os seus desejos e projectos para o futuro. Não só por palavras, mas também pelo tom de voz, a linguagem corporal e a expressão facial. É nossa função escutá-los e estimulá-los, delicadamente, a acreditar e a lutar pelo que ambicionam e a confiarem em toda a colaboração possível que nos solicitarem.

A nossa realização profissional, enquanto colaboradores de uma estrutura residencial, deve passar também por vermos atingirem seus objectivos aqueles a quem prestamos cuidados. É bom constatar que gerem positivamente as suas limitações, se tornam mais autónomos, capazes e independentes, e que se sentem realizados com as suas novas conquistas.

Quem presta cuidados deve ajudar os residentes a acreditar que vale a pena estabelecer novas metas, e que serão capazes de atingi-las.

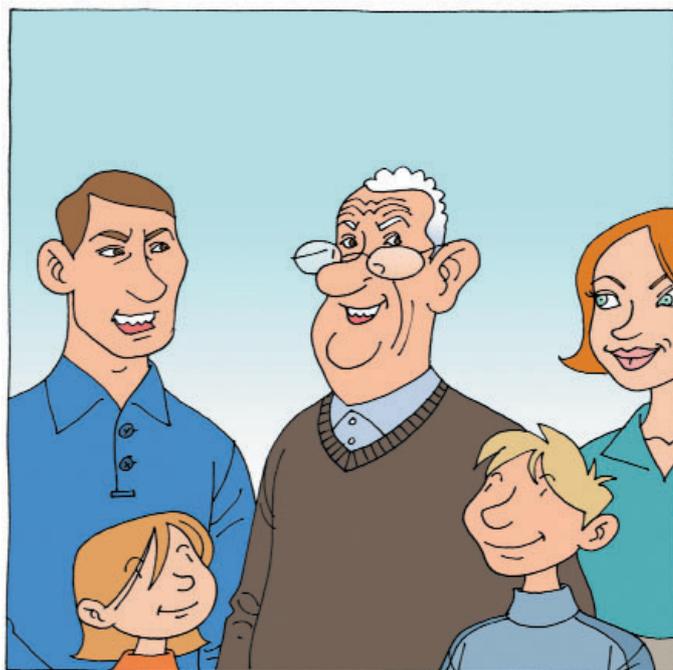
Ajudar os residentes nas relações sociais

8.

Como vimos no Capítulo B (1.3), todos precisamos de **amar e ser amados**. Quem está em acolhimento residencial também. É especialmente importante **não perder o contacto** com as pessoas de quem gosta - família e amigos -, com os animais de estimação e os objectos de valor sentimental.

As visitas da família e dos amigos são um momento de fortalecimento de laços do residente com aqueles que ama. Devemos, pois, **estimulá-las e ajudar a organizá-las**.

Quando um residente recebe visitas, todos os colaboradores da estrutura residencial devem recebê-las com a maior gentileza e nunca fazer-lhes sentir - nem ao residente - que estão a mais. Pelo contrário, devem pô-los à vontade, oferecer-lhes, por exemplo chá ou café, e respeitar a sua privacidade com o visitado. O residente pode também querer visitar familiares ou amigos, no que deve ser encorajado e se necessário acompanhado.



Para além das visitas, há formas de contacto à distância - cartas, postais, e-mails, telefonemas, fotografias ou vídeos. É conveniente dá-las a conhecer ao residente e ajudá-lo a utilizá-las.

8.

Mas o acolhimento residencial é também uma oportunidade para fazer **novas amizades**, de falarmos sobre nós próprios e de nos sentirmos apreciados. Os **sentimentos de pertença** são importantes para o nosso bem estar. Como colaboradores de uma estrutura residencial, podemos ajudar o residente a sentir-se bem no novo meio.

Ajudar os residentes a participar em actividades

Ter interesses e participar em actividades é saudável. Preenche a vida, ocupa o pensamento, ajuda a relaxar e exercita as capacidades.

Devemos pois, descobrir o que os nossos residentes gostam de fazer, aquilo para que têm jeito, as actividades em que já têm experiência e as que gostariam de aprender, como por exemplo: jardinagem, pintura, leitura, música, desporto, actividades manuais, jogos. A sua adesão pode fortalecer-se com a sua participação na programação e organização das actividades (ver B 6.8).



A participação dos residentes nas actividades e eventos que tenham lugar na comunidade - festas, passeios, sessões de teatro, de cinema, desporto, visitas a museus - incentiva as boas relações entre a estrutura residencial e a comunidade e o bem estar

dos residentes. Deve-se por isso informar os residentes e facultar-lhes o acesso a elas. Outra forma de reforçar essa relação é a disponibilização de espaços da estrutura residencial para os organismos da comunidade desenvolverem actividades.

A estrutura residencial deve ser reconhecida pela comunidade como uma mais valia e é importante que os residentes disso se apercebam e para tal colaborem.

A própria estrutura residencial também pode promover actividades que vão ao encontro dos interesses dos residentes e da comunidade. Para encorajar os mais tímidos ou relutantes - mas respeitando sempre a sua vontade de participar ou não - os colaboradores podem e devem participar nas actividades.

Ajudar os residentes a manter a mobilidade

A independência e a autonomia - cuja importância já aqui sublinhámos - passa por sermos capazes de ir onde queremos. Depender de outros para se movimentar penaliza a auto-estima. A estrutura residencial deve permitir a mobilidade a quem nela vive. Como podemos assegurá-lo? (ver B 6.10).

- Retirando obstáculos à mobilidade, como por exemplo tapete soltos;
- Providenciando ajudas técnicas (por exemplo: cadeiras de rodas e andarilhos) aos residentes;
- Ensinando a utilizar as ajudas técnicas;
- Assegurando que as ajudas técnicas se mantêm em boas condições;
- Acompanhando os residentes em saídas e visitas, garantindo que estão seguros e confortáveis, mas sobretudo que mantêm a sua dignidade;
- Encorajando os residentes a planear e realizar saídas e visitas.

9. Comunicação

A comunicação é um aspecto central da vida de qualquer estrutura residencial. Os seus membros **têm de saber comunicar entre si e com o exterior**. É essencial que o façam de forma eficaz, já que não se podem prestar bem os cuidados necessários sem conhecer os sentimentos, desejos, necessidades e preocupações dos residentes.

Antes da prestação de qualquer cuidado ou da realização de qualquer actividade deve ser dada informação suficientemente clara sobre o que se vai fazer e qual a participação que se espera do residente. No caso deste recusar a intervenção, deve-se tentar conhecer a razão da sua atitude e, se conveniente para o residente, tentar motivá-lo, sempre com respeito pela sua opção.

8.

Estimular a comunicação

A forma mais natural de saber o que pensa, quer ou sente um residente é junto do próprio. Devemos privilegiar o residente enquanto fonte directa de informação. Ao fazê-lo, respeitando sempre a sua privacidade, não só mostramos interesse por ele, como lhe damos sinais de que acreditamos na sua capacidade de avaliar e exprimir os seus problemas e desejos. Isto reforça a relação de confiança que tem de estar na base do nosso trabalho.

Embora a comunicação possa ocorrer com vários intervenientes ao mesmo tempo, é importante **escutar cada residente individualmente**. A estrutura deve criar mecanismos que promovam a comunicação a dois.

A comunicação deve ser cultivada. Não é admissível que, por exemplo, a directora técnica, só fale isoladamente com o residente na altura do acolhimento e depois não volte a fazê-lo periodicamente.

Na comunicação há que ter em conta as capacidades de expressão de cada um dos residentes e utilizar todos os meios possíveis para que essa expressão resulte clara e o residente se sinta à vontade e confiante. Podem ajudar à comunicação algumas técnicas e aparelhos ou pessoas de apoio, como por exemplo: imagens, linguagem gestual, Braille, aparelhos auditivos ou intérpretes.

Alguns conselhos para melhorar a comunicação com residentes com dificuldades ao nível:

Visual

- dirija-se ao residente pelo nome, falando-lhe à medida que se aproxima, para que ela o possa conhecer, sentir a sua presença e localização; assim reforçará o contacto humano e reduzirá a sensação de isolamento;
- conduza a pessoa, oferecendo-lhe o braço como guia, uma vez que pode antecipar os seus movimentos, caminhando ligeiramente atrás de si, enquanto remove eventuais obstáculos físicos;
- explique sempre o que está a fazer, minimizando o medo do desconhecido;
- promova um contacto físico cuidadoso e frequente, para aumentar a estabilidade e a segurança;
- use uma linguagem verbal clara e simples, segundo a idade do residente e evitando referências visuais;

Auditiva

A maioria das pessoas com dificuldades auditivas, faz alguma leitura dos lábios, mas nem o “melhor leitor de lábios” consegue decifrar mais de 1/4 da mensagem transmitida. Assim a captação da mensagem também se baseia na expressão facial e linguagem corporal do interlocutor.

Para uma boa comunicação com residentes com deficiência auditiva, deve-se receber clareza no rosto, para evidenciar as suas expressões faciais. Deve estar em frente da pessoa, ao mesmo nível dos olhos, e:

- falar claramente, devagar e com linguagem simples;
- não gesticular de forma exagerada;
- minimizar os sons provenientes do exterior, pois podem mascarar o discurso;
- não falar alto porque os sons agudos são de percepção difícil para as pessoas idosas;
- perguntar ao residente qual o seu meio de comunicação preferencial; por exemplo utilizar imagens.

Temos de dar ao residente todas as possibilidades de se exprimir.

Ser um bom comunicador

Só vale a pena encorajar os residentes a expressarem-se se soubermos ouvi-los. O nosso comportamento ao comunicar influencia o do interlocutor, e vice-versa. A postura física, o tipo de discurso, a atenção que prestamos, a empatia que transmitimos, são factores que vão determinar a informação que conseguimos obter e fazer passar, podendo estimular o residente a exprimir-se ou, pelo contrário, intimidá-lo e desmotivá-lo.

8.

Como estimular a comunicação	Como afastar a comunicação
Falar claramente e fazer-se entender	Murmurar, resmungar, balbuciar
Usar palavras e expressões compreensíveis por todos	Usar termos técnicos, gírias e calão
Falar com volume e rapidez adequados	Falar muito depressa, muito baixo ou muito alto
Usar um tom de voz adequado	Falar sem ter em atenção o momento emocional do residente
Usar linguagem corporal que demonstre interesse e atenção	Ter um ar maçado e ansioso por ir embora
Usar formas de comunicação apropriadas às pessoas (<i>ex.: escrita, imagens</i>)	Usar meios de comunicação que não se dominam
Ajudar as pessoas a comunicar entre si	Não promover a comunicação entre as pessoas
Respeitar as condições, preferências e expectativas dos residentes ao comunicar com eles	Falar com todos da mesma forma, sem atender ao género, idade e história da pessoa

Linguagem Corporal

Não só de palavras vive a comunicação, como já vimos. A **linguagem corporal** é um elemento essencial do acto de comunicar, porque, quando correcta, transmite atenção, interesse e confiança. Durante uma conversa, podemos e devemos adoptar uma postura que facilite a comunicação:

- olhar o interlocutor de frente enquanto se fala;
- falar ao nível do olhar: se o residente se encontra sentado, sentamo-nos ou colocamo-nos de cócoras para falar com ele, nunca falar de cima para baixo;
- adoptar uma postura relaxada, levemente inclinada, que ajuda à concentração;
- mudar de tom de voz de acordo com os sentimentos expressos;
- usar expressões faciais - sorrir, franzir o sobrolho, fazer cara de espanto - para reforçar o que se está a dizer, ou a reacção ao que se ouve;
- acenar com a cabeça e dar sinais encorajadores com “sim” ou “hmm”; evitar rufar dedos, bocejar ou mostrar tédio.

Outro elemento de comunicação é o contacto físico. Um abraço ou uma festinha na mão, de forma natural e não infantilizante, podem exprimir solidariedade e reforçar a relação. Actos como apoiar um residente com problemas de visão ou mobilidade, ou ajudá-lo em actividades quotidianas como o banho ou a alimentação, são também formas de comunicar e estabelecer relações de confiança, se realizadas afectuosamente.



Todavia, é bom não esquecer que **nem todas as pessoas aceitam da mesma maneira o contacto físico**. Como se sentiria se alguém que não conhece o tocasse? Ou imagine que a sua religião só permitia o contacto físico entre parentes próximos? Ou que tinha sofrido abusos sexuais?

Nestes casos, o contacto físico pode inibir a comunicação em vez de ajudá-la. Para usar o contacto físico na relação com os residentes, temos de ter a certeza de que **teremos a sua permissão** para o fazer e **sentimos o à-vontade necessário**. Devemos usar palavras e gestos que transmitam respeito, confiança e segurança.

O **toque** é especialmente útil para residentes que têm problemas de vista ou audição. A linguagem gestual, os textos em Braille ou o equipamento vibratório, são apoios que devem ser utilizados de acordo com as situações e as preferências de cada residente.

Ler nas entrelinhas

Em conversa com uma colaboradora, Alfredo V. Mostrou-se preocupado com os problemas da sua filha. Ela trabalha muito, tem três filhos - um dos quais com problemas de aprendizagem - e o marido colabora pouco nas tarefas domésticas. Alfredo diz que é por isso que ela o tem visitado menos nos últimos tempos.

- Sentir-se-á Alfredo V. diminuído pela ausência da filha e pretende justificá-la?
- Sentir-se-á Alfredo frustrado por não conseguir ajudar a filha?
- Ou será esta a forma que encontrou de exprimir a sua tristeza pela falta de visitas, cuja razão, na realidade, desconhece?
- A sua explicação comporta um pedido implícito de ajuda para que a filha o visite?

Os residentes podem ter **dificuldade em referir-se a certos assuntos** - porque são dolorosos ou traumáticos, porque causam medo ou vergonha ou por recearem não ser levados a sério. Nesse caso, podem esconder o que sentem ou abordar tais assuntos de forma indirecta, através de eufemismos ou alusões.

Para entender estas pistas, há que saber **ler nas entrelinhas**. No entanto, temos de ter muito cuidado ao fazer esta leitura. As interpretações que fazemos têm de ser **prontamente verificadas** com toda a delicadeza e rigor. É bom não esquecer que o nosso estado de alma também influencia a forma como percebemos as coisas.

Existem outras fontes para obter informação sobre o residente, sobre os seus problemas, angústias, gostos e preferências. São eles a família, os amigos, outros profissionais que convivem com ele, porém sempre com respeito pela intimidade do residente.

Barreiras de comunicação

A comunicação torna-se difícil quando há barreiras que impedem as pessoas de se expressar.

Graça P. Foi ao centro de saúde acompanhada de um colaborador da residência onde vive. Veio consultar o médico, porque está muito preocupada com a sua saúde. A sala de espera é quente, pouco arejada e tem um aspecto triste. O barulho do trânsito, dos telefones e a conversa das secretárias é insuportável. A recepcionista chama-a e pergunta-lhe uma série de coisas, num vocabulário cheio de expressões médicas. Parece apressada, talvez devido à quantidade de pessoas que estão por atender.

Será que nesta situação a recepcionista vai obter a informação de que necessita? É pouco provável. Vejamos as barreiras de comunicação existentes:

- **Graça fica angustiada por não compreender o que lhe é dito e a recepcionista está com pressa:** estas emoções vão tornar mais difícil que Graça se exprima claramente e que a recepcionista a ouça com atenção;
- **O centro de saúde é barulhento e pouco acolhedor:** quando está demasiado frio ou calor, ou quando não se vê ou não se ouve bem, é mais difícil trocar informações;
- **A recepcionista usa termos técnicos que Graça desconhece:** se não se compreende o que o outro está a dizer, é impossível comunicar.

Situações como estas são muito comuns, e daí que haja tantos mal-entendidos. Assim, os colaboradores de uma estrutura residencial têm de prestar especial atenção às barreiras que dificultam a comunicação e contribuir para eliminá-las. Não nos esqueçamos que muitas dessas barreiras estão em nós próprios.

Barreiras de comunicação	O que fazer?
Problemas emocionais, preocupação, stress	Ser sereno, paciente, mostrar compreensão e solidariedade, saber ouvir
Línguas diferentes	Usar um tradutor ou intérprete ou aprender a comunicar na língua do residente
Calão, gíria profissional	Explicar o significado das palavras ou usar alternativas mais compreensíveis
Ambiente incómodo e dificuldades de vista e/ou audição	Tentar melhorar o ambiente e assegurar-se de que os aparelhos auditivos e óculos estão em bom estado

8.

Comportamentos agressivos

Comportamentos agressivos da parte de um dos interlocutores também podem ser uma barreira à comunicação. Eles podem ser físicos - agressão, violência, auto-flagelação - ou verbais - insultos, gritos, palavrões. São sempre **faltas de respeito** e, como tal, inadmissíveis, tornando-se indispensável a procura dos meios para os evitar.

Um residente pode tornar-se agressivo por diversos motivos:

- Está em stress porque recebeu más notícias;
- Está tenso devido ao barulho, ou ao seu estado físico ou psíquico;
- Tem a auto-estima diminuída por ter perdido a sua independência;
- Está sob medicação ou de tal forma confuso que perdeu o discernimento e controlo sobre o seu próprio comportamento.

Qualquer pessoa que já tenha perdido o domínio de si sabe quão difícil é parar para ouvir e pensar de forma racional. Enquanto colaboradores de uma estrutura residencial, temos de saber evitar qualquer escalada de ânimos que leve à perda de auto-controlo.

Face a uma situação de descontrolo, há que tentar manter a calma e serenar as pessoas. Isto pode-se conseguir através de palavras sensatas, linguagem corporal e um tom de voz que transmita serenidade e segurança. No entanto, se a situação se tornar violenta e insegura, a prioridade deve ser a salvaguarda das pessoas envolvidas, incluindo o próprio colaborador, sem prejuízo do cuidado primordial com pessoas em situação de vulnerabilidade e pedir ajuda. Não tente resolver sozinho situações destas sem ter a devida experiência. Se ocorrerem, promova a sua análise na reunião de equipa.

A estrutura residencial deve ter procedimentos explícitos, entre os quais o preenchimento de uma ficha de ocorrência (ver anexos), para estas situações, incluindo a forma de reportá-los à equipa e instâncias de coordenação e de direcção.

10. Conflitos

Numa estrutura residencial, como em qualquer comunidade, desencadeiam-se **conflitos**. São situações em que comportamentos ou interesses de duas ou mais pessoas colidem, gerando-se confronto entre as partes. Os conflitos são um aspecto normal da convivência social, mas há que dar-lhes resolução.

Em cada situação de conflito ou crise há que considerar os **antecedentes**, o **comportamento** e as suas **consequências**.

Vejam os seguintes exemplos:

António M., recebeu um telefonema a informá-lo que no fim de semana que se aproxima não teria a visita de sua família. De seguida foi até à sala de convívio, onde outra residente, Juliana S., via televisão. António sentou-se ao lado dela.

Nenhum dos dois parecia interessado no programa que estava a dar. Juliana tomou, por isso, a iniciativa de mudar de canal. António protestou, com maus modos, e de imediato se desencadeou uma discussão entre ambos.

O que lhe parece que originou o conflito?

O conflito sobre o canal de televisão pode, na verdade, ter sido criado pelo facto de António não poder ir a casa, ou pela impossibilidade de os familiares o visitarem. António deslocou a sua frustração ou zanga para a primeira oportunidade de conflito que lhe surgiu: no caso, o canal de televisão que Juliana via calmamente e que nada tem a ver com as verdadeiras razões da zanga de António.

Nesta situação a reacção emocional do António à notícia de que não tem visitas da família, parece ter sido um acontecimento **antecedente** ao conflito que o motivou.

8.

Vejamos outra situação:

Numa estrutura residencial, uma monitora está a ajudar três residentes na elaboração de quadros para a exposição de Natal. Aparentemente todas estão a realizar o trabalho sem dificuldades, pelo que a monitora se retira por um período de tempo curto.

Quando a monitora regressa, as residentes Graça P. e Berta E. estão a discutir por causa de um pincel. Berta chora e diz que vai destruir o seu próprio trabalho. Resolvida a discussão, a monitora apercebe-se que Berta apenas desenhou a carvão e ainda não começou a pintar, enquanto as outras duas residentes estão quase a concluir os seus quadros. Por isso, a monitora senta-se junto de Berta e conversa com ela enquanto esta completa o seu trabalho, o que acaba por fazer com êxito.

Nesta situação o que originou o conflito? Terá sido o pincel? Que outra razão poderá existir para que Berta e Graça, que como vimos anteriormente até são amigas, tenham discutido?

Em muitas ocasiões de conflito, a resposta para o mesmo está, como vimos, na consideração das circunstâncias que o antecederam, no entanto também pode estar intimamente relacionada com o comportamento dos outros face ao acontecido. É possível que Berta estivesse à procura de atenção individualizada ou de ajuda para fazer o seu trabalho. Sem saber como obtê-la, desencadeou um conflito e ameaçou destruir o trabalho. Desta forma, levou a monitora a prestar-lhe atenção, acabando por ajudá-la a terminar a tarefa com êxito.

Nesta situação parece ter sido a necessidade de atenção, que levou a residente a desencadear o conflito, que assim surge como “estratégia”, ou seja, foi o consequente comportamento da monitora face ao conflito que parece ter desencadeado o mesmo.

Às vezes é mais fácil para o residente originar um conflito do que pedir ajuda ou atenção directamente.

Como vimos pelos exemplos anteriores, o conflito pode ter a sua origem nos factos que o antecederam ou ter como objectivo desencadear uma reacção no meio e nos outros. Assim, ao analisar um comportamento ou uma situação de conflito, temos de ter

em conta **os antecedentes, o comportamento em si e as suas consequências**. Só assim podemos fazer uma avaliação real da situação.

É importante registarmos com precisão (ver ficha em anexo) todas as situações de conflito, para podermos intervir adequadamente.

Conflitos que envolvem colaboradores

Mas os conflitos podem surgir também entre residentes e colaboradores, ou mesmo entre colaboradores. A falta de pessoal, o excesso de responsabilidade e tarefas distribuídas a cada colaborador, e a falta de períodos de reflexão e convívio entre as pessoas que compõem a estrutura residencial contribuem em grande medida para um aumento da tensão relacional.

A criação de momentos de reflexão conjunta e lazer pode diminuir o sentimento de mal-estar e cansaço pelo excesso de trabalho, manifestado por muitos colaboradores da área social.

Ninguém pode cuidar bem de outro se não cuidar bem de si. Este princípio deve ser entendido como preventivo de situações de maior dificuldade e com custos mais elevados para a instituição. Deve ser preocupação desta a previsão de um sistema de prevenção dessas situações e o acompanhamento e ajuda aos colaboradores quando as mesmas ocorrem.

Mitos sobre o conflito

O conflito no local de trabalho é disfuncional - O conflito pode ser disfuncional, mas não tem de o ser. Quando bem gerido, pode ajudar a construir relações no local de trabalho, a melhorar a eficácia do trabalho em conjunto e a atingir os objectivos da estrutura residencial.

Se evitado, a situação de conflito acaba por desaparecer - Não é provável. Pode desaparecer por uns tempos, mas em qualquer momento vem à superfície. Alguns conflitos menores podem resolver-se com o tempo, mas a maioria das situações implica uma gestão e intervenção específicas.

Todos os conflitos têm resolução - Nem todos os conflitos podem ser resolvidos, porque não é possível suprimir todas as diferenças de valores, perspectivas, crenças, maneiras de ser, necessidades. Mas os conflitos podem ser geridos, minimizando-se o seu efeito.

8.

De um conflito resulta sempre um vencedor e um vencido - Não é verdade. Existem inúmeras possibilidades de resultados diferentes na gestão de conflitos. O objectivo desta não é encontrar a razão de um lado e o erro do outro. É, sim, encontrar uma conciliação entre os sentimentos e interesses das pessoas envolvidas.

São precisas duas pessoas para resolver o conflito - **Na realidade basta uma pessoa para pôr termo a um conflito.**

Verdades sobre o conflito

O conflito vai sempre ocorrer - O conflito é natural quando diferentes pessoas trabalham e partilham o mesmo espaço. Não é indicativo de que se passa algo de anormal. A questão é o que fazer quando o conflito ocorre. Interiorizar os princípios da Ética e da dinâmica da discussão, considerando o ponto de vista do outro, constitui auxílio valioso.

A maioria dos conflitos podem ser resolvidos - Existem diferentes maneiras de gerir um conflito: Evitando-o; concordando para discordar; ficando cada pessoa com a sua opinião/ideia; argumentando com convicção até persuadir o outro de que a sua ideia/opinião é que está correcta; encontrando um consenso comum/mútuo.

Também existem capacidades básicas que podem ajudar a uma maior eficácia na gestão de conflitos no trabalho: conversar, ouvir e compreender a perspectiva e as necessidades das outras pessoas; aceitar outras alternativas e estabelecer, com sensatez, limites para as formas de manifestar desacordo.

Os conflitos podem ajudar a fortalecer as relações - Acreditem que esta afirmação é verdadeira! Quando duas pessoas se juntam para resolver as suas divergências e trabalham em conjunto nesse sentido com total honestidade, desse processo resultam equipas de trabalho mais fortes e relações interpessoais mais sólidas e estáveis.

O conflito pode ser um motor de mudança - Poucas pessoas e/ou organizações mudam, a não ser que se confrontem com algum conflito ou problema. O entendimento resultante da resolução de um conflito traz frequentemente mudanças positivas.

Só é necessária uma pessoa para começar a resolver o conflito - Vamos repetir este ponto, porque ele é de facto muito importante. Basta uma pessoa para começar a resolver o conflito. Isto é, se ficarmos cada um no seu lado, à espera do outro, para começar a resolução do conflito, a tendência é para o agravamento da situação.

Estilos de resolução do conflito

8.

Estratégia	Comportamento Habitual
Afastamento <i>Perde/Perde</i>	Ignorar um conflito, quando não é verdadeiramente importante para nenhuma das partes. Pode ser uma boa solução temporária, especialmente para permitir que os intervenientes se acalmem. Sobretudo quando a tentativa de resolução poderá criar maiores danos relacionais ou gerar novos problemas.
Acomodação <i>Perde/Ganha</i>	Quando é mais importante preservar a relação do que concordar ou discordar e/ou quando o assunto é mais importante para uma pessoa do que para outra.
Competição <i>Ganha/Perde</i>	Resolver os conflitos por imposição de domínio ou poder. Funciona quando é urgente tomar uma decisão activa ou quando é necessário implementar mudanças impopulares. O assunto , neste caso, é mais importante do que as pessoas envolvidas.
Compromisso <i>Ganha/Perde</i> <i>Ganha/Perde</i>	Neste processo, cada pessoa consegue algo, mas também terá de abdicar de algo. O desafio é contrabalançar os ganhos e perdas individuais. É a melhor forma de resolver conflitos quando tanto o assunto como as pessoas são importantes e quando queremos atingir uma base comum.
Colaboração <i>Ganha/Ganha</i>	A melhor estratégia , mas a mais difícil e que mais tempo leva a conseguir. Envolve tempo para entender as posições e interesses do outro, identificar áreas de concordância e divergência, avaliar as alternativas e procurar soluções que tenham o apoio e compromisso das duas partes.

Vamos aprofundar a **resolução colaborativa** de conflitos, pois, como referimos, embora seja a **mais difícil** e a que consome **mais tempo**, é a **melhor estratégia**. A resolução colaborativa comporta três fases.

De início, tem de haver uma **preparação individual**, durante a qual há que perceber o que está a correr mal. Definamos a situação e os nossos sentimentos. Que problemas e necessidades temos para resolver, e qual a nossa posição perante eles? Que valores culturais e estereótipos estão a interferir connosco? E com o nosso interlocutor? É muito importante colocar-se na perspectiva do outro.

8.

A segunda fase é uma **reunião de resolução de conflitos**. Nela, devemos analisar a situação e considerar as opções que se nos deparam com as respectivas vantagens e desvantagens. Esta reunião deve decorrer num local e horário adequados a todos os intervenientes e deve incluir algum tempo de reflexão. Nela devemos perguntar-nos o que sentimos e porquê, tentando expressá-lo de forma calma, inteligível e facilitadora da resolução do conflito.

É importante que a comunicação sobre conflitos seja feita pela positiv - sem julgar, sem insultar, usando mais a primeira pessoa do que a segunda pessoa e fazendo uso da escuta activa. Todos devem ser ouvidos e compreendidos.

Encontrada uma solução, há que dar **seguimento** ao plano de acção estabelecido. Deve-se marcar uma reunião para avaliação e ajudar os intervenientes a implementar as acções que se acordou levar a cabo. O plano de acção pode ser revisto sempre que necessário.

11. Informação escrita

Até aqui falámos sobre comunicação directa - oral, gestual, pictórica - entre colaboradores e residentes, ou entre colegas. Mas numa estrutura residencial muita da informação circula em **documentos escritos**. São disso exemplo os processos individuais dos residentes, registos médicos, gráficos de observação, prescrições de medicamentos e dietas, registos no livro de reclamações, ocorrências e até a transmissão por escrito dos recados recebidos por telefone na recepção.

Na estrutura residencial deve haver documentos que orientam os colaboradores no desempenho das suas funções, como por exemplo:

- **Plano de cuidados**, que descreve aqueles a que o residente tem direito e qual papel de cada colaborador na prestação desses cuidados;
- **Procedimentos de segurança**, para actuação em caso de acidente ou incêndio.

Outros, produzidos pelos próprios colaboradores, servem para transmitir informação aos colegas e aos técnicos sobre os residentes:

- Os **registos de ocorrências** permitem aos colaboradores terem conhecimento, por exemplo, de perturbações que um residente manifeste; também servem para que a Direcção saiba que tipo de medidas de saúde e segurança precisa de adoptar;
- Os **registos diários** informam os colegas de cada turno do estado dos residentes.

A informação escrita é especialmente sensível. Em caso de dúvida, o receptor nem sempre pode confirmar junto do emissor os objectivos ou conteúdos da mensagem.

Assim, é essencial que a informação escrita seja **legível** e **compreensível**. É porém importante que, nas mudanças de turno, haja momentos de comunicação verbal sobre as ocorrências entre os colaboradores que prestaram serviço e aqueles que o vão continuar.

Se um recepcionista atender uma chamada para um colaborador que saiu para almoçar e deixar esta mensagem escrita:

Na tua hora de almoço a Paula L. ligou a campainha não funciona hoje vem cá um tipo. Zé.

É evidente que o colaborador não vai perceber tudo, pelo menos à primeira. Não houve o cuidado de escrever de forma clara, sem indicação sequer do dia da comunicação que se pretendeu transmitir. A mensagem pode facilmente tornar-se inútil ou enganadora.

Toda a informação escrita deve ser **clara, objectiva e concisa**, dizendo apenas o que é relevante para a mensagem que se quer transmitir. A seguinte nota, apesar de correctamente escrita, dispersa-se em pormenores irrelevantes:

O Senhor Xavier não comeu muito ao pequeno-almoço. Comeu um bocado de ovo, mas deixou o pão e pousou a chávena na mesinha de cabeceira. Estava frio.

Quando recolhi o tabuleiro ele estava a ver televisão, um programa sobre jardinagem. Ele disse-me que gostava de cuidar das plantas. Até tinha uma horta e chegou a vender legumes que não gastava em casa. P. Silva, 17 Abril, 10h30.

Outro cuidado a ter na produção de informação escrita é o de registar apenas factos que possam ser verificados. O que escrevemos influencia o serviço prestado por quem nos lê, pelo que devemos ser, tanto quanto possível, exactos e objectivos.

8.

O que é que está mal no seguinte registo?

A Joaquina S. esteve impossível hoje à tarde. Pôs-se a espernear quando lhe fui dar o lanche. Tem uma nódoa negra no braço, deve ter caído outra vez. Francisca G., 18 Maio, 19 horas..

Para percebermos o que está mal, basta pensarmos como se sentiria a Joaquina S. se lesse, por acaso, esta nota, segundo a qual “esteve impossível” e “pôs-se a espernear”. Não poderia sentir-se insultada ou vexada? É preciso ter cuidado com comentários subjectivos, que espelham um ponto de vista pessoal e não uma realidade verificável. Da mesma forma, não devemos escrever que a Joaquina “deve ter caído” sem confirmar se foi isso que aconteceu.

Um **registo correcto** sobre esta residente seria:

*Joaquina S. não estava a sentir-se bem esta tarde, sobretudo quando lhe dei de lanchar. Tem uma nódoa negra no braço, é preciso investigar porquê.
Francisca G., 18 Maio, 19 horas.*

Em suma, a informação escrita que circula na estrutura residencial deve ser:

- Fácil de ler;
- Fácil de entender;
- Concisa;
- Relevante;
- Factual;
- Verificável.

Trocas de informação e confidencialidade

Zélia C. e Gaspar S. são colaboradores de uma estrutura residencial. É frequente almoçarem juntos no refeitório. Certo dia, ao tomarem café, comentam o caso do residente Alfredo V., a quem ambos prestam cuidados e que ultimamente tem andado agitado e irritadiço. Zélia e Gaspar falam em voz alta, sem se preocupar com o facto de haver mais gente por ali - residentes, visitas e outros colaboradores.

Às tantas, uma senhora aproxima-se. Apresenta-se como vizinha de Alfredo V. e diz que veio visitá-lo, porque conhece bem a família. Afirma ainda que sabe que estão com problemas financeiros. É natural que Alfredo ande nervoso, acrescenta, já que lá no bairro comenta-se que ele pode ter de abandonar a estrutura residencial por não ter dinheiro para pagar a mensalidade. Zélia e Gaspar não tardam a comentar o caso com outros colaboradores.

O fluxo de informação dentro da estrutura residencial é um assunto muito sensível: quem deve ter acesso a quê? Quem transmite o quê a quem? Que uso se dá à informação obtida? Divulga-se? Onde, como, a quem?

A **privacidade** é um valor importante das estruturas residenciais e um direito de todos os cidadãos. Todos os colaboradores estão obrigados a manter **sigilo** sobre a informação a que têm acesso. E note-se que na estrutura residencial circula muita informação sobre os residentes, alguma dela delicada: história clínica, incapacidades físicas e mentais, sexualidade, religião, gostos e preferências, relações pessoais, problemas financeiros, antecedentes criminais. Não foi seguramente de ânimo leve que o residente forneceu essa informação à estrutura residencial, mas sim para estabelecer uma **relação de confiança**.

Os colaboradores da estrutura residencial não devem falar dos residentes e dos seus casos fora dos espaços devidos. No interior do edifício, nunca devem fazê-lo em locais em que possam ser ouvidos, bem como no exterior. Ter, por exemplo, uma conversa à mesa do café sobre assuntos da intimidade deste ou daquele residente, constitui uma quebra ética e deontológica com repercussões graves.

Como acha que se sentiria um residente se toda a gente na estrutura residencial ficasse a saber que foi abusado sexualmente, ou que passou algum tempo na prisão, sofreu de depressão que o levou a reformar-se antecipadamente? Não se pode revelar por-

8.

menores - comprometedores ou não - sobre a vida de uma pessoa sem a sua autorização explícita. Além da revolta e do stress que isto pode causar, quebra-se a confiança entre o residente e a estrutura residencial ou, pelo menos, com o colaborador que violou o **dever de confidencialidade**.

A estrutura residencial tem de honrar a confiança que o residente nela deposita.

Algumas regras básicas ajudam a cumprir esse preceito no quotidiano:

- Os colaboradores nunca devem falar sobre um residente à frente de outros residentes, familiares ou visitantes;
- Devem existir espaços próprios para colaboradores e técnicos debaterem os problemas dos residentes;
- Os processos dos residentes devem estar guardados num local próprio e de acesso restrito;
- A informação em suporte informático deve estar protegida com passwords;
- Os colaboradores e técnicos devem ter acesso apenas à informação estritamente necessária para fazerem o seu trabalho;
- Quando um colaborador terminar a consulta de qualquer documento ,deve repô-lo imediatamente no seu lugar reservado;
- A informação sobre a vida do residente antes de chegar à estrutura residencial deve ser reservada, dando-se a conhecer aos colaboradores apenas os dados que possam exigir uma intervenção a qualquer momento (exemplo: epilepsia, diabetes, tensão alta);

Os limites da confidencialidade

Por vezes é necessário quebrar a confidencialidade, ou seja, pode ser preciso transmitir informação sobre um residente sem ter a sua autorização expressa. Constitui uma excepção que só pode acontecer se estiver em risco a integridade física ou de saúde do residente ou de terceiros.

Os colaboradores da estrutura residencial têm de comunicar frequentemente com familiares e amigos dos residentes, que se interessam pelo seu estado. Por muito boas que sejam as suas intenções, nenhuma informação deve ser dada sem o consentimento do residente, directamente ou pelo seu representante legal. O residente pode não querer que os seus familiares ou amigos saibam que cuidados está a receber, ou as razões por que os recebe.

Além disso, o colaborador deve ter o cuidado de certificar-se da identidade das pessoas que pedem informação sobre um residente.

Espaços e Documentos

Para assegurar níveis adequados de qualidade no funcionamento de uma estrutura residencial é necessário cumprir o disposto nos diplomas vigentes e observar as normas técnicas prescritas.

A qualidade de intervenção exige especial cuidado na organização dos espaços e na elaboração e gestão dos documentos.

1. Documentos

É importante que todos os membros de uma estrutura residencial saibam qual é o seu papel e conheçam as regras de funcionamento. Por outro lado, a gestão do quotidiano numa comunidade viva exige uma troca de informações eficaz.

Há documentos abrangidos pela exigência de confidencialidade, como por exemplo os processos individuais e processos clínicos, e outros que devem ser do conhecimento geral de directores, colaboradores, residentes, familiares e visitantes.

Alguns exemplos dos documentos a elaborar e divulgar:

Documentos	Conteúdo
Organigrama	<ul style="list-style-type: none"> • Representação gráfica dos vários serviços da estrutura residencial, com as linhas hierárquicas entre eles.
Regulamento interno	<ul style="list-style-type: none"> • Condições de admissão na estrutura residencial; • Preçário, onde se indica o valor mensal a pagar pelos serviços contratados, o valor dos serviços extra e, caso exista um valor de admissão, o montante do mesmo; • Deveres e direitos de ambas as partes; • Serviços a prestar e destes quais os que estão incluídos na mensalidade e quais os que são considerados extras; • Horários; • Actividades promovidas.
Quadro de colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> • Listagem de todos os colaboradores remunerados com a indicação da respectiva categoria e do departamento ou serviço onde prestam as suas funções; • Listagem dos colaboradores não remunerados – voluntários – com a indicação do nome, dias e horário de presença.
Escala de serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuição dos colaboradores pelos respectivos turnos, bem como as eventuais alterações de serviço.
Mapa de férias	<ul style="list-style-type: none"> • Períodos de férias de cada colaborador.
Plano de actividades da estrutura residencial	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades promovidas pela estrutura, com indicação do local de realização e horário. Se for o caso, devem ser indicados os transportes a utilizar e os respectivos horários.
Plano de actividades de entidades da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades das entidades sediadas na comunidade, nomeadamente: igreja, centro paroquial, cinema, teatro, clube desportivo e outras. Devem ser indicados os transportes a utilizar e os respectivos horários.
Ementas	<ul style="list-style-type: none"> • Mapa de ementas a afixar, em geral semanalmente, mencionando os pratos que compõem as refeições a fornecer em cada dia (pequeno almoço, almoço, lanche, jantar e ceia); • Dietas prescritas pelo médico e/ou nutricionista. Devem estar afixadas na cozinha, com o nome dos respectivos residentes.
Livro de reclamações	<ul style="list-style-type: none"> • Registo das reclamações apresentadas pelos residentes, para serem devidamente analisadas pela Direcção • Deve publicitar-se a sua existência
Alvará <i>no caso de iniciativa privada</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Denominação do estabelecimento; • Localização; • Identificação da entidade requerente; • Actividade prosseguida; • Lotação máxima autorizada.
Folheto informativo	<ul style="list-style-type: none"> • Documento de apresentação da estrutura organizacional contendo elementos como: designação, morada, contactos, objectivos, serviços que presta e respectivo preçário.

Além destes, devem existir outros documentos que facilitam a organização da estrutura residencial.

No dia-a-dia da estrutura residencial ocorrem situações que merecem especial atenção, por fugirem à rotina ou serem sinais de alarme. Todos os acontecimentos relevantes devem ser registados num **livro de ocorrências**, nomeadamente os que possam exigir uma actuação/intervenção atempada.

Os registos devem descrever a ocorrência de forma **clara, sucinta e objectiva**, com menção do dia e da hora em que teve lugar. A direcção técnica deve consultar diariamente o livro de ocorrências, para conhecer, estudar e analisar os factos registados. Este livro deve estar devidamente paginado e rubricado pelo responsável.

Deve ser aberto um processo individual para cada colaborador remunerado ou voluntário, contendo a informação referente aos dados pessoais, formação inicial e acções de formação contínua e outros dados considerados relevantes, precedendo a autorização dos colaboradores e garantindo a sua confidencialidade.

2. Organização dos espaços físicos

A estrutura residencial, como o nome indica, é a **casa de quem lá vive**. Ora todos gostamos - mais do que isso, **precisamos** - de que a nossa casa cumpra certos requisitos que nos garantam segurança, conforto e bem-estar.

No caso das estruturas residenciais para pessoas idosas, o facto de se tratar de uma **casa colectiva** e de nela residirem pessoas com **necessidades específicas** significa que há que cumprir escrupulosamente o disposto nos diplomas e observar as normas técnicas vigentes.

Organizar o espaço físico da estrutura residencial implica, em primeiro lugar, pensar na zona em que está implantada bem como na comunidade em que se insere. A abertura da estrutura residencial à comunidade representa não só um sinal de maturidade, mas também o reconhecimento de que a qualidade de vida do residente passa pela sua inclusão social, numa perspectiva de preservação e manutenção de uma cidadania activa e das suas relações significativas.

9.

Para além de factores de natureza social, há também que considerar outros aspectos relacionados com a localização, nomeadamente: a existência de estruturas de saneamento básico, água, electricidade, gás, bom serviço de transportes públicos, facilidade de acesso e a inserção em local calmo e tranquilo, longe de estruturas ou infra-estruturas que provoquem ruído, vibrações, cheiros ou fumos.

É ainda fundamental que o edifício tenha **dimensões adequadas** ao número de residentes que acolhe, por forma a que cada um tenha espaço suficiente - individual e colectivo - para uma vida confortável. O acolhimento de novos residentes deve ter este aspecto em conta.

O edifício e as instalações devem ser mantidos **em bom estado**, reparando-se todos os eventuais estragos, avarias ou situações anómalas, logo que detectados.

A **higiene e a limpeza** de todo o edifício, mobiliário e demais equipamento, devem ser permanentemente asseguradas.

A organização do espaço físico tem de ter em conta **o acesso e a mobilidade**. As divisões e os corredores devem ter dimensões que permitam a circulação de cadeiras de rodas, andarilhos e macas e, sempre que as condições do edifício o tornem necessário, assegurar a existência de elevadores e a sua funcionalidade. As escadas e rampas devem ter corrimãos, respeitar o nível de inclinação adequado e o piso deve ser anti-derrapante.

As opções referentes à **iluminação** devem ser cuidadas, tendo nomeadamente em conta as características e funções de cada espaço, as exigências de boa visão, amenidade, recolhimento e ambiente agradável para todos e cada um dos residentes.

Devem evitar-se, nomeadamente, tons e intensidades de luz agressivos e despersonalizantes.

Em casa gostamos de sentir **conforto** e algum **calor humano**. A estrutura residencial deve ter uma decoração agradável, de acordo com a cultura local, e o gosto dos residentes. A temperatura ambiente deve ser mantida dentro de valores adequados.

Alguns residentes têm, por vezes, falhas de memória. O espaço físico pode ajudá-los a **contextualizar a sua situação**. Elementos como espelhos, relógios e calendários, bem como quadros com motivos relativos às estações do ano e outros aspectos do quotidi-

ano, **constituem meios de orientação temporo-espacial** muito úteis. Devem ser de tamanho suficiente e estar colocados em locais bem visíveis, para chamarem a atenção e serem facilmente consultados. Também a **sinalética** utilizada em toda a estrutura residencial deve ser clara e facilmente perceptível.

Espaços comuns

Os **espaços comuns** da estrutura residencial, muito embora partilhados pelos residentes, não devem impor ou facilitar a massificação. O residente deve poder, fora do seu quarto, gozar de momentos de reflexão, espiritualidade ou simplesmente estar só. Mesmo quando não se deseja estar só, é normal e natural que se formem pequenos grupos de convívio, ditados pelos afectos e as relações que se vão construindo. Para que todos tenham a oportunidade de estar de acordo com a sua vontade, deve existir **mais do que uma sala de estar**, sendo assim útil que haja outras salas ou recantos onde os residentes possam estar ou reunir-se com mais privacidade.

A estrutura residencial deve ter espaços adequados às múltiplas actividades: ateliês, ginásio, salas de jogos e semelhantes. O equipamento específico de cada uma delas deve ser de qualidade e mantido em bom estado, observando-se as regras gerais de organização do espaço tendo em vista os objectivos de segurança, mobilidade, conforto e estética agradável. Devem também existir, além de uma sala de reuniões, gabinetes diferenciados para algumas das funções desempenhadas: saúde, apoio psicológico, apoio social, apoio espiritual.



9.

Em todas as divisões, o mobiliário deve estar disposto de forma harmoniosa. É inaceitável, por exemplo, que as cadeiras da sala de estar estejam todas encostadas à parede, tipo combóio, ou formando uma plateia frente à televisão. Esta, de resto, só deverá estar ligada quando houver vontade específica de ver programas, não como fonte permanente de ocupação sem sentido. O mesmo vale em relação às aparelhagens sonoras e outros meios de comunicação.

Quartos

Os quartos podem ser individuais, duplos ou de casal. De qualquer forma, 50% dos quartos da estrutura residencial devem ser individuais. Todos os quartos deverão ter ventilação e iluminação naturais. As dimensão das portas e a disposição do mobiliário devem permitir o acesso e a circulação em cadeira de rodas.

O mobiliário do quarto deve ser individual e do próprio residente sempre que for essa a sua vontade. Deve ter fechadura de modo a garantir a privacidade do residente. Por questões de segurança deve existir uma cópia da chave na posse da direcção.

Deve haver um especial **zelo pela privacidade dos residentes** que estão em quartos duplos. Estes devem dispor de espaço de acesso e circulação entre as camas e devem ter dispositivos, como por exemplo biombos ou cortinas, que permitam intimidade e privacidade. Também neste caso é possível a existência de chave que vede o acesso ao quarto por outros residentes. Contudo, atendendo às questões de segurança, a chave deve estar da posse dos colaboradores, a quem compete garantir que os residentes não fiquem fechados no quarto.

Instalações sanitárias dos quartos

Todos os quartos devem ter instalações sanitárias próprias, com acesso privado. Estas devem ser totalmente acessíveis e permitir a circulação interior em cadeira de rodas.

O equipamento a instalar deverá incluir os apoios necessários e incluir sanita, bidé, lavatório apoiado sobre poleias e duche no pavimento. Na área destinada ao duche, o pavimento deve ser anti-derrapante e deve ser instalado um sistema que permita tanto o posicionamento como o rebatimento de um banco para o banho de ajuda. Este tipo de instalação sanitária permite o banho ajudado, caso seja necessário.

Além das instalações sanitárias dos quartos, cada piso da estrutura residencial deve possuir uma instalação sanitária completa, com banho de ajuda.

Área de refeições

A sala de refeições não deve ter grandes dimensões. Caso o número de utentes seja superior a 20, devem ser projectadas zonas de refeição, criando pequenos espaços mediante a subdivisão da área total da sala, utilizando para o efeito, se as circunstâncias o aconselharem, qualquer tipo de paramento amovível ou equipamento móvel.

A distribuição do espaço deve ser facilitadora da interacção, evitando o isolamento dos residentes, e promotora e estimulante do sentimento de pertença ao grupo residencial.

Como referimos anteriormente (ver alimentação), o momento da refeição deve ser um momento relacional, aproximando-se tanto quanto possível de um modelo familiar. Esse objectivo deve ser facilitado por uma decoração da sala esteticamente agradável e atractiva, e pela natureza dos utensílios utilizados nas refeições, evitando os que estão associados à ideia de massificação e menor qualidade estética, nomeadamente os de alumínio ou inox, vulgarmente utilizados em cantinas sem preocupação pela personalização dos serviços.

Essencial também é a opção, sem prejuízo das condições de higiene, da qualidade estética das toalhas, procurando que sejam o mais possível semelhantes às utilizadas em casas de família.

Cozinha/copa

A cozinha e/ou a copa devem situar-se junto da sala de refeições. Devem contemplar quatro zonas distintas: preparação e confecção dos alimentos, lavagem, arrumos dos utensílios e copa de distribuição dos alimentos. Como anexos à cozinha devem ser previstos a despensa de dia e os destinados a artigos de limpeza ou químicos, arrumos para vasilhame e ainda depósito de lixo.

3. Segurança

Estar seguro e sentir-se seguro é necessário ao bem estar de toda a comunidade da estrutura residencial. O acolhimento residencial deve **cumprir os requisitos da legislação aplicável** em matéria de medidas de segurança e estar em ligação com as autoridades policiais e bombeiros.

Acesso à estrutura residencial

Os acessos ao edifício devem ser controlados por rondas de inspecção interna e externa da segurança dos edifícios e/ou pela monitorização através de circuito fechado de televisão, **prevenindo a entrada de estranhos à estrutura residencial**. Todos os colaboradores devem estar devidamente identificados, através de uma placa identificativa com o nome. As portas devem ter trincos de segurança por fora e devem ser colocados alarmes contra assalto.

A segurança dos residentes passa também pela **identificação dos visitantes**. Devem existir botões de alarme que permitam o seu accionamento nos casos em que as exigências de segurança o justificarem.

Equipamento e instalações

O estado de conservação e funcionamento do **equipamento fixo ou móvel** da estrutura residencial tem consequências directas na segurança e no bem-estar dos residentes. Todos os equipamentos e materiais devem ser periodicamente inspeccionados e, sempre que necessário, reparados. Para evitar acidentes, o espaço deve ser organizado de forma a permitir a circulação fácil de cadeiras de rodas e/ou andarilhos e o pavimento deve ser anti-derrapante.

As instalações sanitárias devem ter suportes de apoio e materiais anti-derrapantes dentro e fora de banheiras e polibans. A cozinha também deve estar devidamente equipada e de acordo com as normas legais.

Numa estrutura residencial podem ocorrer emergências em vários serviços, relativos a gás, electricidade, água, produtos químicos, produtos de limpeza e outros. Deve haver um **plano de primeiros socorros**, identificando claramente os procedimentos e qual a pessoa que fica responsável pela execução dos mesmos. Este plano deve ser revisto periodicamente. As acções de formação devem contemplar estes e os demais aspectos relativos à segurança.

Os residentes devem conhecer o plano para estarem a par do que devem fazer em caso de sinistro e de quem devem receber as orientações. O **plano** deve estar afixado em local visível, bem como os contactos mais importantes em caso de acidente ou emergência. Os extintores e saídas de emergência devem estar desimpedidos e claramente sinalizados. A configuração do espaço exterior deve permitir o acesso das viaturas de emergência.

A melhor forma de zelar pela segurança é, evidentemente, a **prevenção**. Todo e qualquer problema ou indício dele - seja de saúde ou segurança - deve ser imediatamente relatado ao responsável. Há que dar conta de todo e qualquer equipamento em falta ou em mau estado, e ter atenção as situações de bloqueio de saídas de emergência, escadas de salvação ou portas corta-fogo.

Segurança no trabalho

Os colaboradores, remunerados e voluntários, da estrutura residencial devem estar conscientes de que a sua prestação no trabalho envolve riscos para si próprios e para terceiros. Como tal, trabalhadores e responsáveis, devem ter em conta a necessidade de formação adequada ao exercício de várias funções, respeitando as regras de segurança, incluindo as que respeitam ao vestuário e equipamento.

Os colaboradores devem ter capacidade para reagir convenientemente perante toda e qualquer situação que possa surgir-lhes no desenrolar das suas funções. Caso se sintam impreparados, devem solicitar formação ou aprendizagem aos seus superiores.

O facilitismo deve ser eliminado. Isto significa que tem de haver rigor em tudo o que fazemos. Sugerem-se algumas directrizes:

- os problemas de saúde ou segurança devem ser imediatamente relatados a quem de direito (problemas de electricidade, produtos químicos, vidros, medicamentos, outros);
- os materiais e equipamentos devem ser correctamente arrumados logo que não forem necessários;
- devem ser supridas todas as faltas de equipamento detectadas;
- as saídas de emergência, escadas de salvação e portas corta-fogo devem estar permanentemente desbloqueadas;
- todos os traumatismos, ferimentos, lesões e acidentes devem ser relatados e avaliados para que se desencadeiam as respostas convenientes à compreensão das suas causas.

Situações de emergência com os fornecimentos principais

Gás

Dada a sua natureza inflamável, qualquer fuga de gás pode causar um incêndio ou mesmo uma explosão. Pode também conduzir a problemas respiratórios, inconsciência e mesmo morte por asfixia. As estruturas residenciais devem ter procedimentos para lidar com as fugas de gás. Eis os pontos principais a observar:

- Abrir janelas e portas para permitir a saída do gás;
- Desligar o fornecimento do gás;
- Desligar todos os equipamentos eléctricos ou produtores de chamas (ex.: telefone, cigarros);
- Telefonar de imediato de um telefone exterior, (já que o telefone pode causar explosões quando há fugas de gás) para a companhia de fornecimento de gás e para os serviços de emergência;
- Prestar auxílio a todos os que necessitem;
- Se necessário, evacuar os residentes.

Electricidade

Os acidentes relacionados com electricidade podem ser desencadeantes de electrocussões, queimaduras e asfixia. Estas situações podem acontecer devido à existência de cabos, interruptores ou aparelhos eléctricos em mau estado. Mais uma vez, devem estar definidos procedimentos para lidar com estas situações, sendo de considerar:

- Desligar a fonte eléctrica no quadro principal ou, se não for possível, o geral;
- Nunca tocar numa pessoa ou objecto ligado à corrente eléctrica;
- Nunca usar outros objectos para tentar afastar fios ou objectos ligados à corrente;
- Evitar que uma pessoa electrocutada caia;
- Aplicar os primeiros socorros adequados - se a vítima estiver inconsciente, colocá-la na posição lateral de segurança; se sofreu queimaduras, proceder em conformidade;
- Ligar imediatamente para o 112, dando informação sobre o tempo que a vítima esteve em contacto com a fonte de energia.

Fugas de água

As fugas de água podem danificar tectos e soalhos, causando acidentes - um risco agravado, de resto, pelo facto de o piso estar molhado. Quando a água entra em contacto com a electricidade, há também o risco de incêndio e electrocussão.

Em caso de fuga de água ou inundação, deve a estrutura residencial tomar certas medidas de prevenção de acidentes, nomeadamente:

- Fechar o fornecimento de água que abastece a zona afectada ou, se tal não for possível, o fornecimento principal;
 - Com o fornecimento fechado, abrir as torneiras para retirar toda a água que ainda se encontra na canalização;
 - Se a água atingir qualquer equipamento eléctrico, desligar o quadro e não o ligar até que o local esteja seco e as devidas reparações efectuadas;
 - Se tiver caldeira ou cilindro eléctrico, desligá-lo;
- Chamar um canalizador para proceder às reparações.

Segurança contra incêndios

A estrutura residencial deve ter um **plano de segurança contra incêndios**. Este deve ser elaborado com a colaboração dos bombeiros, ou pelo menos ser sujeito ao seu aval.

O procedimento a ter em caso de incêndio deve estar devidamente documentado e as regras básicas de actuação devem estar afixadas **em local bem visível**, bem como devidamente sinalizadas as saídas de emergência. Toda a comunidade deve receber formação nesta área, para que todos fiquem a saber o que fazer no caso de fogo.

Há vários meios para prevenir incêndios ou para impedir que eles se espalhem:

- Usar mobiliário anti-fogo;
- Manter fechadas as janelas, portas e portas corta-fogo;
- Usar alarme de fogo. Estes aparelhos alertam, por meio de um som, antes que o fogo se espalhe. Há alarmes que acendem luzes ou vibram, sendo indispensáveis no caso de pessoas com dificuldades auditivas ou visuais.

Em geral, no caso detecção de um incêndio, os colaboradores devem actuar de forma rápida e calma. O procedimento a ter em atenção deve principalmente atender ao seguinte:

- Tocar a campainha de alarme;
- Fechar as portas e janelas para evitar que o fogo e o fumo se espalhem;
- Deslocar os residentes com dificuldade de mobilidade para uma parte mais segura do edifício ou para ao exterior. No caso de haver residentes com grande dificuldade de mobilidade ou que se encontrem acamados poderá ser preciso accionar a ajuda dos bombeiros;
- Fechar as portas à medida que forem sendo ultrapassadas;
- Não usar os elevadores;
- Verificar que ninguém fica esquecido;
- Não voltar ao edifício até que sejam dadas indicações pelos bombeiros nesse sentido.

4. Primeiros socorros

Numa estrutura residencial podem surgir emergências em vários serviços - já aludimos os referentes, ao gás, a electricidade e a água, mas também há riscos relativos aos produtos químicos, produtos de limpeza e outros. Deve haver um **plano de primeiros socorros**, elaborado com a **colaboração das entidades de saúde competentes**, nomeadamente, bombeiros, INEM, centros de saúde, cruz vermelha, - ou pelo menos ser **sujeito ao seu aval**.

O plano deve identificar claramente os procedimentos a tomar e quem fica responsável pela execução dos mesmos. Este plano deve ser revisto periodicamente.

A formação em primeiros socorros é vital no funcionamento de uma estrutura residencial. Pode nomeadamente ser solicitada aos bombeiros, à Cruz Vermelha ou outras entidades competentes.

Todos os colaboradores devem receber informação e treino sobre como actuar em situações de emergência. Eis alguns princípios a ter em conta:

- Avaliar rapidamente a situação e verificar se ela não constitui um perigo também para o socorrista;
- Não demorar a pedir ajuda;
- Informar o melhor possível o serviço de emergência sobre o ocorrido e a situação em que o mesmo ocorreu.

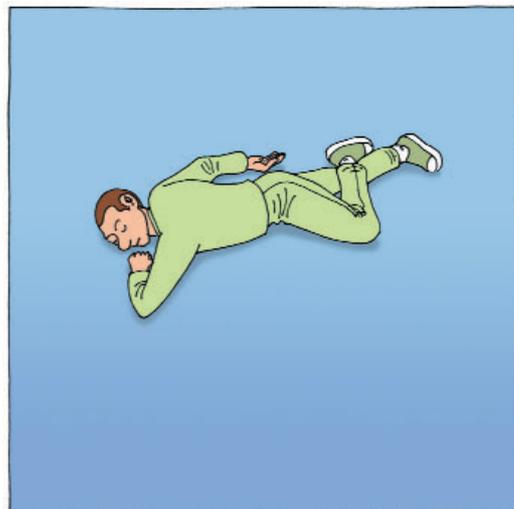
Posição lateral de segurança

A prestação de primeiros socorros só pode ser feita tendo a formação adequada. Os princípios dos primeiros socorros são: preservar a vida, prevenir danos maiores e promover a recuperação.

Se não frequentou nenhum curso de formação em primeiros socorros, não deverá tentar prestá-los, porque a ajuda que tenta dar pode não ser útil e até prejudicar o acidentado. Há uma técnica - a **posição lateral de segurança** - que é bastante simples de aplicar. Este é o único procedimento a ser levado a cabo por quem não possui formação em primeiros socorros.

A posição lateral de segurança impede que o sangue, a saliva ou a língua obstruam as vias respiratórias. **Ela não deve ser aplicada nos casos de suspeita de fractura da coluna vertebral ou do pescoço.** Nos restantes, se a vítima estiver inconsciente mas a respirar, eis os passos a seguir:

1. Ajoelhe-se ao lado da vítima, volte-lhe a cabeça para si e incline-a para trás, para lhe abrir as vias respiratórias;
2. Estenda ao longo do corpo da vítima o braço que ficar mais perto de si. Cruze o outro braço sobre o peito. Cruze a perna mais afastada sobre a que está mais próxima;
3. Ampare a cabeça da vítima com uma das mãos e, com a outra, agarre-a pela anca mais afastada;
4. Vire a vítima de bruços, puxando-a rapidamente para si e amparando-a com os joelhos;
5. Puxe a testa da vítima para trás, de modo a que a garganta fique direita. Assim, as vias respiratórias manter-se-ão desimpedidas, o que permite que a vítima respire livremente;
6. Dobre o braço que fica mais próximo de si para lhe sustentar o tronco. Dobre a perna mais próxima para servir de apoio ao abdómen. Retire o outro braço de debaixo do corpo;
7. Telefone para pedir uma ambulância;
8. **Se a vítima for pesada**, agarre-a pela roupa à altura das ancas com ambas as mãos e vire-lhe o corpo contra os seus joelhos. Se possível, peça ajuda a uma segunda pessoa para que ampare a cabeça da vítima enquanto faz rolar o corpo;
9. **Se houver fractura de um braço ou de uma perna**, ou se esse membro não puder ser utilizado como apoio da vítima na posição lateral de segurança, coloque um cobertor enrolado debaixo do lado ileso da vítima, o que elevará o corpo desse lado e deixará as vias respiratórias desimpedidas.



Queimaduras

Quando prestamos primeiros socorros a uma pessoa que sofreu queimaduras, há que ter em conta a gravidade das mesmas. Seguem-se alguns procedimentos.

Se a queimadura for de primeiro grau (simples):

- Arrefeça a região queimada com soro fisiológico ou, na sua falta, com água fria corrente ou cubos de gelo, até que a dor acalme;

Se for uma queimadura de segundo grau (com bolhas):

- Arrefeça a região queimada com soro fisiológico ou, na sua falta, com água fria corrente ou cubos de gelo, até que a dor acalme;
- Lave cuidadosamente a região afectada com um anti-séptico (não aplique álcool);
- Se as bolhas não estiverem rebentadas, não as rebente; aplique gaze gorda e compressa esterilizada;
- Se as bolhas rebentarem, não corte a pele da bolha esvaziada; trate como qualquer outra ferida;
- O penso deve manter-se 48 horas e só depois deve a zona afectada ser exposta ao ar, para evitar o risco de infecção e tétano;
- Transporte a vítima para o hospital.

Se a queimadura for de terceiro grau (profunda):

- Arrefeça a região queimada com soro fisiológico ou, na sua falta, com água fria corrente ou cubos de gelo, até que a dor acalme;
- Lave cuidadosamente com anti-séptico (não aplique álcool);
- Trate como qualquer outra ferida;
- Se a queimadura for muito extensa, envolva a vítima num lençol lavado e que não largue pelos, previamente humedecido com soro fisiológico ou, na sua falta, com água simples;
- É uma situação grave que exige transporte urgente para o hospital.

Sufocação

Qualquer objecto ingerido que entre na traqueia em vez de entrar para o esófago deve ser expelido ou retirado com a maior brevidade, sob risco de sufocação. O prestador de primeiros socorros pode ajudar da seguinte forma:

Se a vítima estiver consciente:

1. Tire-lhe da boca a comida ou a dentadura postiça (não tente localizar o objecto com os dedos). Mandê a vítima tossir, já que por vezes isso basta para desalojar o corpo estranho;
2. Se isso não resultar, ajude a vítima a curvar-se até a cabeça ficar a um nível mais baixo que o tórax. A vítima pode estar sentada ou de pé. Dê-lhe entre uma e quatro pancadas secas entre as omoplatas com a palma da mão. Cada palmada deve ser suficientemente forte para desalojar o corpo estranho;
3. Se a vítima ainda não conseguir respirar, coloque-se de pé ou de joelhos atrás dela. Cerre um dos punhos e encoste-o, com o polegar apontado para dentro, entre o umbigo e a base do esterno;
4. Segure o punho com a outra mão e puxe ambas para si, com um rápido movimento dos cotovelos para dentro e para cima. Deste modo, comprime a parte superior do abdómen contra a base dos pulmões, contribuindo para expulsar o resto do ar e forçar a saída do corpo causador da obstrução. Repita até quatro vezes. Cada puxão deve ser suficientemente forte para impulsionar o corpo estranho.

Hemorragias

Em caso de hemorragia, o prestador de primeiros socorros deve, antes de mais, calçar **luvas descartáveis**. Em seguida, observem-se os seguintes procedimentos:

1. Deitar horizontalmente a vítima;
2. Aplicar sobre a ferida uma compressa esterilizada ou, na sua falta, um pano lavado, exercendo uma pressão firme: com uma ou as duas mãos, com um dedo ou ainda com uma ligadura limpa, conforme o local e a extensão do ferimento;
3. Se o penso ficar saturado de sangue, colocar outro por cima, mas sem retirar o primeiro;
4. Fazer durar a compressão até a hemorragia parar (pelo menos 10 minutos);
5. Se a hemorragia parar, aplicar um penso compressivo sobre a ferida.

9.

Se se tratar de uma ferida dos membros com hemorragia abundante, pode ser necessário aplicar um **garrote**. O garrote pode ser de borracha ou improvisado com uma tira de pano estreita ou uma gravata.

Como se aplica um garrote?

1. Aplicar o garrote entre a ferida e o coração, mas o mais perto possível da ferida e sempre acima do joelho ou do cotovelo, de acordo com a zona onde se situa a ferida que sangra;
2. Aplicar o garrote por cima da roupa ou sobre um pano limpo bem alisado que ficará colocado entre a pele e o garrote;
3. Colocar o garrote à volta do membro ferido; se o garrote for improvisado com uma tira de pano ou gravata, dar com as pontas dois nós entre os quais se enfia um pau; rodar o pau até a hemorragia estancar;
4. Aplicado o garrote, terá de ser aliviado de 15 em 15 minutos, mantendo-o aliviado de 30 segundos a 2 minutos, conforme a intensidade da hemorragia (quanto maior a hemorragia, menos o tempo que o garrote pode ficar aliviado);
5. Anotar sempre a hora a que o garrote começou a fazer compressão, para informar posteriormente o médico (em situações que envolvam várias vítimas, pode colocar essa informação num letreiro ao pescoço do ferido);
6. Nunca tirar o garrote até chegar ao hospital. O risco pode ser mortal.

Entretanto, há que tomar medidas relativas ao estado de choque, antes e durante o transporte para o hospital.

- Acordar a vítima e mantê-la acordada;
- Deitá-la com as pernas levantadas;
- Mantê-la confortavelmente aquecida;
- Não a deixar comer nem beber.

No caso particular da hemorragia da palma da mão, o ferido deve fechar fortemente a mão sobre um rolo de compressas esterilizadas ou, na sua falta, um rolo de pano lavado, de modo a fazer compressão sobre a ferida. Em seguida, deve-se colocar uma ligadura ou pano dobrado à volta da mão. É recomendável colocar o braço ao peito, mantendo a mão ferida bem levantada e encostada. Esta situação é grave e exige transporte para o hospital.

Epistaxis ou hemorragia nasal

A epistaxis é a hemorragia nasal, provocada pela ruptura de vasos sanguíneos da mucosa do nariz. O sinal mais evidente é a saída de sangue do nariz, por vezes abundante e persistente. Quando a hemorragia é grande, o sangue pode sair também pela boca.

Em caso de hemorragia nasal, o que fazer?

- Antes de mais, calçar **luvas descartáveis**;
- Comprimir com o dedo a narina que sangra;
- Aplicar gelo exteriormente;
- Se a hemorragia não parar, introduzir na narina que sangra um tampão coagulante, fazendo pressão para que a cavidade nasal fique bem preenchida;
- Se a hemorragia durar mais de 10 minutos, levar a vítima para o hospital.

Crises de asma

Uma pessoa com asma pode ter crises de falta de ar em situações de esforço físico (por exemplo, corrida), mas também em caso de conflito ou ansiedade.

As crises de asma manifestam-se através de tosse seca e repetitiva, dificuldade em respirar, respiração rápida e sibilante (audível, ruidosa, a chamada “pieira” ou “farfalheira”). A pessoa apresenta geralmente um ar aflito, ou até prostrado, ficando pálido, com suores e pulsação rápida.

Na fase de agravamento da crise asmática, torna-se muito difícil respirar. A respiração é lenta e há cianose das extremidades, isto é, as unhas e lábios podem ficar arroxeados. É uma situação grave, que necessita transporte urgente para o hospital.

O que fazer em caso de crise de asma?

- Desdramatizar a situação. É importante ser capaz de conter a angústia ou ansiedade da vítima e assegurar-lhe rápida ajuda médica;
- Deve-se ficar com a vítima num local arejado, onde não haja pó, cheiros ou fumos;
- Colocar a vítima numa posição que facilite a respiração;
- Se tiver conhecimento do tratamento aconselhado pelo médico para as crises de asma, pode administrá-lo;
- Se não houver melhoria, deve levar a vítima para o hospital.

Envenenamento

O envenenamento é o efeito produzido no organismo por uma substância nociva, seja esta introduzida por via digestiva, respiratória ou cutânea (pela pele).

Envenenamento por via digestiva

Se a intoxicação se dever a produtos alimentares, os sintomas são arrepios e transpiração

9.

abundante, dores abdominais, náuseas e vômitos, diarreia, vertigens, prostração, síncope e agitação. Deve-se interrogar a vítima sobre a origem do envenenamento e mantê-la confortavelmente aquecida. Esta situação, pela sua gravidade, exige transporte urgente para o hospital.

Se o motivo do envenenamento for um medicamento, os sintomas dependem do tipo de substância ingerida. Pode haver sinais como vômitos, dificuldades respiratórias, perda de consciência, sonolência ou confusão mental.

Neste caso, há que interrogar a vítima para tentar obter o máximo de informação sobre o envenenamento. Deve-se pedir imediatamente informação ao **Centro de Informação Anti-veneno** (telefone 808250143), indicando o produto ingerido, a quantidade provável, a hora a que foi ingerido e a hora da última refeição. Deve-se manter a vítima confortavelmente aquecida e levá-la com urgência para o hospital.

Prevenção da intoxicação alimentar por bactérias

São várias as medidas que os elementos de pessoal que manuseiam alimentos devem ter em consideração, nomeadamente:

- Lavar as mãos correctamente antes de manusear os alimentos;
- Ter unhas curtas, cortadas e limpas, sem verniz nem jóias;
- Ter o cabelo protegido;
- Usar vestuário protector;
- Não fumar na área alimentar;
- Informar o responsável se alguma das pessoas com quem vive adoecer;
- Manter os instrumentos de confecção e os locais com um nível de higiene rigoroso;
- Manter os alimentos tapados;
- Não usar alimentos cujo prazo de validade expirou.

Controlo da infecção

As pessoas idosas são frequentemente vulneráveis a infecções. Num local onde vivem muitas pessoas, há o risco de contrair e espalhar infecções. Para evitá-lo, há que adoptar cuidados especiais.

As medidas mais importantes passam pela manutenção de uma boa saúde e uma alimentação equilibrada e completa, que mantenha as defesas a um nível adequado. As vacinas - por exemplo, a da gripe - são um instrumento importante, bem como a medicação, que deve ser administrada escrupulosamente.

Reflectir para melhorar

Os órgãos directivos devem promover a avaliação da estrutura residencial de forma regular e contínua. Só assim se pode perceber se a instituição está a promover a qualidade de vida dos residentes e a proporcionar bom ambiente de trabalho aos colaboradores. Constituindo objectivo fundamental que o processo de avaliação funcione como um mecanismo de auto-regulação dos serviços prestados, com vista a contribuir para o desenvolvimento de formas sustentáveis de profissionalidade e de actuação de qualidade, as estruturas residenciais deverão recorrer a métodos e a instrumentos diversificados de auto-avaliação, que se conjuguem e complementem com avaliações realizadas por entidades externas.

1. Avaliação interna (horizontal e vertical)

A estrutura residencial desenvolve a suas actividades com base num **plano de acção** estabelecido anualmente. Este documento contém os objectivos que a estrutura residencial se propõe concretizar. Nele se inscrevem não só as acções que visam a satisfação das necessidades dos residentes, como também os aspectos relativos aos recursos: recrutamento, admissão, formação e promoção dos colaboradores e as acções de conservação, beneficiação e remodelação da estrutura residencial.

O plano de acção deve ser do conhecimento de todos os intervenientes na organização, de modo a que saibam em que medida devem contribuir para a sua concretização.

Ao calendarizar as acções previstas no plano, devem-se definir **momentos de monitorização** dos resultados obtidos, para se poder corrigir desvios que possam surgir. Além disso, é necessário estabelecer **indicadores de avaliação** do plano, ou seja, instrumentos que permitam comprovar se as metas estabelecidas foram, ou não, atingidas, bem como os elementos (internos e externos) que para tal contribuíram.

Os indicadores podem ser elementos que permitem a verificação objectiva - medidas específicas (explícitas) e verificáveis - das alterações ou resultados de uma actividade, mas podem também ser mais subjectivos, como o grau de satisfação dos residentes, bem como dos diversos agentes que trabalham com instituição ou com ela colaboram.

Devem ser escolhidos indicadores que permitam comparações com anos anteriores,

10.

mas podem também introduzir-se elementos menos estruturados e que sejam novos, para avaliar dimensões mais ligadas às relações interpessoais ou outras mais subjectivas, mas que também contribuem para o conhecimento e a melhoria do funcionamento das instituições. Entre esses indicadores, contam-se, por exemplo, o grau de auto-motivação e de empenhamento para além do estritamente funcional, incluindo a participação activa na sugestão e desenvolvimento de novas formas de intervenção para situações mais complexas. A qualidade do relacionamento interpessoal constitui também um indicador de relevo.

A avaliação do plano de acção deve contar com a participação de todos os intervenientes. A estrutura residencial deve elaborar questionários destinados aos residentes e seus familiares, que permitam aos mesmos participar na avaliação da estrutura residencial e dos serviços prestados. Os resultados desses inquéritos devem ser tidos em conta na avaliação e sequente implementação das mudanças que se mostrarem necessárias.

2. Avaliação externa

A avaliação externa por entidade devidamente certificada é fundamental para o conhecimento pela própria estrutura do grau de qualidade da sua intervenção e a adopção de medidas apropriadas para detectar e corrigir deficiências e melhor perspectivar o progresso do projecto institucional.

Por outro lado a confiança da comunidade e correspondente apoio depende em elevado grau do conhecimento da abertura da estrutura residencial à avaliação externa e da divulgação dos seus resultados. Pode contribuir para que se optimizem o papel da estrutura na comunidade e a relação com esta.

Essa relação é vantajosa, por um lado porque permite à estrutura residencial beneficiar do respeito e apoio da comunidade, nela encontrando recursos; por outro porque a estrutura residencial, quando de qualidade, pode constituir um estímulo positivo para a cultura da comunidade na vertente do respeito e promoção dos direitos das pessoas em situações de vulnerabilidade e no desenvolvimento de correspondentes intervenções de cidadania activa. Assim, é desejável que, periodicamente, a estrutura residencial possa conhecer em que medida está a ser útil para a comunidade e que opinião têm dela as pessoas que a integram. Daí que na avaliação externa se possa recorrer a questionários e/ou entrevistas a efectuar na comunidade com este objectivo.

Inspecção e Fiscalização

1. Inspecção-Geral do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

A Inspecção-Geral é um serviço central de inspecção, fiscalização e apoio técnico do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), dotado de autonomia técnica e administrativa, que funciona na directa dependência do Ministério e desenvolve a sua acção em todo o território nacional. As suas áreas de intervenção são o Trabalho, a Segurança Social e a Acção Social, exercendo as competências de acções de auditoria, de inspecção e de apoio técnico normativo, em:

- Serviços, Organismos e Órgãos do MTSS, visando designadamente o controlo da legalidade e regularidade da boa gestão financeira;
- Instituições Particulares de Solidariedade Social;
- Entidades privadas que prosseguem fins de apoio e solidariedade social;
- Outras entidades, sempre que tal se verifique necessário.

Embora a Inspecção-Geral, organicamente, não exerça funções de atendimento ao público, os pedidos de intervenção dirigidos à Inspecção-Geral, quer pelas entidades acima indicadas quer por particulares, são sempre objecto de triagem e de ponderação quanto ao seu tratamento e encaminhamento.

Mais, sempre que da acção ou omissão dos colaboradores das entidades e demais serviços abrangidos pela actuação da IGMTSS resultar para alguém a violação dos direitos legalmente protegidos, designadamente maus-tratos, qualquer tipo de abuso, ou existirem indícios de abuso de autoridade, devem os lesados, familiares ou outros dar conhecimento dos factos a esta Inspecção-Geral para adopção dos procedimentos julgados mais convenientes.

As acções desenvolvidas pela Inspecção-Geral traduzem-se, essencialmente, na realização de auditorias, inspecções ordinárias e extraordinárias, averiguações, inquéritos, sindicâncias e, muitas vezes, em resultado destes, processos disciplinares.

A actividade da IGMTSS pauta-se por critérios de isenção e objectividade e tem como

11.

finalidade última contribuir para um aumento da qualidade dos serviços prestados aos utentes e uma melhor gestão dos dinheiros públicos.

O resultado destas acções materializa-se em relatórios, com conclusões e propostas que, após despacho superior, poderão revestir a forma de recomendações à Instituição objecto de investigação e ao Centro Distrital de Segurança Social, sendo, também, frequentemente, solicitada a intervenção de outras entidades, sempre que a situação o exige (ex.: Bombeiros, autoridade de saúde). Sempre que estão em causa recomendações formuladas a instituições, solicita-se que o C.D.S.S. respectivo acompanhe a implementação e o cumprimento das mesmas, pela instituição, como é da competência destes. Sempre que se detectam indícios da existência de factos com relevância criminal, é feita a competente participação ao Ministério Público e à Polícia Judiciária.

A extensão e abrangência de destinatários das intervenções exigem e reclamam, muitas vezes, a colaboração e articulação com outras entidades, de forma a conjugar esforços para que melhor se atinjam os objectivos pretendidos. Nesta matéria, é de destacar a articulação que existe com os Departamentos de Fiscalização do Instituto da Segurança Social, I.P. e com outras Inspeções-Gerais.

Em suma, à IGMTSS compete, em geral, zelar pelo cumprimento das leis e demais normativos, tendo em vista o bom funcionamento dos serviços, a defesa dos legítimos interesses dos cidadãos e a salvaguarda do interesse público.

2. Departamentos de Fiscalização Regionais - I.S.S., I.P.

De acordo com o disposto no artigo 46.º da Portaria n.º 543-A/2001, de 30 de Maio, cada um dos Departamentos de Fiscalização Regionais compreende:

Gabinete de Fiscalização de Beneficiários, Protecção à Família e Prestações de Cidadania (GFBPFPC), ao qual compete

Desenvolver acções de esclarecimento e orientação dos beneficiários acerca dos seus direitos e obrigações para com a Segurança Social, tendo em vista prevenir ou corrigir a prática de infracções;

Vigiar o cumprimento das obrigações dos beneficiários no âmbito dos regimes de segurança social, em especial as relacionadas com o enquadramento, a inscrição, o registo e a declaração de remunerações;

Verificar se os beneficiários reúnem os requisitos necessários à atribuição e manutenção do direito às prestações;

*Elaborar autos de notícia e participações respeitantes às actuações ilegais detectadas no exercício das suas funções;
(als. a) a d) do art.º 45.º)*

Gabinete de Fiscalização de IPSS e Outros Equipamentos Sociais (GFIPSSOES), ao qual compete:

Exercer a acção fiscalizadora das instituições particulares de solidariedade social e de outras entidades privadas de apoio social;

Efectuar a prospecção e o levantamento de estabelecimentos de apoio social clandestinos e a funcionar ilegalmente;

*Informar e esclarecer os proprietários e utentes de estabelecimentos de apoio social quanto aos seus direitos e obrigações, com vista a prevenir ou corrigir a prática de infracções;
(artigo 45.º, als. e, f) e g))*

Gabinete de Diagnóstico e Avaliação (GDA), ao qual compete:

Programar no âmbito do sistema de solidariedade e segurança social, acções de fiscalização e avaliar os seus resultados

Fornecer indicadores ao Conselho Directivo visando a definição de prioridades de intervenção;

Promover a adequada articulação entre o departamento de fiscalização e outras entidades cuja intervenção vise objectivos complementares;

*Coordenar e orientar a recolha e tratamento de informação, nas vertentes estatística e de organização de ficheiros, para apuramentos de indicadores de gestão;
(als. h) a k) do art.º 45.º)*

11.

Gabinete de Ilícitos Criminais (GIC), ao qual compete:

Instruir os processos de averiguações no âmbito das condutas ilícitas dos beneficiário sem relação à segurança social, legalmente definidas;

*Promover e realizar, nesta área, acções de prevenção criminal.
(als. 1) e m) do art.º 45.º)*

Com a alteração dos estatutos do ISSS, operada do Decreto-Lei n.º 112/2004 de 13 de Maio, as competências dos Serviços de Fiscalização passaram a abranger as seguintes competências:

- Dirigir as acções de fiscalização no cumprimento dos direitos e obrigações dos beneficiários, das entidades empregadoras, das instituições particulares de solidariedade social e outras entidades privadas que exerçam actividade de apoio social;
- Desenvolver, nos termos da lei, as acções necessárias à aplicação dos regimes sancionatórios referentes às infracções criminais praticadas por beneficiários e contribuintes no âmbito do sistema de segurança social.
(artº 3.º e art.º 26, D.L. 112/2004 de 13 de Maio).

Bibliografia

A Better Home Life, Centre for Policy on Ageing, London, 1996;

Ballone, G.J. - **Alterações Emocionais no Envelhecimento**, in Psiweb, Psiquiatria Geral, 2002;

Berger, Louise, Mailloux-Poirier, **Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global**, Ed. Lusodidacta, 1996;

Brami, Gérard, **Le Project institutionnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées**, Berger-Levrault, Paris, 2000 ;

Care Homes for Older People - National Minimum Standards, Department of Health, London, UK.
www.doh.gov.uk/ncsc ;

Choque, Stella et Jacques, **Animations pour les personnes âgées**, Editions Lamarre, Paris, 2000 ;

Campos e Cunha, Rita, Pina e Cunha, Miguel & Rego, Arménio, **Criando Organizações Eticamente-Intensivas: Uma Proposta de Arquitectura Organizacional para Instituições de Acolhimento de Crianças, Idosos e Deficientes**, CEGE, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Economia, Lisboa, 2004, polycopiado;

Elder Abuse and Neglect: In Search of Solutions, American Psychological Association on line, USA;

Gérontologie et Société, **Âge Séduction Sexualité**, Cahiers de la Fondation Nationale de Gérontologie, Paris, 1997;

Guia Para A Intervenção Com Maiores Em Situação De Incapacidade - Instituto para o Desenvolvimento Social, Ministério da Segurança Social e do Trabalho;

Hugonot, Robert, **La vieillesse maltraitée**, Dunod, Paris, 2003 ;

Langley, Jackie e Murphy, Gery, **Working with Older People**, Brighton, Pavilion Publishing, 1994;

Manual de Boas Praticas em Saúde Oral para quem trabalha com crianças e Jovens com necessidades de saúde especiais - Direcção geral de Saúde, divisão de saúde escolar, Lisboa, 2002;

Michie, Val, **Working in Care Settings**, Nelson Thornes, Cheltenham, 2004;

Pascual, Cosme Puerto e, Martinez, Tomás Priego, **Comprender a Sexualidade Humana** - Editora Paulinas, São Paulo 1999;

Patterson, James G., **Conceitos Fundamentais de Benchmarking - À Procura de um Melhor Caminho**, Edições Monitor, Lisboa, 1998;

Plano Avô - Guia interpretativo para aplicação da Norma ISO 9001:2000, a Lares de Idosos - Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Ministério da Economia - Instituto Português da Qualidade;

Prevenção da Violência Institucional - perante pessoas idosas e pessoas em situação de dependência - Instituto para o Desenvolvimento Social, Ministério da Segurança Social e do Trabalho;

Prevenção da Violência Institucional, Lisboa, Instituto para o Desenvolvimento Social, Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2002;

Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées, Direction générale de l'action sociale Bureau de la protection des personnes, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2002 ;

Stella & Jacques Choque, **Animations pour les personnes âgées**, éditions Lamarre, Paris, 2000;

Vamos evitar as escaras - Guia para o doente e família - Direcção Geral da Saúde, 1999.

Legislação:

Constituição da Republica Portuguesa de 2 de Abril de 1976

Código Civil Português aprovado pelo Decreto Lei n.º 473 444 de 25 de Novembro de 1966;

Código Penal - Aprovado pelo Decreto Lei n.º 48/95 de 15 de Março

DL. 133-A/97 de 30 de Maio

Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de Fevereiro

Enquadramento Legal: “ISSO 9001: 2000 Para Lares de Idosos”:

Legislação geral de referência

- a) Lei n.º 17/2000, de 8 de Agosto - Aprova as bases gerais do sistema de solidariedade e de segurança social.
- b) Decreto-Lei n.º 316-A/2000, de 7 de Dezembro – Aprova os Estatutos do Instituto de solidariedade e Segurança Social.

Legislação aplicável a cada tipo de Lar:

- I Aplicável às Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS):
 - c) Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de Fevereiro - Estabelece o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social.
 - d) Portaria n.º 778/83, de 23 de Julho - Aprova o Regulamento de Registo das Instituições Particulares de Solidariedade Social do âmbito da Segurança Social.
 - e) Decreto-Lei n.º 78/89, de 3 de Março - Aprova o Plano de Contas das Instituições Particulares de Solidariedade Social.
 - f) Despacho Normativo n.º 75/92, de 23 de Abril - Estabelece as normas reguladoras de cooperação entre os centros regionais de segurança social e as Instituições Particulares de Solidariedade Social.
 - g) Portaria n.º 63/96 de 28 de Fevereiro - Aprova o regulamento de Registo das Associações Mutualistas e das Fundações de Segurança Social Complementar.
 - h) Contrato Colectivo de Trabalho (CCT) entre a União IPSS e a Federação Nacional dos Sindicatos da Educação (FNE) e outros - Boletim Trabalho Emprego (BTE) n.º 2, de 15 de Janeiro de 1999.

- i) Despacho Normativo n.º 31/2000, de 31 de Julho - Altera a alínea b) do n.º 1 da norma XVI e adita a alínea j) ao n.º 1 da mesma norma das “Normas reguladoras da cooperação entre os centros regionais de segurança social e as instituições particulares de solidariedade social”, aprovadas pelo Despacho Normativo n.º 75/92, de 23 de abril.

- II Aplicável aos estabelecimentos oficiais, geridos directamente pelos Centros Regionais de Segurança Social (CRSS):
 - j) Despacho Normativo n.º 3663/99 (2.ª série), de 23 de Fevereiro - Estabelece a colocação de livros de reclamações nos Lares com gestão directa dos CRSS.

- III Aplicável aos estabelecimentos e serviços privados em que sejam exercidas actividades de apoio social no âmbito da segurança social:
 - l) Decreto-Lei n.º 133-A/97, de 30 de Maio - Define o regime de licenciamento e de fiscalização dos estabelecimentos e serviços de apoio no âmbito da segurança social
 - m) Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de Fevereiro - Estabelece as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos Lares de Idosos.
 - n) Despacho Normativo n.º 8818/98 (2.ª série), de 26 de Maio - Estabelece o modelo de alvará de licenciamento e o modelo de autorização provisória de funcionamento.
 - o) Despacho Normativo n.º 52/98, de 3 de Agosto - Altera o prazo para entrega do plano de adequação.
 - p) Decreto-Lei n.º 268/99, de 15 de Julho - estabelece a obrigatoriedade de uso de livro de reclamações pelos estabelecimentos incluídos no âmbito de aplicação do Decreto-Lei n.º 133-A/97.

Segundo o texto do Decreto-Lei n.º 133-A/97: “são excluídos do âmbito da aplicação do diploma as instituições particulares de solidariedade social abrangidas por acordos de cooperação, por se entender que através dos acordos se poderá atingir objectivo idêntico ao do licenciamento, no que respeita à exigência de condições adequadas de funcionamento”.

Existe ainda legislação específica aplicada, por exemplo, a instalações e equipamentos que, por ser muito específica, não é aqui referida ou apenas se referem os seus requisitos principais quando se abordam os assuntos respectivos, mencionando-se apenas, a título de exemplo, o RGEU e o Decreto-Lei n.º 123/97, de 22 de Maio.

Anexos

FICHA DE OCORRÊNCIA DE INCIDENTES . CONTINUAÇÃO

CATEGORIA DO INCIDENTE Assinale todas as que se apliquem:

Data do incidente:

Hora:

Local:

Residente/colaborador

Apelido:

Nome:

1. Agressão Física para com:

Colaboradores

Residentes

Si Próprio

Propriedade (bens)

Dano estimado em: €

Outros (especifique):

2. Intervenção Física

Escolta

Contenção parcial

Contenção em crise

Duração: minutos

3. Ausência sem comunicação

Local desconhecido

Localizado, sem ter ainda regressado

Regresso à instituição

Duração da Ausência: minutos

4. Dano/violência no residente infligido por:

Acidente

Si próprio

Outro residente

Colaborador da residência

Outros (especifique):

5. Medicação

Ataque/dominação

Erro de medicação

Emergência por doença ou violência

Recusa na toma de medicação

6. Suicídio

Conceptualização verbal

Ameaça verbal

Tentativa ou gesto físico

7. Ingestão de Substâncias

Suspeita ou observada

Admitida pela residente

Medicação documentada

FICHA DE OCORRÊNCIA DE INCIDENTES . CONTINUAÇÃO

8. Comportamentos Sociais Negativos

- Ameaça
- Contacto policial
- Ameaças Verbais
- Outros (especifique):

9. Abuso Sexual/comportamento impróprio para com:

- Residente
- Colaborador
- Outros (especifique):

10. Alegação de abusos para com:

- Colaboradores
- Residentes
- Membro da Família
- Outros (especifique):

11. Tipo de Alegação

- Físico
- Sexual
- Negligência
- Outros (especifique):

12. Ficha de ocorrência enviada:

- Não vai ser investigado
- Decisão de investigação pendente
- Vai ser investigado

13. Acções negativas por parte de colaboradores

- Verbal contra residente
- Física contra residentes
- Outros (especifique):

14. Colaboradores magoados:

- Durante o processo de contenção
- Infligido pelo Residente
- Outros (especifique):

15. Fonte da Informação

- Observada pelos colaboradores
- Residente
- Outros (especifique):

Assinaturas

Colaborador	Director(a) Técnica	Residente	Outros:
ass:	ass:	ass:	ass:
data	data	data	data

AVALIAÇÃO DE UMA OCORRÊNCIA

ANTECEDENTES

Descreva os Antecedentes ou condições relevantes em que ocorreu o incidente

COMPORTAMENTO

Descreva o comportamento do Residente, Colaboradores e outros

COMPORTAMENTO

Descreva todas as intervenções imediatas e as suas consequências

MEDIDAS TOMADAS OU A SEREM TOMADAS FACE AO OCORRIDO

Notificação Policial

Notificação Policial

Exame Médico

Comunicação Família/Pessoa de referência

Esta ficha foi preenchida por:

Função:

Informação recolhida ou presenciada por:

Caso seja um(a) colaborador(a) indique a função:

Observações:

Manual de Boas Práticas

Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas



UNIÃO EUROPEIA

Fundo Social Europeu