

Jocelina Gameiro dos Santos Conceição

Envelhecimento de Idosos Institucionalizados

**Formação de Auxiliares de Ação Direta na
Associação Casapiana de Solidariedade**

Orientadora: Professora Doutora Maria Irene de Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Lisboa

2012

Jocelina Gameiro dos Santos Conceição

Envelhecimento de Idosos Institucionalizados

Formação de Auxiliares de Ação Direta na Associação Casapiana de Solidariedade

Projeto profissional apresentado para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social do Curso de Mestrado em Gerontologia Social conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientadora: Professora Doutora Maria Irene de Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Mestrado de Gerontologia Social

Lisboa

2012

Branquearam-te os cabelos?
Não saltas como em criança?
Mantém viva a confiança
Que há outros momentos belos
Chegando com a idade!
E a esta casa onde vens
Para viver, aqui tens
Uma nova felicidade!

António Milhano
Diretor da ACS

Ao **meu pai**,
que embora não esteja fisicamente presente,
sempre foi e será o meu porto de abrigo.
A sua ausência deu-me força para realizar este sonho,
que também era o dele.

Agradecimento

Ao terminar este percurso de aprendizagem gostaria de agradecer a algumas entidades e pessoas que o tornaram possível:

- À professora Maria Irene de Carvalho, pelos conselhos e orientação que me deu na elaboração do meu trabalho de investigação.
- À Direção da Associação Casapiana de Solidariedade (ACS) do triénio 2009/2011, que disponibilizou todos os meios para que eu concretizasse este projeto.
- À Dra. Marília Taveira que com o seu otimismo, acreditou ser possível terminar este trabalho, encorajando-me e apoiando-me em todos os momentos difíceis.
- Aos meus colegas que me ajudaram e em especial à minha colega de trabalho, Patrícia Dias, que sempre me apoiou e me motivou para chegar ao fim.
- Aos auxiliares de ação direta da Associação Casapiana de Solidariedade, em especial à coordenadora da equipa D. Fátima Carmo e a toda a sua equipa da manhã que colaboraram sempre com toda a disponibilidade e simpatia.
- À minha grande amiga Manuela Sousa pela paciência e disponibilidade com que, ao longo destes dois anos, me apoiou.
- Por último, um obrigado também especial à minha família pela compreensão, e sobretudo aos meus sogros, pela sua ajuda e apoio aos meus queridos filhos.

Resumo

Esta tese que agora se apresenta sob a forma de projeto profissional tem como objetivo reforçar o processo de formação e qualificação em exercício de auxiliares de ação direta da Associação Casapiana de Solidariedade (ACS) reportando-se a uma prática nela levada a cabo.

Esta é uma questão de extrema pertinência no âmbito do envelhecimento e do envelhecimento com dependência de idosos institucionalizados.

Atualmente os lares de idosos são espaços de convivência, das mais variadas proveniências culturais e com necessidades múltiplas. Estes idosos necessitam de apoio para as atividades da vida diária. As auxiliares de ação direta são os profissionais mais aptos à realização desta função, as mesmas prestam cuidados básicos e pessoais aos idosos, essenciais à sua qualidade de vida diária. A ACS preocupa-se com a melhoria dos cuidados e por isso promove o acesso a formações, inclusive prestadas em contexto de trabalho.

Neste projeto profissional evidenciamos o trabalho exercido por estas profissionais e a necessidade de formação das mesmas. Analisamos a formação em exercício realizada na ACS considerando-a como uma boa prática a ser desenvolvida pelas IPSS.

Verificamos que esta prática é um dos meios para melhorar as competências destes profissionais e promover a qualidade de serviços aos mais velhos.

Palavras-chave: Idosos, Institucionalização, Formação Profissional, Auxiliares de Ação Direta.

Abstract

This thesis is now presented in the form of professional project aims to strengthen the process of training and qualification in exercise of the direct action of the auxiliary Casapiana Solidarity Association (ACS) reporting to it a practice carried out.

This is a matter of utmost relevance in the context of aging and aging-dependent institutionalized elderly.

Currently, nursing homes are living spaces the most varied cultural backgrounds and with multiple needs. These elderly people need support for activities of daily living. The auxiliary direct action are the most suitable professionals to carry out this function, they provide basic care for the elderly and personal, essential to their daily quality of life. The ACS is concerned with the improvement of care and therefore promotes access to training, including provided in the workplace.

In this project we noted the professional work done by these professionals and the need for training them. Analyzed the in-service training held at ACS considering it as a good practice to be developed by the IPSS.

We found that this practice is a means to improve the skills of these professionals and promote quality services to older people.

Keywords: Elderly, Institutionalization, Vocational Training, Auxiliary Direct Action.

Abreviaturas

AAD – Auxiliares de Ação Direta

ACS – Associação Casapiana de Solidariedade

AFI – Acolhimento Familiar de Idosos

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CD – Centro de Dia

CE – Comissão Europeia

CN – Centro de Noite

CNIS – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade

CNO – Centro de Novas Oportunidades

CPAC – Casa Pia Atlético Clube

CPL – Casa Pia de Lisboa

EP – Envelhecimento Produtivo

FNSE – Federação Nacional dos Sindicatos da Educação

IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MT – Ministério do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG`S – Organizações Não Governamentais

PAII – Programa de Apoio Integrado aos Idosos

RVCC – Reconhecimento, Validações e Certificações de Competências

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

UAI – Unidades de Apoio Integrado

Índice Geral

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO: QUESTÕES DO PRESENTE E DO FUTURO	22
1. ENVELHECIMENTO: CONTEXTUALIZAÇÃO E PROCESSOS	22
1.1 Envelhecimento demográfico	24
1.2 Envelhecimento humano	27
1.2.1 Envelhecimento biológico.....	27
1.2.2 Envelhecimento psicológico	28
1.2.3 Envelhecimento social.....	31
2. MODELOS PARA COMPREENDER O ENVELHECIMENTO	33
2.1 Envelhecimento normal.....	33
2.2 Envelhecimento produtivo.....	34
2.3 Envelhecimento bem-sucedido.....	36
2.4 Envelhecimento ativo	36
CAPÍTULO 2 – ENVELHECIMENTO E CUIDADOS A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	38
1. ENVELHECIMENTO COM DEPENDÊNCIA	38
2. RESPOSTAS PARA O ENVELHECIMENTO.....	41
2.1 O idoso institucionalizado	45
2.1.1 Cuidados formais prestados em lares de idosos	49
3. A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO	50
3.1 Formação experiencial.....	55
3.1.1 A importância das competências profissionais	57
3.1.2 A Formação em exercício para melhoria de cuidados a idosos institucionalizados.....	58
4. ENQUADRAMENTO LEGAL DAS AUXILIARES DE AÇÃO DIRETA NAS IPSS	59
4.1 Perfil geral das auxiliares de ação direta das IPSS	60
5. A FORMAÇÃO PARA AS AUXILIARES DE AÇÃO DIRETA.....	61
CAPÍTULO 3 – A FORMAÇÃO DE AUXILIARES DE AÇÃO DIRETA	63
1. ASSOCIAÇÃO CASAPIANA DE SOLIDARIEDADE	63
2. PERFIL DOS RESIDENTES E QUE CUIDADOS NECESSITAM.....	68
3. PERFIL DAS AUXILIARES DE AÇÃO DIRETA E NECESSIDADES DE FORMAÇÃO	69
4. FORMAÇÃO EM EXERCÍCIO: CASO EM ESTUDO	73
4.1 Formação realizada para as auxiliares de ação direta.....	73

4.2 Perceção da importância da formação	77
4.3 Impactos da formação.....	79
5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	83
CONCLUSÃO.....	84
BIBLIOGRAFIA	87

Índice de Anexos

ANEXO 1 - ESTATUTOS DA ACS	94
ANEXO 2 - REGULAMENTO DA ACS	95
ANEXO 3 - GUIA DE ACOLHIMENTO DA ACS.....	96

Índice de Apêndices

APÊNDICE 1 - INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO	97
APÊNDICE 2 - QUADRO 2 - DADOS PESSOAIS DOS RESIDENTES DA ACS.....	98
APÊNDICE 3 - QUADRO 3 - ANÁLISE SWOT ACS	100
APÊNDICE 4 - QUADRO 4 - TRATAMENTO DE DADOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO DOS CONHECIMENTOS DAS AAD DA ACS.....	102
APÊNDICE 5 - QUADRO 5 - APURAMENTO DOS DADOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO DOS CONHECIMENTOS DAS AAD	104
APÊNDICE 6 - PLANO DE FORMAÇÃO	106
APÊNDICE 7 - JUSTIFICAÇÃO DOS TEMAS ABORDADOS NO MÓDULO I.....	107
APÊNDICE 8 - PROGRAMA DE AÇÃO DE FORMAÇÃO 16FEV2012.....	108
APÊNDICE 9 - PROGRAMA AÇÃO DE FORMAÇÃO 17FEV201	109
APÊNDICE 10 - QUADRO 6 - TRATAMENTO DE DADOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO DOS CONHECIMENTOS DAS AAD DA ACS.....	110
APÊNDICE 11 - QUADRO 7 - APURAMENTO DOS DADOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO DOS CONHECIMENTOS DAS AAD	112

Índice de Gráficos

GRÁFICO 1 - ESTRUTURA DA POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTUGAL POR GRUPOS ETÁRIOS.....	24
GRÁFICO 2 - ESTRUTURA DA POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTUGAL POR GRUPOS ETÁRIOS POR NUTS II	25
GRÁFICO 3 - ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA TOTAL POR NUTS II	26
GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DE RESIDENTES POR IDADES	68
GRÁFICO 5 - IDADE DAS AAD DA ACS	70
GRÁFICO 6 - HABILITAÇÕES LITERÁRIAS DAS AAD DA ACS	71
GRÁFICO 7 - CATEGORIA PROFISSIONAL DAS AAD DA ACS	71
GRÁFICO 8 - RESPOSTA À PERGUNTA 1	74
GRÁFICO 9 - RESPOSTA À PERGUNTA 2.....	74
GRÁFICO 10 – RESPOSTA À PERGUNTA 3	74
GRÁFICO 11 - RESPOSTA À PERGUNTA 4.....	74
GRÁFICO 12 - RESPOSTA À PERGUNTA 5.....	75
GRÁFICO 13 - RESPOSTA À PERGUNTA 6.....	75
GRÁFICO 14 - RESPOSTA À PERGUNTA 7.....	75
GRÁFICO 15 - RESPOSTA À PERGUNTA 8.....	75
GRÁFICO 16 - RESPOSTA À PERGUNTA 9.....	76
GRÁFICO 17 - RESPOSTA À PERGUNTA 10.....	76

GRÁFICO 18 - RESPOSTA À PERGUNTA 11.....	76
GRÁFICO 19 - RESPOSTA À PERGUNTA 12.....	76
GRÁFICO 20 - RESPOSTA À PERGUNTA 13.....	77
GRÁFICO 21 - RESPOSTA À PERGUNTA 14.....	77
GRÁFICO 22 - RESPOSTA À PERGUNTA 1.....	79
GRÁFICO 23 - RESPOSTA À PERGUNTA 2.....	79
GRÁFICO 24 – RESPOSTA À PERGUNTA 3.....	80
GRÁFICO 25 - RESPOSTA À PERGUNTA 4.....	80
GRÁFICO 26 – RESPOSTA À PERGUNTA 5.....	80
GRÁFICO 27 - RESPOSTA À PERGUNTA 6.....	80
GRÁFICO 28 – RESPOSTA À PERGUNTA 7.....	81
GRÁFICO 29 - RESPOSTA À PERGUNTA 8.....	81
GRÁFICO 30 – RESPOSTA À PERGUNTA 9.....	81
GRÁFICO 31 - RESPOSTA À PERGUNTA 10.....	81
GRÁFICO 32 - RESPOSTA À PERGUNTA 11.....	82
GRÁFICO 33 - RESPOSTA À PERGUNTA 12.....	82
GRÁFICO 34 - RESPOSTA À PERGUNTA 13.....	82
GRÁFICO 35 - RESPOSTA À PERGUNTA 14.....	82

Índice de Quadros

QUADRO 1 - RESPOSTAS SOCIAIS PARA IDOSOS	44
QUADRO 2 - DADOS PESSOAIS DOS RESIDENTES DA ACS.....	99
QUADRO 3 - ANÁLISE SWOT ACS	101
QUADRO 4 - TRATAMENTO DE DADOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO DOS CONHECIMENTOS DAS AAD DA ACS	103
QUADRO 5 - APURAMENTO DOS DADOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO DOS CONHECIMENTOS DAS AAD	105
QUADRO 6 - TRATAMENTO DE DADOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO DOS CONHECIMENTOS DAS AAD DA ACS	111
QUADRO 7 - APURAMENTO DOS DADOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO DOS CONHECIMENTOS DAS AAD	113

Índice de Tabelas

TABELA 1 - POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DOS RESIDENTES DA ACS.....	69
TABELA 2 - CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	70
TABELA 3 - TEMAS, OBJETIVOS E CONTEÚDOS REFERENTES AO MÓDULO I	78

INTRODUÇÃO

O trabalho agora apresentado trata da questão da formação profissional dos Auxiliares de Ação Direta. Embora seja uma realidade social que genericamente a todos preocupa, ainda não há ainda nas políticas sociais do País, as necessárias respostas ajustadas à resolução dos problemas de funcionamento das IPSS.

Nesta linha de análise assumimos que o envelhecimento institucionalizado carece de recursos materiais, humanos e financeiros, nem sempre ajustados às reais necessidades do idoso institucionalizado, preocupando-nos de momento, sobretudo, os recursos humanos.

No âmbito destes recursos destaca-se o grupo profissional de Auxiliares de Ação Direta – AAD, por comumente ser considerado importante o bom desempenho das suas tarefas para o bem-estar dos idosos nas instituições. Surgiu, assim, o título do trabalho: *“Envelhecimento de idosos institucionalizados: Formação de Auxiliares de Ação Direta”*. As AAD são um grupo socioprofissional a quem se exige competências e conhecimentos específicos para prestar ao idoso os cuidados que lhe proporcionem bem-estar na instituição. Estes profissionais carecem de formação específica para concretizarem este cuidado. Nestas circunstâncias, conduziu-se o estudo pondo em evidência, sempre que possível, esta lacuna, aliás resultante das condições de admissibilidade das AAD nas instituições sociais (lares de idosos) onde desenvolvem esta atividade. Esta profissão é regulamentada pelo trabalho coletivo de trabalho acordado para o setor.

O conhecimento e a experiência adquiridos no exercício da sua profissão numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), ACS, deram à aluna os fundamentos das suas afirmações ao longo do trabalho e um incentivo para, no mesmo, caracterizar os problemas das AAD, objetivando a existência futura de cursos de formação profissional adequados para as mesmas e, entretanto, colmatam a lacuna com formação profissional permanente, se possível nas próprias instituições.

Este trabalho, agora apresentado, pretende:

- a. Caracterizar a profissão de auxiliar de ação direta, quanto às funções, competências requeridas e necessárias ao exercício da função, pondo em evidência os requisitos escolares e a progressão na carreira previstos no acordo coletivo do trabalho do setor;
- b. Compreender a necessidade de formação específica para aquisição de competências, para quem trabalha na área da Gerontologia¹ ao nível das auxiliares de ação direta.

¹ **Gerontologia** – é “(...) um ramo da ciência que se propõe estudar o processo de envelhecimento e os múltiplos problemas que envolvem a pessoa idosa, ela é paradoxalmente jovem.” (Netto & Ponte, 2002:4).

c. Chamar a atenção para a não existência de cursos profissionais para a categoria de AAD, profissionais tão necessários nos cuidados pretendidos a dar aos idosos no seu envelhecimento institucionalizado.

O desenvolvimento de processos formativos em contexto de trabalho tem um duplo objetivo, por um lado qualificar os profissionais e por outro lado melhorar a prestação de cuidados pessoais prestados a idosos institucionalizados por auxiliares de ação direta.

- **Questões e objeto de estudo**

O presente trabalho constitui como objeto empírico de investigação as conceções e práticas de intervenção social em formação das auxiliares de ação direta, o qual se baseia, em termos teóricos, na problemática da articulação entre conhecimentos gerontológicos, enquanto conhecido acerca do processo do envelhecimento, e as profissões de cuidados nomeadamente a necessidade de formação de intervenção com pessoas idosas.

Sabe-se que as alterações demográficas modificaram a estrutura e a dinâmica da família, conduzindo-nos à necessidade de criar recursos sociais que substituam a responsabilidade familiar no tratamento e acompanhamento dos seus idosos. Com a evolução da sociedade industrializada, a família alargada transformou -se em família nuclear, onde o idoso parece já não ter lugar. Atualmente o idoso ou vive só ou, a alternativa, quando não tem condições físicas e psíquicas para viver sozinho, é por vezes inevitável a de ir viver para uma instituição tipo Lar ou Residências. Estas instituições desempenham e substituem o papel da família.

Nestas instituições pretende-se que os idosos sejam devidamente inseridos, acarinhados e que sejam cuidados com qualidade, sendo as AAD quem deles cuidam. Neste contexto surgem algumas questões que levaram à realização do trabalho agora apresentado, por exemplo, a de saber se *estes profissionais têm formação e competências suficientes para promover o envelhecimento com qualidade tendo em conta os princípios do envelhecimento ativo. E de que modo as instituições que os empregam proporcionam e desenvolvem as competências dos mesmos em contexto de trabalho.*

Na prática o que se verifica é que a maioria destes funcionários não tem a formação ajustada ou adequada para o desempenho dos conteúdos funcionais inerentes à categoria profissional e que estão descritos no contrato coletivo de trabalho das IPSS. O contrato coletivo de trabalho para a inserção destes profissionais no respetivo posto de trabalho e início de carreira apenas determina que devem ter 18 anos e a escolaridade mínima obrigatória, bastando estes dois requisitos para o candidato adquirir o nível dois da categoria. Ora, como

esta categoria apenas tem dois níveis na sua progressão profissional, ao fim de 5 anos, segundo o mesmo contrato coletivo, ficam no topo da carreira. Estas situações, comparadas com as competências necessárias para a realização dos serviços prestados nas IPSS, traduzem a precariedade inicial deste grupo socioprofissional se toda a sua atividade não for complementada com *uma permanente formação profissional*. A formação destes profissionais é determinante para a melhoria da proteção de cuidados a idosos institucionalizados.

Se a grande preocupação das políticas sociais atuais para a população idosa está direcionada no sentido de se dar uma prestação de serviços de qualidade aos mais velhos que necessitem de um apoio mais diferenciado na realização das atividades da vida diária, as instituições de solidariedade social têm que estar dotadas de profissionais credenciados que possam garantir, com eficiência, o desempenho da sua função.

A melhoria das competências destes profissionais e valorização da carreira profissional das AAD, motivou-me para estudá-la, por reconhecer que, para além dos conteúdos profissionais que lhe estão adstritos, por força dos acordos entre a Federação Nacional dos Sindicatos da Educação (FNSE), a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS) e o Ministério do Trabalho (MT), constitui, no contexto dos serviços prestados aos idosos, a carreira mais exigente segundo o ponto de vista das competências que lhe estão adstritas. A exigência referida é mais premente à medida que aumenta a dependência do idoso, pois, para além das competências que resultam dos acordos formais e contratuais, há outras que resultam do seu trabalho na vida quotidiana, por exemplo, são referenciadas, pela sua observação «atenta»², as carências dos cuidados médicos e de enfermagem, antes destes profissionais serem consultados

Foram as exigências desta profissão (que permanentemente se constata no terreno) que fizeram nascer o desejo, a vontade, a intenção, mas sobretudo, a manifesta expressão de reconhecer a necessidade que estes profissionais têm de uma formação permanente que lhes possibilite não só atenuar o desgaste a que são sujeitas mas, sobretudo, responder às necessidades de todos os idosos no dia-a-dia. (Guerra, 2007:126)

Numa sociedade em mudança acelerada e orientada para o conhecimento e inovação, a formação, ao longo da vida, ganha destaque e é uma verdade incontornável a necessidade permanente de formação para que se alcance um ponto de equilíbrio entre o trabalho, a aprendizagem e o exercício de cidadania ativa.

² Entende-se por «atenta» um cuidado permanente, rigoroso, carinhoso e até empenhado.

No caso do nosso alvo, para que as AAD prestem um melhor serviço aos idosos institucionalizados é necessário que exista formação permanente e adequada. Assim sendo, surge a questão de partida:

De que modo a formação em exercício contribui para a melhoria das competências profissionais das Auxiliares de Ação Direta?

Procura-se dar resposta a esta questão com o caso concreto da ACS, mais adiante desenvolvido.

Com a formação pretende-se melhorar o desempenho das competências profissionais das AAD, sendo também fundamental saber de que forma as suas competências profissionais se alteraram.

Neste sentido surgiram-nos, à partida, entre outros, os seguintes objetivos gerais e específicos, cuja metodologia de trabalho é justificada no ponto a seguir.

- **Objetivos Gerais**

- a. Identificar as necessidades das auxiliares de ação direta para melhorar as suas funções nos cuidados a prestar a Idosos.

- b. Melhorar as competências profissionais das auxiliares de ação direta através da organização e desenvolvimento de formação em contexto de trabalho.

- **Objetivos específicos**

- a. Desenvolver as competências técnicas de prestação de cuidados pessoais, instrumentais e relacionais.

- b. Aumentar os níveis de motivação dos AAD e sensibilizá-los para a problemática do envelhecimento.

- c. Avaliar o impacto de frequência de formação em exercício para a qualidade dos cuidados.

- **Metodologia de investigação: apresentação e fundamentação**

A metodologia do planeamento e da avaliação implica a pesquisa de circunstâncias obrigatórias para se poder levar a cabo uma ação e, através de meios e estratégias, produzir um fim. Existe um número relativamente vasto de processos e metodologias que podem ser utilizados para a realização de uma análise/diagnóstico de necessidades.

Para o desenvolvimento de qualquer projeto social a metodologia desempenha um dos papéis essenciais, “(...) *uma vez que quase todos os resultados finais estão condicionados pelo processo, pelo método e pelo modo como se obtiveram os resultados.*” (Serrano, 2008:47).

O presente trabalho tem por base uma abordagem quantitativa dos fenómenos sociais, enaltecendo a importância da construção do conhecimento através de um conjunto de análises estatísticas e em certas situações, generalizações, para determinar o padrão dos dados e o seu significado (Fortin, Coté, & Vissandjée, 2000:22).

A pesquisa quantitativa “(...) *é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis.*” (Idem, ibidem). Esta baseia-se na observação de factos concretos e de acontecimentos e fenómenos que existem para além do investigador. Esta abordagem quantitativa “(...) *reflete um processo complexo, que conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível.*” (Idem, ibidem). Assim, o pesquisador tem que adotar um processo ordenado que o leve a passar por uma série de etapas, começando pela definição do problema e acabando na obtenção de resultados. Este paradigma tem como “(...) *finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos.*” (Idem, ibidem). Para além deste método utilizamos também técnicas qualitativas que permitam a compreensão da dimensão subjetiva do cuidar, nomeadamente através da observação das práticas do quotidiano e da sua reflexão crítica.

- **Procedimentos e técnicas de recolha de dados**

Assim, e com o intuito de recolher informação importante e o mais aprofundada possível em relação ao objeto de estudo, optou-se por uma triangulação de técnicas de recolha de dados, procurando confrontar o escrito com as práticas existentes. Como defende Peretz (2000:162) “(...) *as pessoas não fazem necessariamente sempre o que dizem nem dizem o que fazem.*” Recorreu-se, então, a três técnicas específicas de investigação:

- i. A observação direta (do quotidiano do funcionamento da ACS);
- ii. O inquérito por questionário (aos funcionários da ACS);
- iii. A análise documental (aos processos dos residentes e funcionários da ACS). Foram recolhidos dados concretos acerca do quadro de pessoal no que concerne aos dados biográficos das AAD da ACS.

A informação foi analisada e estudada de uma forma indutiva, ou seja, face às noções apresentadas no enquadramento teórico, tentou-se chegar à compreensão dos fenómenos a partir dos padrões provenientes da recolha de dados. A investigação pretendeu ser holística, isto é, ter em conta a realidade geral, em que as pessoas e as situações não são reduzidas a variáveis, mas sim analisadas como um todo.

i. Observação, registo e tratamento da informação

Segundo Peretz (2000:13) pode-se constatar que *“a observação consiste em estar presente e envolvido numa situação social para registar e interpretar, procurando não modificá-la.”*. Neste âmbito procurou-se ter o cuidado de não desviar a ação do seu desenvolvimento normal e não induzir os participantes a atos estranhos à sua perspetiva, pois o observador é que deve adotar comportamentos habituais do meio onde se insere, ou seja, *“(…) a prática da observação é ela mesma uma aprendizagem das regras, das atitudes e das expressões do meio estudado.”* (Idem, 2000:14).

A observação direta é importante para avaliar a eventual necessidade de formação para um serviço de qualidade, na medida em que *“(…) testemunha comportamentos efetivos dos indivíduos que trabalham ou agem num quadro institucional ou regulamentar, do qual dão uma indicação prática no decurso dos seus actos habituais.”* (Idem, 2000:35). Esta não se limita aos dados visíveis e aos atos, nela também está-se atento aos propósitos evidenciados pelos atores no decurso das suas ações e que não constam nos documentos existentes na instituição.

Ainda segundo o autor Peretz (2000:24), a observação direta consiste em testemunhar os comportamentos sociais dos indivíduos (ou grupos) nos próprios locais das suas atividades, sem alterar o seu ritmo normal. A finalidade desta é recolher e registar todas as componentes da vida social que se apresentam à perceção do observador. Este contacta com as pessoas, estuda-as e presencia os seus atos e gestos. *“A observação direta testemunha comportamentos efetivos dos indivíduos que trabalham ou agem num quadro institucional ou regulamentar, do qual dão uma indicação prática no decurso dos seus atos habituais.”* (Idem, 2000:35).

A técnica da observação participante foi utilizada na participação diária com as referidas funcionárias, verificando os vários aspetos ao nível do seu desempenho: processo operacional, ambiente e condições de trabalho, utilização dos recursos, relação com os residentes, atitudes comunicacionais, índice de ausências ao trabalho. Esta observação serviu de input para o diagnóstico. Para além da observação procedeu-se ao registo da informação como forma de *“(…) desejo de reproduzir nos apontamentos o significado dos dados recolhidos por observação, conservando-lhes o estatuto de facto real e de ato realizado por pessoas.”* (Idem, 2000:131).

ii. Inquérito por questionário, tratamento e análise de conteúdo

O inquérito na investigação social é uma estratégia de recolha de informação que faz perguntas diretas “(...) e de modo uniforme às pessoas implicadas nos fenómenos sociais estudados (...)” (Moreira, 2007:231). Envolve situações como o inquérito, sondagem, estudos do mercado e censos, mas nele está sempre presente um processo padronizado de questionário.

No presente projeto, num primeiro momento foram elaborados e aplicados inquéritos por questionário para aferir as necessidades de formação com o intuito de realizar o plano de formação. Após a concretização deste último foram aplicados novamente os inquéritos por questionário com a finalidade de avaliação para aferir os conhecimentos adquiridos.

Este tipo de questionário foi o que melhor se adaptava aos objetivos desta investigação, dado que “*Consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, (...)*” (Quivy & Campenhoudt, 2008:188).

Os inquéritos por questionário são diferentes dos inquéritos por sondagem de opinião³ pois os primeiros visam a confirmação de hipóteses teóricas e a análise das conexões que essas hipóteses sugerem, logo estes são normalmente mais elaborados e consistentes do que os inquéritos por sondagem.

Como nos diz Moreira (2007:232) “*O inquérito por questionário apresenta, (...) vantagens indiscutíveis e daí certamente a sua longa tradição na história da investigação social.*”

Foi elaborado um inquérito por questionário (Apêndice 1 - Inquérito por questionário) que embora possa parecer ser uma construção simples e banal, “*(...) é uma tarefa complicada, difícil, que exige esforço e atenção.*” (Idem, ibidem). Para se conseguir realizar um bom questionário é necessário o conhecimento efetivo da população a quem se vai aplicar, é importante clareza no objetivo da pesquisa e experiência do investigador.

Após a construção do questionário foi realizado um pré-teste para aferir se as perguntas faziam sentido e eram entendidas pelos inquiridos; se a categoração das respostas e sua codificação estavam certas; se as perguntas tinham uma sequência lógica e a duração pretendida; e se as instruções eram suficientes para a sua compreensão, (Idem, 2007:248).

³ Os inquéritos por sondagem de opinião têm como finalidade “*(...) fixar num dado momento uma determinada situação social.*” (Albarello, 2005:48).

Este pré-teste também serviu para saber qual a melhor forma de aplicá-lo e no caso desta investigação os inquéritos por questionário foram realizados por administração direta⁴.

Com o intuito de proceder à análise de toda a informação recolhida através desta técnica, utilizou-se a análise estatística dos dados, pois os dados recolhidos, em grande número de respostas, são pré-codificados e não têm significado por si mesmo. *“Só podem, portanto, ser úteis no âmbito de um tratamento quantitativo que permita comparar as respostas globais de diferentes categorias sociais e analisar as correlações entre variáveis.”* (Quivy & Campenhoudt, 2008:190).

A presente análise pressupõe a criação de um ficheiro de dados (que sustenta a análise estatística), a aplicação de técnicas estatísticas (que permitem trabalhar os dados) e a interpretação dos dados (através da análise dos resultados obtidos). A apresentação/representação da informação foi efetuada com recurso a quadros, tabelas e gráficos que posteriormente foram analisados e tiradas conclusões. Como afirma Quivy & Campenhoudt (2008:223) *“(...) a estatística descritiva e a expressão gráfica dos dados são muito mais do que simples métodos de exposição dos resultados.”*

Após o estudo realizado e as conclusões retiradas é necessário fazer a divulgação das mesmas como *“(...) etapa fundamental do processo de pesquisa.”* (Moreira, 1994:195), devido a que o conhecimento só por si é uma criação social e ainda porque só quando se passam a escrito os resultados finais da pesquisa é que tudo fica claro, até como forma de melhoramento.

iii. Análise documental

Neste estudo recorreu-se, como técnica complementar, à análise documental de documentos⁵ que contêm um peso importante para a compreensão global da situação em estudo. Assim foram analisados e estudados o Anexo 1 - Estatutos da ACS; o Anexo 2 - Regulamento da ACS; e o Anexo 3 - Guia de Acolhimento da ACS. Tais documentos permitiram perceber não só os princípios operativos da ACS, mas também a forma de projeção da instituição para o exterior. Foram concomitantemente estudados e analisados o contrato coletivo de trabalho e as funções adstritas á categoria profissional de auxiliares de ação direta que possibilitaram uma maior compreensão das dinâmicas e funcionalidade institucionais.

⁴ A administração direta, *“(...) quando é o próprio inquirido que o preenche.”* e a administração indireta, é *“(...) quando o próprio inquiridor o completa a partir das respostas que lhe são fornecidas pelo inquirido.”* (Quivy & Campenhoudt, 2008:188-189).

⁵ Por documento entende-se *“(...) o material informativo sobre determinado fenómeno que existe com independência da acção do investigador.”* (Moreira, 2007:153)

As técnicas utilizadas e a proximidade por elas ocasionada, permitiu um aprofundamento no quotidiano da ACS, possibilitando a apreensão dos comportamentos, dos modos de agir / estar e dos acontecimentos no próprio momento em que se produziram, possibilitando analisar a autenticidade relativa dos acontecimentos em comparação com as palavras dos sujeitos.

Uma das técnicas também relevantes para a realização deste projeto foram as conversas informais com os funcionários e residentes e seus familiares.

- **Universo e amostra**

Segundo Gil (1995:92) uma amostra é “(...) o subconjunto do universo ou da população, por meio da qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população.”

No caso deste projeto, o universo coincidiu com a amostra, considerando as suas respetivas dimensões e são os *vinte e um Auxiliares de Ação Direta da ACS*.

As características consideradas foram: sexo, idade, escolaridade, categoria profissional e progressão na carreira e serão apresentadas no respetivo ponto. O universo/amostra foi definido de acordo com as metodologias atrás apresentadas.

Situada a questão, os objetivos e a metodologia ir-se-á então apresentar o modo como se desenvolveu o trabalho.

No primeiro capítulo, trataremos da questão do envelhecimento: questões do presente e do futuro, procedeu-se ao enquadramento teórico da problemática deste projeto, com um especial enfoque na questão da dependência.

O segundo capítulo apresenta as principais políticas e respostas sociais do envelhecimento, seguindo para a institucionalização dos idosos e finalizando este capítulo com as questões inerentes aos cuidados formais aos idosos.

No terceiro capítulo expõe-se a necessidade de formação e qualificação para as auxiliares de ação direta, analisando e estudando o exercício prático da ACS.

E por fim o quarto capítulo é a operacionalização do exercício prático desenvolvido na ACS, apresentando-se um exemplo concreto de uma ação de formação realizada na ACS para as AAD da instituição, prática recorrente considerando o existente no mercado de trabalho nacional onde é difícil, se não impossível, contratar pessoal para aquele grupo socioprofissional com a qualificação adequada e onde a formação em exercício como modo de a adquirir deverá ser um processo a seguir.

CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO: QUESTÕES DO PRESENTE E DO FUTURO

Neste capítulo apresentamos o enquadramento dos temas teóricos centrais da tese que afluem para uma melhor compreensão do processo de envelhecimento. Deste modo, procede-se a uma revisão da literatura sobre as questões demográficas, biológicas, psicológicas e sociais e do novo conceito de resiliência do processo de envelhecimento, prosseguindo para os modelos do envelhecimento, ressaltando o envelhecimento como dependência.

1. Envelhecimento: Contextualização e Processos

Entende-se que não existe um só envelhecimento, mas sim processos de envelhecimento que estão relacionados com o género, a etnia, a classe social e cultura e que são determinados socialmente pela desigualdade de condições de vida e de trabalho a que estiveram submetidos os indivíduos. Assim poderá afirmar-se que o envelhecimento é influenciado por fatores externos ou ambientais, socioeconómicos e profissionais, e não somente por fatores pessoais. É nesta perspetiva que Levet (1998:25) afirma que existem diferentes formas de o envelhecimento se apresentar: segundo a cultura (diferente de uma sociedade para a outra); segundo o sexo e a classe social à qual se pertence; segundo a área geográfica (não se envelhece da mesma forma no campo ou junto ao mar); segundo a situação económica do país (é diferente envelhecer num país rico ou num país em vias de desenvolvimento); entre outros fatores.

O processo do envelhecimento é um dos acontecimentos mais importantes desde meados do século XX até aos dias de hoje e é um fenómeno que afeta de diferentes formas todos os países, sejam eles desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento⁶.

Conforme INE (Censos 2011), “(...) o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, agravou-se na última década.”

Segundo o mesmo instituto a população residente em Portugal cresceu cerca de 2%, fixando-se em 10 561 614. Sendo que 15% da população se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de

⁶ Segundo Almeida (2006:22-23) a definição de idoso nos países desenvolvidos é “(...) aquele indivíduo, homem ou mulher, que atinja ou ultrapasse os sessenta e cinco anos”, nos países em vias de desenvolvimento “(...) a terceira idade se inicia aos sessenta anos.”, segundo a Organização Mundial de Saúde – (OMS, 2003) derivado a que “(...) a mortalidade é bastante mais elevada em idades mais jovens.”.

idade. O índice de envelhecimento⁷ da população é de 129, o que significa que por cada 100 jovens há hoje 129 idosos.

Conclui-se que a definição do princípio do processo de envelhecimento é em si própria paradigmática. Alguns autores consideram que o envelhecimento começa no momento da concepção, ou seja envelhece-se logo que se nasce, para outros o processo de envelhecimento inicia-se entre a segunda e a terceira década de vida; existem outros autores que consideram que o envelhecimento acontece nos estádios mais avançados da vida humana. Outros consideram que na atualidade parece desajustado considerar a condição de idoso aos 65 anos⁸, uma vez que o envelhecimento é um processo gradual, sendo que, de qualquer forma, a definição de uma categoria específica que compreenda as pessoas idosas resulta sempre de uma composição abstrata e normativa (Pimentel, 2001:53).

Citando Díaz (1981:18) *“Se ninguém mo pergunta sei, mas se quero explicá-lo a quem mo pede, não sei. O tempo intui-se mas não se compreende. O passado já não é, o futuro ainda não existe, o presente é fugaz”*. O tempo é necessariamente inerente e dissociável da natureza humana. Quando se fala em envelhecimento e idoso, pensa-se necessariamente na idade cronológica, na passagem do tempo, nos anos que a pessoa já viveu. Nesta perspetiva, envelhecer faz parte da etapa do ciclo de vida do ser humano que é o resultado de um processo na vida de cada indivíduo.

O envelhecimento humano não está associado apenas ao aumento da esperança média de vida⁹, mas também *“(…) ao declínio da mortalidade entre os jovens e adultos de meia-idade.”*, (Figueiredo, 2007:29). Isto acontece devido a que alguns fatores, como por exemplo a melhoria da saúde pública, das condições sociais, da nutrição e da medicina preventiva e curativa levaram a que existisse uma redução na taxa de mortalidade.

Mas o que é o envelhecimento? De uma forma breve e segundo as autoras Sousa, Figueiredo, & Cerqueira (2004:23) *“(…) o envelhecimento é um processo de deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo.”*

Em suma, entende-se o envelhecimento como um processo influenciado por vários fatores que são condutores de um envelhecimento diferenciado, atendendo às influências e

⁷ Segundo Sequeira (2010:14) o índice de envelhecimento é o *“(…) quociente entre a população idosa (65 e mais anos) e a população jovem (0 a 14 anos).”*

⁸ *“Consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, idade que em Portugal está associada à idade de reforma.”* - INE (2002:1) atualidades.

⁹ A esperança de vida *“(…) corresponde ao número de anos que um determinado indivíduo pode esperar estatisticamente viver desde o nascimento. É a esperança média de vida que tem vindo a aumentar progressivamente no homem, graças aos melhores cuidados de higiene, às condições sociais de vida e à evolução da medicina, principalmente no que respeita à saúde.”* – (Almeida, 2006:17).

situações a que o indivíduo, no percurso de vida, está sujeito. O envelhecimento populacional tem como fundamento o aumento da esperança média de vida e a baixa natalidade, bem como as profundas transformações nos estilos de vida e nos padrões culturais. Este fenómeno insere-se numa linha de evolução mais ampla, comum às sociedades em geral e tem originado problemas sociais diversificados, evidenciando maior preocupação a exclusão social dos idosos. Neste trabalho considera-se especialmente o fenómeno em Portugal e na Comunidade Europeia onde o progressivo e acentuado envelhecimento se revela no topo e na base da pirâmide etária, que seguidamente se apresenta.

1.1 Envelhecimento demográfico

Segundo Sequeira (2010:16) o envelhecimento demográfico é o “(...) aumento da proporção de idosos na população total, em detrimento da população jovem e/ou em idade ativa.”

O envelhecimento demográfico define-se como o “ (...) aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem e/ou da população em idade ativa.” (INE , 2002:1).

Na atualidade, Portugal e os restantes países da Europa apresentam um acentuado declínio das taxas de fecundidade e de natalidade o qual, associado às baixas taxas de mortalidade está na base do atual processo de envelhecimento demográfico, contrariamente ao que acontecia anteriormente em que as sociedades eram caracterizadas por uma forte fecundidade e uma forte mortalidade, ou seja, vida curta e população maioritária jovem. Esta tendência, no presente, mantém-se ainda nos países em vias de desenvolvimento.

O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado nos resultados dos Censos 2011.

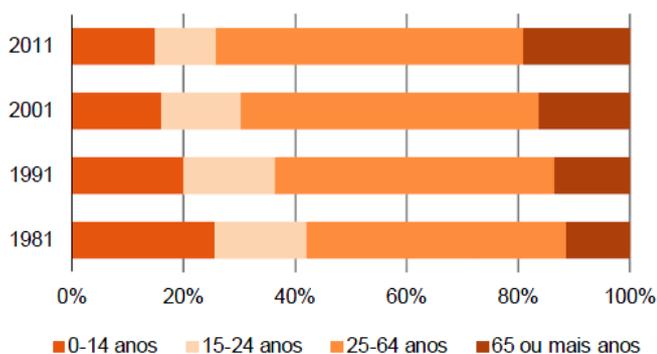


Gráfico 1 - Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários

Fonte: INE - censos 2011

Como podemos verificar pela análise do gráfico I, em 1981, cerca de ¼ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos).

Em 2011, Portugal apresenta cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade. Entre 2001 e 2011 verificou-se uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) de, respetivamente 5,1% e 22,5%. Em contrapartida, aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais) cerca de 19,4%, bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3% (Cf. INE, 2011).

Segundo os censos de 2011, as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira são as que apresentam uma maior percentagem da população no grupo etário mais jovem, respetivamente 17,9% e 16,4%, seguidas pelas regiões de Lisboa, Norte e Algarve com, respetivamente, 15,5%, 15,1% e 14,9%. As regiões do Alentejo e Centro são as mais envelhecidas, com uma percentagem da população com 65 anos ou mais a rondar os 24,3% e 22,5%, respetivamente, como poderemos constatar na análise ao gráfico III (Cf. INE, 2011).

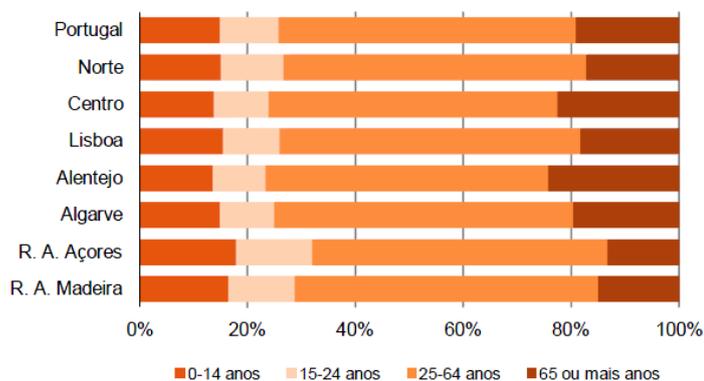


Gráfico 2 - Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários por NUTS II

Fonte: INE - censos 2011

A distribuição da população por sexo, relativamente ao grupo etário, mantém um padrão semelhante ao da década passada. Nos grupos etários mais jovens (até 24 anos) predominam os homens, relativamente às mulheres, 13,1 % contra 12,6% do total da população. Nos grupos etários com idades mais avançadas esta tendência inverte-se e passam a predominar as mulheres, relativamente aos homens. No grupo dos 25-64 anos de idade, a percentagem de mulheres é de 28,5% e a de homens é de 26,6%. Também no grupo etário dos 65 ou mais anos se verifica a preponderância das mulheres, 11%, face aos homens, 8% (Cf. INE, 2011).

Estes dados vêm alterar a predominância dos homens face às mulheres na sua longevidade, levando a que na história da atualidade sejam as mulheres que desafiem os anos e uma vez que vivem mais do que os homens, têm mais tendência a viver sozinhas na terceira idade, facto comprovado ao verificar-se que 81% da população viúva são mulheres e 19% são homens, segundo censos 2011 (Cf. INE, 2011).

Segundo Pestana (2003:27) a alteração das estruturas etárias ao longo dos séculos veio colocar os índices de dependência dos jovens e dos idosos em “rota de colisão”. Deste modo, o autor (2003:28) chama a atenção para a análise de alguns indicadores-chave na compreensão deste cenário:

- Índice de dependência de idosos – corresponde à relação entre a população idosa e a população em idade ativa (número de idosos por cada 100 pessoas em idade ativa);
- Índice de dependência de jovens – equivale à relação entre a população jovem e a população em idade ativa (número de jovens por cada 100 pessoas em idade ativa);
- Índice de dependência total – diz respeito à relação entre idosos e jovens e a população em idade ativa (número de idosos e jovens por cada 100 pessoas em idade ativa), representando a soma dos dois índices anteriores.

Segundo censos do INE (2011), o índice de dependência total aumentou de 48 em 2001 para 52 em 2011. O agravamento do índice de dependência total é resultado do aumento do índice de dependência de idosos que aumentou cerca de 21% na última década. O índice de dependência de jovens teve, no mesmo período, um comportamento contrário, assinalando uma diminuição de cerca de 6%.

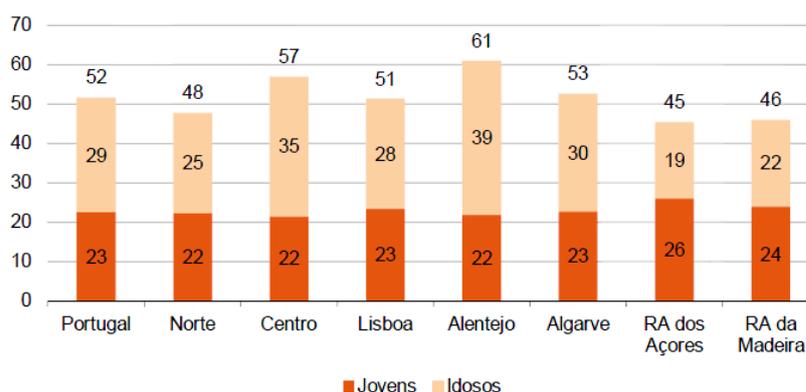


Gráfico 3 - Índice de dependência total por NUTS II

Fonte: INE - censos 2011

Estes resultados refletem o perfil demográfico do país caracterizado por um aumento da população mais idosa e pela diminuição da população mais jovem, motivado sobretudo

pela diminuição da natalidade. Geograficamente, as regiões com uma estrutura etária da população mais equilibrada são aquelas que também apresentam índices de dependência mais favoráveis. As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, com 45 e 46 respetivamente, detêm os valores mais baixos. Já o Alentejo aparece no topo com o valor mais elevado de 61 pessoas em idade não ativa, por cada 100 em idade ativa, seguido do Centro com 57.

Após a análise do envelhecimento demográfico, também é importante analisar o processo do envelhecimento individual e humano.

1.2 Envelhecimento humano

Segundo Osório (2007:12), o envelhecimento *“(...) não é apenas um processo demográfico (...), no qual importantes gerações chegam à terceira idade, mas é também um processo que assume vários aspetos biológicos, psicológicos e sociais.”*

1.2.1 Envelhecimento biológico

Assim sendo, poder-se-á inferir que a ciência ainda não atingiu o conhecimento para determinar o início do envelhecimento embora formule, como lei, que esse fenómeno varia conforme a natureza orgânica, ambiente em que o homem vive em sociedade, os usos e costumes e os estilos de vida.

Embora nenhuma das definições atuais de envelhecimento biológico esteja cientificamente comprovada e aceite, para Figueiredo (2007:32) o envelhecimento biológico *“(...) refere-se às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo (...)”*, como por exemplo a perda do cabelo, flacidez da pele, diminuição da densidade óssea, diminuição da visão e da audição.

Para Netto & Ponte (2002:5) *“O organismo humano, desde sua concepção até à morte, passa por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou de estabilização e envelhecimento.”*

Para Sequeira (2010:20) *“O envelhecimento biológico é caracterizado pela diminuição da taxa metabólica, em consequência da redução das trocas energéticas do organismo.”*

A evolução do envelhecimento a nível biológico é variável, devido a que, de um modo geral, os tecidos perdem alguma flexibilidade e os órgãos e os sistemas diminuem a qualidade e a agilidade das suas funções. É neste sentido que se pode verificar que o envelhecimento biológico se coloca ao nível dos órgãos, dos tecidos e das células, e que as

alterações que se verificam nos vários aparelhos e sistemas não têm a mesma velocidade de declínio, e o padrão de declínio é bastante heterogêneo entre os diversos órgãos.

O envelhecimento biológico passa por uma série de alterações a vários níveis: ao nível do paladar e do olfato; ao nível da visão, da audição; alterações do sono (oscilações); alterações da temperatura, do peso e do metabolismo; alterações das necessidades energéticas e ao nível da sexualidade.

Mas “*A senescência toca essencialmente três modalidades: o equilíbrio, a audição e a visão.*” (Fontaine, 2000:77). Continuando no fio condutor deste autor (idem, ibidem) os défices sensoriais de natureza auditiva e visual são considerados como causas importantes do declínio geral no funcionamento das atividades intelectuais.

Ao nível do sistema nervoso central, as modificações descritas na literatura e apresentadas por Fontaine (2000:38), são: atrofia do cérebro (perda de peso e diminuição de volume); aparecimento de placas senis; degenerescência neurofibrilar; diminuição da neuroplasticidade; mortalidade neuronal; rarefação e enriquecimento dendríticos.

Segundo Sequeira (2010:22), do envelhecimento decorrem diversas alterações: sistema respiratório (afeções mais comuns: pneumonia, enfisema, tuberculose), no sistema cardiovascular (enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, angina, anemia), no sistema músculo-esquelético (osteoporose, osteoartrose, artrite reumatóide, fraturas), no sistema nervoso (doenças vasculares cerebrais, doença de Parkinson), no sistema renal (incontinência urinária, infeções, hipertrofia benigna da próstata) e no sistema gastrointestinal (colecistite, obstipação).

Poder-se-ia continuar a falar das doenças associadas ao envelhecimento biológico mas, em suma, podemos constatar, em muitos casos, que a diminuição das capacidades físicas e sensoriais (audição e visão), para além das mentais, potencia um decréscimo do bem-estar e aumenta o sentimento de vulnerabilidade, determinando a condição psicológica e social das pessoas idosas. Embora fugindo ao objetivo do presente projeto considera-se de utilidade a abordagem dos aspetos do envelhecimento biológico, em termos gerais de enquadramento da problemática do envelhecimento.

1.2.2 Envelhecimento psicológico

Não se poderia deixar de considerar as contribuições das investigações da psicologia do envelhecimento e outras abordagens disciplinares no âmbito da Psicologia. De uma forma necessariamente concisa mobilizam-se, na elaboração do referencial teórico deste trabalho, algumas contribuições nesta ótica de análise.

A abordagem psicológica segundo Fontaine (2000:25) diz respeito “(...) às *competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente.*” Continuando na mesma linha de pensamento a abordagem psicológica inclui as capacidades mnésicas (memória), as capacidades intelectuais (inteligência) e as motivações para o empreendimento.

Também Sequeira (2010:23) considera que “*O envelhecimento psicológico depende de fatores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural em que se encontra inserido e da forma como cada um organiza e vivencia o seu projeto de vida.*”

Para Figueiredo (2007:37) a pesquisa no âmbito da psicologia do envelhecimento “(...) *tem recaído sobretudo em duas áreas: a personalidade e o funcionamento cognitivo.*”, como por exemplo: a diminuição da percepção das coisas, diminuição da memória, diminuição do vocabulário.

Alguns estudos na área do funcionamento cognitivo demonstram ser possível preservar as capacidades cognitivas até ao final da vida. Mas a maior parte da bibliografia diz-nos que a decadência das funções cognitivas acontece em consequência do processo de envelhecimento, sendo este último um fenómeno de acontecimento universal. Às condições responsáveis por essas transformações dá-se o nome de “*distúrbios cognitivos adquiridos*”, segundo (Luders & Storani, 2002:146).

Na população idosa as perturbações psíquicas de maior ocorrência são os síndromas da depressão e da demência.

A depressão é uma situação que quase todas as pessoas vivenciam de forma relativamente branda em determinados momentos da vida. Na velhice, as causas de depressão são muitas vezes atribuídas a acontecimentos negativos e traumáticos, como por exemplo a morte de alguém da família. De uma forma geral, a depressão é subestimada, quer pela pessoa que a vive, quer pela família, e mesmo pelos profissionais, fundamentando como faça parte do processo de envelhecimento. Na opinião de Carvalho & Fernandez (2002:160) tal entendimento está errado, na medida em que a depressão deve ser considerada perturbação em qualquer fase da vida, pois se assim não fosse não estariam justificadas medidas existentes a nível terapêutico, visando o seu desaparecimento.

“*A importância de seu reconhecimento é que, ao se estabelecer a terapia indicada, devolvemos ao indivíduo a capacidade de amar, pensar, interagir e cuidar de pessoas, trabalhar e sentir-se gratificado e assumir responsabilidades.*” (Idem, Ibidem)

A nível psicológico há uma diminuição da capacidade de adaptação nesta fase da vida, que se pode expressar pela incapacidade de aceitar uma situação de choque como por exemplo a viuvez, ou pela total incapacidade adaptativa mesmo em situações simples como sair de casa para dar um passeio. Leme & Silva (2002:94) assumem que o declínio da capacidade de ambientação social pode manifestar-se pela complexidade de aceitação da mudança de ambientes, desde uma casa diferente até uma simples mudança dos móveis do quarto. A par da diminuição da capacidade adaptativa da pessoa idosa, junta-se o aumento da sua dependência do ambiente familiar, caracterizado como um local de estabilidade e de proteção (Idem, 2002:94-95).

A personalidade da pessoa, ao longo da vida, está submetida a uma série de perturbações, na medida em que o seu próprio meio exterior sofre igualmente profundas modificações. Isto pode-se comprovar com a perspetiva de Fernandes (2002:40) que afirma que a maioria dos problemas ligados ao envelhecimento, nas pessoas idosas, não são causados pela diminuição das funções cognitivas, mas sim por outro tipo de problemas, como a doença, o cansaço, a perda de papéis, as diversas situações de stress, o desenraizamento e outros traumatismos que vão complicar a adaptação das pessoas idosas. O indivíduo terá de reequacionar os seus objetivos pessoais para superar estas situações, de forma a adaptar-se, conservando a sua autoestima, para continuar a viver com o melhor bem-estar possível.

A demência é uma das perturbações de saúde mais habitual decorrente do processo de envelhecimento, mas é importante destacar que, embora se trate maioritariamente de doenças do foro neurológico, estas acarretam muitas consequências psicológicas e sociais. Tal facto deve-se à situação de se conceber um quadro de diminuição progressiva da função cognitiva, isto é, perda da memória, da capacidade de abstração e juízo, com consequências de alteração da personalidade e da estrutura psicológica. As consequências sociais são em grande parte derivadas das incapacidades para as atividades de vida diária originadas por estas doenças e, por outro lado pelas consequências sociofamiliares que concebe. No entanto, é importante acrescentar que, na perspetiva de alguns autores, entre eles Stuart (2002), é incorreto compreender a demência como uma doença somente da velhice, como se fosse uma consequência obrigatória do processo de envelhecimento, pois todas as demências podem iniciar-se antes da chamada terceira idade, e algumas raramente são encontradas depois dos 65 anos.

1.2.3 Envelhecimento social

Todos os estudos e investigações sobre o envelhecimento têm focado mais os aspectos biológicos e psicológicos inerentes ao processo de envelhecimento, no entanto foi devido às questões do envelhecimento demográfico que a abordagem social começou a ter maior relevância na compreensão do envelhecimento como problema social.

Assim, o envelhecimento social associa-se “(...) às transformações a nível dos papéis sociais, exigindo capacidade de ajustamento ou adaptação às novas condições de vida.” (Figueiredo, 2007:53), como por exemplo a perda da profissão, a perda da credibilidade enquanto pessoa. Para Osório (2007:15) o envelhecimento social pode ser encarado “(...) como um acontecimento de alteração de atitudes e de mentalidades, resultante das relações que se estabelecem entre os grupos etários e as suas condições de vida.”

No decurso do processo de envelhecimento, as redes sociais alteram-se com os contextos familiares, de trabalho e da vizinhança. Como por exemplo, “Acontecimentos como a reforma ou a mudança de residência alteram profundamente esta rede.” (Paúl, 2005:37).

Analisando à luz da história a realidade portuguesa em termos sociopolíticos, presenciamos a distanciação das pessoas perante o Estado. Isto pode ser comprovado se considerarmos os valores das reformas da atual população idosa portuguesa e os respetivos percursos contributivos, ou seja, os valores das reformas são insuficientes, em grande parte dos casos, para garantir as necessidades básicas e assegurar uma subsistência digna. Em suma, os rendimentos deste grupo social advêm de reduzidas reformas estabelecidas em grande parte pelas baixas qualificações destes idosos na vida ativa.

A conjuntura sociopolítica que existiu até ao 25 de Abril, destituiu a população portuguesa da capacidade de expressão e de livre acesso ao ensino, impedindo, assim, a mobilidade profissional e social dos atuais idosos que “(...) saem do mercado de trabalho, na condição de aposentados, vencidos pelo cansaço, marcados pelas frustrações e impregnados pelos sentimentos de impotência.” (Boutique & Santos, 2002:90). É como se a ausência do trabalho assinala uma perda de utilidade social, sentida pelo próprio e confirmada pela sociedade que prescindiu destas pessoas, independentemente do seu aspeto ou capacidade para o trabalho, instituindo assim a sua entrada “oficial” na velhice. Não percebendo assim que o trabalho pode ser a atividade mais importante das suas vidas, “(...) seja porque é daí que lhes vem o dinheiro, seja pelo prazer que daí tiram, seja por encontrarem aí as principais fontes de convivência social, seja por uma mistura de todas essas razões.” (Fonseca, 2005:46).

Nesta linha de pensamento a reforma contribui para o isolamento social, a inatividade e a depressão, uma vez que a saída do mercado de trabalho, independentemente da sua escolha, gera na pessoa um sensação de falta de importância, utilidade e autoestima, sobretudo numa sociedade onde “(...) o trabalho se tornou uma fonte primordial de identidade, valorização social e participação económica, enquanto fatores essenciais de integração social (...)”. (Osório, 2007:17). Mas a vivência da passagem à reforma “(...) é muito variável de um indivíduo para outro.” (Fontaine, 2000:25), isto é, cada pessoa é uma realidade, sendo que a idade da reforma tem repercussões diferentes em cada um, o que quer dizer que, se por um lado existem idosos que após a reforma acabam por deixar-se cair na inatividade e no desinteresse, por outro lado a realidade mostra-nos que também existem idosos que continuam a ter uma vida social ativa.

Como nos diz Fonseca (2005:46-47) a passagem à reforma é “(...) um acontecimento de vida que supõe um processo de transição-adaptação, envolvendo mudanças em variadíssimos aspetos da vida e cujo sucesso adaptativo implica sucessivas reorganizações do estilo de vida, tendo em vista manter ou até melhorar o bem-estar psicológico e social.”

Esta inatividade que poderia ser direcionada para a dedicação do tempo a atividades de desporto, de lazer, de criatividade faz igualmente parte do projeto de existência que se pode ter para esta fase da vida, favorecendo novos espaços de participação e de socialização na vida social, política, cultural e económica (Ferrari, 2002:98).

O envelhecimento tornou-se uma questão social, sinónimo de incómodo para quem tem que lidar permanentemente com as características que cada idoso possui. Para a sociedade, o idoso é um indivíduo não ativo, ou seja, não produz e é rotulado como peso para o Estado já que este terá que disponibilizar verbas e condições adequadas a alguém que se tornou improdutivo. É esse «status» de improdutivo que provoca muitas vezes sentimentos de inutilidade e de rejeição e leva a situações de isolamento pelo que, a médio e a longo prazo, o envelhecimento é um dos aspetos a ter em conta nas definições das políticas sociais. A exclusão começa a nível familiar e quando esta não existe, o idoso não tem muitos lugares condignos para o seu acolhimento, uma vez que a sociedade desenvolveu estilos de vida que não o contempla.

É nesta perspetiva de um entendimento mais preciso sobre a realidade do envelhecimento e sobre a forma como cada pessoa o encara, que se considerou importante retratar as questões da resiliência, que nos permitirão um melhor entendimento sobre a

maneira como o envelhecimento é encarado e vivido de forma diferente de sujeito para sujeito.

2. Modelos para compreender o envelhecimento

O envelhecimento humano “(...) *é um processo diferencial (...)*”, (Fontaine, 2000:23), em que cada indivíduo envelhece de um modo particular e diferente do outro, conforme as suas vivências e estilos de vida. Não acontece da mesma forma para todos os idosos, pois existe um envelhecer no feminino/masculino; sozinho/no seio da família, solteiro/casado/divorciado/viúvo, com filhos/sem filhos, meio rural/urbano, saudável/débil, ativo/inativo.

São estes fatores que vão diferenciar os vários modelos do envelhecimento (normal/produtivo/saudável/ativo), que são os modelos seguidamente apresentados.

2.1 Envelhecimento normal

O envelhecimento é um processo normal, individual e gradual, que caracteriza uma etapa da vida onde ocorrem modificações fisiológicas, bioquímicas e psicológicas em consequência da ação do tempo. É uma fase onde ocorrem manifestações somáticas no ciclo natural da vida, caracteriza-se pela perda progressiva da capacidade de adaptação e da resistência do organismo às mudanças que influenciam de maneira decisiva a vida do indivíduo. O cuidado com a saúde, o conhecimento do processo de envelhecimento e a prática de atividades físicas, contribuíram para que a pessoa chegue com serenidade à idade mais avançada. O controlo das doenças representa um resultado bastante favorável, para se alcançar um envelhecimento dito normal.

Para se analisar o processo de envelhecimento humano, não se pode estudá-lo apenas com base nos aspetos fisiológicos, sendo necessário considerar todas as outras alterações que não são de origem biológica e que vão ocorrendo ao longo do tempo. São os fatores que dão um carácter absolutamente individual/particular ao processo de envelhecimento, pois como afirma Levet (1998:25), “*Todos os acontecimentos de uma vida, quer sejam históricos, políticos, económicos ou tecnológicos, influenciarão e orientarão o seu desenrolar.*”

Deste modo é necessário encarar o envelhecimento como um processo natural onde, ao longo do processo de envelhecer, as aptidões do ser humano vão atenuando, levando a que ele cada vez mais vá diminuindo os hábitos, as rotinas diárias, as capacidades físicas e as atividades da vida diária, centrando-se mais na vida familiar, procurando apoio, amor e amizade.

Desta análise realizada sobre o envelhecimento pode-se concluir que este se observa em todos os países, mas maioritariamente nos países mais industrializados, sendo uma fator que tem vindo a aumentar em grandes proporções. Os indivíduos envelhecem de formas muito diversas (envelhecimento: biológico, psicológico e social) apesar de as três se encontrarem interligadas entre si. Pois, como nos diz Cardão (2009:32) o envelhecimento é:

“(...) um processo que não se reduz a perdas, mas antes, como uma interação contínua entre fenómenos biológicos, psicológicos e sociais, que provoca alterações no organismo à medida que a idade cronológica aumenta.”

O envelhecimento tem de ser considerado como um momento privilegiado da vida e não como um fator negativo, pois os indivíduos devem,

“(...) intervir de forma a prolongar a vida com autonomia e independência e, se possível, sem morbilidade. Deve-se investir na promoção da saúde através da adopção de estilos de vida saudáveis, na prevenção da doença e no diagnóstico precoce.” (Sequeira, 2010:34)

No processo de envelhecimento, teremos também que considerar não apenas os fatores intrínsecos ao processo de envelhecimento normal, como por exemplo os cuidados com a alimentação, o meio ambiente, os aspetos psicossociais, entre outros. Na forma como cada individuo organiza a sua vida, vulgarmente designada por estilo de vida, na disparidade de efeitos sobre o envelhecimento, também interferem os fatores extrínsecos, ou seja, pelo meio externo.

2.2 Envelhecimento produtivo

O envelhecimento produtivo refere-se ao sistema económico e à ideia de que os mais velhos ficam fora do sistema produtivo com o acesso à reforma. A ideia é contrariar este facto, promovendo o acesso ao trabalho aos mais velhos.

O conceito de Envelhecimento Produtivo emergiu durante a década de 70, com o intuito de combater a imagem vigente dos idosos, que na altura os descreviam como *“(...) pessoas frágeis, dependentes e não produtivos, um fardo para a sociedade e para as gerações mais jovens(...).”* (Martin, Guedes, Gonçalves, Pinto, & Fonseca, 2006:139).

Todavia, parece que não há uma definição consensual em torno do conceito embora haja características inerentes ao mesmo. Contudo considera-se, comumente, a existência de

uma atividade satisfatória e significativa, na qual o idoso se encontra envolvido de forma estruturada e continuada, tendo um impacto positivo na sua vida.

Martin, Guedes, Gonçalves, Pinto, & Fonseca (2006) consideram que no envelhecimento produtivo a capacidade do idoso para a produção de bens e serviços, de forma voluntária ou remunerada, junto da família ou da comunidade, se reflete positivamente no seu bem-estar e qualidade de vida.

O objetivo principal passa por a sociedade promover a participação dos idosos no sistema produtivo. Caso contrário, os mesmos poderão ser discriminados por não colaborarem e serem os maiores beneficiários do mesmo sistema através das suas pensões e do consumo de bens de saúde, segundo Carvalho (2011).

Na ótica do envelhecimento produtivo, os papéis desempenhados pelos idosos revestem-se de grande complexidade e destaque. Martin, Guedes, Gonçalves, Pinto, & Fonseca (2006:139-140), referem que as tarefas desempenhadas pelos idosos podem ser estruturadas em torno de quatro eixos:

“(...) (i) meio familiar, onde os papéis são desempenhados através da transferência de tempo, da translação de dinheiro e da função educativa dos netos; (ii) promoção social, maioritariamente nos programas de voluntariado sénior e nos programas intergeracionais; (iii) trabalho sénior, no âmbito rural e dos serviços; e (iv) meio político.”

Os mesmos autores verificaram que

“(...) (a) a prestação de cuidados aos descendentes, de primeira ou segunda geração, funciona como um fator promotor do bem-estar dos idosos, mas que a acumulação de tarefas pode conduzir ao declínio do mesmo; (b) a integração numa estrutura de voluntariado formal permite ao idoso a manutenção de relações interpessoais, diminuindo o isolamento e o impacto negativo que este tem na sua saúde; (c) o estabelecimento de novas relações e a aquisição de novos papéis tem um impacto positivo na sua saúde e no seu bem-estar, prevenindo a perda de identidade e a doença mental; e (d) a continuidade no posto de trabalho é uma fonte de auto-realização e satisfação, permitindo a manutenção do sentimento de utilidade social e familiar.” (Idem, ibidem).

Tendo por base os fatores enunciados anteriormente, são muito importante os papéis sociais para verificar e acompanhar qual o impacto do desempenho das tarefas produtivas no idoso.

Para além desta perspetiva de análise do envelhecimento podemos ainda identificar a do envelhecimento bem-sucedido.

2.3 Envelhecimento bem-sucedido

Desde 1960 que Bearon, citado in Tomasini & Alves, (2007), refere que ao longo dos anos os gerontologistas têm vindo a desenvolver estruturas conceptuais de forma a descrever os resultados ideais do processo de desenvolvimento. O mesmo autor acresce que o conceito geralmente usado por forma a descrever uma boa velhice é o envelhecimento bem-sucedido.

Para Rowe e Kahn, (cit. in Tomasini & Alves, 2007:90), as pessoas com envelhecimento bem-sucedido “(...) são aquelas que apresentam um baixo risco de doença e incapacidades (...); que utilizam ativamente competências de resolução de problemas, conceptualização e linguagem; que mantêm contactos sociais e participam em atividades produtivas (...)”.

Na perspetiva de Teixeira & Neri (2008:91) o conceito de envelhecimento bem-sucedido expande-se num contínuo multidimensional, sendo que a ênfase assenta sobre a perceção pessoal das possibilidades de adaptação às mudanças oriundas do próprio envelhecimento e condições associadas.

Assim,

“(...) envelhecer bem é uma questão pragmática de valores particulares que premeiam o curso da vida, incluindo as condições próximas da morte. A implementação de programas que elevam o nível de qualidade de vida dos idosos pode prescindir, temporariamente, da definição uniforme desse fenómeno. O objetivo de muitos idosos e profissionais tem sido a promoção de saúde e bem-estar nessa fase da vida, seja referindo-se ao envelhecimento saudável, produtivo, ativo ou bem-sucedido.” (Idem, ibidem).

O envelhecimento bem-sucedido implica, em conjunto e permanentemente, que: o indivíduo apresente baixo risco de doença e incapacidades, faça uma utilização ativa das suas competências e mantenha contactos sociais e participação em atividades produtivas da comunidade onde se insere.

A OMS (2003) reconfigurou esta perspetiva do envelhecimento integrando uma dimensão de inclusão social ou seja o envelhecimento ativo.

2.4 Envelhecimento ativo

Envelhecimento ativo “é um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem” (Sequeira, 2010:4). Segundo Tamer & Petriz (2007:183) este conceito refere-se “(...) ao processo de otimização do potencial de bem-estar social, físico e mental das pessoas ao longo da vida(...)”. Para Viegas & Gomes (2007:41) envelhecimento ativo consiste “(...)

em promover o prolongamento da vida ativa (...) através do envolvimento dos mais velhos na vida social, não como audiência passiva, mas como atores participativos.”

O envelhecimento ativo é o processo de otimização de oportunidades para lutar pela saúde, pela participação ativa na vida e pela segurança de que terá uma boa qualidade de vida, quando o ser humano envelhece.

A promoção do envelhecimento ativo é, assim, um dos princípios estratégicos promovidos para uma nova perspectiva de desenvolvimento social. Prevenir e minimizar o impacto das causas das principais doenças relacionadas com os estilos de vida é especialmente fundamental no idoso, para a promoção da sua saúde geral.

Segundo Almeida (2008), o envelhecimento ativo é o conjunto de atitudes e ações que se podem tomar no sentido de prevenir ou de adiar as dificuldades que o envelhecer inevitavelmente acarreta. Este mesmo autor diz que, durante muitos anos, a grande preocupação da investigação médica foi a longevidade. Nos dias atuais, para além desta preocupação, há também cada vez mais a preocupação social com a qualidade de vida. A finalidade está no envelhecimento ativo que faculte uma idade avançada com qualidade.

O plano do envelhecimento ativo da OMS repercute a importância da formação nos profissionais que trabalham com os idosos.

O envelhecimento bem-sucedido enquadra-se no âmbito do envelhecimento ativo. A grande diferença entre estes dois modelos, é que o primeiro apenas se preocupava com a saúde e o segundo veio numa dinâmica da necessidade de atividade dos idosos para o seu bem-estar de saúde, inclusive a necessidade de formação para os profissionais que intervêm com os idosos. É neste registo que faz sentido dar ênfase à formação e qualificação das Auxiliares de Ação Direta com responsabilidades de prestação de cuidados pessoais a idosos institucionalizados.

De seguida vão ser abordados as questões do envelhecimento com dependência, problemática esta que tem vindo a ocupar progressivamente um lugar de destaque na nossa sociedade.

CAPÍTULO 2 – ENVELHECIMENTO E CUIDADOS A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Neste capítulo será abordado o envelhecimento com dependência, as respostas existentes para esta população idosa, prosseguindo para os cuidados formais prestados aos mais velhos. Ainda irão ser contextualizadas as questões relacionadas com a formação e a necessidade da aquisição de competências dos cuidadores formais.

1. Envelhecimento com dependência

Segundo o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho (capítulo I, artigo 3, alínea h) entende-se por dependência “(...) a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária.”

O envelhecimento com dependência é caracterizado pelo crescimento exponencial das situações incapacitantes nas pessoas muito idosas, sobretudo estados demenciais que conduzem a elevados défices ou mesmo perda de autonomia.

De acordo com Lemos & Medeiros (2006:1228) “o cerne do conceito de autonomia é, assim, a noção do exercício do autogoverno associado aos seus correlatos: liberdade individual, privacidade, livre escolha, auto-regulação e independência moral.” Este conceito de autonomia distingue-se do conceito de independência, sendo este caracterizado pela capacidade de sobrevivência sem ajuda (Idem, ibidem). Nos casos em que esta capacidade não se verifica, estamos perante situações de dependência, caracterizadas pela perda de capacidade, por parte do sujeito, em realizar sem ajuda de um cuidador ou de equipamentos adaptados, as atividades de vida diárias, tais como, de acordo com Pavarini e Neri (cit in Lemos & Medeiros, 2006:1228) “lavar-se, vestir-se, utilizar os sanitários, transferir-se de posição, controlar os esfíncteres e comer”. Os níveis de dependência são ainda divididos em dois grupos, os incapazes, definidos como não colaboradores na realização das atividades, e os dependentes, que apesar de necessitarem de ajuda na realização das atividades da vida diária, são colaboradores (Botelho, 2000).

Esta incapacidade que conduz à dependência apresenta características multidimensionais, devendo ser observada como um ecossistema onde estão presentes fatores de ordem física, mental, cognitiva, social, económica e ambiental (OMS, 2003).

O idoso e a família ao serem confrontados com a dependência física e psicológica inerentes ao processo de envelhecimento e com a incapacidade de encontrar soluções adequadas dentro do meio familiar, encaram a hipótese de recorrer ao internamento numa instituição (Botelho, 2000).

Sendo atualmente a institucionalização considerada uma resposta viável para os idosos com maior grau de dependência, a incorreta avaliação do grau dessa dependência pode revelar-se prejudicial para o idoso, para os funcionários e para a instituição. Por exemplo, se os cuidados prestados forem superiores ao necessário, levam a que o idoso se torne mais dependente, por sua vez, se os cuidados não forem ajustados à necessidade os idosos perdem qualidade de vida. Na prática esta avaliação poderá, eventualmente, traduzir-se num esforço físico e emocional desnecessário para as AAD, concretizando-se num custo acrescido para a instituição (Campos, 1982). O aumento proporcional das pessoas idosas pode não se constituir como um problema social, apesar de a velhice representar a fase da vida em que as capacidades e as resistências físicas vão gradualmente reduzindo. Em virtude de estas operarem num contexto desfavorável em que atua um conjunto de outros fatores, como a diminuição da taxa de natalidade, a crescente instabilidade das formas familiares, pouca disponibilidade da família para dar apoio às pessoas idosas (sobretudo às dependentes), a crise dos sistemas de proteção social, a despersonalização das relações sociais, estes fatores vêm agravar as condições de vida das pessoas idosas, que ficam numa posição social desfavorável, segundo Fernandes A. (1997).

A pessoa idosa e tal como já foi mencionado anteriormente, vai perdendo as capacidades para a realização das suas atividades da vida diária e devido às condições sociais e ausência de apoio da família, muitos idosos são colocados em instituições. Sabe-se que o declínio da capacidade funcional tende a aumentar com a idade, pelo que é urgente o esforço para prevenir a dependência física ou retardá-la ao máximo (Araújo & Ceolim, 2007). À medida que o ser humano envelhece, tarefas do quotidiano, consideradas banais, podem paulatinamente tornar-se difíceis de ser realizadas e, muitas vezes, indivíduos percebem-se dependentes de outra pessoa para tarefas de auto cuidado. Assim, a avaliação da capacidade funcional é relevante como indicador de qualidade de vida do idoso e pode ser entendida como desempenho das atividades a vida diária (Idem, ibidem).

Com a finalidade de descrever a funcionalidade e a incapacidade relacionadas com as condições de saúde, a Organização Mundial de Saúde criou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde que objetiva fornecer linguagem padronizada e modelo

para a descrição da saúde e dos estados relacionados com ela. Os conceitos apresentados introduziram um novo paradigma sobre deficiência e incapacidade que passaram a ser compreendidas, não apenas como consequência das condições de saúde/doença, mas também determinadas pelo contexto do meio ambiente físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência e pela disponibilidade de serviços.

A incapacidade funcional em idosos, traduz a função como sendo uma performance normal ou uma característica de um indivíduo e capacidade como aptidão de um indivíduo para executar determinada tarefa ou ação, indicando o nível de função que pode ser atribuído a esse indivíduo em determinado domínio. Atrelados à capacidade e função estão os conceitos capacidade funcional e incapacidade funcional, que são discutidos a seguir.

A capacidade funcional, ou independência funcional, é a capacidade de cumprir ações requeridas na vida diária para manter o corpo e sobreviver independentemente (Parras, Salas, & Escobar, 2005), sendo um conceito-chave na definição de saúde para o idoso.

A avaliação funcional é uma medida para verificar se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma e de seu entorno de maneira independente e, caso não seja, essa avaliação verifica se a necessidade de ajuda é parcial ou total (Duarte, Andrade, & Lebrão, 2007)

Ao nível do sistema nervoso central, as modificações descritas na literatura são: atrofia do cérebro (perda de peso e diminuição de volume); aparecimento de placas senis; degenerescência neurofibrilar; diminuição da neuroplasticidade; mortalidade neuronal; rarefação e enriquecimento dendríticos. (Fontaine, 2000:38)

Existem outras perturbações de saúde mais habituais na idade avançada como, por exemplo, a doença de Alzheimer e o Acidente Vascular Cerebral (AVC). A doença de Alzheimer foi descrita pela primeira vez em 1906 pelo médico alemão Alois Alzheimer e é a causa mais comum de demência nas pessoas idosas. Trata-se de uma doença degenerativa do sistema nervoso central, é evolutiva, incurável e mortal no atual estado das investigações, uma vez que está associada a lesões cerebrais irreversíveis, apesar dos evidentes progressos farmacológicos. Caracteriza-se por graves perturbações da memória, da linguagem, da orientação e das faculdades intelectuais como um todo, e atinge predominantemente pessoas muito idosas, embora também possa aparecer por volta da quinta década de vida (Fontaine, 2000:164-165). Existem ainda algumas modificações orgânicas, que não se podem considerar como doenças, mas sim como indicadores da passagem do tempo: rugas, cabelos brancos,

postura encurvada, reflexos mais lentos, diminuição da potência e da atividade sexual, pós-menopausa (Gatto, 2002:110).

Poder-se-ia continuar a falar das doenças associadas ao processo de envelhecimento, mas, em suma, podemos constatar que, em muitos casos, a diminuição das capacidades físicas e sensoriais (audição e visão), para além das mentais, potencia um decréscimo do bem-estar e aumenta o sentimento de vulnerabilidade, determinando a condição psicológica e social das pessoas idosas, criando níveis de dependência mais elevados.

Dependência, independência e autonomia não são condições que se exclua umas às outras, pois o funcionamento do ser humano é multidimensional. Um idoso pode ser dependente em determinado aspeto e independente em outro. A dependência na velhice tem muitas faces e etiologias com diferentes consequências sobre as relações do idoso consigo próprio, com as pessoas, o ambiente físico, o mundo natural e as instituições sociais (Pavarini & Neri, 2000).

Em suma, o envelhecimento com dependência pode muitas vezes estar relacionado com o envelhecimento social, a representação que o próprio e os outros fazem de si próprio. Estes níveis de dependência nos idosos exigem cuidados especializados, que na maioria dos casos não poderão ser prestados no seio familiar. É neste contexto, não somente para os mais dependentes como também para os mais autónomos, que o Estado teve necessidade de criar medidas de proteção social, que vão ser analisadas no capítulo a seguir, juntamente com a institucionalização e os cuidados formais prestados pelas AAD.

2. Respostas para o envelhecimento

Este ponto tem como objetivo a reconstituição da dinâmica subjacente às políticas sociais de velhice e os tipos de respostas institucionais que elas promovem.

É importante aqui referenciar que “(...) o problema das pessoas idosas é muito mais do que apenas um problema de número: trata-se de um problema que tem uma dimensão social.” (Osório, 2007:24). Por outras palavras, o envelhecimento não se pode resumir aos valores demográficos que têm vindo a aumentar, por muito problemático e admirável que seja, mas sim a uma análise dos idosos enquanto fenómeno social entendido por um lado pelos gastos que os idosos podem gerar (reforma, saúde, assistência) e por outro pelo reconhecimento do seu papel social.

Atualmente as políticas não têm “(...) uma concepção assistencial dos idosos, mas permitir que todas as pessoas, particularmente as de idade mais avançada, desempenhem um papel próprio na sociedade, assumindo livremente os seus deveres e direitos com cidadãos de

todas as idades.” (idem, 2007:25) Estas pretensões requerem a manutenção e a proposta de uma política social configurada e desenvolvida no Estado de Bem-Estar, de uma forma articulada com as instituições de solidariedade social, que una todas as pessoas a favor da solidariedade e coesão social e lhes assegure segurança, proteção e saúde.

O problema social que representa a velhice na sociedade portuguesa concretamente, e nas sociedades industrializadas em geral, compõe um dos grandes desafios com que se confrontam as instâncias políticas e sociais que detêm a missão de encontrar soluções.

Os problemas da população idosa têm sido recentemente objeto de uma política social específica. A grande preocupação com as respostas à população de mais idade em Portugal surgiu apenas nos finais dos anos 60 com a discussão acerca dos problemas da população idosa, do fenómeno do envelhecimento da população e das políticas sociais relacionadas com esse grupo etário. Desde essa data até à atualidade têm surgido medidas direcionadas ao apoio por parte do Estado a esta população, que se passa a citar (Fernandes A. A., 1997:141-145):

- Em 1969 é realizado um Seminário intitulado “*Política para a Terceira Idade*”, orientado por Paul Paillat;
- Em 1971 cria-se pela primeira vez um departamento com intenções de estudar e procurar soluções para os problemas da população idosa;
- Em 1974, o Programa de Ação do Ministério dos Assuntos Sociais, menciona na sua declaração de princípios que a política social se exprime em prestações sociais, serviços sociais e ação social, devidos pelo Estado a todos os cidadãos.
- Em 1976 consagra-se na Constituição da República Portuguesa (2009) no artigo 63º, o Direito à Segurança Social onde se diz “(...) o sistema de Segurança Social protege cidadãos na doença, velhice, invalidez e viuvez (...)” e, como diz a autora Martins (s/d), a Assistência Social é substituída pela Ação Social “ (...) que enquadra o conjunto de ações desenvolvidas através de serviços e de equipamentos sociais de apoio individual e familiar, bem como de intervenção comunitária, que também integram o antigo sistema de assistência social.”
- Em 1983, o Estado cria o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Decreto-Lei nº 117/83 de 25 de Fevereiro, que eram promovidas e administradas por particulares sem fins lucrativos, “(...) com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos (...)” . As IPSS surgem no panorama da ação social com parceria do Estado (que delega alguns poderes mas financia e fiscaliza a sua atividade) na concretização das políticas sociais para o desenvolvimento das respostas

sociais. A proteção social ao idoso é influenciada pelas orientações que os Governos estabelecem para as políticas sociais. Assim, a economia social tornou-se estratégica para a proteção aos idosos, uma vez que suporta uma rede de estruturas de acolhimento e proteção que se tornaram parceiros do Estado e, pelo Estado, são comparticipadas, apoiando os mais velhos em várias respostas sociais: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centro de Convívio, Centro de Dia, Centro de Noite (CN), Acolhimento Familiar para pessoas idosas, Residência, Centro de Férias e Lazer e Lar de Idosos.

Na sociedade do século XIX e princípio do século XX, o idoso era cuidado e apoiado pelas famílias, em que a mulher ficava no seio familiar e apoiava os seus descendentes e os seus ascendentes, num conceito de família alargada. No entanto, a modernidade trouxe novos desafios e concomitantemente, a necessidade do recurso a respostas sociais quer por parte das famílias quer do Estado. Por parte das famílias porque estas se veem muitas vezes confrontadas com grandes dilemas tanto a nível moral como económico, isto é, moralmente têm de dar apoio aos seus parentes e economicamente nem sempre possuem meios para suportar as despesas e ainda porque se alteraram as formas de organização da família e dos valores: mobilidade geográfica e social; aumento da escolaridade e profissionalização da mulher; insuficiência de espaços habitacionais; barreiras arquitetónicas. Por parte do Estado, na manutenção e promoção de políticas sociais ativas que contribuam para o bem-estar das famílias e em particular dos idosos.

Em função das necessidades e do grau de autonomia do idoso em Portugal existem várias respostas sociais (Martin, Gonçalves, Silva, Paul, & Cabral, 2007:151-154), como poderemos ver no quadro seguinte:

Acolhimento familiar para pessoas idosas	Consiste numa resposta em contexto não institucionalizado. Mediada por uma instituição de enquadramento, visando a implementação de um plano de intervenção que promova a melhoria da qualidade de vida.
Centro de Convívio	São locais onde se organizam atividades recreativas e culturais que envolvem as pessoas idosas daquela comunidade.
Centro de Dia	São locais que funcionam durante o dia e que prestam vários serviços que ajudam a manter as pessoas idosas no seu meio social e familiar.
Centro de Férias e Lazer	São centros onde as pessoas idosas e as suas famílias podem passar algum tempo e quebrar a rotina. Estas estadias são essenciais para o equilíbrio físico, psicológico e social dos utentes.
Centro de Noite	São centros de acolhimento noturno, prioritário para pessoas idosas e autónomas que, por estarem sozinhas, isoladas ou inseguras, precisam de acompanhamento durante a noite.

Lar de Idosos	É um alojamento coletivo, temporário ou permanente, para pessoas idosas em situação de risco de perda da sua independência ou autonomia.
Serviço de Apoio Domiciliário	É uma equipa que vai a casa das pessoas e famílias que não possam cuidar de si ou das tarefas domésticas. Ajudam a limpar a casa, nas refeições, tratar das roupas, cuidar da higiene pessoal e fazem pequenas reparações na casa.
Residência	É uma resposta desenvolvida em equipamento, constituída por um conjunto de apartamentos com espaços de utilização/serviços comuns, de carácter temporário ou permanente, para pessoas idosas ou outras com autonomia total ou parcial.

Quadro 1 - Respostas Sociais para idosos

O desenvolvimento das respostas sociais tem-se feito a par com o do mercado crescente, fruto do envelhecimento demográfico em expansão e do aumento da esperança de vida, como ao longo do presente projeto se tem analisado. Em suma à diversificação das respostas sociais junta-se também, uma preocupação pela qualidade e humanização dos serviços prestados. Segundo a Constituição da República Portuguesa, (2009) artigo 63º: “(...) *o sistema de Segurança Social protege cidadãos na doença, velhice, invalidez e viuvez (...)*”. Para o cumprimento deste artigo surgiram as políticas sociais implementadas pelos serviços sociais. A implementação de políticas sociais é um processo bastante burocrático e extenso, o que leva os respetivos candidatos a não terem facilidade de acesso, e por vezes não saberem como podem usufruir dos serviços oferecidos pelas políticas sociais. O Serviço Social nestas instituições é um fator muito importante e imprescindível, pois apoia o residente através do sistema da Segurança Social, de que todos são beneficiários.

Conclui-se que existe uma crescente preocupação nas sociedades contemporâneas de fazer emergir políticas de envelhecimento adequadas, tendo como objetivo a promoção de igualdade de oportunidades, incluindo as pessoas em situação de maior dificuldade. As instituições públicas e as Instituições Particulares sem fins lucrativos trabalham com o Estado em regimes de parceria e de protocolos de cooperação e têm como objetivos reparar situações de carência e desigualdade socioeconómica, de dependência e exclusão social, para que seja feita a integração. O artigo 63º/5 da Constituição da República Portuguesa (2009), que regula a relação entre a Segurança Social e as IPSS refere que “*O Estado apoia e fiscaliza, nos termos da lei, a atividade e o funcionamento das instituições particulares de solidariedade social e de outras de reconhecido interesse público sem carácter lucrativo, com vista à prossecução de objetivos de solidariedade social consignados.*”

As Respostas Sociais para a População mais velha enquadram-se tanto no âmbito da Segurança Social como nas políticas de outros sectores, dos quais destacamos o acesso a determinados bens e serviços essenciais, como os transportes e telecomunicações, a isenção de taxas moderadoras e medicamentos.

2.1 O idoso institucionalizado

Apesar de todas as razões emergentes que defendem a permanência da pessoa idosa na sua casa, Pimentel (2001:74) assume que nem sempre essa é a melhor solução. Segundo afirma esta autora, é necessário considerar um conjunto de fatores, entre os quais: o grau de dependência do idoso, o tipo de apoio de que precisa e as reais possibilidades da família (em termos de tempo e materialmente). Apesar de, às vezes, os filhos estarem “(...) *dispostos a fazer todos os possíveis para apoiar os seus pais idosos, isso pode não ser, de facto, realista e praticável; por vezes, o internamento em instituições especializadas responde de forma mais adequada às suas necessidades.*” (Idem, 2007:75-76). Mas, independentemente de a institucionalização ser por vontade do idoso ou por sugestão de familiares, amigos ou vizinhos, esta “(...) *pode ser vista como um ganho, pelo recurso à oferta paga de acompanhamento e de cuidados, principalmente se a doença lhe impõe, ou vier a impor, limites sérios à sua funcionalidade.*” (Cardão, 2009:40). Esta opinião contrasta com a de autores como Bruto da Costa (2007:89) que dizem que “(...) *ninguém nasceu para viver em lar (...)*”.

Todas as correntes de pensamento gerontológico e geriátrico apontam para a não institucionalização, considerando sempre a necessidade de conciliar o aumento da longevidade com a manutenção da qualidade de vida dos mais velhos. Para isso, é necessário que os idosos tenham uma vida muito ativa, exigência que cultiva a necessidade do seu potencial intelectual e emocional.

A institucionalização transporta uma carga traumática uma vez que é encarada como “ato de albergar”, “ato de depositar”, etapa derradeira de uma vida. Esta interpretação pretende ser amenizada com novas denominações das instituições que deixando cair a figura de lar, lhes dê outras denominações consideradas mais amenizantes como “ Casa do Idoso”, “Residência tipo Lar” ou “Residência do idoso”, (Nunes, 2000).

Independentemente da denominação, a entrada do idoso numa instituição pode acarretar um trauma, podendo resultar em maiores sentimentos de infelicidade, dificuldades de adaptação e dificuldades de comunicação com os outros, fatores que são considerados

como preponderantes para a aceleração do processo patológico do envelhecimento segundo Cupertino (cit. in Tomasini & Alves, 2007).

Pimentel (2001:73) salienta que a institucionalização emerge, muitas vezes, tanto para a família como para os próprios idosos, como ultima alternativa. A perda de autonomia física é um fator determinante na opção do internamento e muitos dos idosos que estão institucionalizados são fisicamente dependentes. A esta dependência física, acrescem, por vezes, outros fatores familiares que podem condicionar mais fortemente a decisão.

Apesar das inúmeras razões que têm vindo a ser apontadas na literatura para a institucionalização do idoso, Paúl (1997) salienta que analisar o ingresso do idoso na instituição é tentar perceber que lhe é imposto o abandono do seu espaço, obrigando-o a reaprender a integrar-se num meio que lhe é limitativo e que, na maior parte dos casos, assume o controlo de muitos aspetos da sua vida.

O idoso autónomo e os que não estão institucionalizados conseguem usufruir de maior troca de interações e executam mais atividades do seu agrado, sentindo-se assim realizados. O desejo de todos os idosos é conseguirem ser autónomos o maior tempo possível, não dependerem de ninguém e poderem permanecer nas suas casas e, não sendo possível nestas, em instituições que prestem serviços de qualidade.

Cuidar de alguém implica estar exposto às consequências associadas a uma relação de prestação de cuidados, segundo Sequeira (2010). Na perspetiva de Collière (1993) cuidar é atuar sobre o poder de existir, é permitir a libertação das capacidades de cada ser humano para viver, é definitivamente uma forma de promover a vida.

De salientar que grande parte dos cuidados prestados tem lugar nos extremos de vida, na infância e na velhice, e são essencialmente prestados pela família. As famílias, desde sempre, são reconhecidas como o principal contexto para a promoção e manutenção da independência dos seus membros e, também, como a principal entidade prestadora de cuidados aos mesmos na última fase da sua vida, especialmente aquando da diminuição das suas capacidades funcionais.

Como vamos poder verificar ao longo deste ponto, a preocupação de não recorrer à institucionalização, quer por parte dos idosos, quer por parte dos familiares, sobrevém da existência da opinião depreciativa generalizada em relação às instituições.

A perda de autonomia física é um dos fatores determinantes na opção da institucionalização, mas a esta acrescem, por vezes, outros fatores familiares que podem condicionar mais fortemente a decisão (Idem, ibidem). Isto devido ao facto da decisão por

parte da família ser complexa e difícil, pois por um lado sentem o dever de reciprocidade e de solidariedade mas, por outro, sentem a pressão por parte da sociedade onde estão inseridas. Estes dois argumentos fazem com que as famílias avaliem qual será a melhor opção para as necessidades e expectativas da pessoa idosa e para si próprias.

O processo de institucionalização “(...) é uma realidade situacional e ambiental para algumas pessoas que, por motivos de vária ordem, não encontraram dentro da comunidade uma resposta satisfatória às suas necessidades existenciais.” (Cardão, 2009:39) Quer isto seja pelo facto da família não ter capacidade/tempo para ocupar-se da pessoa idosa dependente e/ou cronicamente doente, ou pelo falecimento do companheiro de uma longa vida que, acrescido da falta de uma atividade em que se sinta ativo, pode levá-lo a uma situação fragilizada, solitária e até excluída.

Pois como nos diz Bruto da Costa (2007:87) “*Quer a sociedade quer o quotidiano das pessoas estão organizados de tal modo que os idosos não têm lugar nem papel na vida social. Nos casos extremos (...) essa exclusão social pode tomar a forma de total solidão.*” Esta exclusão verifica-se em primeiro lugar ao nível da família. Onde deixamos de ter “*o modelo da família alargada, em que conviviam coabitando pelo menos três gerações (...)*” (Idem, 2007:88) e passou-se a ter a “*(...) a família nuclear, composta por duas gerações (pais e filhos). (...) onde o idoso não cabe, não tem lugar.*” (Idem, Ibidem).

Onde antes o idoso era uma pessoa respeitada, visto como uma pessoa sábia, muito culta e cheia de conhecimentos e, nos dias de hoje, derivado às mudanças do conceito de família, é visto como um «transtorno» ou «incómodo». Logo, o recurso a instituições, particulares / públicas, para os variados tipos de respostas tem aumentado nos últimos anos, levando a que já se fale muito do tema da institucionalização dos idosos, apesar de se manter a ideia de que “*a fase da vida em que o idoso entra para uma instituição é representada como a última etapa da sua trajetória de vida, sem qualquer expectativa ou possibilidade de retorno.*” (Pimentel, 2001:73)

Continuando na mesma linha de pensamento, a grande desvantagem apresentada aos equipamentos que recebem os idosos é que não estão preparados “*(...) para proporcionar aos seus utentes serviços individualizados que respeitem a personalidade, a privacidade e os modos de vida diversificados.*” (Idem, 2001:76).

Segundo Fernandes P. (2002:48) a institucionalização pode ter riscos e perigos “*(...) podendo causar regressão e desintegração social, falta de privacidade, perda de responsabilidade por decisões pessoais, rotinas rígidas, ausência de estimulação intelectual e*

privação espiritual.” Todos estes riscos e perigos podem “(...) *levar à perda de amor próprio, interesses e respostas emocionais diminuídas, dependência excessiva, comportamento automático e perda de interesse pelo mundo exterior.*” (Idem, ibidem)

Por estes motivos é fundamental que estando o idoso institucionalizado mantenha os laços com a família, devendo esta última considerar a importância que tem para a pessoa idosa. Devendo-se tentar evitar a situação em que o idoso tenha que se sentir dividido entre a família e a instituição, ou seja, “(...) *se apoia a família, os elementos do lar sentem ingratidão; se apoia o lar, a família sente que houve afastamento e age em concordância.*” (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004:137). Isto pode levar à emergência de relações conflituosas entre esta tríade – a família, o idoso, a instituição.

O idoso institucionalizado fica por vezes dividido entre a família e a instituição, ou seja, se apoia a família é criticado pelos funcionários do lar que sentem ingratidão, se apoia o lar a família sente que houve um afastamento, assim há situações conflituosas. Os funcionários por vezes acusam as famílias de terem abandonado o idoso, e o idoso sente-se triste e sozinho tanto da parte do lar como da família. Por outro lado, quando o idoso sem razão, ou porque está demente ou entende mal, faz queixas à família acerca do lar, aí os funcionários sentem-se revoltados e acabam por se afastar do idoso, prestando apenas os cuidados essenciais.

Outra posição surge quando o idoso é institucionalizado e a família nunca mais tem contato com ele, nem mesmo quando o lar solicita a sua presença. Esta situação cria uma grande tensão e tristeza no idoso, que se sente rejeitado. Tenho verificado no desenvolvimento da minha atividade, que estas situações se verificam e é também por estes casos que as instituições devem ter o cuidado na formação dada ao seu pessoal para que os mesmos se possam resolver com a participação, sempre que possível, das famílias na vida dos idosos. É verdade que as instituições nem sempre conseguem satisfazer as necessidades do idoso, mas podem fazer com que eles se sintam bem.

Independentemente de qual seja a situação, a entrada e permanência num ambiente institucional é sempre sentido como algo emocionalmente difícil para a pessoa idosa, colocando em causa o seu sentimento de segurança básica. (Bruto da Costa, 2007:41)

A vida do idoso institucionalizado implica a necessidade da existência de estruturas funcionais ligadas à vivência institucional, que permitam facilitar a integração dos idosos e promover os laços socioefetivos. Estas estruturas funcionais das instituições requerem serviços qualificados que contribuam para a prestação de um serviço de qualidade.

2.1.1 Cuidados formais prestados em lares de idosos

Depois de toda a análise bibliográfica supra mencionada, pode-se aferir que envelhecer não é um processo fácil, que muitas das vezes necessita de um apoio especializado. Este apoio, na realização dos cuidadores formais, deveria ter um suporte de formação ajustado às necessidades dos mais velhos. O próximo capítulo será todo direcionado para a importância da formação na aquisição de competências dos profissionais.

Este ponto pretende desenvolver e analisar, brevemente, os pressupostos da intervenção dos “(...) *agentes encarregues da gestão da velhice.*” como os designa Fernandes (1997:154).

Os agentes profissionais nem sempre detêm conhecimentos específicos sobre a velhice e sobre as dimensões que a compõem, o que pode ter consequências muito negativas (Fernandes A. A., 1997:156). De facto, a qualidade dos serviços e equipamentos dirigidos às pessoas idosas e/ou em situação de dependência, esta relacionada, em grande parte, com os recursos humanos que os orientam e/ou prestam, ou seja, os membros da direção, os diretores técnicos, os técnicos, dos ajudantes familiares (e outros), o pessoal administrativo, pessoal de limpeza e auxiliar, entre outros.

Berger & Poirier (1995:574), afirma que o profissional responsável pela equipa deve tornar-se o veículo do saber gerontológico, ou seja, (in)formar os outros intervenientes menos especializados, atuando como elemento de proteção relativamente aos utentes e às suas necessidades, até porque, muitas vezes, se trata de pessoal sem a devida formação. Noutra dimensão, o técnico coordenador atua também como agente de ligação com a família e com os vários serviços/parceiros. Segundo defende Berger & Poirier (1995), o êxito da intervenção gerontológica (Fernandes, 2007:156) passa pela interdisciplinaridade.

Para alcançar o patamar de desenvolvimento, as empresas necessitam de se tornar mais eficientes, dando maior importância à capacidade de processar informação, às competências e às habilidades cognitivas de seus profissionais, garantindo, assim, a capacidade de disputar, com as outras empresas, as novas invenções técnico-científicas e conhecimentos que lhes permitam aumentar a sua produtividade.

Segundo Bianchetti (1998), a informação tem um carácter dúbio, pois ao mesmo tempo que é fator de produção é, também, a própria mercadoria.

Logo, numa sociedade em mudança acelerada e orientada para o conhecimento e inovação a formação ao longo da vida ganha destaque.

A formação contínua é um objetivo que temos de ambicionar com o intuito de constantemente enriquecer os conhecimentos adquiridos, e que será analisada mais à frente.

3. A importância da formação

Existindo a consciência de que a formação é um bem produtivo e que deve estar relacionada com as estratégias empresariais, surgem novas formas de integrar o trabalhador na organização do trabalho (trabalho em equipa, controlo de qualidade e outros). Este novo conceito de organização determina ao trabalhador novas formas de participação e desempenho, ao mesmo tempo que representa uma nova forma de obter maior controlo sobre as atividades realizadas. A educação/formação é um meio para alcançar o ponto de equilíbrio entre o trabalho, a aprendizagem e o exercício de cidadania ativa.

Segundo Delors (1996:97) ninguém pode adquirir conhecimentos para toda a vida, porque a sociedade está em constante mudança e exige uma contínua atualização dos conhecimentos. *“O mundo do trabalho constitui, igualmente, um espaço privilegiado de educação. Trata-se, antes de mais, da aprendizagem dum conjunto de aptidões e, a este respeito, importa que seja mais reconhecido, na maior parte das sociedades, o valor formativo do trabalho, em particular quando inserido no sistema educativo.”* Assim, a formação contínua contribui para um aperfeiçoamento da formação inicial, facilitando a tomada de consciência dos obstáculos e decisões na vida profissional.

A formação é necessária para o desenvolvimento de aptidões e competências e para aperfeiçoar a prática profissional. É também uma forma de atuação e de saber lidar com as diversas situações que ocorrem diariamente. Implica «aprender a conhecer», «aprender a fazer», «aprender a viver juntos» e por fim «aprender a ser» – quatro pilares do conhecimento, (Delors, 1996:88):

- O «aprender a conhecer» implica adquirir conhecimentos para a prática profissional de forma a aprofundar e trabalhar diversas matérias, ou seja *“aprender a aprender, para beneficiar das oportunidades oferecidas pela educação ao longo de toda a vida.”*;
- O «aprender a fazer» consiste em adquirir conhecimentos também para a qualificação profissional mas, de uma forma mais vasta, dotar o indivíduo para obter competências de forma a torná-lo habilitado para lidar com diferentes situações e a trabalhar em equipa, mas também *“aprender a fazer no âmbito das diversas experiências sociais ou do trabalho que se oferecem aos jovens e adolescentes, quer espontaneamente, fruto do contexto local ou*

nacional, quer formalmente, graças ao desenvolvimento do ensino alternado com o trabalho.”;

- «Aprender a viver juntos» é compreender o outro, realizar projeto em comum, estando preparado para gerir conflitos, sempre respeitando valores de cada um e a individualidade;
- O «aprender a ser» é adquirir competências para desenvolver o saber confrontar novas situações com maior capacidade de autonomia.

Estes quatro pilares do conhecimento não se aplicam unicamente num determinado período da nossa vida, mas sim ao longo de toda a vida. A educação formal e informal é importante desde a infância até ao fim da nossa vida. Adquirir conhecimentos a nível pessoal e profissional ao longo da vida é um processo que se vai construindo, que não se cinge apenas a um direito mas também a um dever.

Para a prática profissional é necessário que exista um sistema organizado de promoção da formação contínua pois esta pretende articular o suporte teórico com a forma de atuar (saber fazer). Entre a formação contínua e o local de trabalho existe uma interação permanente. É um processo contínuo que possibilita ao indivíduo estar sempre atualizado e prestar um melhor serviço na instituição onde trabalha, criando-se uma valorização pessoal e institucional.

Cada vez mais as instituições são confrontadas com novas situações e exigência de respostas e, neste sentido, é imprescindível o melhoramento de qualificações dos seus funcionários de forma a estarem habilitados para esta realidade. A formação orienta-se, então, em função das necessidades da instituição, dos funcionários e da sua população-alvo, importando referir que a formação não é estanque, carece de atualizações, reciclagem e aquisições de novas competências profissionais que na maioria dos casos se deveriam realizar em contexto de trabalho. Esta nova dinâmica de formação designa-se formação contínua que é, na atualidade, uma necessidade constante para os profissionais de todas as áreas do saber. No presente trabalho a formação das auxiliares de ação direta é um dos pilares, pelo que se considera pertinente realizar uma pequena abordagem sobre a evolução do conceito de formação.

Na década de 70 do século XVIII, Condorcet (cit. in Mazérès, 1977), enumerou as suas ideias sobre uma nova educação em que a instrução deveria acompanhar o indivíduo após a saída da escola. Este autor considerava até que esta instrução era mais necessária do que a aprendida na infância. Taylor (cit. in Sousa, 2000a) preocupou-se com a educação do

trabalhador no local de trabalho, para tal criou sistemas educativos que se baseavam na intensificação do ritmo de trabalho.

Poder-se-á considerar que o grande apogeu da era da formação deu-se no século XX, em que fomos confrontados com alterações muito evidentes em todos os domínios e contextos. Em resultado das revoluções tecnológica e de informação ocorridas na 2^a metade do passado século, a procura da formação cresceu e os profissionais das várias áreas dos saberes consciencializaram-se da importância da formação para a aquisição de competências.

Neste contexto, a formação profissional contínua é um fator muito importante no desenvolvimento pessoal e profissional de cada indivíduo, tal como das organizações. Este desenvolvimento ajuda-os a adaptarem-se às inovações, derivadas de um mundo em constante mudança, e possibilita uma melhoria do seu desempenho, que se traduz na melhoria da qualidade de cuidados prestados (Sousa, 2003).

Esta atualização profissional permanente ao longo da vida tem como consequência a capacitação do indivíduo para o bom desempenho, pelo que surge como uma necessidade premente para os profissionais, já que a formação inicial, quando existe, não concede ao indivíduo saberes suficientes para o resto da vida profissional.

A formação profissional contínua que compreende a formação em serviço e toda aquela que se faz durante a vida pessoal e profissional (Caetano, 2003) surge, assim, como uma unidade que se enquadra no domínio da educação de adultos, já que trata da formação de profissionais.

A formação contínua tem ocupado um papel importante na formação dos profissionais, estando ligada aos contextos e aos profissionais em causa. Na verdade, torna-se evidente que a formação profissional contínua ao favorecer o desenvolvimento pessoal e profissional dos indivíduos tem como consequência também o desenvolvimento das organizações, pelo que se devem articular os objetivos da instituição com as expectativas dos profissionais e vice-versa (Sousa, 2000).

As alterações constantes na sociedade, o progresso tecnológico e desenvolvimento da informação conduzem rapidamente à desatualização de saberes e de competências, levando à necessidade de formação por parte dos diferentes profissionais. A capacidade do indivíduo se formar ao longo da vida pode ser a base da sua sobrevivência enquanto profissional, já que é indispensável que se mantenha atualizado, tanto nas inovações na sua área de conhecimentos como em outras áreas do saber, para um desempenho profissional de qualidade.

Ao abordar a importância da formação em contexto de trabalho, Charue (1992) refere que, numa organização, o indivíduo constrói permanentemente representações do funcionamento do seu trabalho através das ações que vai desenvolvendo. Assim, vai refletindo sobre a experiência e assimilando o mais relevante das situações de trabalho, adquirindo capacidades que lhe irão permitir dar resposta a novos problemas. O contexto de trabalho pode ser considerado como um espaço educativo fundamental pois compreende um processo de adaptação dos profissionais ao meio que os rodeia e vice-versa (Abreu, 1997).

Conclui-se que a formação em contexto de trabalho fomenta o desenvolvimento de novas competências, condicionando e promovendo as possibilidades formativas, desempenha uma ação socializadora e contribui para a construção das identidades profissionais. Como condicionantes da formação e dimensões formativas em contexto de trabalho Caetano (2003:270) considera “*o modelo organizativo em questão; os princípios ao nível da gestão, dos recursos humanos e materiais; as relações hierárquicas e as interações pessoais que se estabelecem; a circulação da informação e a comunicação com os outros e a importância que se atribui ao trabalho, à responsabilidade pelas tarefas, às tomadas de decisão e iniciativas pessoais*”. Assim, o desenvolvimento de competências e de aprendizagens para os profissionais da área do apoio às atividades de vida diária dos idosos provém, em grande parte, da sua experiência profissional e da formação ocorrida enquanto desempenham as suas funções, ou seja, em contexto de trabalho.

Naturalmente, a formação do indivíduo para a profissão inicia-se com a formação básica, num período durante o qual é adquirido um conjunto de saberes importantes que “*constituem um stock de recursos*” (Canário, 1997:137-138) indispensáveis para a vida pessoal e profissional do indivíduo.

No entanto, a sua aplicação em contexto de trabalho requer novas aprendizagens que facilitem a transferência das aprendizagens realizadas em situação inicial de formação para situações de trabalho. Hoje em dia é exigido ao profissional cada vez mais competências nos domínios do saber, do saber fazer e do saber estar para um bom desempenho profissional. Assim, a formação inicial não é suficiente, sendo necessária uma atualização constante deste profissional ao longo da sua vida, o que é uma condição essencial na valorização e desenvolvimento das suas competências (Sousa M. , 2000a).

Assumindo a perspetiva de que o desenvolvimento de um profissional se faz do ajustamento entre a teoria e a prática (Sousa, 2000a), o contexto de trabalho é, assim, um espaço que, por excelência, facilita este crescimento. Este espaço possibilita a aplicação da

teoria à prática, adquirindo saberes em contexto de trabalho que são constantemente mobilizados para situações de formação e novamente para outros contextos de trabalho. A este respeito Canário (1999:42) refere que *“Uma relação de adequação entre a formação e a situação de trabalho (baseada em processos de planificação) dá lugar a uma relação de reutilização, em novas situações, dos saberes anteriormente adquiridos.”*

A prática profissional tem vindo a ser cada vez menos perspetivada como apenas um momento de aplicação, para passar a ser cada vez mais encarada como um elemento estruturante do processo de formação, baseando-se em momentos de alternância (Canário, 1998).

Segundo Canário (1999:43) *“No campo da formação profissional contínua, a tradicional dicotomia entre o lugar de «aprender» e o lugar de «fazer», característico da «forma escolar», tende a ser contrariada por uma forte finalização das situações formativas, em relação às situações de trabalho.”* Os profissionais em contexto de trabalho formam-se a partir das interações entre si, das situações apresentadas e da reflexão individual e conjunta. A formação destes não ocorre a partir de um conjunto de objetivos pré-definidos mas a partir de um processo reflexivo sobre as práticas profissionais, da interação entre eles e das negociações com as diferentes formas de poder (Abreu, 1997).

Porém, é necessário os profissionais estarem conscientes das suas competências para a realização das suas atividades profissionais e da relação estabelecida com a aprendizagem *“(...) já que a atividade de trabalho representa sempre uma oportunidade de aprendizagem, embora a sua riqueza dependa do conteúdo desse trabalho.”* (Pires, cit. in Sousa, 2000b:31).

É por isso que no local de trabalho *“(...) deve ser implementada a maior parte das ações de formação, pela interação entre os saberes e as práticas do dia-a-dia.”* (Botelho, 1998:262), colocando assim ao mesmo nível de importância o saber teórico e o saber pela experiência, o que salienta ainda a necessidade incondicional destes saberes se complementarem, permitindo o desenvolvimento de competências dos profissionais com a categoria de auxiliares de ação direta e a satisfação máxima do utente que é cuidado. Importa referir que a formação em contexto de trabalho deveria ser, para estes profissionais, uma obrigatoriedade das Instituições. A categoria profissional de auxiliares de ação direta não possui uma formação teórica/prática específica. Pela minha experiência profissional constato que estes profissionais regem o desempenho e o desenvolvimento das competências profissionais apenas através da formação experiencial, a que é adquirida pela experiência e pela troca de saberes. Para um melhor entendimento desta dinâmica de formação das

auxiliares de ação direta é importante perceber como ocorre este processo de aquisição de saberes pela experiência em contexto de trabalho.

3.1 Formação experiencial

A experiência dos profissionais em contexto de trabalho, por ser um contexto privilegiado de aprendizagem experiencial, é atualmente muito valorizada, sendo-lhe atribuído elevado potencial na área da formação. Os conceitos de aprendizagem experiencial e formação experiencial surgem nos Estados Unidos da América, em 1930, com o termo “experiential learning” e na Europa (França), nos anos 80, com o termo “formation expérientielle”. Porém, o reconhecimento da formação experiencial pelos cientistas sociais é muito recente (Cavaco, 2002) pois durante muito tempo pensou-se na aprendizagem apenas como a formal, isto é, a que se realiza na escola.

Uma das perspetivas de aprendizagem mais influentes nas últimas décadas, tendo contribuído para a compreensão do processo de aprendizagem experiencial, foi a de Kolb. Este autor tenta reconciliar a teoria com a prática através de um modelo estrutural de aprendizagem. Nele, Kolb identifica fases e estilos próprios, fundamentando a especificidade e diversidade no processo de aprendizagem experiencial (Cavaco, 2002).

Para Josso (1991:198) a formação experiencial

“(...) designa a atividade consciente de um sujeito que efetua uma aprendizagem imprevista ou voluntária em termos de competências existenciais (somáticas, afetivas e de consciência), instrumentais ou pragmáticas, explicativas ou compreensivas na ocasião de um acontecimento, de uma situação, de uma atividade que coloca o aprendente em interação consigo próprio, os outros, o meio natural ou as coisas que o rodeiam”.

Por seu lado, Pineau (1989) salienta que a formação experiencial ocorre por contacto direto (sem a mediação de livros, formadores e programas), com posterior processo reflexivo. A formação experiencial diz respeito *“(...) ao processo de aquisição de competências, por contacto direto com uma situação, registando-se a possibilidade de intervenção/ação, a que se segue uma análise e reflexão sobre o sucedido, ainda que esta análise e reflexão sobre o processo nem sempre seja consciente.”* (Cavaco, 2002:26), sempre com o pressuposto base de que se aprende através da experiência.

A formação experiencial ocorre a partir de um contacto direto entre o sujeito e o objeto, resultando numa ação e num saber real que se poderá aplicar na vida do indivíduo. Landry (1989:15) defende que *“precisamos de duas condições para considerar uma formação experiencial: o contacto direto e a possibilidade de agir”.*

Conclui-se que a formação experiencial é um processo de aquisição de saberes a partir das situações vividas pelo indivíduo no seu quotidiano. Assim, o meio em que o indivíduo se insere, bem como as influências externas (socioprofissionais, familiares, económicas e políticas) têm um carácter formativo contínuo. Segundo Cavaco (2002:40) *”As situações e acontecimentos aí [meio onde o indivíduo se insere] vivenciados fazem parte da rotina e daí resultam, regra geral, as aprendizagens mais estruturantes e significativas na vida das pessoas.”*. Nas definições de formação experiencial pelos vários autores existe consonância quanto ao papel ativo do sujeito e à sua capacidade de reflexão e experimentação das situações quotidianas, já que a prática e reflexão sobre estas são elementos essenciais na experiência (Bonvalot, 1991). Porém, a integração das experiências vividas pelo indivíduo também depende das suas motivações, das suas estruturas afetivas, intelectuais e perceptivas (Landry, 1989). Por via experiencial o indivíduo adquire aprendizagens nas áreas do saber, do saber-fazer e do saber-ser *“(...) ou seja, efectuam-se aprendizagens nos domínios psicomotor, cognitivo, afectivo e social”* (Cavaco, 2002:33).

As capacidades de aquisição de conhecimentos dependem de cada indivíduo e o sentido dado à experiência só pode ser avaliado pelo próprio. Além disso, esta aprendizagem só é possível se passar pela reflexão. A este respeito Canário (1999:111) refere que:

“A ideia que hoje tende a ser prevalecte, no campo das teorias da formação, nomeadamente da formação de adultos, conferindo uma importância decisiva aos saberes adquiridos por via experiencial, e ao seu papel «âncora» na produção de novos saberes, procura articular uma lógica de continuidade (sem a referência à experiência anterior não há aprendizagem), com uma lógica de ruptura (a experiência só é formadora se passar pelo crivo da reflexão crítica).”

Para as auxiliares de ação direta o contexto de trabalho é um local de experiências variadas, apresentando, portanto, grande potencial formativo por via experiencial. Porém, é importante referir que para passar das potencialidades de formação em contexto de trabalho para a realidade, é necessário uma reflexão individual e/ou em grupo e uma pesquisa sobre a experiência de trabalho, de forma a integrar estas mesmas aprendizagens. A reflexão é um meio que permite aos sujeitos desenvolver uma aprendizagem permanente nas situações profissionais e através delas, dentro de um quadro de uma organização auto formativa (Canário, 1994). Por esta razão, as instituições têm que ser capazes de criar espaços de debate e de reflexão, que permitam a estes profissionais realizarem a sua partilha de saberes. Nesta perspectiva considero que as ações de formação em contexto de trabalho são espaços privilegiados para transmissão de conhecimentos e partilhas de experiências.

Nestas circunstâncias, o trabalho em equipa e a comunicação das experiências em grupo é de crucial importância para estes profissionais, já que possibilita problematizar, dando sentido aos saberes construídos a partir da reflexão sobre as experiências, com a ajuda de conceções teóricas, o que irá formar um conhecimento mais sólido pois advém da experiência de cada um (Sousa, 2000b). É através desta reflexão sobre a prática, efetuada com base na teoria, que se pode reformular novamente a teoria e permitir a realização de novas aprendizagens. De facto, é a aprendizagem que leva à consciencialização de si e da relação com o contexto, podendo originar ações que eventualmente alteram a ordem estabelecida (Barkatolah, 1989).

Embora a formação experiencial seja um bom condutor para a aquisição de competências, ela só por si não será suficiente sem existir por base uma reflexão teórica; esta dualidade funcionará como um fio condutor para a prestação de um serviço de qualidade. Este referencial teórico no presente projeto fundamenta-se no caso prático de uma ação de formação para as AAD da ACS.

3.1.1 A importância das competências profissionais

A dualidade entre a teoria e a prática contribui para um aumento das competências profissionais dos indivíduos, possibilitando um desempenho de cuidados mais profissionalizado e de mais qualidade. Entendendo que todo o processo de formação tem como fundamento a aquisição de competências profissionais, importa perceber o que este novo conceito contribui para a qualificação dos profissionais.

A competência não resulta apenas da aprovação de um currículo escolar e não é mecanicamente transmissível. A construção de um esquema de competências requer, assim, a identificação de um conjunto de informações necessárias à integração sistémica dos diferentes agentes na cadeia de valor, através da análise das atividades integrantes dos respetivos processos de trabalho.

A crescente valorização das competências profissionais, em sistemas complexos de trabalho, é o resultado de uma transformação no mundo do trabalho que abandona o posto fixo e a tarefa/função bem determinada e compatível com o conceito de qualificação profissional, para se situar numa dimensão de flexibilidade estrutural e organizacional que, para além do posto de trabalho, valoriza agora também o indivíduo, enquanto tal, e a sua atitude perante o trabalho, isto é, a sua competência profissional.

A competência assume-se então, numa perspetiva de desenvolvimento e de progresso humano, como um conceito complementar ao de qualificação. Não se lhe deve opor ou

substituir. Esta é uma perspetiva que consolida o conceito de competência profissional, enquanto atitude perante o trabalho, nas suas múltiplas vertentes, por oposição ao conceito operatório da qualificação profissional.

No intuito de facilitar a transição para uma sociedade do conhecimento, a Comissão apoia a aplicação de estratégias e ações concretas para a aprendizagem ao longo da vida, com vista à realização de um espaço europeu da aprendizagem. Trata-se de um objetivo central da Estratégia de Lisboa e, em particular, do programa de trabalho “Educação e Formação 2010”.

Nessa linha, a Comissão da “Educação e Formação 2010” apela à necessidade de se assegurarem “as novas competências básicas para todos”, para além daquelas que todos conhecemos como “ler, escrever e contar”, promovendo a aquisição e/ou atualização das competências necessárias à participação e desenvolvimento de cada um na sociedade. A aprendizagem adquirida, em diferentes ambientes, surge como uma mais-valia, reconhecendo-se que se pode aprender em diferentes contextos, valorizando-se, pela primeira vez, uma perspetiva de certificar as aprendizagens realizadas em contextos não formais e informais.

Neste trabalho considera-se importante a aquisição de competências para uma qualificação dos cuidados prestados aos mais velhos pelos profissionais AAD, resta compreender até que ponto estes profissionais estão dotados de conhecimentos específicos para o desenvolvimento da tarefa.

3.1.2 A Formação em exercício para melhoria de cuidados a idosos institucionalizados

A qualificação dos serviços “(...) *prende-se com a adequação dos serviços às necessidades dos utilizadores, à construção de instrumentos de registos das tarefas de coordenação e prestação do serviço, à promoção da segurança do utente, à avaliação da satisfação dos utentes, e ao aumento dos recursos humanos e logísticos(...).*” (Carvalho, 2009:72). Esta mesma autora salienta que, ao longo dos anos, as principais mudanças identificadas nas IPSS se prendem essencialmente com a qualificação dos profissionais e dos serviços. Ora, esta qualificação encontra-se relacionada com a formação contínua das assistentes sociais e das auxiliares de ação direta, pilares dos bons cuidados a prestar a idosos institucionalizados.

Na perspetiva de Cadim (1999), a formação orientada para à profissionalização e o reconhecimento das auxiliares de ação direta encontra-se condicionada por vários fatores, nomeadamente: (i) a insuficiência ou ausência de oferta formativa direcionada para esta categoria; (ii) o insuficiente quadro técnico nas instituições, capaz de assegurar a conceção e consequente execução de planos de formação interna para os funcionários; (iii) a diminuta

motivação dos funcionários para a frequência de formação em horário pós-laboral; (iv) o diminuto número de efetivos face ao volume de trabalho para a frequência de formação em horário laboral; (v) a formação encarada como despesa e perda de tempo; (vi) a carência de programas e formadores com formação técnico-pedagógica na área; e (vii) a pouca sensibilidade da direção relativamente à importância da formação.

Concomitantemente, Potter, Churilla, & Smith (2006) mencionam que o investimento efetuado ao nível dos auxiliares de ação direta não tem sido prioridade para os políticos, não se verificando a necessária reposição numérica dos trabalhadores, a formação profissional, os benefícios sociais e outros promotores de estabilidade e de dignificação de uma profissão que tem permanecido na sombra do sistema de cuidados. Os mesmos autores acrescentam ainda que esta situação tem inúmeros custos para as organizações e para a qualidade dos cuidados prestados, refletindo-se em despesas acrescidas nos processos de recrutamento e preparação frequente de novos trabalhadores e na má participação no sistema de cuidados com prestação de respostas inapropriadas e desconstruídas das necessidades reais dos idosos, afetando desta forma o bem-estar e a qualidade de vida dos mesmos.

Em última análise, Almeida A. (2008) refere que os funcionários são bastante importantes para os idosos. Neste sentido, a existência de formação contínua nomeadamente quanto às características dos idosos e o ao seu processo de envelhecimento, poderá facilitar os contactos entre os dois intervenientes, fomentando um melhor entendimento e uma melhor relação.

4. Enquadramento legal das auxiliares de ação direta nas IPSS

O quadro legal das auxiliares de ação direta é o contrato coletivo de trabalho, resultante dos acordos entre a FNSE, a CNIS e o MT onde se define o conteúdo funcional do trabalhador de ação direta e a progressão na carreira. De acordo com o mesmo para o desempenho desta função é necessário, apenas, ser maior de 18 anos e ter a escolaridade obrigatória por lei estipulando-se na sua cláusula 94 as condições de progressão na carreira (5 anos de bom e efetivo serviço na categoria) e as categorias previstas (de 2ª e 1ª).

Nestas circunstâncias e no contexto dos serviços prestados aos idosos, é a carreira mais exigente segundo o ponto de vista das competências que lhe estão adstritas e das categorias profissionais menos renumeradas. Note-se que a exigência de competências aumenta à medida que aumenta a dependência do residente.

4.1 Perfil geral das auxiliares de ação direta das IPSS

No contrato coletivo que rege as IPSS define-se o conteúdo funcional das AAD: o trabalhador que “(...) *trabalha directamente com idosos, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar, pelo que executa a totalidade ou parte das seguintes tarefas:*

- a) *Recebe os utentes e faz a sua integração no período inicial de utilização dos equipamentos ou serviços;*
- b) *Procede ao acompanhamento diurno e/ou nocturno dos utentes, dentro e fora dos estabelecimentos e serviços, guiando-os, auxiliando-os, estimulando-os através da conversação, detectando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres;*
- c) *Assegura a alimentação regular dos utilizadores;*
- d) *Recolhe e cuida dos utensílios e equipamentos utilizados nas refeições;*
- e) *Presta cuidados de higiene e conforto aos utilizadores e colabora na prestação de cuidados de saúde que não requeiram conhecimentos específicos (...);*
- f) *Substitui as roupas de cama e da casa de banho, bem como o vestuário dos utilizadores, procede ao acondicionamento, arrumação, distribuição, transporte e controlo das roupas lavadas e à recolha de roupas sujas e sua entrega na lavandaria;*
- g) *Requisita, recebe, controla e distribui os artigos de higiene e conforto;*
- h) *Reporta à instituição ocorrências relevantes no âmbito das funções exercidas (...).”*

Caso a instituição assegure apoio domiciliário, compete ainda às AAD providenciar pela manutenção das condições de higiene e salubridade do domicílio dos utentes».

Para além do conteúdo funcional existente nesta profissão, Fernandes, Graça, Conim, Andrade, & Quaresma (2007:217) salientam a existência de aptidões que devem ser trabalhadas na área do cuidar, independentemente dos níveis de qualificação considerados, já que “(...) *estamos a tratar de profissões de relação humana, numa fase da vida dos indivíduos em que a própria relação é uma componente essencial da intervenção.*”

Coogle, Parham, Cotter, Wellwford, & Neitting (2005) fazem referência a algumas competências, que na opinião deles, devem ser incluídas na formação dos auxiliares de ação direta, devendo enquadrar-se nos seguintes domínios: trabalho em equipa, estudos de caso em geriatria, competências culturais, doenças patogénicas, espiritualidade e comportamento.

McMillan, Bunning, & Pring (2000) aos domínios anteriores acrescentam ainda: a linguagem, a comunicação e as relações interpessoais.

Fernandes, Graça, Conim, Andrade, & Quaresma (2007:213) descrevem que aos auxiliares de ação direta compete:

“(...) assegurar a higiene da habitação; prestar cuidados de higiene pessoal e de conforto; prestar cuidados na área da estética; ser o elemento de ligação entre a pessoa e os que fazem parte do seu ambiente relacional; observar e ouvir, personalizando cuidados; promover a participação da pessoa idosa nas tarefas possíveis; ser uma presença securizante; contribuir para prevenir/retardar/minimizar situações de dependência; identificar necessidades de adaptação do habitat (...); participar na manutenção das redes de sociabilidade, de proximidade da pessoa idosa e respeitar a identidade e as referências da pessoa idosa.”

5. A Formação para as Auxiliares de Ação Direta

Considerando o explanado no ponto anterior a formação para as AAD é uma imperiosa necessidade para o bom desempenho das suas tarefas e para a qualificação dos profissionais.

Sendo um «Lar» uma alternativa à casa da família, ele deverá organizar-se funcionalmente em condições, tanto quanto possível como se de uma residência familiar se tratasse. As AAD deverão constituir-se como fundamentais para favorecerem não só a integração mas também a relação afetiva de tipo familiar. Dos cuidados a terem na relação com os idosos, devem constar ainda o respeito pela sua personalidade e uma preocupação constante em reduzir o grau de dependência de cada idoso. O «Lar» deve ser uma casa confortável e organizada, onde o bom gosto e a higiene seja um imperativo. Ora esse papel, sendo resultado de um esforço coletivo, faz sobressair o trabalho que compete às AAD. Ficando em evidência a necessidade permanente que este grupo tem de formação contínua, considerando os diminutos requisitos legais que lhes são exigidos para o início da sua operacionalidade nas instituições.

Conforme referenciado ao longo deste capítulo, a formação é essencial para um bom desempenho das competências profissionais inerentes à tarefa a desempenhar.

Nestas circunstâncias, o trabalho em equipa e a comunicação das experiências em grupo é de crucial importância para estes profissionais já que permite problematizar, dando sentido aos saberes construídos a partir da reflexão sobre as experiências, com a ajuda de conceções teóricas, o que irá formar um conhecimento mais sólido pois advém da experiência de cada um (Sousa, 2000b). É através desta reflexão sobre a prática, efetuada com base na

teoria, que se pode reformular novamente a teoria e permitir a realização de novas aprendizagens. De facto, é a aprendizagem que leva à consciencialização de si e da relação com o contexto, podendo originar ações que eventualmente alterem a ordem estabelecida (Barkatolah, 1989).

Neste trabalho, recorreu-se ao estudo de caso da equipa de AAD da ACS (local onde exerço a minha atividade de Diretora Técnica, há cerca de dez anos), com a finalidade de estudar neste espaço a importância da formação para um aumento das competências profissionais.

Para confirmar a importância da formação na categoria profissional das AAD surge o exercício prático na Associação Casapiana de Solidariedade, capítulo seguinte. Este estudo centra-se na explicitação e compreensão das potencialidades formativas dos contextos de trabalho, no caso particular, as potencialidades formativas das ações de formação de uma equipa de auxiliares de ação direta.

CAPÍTULO 3 – A FORMAÇÃO DE AUXILIARES DE AÇÃO DIRETA

Neste capítulo procede-se à caracterização da ACS, onde se apresenta a pesquisa empírica e decorrerá o projeto da intervenção realizada ao longo dos dois anos de mestrado.

Focam-se alguns aspetos como os da localização, da caracterização da ACS, da caracterização dos destinatários da ação e o diagnóstico de necessidades, de forma a ajudar na compreensão de todo o processo realizado.

1. Associação Casapiana de Solidariedade

A Associação Casapiana de Solidariedade é uma IPSS, criada por ex-alunos da Casa Pia de Lisboa (CPL), por escritura de 8 de Março de 1993, publicada no DR nº 146 – III série de 24 de Junho de 1993.

A ACS, como todas as IPSS, rege-se pelo Decreto-Lei nº 119/83, de 25 Fevereiro com as alterações introduzidas pelos Decretos-Leis nº 89/95 de 1 Abril, 402/85, de 11 Outubro e 29/86 de 19 Fevereiro. Rege-se ainda pelo Regulamento de Registos das IPSS, do âmbito da Ação Social do Sistema de Segurança Social, previsto na Portaria nº 139/2007 de 29 Janeiro.

Nos termos do seu Anexo 1 - Estatutos da ACS, artigo 2º a associação tem como objetivos o

“apoio à integração social e comunitária de ex-alunos e ex-funcionários da CPL, seus conjugues e familiares e outros em situações de carência, privilegiando, sempre que possível, a inserção da comunidade local na sua protecção na velhice, na invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho, bem como protecção na saúde através dos seus cuidados de medicina”.

A ACS contempla três respostas sociais: Lar, CD e SAD mas, no desenvolvimento da sua atividade, só se implementou plenamente a resposta social Lar. As tentativas feitas para as outras valências não tiveram êxito devido aos apoios sociais já existentes na área envolvente, feitos especialmente por Autarquias, Igrejas e Santa Casa da Misericórdia.

Em consequência, a ACS optou por, presentemente, orientar todos os seus meios para a resposta social Lar, por ser esta a mais carenciada.

No Anexo 2 - Regulamento da ACS da valência Lar, norma III, esta tem como missão *“(...) assegurar os Serviços Sociais de apoio à terceira idade, prestando serviços que promovam o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas”.*

Consta ainda no mesmo documento, norma VI, como objetivo geral: “*promover serviços de qualidade adequados à satisfação das necessidades dos residentes*” e como objetivos específicos:

“promover a autonomia e o bem-estar dos residentes; contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento; criar condições favoráveis à manutenção e desenvolvimento das relações inter-familiares e à participação da família na vida do estabelecimento; potencializar a relação com a comunidade envolvente e o Lar no sentido da sua maior integração na mesma, designadamente através do desenvolvimento de laços de solidariedade e convivência.”

A Associação tem como princípios: respeitar a privacidade e a individualidade de cada utente, bem como os seus hábitos e usos pessoais, desde que estes não colidam com o seu bem-estar geral e não prejudiquem o funcionamento da instituição; estimular a participação dos residentes nas atividades diárias da Instituição sempre que o solicitem; assegurar a prestação de todos os cuidados necessários ao bem-estar de cada residente; promover atividades socioculturais e de animação, de forma a contribuir para a estimulação da relação entre os residentes e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas e a relação com o meio; incentivar o apoio dos familiares e amigos dos residentes, de forma a manter as suas redes de pertença; motivar a participação dos familiares e amigos.

A função da Instituição é fundamentalmente dar resposta social a pessoas idosas e suas famílias de forma a garantir os seus direitos de cidadania, bem-estar e dignidade, prestando serviços que promovam a qualidade de vida e o bem-estar destas pessoas.

A resposta social Lar tem como critério de preferência para admissão: ter idade igual ou superior a 65 anos; ser sócio efetivo; ser sócio fundador; ter desempenhado durante mais de três anos funções nos corpos Gerentes; a admissão ser inequivocamente solicitada de livre vontade pelo candidato(a); o candidato(a) não ser portador de doenças infecto-contagiosas, que ponham em risco a saúde dos restantes residentes e funcionários da instituição; o candidato(a) não ter problemas de saúde física e mental, que exija cuidados não abrangidos pelos serviços prestados na instituição.

- **Estrutura Orgânica e Funcional**

A ACS é dirigida por órgãos sociais eleitos de três em três anos, constituídos por: uma Mesa da assembleia-geral, uma Direção e um Conselho Fiscal. Em 24 de Março de 2011 a assembleia-geral criou mais um órgão de apoio – o Conselho Geral, constituído

presentemente por 17 Conselheiros (assim se chamam os seus membros) cujos estatutos e regulamento se anexam para conhecimento do seu enquadramento.

As competências destes órgãos estão lavradas nos respetivos Estatutos da Associação.

Nenhum dos membros que constituem estes órgãos auferem qualquer remuneração embora o Estatuto o permita desde que por deliberação da assembleia-geral.

No exercício das suas funções a Direção apresenta anualmente à assembleia-geral, para discussão e aprovação, os Programas de Ação, o Orçamento, o Relatório de Atividades e as Contas da Gerência. A vida da Associação é, assim, determinada por estes instrumentos de gestão.

- **Estrutura funcional**

Na sua Estrutura Funcional a ACS conta com uma Direção Técnica e uma Direção Clínica. Sob a dependência da Direção Técnica, exercem funções a Animadora Sócio Cultural, os Administrativos, as Coordenadoras dos Turnos, os Auxiliares de Ação Direta, as auxiliares de serviços gerais, as lavadeiras e os Seguranças.

Na dependência da Direção Clínica, exercem-se as atividades de Médico, dos Enfermeiros, da Auxiliar de Enfermagem e da Fisioterapeuta.

No seu quadro de Recursos Humanos, registamos: 1 Diretora Técnica, que acumula as funções de Assistente Social; 1 Médico; 3 Enfermeiros; 21 Auxiliares de Ação Direta; 4 Auxiliares de Serviços Gerais; 1 Animadora; 1 Fisioterapeuta; 1 Motorista; 4 Administrativos; 4 Guardas Rondistas; 3 Lavadeiras.

Tendo como instrumento de trabalho o Despacho Normativo 12/98, que refere os rácios de funcionários por cada residente, a ACS, devido ao grau de dependência dos seus atuais residentes, apresenta um número de funcionários muito superior ao referenciado no despacho supra.

A Diretora Técnica tem por função dirigir o Equipamento, assumindo a responsabilidade pela programação de atividades e a coordenação e supervisão de todo o pessoal, estabelecendo um modelo técnico de gestão para que o equipamento funcione em pleno.

A Direção Técnica é responsável pelo bom funcionamento da instituição e dos grupos profissionais. Um dos grupos profissionais são as AAD. Estas dividem-se em sub-grupos nos quais existe uma coordenadora do grupo.

A supervisão e coordenação dos funcionários com a categoria de auxiliares de ação direta é da responsabilidade do coordenador do grupo, existindo para o efeito, na Associação, 3 coordenadores que são também eles auxiliares de ação direta e que tem como funções: orientar as funcionárias para que prestem um serviço de qualidade; verificar se todas as atividades foram desenvolvidas de modo a terem prestado um serviço de qualidade; realizar reuniões com as funcionárias do grupo para elaborar esquemas de trabalho mais ajustados; realizar reuniões com as outras chefes de equipa com o objetivo de realizarem um trabalho em conjunto, elaborando planos de atuação e inovação que contribuam para uma maior qualidade de vida dos residentes.

As equipas, das AAD, são distribuídas da seguinte forma sempre com a sua coordenadora: 9 Auxiliares de ação direta no turno da manhã; 8 Auxiliares de ação direta no turno da tarde; 4 Auxiliares de ação direta no turno da noite.

- **Relação entre a instituição e os funcionários**

Todos os funcionários admitidos são contratados a termo certo e avaliados no final de cada termo do contrato. A avaliação é efetuada pelo superior hierárquico imediato e tem por base a matriz dos conteúdos funcionais de cada categoria profissional. O funcionário passará à situação de efetivo se o seu desempenho ao longo do tempo de permanência contratual for consentâneo com os conteúdos funcionais que lhe foram adstritos.

Todos os funcionários estão cobertos por um seguro de acidentes de trabalho e têm todas as regalias sociais inerentes à categoria profissional que desempenham.

Mensalmente são agendadas reuniões de trabalho, com os coordenadores e com as várias equipas, para traçar estratégias de atuação, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados. Nestas reuniões são sempre repensadas as “ críticas/opiniões “que os familiares e/ou os residentes nos fazem, pois são com elas que nós melhoramos os nossos serviços.

A ACS tem adotado uma estratégia de elevado empreendedorismo e apoio social e adaptabilidade, apostando no investimento em fatores imateriais de competitividade, destacando-se as seguintes áreas de intervenção:

- **Organização e Gestão:** reforço das capacidades da gestão através das novas tecnologias de informação e comunicação, no sentido de melhorar os fluxos de informação da Empresa e reforçar a capacidade de gestão, permitindo assim à Direção tomar decisões estratégicas de forma mais eficiente e eficaz relativamente aos diferentes serviços da associação.

- **Recursos Humanos:** aposta na qualificação dos funcionários, quer através de ações de formação geral e específica, quer através da especialização funcional resultante da inovação de funções. Pretende que os seus funcionários sejam capazes de acompanhar a inovação da tecnologia e que deem resposta às necessidades das suas funções.

- **Igualdade de Oportunidades:** a igualdade de oportunidades é, na instituição, uma realidade onde todos os funcionários se quiserem se podem realizar.

- A estratégia e a política da instituição têm sido alicerçadas em importantes vetores de sucesso, com respeito pelo seu meio envolvente. Neste contexto, a Instituição encontra-se em permanente evolução, quer pela introdução de novos equipamentos e tecnologias, quer pela melhoria dos métodos de organização do trabalho que, garantindo a excelência da instituição na área social, na perspetiva do seu crescimento sustentável potenciado pela conciliação das dimensões económica, social e ambiental.

- **Funcionamento e Serviços Prestados**

A instituição dispõe de um serviço de saúde que presta assistência médica de clínica geral e de enfermagem, a todos os utentes, sempre que necessitem.

A ACS tem um acordo com a clínica CUF, que como se disse, funciona na nossa cave, através do qual os seus centros de reabilitação ali instalados também estão disponíveis para os nossos utentes, devendo a prescrição de qualquer tipo de tratamento ser feita pelo médico da nossa Instituição.

As refeições são sempre servidas na sala de jantar para todos os residentes, podendo também ser servidas no quarto quando as circunstâncias o exigirem.

As ementas são afixadas semanalmente na sala de jantar, incluindo, dietas específicas, que devem ser aplicadas quando prescritas.

Tratamento de roupas: à data de admissão, a roupa do residente é devidamente identificada pela lavandaria da Instituição.

Área de lazer: está à responsabilidade de uma Animadora Sociocultural, que tem como função o planeamento e execução de atividades com o objetivo de proporcionar aos residentes lazer e ocupação segundo os seus próprios interesses.

Relativamente às saídas, os residentes poderão sair do Lar durante o tempo que desejem. No entanto, terão que respeitar os horários das refeições, exceto em situações previamente comunicadas e justificadas. As saídas sem regresso à noite terão de ser prévia e/ou oportunamente comunicadas pelos utentes ou pelos familiares, aos serviços competentes.

As visitas dos familiares e amigos dos residentes poderão realizar-se todos os dias das 10h:30 às 19.30h. No período da manhã, não poderão ocorrer nos quartos, para salvaguardar a intimidade e privacidade de todos os utentes e facilitar a execução das atividades diárias, de higiene pessoal e limpeza dos quartos devendo nesse período, as visitas ser recebidas nas salas comuns.

É preocupação permanente da Associação a proteção dos idosos em situação de falta ou diminuição de capacidades, promovendo-lhes serviços adequados às suas necessidades e contribuindo para que estejam em perfeita harmonia no seu próprio processo de envelhecimento.

2. Perfil dos Residentes e que cuidados necessitam

A instituição acolhe temporariamente ou permanentemente idosos com idade igual ou superior a 65 anos, que optem por viver numa casa, seja por razões de dependência, abandono familiar ou simplesmente a procura de mais convivência e companhia. Aliado à privacidade, harmonia e conforto de uma casa familiar constitui uma excelente opção de vida.

Atualmente encontram-se 60 residentes na instituição, preenchendo a capacidade total da mesma. Esta comunidade é composta por 20 residentes do sexo masculino e 40 do sexo feminino, na sua maioria viúvos (44 residentes viúvos) existindo ainda 6 divorciados, 7 solteiros e 3 casados. Este grupo é constituído por residentes com idades compreendidas entre os 60 e os 104. A média de idades situa-se nos 85 anos (Gráfico 4 - Distribuição de residentes por idades).

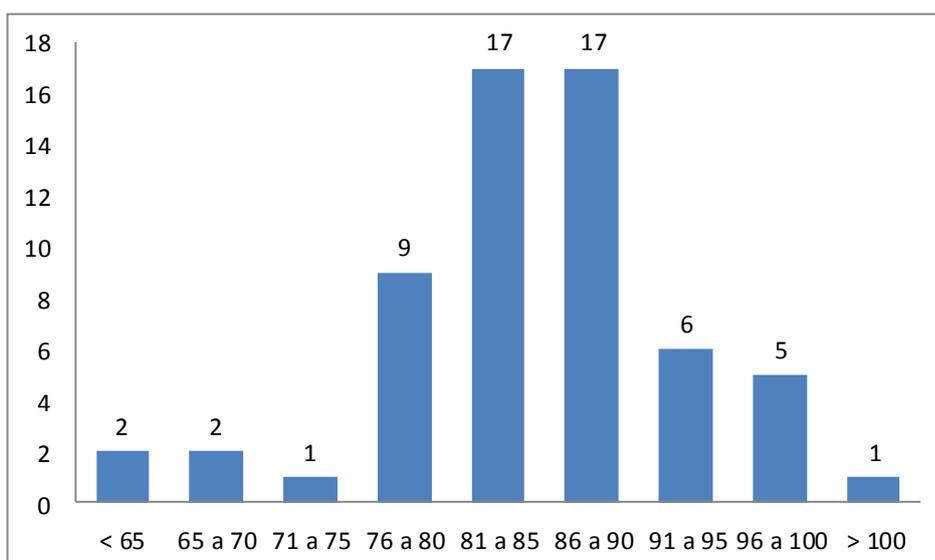


Gráfico 4 - Distribuição de residentes por idades

São vários os tipos de dependência e dificuldades apresentados pela população, sendo que metade (30 idosos) apresenta um grau de dependência moderado ou severo.

A tendência nesta instituição é que os idosos sejam institucionalizados devido à sua idade avançada ou dependência¹⁰, sendo poucos os que a procuram como opção de vida. Na instituição residem idosos com histórias de vida muito ricas. Alguns deles encontram-se entre os mais autónomos. A maioria dos residentes mantém contacto com as famílias e recebem visitas com frequência.

Estes dados foram analisados com base no Quadro 2 - Dados pessoais dos residentes da ACS que se encontra no Apêndice 2.

Da caracterização dos residentes resultou a construção da Tabela 1 - Potencialidades e Fragilidades dos residentes da ACS.

Potencialidades	Fragilidades
<ul style="list-style-type: none">• Autonomia¹¹.• Percursos de vida com grande interesse.• Apoio familiar (fonte Equipa ACS).	<ul style="list-style-type: none">• Idade avançada.• Dependência.• Relutância em participar nas atividades da instituição.• Resistência à mudança.• Quebras na auto-estima (sentir-se velho).• Poucos contactos fora da instituição.

Tabela 1 - Potencialidades e Fragilidades dos residentes da ACS

3. Perfil das auxiliares de ação direta e necessidades de formação

Na Associação exercem a profissão de auxiliar de ação direta 21 pessoas. Neste estudo considerou-se todos os funcionários com a categoria de AAD sendo a amostra igual ao universo.

Algumas características sociodemográficas podem ser apresentadas no Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra e respetivos gráficos ressalta que:

¹⁰ Dependência - Define-se pela necessidade de recorrer a terceiros, objeto ou pessoa, para o cumprimento de funções físicas ou psíquicas. A dependência pode ser total (impossibilidade de realizar de modo autónomo as funções necessárias para o dia-a-dia) ou parcial (impossibilidade de realizar duas funções necessárias para o dia-a-dia) (Choque & Choque, 2006)

¹¹ Autonomia – Possibilidade de uma pessoa escolher as regras da sua conduta, fazer escolhas que influenciem a sua vida tanto ao nível social, económico e psicológico e realizar as tarefas do dia-a-dia sem ajuda. (Idem, ibidem)

Género	
Masculino	2
Feminino	19
Idade	
Média	50
Habilitações Literárias	
Sem escolaridade (sabem ler e escrever mas sem certificado)	5
1º Ciclo completo	9
2º Ciclo completo	2
2º Ciclo incompleto	1
Ensino Secundário completo	2
Ensino Secundário incompleto	2
Categoria Profissional	
Auxiliar de Ação Direta de 1ª	11
Auxiliar de Ação Direta de 2ª	10

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra

19 (90%) dos profissionais em análise são do género feminino e 2 (10%) são do sexo masculino. Têm uma idade média entre os 50 anos (Gráfico 5 - Idade das AAD da ACS).

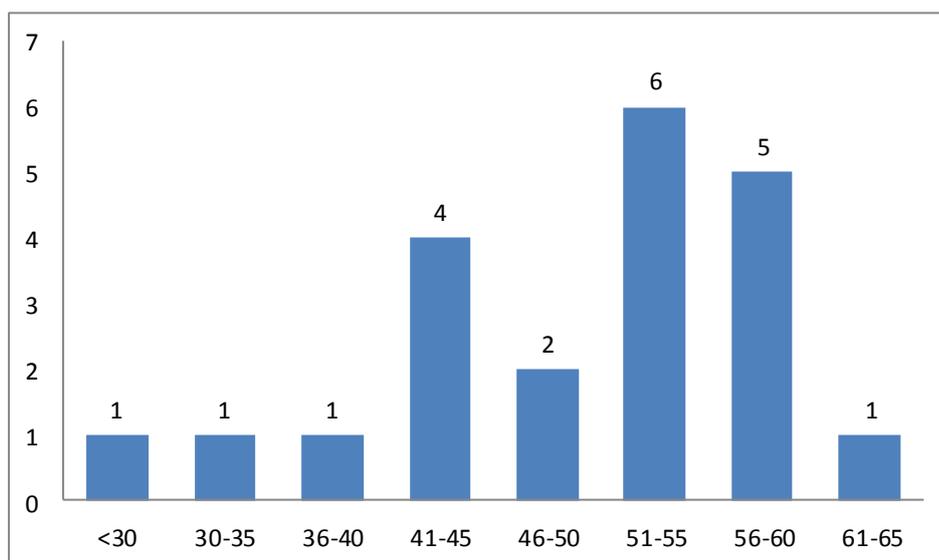


Gráfico 5 - Idade das AAD da ACS

Em termos de percurso escolar verifica-se que este grupo é muito heterogéneo. Varia entre a escolaridade até ao 12º ano e/ou a não frequência de escolaridade. Em 43% dos AAD têm habilitações literárias iguais ao 1º ciclo; 24% sabem ler e escrever mas não apresentaram certificado de habilitações; 33% têm o ensino secundário (Gráfico 6 - Habilitações Literárias das AAD da ACS - encontra-se na página seguinte).

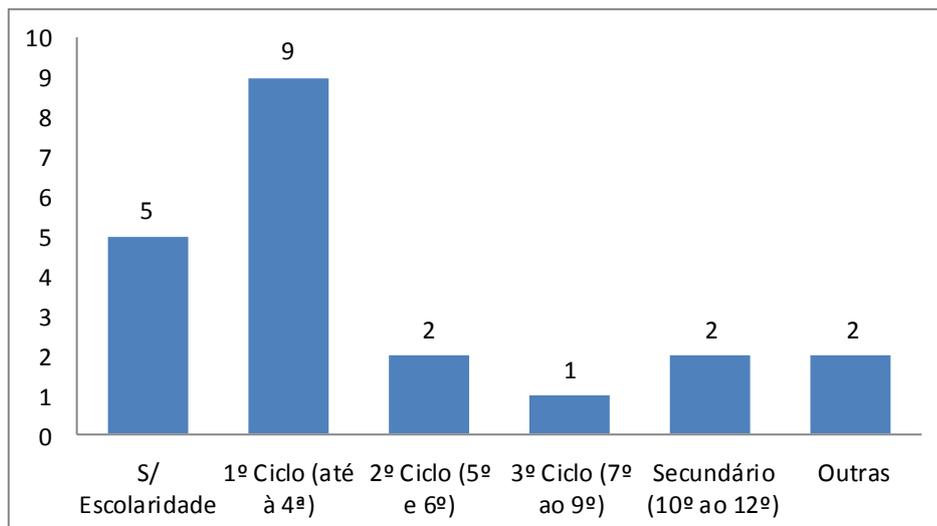


Gráfico 6 - Habilitações Literárias das AAD da ACS

Relativamente à categoria profissional existe um equilíbrio, no qual 10 são auxiliares de ação direta de 2ª e 11 são auxiliares de ação direta de 1ª (Gráfico 7 - Categoria Profissional das AAD da ACS).

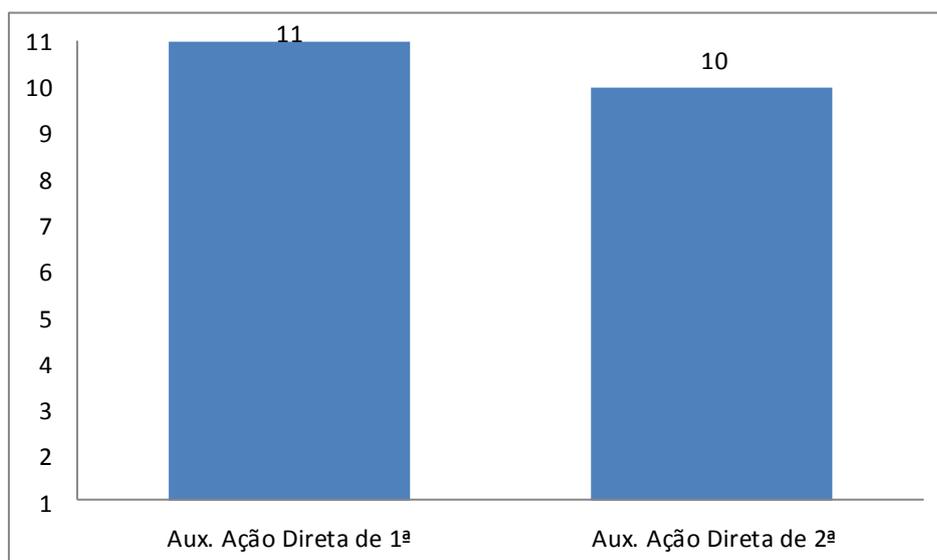


Gráfico 7 - Categoria Profissional das AAD da ACS

Concluída a análise da amostra realizou-se o diagnóstico da situação da ACS, em relação aos seus recursos humanos, do grupo socioprofissionais das AAD, utilizou-se a técnica de análise SWOT. De acordo com o IAPMEI (2007), a análise SWOT “(...) é uma ferramenta de gestão muito utilizada pelas empresas para o diagnóstico estratégico. O termo SWOT é composto pelas iniciais das palavras Strength (Pontos Fortes), Weakness (Pontos Fracos), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças) (...)”.

Trata-se de um sistema simples para verificar a posição estratégica de uma instituição, empresa, num dado momento, tanto a nível interno como a nível externo, ou seja, é uma análise combinada, interna e externamente, que consiste em detetar os pontos fracos e os pontos fortes, tendo em consideração os riscos prováveis e os problemas a resolver.

Na sua aplicação prática, existem dois cenários de análise: o ambiente interno que permite uma visão dos pontos fortes e fracos da Instituição/Empresa e o ambiente externo, que permite uma visão das oportunidades e ameaças no que concerne á evolução pretendida futuramente para a instituição. Em Apêndice 3 encontra-se o Quadro 3 - Análise SWOT ACS.

Relativamente ao ambiente interno, a estrutura funcional instituída na ACS possibilitou a utilização desta técnica na área dos recursos humanos pois toda a informação circula pelos funcionários dos vários grupos e categorias profissionais numa linha de hierarquização. Para além deste ponto forte relacionado com a funcionalidade dos recursos humanos, a instituição tem outro ponto forte que são as suas instalações construídas de raiz para acolher os mais velhos, facilitando o alcance dos objetivos prosseguidos.

Os pontos fracos na mesma área de recursos humanos são o baixo nível de formação do pessoal candidato a funcionários que se apresenta com baixo nível escolar e sem qualificação profissional específica sendo a Instituição quem os vai formando porque não tem, no mercado, outros recursos. Começam agora a aparecer cursos de agentes de geriatria promovidos pelo centro de formação do Instituto de Emprego de Formação Profissional (IEFP), mas os seus conteúdos, por demasiado teóricos e genéricos não estão em meu entender adequados às reais necessidades de conhecimento e práticas das auxiliares de ação direta. Esta afirmação é confirmada pessoalmente pelo acompanhamento que se tem feito a estagiárias daqueles cursos nesta associação.

Quanto ao ambiente externo pode ser observado mas não está ao alcance do controle da Associação. Todavia ter conhecimento dele possibilita-nos aproveitar as oportunidades e evitar ou minimizar as ameaças e os seus efeitos com um adequado planeamento. Na Associação temos o conhecimento atualizado da legislação portuguesa, da legislação comunitária e parcerias com instituições. A instituição faculta aos seus colaboradores, sempre que possível a participação em congressos seminários e conferências nacionais e internacionais. O envelhecimento da população é uma realidade mundial, sendo do conhecimento geral a portuguesa e a da comunidade europeia.

4. Formação em exercício: caso em estudo

Apesar da ACS ter agradáveis e oportunos pontos fortes entre os quais se distinguem as boas e funcionais instalações e o trabalho em equipa, a sua funcionalidade poderia ser prejudicada se não houvesse desde o seu início a preocupação da formação das suas AAD. Com o recurso a estagiários de Serviço Social da Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias no ano de 2009 e 2010, foi pedido a elaboração e execução de planos de formação para as AAD, colmatando uma lacuna existente no mercado de trabalho nacional cursos profissionais adequados e ajustados ao exercício das funções das AAD. Assim, todo o candidato a AAD admitido na ACS passa, efetivamente, por ações de formação permanentes pelo que a análise SWOT feita reforçou esta nossa preocupação. O grupo destes trabalhadores é fundamental para se conseguirem os benefícios sociais pretendidos – bem-estar físico e emocional dos seus residentes.

A programação de uma ação de formação começa pelo diagnóstico de necessidades o qual inclui o preenchimento de um questionário para avaliação dos conhecimentos dos funcionários. Após o tratamento e análise dos dados do questionário e análise dos resultados, são selecionados os conteúdos considerados mais pertinentes para a respetiva ação de formação. De seguida programamos, contudo previamente estabelecido, os objetivos, o horário, bem como o local.

Concluída a ação de formação é aplicado um questionário para avaliar os resultados da ação no nível de conhecimentos das AAD. Será o resultado desse processo que iremos demonstrar de seguida.

4.1 Formação realizada para as auxiliares de ação direta

Os conhecimentos das AAD foram auscultados mediante a resposta a um questionário que incluía as seguintes dimensões de análise:

- a. Frequência da ação de formação e conteúdo necessário;
- b. Perceção sobre os mais velhos.

Desta forma, quando questionados sobre a importância de formação dos AAD, 14 consideraram muito importante e 7 pouco importante (Gráfico 8 - Resposta à pergunta 1). Relativamente à importância de uma ação de formação em exercício, 17 disseram que consideram muito importante e 4 consideram que esta não tem importância para o desempenho das tarefas da sua categoria profissional (Gráfico 9 - Resposta à Pergunta 2), gráficos na página seguinte.

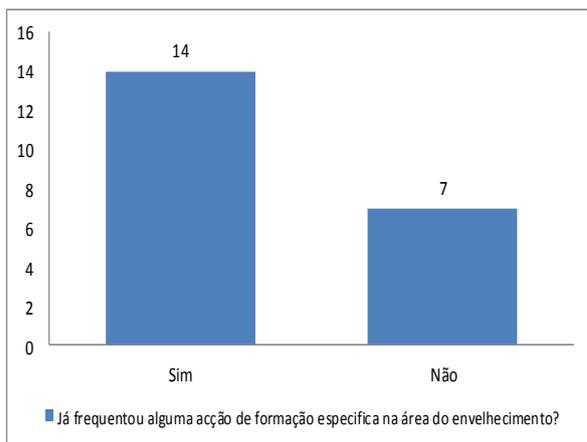


Gráfico 8 - Resposta à pergunta 1

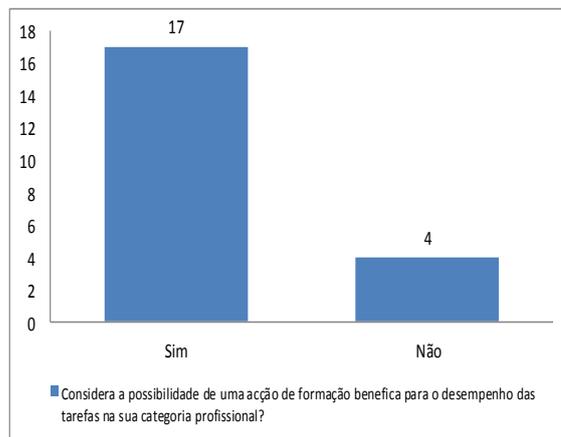


Gráfico 9 - Resposta à Pergunta 2

Referem que os conteúdos profissionais são de fácil execução em 12 e 8 que não o são (Gráfico 10 – Resposta à Pergunta 3). Consideram também que a formação irá ajudar no desenvolvimento das suas tarefas em 18, tendo apenas 3 respondido que não (Gráfico 11 - Resposta à Pergunta 4).

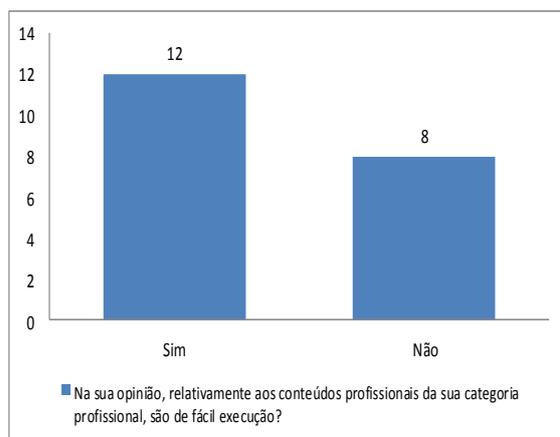


Gráfico 10 – Resposta à Pergunta 3

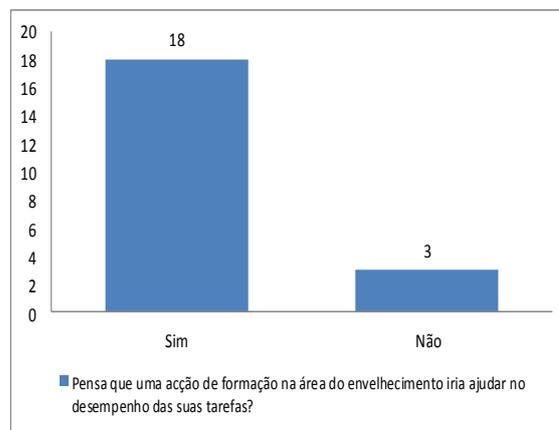


Gráfico 11 - Resposta à Pergunta 4

Quanto à perceção sobre os mais velhos, o envelhecimento, 18 consideram que este é uma realidade enquanto 3 não lhe dão importância (Gráfico 12 - Resposta à Pergunta 5). Nas restantes questões já não se evidenciou uma resposta tão unanime, prova disso é as 15 respostas que dizem que o envelhecimento é um peso para a sociedade enquanto as restantes 6 responderam que não o é (Gráfico 13 - Resposta à Pergunta 6), gráficos na página seguinte.

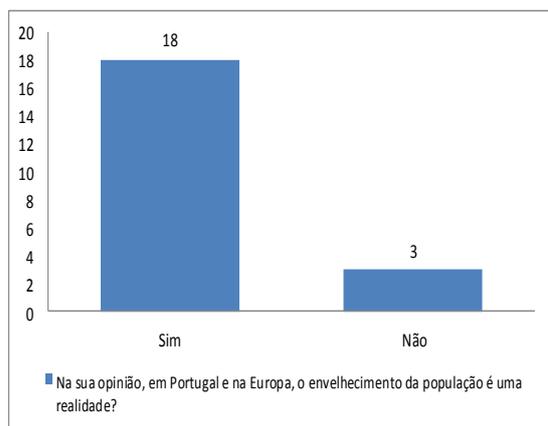


Gráfico 12 - Resposta à Pergunta 5

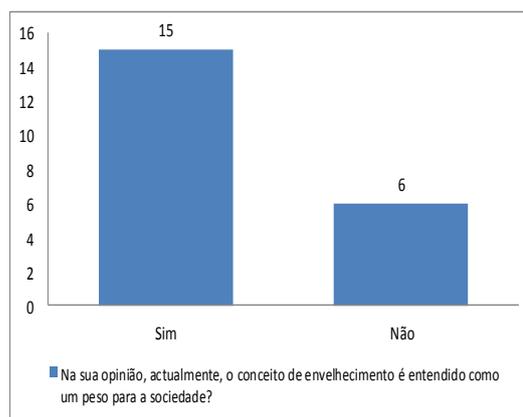


Gráfico 13 - Resposta à Pergunta 6

Na questão seguinte evidencia-se em 13 respostas que uma pessoa com 65 anos não é considerada velha, enquanto 8 consideram que o é (

Gráfico 14 - Resposta à Pergunta 7). Em 21, 13 consideram que a pessoa a partir dos 65 anos já não deveria trabalhar mais e 8 consideram que deveriam continuar a trabalhar (Gráfico 15 - Resposta à Pergunta 8).

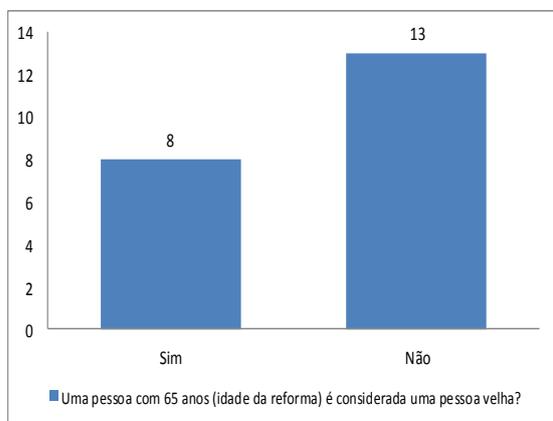


Gráfico 14 - Resposta à Pergunta 7

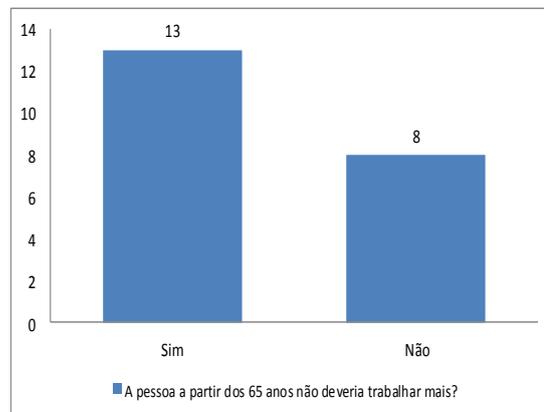


Gráfico 15 - Resposta à Pergunta 8

No agrupamento das perguntas seguintes tentou-se perceber o conhecimento das AAD sobre as doenças e as patologias sobre o envelhecimento. Quando questionadas se o envelhecimento é sinonimo de patologias 14 disseram que sim e 7 que não (Gráfico 16 - Resposta à Pergunta 9). Relativamente à questão se sabem quais as patologias associadas ao envelhecimento 17 responderam que conhecem e 4 que não (Gráfico 17 - Resposta à Pergunta 10), gráficos na página seguinte.

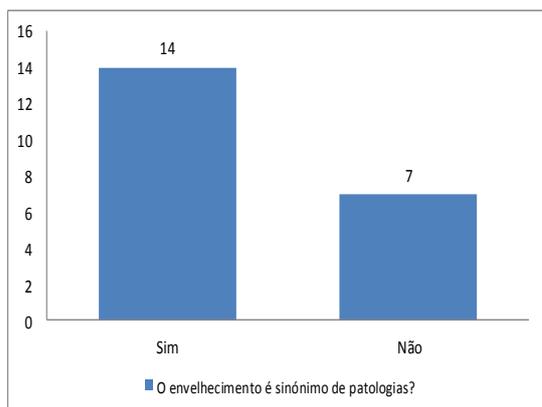


Gráfico 16 - Resposta à Pergunta 9

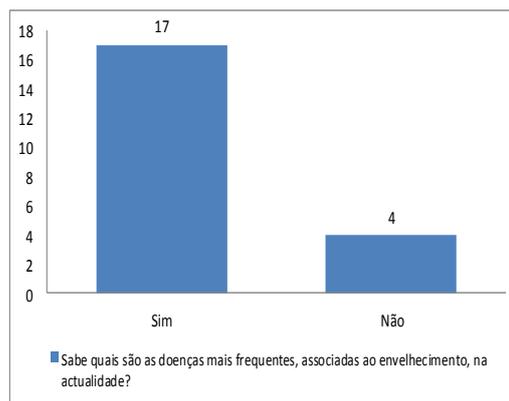


Gráfico 17 - Resposta à Pergunta 10

Considerando somente os 17 que tem conhecimento das mesmas, foi unanime, como a doença mais frequente, o alzheimer. Logo de seguida aparece a doença de Parkinson com 15, as doenças cardíacas com 14, os problemas cardíacos com 13 e por fim os diabetes com 12 (Gráfico 18 - Resposta à Pergunta 11).

No próximo agrupamento de perguntas tentou-se perceber qual a perceção das AAD sobre a institucionalização dos idosos. Dos inquiridos 15 consideram que a institucionalização é a solução e apenas 6 consideram que não é (Gráfico 19 - Resposta à Pergunta 12).

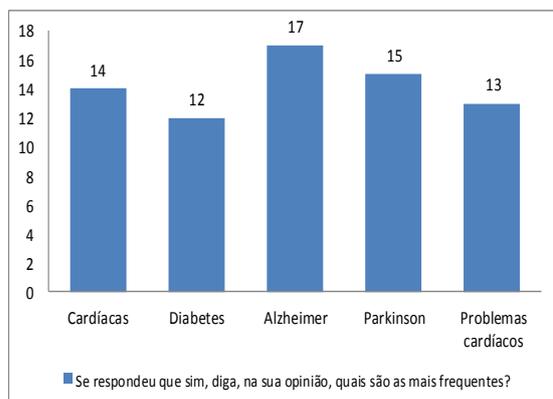


Gráfico 18 - Resposta à Pergunta 11

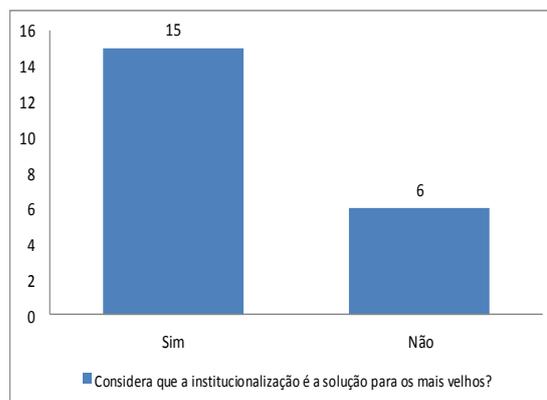


Gráfico 19 - Resposta à Pergunta 12

Em 21 AAD, 17 consideraram que a institucionalização deveria ter como suporte um quadro de profissionais credenciados, e 4 não concordaram (Gráfico 20 - Resposta à Pergunta 13). Dos resultados 18 concordam que o idoso institucionalizado se torna uma pessoa muito apelativa sem justificação aparente e só 3 não concordaram (Gráfico 21 - Resposta à Pergunta 14), gráficos na página seguinte.

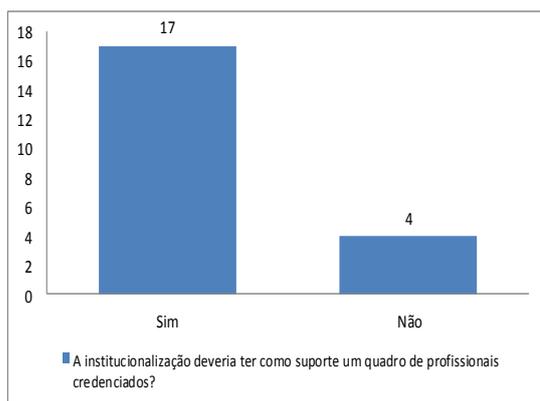


Gráfico 20 - Resposta à Pergunta 13

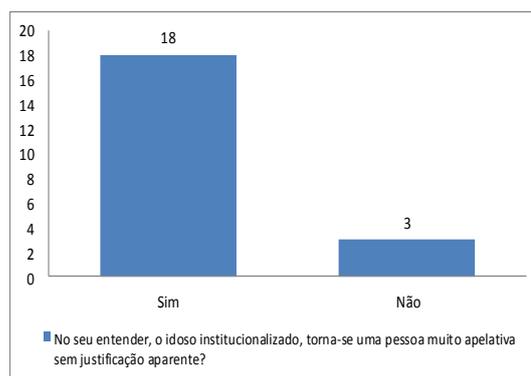


Gráfico 21 - Resposta à Pergunta 14

Após análise dos questionários conclui-se que as AAD têm uma visão positiva do processo de envelhecimento e das pessoas idosas, apesar de associarem o envelhecimento a doenças e a dependências. Consideram também pertinente a formação nesta área pois a maioria entende que esse processo melhora a sua performance e a qualidade do serviço prestado.

4.2 Perceção da importância da formação

Os resultados apurados e respetiva análise permitiu-nos organizar, o Apêndice 6 - Plano de Formação. Do referido plano apenas foi executado o módulo I – Gerontopsicologia, que serviu de análise para este projeto profissional. Este integra temas relacionados com os aspetos biológicos e psicológicos do envelhecimento; cuidados humanos e de saúde básicos; boas práticas na prestação de um serviço de qualidade; a evolução do envelhecimento na sociedade contemporânea; e a importância da institucionalização. A execução dos restantes módulos, do plano de formação, estão a ser desenvolvidos e outros serão desenvolvidos no futuro.

Para não perturbar o normal funcionamento dos serviços estabeleceram-se dois dias de formação por turnos com 50% de formandos em cada turno. Ficando assim a amostra dividida: 50% das AAD em formação e no mesmo horário os outros 50% das AAD em serviço. Ocupando-se cada dia em rotação alternativa.

Os temas seleccionados foram os constantes do quadro que se segue, que nos resume também os conteúdos e objetivos visados, e serão justificados no Apêndice 7 - Justificação dos temas abordados no Modulo I.

Temas	Objetivos	Conteúdos
Aspetos biológicos e psicológicos do envelhecimento	<ul style="list-style-type: none"> – Dotar os participantes de conhecimentos gerais e específicos sobre o processo de envelhecimento, nomeadamente sobre os aspetos biológicos e psicológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Definição de Envelhecimento. – Alterações Biológicas no envelhecimento. – Alterações psicológicas no envelhecimento.
Cuidados humanos e de saúde básicos	<ul style="list-style-type: none"> – Dotar os participantes de conhecimentos gerais acerca da prestação de cuidados humanos básicos de higiene, alimentação, eliminação, mobilidade e acolhimento. – Dotar os participantes de conhecimentos acerca da forma de atuação em situações de perturbações dos sinais vitais. 	<ul style="list-style-type: none"> – Prestação de cuidados humanos básicos. – Prestação de cuidados básicos de saúde.
Boas práticas na prestação de um serviço de qualidade		
A evolução do envelhecimento na sociedade contemporânea	<ul style="list-style-type: none"> – Dotar os participantes de conhecimentos acerca da evolução histórica do envelhecimento. – Desmistificar algumas ideias subjacentes ao idoso. 	<ul style="list-style-type: none"> – O idoso na idade média. – O idoso na sociedade contemporânea. – Mitos acerca da velhice.
A importância da institucionalização	<ul style="list-style-type: none"> – Dotar os participantes de conhecimentos acerca dos problemas inerentes ao envelhecimento. 	<ul style="list-style-type: none"> – A solidão. – Idosos dependentes. – O papel da família na sociedade atual.

Tabela 3 - Temas, objetivos e conteúdos referentes ao Módulo I

Os conteúdos abordados no módulo I do plano de ação de formação¹² levou-nos a elaborar o respetivo Apêndice 8 - Programa de Ação de Formação 16FEV2012 e Apêndice 9 - Programa Ação de Formação 17FEV201.

A ação de formação decorreu nas instalações da ACS num ambiente próprio com a participação de funcionários, em horário estabelecido no programa.

Após a ação foi aplicado o mesmo inquérito por questionário, às formandas, com o fim de se avaliar o impacto da formação no nível de conhecimentos adquiridos pelas mesmas.

4.3 Impactos da formação

Realizou-se através do Quadro 6 - Tratamento de dados do inquérito por questionário dos conhecimentos das AAD da ACS, Apêndice 10, e no Quadro 7 - Apuramento dos dados do Inquérito por Questionário dos conhecimentos das AAD, Apêndice 11 e é com base neste que seguidamente se apresentam os resultados, de cada questão, em forma de gráficos:

Depois de frequentada a formação e quando questionados sobre a importância de formação dos AAD, 20 consideraram muito importante e 1 pouco importante (Gráfico 22 - Resposta à Pergunta 1). Relativamente a gostarem de uma ação de formação em exercício 18 disseram que consideram de muita importância e 3 consideram que esta não tem importância no desempenho das tarefas da sua categoria profissional (Gráfico 23 - Resposta à Pergunta 2).

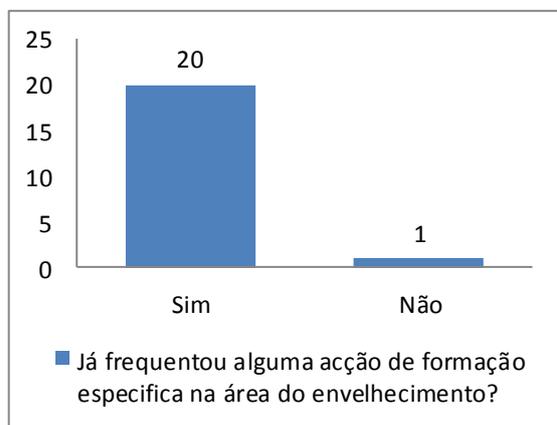


Gráfico 22 - Resposta à Pergunta 1

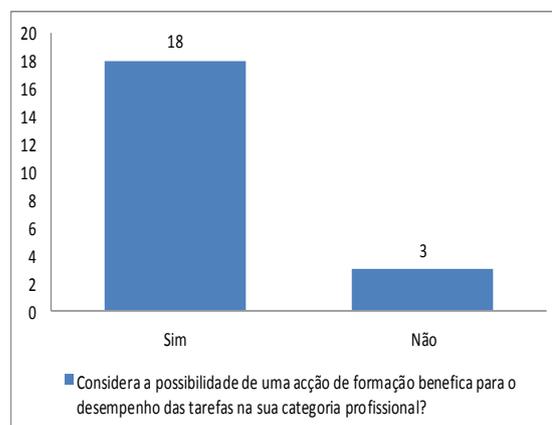


Gráfico 23 - Resposta à Pergunta 2

Ainda referem que os conteúdos profissionais são de fácil execução em 12 e 9 que não o são (Gráfico 24 – Resposta à Pergunta 3), na página seguinte. Consideram também que

¹² Ação de formação - Atividade concreta de formação que visa atingir objetivos de formação previamente definidos. (DGERT, 2011)

a formação irá ajudar no desenvolvimento das suas tarefas 18, tendo apenas 3 respondido que não (Gráfico 25 - Resposta à Pergunta 4).

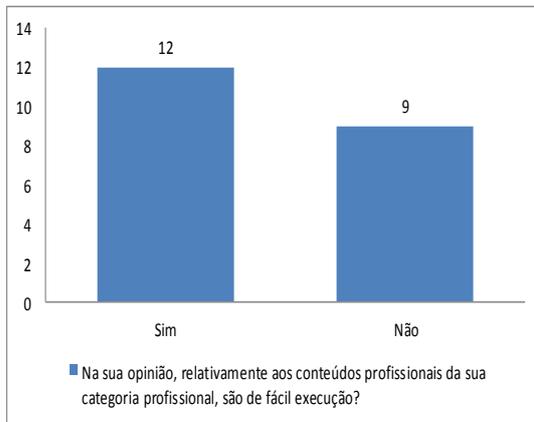


Gráfico 24 – Resposta à Pergunta 3

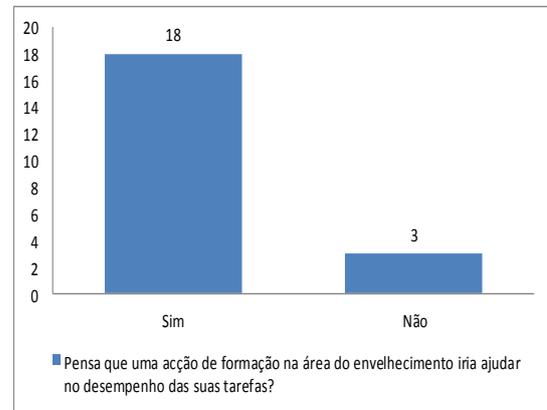


Gráfico 25 - Resposta à Pergunta 4

Nas variadas questões face ao envelhecimento, que se apresentam de seguida, na questão se o envelhecimento da população é uma realidade 19 responderam que o consideram enquanto 2 não o consideram (Gráfico 26 – Resposta à Pergunta 5). Nas restantes questões já não se evidenciou uma resposta tão unanime, prova disso é as 15 respostas que dizem que o envelhecimento é um peso para a sociedade enquanto as restantes 6 responderam que não o é (Gráfico 27 - Resposta à Pergunta 6).

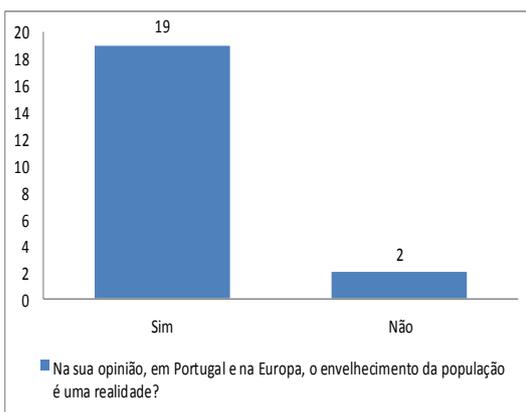


Gráfico 26 – Resposta à Pergunta 5

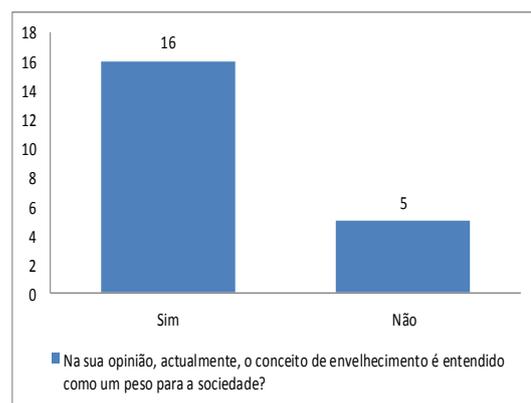


Gráfico 27 - Resposta à Pergunta 6

Na questão seguinte evidencia-se as 15 respostas que dizem que uma pessoa com 65 anos não é considerada velha, enquanto 6 dizem que já é (Gráfico 28 – Resposta à Pergunta

7). E em 21, 11 consideram que a pessoa a partir dos 65 anos já não deveria trabalhar mais e 10 consideram que deveriam continuar a trabalhar (Gráfico 29 - Resposta à Pergunta 8).

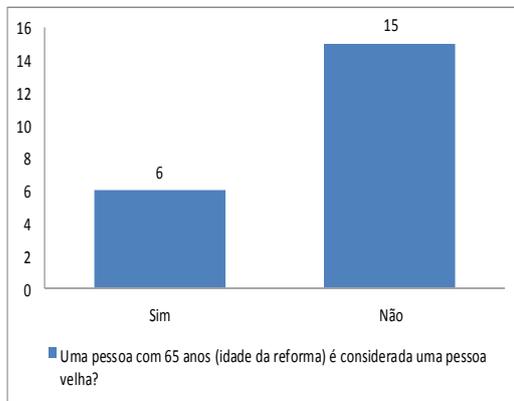


Gráfico 28 – Resposta à Pergunta 7

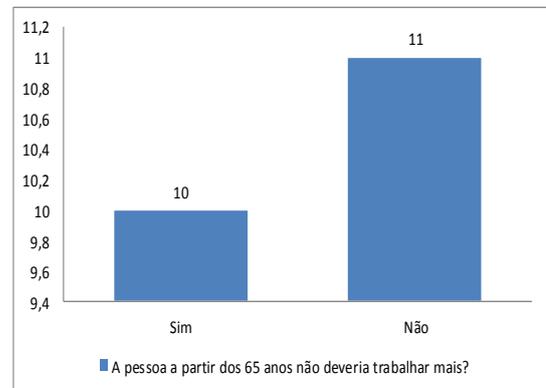


Gráfico 29 - Resposta à Pergunta 8

No agrupamento das perguntas seguintes tentou-se perceber o conhecimento das AAD sobre as doenças e as patologias sobre o envelhecimento. Quando questionadas se o envelhecimento é sinónimo de patologias 7 disseram que sim e 14 que não (Gráfico 30 – Resposta à Pergunta 9). Relativamente à questão se sabem quais as patologias associadas ao envelhecimento 19 responderam que conhecem e 2 que não (Gráfico 31 - Resposta à Pergunta 10).

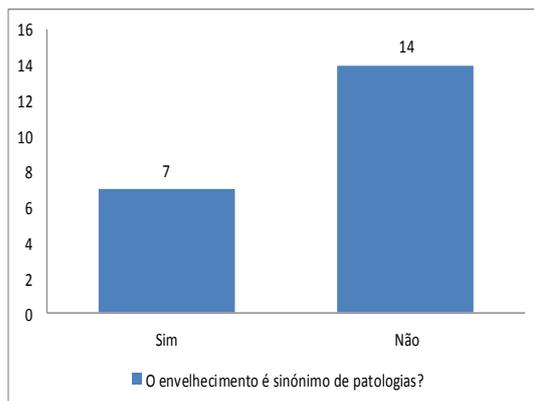


Gráfico 30 – Resposta à Pergunta 9

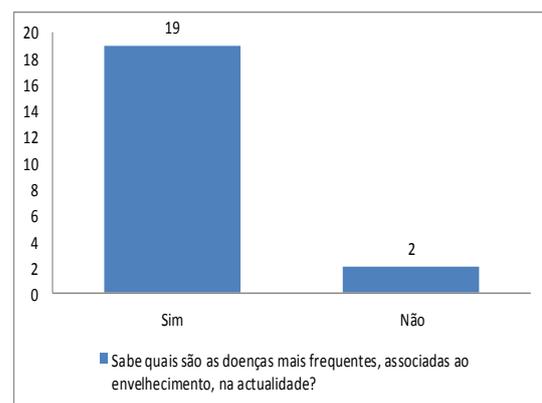


Gráfico 31 - Resposta à Pergunta 10

Considerando somente os 19 que tem conhecimento das mesmas, foi considerada a doença mais frequente, alzheimer. Logo de seguida aparece a doença de Parkinson com 13, as doenças cardíacas com 12, os problemas cardíacos com 10 e por fim os diabetes com 7 (Gráfico 32 - Resposta à Pergunta 11), na página seguinte.

No próximo agrupamento de perguntas tentou-se perceber qual a percepção das AAD sobre a institucionalização dos idosos. Dos inquiridos 13 consideram que a institucionalização é a solução e apenas 8 consideram que não é (Gráfico 33 - Resposta à Pergunta 12).

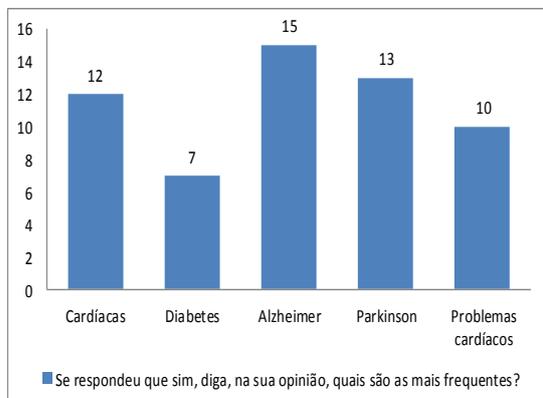


Gráfico 32 - Resposta à Pergunta 11

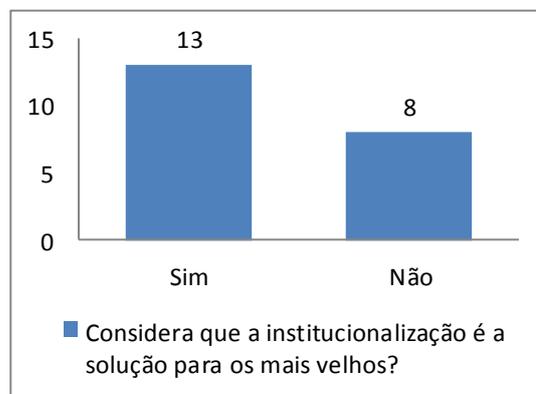


Gráfico 33 - Resposta à Pergunta 12

Em 21 AAD, 15 consideraram que a institucionalização deveria ter como suporte um quadro de profissionais credenciados, onde apenas 6 não concordaram (Gráfico 34 - Resposta à Pergunta 13). Gráfico respetivo na página seguinte.

Dos resultados 11 concordam que o idoso institucionalizado se torna uma pessoa muito apelativa sem justificação aparente e só 10 não concordaram (Gráfico 35 - Resposta à Pergunta 14).

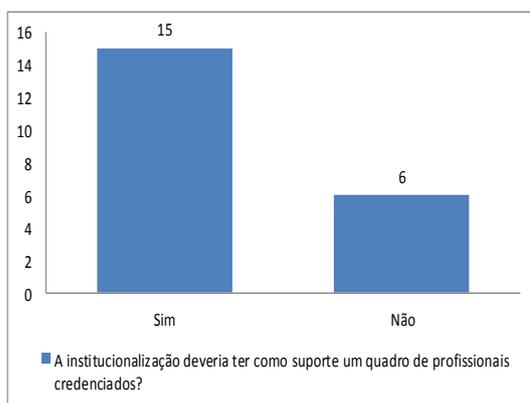


Gráfico 34 - Resposta à Pergunta 13

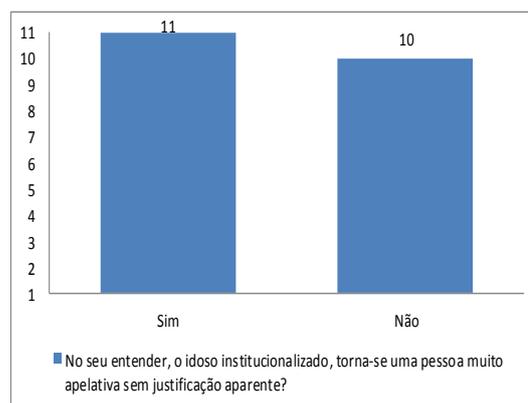


Gráfico 35 - Resposta à Pergunta 14

Após análise dos questionários conclui-se que os conhecimentos das AAD sofreram uma melhoria após terem frequentado a ação de formação. A melhoria prende-se com a percepção sobre o envelhecimento e as pessoas idosas. As mesmas ficaram com uma visão mais positiva dos mais velhos.

De seguida será exposto a discussão dos resultados apurados com este trabalho.

5. Discussão de resultados

Conclui-se que a ação teve impacto positivo e houve substancial aumento no nível dos conhecimentos, sobre o envelhecimento, das formandas. É de ressaltar alguns pontos onde deu para perceber que a informação exposta na ação de formação foi captada e serviu para um melhoramento futuro do desempenho profissional das AAD junto dos idosos, como por exemplo:

- O tema do envelhecimento que após a formação as formandas compreenderam que o envelhecimento é um processo natural e que varia de pessoa para pessoa, onde não poderá haver uma data pré-estabelecida para rotular a pessoa como idosa;
- O tema da institucionalização, deu às formandas conhecimentos para compreenderem que certas atitudes dos idosos e não considerarem que o idoso não tem uma justificação aparente para ter aquele tipo de comportamento. Ficaram mais resilientes e com capacidade de comunicação com o idoso.
- O tema das boas práticas onde lhes foi demonstrado e exemplificado como mudar um residente de uma cadeira de rodas para uma cama, ou por exemplo como posicionar o idoso na própria cama. Tudo isto remetendo para um melhor serviço de qualidade.

Apesar dos aspetos positivos, confirma-se os efeitos negativos da admissão deste grupo nas IPSS com nível de escolaridade tão baixo e uma carreira tão pequena. Torna-se absolutamente necessário reformular as condições de admissibilidade para as AAD alterando-se as atuais condições existentes no contrato coletivo de trabalho.

CONCLUSÃO

Com este projeto profissional pretendeu-se aferir a importância da formação em exercício das AAD por forma a contribuir para o aumento das competências destes profissionais. Com o intuito de responder à pergunta de partida, referenciada na introdução, prosseguiu-se o seguinte itinerário: i. construção de um quadro conceptual e operativo para a intervenção em gerontologia social, realizado a partir de uma revisão da literatura que se procurou ser o mais abrangente possível, ii. investigação da importância da formação no aumento das competências profissionais, através de um estudo de caso, realizado segundo uma abordagem quantitativa.

Para o desenvolvimento do presente trabalho foram considerados os objectivos gerais e específicos, identificados na introdução, que serviram de base para a concretização deste projeto. Com os objectivos gerais podemos dizer que foram atingidos na medida em que conseguiu-se identificar as necessidades de formação das AAD com o intuito de melhorar as suas competências profissionais e conseqüentemente a melhoria dos cuidados prestados. No que concerne aos objetivos específicos, os mesmos foram atingidos, no entanto considera-se que o impacto será mais visível num futuro próximo mediante a aplicação dos módulos que constam no plano de formação.

A elaboração deste trabalho, exigiu capacidade reflexiva pois analisar a prática, o que se faz, não é tarefa fácil. Exige mergulhos nas questões e simultaneamente distancia dos mesmos. Um fator limitativo para a sua consecução, prendeu-se com a reduzida informação existente no nosso País acerca da realidade portuguesa no domínio da formação das AAD. As conclusões no domínio desta realidade são retiradas do conhecimento pessoal que a prática dos 11 anos de exercício da minha atividade profissional em IPSS me deu.

Do percurso investigativo desenvolvido apresentam-se as principais conclusões.

- O envelhecimento da população em geral e em particular no caso português acentua-se e conseqüentemente são cada vez mais necessários os recursos (sociais, humanos e financeiros) para esta faixa etária da população;
- As IPSS são muito importantes como uma das respostas sociais ao envelhecimento e serão necessariamente oportunas;
- Para o bom desempenho das atividades das IPSS, entre as quais se distingue a qualidade dos serviços a prestar aos idosos para o seu bem-estar, as instituições têm necessidade de recrutar recursos humanos credenciados na área da gerontologia e não

encontram no mercado de trabalho nacional, profissionais no segmento das AAD com formação profissional adequada;

- As políticas sociais nacionais para os mais velhos, embora existentes não são ainda suficientes em recursos com a agravante de o acesso às mesmas pecar pela excessiva burocracia não tendo em atenção a população alvo, que muitas vezes, também ela têm fraca mobilidade e um índice de escolaridade baixo;

- Sem haver alterações substanciais na mentalidade institucional da sociedade portuguesa, o envelhecimento ativo na nossa população, dificilmente atingirá os objetivos desejados;

- As atividades exercidas pelas AAD em prol do idoso são determinantes para o bom funcionamento dos serviços. Estas profissionais executam tarefas que «mais ninguém quer fazer» e por isso é importante valorizar a sua prestação. A ACS fornece formação em exercício para que por um lado aumentem as qualificações e por outro melhorem os cuidados aos idosos. Da experiência apresentada verificamos, ainda que a mesma seja pontual, que existem melhorias significativas no conhecimento acerca da intervenção com idosos e da prestação dos cuidados.

- O enquadramento socioprofissional das AAD no mercado de trabalho é fraca escolaridade (escolaridade mínima obrigatória) e pela insuficiência de níveis na progressão da sua carreira (2^a e 1^a) entrando de imediato para o segundo nível quem, a maior parte das vezes, apenas sabe ler e escrever;

- Sem formação profissional é difícil, nas atuais condições do mercado nacional, ter AAD habilitadas para o bom desempenho das tarefas que lhe são exigidas.

Proposta para o futuro

Desta forma propõe-se que no futuro e em instituições com as mesmas características possam desenvolver-se este tipo de formação.

Mas também se propõe ainda, decorrentes do trabalho de análise realizado:

- Criação, a nível nacional de cursos médios profissionais específicos para o sector;
- Os intervenientes nos acordos de trabalho para o sector, devem reformular, as atuais condições de admissibilidade das AAD, promovendo as seguintes alterações:

a) Na escolaridade mínima obrigatória, a exigência do 12.º ano ou o curso profissional equivalente adequado ao sector;

b) Na progressão da carreira, a criação de pelo menos 3 níveis (3º, 2º e 1º), não sendo displicente haver o estatuto de estagiário sempre que se verifique a situação de primeiro emprego;

- Agilizar, para o idoso, o acesso às políticas sociais exigentes;
- Que as políticas sociais na sua ação tenham em atenção o fraco nível de rendimentos do idoso português institucionalizado no contexto das suas famílias, apoiando o idoso em função dos respetivos escalões do “imposto sobre o rendimento de pessoas singulares”.

BIBLIOGRAFIA

- 12/98, D. N. (s.d.).
- Decreto-Lei nº 117/83. (25 de Fevereiro de 1983).
- Constituição da República Portuguesa*. (2009). Coimbra: Almedina.
- Abreu, W. (1997). *Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar*. Porto: Porto Editora.
- Afonso, M. (2012). Stress, coping e resiliência em pessoas idosas. In C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de gerontologia - aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 163-176). Lisboa: Lidel.
- Albarello, L. (2005). Recolha e tratamentos quantitativos dos dados de inquéritos. In L. Albarello, F. Digneffe, J.-P. Hiernaux, C. Maroy, D. Ruquoy, P. Saint-Georges, & G. Valente (Ed.), *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais* (L. Baptista, Trad., 2ª ed., pp. 48-83). Lisboa: Gradiva.
- Almeida, A. (2008). A pessoa idosa institucionalizada em lares: aspectos de contextos da qualidade de vida. *Tese de Mestrado*. (I. d. Salazar, Ed.) Porto.
- Almeida, L. B. (2006). *A idade não perdoa? - O idoso à luz da neurologia gerontológica* (1ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência - ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.
- Araújo, M., & Ceolim, M. (2007). *Avaliação do grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência*. Brasil: Escola de Enfermagem.
- Barkatolah, A. (1989). *L'apprentissage expérientiel: une approche transversale* (Vol. 100/101). França: Education permanente.
- Berger, L., & Poirier, D. (1995). Contexto dos cuidados em gerontologia. In L. Berger, & D. Poirier, *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bianchetti, L. (1998). Aspectos históricos da apresentação e da educação dos considerados deficientes. In L. Bianchetti, & I. Freire, *Um olhar sobre a diferença: interação, trabalho e cidadania*. São Paulo: Papirus.
- Bonvalot, G. (1991). *Éléments d'une définition de la formation expérientielle*. Paris: La Documentation Française.
- Botelho, J. (1998). *Contributos da formação profissional contínua para a qualidade dos cuidados de enfermagem* (Vol. 5). Revista Servir.
- Botelho, M. (2000). *Autonomia funcional em idosos - caracterização multidimensional em idosos de um centro de saúde urbano*. Porto: Bial.

Boutique, N. C., & Santos, R. d. (2002). Aspectos socioeconômicos do envelhecimento. In M. P. Netto, *Gerontologia - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 82-91). São Paulo: Atheneu.

Bruto da Costa, A. (2007). *Exclusões Sociais* (6ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Cadim, J. (1990). *Análise das políticas de formação*. Organizações e trabalho.

Caeiro, M., Gomes, & Silva, M. (2008). *Factores predisponentes e incidentes críticos do declínio funcional da pessoa idosa* (Vol. 4). EssFisiOnline.

Caetano, P. (2003). *Formar, qualificar, os enfermeiros e as organizações* (Vol. 6). Servir.

Campos, C. (1982). *A adequação da intensidade de cuidados dos níveis de dependência dos idosos - análise económica das ineficiências*. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Canário, R. (1997). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.

Canário, R. (1998). *A escola: o lugar onde os professores aprendem*. São Paulo: Universidade de Psicologia da Educação.

Canário, R. (1999). *Educação de adultos um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.

Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado* (1ª ed.). Lisboa: Coisas de Ler.

Carvalho, M. (2009). *Modelos de Política de Cuidados na Velhice em Portugal e em alguns países europeus* (Vol. 12). Revista Kairós Gerontologia.

Carvalho, M. (2011). *Ética, Serviço Social e "responsabilidade social": o caso das pessoas idosas*. Brasil: Revista Katálsys.

Carvalho, M. (2012). *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidaderiedade Social*. Lisboa: Coisas de Ler.

Carvalho, V. d., & Fernandez, M. E. (2002). Depressão no idoso. In M. P. Netto, *Gerontologia - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 160-173). São Paulo: Atheneu.

Cavaco, C. (2002). *Aprender fora da escola - percursos de formação experiencial*. Lisboa: Educa.

Charue, F. (1992). *L'organisation fait-elle apprendre?* França: Education permanente.

Choque, S., & Choque, J. (2003). *Actividades de animación para la tercera edad*. Barcelona: Editorial Paidotribo.

Coogle, C., Parham, I., Cotter, J., Wellwford, E., & Neitting, F. (2005). *A professional development program in geriatric interdisciplinary teamwork: Implications for managed care and quality of care* (Vol. 24). The journal of Applied Gerontology.

Delors, J. (1996). *Educação: um tesouro a descobrir* (3ª ed.). Porto: Edições Asa.

DGERT. (Abril de 2011). *Terminologia de ação profissional - alguns conceitos de base*. Obtido de DGERT.MTSS.GOV: http://www.dgert.mtss.gov.pt/Emprego%20e%20Formacao%20Profissional/terminologia/doc_terminologia/CIME%20-%20Terminologia.pdf

Díaz, D. (1981). *A última idade: a arte de envelhecer*. Braga: Editorial A.O.

Duarte, Y., Andrade, C., & Lebrão, M. (2007). *O índice de Kats na avaliação da funcionalidade dos idosos* (Vol. 41). São Paulo: Escola de Enfermagem da USP.

Farias, N., & Buchalla, C. (2005). *A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da OMS: conceitos, usos e perspectivas* (Vol. 8). Revista Brasileira de Epidemiologia.

Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta.

Fernandes, A., Graça, S., Conim, C., Andrade, E., & Quaresma, M. (2007). *Envelhecimento e perspectivas de criação de emprego e necessidades de formação para a qualificação de recursos humanos*. Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional.

Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Ferrari, M. A. (2002). Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In M. P. Netto, *Gerontologia - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 98-105). São Paulo: Atheneu.

Ferreira, L. (2001). *É possível educar adultos no contexto de trabalho?* (Vol. 18). Revista de enfermagem oncológica.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.

Fonseca, A. M. (2005). Aspectos psicológicos da «passagem à reforma» - um estudo qualitativo com reformados portugueses. In P. Constança, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal - psicologia, saúde e prestação de cuidados* (1ª ed., pp. 45-73). Lisboa: Climepsi Editores.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento* (1ª ed.). (J. N. Almeida, Trad.) Lisboa: Climepsi editores.

Fortin, M.-F., Coté, J., & Vissandjée, B. (2000). A investigação científica. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação - da concepção à realização* (N. Salgueiro, Trad., 2ª ed., pp. 15-24). Loures: Lusociência.

Gatto, I. d. (2002). Aspectos psicológicos do envelhecimento. In M. P. Netto, *Gerontologia - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 109-113). São Paulo: Atheneu.

Gil, A. C. (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.

Guerra, I. C. (2007). *Fundamentos e processos de uma sociologia de ação - o planeamento em ciências sociais* (2ª ed.). Estoril: Príncipeia.

IAPMEI. (1 de Janeiro de 2007). *A Análise SWOT*. Obtido em 02 de Janeiro de 2012, de IAPMEI - Parcerias para o crescimento: <http://www.iapmei.pt/iapmei-art-03.php?id=2344>

INE. (7 de Dezembro de 2011). *Censos*. (I. Instituto Nacional de Estatística, Ed.) Obtido em 21 de Abril de 2012, de Instituto Nacional de Estatística: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao

INE, I. (12 de Abril de 2002). *Atualidades*. Obtido em 21 de Abril de 2012, de Instituto Nacional de Estatística: http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_29.pdf

Josso, C. (1991). *L'expérience formatrice: un concept en construction*. Paris: La documentation Française.

Landry, F. (1989). *La formation expérientielle: origines, définitions et tendances* (Vol. 100/101). França: Éducation Permanent.

Leme, L. E., & Silva, P. S. (2002). O idoso e a família. In M. P. Netto, *Gerontologia - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 92-97). São Paulo: Atheneu.

Lemos, N., & Medeiros, S. (2006). Suporte social ao idoso dependente. In E. Freitas, L. Py, F. Cançado, J. Doll, & M. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 1227-1233). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA.

Levet, M. (1998). *Viver depois dos 60 anos*. Lisboa: Instituto Piaget.

Luders, S. L., & Storani, M. S. (2002). Demência: impacto para a família e a sociedade. In M. P. Netto, *Gerontologia - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 146-159). São Paulo: Atheneu.

Martin, I., Gonçalves, D., Silva, A., Paul, C., & Cabral, F. P. (2007). Políticas sociais para a terceira idade. In A. R. Osório, & F. C. Pinto, *As pessoas idosas - contexto social e intervenção educativa* (pp. 131-179). Lisboa: Instituto Piaget.

Martin, J., Guedes, J., Gonçalves, D., Pinto, F. C., & Fonseca, A. (2006). *Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas*. Psicologia, saúde e Doenças.

Martins, R. M. (s/d). *Envelhecimento e políticas sociais*. s/l: Educação Ciência e Tecnologia.

Mazérès, J. (1977). *La formación continue dans la communauté économique européenne*. Toulouse: Institut d'Études Politiques de Toulouse.

McMillan, L., Bunning, K., & Pring, T. (2000). *The development and evaluation of deaf awareness training course for support staff*. (Vol. 13). Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.

Moreira, C. D. (1994). *Planeamento e estratégias da investigação social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Moreira, C. D. (2007). *Teorias e práticas de investigação*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Netto, M. P., & Ponte, J. R. (2002). Envelhecimento: desafio na transição do século. In M. P. Netto, *Gerontologia - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 3-12). São Paulo: Atheneu.

Nunes, M. (2000). *O envelhecimento - comissão para a igualdade*. Lisboa.

OMS. (2003). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Osório, A. R. (2007). Os idosos na sociedade actual. In A. R. Osório, & F. C. Pinto, *As pessoas idosas - contexto social e intervenção educativa* (S. Silva, & R. Martins, Trads., 1ª ed., pp. 11-46). Lisboa: Instituto Piaget.

Parras, M., Salas, M., & Escobar, J. (2005). *Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud* (Vol. 2). Ciência e enfermagem.

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida - idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, & A. M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal - psicologia, saúde e prestação de cuidados* (1ª ed., pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.

Pavarini, S., & Neri, A. (2000). Compreendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar. In Y. Duarte, & M. Diogo, *Atendimento domiciliar: um enfoque na gerontologia*. São Paulo: Atheneu.

- Peretz, H. (2000). *Métodos em sociologia - para começar* (1ª ed.). (J. C. Silva, Trad.) Lisboa: Temas e Debates.
- Pestana, N. N. (2003). *Trabalhadores mais velhos: políticas públicas e práticas empresariais*. Lisboa: MSST - DGERT.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família - contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pineau, G. (1989). *La formation expérientielle en auto-, éco- et co-formation*. França: Education Permanente.
- Pinto, M. M. (2001). O fenómeno da longevidade. In A. M. Pinto, *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto.
- Potter, S., Churilla, A., & Smith, K. (2006). *An examination of full-time employment in the direct-care workforce* (Vol. 25). *Journal of Applied Gerontology*.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais* (5ª ed.). (G. Valente, Ed., J. M. Marques, M. A. Mendes, & M. Carvalho, Trads.) Lisboa: Gradiva.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Serrano, G. P. (2008). *Elaboração de Projetos Sociais - casos práticos*. Porto: Porto editora.
- Silva, A. (2003). *Formação, percursos e identidades*. Coimbra: Quarteto.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família - cuidados familiares na velhice* (1º ed.). Porto: Ambar.
- Sousa, M. (2000a). A formação contínua em enfermagem - estudo baseado nas perspectivas de enfermeiros de um serviço de cirurgia cardíaca de um hospital de lisboa. *Tese de Mestrado em Ciências da Enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.
- Sousa, M. (2003). *A formação contínua em enfermagem*. *Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem*.
- Sousa, S. (2000b). *Educação, formação e enfermagem* (Vol. 15). *Revista de enfermagem oncológica*.
- Stuart, H. I. (2002). *A psicologia do envelhecimento: uma introdução* (3ª ed.). São Paulo: Artmed.

Tamer, N. L., & Petriz, G. (2007). A qualidade de vida dos idosos. In A. R. Osório, & F. C. Pinto, *As pessoas idosas - contexto social e intervenção educativa* (pp. 181-201). Lisboa: Instituto Piaget.

Teixeira, I., & Neri, A. (2008). *Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso de vida*. USP.

Tomasini, S., & Alves, S. (2007). *Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência*. RBCEH.

Viegas, S. d., & Gomes, C. A. (2007). *A identidade na velhice* (1ª ed.). Porto: Ambar.

Anexo 1 - Estatutos da ACS



Associação Casapiana de Solidariedade

Estatuto

Lar de Idosos

2012

CAPÍTULO I – DA DENOMINAÇÃO, SEDE E FINS

Artigo 1.º

A Associação Casapiana de Solidariedade é uma instituição particular de solidariedade social com sede na Rua António Pinho, nº. 6, 6A, 6B e 6C (Parque de Monsanto), 1500-661, em Lisboa.

Artigo 2.º

A Associação Casapiana de Solidariedade tem por objetivo o apoio à integração social e comunitária de ex-alunos e ex-funcionários da Casa Pia de Lisboa, seus cônjuges e familiares e outros em situações consideradas de carência, privilegiando, sempre que possível, a inserção da comunidade local na sua proteção na velhice, na invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho, bem como a proteção da saúde através de cuidados de medicina.

Artigo 3.º

Para a realização dos seus objetivos a instituição propõe-se criar e manter:

- a) Um centro de apoio à integração social e comunitária;
- b) Um gabinete de saúde;
- c) Um centro de dia;
- d) Um lar da terceira idade;
- e) Um centro de apoio domiciliário.

Artigo 4.º

O estandarte da Associação Casapiana de Solidariedade, de fundo branco, tem como símbolos o coração prateado da solidariedade que consta da bandeira da Casa Pia de Lisboa e a cruz de Cristo, de cor vermelha acastanhada, que consta da bandeira do Casa Pia Atlético Clube, tendo a cruz de Cristo nas extremidades dos três braços superiores as letras A C S, tudo delimitado por uma faixa azul com as palavras ASSOCIAÇÃO CASAPIANA DE SOLIDARIEDADE nela inscritas.

Artigo 5.º

1. Os serviços prestados pela instituição são gratuitos ou remunerados em função da situação económico-financeira dos utentes, apurada em inquérito a que se deverá sempre proceder.

e) Sem prejuízo das atribuições previstas nas alíneas anteriores, o Conselho Geral pode, por sua iniciativa, solicitar informações à Direção, emitir pareceres e recomendações.

Artigo 62.º

Os pareceres do Conselho Geral não têm carácter vinculativo.

CAPÍTULO VII – DISPOSIÇÕES DIVERSAS

Artigo 63.º

1. No caso de extinção da Associação competirá à assembleia geral deliberar sobre o destino dos seus bens, nos termos da legislação em vigor, designadamente o artº 27º do Decreto-Lei nº 119/83, de 25 de Fevereiro, bem como eleger uma comissão liquidatária, da qual farão parte um representante da Casa Pia de Lisboa e um representante do Casa Pia Atlético Clube, dentro do espírito do nº 3 do artigo 17º.

2. Os poderes da comissão liquidatária ficam limitados à prática dos atos meramente conservatórios e necessários quer à liquidação ou destino do património social, quer à ulitimação dos negócios pendentes.

Artigo 64.º

Os casos omissos neste estatuto serão resolvidos pela assembleia geral de acordo com a legislação em vigor.

..... X

As alterações foram aprovadas em sessão extraordinária da assembleia geral em 24 de Março de 2011 e publicadas no portal da justiça em 10 de Fevereiro de 2012 e com o averbamento n.º4, à inscrição n.º 26/94, a folha. 182 e 182 Verso, do livro n.º5 das IPSS.

Artigo 57.º

Os capitais da Associação são depositados, à ordem ou a prazo, na Caixa Geral de Depósitos, em qualquer caixa económica anexa a uma instituição particular de solidariedade social ou em qualquer instituição de crédito.

CAPÍTULO VI – CONSELHO GERAL

Artigo 58.º

O Conselho Geral é um órgão consultivo da Direção da Associação.

Artigo 59.º

1. O Conselho Geral é constituído, pelos fundadores da Associação, pelos presidentes cessantes de todos os Órgãos Sociais da Associação, por um representante do Casa Pia Atlético Clube, por um representante da Casa Pia de Lisboa, por um representante do Conselho de ex-Alunos da Casa Pia de Lisboa, por um representante da Associação dos Trabalhadores da Casa Pia de Lisboa - Centro de Cultura e Desporto e por sete associados da Associação indicados pela Direção e a aprovar pela Assembleia Geral.

2. Não podem ser designados membros do Conselho Geral os associados que presidam à Mesa da Assembleia, à Direção e ao Conselho Fiscal, em exercício.

Artigo 60.º

O Conselho Geral elegerá aquele dos seus membros que será presidente, o qual terá voto de qualidade e funcionará de acordo com o regulamento aprovado pela Assembleia Geral.

Artigo 61.º

São atribuições do Conselho Geral:

- a) Dar parecer sobre quaisquer regulamentos internos;
- b) Colaborar com a Direção, sempre que esta lho solicite, na elaboração dos programas de ação da Associação e, de um modo geral, na solução dos problemas atinentes à atividade da Associação e à sua concretização e divulgação;
- c) Emitir parecer sobre a atribuição de quaisquer incentivos por parte da Associação;
- d) Emitir parecer acerca de quaisquer assuntos de relevante importância para a atividade da Associação.

2. As tabelas de participação dos utentes são elaboradas em conformidade com as normas legais aplicáveis e com os acordos de cooperação que sejam celebrados com os serviços oficiais competentes.

CAPÍTULO II – DOS ASSOCIADOS

Artigo 6.º

Podem ser associados pessoas singulares maiores de dezoito anos e as pessoas coletivas com capacidade jurídica.

Artigo 7.º

São quatro as categorias de associados:

1. Efetivos: as pessoas que se proponham colaborar na realização dos fins da Associação obrigando-se ao pagamento da joia e quota mensal, nos montantes fixados pela assembleia geral.

2. Coletivos: as pessoas coletivas que desejem colaborar na realização dos objetivos da Associação e que contribuam com uma quota mensal a fixar pela direção, com o valor mínimo de cinco vezes a quota de sócio efetivo e a dispensa do pagamento de joia.

3. Beneméritos: as pessoas singulares ou coletivas que deem contribuição financeira ou material relevante para a realização dos fins da instituição, como tal reconhecida pela assembleia geral.

4. Honorários: as pessoas singulares ou coletivas que deem contribuição especialmente relevante para a realização dos fins da instituição, como tal reconhecida pela assembleia geral.

Artigo 8.º

A qualidade de associado prova-se pela inscrição no registo respetivo que a Associação obrigatoriamente possuirá.

Artigo 9.º

São direitos dos associados efetivos:

- a) Participar nas reuniões da assembleia geral;
- b) Eleger e ser eleito para os cargos sociais;
- c) Requerer a convocação de sessão extraordinária da assembleia geral nos termos do n.º 3 do artigo 30.º;

d) Examinar os livros, relatórios e contas e demais documentos, desde que o requeiram à direção, por escrito, com a antecedência mínima de quinze dias e se verifique um interesse pessoal, direto e legítimo;

e) Beneficiar das atividades da Associação.

Artigo 10.º

São deveres dos associados efetivos:

a) Pagar pontualmente as suas quotas;

b) Comparecer às reuniões da assembleia geral;

c) Cumprir as disposições estatutárias, os regulamentos e as deliberações dos corpos gerentes;

d) Desempenhar com zelo, dedicação e eficiência os cargos para que forem eleitos.

Artigo 11.º

São direitos e deveres dos associados coletivos, respetivamente, participar nas reuniões da assembleia geral e pagar pontualmente as suas quotas.

Artigo 12.º

1. Os sócios que violarem os deveres estabelecidos no artigo 10.º ficam sujeitos às seguintes sanções:

a) Repreensão;

b) Suspensão de direitos até cento e oitenta dias;

c) Demissão.

2. São demitidos os sócios que por atos dolosos tenham prejudicado materialmente a Associação ou o seu bom nome.

3. As sanções previstas nas alíneas a) e b) do n.º 1 são da competência da direção.

4. A demissão é sanção da exclusiva competência da assembleia geral, sob proposta da direção, exceto para a situação prevista na b) do artigo 15.º.

5. A aplicação das sanções previstas nas alíneas b) e c) do n.º 1 só se efetivarão após audiência obrigatória do associado.

6. A suspensão de direitos não desobriga do pagamento da quota.

Artigo 13.º

1. Os associados efetivos só podem exercer os direitos referidos no artigo 9.º se tiverem em dia o pagamento das suas quotas e não estiverem suspensos.

3. É permitido o voto por correspondência desde que o boletim de voto seja remetido em carta fechada dirigida à mesa eleitoral, e a assinatura do sócio obedeça a um dos três requisitos exigidos no n.º 1 do artigo 27.º.

4. São nulos os boletins que contenham nomes cortados ou substituídos ou qualquer anotação e não são considerados aqueles que cheguem após o fecho das urnas.

Artigo 53.º

1. Sendo as listas mais do que uma, considera-se eleita a lista que obtenha o maior número de votos válidos, desde que este número seja superior ao dos votos nulos da mesma lista, situação que obrigará a novas eleições.

2. Quanto aos membros suplentes da direção previstos no n.º2 do artigo 35.º, consideram-se eleitos se obtiverem a maioria absoluta do número de votos válidos.

CAPÍTULO V – REGIME FINANCEIRO

Artigo 54.º

São receitas da Associação:

a) O produto das joias e quotas dos associados;

b) As participações dos utentes ou de terceiros;

c) Os rendimentos de bens próprios;

d) As doações, legados e heranças e respetivos rendimentos;

e) Os subsídios do Estado ou de organismos oficiais;

f) Os donativos;

g) Produtos de festas ou subscrições ou outras iniciativas para a obtenção de fundos;

h) Outras receitas.

Artigo 55.º

São despesas da Associação todas as necessárias à prossecução dos seus objetivos.

Artigo 56.º

Nos casos de empreitadas de obras de construção ou grande reparação, alienação e arrendamento de imóveis pertencentes à Associação deve ser tido em consideração o preceituado no art.º 23.º do Decreto-Lei n.º119/83, de 25 de Fevereiro.

4. As listas de candidatura devem ser subscritas por, pelo menos, cinquenta sócios efetivos no pleno gozo dos seus direitos, exceto para os membros suplentes da direção previstos no nº2 do artigo 35º, que serão subscritas uma pela Casa Pia de Lisboa e a outra pelo Casa Pia Atlético Clube.

5. A direção poderá também subscrever uma lista de candidatura à eleição dos corpos gerentes.

Artigo 50.º

Cada lista concorrente pode designar um sócio efetivo no pleno gozo dos seus direitos para efeito de fiscalizar o processo eleitoral, cuja identificação deve ser feita no ato de apresentação da candidatura.

Artigo 51.º

Compete à mesa eleitoral:

- a) Fixar o local, o dia e o horário da votação;
- b) Receber as candidaturas;
- c) Verificar a regularidade das candidaturas e comunicar as eventuais irregularidades ao primeiro subscritor da lista nos três dias úteis seguintes, o qual deverá saná-la no prazo de três dias úteis, sob pena de rejeição da lista;
- d) Afixar na sede as listas de candidaturas aceites com a antecedência mínima de quinze dias em relação à data marcada para a eleição;
- e) Fixar o modelo do boletim de voto;
- f) Identificar os votantes presentes, recolher a sua assinatura no livro de presenças e receber os votos, bem como registar no livro de presenças os nomes dos votantes por correspondência e depositar os respetivos votos nas urnas;
- g) Fazer o apuramento final dos votos, anunciá-lo e proclamar os eleitos;
- h) Elaborar a ata de apuramento dos resultados da votação que deve ser assinada pelos membros da mesa eleitoral;
- i) Decidir sobre os protestos e reclamações respeitantes aos atos eleitorais sem prejuízo de recurso nos termos legais, tendo o presidente voto de qualidade.

Artigo 52.º

1. Cada associado tem direito a um voto.
2. O voto é pessoal e secreto, não sendo admitido o voto por procuração.

2. O pagamento da quota mensal deve ser efetuado até ao último dia do mês seguinte a que respeite.

3. Os associados efetivos que tenham sido admitidos há menos de seis meses não gozam dos direitos referidos nas alíneas b) e c) do artigo 9.º, podendo assistir às reuniões da assembleia geral mas sem direito a voto.

4. Não são elegíveis para os corpos gerentes os associados que, mediante processo judicial, tenham sido declarados responsáveis por irregularidades cometidas no exercício de funções na Associação ou noutra instituição particular de solidariedade social ou removidos dos cargos que desempenhavam.

5. Os associados que sejam também trabalhadores ou beneficiários da Associação não têm direito de voto nas deliberações respeitantes a retribuições de trabalho, regalias sociais ou quaisquer benefícios que lhes respeitem.

Artigo 14.º

A qualidade de associado não é transmissível quer por ato entre vivos quer por sucessão.

Artigo 15.º

Perdem a qualidade de associado:

- a) Os que pedirem a sua exoneração;
- b) Os que deixarem de pagar as suas quotas durante seis meses e que, tendo sido notificados pela direção para efetuar o pagamento das quotas em atraso, o não façam no prazo de trinta dias.

Artigo 16.º

O associado que por qualquer forma deixe de pertencer à Associação não tem direito a reaver as quotizações que haja pago, sem prejuízo da sua responsabilidade por todas as prestações relativas ao tempo em que foi membro da Associação.

CAPÍTULO III – DOS ÓRGÃOS E DOS CORPOS GERENTES

SECÇÃO I – DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 17.º

1. São órgãos da Associação a assembleia geral, a direção, o conselho fiscal e o conselho geral.

2. São corpos gerentes da Associação a mesa da assembleia geral, a direção e o conselho fiscal.

3. A direção e o conselho fiscal são constituídos, cada um, no mínimo de dois terços do respetivo total por sócios efetivos que sejam ou tenham sido alunos ou funcionários da Casa Pia de Lisboa ou sejam sócios efetivos do Casa Pia Atlético Clube, por serem estas as entidades que inspiraram e apoiaram a criação da Associação, incluindo-se nesse mínimo os membros eleitos nos termos do nº2 do artigo 35º.

4. O conselho geral é um órgão consultivo da direção.

Artigo 18.º

1. O exercício de qualquer cargo nos corpos gerentes é gratuito, sem prejuízo do reembolso de despesas efetuadas em razão desse exercício.

2. Se o volume do movimento financeiro ou a complexidade da administração da Associação exigir a presença prolongada de um ou mais membros dos corpos gerentes, podem estes ser remunerados, em termos a fixar pela assembleia geral.

Artigo 19.º

1. A duração do mandato dos corpos gerentes é de três exercícios anuais.

2. Os exercícios iniciam-se a um de Janeiro e terminam a trinta e um de Dezembro.

3. Os membros eleitos tomam posse nos primeiros quinze dias do ano civil imediato ao da eleição perante o presidente da assembleia geral ou seu substituto, ou nos primeiros quinze dias após a eleição se esta ocorrer extraordinariamente fora do mês de Dezembro.

4. Quando as eleições não tenham sido realizadas atempadamente considera-se prorrogado o mandato em curso até à posse dos novos corpos gerentes, devendo os corpos gerentes em exercício limitar a sua ação a simples atos de gestão corrente.

5. Os membros suplentes tornam-se efetivos automaticamente em caso de renúncia ou destituição do membro efetivo do respetivo corpo e pela ordem por que figuram na lista pela qual foram eleitos, devendo, para o efeito, serem notificados pelo presidente da mesa da assembleia geral.

6. No caso de impedimento prolongado de membro em efetividade, os restantes membros podem chamar um suplente à efetividade pelo tempo que durar o impedimento.

Artigo 46.º

As eleições dos membros dos corpos gerentes são feitas por listas completas para todos os corpos, subscritas por, pelo menos, cinquenta sócios efetivos no pleno gozo dos seus direitos, com exceção da eleição dos dois membros suplentes da direção previstos no nº2 do artigo 35º.

Artigo 47.º

1. As eleições realizam-se no mês de Dezembro do ano em que termina o mandato dos corpos gerentes.

2. Em caso de inexistência de quórum de reunião ou de destituição dos corpos gerentes, as eleições para o preenchimento das vagas ou reconstituição do corpo destituído realizar-se-ão nos três meses seguintes à inexistência de quórum ou da destituição.

3. Quando se verificarem eleições nos termos do número anterior, o mandato dos novos membros eleitos inicia-se com a respetiva posse e termina no fim do mandato em curso.

4. No caso de destituição no decurso do mandato de todos os corpos gerentes em exercício, o mandato dos novos corpos eleitos inicia-se com a respetiva posse e terminará em trinta e um de Dezembro do segundo ano subsequente à eleição.

Artigo 48.º

A convocação das assembleias eleitorais é feita nos termos do artigo 31º, com a antecedência mínima de trinta dias.

Artigo 49.º

1. As listas de candidatura deverão conter candidatos a todos os lugares de cada corpo a eleger, com exceção dos membros suplentes da direção previstos no nº2 do artigo 35º e devem ser acompanhadas de termo de aceitação individual ou coletivo.

2. Os candidatos são identificados pelo nome completo legível e número de associado.

3. A apresentação das listas de candidatura deve ser feita durante o mês de Outubro do exercício em que findar o mandato em curso.

Artigo 41.º

Compete ao conselho fiscal fiscalizar o cumprimento da lei, do estatuto e dos regulamentos internos e designadamente:

- a) Exercer a fiscalização sobre a escrituração e documentos da instituição sempre que o julgue conveniente;
- b) Assistir ou fazer-se representar por um dos seus membros às reuniões da direção, sempre que o julgue conveniente;
- c) Dar parecer sobre o relatório de gestão, contas de exercício, e orçamento e programa de ação anual elaborados pela direção, e sobre todos os assuntos que este órgão submeta à sua apreciação.

Artigo 42.º

O conselho fiscal pode solicitar à direção os elementos que considere necessários ao exercício das suas competências, bem como propor reuniões extraordinárias para discussão, com aquele órgão, de assuntos cuja importância considere relevante.

Artigo 43.º

1. O conselho fiscal reúne ordinariamente uma vez em cada trimestre, a convocação do presidente, e extraordinariamente por iniciativa do presidente ou de dois membros em efetividade.
2. O conselho fiscal não reúne sem a presença, pelo menos, de dois membros em efetividade.
3. As deliberações são tomadas por maioria de votos, tendo o presidente, em caso de empate, voto de qualidade.

CAPÍTULO IV – DO PROCESSO ELEITORAL

Artigo 44.º

A mesa da assembleia geral assume as funções de mesa eleitoral.

Artigo 45.º

Só podem eleger e ser eleitos para os corpos gerentes da Associação os sócios efetivos admitidos há pelo menos seis meses e no pleno gozo dos seus direitos.

Artigo 20.º

1. Em caso de vacatura da maioria dos membros em efetividade de um corpo gerente depois de esgotados os respetivos suplentes, deverão realizar-se eleições para o preenchimento das vagas verificadas, no prazo máximo de um mês, e a posse deverá ter lugar nos quinze dias seguintes à eleição.
2. O termo do mandato dos membros eleitos nas condições do número anterior coincidirá com o dos inicialmente eleitos.
3. Em caso de renúncia ou destituição coletiva dos membros de um órgão social seguir-se-ão os procedimentos dos números 1 e 2 anteriores quanto à eleição, posse e mandato do novo corpo gerente.

Artigo 21.º

1. Não é permitida a eleição de quaisquer membros por mais de dois mandatos consecutivos para qualquer órgão da Associação, salvo se a assembleia geral reconhecer expressamente que é impossível ou inconveniente proceder à sua substituição.
2. Não é permitido o desempenho simultâneo de mais de um cargo nos corpos gerentes da Associação.
3. Na composição dos corpos gerentes, os associados que sejam trabalhadores da Associação não podem estar em maioria.

Artigo 22.º

1. Os corpos gerentes são convocados pelos respetivos presidentes e só podem deliberar com a presença da maioria dos seus titulares em efetividade.
2. As deliberações são tomadas por maioria dos votos dos titulares presentes, tendo o presidente, além do seu voto, direito a voto de desempate.
3. As votações respeitantes às eleições dos corpos gerentes ou a assuntos de incidência pessoal dos seus membros serão feitas por escrutínio secreto.

Artigo 23.º

1. Os membros dos corpos gerentes são responsáveis civil e criminalmente pelas faltas ou irregularidades cometidas no exercício do mandato.
2. Além dos motivos previstos na lei, os membros dos corpos gerente ficam exonerados de responsabilidade se:

a) Não tiverem tomado parte na respetiva resolução e a reprovarem com declaração na ata da sessão imediata em que se encontrem presentes;

b) Tiverem votado contra essa resolução e o fizerem consignar na ata respetiva.

Artigo 24.º

1. Os membros dos corpos gerentes não poderão votar em assuntos que diretamente lhes digam respeito ou nos quais sejam interessados os respetivos cônjuges, ascendentes, descendentes e equiparados.

2. Os membros dos corpos gerentes não podem contratar direta ou indiretamente com a Associação, salvo se do contrato resultar manifesto benefício para a Associação.

3. Os fundamentos das deliberações sobre os contractos referidos no número anterior deverão constar das atas das reuniões do respetivo corpo gerente.

Artigo 25.º

Das reuniões dos corpos gerentes serão sempre lavradas atas que serão assinadas pelos membros presentes.

SECÇÃO II – DA ASSEMBLEIA GERAL

Artigo 26.º

1. A assembleia geral é constituída por todos os sócios admitidos há seis meses ou mais, que tenham as suas quotas em dia e não se encontrem suspensos.

2. A assembleia geral é dirigida pela respetiva mesa, que se compõe de um presidente, um primeiro secretário e um segundo secretário.

3. Na falta ou impedimento de qualquer dos membros da mesa da assembleia geral competirá a esta eleger os respetivos substitutos de entre os associados presentes, os quais cessarão as suas funções no termo da reunião.

Artigo 27.º

1. Os associados podem fazer-se representar por outros sócios nas reuniões da assembleia geral em caso de impossibilidade de comparência à reunião, mediante carta dirigida ao presidente da mesa, com a assinatura conforme à do boletim de inscrição de associado, ou conforme à do bilhete de identidade, com indicação, feita pelo signatário, do respetivo número, data e entidade emitente, ou reconhecida notarialmente, mas cada sócio não poderá representar mais de um associado.

b) Representar a Associação em juízo ou fora dele, salvo deliberação da direção em contrário.

Artigo 38.º

1. A direção reúne ordinariamente uma vez por mês, a convocação do presidente, e extraordinariamente por iniciativa do presidente ou de três membros em efetividade.

2. A direção não reúne sem a presença de pelo menos três dos seus membros em efetividade.

3. As deliberações são tomadas por maioria de votos, tendo o presidente, em caso de empate, voto de qualidade.

Artigo 39.º

1. Para obrigar a Associação são necessárias e bastantes as assinaturas conjuntas de quaisquer três membros da direção em efetividade, ou as assinaturas conjuntas do presidente e de outro membro em efetividade.

2. Nos atos de mero expediente basta a assinatura de qualquer membro em efetividade.

SECÇÃO IV – DO CONSELHO FISCAL

Artigo 40.º

1. O conselho fiscal é composto por três membros efetivos e por três membros suplentes.

2. O conselho fiscal é presidido pelo primeiro membro da lista eleita, sendo vogais os dois restantes membros efetivos.

3. Na sua primeira reunião após a eleição, os membros efetivos distribuirão entre si as competências e atividades e o presidente designará o membro ou membros efetivos que o substituirão na sua ausência e impedimentos.

4. No caso de vacatura do presidente, este será substituído pelo membro em efetividade mais próximo na lista por que foi eleito.

5. As vagas de membro efetivo são preenchidas pelos membros suplentes pela ordem por que figuram na lista eleita.

6. Os membros suplentes podem assistir às reuniões do conselho fiscal mas sem direito de voto.

3. A direção é presidida pelo primeiro membro da lista eleita, sendo vogais os quatro restantes membros efetivos.

4. Na sua primeira reunião após a eleição, os membros efetivos distribuirão entre si as competências e atividades e o presidente designará o membro ou membros efetivos que o substituirão nas suas ausências e impedimentos.

5. No caso de vacatura do presidente, este será substituído pelo membro em efetividade mais próximo na lista por que foi eleito.

6. As vagas de membro efetivo são preenchidas pelos membros suplentes pela ordem por que figuram na lista eleita.

7. Os membros suplentes podem assistir às reuniões da direção mas sem direito de voto.

Artigo 36.º

Compete à direção gerir a Associação e representá-la, incumbindo-lhe designadamente:

- a) Garantir a efetivação dos direitos dos beneficiários;
- b) Elaborar anualmente e submeter ao parecer do órgão de fiscalização o relatório de gestão e as contas do exercício, bem como o orçamento e programa de ação para o ano seguinte;
- c) Elaborar regulamentos de organização e funcionamento interno da Associação;
- d) Organizar o quadro de pessoal e contratar e gerir o pessoal da Associação;
- e) Assegurar a organização e o funcionamento dos serviços, bem como a escrituração dos livros, nos termos da lei;
- f) Representar a Associação em juízo ou fora dele;
- g) Fazer cumprir a lei, o estatuto, os regulamentos internos e as deliberações dos órgãos da Associação.
- h) Aprovar a admissão de sócios efetivos;
- i) Administrar os bens e gerir os fundos da Associação;
- j) Propor à assembleia geral a atribuição das categorias de sócio benemérito e de sócio honorário.

Artigo 37.º

Compete, em especial, ao presidente:

- a) Presidir, com voto de qualidade, às reuniões da direção;

2. É admitido o voto por correspondência, sob condição de o seu sentido ser expressamente indicado em relação ao ponto ou pontos da ordem de trabalhos e a assinatura do associado obedecer a um dos três requisitos exigidos no número anterior para a carta de representação.

Artigo 28.º

1. Compete, em especial, ao presidente da mesa da assembleia geral dirigir, orientar e disciplinar os trabalhos da assembleia, representá-la e conferir posse aos membros dos corpos gerentes eleitos.

2. Compete aos secretários coadjuvar o presidente nas suas funções.

3. As atas das reuniões da assembleia geral são assinadas pelos membros da mesa presentes.

Artigo 29.º

Compete à assembleia geral deliberar sobre todas as matérias não compreendidas nas atribuições legais ou estatutárias dos outros órgãos e necessariamente:

- a) Definir as linhas fundamentais de atuação da Associação;
- b) Eleger e destituir, por votação secreta, membros dos corpos gerentes e do conselho geral;
- c) Apreciar e votar anualmente o orçamento e o programa de ação para o exercício seguinte, bem como o relatório de gestão e as contas do exercício;
- d) Deliberar sobre a aquisição onerosa e a alienação, a qualquer título, de bens imóveis e de outros bens patrimoniais de rendimento ou de valor histórico ou artístico;
- e) Deliberar sobre a extinção, cisão ou fusão da Associação;
- f) Deliberar sobre a aceitação de integração de outra instituição e respetivos bens;
- g) Autorizar a Associação a demandar os membros dos corpos gerentes por atos praticados no exercício das suas funções;
- h) Aprovar a adesão a uniões, federações ou confederações;
- i) Deliberar sobre a alteração do estatuto da Associação;
- j) Aprovar a admissão de sócios beneméritos e honorários, por proposta da direção ou de pelo menos cinquenta sócios efetivos;
- l) Demitir os associados nos termos do nº 4 do artigo 12.º;
- m) Fixar o montante da joia e da quota mensal.
- n) Fixar a remuneração de membros de corpos gerentes nos termos do nº2 do Artº 18.

Artigo 30.º

1. A assembleia geral reunirá em sessão ordinária ou extraordinária.
2. A assembleia geral reunirá ordinariamente:
 - a) Até 31 de Março de cada ano para discussão e votação do relatório e contas de gerência do ano anterior, bem como do parecer do conselho fiscal;
 - b) Até 15 de Novembro para apreciar e votar o orçamento e o programa de ação para o exercício seguinte;
 - c) No final de cada mandato. No mês de Dezembro, para eleger os corpos gerentes para o mandato seguinte.
3. A assembleia geral reunirá em sessão extraordinária quando convocada pelo presidente da mesa da assembleia geral, a pedido da direção ou do conselho fiscal ou a requerimento de, pelo menos, cinquenta associados no pleno gozo dos seus direitos.

Artigo 31.º

1. A assembleia geral deve ser convocada com pelo menos quinze dias de antecedência pelo presidente da mesa ou seu substituto, exceto para eleições em que a antecedência mínima é de trinta dias.
2. A convocatória é feita pessoalmente por meio de aviso postal expedido para cada associado ou através de anúncio publicado nos dois jornais de maior circulação da área da sede da Associação e deverá ser afixada na sede e noutros locais de acesso público, dela constando obrigatoriamente o dia, a hora, o local e a ordem de trabalhos.
3. A convocatória será enviada à Casa Pia de Lisboa e ao Casa Pia Atlético Clube.
4. A convocatória da sessão extraordinária da assembleia geral a requerimento dos associados deve ser feita no prazo de quinze dias após a receção do requerimento, devendo a reunião realizar-se no prazo máximo de trinta dias a contar da data da receção do requerimento.

Artigo 32.º

1. A assembleia geral reunirá ordinariamente à hora marcada na convocatória se estiverem presentes mais de metade dos associados com direito a voto, ou meia hora depois com qualquer número de presentes.
2. A sessão extraordinária da assembleia geral que seja convocada a requerimento dos associados só poderá reunir se estiverem presentes, pelo menos, três quartos dos requerentes.

Artigo 33.º

1. Salvo disposição em contrário, as deliberações da assembleia geral são tomadas por maioria absoluta dos votos dos associados presentes.
2. As deliberações sobre as matérias constante da alínea e) do artigo 29º só serão válidas se obtiverem o voto expresso favorável de, pelo menos, três quartos do número de todos os associados.
3. As deliberações sobre as matérias constantes das alíneas f), g), h) e i) do artigo 29.º só serão válidas se obtiverem o voto expresso favorável de, pelo menos, três quartos dos votos dos associados presentes.
4. No âmbito da alínea e) do artigo 29.º, a extinção não terá lugar se pelo menos um número de associados igual ao dobro dos membros dos corpos gerentes se declarar disposto a assegurar a permanência da Associação, qualquer que seja o número de votos expressos a favor da extinção.
5. Os associados não poderão votar, por si ou como representante de outrem, nas matérias que lhes digam diretamente respeito ou nas quais sejam interessados os respetivos cônjuges, ascendentes, descendentes ou equiparados.

Artigo 34.º

1. Sem prejuízo do disposto no número seguinte, são anuláveis as deliberações tomadas sobre matéria estranha à ordem do dia, salvo se estiverem presentes ou representados na reunião todos os associados no pleno gozo dos seus direitos sociais e todos concordarem com o aditamento.
2. A deliberação da assembleia geral sobre o exercício do direito de ação civil ou penal contra os membros dos corpos gerentes pode ser tomada na sessão convocada para apreciação do relatório de gerência e contas de exercício, mesmo que a respetiva proposta não conste da ordem de trabalhos.

SECÇÃO III – DA DIRECÇÃO

Artigo 35.º

1. A direção é composta por cinco membros efetivos e três membros suplentes.
2. O segundo suplente é proposto pela Casa Pia de Lisboa e o terceiro suplente pelo Casa Pia Atlético Clube.

Anexo 2 - Regulamento da ACS

Norma XLII

Âmbito de aplicação / penalidades

1. Âmbito de aplicação: O presente regulamento aplica-se àqueles que usufruem dos serviços prestados pela Instituição, sendo extensivo aos que aí desenvolvem a sua atividade, bem como à família e amigos dos residentes.
2. Penalidades: Nos casos de incumprimento do disposto no presente regulamento, poderá a Direção aplicar sanções conforme a gravidade da infração cometida.
3. Os casos omissos no presente regulamento e as dúvidas suscitadas na sua interpretação, serão objeto de análise e parecer por parte da Direção da Associação Casapiana de Solidariedade.

Norma XLIII

Entrada em vigor:

O presente regulamento foi aprovado na reunião de direção dia ? de ? de 2011, conforme é referido na ata nº ? e em consequência tendo entrado em vigor a ? de ? de 2011.

A Direção da ACS



Associação Casapiana de Solidariedade
Rua António Pinho, Nº 6/6C
1500-661 Lisboa, Parque de Monsanto
Telefone: 21 762 20 71 / Fax: 21 760 47 73
E-mail: acasapiana@netcabo.pt



Associação Casapiana de Solidariedade Regulamento Interno

Lar de Idosos

2011

Índice

Capítulo I – Disposições gerais	4
Norma I – Âmbito de aplicação	4
Norma II – Legislação aplicável	4
Norma III – Missão	4
Norma IV – Objetivos do regulamento	4
Norma V – Objetivos dos serviços prestados	4
Norma VI – Instalações gerais	5
Capítulo II – Processo de admissão	6
Norma VII – Condições gerais de admissão	6
Norma VIII – Candidatura	7
Norma IX – Critérios de admissão e seleção	7
Norma X – Admissão	8
Norma XI – Processo individual do residente	8
Norma XII – Lista de espera	8
Capítulo III – Direitos e Deveres	8
Norma XIII – Direitos dos residentes	8
Norma XIV – Deveres dos residentes	9
Capítulo IV – Orientação funcional	11
Norma XV – Quadro de pessoal	11
Norma XVI – Direção técnica	11
Norma XVII – Direção clínica	11
Norma XVIII – Coordenadores de equipa	11
Capítulo V – Regras gerais de funcionamento da valência	12
Norma XIX – Serviço / acompanhamento médico	12
Norma XX – Normas e procedimentos do serviço de saúde	12
Norma XXI – Serviço de enfermagem	14
Norma XXII – Serviço de cuidados pessoais	14
Norma XXIII – Serviços de limpeza	14
Norma XXIV – Serviços de segurança	14

Norma XXXVIII

Gestão de maus-tratos / negligência:

A gestão de maus-tratos/negligência é feita através do controlo das causas e dos fatores de risco, nomeadamente:

1. Melhorar a informação, sobre os maus-tratos a idosos, aos próprios familiares e aos profissionais que com ele lidam no dia-a-dia;
2. Assegurar aos profissionais da ACS a possibilidade de comunicar incidentes de maus-tratos e de oferecer aconselhamento e apoio suficiente aos que sofrem maus-tratos;
3. Garantir ações de formação adequadas, aos profissionais da ACS sobre a identificação de maus-tratos e mecanismos para destetá-los;
4. Manter uma postura vigilante no dia-a-dia para que não se verifiquem eventuais situações de maus-tratos.
5. Dar a conhecer o manual de procedimentos de maus-tratos a idosos.

Norma XXXIX

Livro de reclamações

Nos termos da legislação em vigor, este estabelecimento possui livro de reclamações, que poderá ser solicitado junto da Direção Técnica.

Capítulo VI – Disposições finais

Norma XL

Alterações ao regulamento

O regulamento ficará sujeito à avaliação e/ou reformulação no prazo máximo de cinco anos de vigência, introduzindo-se as alterações mais convenientes a partir da experiência entretanto adquirida.

Norma XLI

Integração de lacunas

Em caso de eventuais lacunas, as mesmas serão supridas pela Direção da Instituição, tendo em conta a legislação e os normativos em vigor sobre a matéria.

Norma XXXIV

Depósito e guarda dos bens dos clientes / património dos utentes / gestão da conta corrente

1. Considera-se património do residente, todos os bens que o acompanhem no momento da sua admissão no Lar, bem como os bens adquiridos posteriormente.

2. No dia da admissão será elaborada uma relação de bens e de valores trazidos pelo residente, que será assinada pelo próprio e/ou representante legal e pelo funcionário que esteja responsável pela admissão.

3. A relação deve especificar os valores e os bens que ficam na posse do residente e os que ficam à guarda da Instituição.

4. Não existe por parte da Instituição uma responsabilidade por valores ou bens que não estejam à sua guarda.

Norma XXXV

Contrato

Nos termos da legislação em vigor, entre o residente ou seu representante legal e a direção da ACS deve ser celebrado, por escrito, um contrato de prestação de serviços.

Norma XXXVI

Cessação da prestação de serviços por facto não imputável ao prestador

A cessação do contrato e a saída do residente obriga a Instituição à entrega, ao próprio ou ao responsável legal, de todos os bens entregues ao cuidado da Instituição, após cumprimento de todas as obrigações com a Instituição.

Norma XXXVII

Cessação do acordo de prestações de serviços

A cessação do contrato de prestação de serviços, pode verificar-se por iniciativa do residente ou da Direção nos termos do contrato.

Norma XXV – Serviço de cabeleireiro / barbeiro e manicura	14
Norma XXVI – Serviço de acompanhamento ao exterior	15
Norma XXVII – Serviço de lavandaria	15
Norma XXVIII – Serviço de refeições	15
Norma XXIX – Ocupação e lazer	15
Norma XXX – Serviços administrativos	15
Norma XXXI – Saídas dos residentes / visitas	16
Norma XXXII – Pagamento da mensalidade	16
Norma XXXIII – Tabela de participações / preçário de mensalidade	17
Norma XXXIV – Depósito e guarda dos bens dos residentes / património dos residentes / gestão da conta corrente	18
Norma XXXV – Contrato	18
Norma XXXVI – Cessação de prestação de serviços por facto não imputável ao prestador	18
Norma XXXVII – Cessação do acordo de prestações de serviços	18
Norma XXXVIII – Gestão de maus-tratos / negligência	19
Norma XXXIX – Livro de reclamações	19
Capítulo VI – Disposições finais	19
Norma XL – Alterações ao regulamento	19
Norma XLI – Integração de lacunas	19
Norma XLII – Âmbito de aplicação /penalidades	20
Norma XLIII – Entrada em vigor	20

Capítulo I – Disposições gerais

Norma I

Âmbito da aplicação

A Associação Casapiana de Solidariedade (ACS) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social – IPSS nº 26/94 (publicado no Diário da República nº 160 I série – 19/07/1993) sem fins lucrativos. A sua sede situa-se na Rua António Pinho nº6, 6ºC 1500-661 Lisboa. Tem em funcionamento a valência Lar, com acordo de cooperação com o Centro Distrital de Segurança Social de Lisboa celebrado em Outubro de 2003, tendo sido oficialmente inaugurada em 29 de Outubro de 2005.

Norma II

Legislação aplicável

Este estabelecimento rege-se pelo estipulado na legislação aplicável para esta resposta social e pelas seguintes normas.

Norma III

Missão

A ACS tem por missão assegurar os Serviços Sociais de apoio à terceira idade, prestando serviços que promovam o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas.

Norma IV

Objetivos do regulamento

O presente Regulamento Interno de Funcionamento visa:

1. Promover o respeito pelos direitos/deveres do utente e demais interessados;
2. Assegurar a divulgação e o cumprimento das regras de funcionamento do estabelecimento / serviço.

Norma V

Objetivos dos serviços prestados

1. A ACS tem como **objetivo geral**: Promover serviços de qualidade adequados à satisfação das necessidades dos residentes.

Norma XXXIII

Tabela de comparticipações / preçário de mensalidades

1. Cada residente pagará uma mensalidade que lhe for calculada nos termos do contrato de prestação de serviços.
2. Ausências de pagamento superiores a trinta dias, permitem à Direção da Instituição proceder à suspensão dos serviços prestados.
3. O cálculo da comparticipação é determinado de forma proporcional ao rendimento per capita do agregado familiar e de acordo com o disposto na Circular Normativa nº 3 de 02/05/1997 e na Circular Normativa nº 7 de 14/08/1997 da Direção Geral da Ação Social (DGAS) e no protocolo de cooperação celebrado entre o Ministério de Trabalho e da Solidariedade Social e da Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade.
4. Não são consideradas nem se integra no valor da mensalidade o pagamento das seguintes despesas:
 - a. Consultas médicas fora da Instituição;
 - b. Análises e exames;
 - c. Medicamentos;
 - d. Produtos de higiene pessoal;
 - e. Fraldas e pensos;
 - f. Material específico de enfermagem;
 - g. Deslocações por motivos de saúde ou pessoais, em táxis ou ambulâncias;
 - h. Taxas moderadoras ou de outros serviços no sistema de saúde Nacional Público ou Privado;
 - i. Comunicar com o exterior, nomeadamente via telefónica, fax, correios ou outros (só com autorização).
5. Sempre que ocorram estas despesas, as mesmas serão adicionadas à fatura e devem ser pagas aquando do pagamento das mensalidades.

Horário de atendimento ao público da tesouraria: De segunda a sexta-feira, das 9:00 às 17:30.

Norma XXXI **Saídas dos residentes / visitas**

1. Os residentes poderão sair do Lar durante o tempo que desejarem, no entanto terão que respeitar os horários das refeições, exceto em situações previamente comunicadas e justificadas, através da recepção / portaria.

2. As visitas poderão ser realizadas por familiares e amigos dos residentes nos horários abaixo estabelecidos, ou noutros a combinar caso a caso.

Horários das visitas:

Todos os dias – das 14h30 às 18h00.

3. As visitas têm acesso a todas as áreas comuns, exceto aos espaços reservados aos funcionários.

Norma XXXII **Pagamento da mensalidade**

1. O pagamento da mensalidade é efetuado no seguinte período:

- Do dia 1 ao dia 8 de cada mês, na tesouraria da Instituição, durante o horário de expediente ou por transferência bancária. No ato do pagamento será entregue um recibo, comprovativo do mesmo.

2. O não cumprimento do prazo acima estabelecido levará a um agravamento de 10% sobre o montante em falta. As situações de exceção serão analisadas caso a caso.

3. A admissão até ao dia 15 de cada mês obriga ao pagamento integral da mensalidade, as admissões após o dia 15 obrigarão ao pagamento de 50% da mensalidade.

4. O não pagamento da mensalidade estipulada e na ausência de justificação, confere à Direção, em situações de limite, a decisão de rescisão de contrato.

2. A ACS tem como **objetivos específicos**:
- Promover a autonomia e o bem-estar dos residentes;
 - Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;
 - Criar condições favoráveis à manutenção e desenvolvimento das relações inter-familiares e à participação da família na vida do estabelecimento;
 - Potenciar a relação com a comunidade envolvente no sentido da sua maior integração na mesma, designadamente através do desenvolvimento de laços de solidariedade e convivência.
3. Para a concretização dos objetivos supramencionados a Instituição obriga-se a:
- Respeitar a privacidade e a individualidade de cada utente, bem como os seus hábitos e usos pessoais, desde que estes não colidam com o seu bem-estar geral e não prejudiquem o funcionamento da Instituição;
 - Estimular a participação dos residentes nas atividades diárias da Instituição sempre que o solicitarem;
 - Assegurar a prestação de todos os cuidados necessários ao bem-estar de cada residente;
 - Promover atividades socioculturais e de animação, de forma a contribuir para estimular a relação entre os residentes e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas e da relação com o meio;
 - Incentivar o apoio dos familiares e/ou amigos dos residentes, de forma a manter as suas redes de pertença;
 - Motivar a participação dos familiares e/ou amigos.

Norma VI **Instalações gerais**

As instalações, da ACS, são compostas por:

1. Quartos individuais, duplos e triplos, com casa de banho privativa e adaptada, roupeiros, ar condicionado, telefone e TV por cabo. A limpeza e arrumação dos quartos são da responsabilidade dos funcionários da Instituição;

2. Sala de refeições (refeitório);
3. Bar;
4. Sala de estar e de convívio (equipada com aquecimento central, sofás, mesas, cadeiras e televisões);
5. Biblioteca / mediateca;
6. Sala de animação sociocultural;
7. Gabinete médico e de enfermagem;
8. Cabeleireiro / barbeiro e manicura;
9. Varandas e terraços;
10. Jardins;
11. Ginásio;
12. Piscina;
13. Fisioterapia.

Capítulo II – Processo de admissão

Norma VII

Condições gerais de admissão

1. São condições de admissão da ACS:
 - a. Possuir idade igual ou superior a 65 anos, salvo casos excecionais, a considerar individualmente, após estudo pela equipa técnica do Lar e devidamente aprovado pela Direção da ACS;
 - b. Não sofrer de doença infecto contagiosa em fase ativa que ponha em risco a saúde dos residentes e funcionários da Instituição;
 - c. Não ter problemas do foro psíquico que exijam cuidados não abrangidos pelos serviços prestados na Instituição;
 - d. Manifeste vontade em ser admitido ou, em caso de impossibilidade do próprio, seja o seu responsável a manifestá-la.
2. As falsas declarações apresentadas no processo de admissão implicam a anulação da candidatura ou a saída do residente.

Norma XXVI

Serviço de acompanhamento ao exterior

Os residentes, sempre que tenham de ir a consultas e urgências no exterior da Instituição, são acompanhados pelos auxiliares de ação direta.

Norma XXVII

Serviço de lavandaria

À data de admissão a roupa do residente é devidamente identificada. A recolha da roupa é feita diariamente e a entrega é feita dia sim, dia não.

Norma XXVIII

Serviço de refeições

As ementas são elaboradas: por uma Dietista da empresa fornecedora, por um grupo de residentes e pela Diretora Técnica. São afixadas semanalmente em local apropriado. As dietas são elaboradas de acordo e por indicação médica. A refeição é confeccionada por uma empresa particular externa à Instituição.

Horários:

- Pequeno-almoço: 8h30 às 9h30;
- Almoço: 12h00 às 13h00;
- Lanche: 16h30 às 17h00;
- Jantar: 19h00 às 20h00;
- Ceia: 22h00 (servida nos quartos).

Norma XXIX

Ocupação e lazer

A área de animação é da responsabilidade de uma técnica, que tem como função o planeamento e execução de atividades com o objetivo de proporcionar aos residentes momentos de cultura, lazer e ocupação, segundo os seus próprios interesses e capacidades.

Norma XXX

Serviços administrativos

Este serviço tem como objetivo garantir o apoio administrativo e de gestão aos residentes e o funcionamento correto do atendimento e informação.

Norma XXI

Serviço de enfermagem

O serviço de Enfermagem é prestado aos residentes, diariamente, por uma equipa de Enfermeiras, em regime de turnos, e compreende: preparação e administração de medicação, realização de pensos e higiene, rotinas de enfermagem, acompanhamento e encaminhamento nas consultas e outras.

Atendimento ao familiar:

- Para esclarecimentos de dúvidas;
- Para comunicação de ausências futuras e necessidade de medicação;
- Para informação de marcação de consultas ou procedimentos futuros. Esta poderá ser dada através do recurso a fax, E-mail ou manuscrito, desde que assinado pelo informador e dirigido ao Serviço de Enfermagem, com a devida antecedência. Em caso de urgência poderá ser feito telefonicamente desde que posteriormente confirmado do mesmo modo.

Horário de atendimento: Diariamente das 17:00 às 18:00.

Norma XXII

Serviço de cuidados pessoais

Apoio às atividades de vida diária (higiene pessoal, alimentação, tratamento de roupas, medicação, mobilização).

Norma XXIII

Serviços de limpeza

Este serviço é assegurado por uma equipa de limpeza que é responsável pela higienização de todos os espaços da instituição.

Norma XXIV

Serviços de segurança

A segurança da instituição é da responsabilidade de uma equipa com formação na área da segurança. Este serviço é assegurado 24 horas por dia.

Norma XXV

Serviços de cabeleireiro/barbeiro e manicura

Este serviço funciona das 10h00 às 16h00 sob marcação, em dia a acordar.

Norma VIII

Candidatura

1. A admissão no Lar é condicionada pela existência de vagas e pelas condições de admissão anteriormente referidas. O processo de admissão, a seguir discriminado, é da responsabilidade da Assistente Social, que submeterá o mesmo à Direcção para deliberação final.

2. Para efeitos de admissão, o sócio deverá candidatar-se através do preenchimento de uma ficha de identificação que constitui parte integrante do processo de candidato, devendo fazer prova das declarações efectuadas, mediante a entrega de cópia dos seguintes documentos:

- a. Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão;
 - b. Cartão de Contribuinte;
 - c. Cartão de Beneficiário da Segurança Social;
 - d. Cartão de utente dos Serviços de saúde ou de outros subsistemas a que pertença;
 - e. Relatório médico, comprovativo da situação clínica;
 - f. Comprovativo dos rendimentos do candidato e do agregado familiar.
3. Em situações especiais pode ser solicitada certidão da sentença judicial que determine a tutela do candidato.

Norma IX

Critérios de admissão e seleção

São critérios para admissão:

1. Ter idade superior a 65 anos e ser:
 - a. Sócio efetivo;
 - b. Sócio fundador.
2. Ter desempenhado graciosamente durante mais de três anos funções de Corpos Gerentes;
3. Estar abrangido no âmbito do protocolo celebrado com o Instituto de Segurança Social, IP.

4. Recebida a candidatura, a mesma é analisada pelo responsável técnico de Serviço Social deste estabelecimento, a quem compete elaborar a proposta de admissão, quando tal se justificar, a submeter à decisão da Direção.

Norma X Admissão

No ato da admissão é:

1. Devido o pagamento da mensalidade referente ao mês da admissão;
2. Entregue o Regulamento Interno;
3. Entregue o Guia de Acolhimento.

Norma XI Processo Individual do residente

Após a admissão, para cada residente são elaborados três processos individuais:

1. Social;
2. Administrativo;
3. Clínico.

Norma XII Lista de espera

Sempre que não seja possível proceder à admissão por inexistência de vagas, o processo ficará em lista de espera.

Capítulo III – Direitos e deveres

Norma XIII Direitos dos residentes:

O residente, durante a sua estadia no Lar, tem o direito a:

1. Ser respeitado na sua individualidade e privacidade;
2. Participar e ser informado sobre todas as decisões que lhe digam respeito;
3. Ser respeitado nas suas convicções políticas e religiosas;
4. Ser tratado com respeito e urbanidade;

5. O Diretor Clínico da ACS é o coordenador da equipa e é o responsável pela qualidade dos cuidados de saúde prestados pela Instituição aos utentes / residentes.

6. Excetuando as situações de urgência / emergência, a prestação de cuidados de saúde dentro da ACS é da responsabilidade do Diretor Clínico, sem prejuízo das autonomias técnicas dos diferentes profissionais de saúde.

7. O recurso ao exterior, em matéria de cuidados de saúde, é garantido a todos os utentes / residentes, após comunicação prévia ao Diretor Clínico ou a outro profissional da equipa de saúde.

8. Após consultas ou exames no exterior, todas as indicações terapêuticas e os pedidos de exames complementares de diagnóstico terão de ser validados pelo Diretor Clínico, independentemente de quem partiu a iniciativa.

9. Todos os profissionais da ACS, independentemente do seu vínculo contratual, ficam obrigados ao dever de sigilo, no que se refere a factos ou ocorrências com utentes / residentes em matéria de saúde, garantindo-se, assim, o direito à privacidade e confidencialidade da informação.

10. A admissão de profissionais para a equipa de saúde deverá ser feita após parecer do Diretor Clínico.

11. Tendo em vista a prestação de um serviço de qualidade aos utentes / residentes deverá promover-se a melhor articulação / comunicação entre todos os colaboradores e, nomeadamente, entre a equipa de cuidadores e a equipa de saúde.

12. Sempre que um utente / residente regresse à Instituição, após período passado no exterior, o colaborador que o recebe deverá indagar de eventuais ocorrências que possam ter impacto na sua saúde e bem-estar.

13. Todos os factos ou incidentes ocorridos com os utentes / residentes, com eventual repercussão no seu estado de saúde, devem ser formalmente transmitidos à equipa de saúde.

4. Ajudar a elaborar os mapas de férias em conjunto com a Diretora Técnica, compatibilizando os interesses dos funcionários com as necessidades de funcionamento do Lar;

5. Providenciar pelo oportuno fornecimento de qualquer produto no local sob sua responsabilidade direta e verificar a sua qualidade e quantidade;

6. Zelar pela distribuição das refeições nas melhores condições;

7. Zelar pela disciplina do pessoal que lhe esteja adstrito;

8. Praticar, sempre que necessário, a entreatajuda em qualquer tarefa que reclame essa necessidade.

Capítulo V – Regras gerais de funcionamento da valência

Norma XIX

Serviço / Acompanhamento médico

Este serviço é prestado por um Médico com função de Diretor Clínico, através de marcação pelos residentes ou após encaminhamento pelo serviço de Enfermagem. Os residentes podem beneficiar dos serviços de saúde sempre que necessitem.

Os centros de reabilitação estão também disponíveis, devendo a prescrição ser feita pelo médico da Instituição.

Existe um acordo com uma empresa de médicos de serviço noturno para os casos de emergência.

Norma XX

Normas e procedimentos dos Serviços de Saúde

1. A admissão de um utente / residente da ACS pressupõe que este conhece e concorda com o Regulamento Interno e demais normas aprovadas pela Direção.

2. A admissão de um utente / residente na ACS só deverá ser concretizada após parecer do Diretor Clínico, tendo por base a informação clínica do médico assistente do candidato.

3. Todos os utentes / residentes da ACS constituem a população-alvo dos Serviços de Saúde prestados pela Instituição aos utentes / residentes.

5. Ter acesso à informação sobre as atividades realizadas e a realizar;

6. Participar em todas as atividades, de acordo com as possibilidades e interesses;

7. Receber assistência médica e medicamentosa, de enfermagem e de reabilitação, disponível no Lar ou através de acordos celebrados com outros organismos da mesma área, nos termos do contrato de prestação de serviços;

8. Ser encaminhado para outras especialidades de saúde;

9. Ter acesso a todos os espaços comuns, exceto aos espaços reservados aos serviços;

10. Receber cuidados de higiene pessoal, tratamento de roupas e alimentação adequada às suas necessidades, de acordo com o contrato de prestação de serviços;

11. Ter acesso às ementas semanais praticadas;

12. Ter apoio jurídico sempre que o solicite, na salvaguarda dos seus bens patrimoniais;

13. Contactar com os seus familiares / amigos sempre que queira ou, em caso de incapacidade, o solicite;

14. Receber visitas;

15. Ausentar-se do Lar temporariamente, devendo comunicar por escrito à Instituição o pedido de ausência;

16. Apresentar por escrito reclamações;

17. Rescindir o contrato de prestação de serviços com a Instituição, conducente à saída definitiva, devendo comunicar o mesmo com antecedência mínima de 30 dias.

Norma XIV

Deveres dos residentes:

1. Efetuar o pagamento da mensalidade de acordo com o contrato de prestação de serviços;

2. Pagar a primeira mensalidade no momento da admissão;
3. Assegurar o pagamento da mensalidade sempre que se ausente do Lar por motivos diversos: hospitalização (beneficia de uma redução de 25% na alimentação); férias (beneficia de uma redução de 75% na mensalidade, caso se ausente por um mês completo) ou outros, por forma a assegurar o seu lugar;
4. Proceder ao pagamento de outras despesas extra, por serviços ou bens que lhes sejam prestados a seu pedido e que não estejam abrangidos pelo contrato;
5. No ato da admissão trazer um cesto com todos os produtos de higiene pessoal devidamente identificados;
6. Entregar mensalmente os produtos de higiene para seu uso pessoal;
7. Utilizar o equipamento audiovisual nos quartos que não sejam individuais, de modo a não interferir no bem-estar dos outros residentes que partilhem o mesmo quarto;
8. Observar o cumprimento das normas expressas no regulamento interno, bem como de outras decisões relativas ao funcionamento da Instituição;
9. Comparecer a todas as reuniões para que seja convocado.
10. Para o bom funcionamento do Lar, não é permitido:
 - a. Gratificar os funcionários do Lar;
 - b. Possuir animais de estimação;
 - c. Estacionar os carros no parque da Instituição sempre que não o estejam a utilizar;
 - d. Fumar nos quartos e nos espaços comuns, exceto nos que forem identificados para o efeito.

Capítulo IV – Orientação funcional

Norma XV

Quadro de Pessoal

O quadro de pessoal desta resposta social, encontra-se afixado em local visível, contendo a indicação de recursos humanos (direção técnica, equipa técnica, pessoal auxiliar) formação e conteúdo funcional, definido de acordo com a legislação e normativas em vigor.

Norma XVI

Direção técnica

A direção técnica desta valência compete a um técnico com formação superior no domínio das ciências sociais e humanas, nos termos da norma XI do despacho normativo 12/98 de 25/02/1998, cujo nome, formação e conteúdo funcional se encontra afixado em lugar visível.

Norma XVII

Direção clínica

A direção clínica desta valência compete a uma pessoa com formação adequada para o desempenho das suas funções (médico/saúde), cujo nome, formação e conteúdo funcional se encontra afixado em lugar visível.

Norma XVIII

Coordenadores de equipa

A Diretora Técnica será coadjuvada por vários coordenadores de equipa a quem, com vista a manter a harmonia funcional do Lar e o bem-estar dos residentes, especialmente, compete:

1. Coordenar, distribuir e dirigir os serviços e pessoal do sector que lhe for confiado;
2. Zelar pelo cumprimento rigoroso dos horários de trabalho;
3. Prever eventuais faltas ao trabalho, procurando e implementando soluções para a minimização do problema e dando dos factos imediato conhecimento aos seus superiores;

Anexo 3 - Guia de Acolhimento da ACS



Associação Casapiana de Solidariedade



Associação Casapiana de Solidariedade

Rua António Pinho, Nº 6/6C

1500-534 Lisboa, Parque de Monsanto

Telefone: 21 762 20 71

Fax: 21 760 47 32

E-mail: acasapiana@netcabo.pt

Guia de Acolhimento do Residente

Lar de Idosos

2011

Ficha técnica

Obra:

Guia de acolhimento do residente – Lar de Idosos

Autor:

Dra. Jocelina Santos (Licenciada em Serviço Social)

Edição:

Associação Casapiana de Solidariedade (ACS)

Ano:

2011

Refeitório:



Sala de convívio:



Sala de Reuniões / Conferencias:



Sala de atividades:



Piscina:



Corredores:



Seja bem-vindo!

Os espaços da ACS

Fachada exterior:



Hall de entrada:



Quartos duplos:

Quarto

individual:



Gabinete médico:



Enfermaria:



"O lado grandioso de envelhecer está em não perdermos todas as outras idades em que vivemos"

Madeleine D'Engle

Índice

Carta de apresentação	5
Introdução	6
Breve caracterização da Instituição	7
Organograma funcional da ACS	8
Localização geográfica	9
Objetivo principal	9
Objetivos gerais	9
Valores	10
Política da qualidade	10
Serviços prestados (horários)	10
Outras informações úteis	14
Direitos dos residentes	15
Deveres dos residentes	16
Os espaços da ACS	18

- 2.Efectuar o pagamento da mensalidade de acordo com o contrato de prestação de serviços;
- 3.Pagar a primeira mensalidade no momento da admissão;
- 4.Proceder ao pagamento de outras despesas extra, por serviços ou bens que lhes sejam prestados a seu pedido e que não estejam abrangidos pelo contrato;
- 5.Assegurar o pagamento da mensalidade sempre que se ausente do Lar por motivos diversos: hospitalização (beneficia de uma redução de 25% na alimentação); férias (beneficia de uma redução de 75% na mensalidade, caso se ausente por um mês completo) ou outros, por forma a assegurar o seu lugar;
6. Utilizar o equipamento audiovisual nos quartos que não sejam individuais, de modo a que não interfira no bem-estar dos outros residentes que partilhem o mesmo quarto;
- 7.Observar o cumprimento das normas expressas no regulamento interno, bem como de outras decisões relativas ao funcionamento da Instituição;
- 8.Comparecer a todas as reuniões para que seja convocado.



8. Ser encaminhado para outras especialidades de saúde;
9. Ter acesso a todos os espaços comuns;
10. Receber cuidados de higiene pessoal, tratamento de roupas e alimentação adequada às suas necessidades, de acordo com o contrato de prestação de serviços;
11. Ter acesso às ementas semanais praticadas;
12. Ter apoio jurídico sempre que o solicite, na salvaguarda dos seus bens patrimoniais;
13. Contactar com os seus familiares / amigos sempre que queira ou, em caso de incapacidade, o solicite;
14. Receber visitas;
15. Ausentar-se do Lar temporariamente, devendo comunicar por escrito à Instituição o pedido de ausência;
16. Apresentar por escrito reclamações;
17. Rescindir o contrato de prestação de serviços com a Instituição, conducente à saída definitiva, devendo comunicar o mesmo com antecedência mínima de 30 dias.

Deveres dos residentes

O residente, durante a sua estadia no Lar, tem o dever de:

1. Respeitar todos os residentes e todas as pessoas que trabalham na Instituição;



Carta de apresentação

Caríssimo residente:

É com o maior prazer que lhe damos as boas vindas, como novo membro do Lar de Idosos da Associação Casapiana de Solidariedade.

Neste dia do seu acolhimento queremos fornecer-lhe as melhores condições de integração para que se sinta, o mais rapidamente possível, parte desta nova Família.

Atendendo à diversidade de questões que se colocam, neste processo de admissão, fornecemos-lhe este Guia de Acolhimento onde vai encontrar diferentes informações relativas a esta casa, nomeadamente os serviços prestados, funcionamento e horários, para que possa participar ativamente no quotidiano desta Instituição.

Em nome de toda a equipa que o vai servir dou-lhe as boas-vindas, esperando que encontre felicidade e conforto neste lar que o recebe afavelmente. Esperamos corresponder às suas expectativas.

Ao seu dispor:

Dr.^a Jocelina Santos

Introdução

O presente guia constitui um instrumento facilitador no processo de acolhimento e integração na ACS. O principal objetivo é fornecer-lhe um conjunto de informações sobre a estrutura e organização interna, normas, regras e procedimentos em vigor nesta Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS).

Como será possível afirmar que os residentes vivem e usufruem de espaços similares aos de suas casas? Será o ambiente da instituição acolhedor, afável e confortável, respeitando a sua privacidade e dignidade? Estas e outras questões são relevantes, a fim de tranquilizarem os novos residentes e suas famílias, aquando do processo de transição de sua casa para a Instituição. Na ACS, os residentes e respetivas famílias encontrarão um ambiente familiar que visa proporcionar uma boa qualidade de vida e medidas que promoverão a sua autonomia e independência. Através de um trabalho multidisciplinar e de qualidade, a ACS privilegia a personalidade do novo residente, o seu historial de vida, a envolvência familiar, o estado de saúde e o estado de espírito.

Visitas – São livres as visitas de familiares e amigos dos residentes nos horários abaixo estabelecidos, ou noutros a combinar caso a caso.

Horários das visitas:

Todos os dias – das 14h30 às 18h00.

Direitos dos residentes

O residente têm direito a:

- 1.Ser respeitado na sua individualidade e privacidade;
- 2.Participar e ser informado sobre todas as decisões que lhe digam respeito;
- 3.Ser respeitado nas suas convicções políticas e religiosas;
- 4.Ser tratado com respeito e urbanidade;
- 5.Ter acesso à informação sobre as atividades realizadas e a realizar;
- 6.Participar em todas as atividades, de acordo com as possibilidades e interesses;
- 7.Receber assistência médica e medicamentosa, de enfermagem e de reabilitação, disponível no Lar ou através de acordos celebrados com outros organismos da mesma área, nos termos do contrato de prestação de serviços;

Serviço de acompanhamento ao exterior:



Os residentes, sempre que tenham de ir a consultas e urgências no exterior da Instituição, são acompanhados pelas auxiliares de ação direta.

Serviço de cabeleireiro / barbeiro e manicura:



Este serviço funciona às segundas-feiras – das 10:00 às 16:00 sob marcação.

Outras informações úteis

Telefone – existe um sistema de comunicação interna que permite falar com todos os sectores da Instituição.



400 – Receção

401 – Gabinete Diretora Técnica

407 – Gabinete da Direção

411 - Biblioteca

412 – Manutenção

413 – Bar

414 – Copa

415 – Gabinete da Animação

416/417 – Tesouraria

501 – Lavandaria

504 – Gabinete de Medicação

507 – Gabinete Médico

Breve caracterização da Instituição

A ACS situa-se numa zona central de Lisboa, no Parque de Monsanto. É uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS nº 26/94), constituída sem fins lucrativos e detentora do estatuto de Pessoa Coletiva de Utilidade Pública.

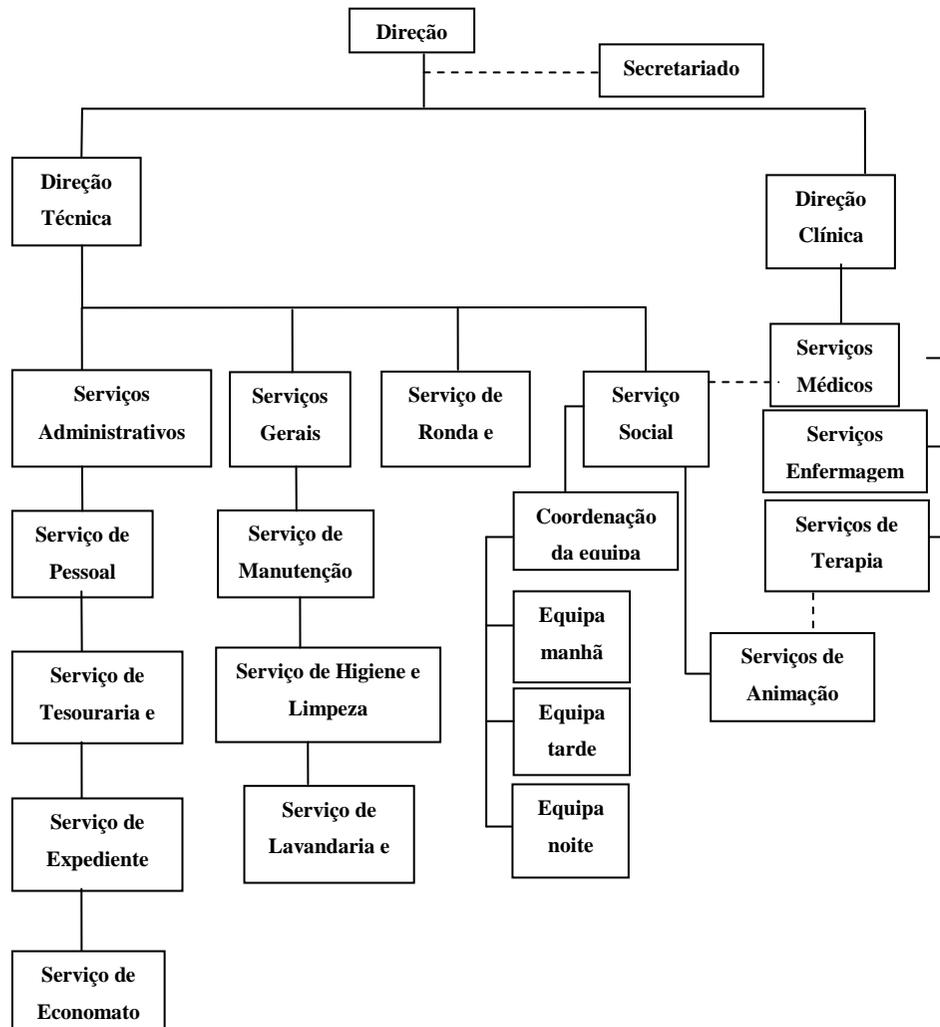
A sua criação surgiu do espírito altruísta de um grupo de ex-alunos e de funcionários da Casa Pia de Lisboa, que uniram esforços no sentido de criar um espaço físico que contribuísse para um desenvolvimento harmonioso do processo de envelhecimento. O projeto de arquitetura foi elaborado por Cândido Palma de Melo (ex-aluno).

A ACS é uma Instituição de apoio a idosos na Valência de Lar, constituindo assim uma resposta social integrada para pessoas idosas e suas famílias, de forma a contribuir para a garantia dos seus direitos de cidadania, dignidade e bem-estar.

Foi inaugurada oficialmente em 29 de Outubro de 2005, após dois anos de funcionamento.

A ACS acolhe temporariamente ou permanentemente pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.

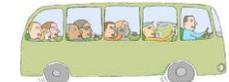
Organograma funcional da ACS



capacidades. As atividades de animação sócio-cultural são desenvolvidas num atelier próprio e também na sala de convívio. A sala dispõe de um espaço amplo, com vários tipos de mesas e cadeiras, onde os residentes podem descansar e também participar nas atividades aí efetuadas.

As atividades lúdicas e recreativas organizadas são:

jogos de cartas, dominó e bingo; exibição de filmes; decoração da sala de convívio para as épocas festivas; realização de cartazes para todos os eventos; trabalhos manuais e lúdicos; passeios.



O horário do atelier de animação é:

De segunda a sexta-feira – das 10:00 às 18:00.

Serviços administrativos:

Este serviço tem como objetivo garantir o apoio administrativo e de gestão aos residentes e o funcionamento correto do atendimento e informação.



Horário de atendimento ao público da tesouraria:

De segunda a sexta-feira, das 9:00 às 17:30.

Serviço / acompanhamento médico:

Este serviço é prestado por 1 Médico com função de Diretor Clínico, através de marcação pelos residentes ou após encaminhamento pelo serviço de Enfermagem.

O horário das consultas é o seguinte:

- Terças e Quintas-feiras – no final do dia.

Existe um acordo com uma empresa de médicos de serviço noturno para os casos de emergência.

Serviços de enfermagem:

O serviço de Enfermagem é prestado aos residentes, diariamente, por uma equipa de Enfermeiras, em regime de turnos, e compreende: acompanhamento de medicação, pensos, higiene, tarefas rotineiras de enfermagem, acompanhamento nas consultas e outras.



Horário da Enfermaria – das 08:30 às 19:30.

Serviço de animação:

A área de animação é da responsabilidade de uma técnica, que tem como função o planeamento e execução de atividades com o objetivo de proporcionar aos residentes momentos de cultura, lazer e ocupação, segundo os seus próprios interesses e

Localização geográfica

A instituição localiza-se numa zona central de Lisboa, mais especificamente na zona de Monsanto, junto ao Estádio de Pina Manique, na freguesia de Benfica. Tem boas vias de acessibilidade e é servida por uma boa rede de transportes públicos e privados.

Objetivo principal

A Instituição tem como objetivo principal o apoio à integração social e proteção na velhice, não só à população casapiana mas também à população em geral.

Objetivos gerais

A ACS pretende ser um serviço de referência, satisfazendo as expectativas dos clientes. Para isso pretende:

- Promover serviços de qualidade adequados à satisfação das necessidades dos residentes;
- Promover a autonomia e o bem-estar dos residentes;
- Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;
- Criar condições favoráveis à manutenção e desenvolvimento das relações inter-familiares e à participação da família na vida do estabelecimento;

- Potenciar a relação entre a comunidade envolvente e o Lar, no sentido de uma maior integração na mesma, designadamente através do desenvolvimento de laços de solidariedade e convivência.

Valores

Respeito pela individualidade da pessoa, trabalho em equipa, ética profissional, promoção da vida e saúde e solidariedade social.

Política de qualidade

Para melhorar os resultados, procura reduzir-se as perdas/desperdícios, envolvendo e motivando todos na Instituição. Assim, a ACS está a implementar um Sistema de Gestão de Qualidade (SGQ), garantir a prossecução dos objetivos de qualidade numa perspetiva de melhoria contínua.

Serviços prestados (horários)

Cuidados pessoais:

Apoio às atividades de vida diária (higiene pessoal, alimentação, tratamento de roupas, medicação, mobilização...).



Serviço de lavandaria:

Este serviço é prestado diariamente.

A recolha da roupa é feita diariamente e a entrega é dia sim, dia não. À data de admissão a roupa do residente é devidamente identificada.



Serviço de refeições:

As ementas são elaboradas: por uma Dietista da empresa fornecedora, por um grupo de residentes e pela Diretora Técnica.



As dietas são elaboradas de acordo e por indicação médica. As ementas são afixadas semanalmente em local apropriado.

A refeição é confeccionada por uma empresa particular.

O horário das refeições é o seguinte:

- Pequeno-almoço: 8h30 às 9h30;
- Almoço: 12h00 às 13h00;
- Lanche: 16h30 às 17h00;
- Jantar: 19h00 às 20h00;
- Ceia: 22h00 (servida nos quartos)

Apêndice 1 - Inquérito por questionário

Questionário para avaliação dos conhecimentos das auxiliares de ação direta

O presente questionário vai ser efetuado na Associação Casapiana de Solidariedade (ACS) para análise e avaliação da necessidade de formação para um aumento das competências profissionais das Auxiliares de Ação Direta que desenvolvem a atividade profissional na mesma instituição. O preenchimento do referido inquérito tem a duração de +/- 10 minutos e deve ser preenchido em cada uma das questões seguintes:

1. Já frequentou alguma ação de formação específica na área do envelhecimento?

Sim

Não

2. Considera a possibilidade de uma ação de formação benéfica para o desempenho das tarefas na sua categoria profissional?

Sim

Não

3. Na sua opinião, relativamente aos conteúdos profissionais da sua categoria profissional, são de fácil execução?

Sim

Não

4. Pensa que uma ação de formação na área do envelhecimento iria ajudar no desempenho das suas tarefas?

Sim

Não

5. Na sua opinião, em Portugal e na Europa, o envelhecimento da população é uma realidade?

Sim

Não

6. Na sua opinião, atualmente, o conceito de envelhecimento é entendido como um peso para a sociedade?

Sim

Não

7. Uma pessoa com 65 anos (idade da reforma) é considerada uma pessoa velha?

Sim

Não

8. A pessoa a partir dos 65 anos não deveria trabalhar mais?

Sim

Não

9. O envelhecimento é sinonimo de patologias?

Sim

Não

10. Sabe quais são as doenças mais frequentes, associadas ao envelhecimento, na atualidade?

Sim

Não

11. Se respondeu que sim, diga, na sua opinião, quais são as mais frequentes?

Cardíacas

Diabetes

Alzheimer

Parkinson

Problemas circulatórios

12. Considera que a institucionalização é a solução para os mais velhos?

Sim

Não

13. A institucionalização deveria ter como suporte um quadro de profissionais credenciados?

Sim

Não

14. No seu entender, o idoso institucionalizado, torna-se uma pessoa muito apelativa sem justificação aparente?

Sim

Não

Apêndice 2 - Quadro 2 - Dados pessoais dos residentes da ACS

Quadro 2 - Dados pessoais dos residentes da ACS

Idoso	Idade	Estado Civil	Sexo	Dependência	Habilitações Literárias	Idoso	Idade	Estado Civil	Sexo	Dependência	Habilitações Literárias
1	79	V	M	1	Licenciatura	31	78	V	F	1	Professora
2	89	V	M	1	Curso Comercial	32	88	V	F	3	Não sabe Ler/Escriver
3	86	S	F	2	Não sabe Ler/Escriver	33	78	S	F	1	Professora
4	89	V	F	1	4ª Classe	34	89	S	F	1	Curso Comercial
5	96	V	M	1	Não sabe Ler/Escriver	35	92	V	F	3	3ª Classe
6	76	V	F	2	4ª Classe	36	91	V	F	2	1ª Classe
7	85	D	F	1	Licenciatura	37	98	V	F	2	2ª Classe
8	85	V	F	2	4ª Classe	38	89	V	F	1	Não sabe Ler/Escriver
9	80	V	F	1	Curso Comercial	39	86	V	F	3	3ª Classe
10	83	V	F	3	Não sabe Ler/Escriver	40	93	V	F	1	Professora
11	87	V	F	2	4ª Classe	41	80	D	F	1	Curso Comercial
12	79	C	M	2	Licenciatura	42	88	V	F	3	4ª Classe
13	97	V	F	2	2º Ano Liceu	43	80	V	F	3	1ª Classe
14	104	S	M	2	Licenciatura	44	81	V	M	1	Professora
15	85	V	M	3	Primária - Casa Pia	45	90	V	F	2	Não sabe Ler/Escriver
16	73	V	M	1	Licenciatura	46	85	C	M	1	4ª Classe
17	94	V	M	1	4ª Classe	47	88	V	F	2	3ª Classe
18	60	S	M	2	Não sabe Ler/Escrive	48	84	V	F	3	1ª Classe
19	90	D	M	1	4ª Classe	49	87	V	F	2	Licenciatura
20	84	D	M	1	Curso Comercial	50	97	V	F	1	Não sabe Ler/Escriver
21	96	D	F	1	1ª Classe	51	82	V	F	2	4ª Classe
22	92	V	M	1	Licenciatura	52	76	V	M	3	Não sabe Ler/Escriver
23	81	V	F	1	Não sabe Ler/Escriver	53	67	D	M	3	1ª Classe
24	85	V	M	3	4ª Classe	54	87	S	F	2	3ª Classe
25	85	V	M	3	Curso Comercial	55	85	V	F	1	4ª Classe
26	92	V	M	1	Curso Comercial	56	69	C	F	1	Licenciatura
27	87	V	F	1	Professora	57	64	S	F	1	Curso Comercial
28	85	V	F	2	4ª Classe	58	83	V	F	1	1ª Classe
29	88	V	F	1	4ª Classe	59	82	V	M	2	Não sabe Ler/Escrive
30	84	V	F	1	Licenciatura	60	89	V	F	2	4ª Classe

Apêndice 3 - Quadro 3 - Análise SWOT ACS

Quadro 3 - Análise SWOT ACS

Cenários	Pontos fortes (Strength)	Pontos fracos (Weakness)
Ambiente interno	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Participação da Diretora Técnica nas grandes orientações estratégicas. ✚ Instalações que reúnem todas as condições para a população mais velha. ✚ Espaço de atividades de animação sociocultural ✚ Funcionários a trabalharem em equipa. ✚ Horários flexíveis para visitas de familiares e amigos. ✚ Cooperação e solidariedade da comunidade Casapiana. ✚ Envolvimento dos residentes na vivência Institucional 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Residentes sem apoio familiar. ✚ Baixo nível de qualificação escolar e profissional do pessoal que se candidata a funcionário, com grandes necessidades de formação.
Ambiente externo	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Conhecimento oportuno da legislação Europeia de organismos internacionais, direcionadas para a problemática do envelhecimento. ✚ Parcerias com Instituições. ✚ Participação em Congressos, seminários e conferências do sector. ✚ A realidade do envelhecimento da população 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Burocracias exageradas na relação com a segurança social e outros organismos públicos. ✚ Ineficiência dos planos de formação a nível nacional ajustados às necessidades destas Instituições em especial no grupo das auxiliares de ação direta.

Apêndice 4 - Quadro 4 - Tratamento de dados do inquérito por questionário dos conhecimentos das AAD da ACS

Quadro 4 - Tratamento de dados do inquérito por questionário dos conhecimentos das AAD da ACS

Nº Questão	Questão	Auxiliar 1		Auxiliar 2		Auxiliar 3		Auxiliar 4		Auxiliar 5		Auxiliar 6		Auxiliar 7		Auxiliar 8		Auxiliar 9		Auxiliar 10		Auxiliar 11		Auxiliar 12		Auxiliar 13		Auxiliar 14		Auxiliar 15		Auxiliar 16		Auxiliar 17		Auxiliar 18		Auxiliar 19		Auxiliar 20		Auxiliar 21		Totais			21 Auxiliar	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Nulo																		
1	Já frequentou alguma acção de formação específica na área do envelhecimento?	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		14	7		21	
2	Considera a possibilidade de uma acção de formação benéfica para o desempenho das tarefas na sua categoria profissional?	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		17	4		21	
3	Na sua opinião, relativamente aos conteúdos profissionais da sua categoria profissional, são de fácil execução?		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		12	8	1	21
4	Pensa que uma acção de formação na área do envelhecimento iria ajudar no desempenho das suas tarefas?	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		18	3		21	
5	Na sua opinião, em Portugal e na Europa, o envelhecimento da população é uma realidade?	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		18	2	1	21	
6	Na sua opinião, actualmente, o conceito de envelhecimento é entendido como um peso para a sociedade?	1			1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		15	6		21		
7	Uma pessoa com 65 anos (idade da reforma) é considerada uma pessoa velha?		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		8	13		21		
8	A pessoa a partir dos 65 anos não deveria trabalhar mais?	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		13	7	1	21	
9	O envelhecimento é sinónimo de patologias?		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		14	7		21		
10	Sabe quais são as doenças mais frequentes, associadas ao envelhecimento, na actualidade?	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		17	4		21	
11	Se respondeu que sim, diga, na sua opinião, quais são as mais frequentes?																																															
	Cardíacas	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		13	4		17	
	Diabetes		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		11	6		17		
	Alzheimer	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		17	0		17	
	Parkinson	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		14	3		17			
Problemas cardíacos	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		12	5		17		
12	Considera que a institucionalização é a solução para os mais velhos?		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		14	6	1	21		
13	A institucionalização deveria ter como suporte um quadro de profissionais credenciados?	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		17	4		21	
14	No seu entender, o idoso institucionalizado, torna-se uma pessoa muito apelativa sem justificação aparente?	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		17	3	1	21	

**Apêndice 5 - Quadro 5 - Apuramento dos dados do Inquérito por Questionário dos conhecimentos das
AAD**

Quadro 5 - Apuramento dos dados do Inquérito por Questionário dos conhecimentos das

AAD

Quadro de Apuramento de dados do Questionário	
Avaliação dos Conhecimentos das Auxiliares de Ação Direta	
1. Já frequentou alguma ação de formação específica na área do envelhecimento?	
Sim	14
Não	7
2. Considera a possibilidade de uma ação de formação benéfica para o desempenho das tarefas na sua categoria profissional	
Sim	17
Não	4
3. Na sua opinião, relativamente aos conteúdos profissionais da sua categoria profissional, são de fácil execução?	
Sim	12
Não	8
Nulo	1
4. Pensa que uma ação de formação na área do envelhecimento iria ajudar no desempenho das suas tarefas?	
Sim	18
Não	3
5. Na sua opinião, em Portugal e na Europa, o envelhecimento da população é uma realidade?	
Sim	18
Não	2
Nulo	1
6. Na sua opinião, atualmente, o conceito de envelhecimento é entendido como um peso para a sociedade?	
Sim	15
Não	6
7. Uma pessoa com 65 anos (idade da reforma) é considerada uma pessoa velha?	
Sim	8
Não	13

8. A pessoa a partir dos 65 anos não deveria trabalhar mais?	
Sim	13
Não	7
Nulo	1
9. O envelhecimento é sinónimo de patologias?	
Sim	14
Não	7
10. Sabe quais são as doenças mais frequentes, associadas ao envelhecimento, na atualidade?	
Sim	17
Não	4
11. Se respondeu sim diga, na sua opinião, quais são as mais frequentes?	
Cardíacas	13
Diabetes	11
Alzheimer	17
Parkinson	14
Problemas Circulatórios	12
12. Considera que a institucionalização é a solução para os mais velhos?	
Sim	14
Não	6
Nulo	1
13. A institucionalização deveria ter como suporte um quadro de profissionais credenciados?	
Sim	17
Não	4
14. No seu entender, o idoso institucionalizado, torna-se uma pessoa muito apelativa sem justificação aparente?	
Sim	17
Não	3
Nulo	1

Apêndice 6 - Plano de Formação

PLANO DE FORMAÇÃO

- **Finalidade da Formação**

A formação tem como finalidade formar os Auxiliares da Associação Casapiana, para adquirir competências, novos conhecimentos e aperfeiçoar novas técnicas e metodologias.

- **Objetivos Específicos**

Face às finalidades e objetivos anteriormente expostos, a partir dos quais se apresenta o desenvolvimento do programa, deverão ser desenvolvidas estratégias de aprendizagem, ajustadas aos formandos, de modo a que, no final da aprendizagem o formando revele as seguintes competências:

- Prestar os cuidados humanos e de saúde básicos, de acordo com as necessidades do residente, de acordo com os padrões de qualidade estabelecidos pela Instituição.
- Identificar e atuar de forma eficaz, tendo em conta as principais doenças dos idosos e as características genéricas do processo de envelhecimento.
- Executar as tarefas de higienização de espaços e equipamentos que lhe correspondem, como membro da equipa da Associação Casapiana ou do serviço em que está integrado.
- Prestar serviços de receção e acolhimento.
- Praticar a profissão com ética e deontologia profissional.

- **Módulos**

Módulo I – Gerontopsicologia: 6,5 horas

- Aspetos biológicos e psicológicos no envelhecer;
- Cuidados humanos e de saúde básicos;
- Boas práticas na prestação de um serviço de qualidade;
- A evolução do envelhecimento na sociedade contemporânea;
- A importância da institucionalização.

Módulo II – Comunicação e Relações Interpessoais: 4 horas

- O que é comunicar?
- A importância na empatia na relação com o utente;
- Saber escutar;
- A importância na assertividade nas relações interpessoais;
- Auto-conceito e auto-estima;
- A importância do trabalho em equipa;
- Gestão de conflitos;

- Dinâmicas de grupo.

Módulo III – Cuidados de Higiencização: 12 horas

- Principais regras de apresentação pessoal do técnico;
- Técnica de banho;
- Cuidados de apresentação e bem estar do cliente;
- Cuidados de higiene oral e higiene corporal;
- Lavagem das mãos;
- Fazer a cama com e sem utente;
- Formas de atendimento na alimentação dos clientes dependentes e semi dependentes, segundo as necessidades;
- Preparação dos tabuleiros de refeição;
- Manipulação de urinóis e arrastadeiras;
- Transferências entre a cama e a cadeira, entre a cama e o banho;
- Transporte em andarilho, canadianas e cadeira de rodas;
- Técnicas de posicionamento e/ou mobilidade em cadeira de rodas;
- Técnicas de posicionamento e/ou mobilidade em clientes dependentes.

Módulo IV – Rotinas Diárias: 5 horas

- Higiene do Idoso;
- Refeições;
- Higiene e limpeza do Lar (limpeza e desinfecção do quarto, das instalações sanitárias, da cozinha, material de uso, ...).
- A importância da relação com o utente e seus Familiares;
- Levantamento das necessidades do idoso;
- Promoção do Trabalho em Equipa;
- Promoção, reforço e valorização da autonomia.

Módulo V – Ética Profissional: 3 horas

- Direitos e deveres do profissional;
- Direitos e deveres da Pessoa Humana: Direitos do Idoso;
- Conceito de responsabilidade;
- Segredo profissional. Confidencialidade;
- Qualidade no Atendimento e Imagem Organizacional;
- Posturas num Bom atendimento – Colocar a Mesa, Servir à mesa, Simpatia no Atendimento.

- **Meios Físicos Afetos à Formação**

- Videoprojector
- PC Portátil
- Retroprojektor
- Outros materiais específicos dados a natureza da Formação

Apêndice 7 - Justificação dos temas abordados no Modulo I

Aspetos biológicos e psicológicos do envelhecimento - Se os AAD lidam no seu dia-a-dia com pessoas idosas, é necessário que tenham informações e/ou conhecimentos acerca dos fenómenos biológicos e psicológicos que influenciam o envelhecimento, para melhor lidarem com esta realidade.

Cuidados humanos e de saúde básicos e boas práticas na prestação de um serviço - Os serviços prestados pelos AAD são um conjunto organizado de ações que se dirigem a um indivíduo/família, qualquer que seja a sua situação. Perante o referido, somos da opinião que a qualidade surge associada às competências das pessoas que servem. Por esta razão, optou-se por abordar o tema “Boas práticas na prestação de um serviço de qualidade” e “Cuidados humanos e de saúde básicos”

A evolução do envelhecimento na sociedade contemporânea - A importância de conhecimentos sobre as questões relacionadas com a evolução do envelhecimento conduziu-nos à apresentação do tema.

A institucionalização de um idoso - Estamos também convictos que este tema é importante e adequado para conhecimento dos AAD, sabendo-se das razões da institucionalização do idoso.

Apêndice 8 - Programa de Ação de Formação 16FEV2012



**Associação Casapiana de
Solidariedade – ACS
Lar de Idosos**

Rua António Pinho, nº6, 6/C
1500-661 Lisboa
Tel: 217622071/74
Fax: 21 7604732
Correio electrónico:
acasapiana@netcabo.pt

População-Alvo:

- Funcionários da ACS
- Residentes da ACS
- Familiares dos
residentes da ACS

**Inscrições Abertas -
Recepção da ACS**

**Ação de Formação:
“A realidade das dependências:
cuidados humanos e de saúde à pessoa idosa”**

PROGRAMA:

16 Fevereiro 2012 (Quinta-feira) - 09h30 às 18h00

Salão Linhares de Sousa - Associação Casapiana de Solidariedade

- 09h30** - Sessão de abertura - Manhã
- 09h45** - 1ª Mesa - “A evolução do envelhecimento na sociedade contemporânea”
D. Patrícia Alves - Estagiária de Serviço Social - Comunicadora
Dr.ª Jocelina Santos - Directora Geral da ACS - Comentadora
D. Gisela Lima - Residente da ACS - Moderadora
- 10h30** - 2ª Mesa - A importância da institucionalização
Dr.ª Jocelina Santos - Directora Geral da ACS - Comunicadora
D. Filipa Lourenço - Estagiária de Serviço Social - Comentadora
D. Maria Irene - Residente da ACS - Moderadora
- 11h15** - Debate
- 11h30** - Coffee Break
- 11h45** - Testemunho de um idoso dependente
- 12h00** - Intervenção de uma auxiliar de acção directa
- 12h15** - Debate
- 12h30** - Sessão de encerramento para almoço
- 14h30** - Sessão de abertura - Tarde
- 14h45** - 3ª Mesa - Aspectos biológicos e psicológicos do envelhecimento
D. Ana Neves - Enfermeira da ACS - Comunicadora
Sr. Rafael Franco - Enfermeiro do Hospital Egas Moniz - Comentador
Sr. Fernando Costa - Residente da ACS - Moderador
- 15h30** - 4ª Mesa - Cuidados humanos e de saúde básica
D. Rita Vieira - Enfermeira da ACS - Comunicadora
Sr. Sérgio Ribeiro - Enfermeiro do Hospital Egas Moniz - Comentador
D. Maria de Lurdes Varandas - Residente da ACS - Moderadora
- 16h15** - Debate
- 16h30** - Coffee Break
- 17h00** - “Boas práticas na prestação de um serviço de qualidade”
D. Manuela Anjo - Fisioterapeuta da ACS - Comunicadora
- 17h45** - Debate e reflexões finais
- 18h00** - Sessão de encerramento

Apêndice 9 - Programa Ação de Formação 17FEV201



**Associação Casapiana de
Solidariedade – ACS
Lar de Idosos**

Rua António Pinho, nº6, 6/C
1500-661 Lisboa
Tel: 21 7622071/74
Fax: 21 7604732
Correio electrónico:
acasapiana@netcabo.pt

População-Alvo:

- Funcionários da ACS
- Residentes da ACS
- Familiares dos residentes da ACS

**Inscrições Abertas -
Recepção da ACS**

**Ação de Formação:
“A realidade das dependências:
cuidados humanos e de saúde à pessoa idosa”**

PROGRAMA:

17 Fevereiro 2012 (Sexta-feira) - 09h30 às 18h00

Salão Linhares de Sousa - Associação Casapiana de Solidariedade

09h30 - Sessão de abertura - Manhã

09h45 - 1ª Mesa - Aspectos biológicos e psicológicos do envelhecimento

D. Ana Neves - Enfermeira da ACS - Comunicadora

Sr. Rafael Franco - Enfermeiro do Hospital Egas Moniz - Comentador

Sr. Fernando Costa - Residente da ACS - Moderador

10h30 - 2ª Mesa - Cuidados humanos e de saúde básica

D. Rita Vieira - Enfermeira da ACS - Comunicadora

Sr. Sérgio Ribeiro - Enfermeiro do Hospital Egas Moniz - Comentador

D. Maria de Lurdes Varandas - Residente da ACS - Moderadora

11h15 - Debate

11h30 - Coffee Break

11h45 - “Boas práticas na prestação de um serviço de qualidade”

D. Manuela Anjo - Fisioterapeuta da ACS - Comunicadora

12h30 - Debate

13h00 – Sessão de encerramento para almoço

15h00 - Sessão de abertura - Tarde

15h15 - 3ª Mesa - “A evolução do envelhecimento na sociedade contemporânea”

D. Patrícia Alves - Estagiária de Serviço Social - Comunicadora

Dr.ª Jocelina Santos - Directora Geral da ACS - Comentadora

D. Gisela Lima - Residente da ACS - Moderadora

16h00 - 4ª Mesa - A importância da institucionalização

Dr.ª Jocelina Santos - Directora Geral da ACS - Comunicadora

D. Filipa Lourenço - Estagiária de Serviço Social - Comentadora

D. Maria Irene - Residente da ACS - Moderadora

16h45 - Debate

17h00 - Coffee Break

17h15 - Testemunho de um idoso dependente

17h30 - Intervenção de uma auxiliar de acção directa

17h45 - Debate e reflexões finais

18h00 - Sessão de encerramento

Apêndice 10 - Quadro 6 - Tratamento de dados do inquérito por questionário dos conhecimentos das AAD da ACS

**Apêndice 11 - Quadro 7 - Apuramento dos dados do Inquérito por Questionário dos conhecimentos das
AAD**

Quadro 7 - Apuramento dos dados do Inquérito por Questionário dos conhecimentos das

AAD

Quadro de Apuramento de dados do Questionário	
Avaliação dos Conhecimentos das Auxiliares de Ação Direta	
1. Já frequentou alguma ação de formação específica na área do envelhecimento?	
Sim	20
Não	1
2. Considera a possibilidade de uma ação de formação benéfica para o desempenho das tarefas na sua categoria profissional	
Sim	18
Não	3
3. Na sua opinião, relativamente aos conteúdos profissionais da sua categoria profissional, são de fácil execução?	
Sim	12
Não	9
4. Pensa que uma ação de formação na área do envelhecimento iria ajudar no desempenho das suas tarefas?	
Sim	18
Não	3
5. Na sua opinião, em Portugal e na Europa, o envelhecimento da população é uma realidade?	
Sim	19
Não	2
6. Na sua opinião, atualmente, o conceito de envelhecimento é entendido como um peso para a sociedade?	
Sim	16
Não	5
7. Uma pessoa com 65 anos (idade da reforma) é considerada uma pessoa velha?	
Sim	6
Não	15
8. A pessoa a partir dos 65 anos não deveria trabalhar mais?	
Sim	10
Não	11
9. O envelhecimento é sinonimo de patologias?	
Sim	7
Não	14
10. Sabe quais são as doenças mais frequentes, associadas ao envelhecimento, na atualidade?	
Sim	19

Não	2
11. Se respondeu sim diga, na sua opinião, quais são as mais frequentes?	
Cardíacas	12
Diabetes	7
Alzheimer	15
Parkinson	13
Problemas Circulatórios	10
12. Considera que a institucionalização é a solução para os mais velhos?	
Sim	13
Não	8
13. A institucionalização deveria ter como suporte um quadro de profissionais credenciados?	
Sim	15
Não	6
14. No seu entender, o idoso institucionalizado, torna-se uma pessoa muito apelativa sem justificação aparente?	
Sim	11
Não	10