



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Faculdade de Ciências da Saúde

**Avaliação da satisfação dos utentes face aos
serviços prestados pela Estrutura Residencial para
Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do
Telhado**

Sandra Alves Lourenço Salvado

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em
Gerontologia
(2.º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof.^a Doutora Maria Assunção Vaz Patto

Covilhã, Outubro de 2016

*Se o meu andar é hesitante e as minhas mãos trêmulas,
ampara-me.*

*Se a minha audição não é boa, e tenho de me esforçar para ouvir o que me dizes, procura
entender-me.*

*Se a minha visão é imperfeita
e o meu entendimento escasso,
ajuda-me com paciência.*

*Se minha mão treme
e derrubo comida na mesa ou no chão,
por favor, não te irrites, tentei fazer o que pude.*

*Se me encontrares na rua,
não faças de conta que não me viste.
Pára para conversar comigo. Sinto-me só.*

*Se, na tua sensibilidade,
me vires triste e só,
simplesmente partilha comigo um sorriso e sê solidário.*

*Se te contei pela terceira vez a mesma história
num só dia,
não me repreendas, simplesmente ouve-me.*

*Se me comporto como uma criança,
cerca-me de carinho.*

*Se estou doente e sou um peso,
não me abandones.*

*Se estou com medo da morte e tento negá-la,
por favor, ajuda-me na preparação para o adeus.*

(Autor Desconhecido)

Agradecimentos

Aos meus idosos, sem eles nada era possível... Lutarei até que possa para vos ver bem...

À minha irmã, à minha mãe e à minha EMA, o meu muito obrigado, é um amor incondicional...

Ao meu namorado, obrigado, pela motivação...

À Direção da Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado por permitirem a realização deste estudo...

Em especial à minha amiga, chefe, companheira, confidente, professora de vida, Vânia Ribeiro por todos os conselhos e coragem...

À minha amiga Rita Mello Mouro pela ajuda na aplicação dos questionários...

À minha amiga Teresa Almeida, pelas horas passada em conjunto a elaborar as nossas dissertações... e obrigado pela nossa amizade...

À Professora Doutora Maria Assunção Vaz Patto pela ajuda na elaboração desta dissertação...

A todos aqueles que de uma ou outra forma me ajudaram a alcançar este objetivo e não me deixaram desistir...

OBRIGADO!

Resumo

Introdução: O envelhecimento da população, por constituir um problema social, tem vindo a ser alvo de diversos estudos no sentido de dar resposta às necessidades que com ele emergem. Há que ponderar as consequências que o envelhecimento acarreta para os indivíduos e seus cuidadores e as implicações para a sociedade.

As dificuldades económicas que se sentem levam a que muitas famílias não consigam cuidar dos seus idosos. Por outro lado os problemas geriátricos tornam os idosos incapazes de cuidar de si próprios muitas vezes.

Neste sentido surgem as instituições de apoio social que conseguem prestar cuidados específicos a cada idoso. O objetivo das instituições é proporcionar apoio, garantindo os vários níveis de bem-estar e influenciar, deste modo, a qualidade de vida dos idosos e proporcionar um envelhecimento bem-sucedido.

Para medir a qualidade de vida do idoso é necessário ter-se em conta a satisfação dos idosos face aos serviços prestados pelas instituições.

Objetivos: O presente trabalho pretende estudar o grau de satisfação dos utentes da Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado face aos serviços prestados e identificar o grau/presença de depressão dos idosos e perceber se a presença de depressão afeta a perceção sobre a satisfação dos serviços prestados.

Metodologia: Foi aplicado um questionário aos utentes da ERPI do TECTO e uma Escala de Depressão Geriátrica (EDG).

Resultados: Numa população total de 21 idosos foram estudados 15 idosos. A maioria da amostra não apresenta sintomas de depressão e a maioria dos utentes estão muito satisfeitos face aos serviços prestados pela ERPI do Tecto.

Conclusão: Apesar de 46.66% da população estudada apresentar sintomas de depressão ligeira/grave, os utentes avaliados estão muito satisfeitos face aos serviços prestados pela instituição.

Palavras-Chave

Envelhecimento; Depressão; Qualidade de vida; Qualidade na prestação de serviços; Satisfação; Institucionalização.

Abstract

Introduction: the population aging, as it constitutes a social problem, has been the subject of several studies in order to respond to the needs that with it emerge. We need to reflect on the consequences that aging brings to individuals and their caregivers as well as implications for society.

The satisfaction of the elderly face to the provided services by institutions is linked to the sense of well-being of the elderly and a successful aging.

Objectives: The present study intends to study in first instance the degree of satisfaction among users of residential care setting for older people from TECTO - a social center of Telhado in relation to the services provided and in second instance to identify the degree/presence of depression in the elderly, and realize that the presence of depression affects perceptions about the satisfaction of services provided.

Methods: a questionnaire was applied to users of the RSOP - TECTO and a Geriatric Depression Scale (GDS).

Results: We studied 15 elderly people. The greater part of the representative sample does not show symptoms of depression and the majority of users are very satisfied with the services provided by RSOP - TECTO.

Conclusion: The fact that most studios assert that the institutionalization appears to contribute clearly to generate depressive symptoms and that depression can affect the perception of reality, in RSOP this does not happen. Although 46.66% exhibit symptoms of depression mild/serious users are very satisfied with the services provided by the institution.

Keywords

- Aging;
- Depression
- Life quality;
- Quality in the provision of services;
- Satisfaction;
- Institutionalization.

Índice

Capítulo I.....	1
1. Introdução	1
Capítulo I - Enquadramento Teórico.....	3
2. Contextualização do envelhecimento	3
2.1. Conceito de envelhecimento.....	3
2.2. Envelhecimento biológico	5
2.3. Envelhecimento psicológico.....	8
2.4. Envelhecimento e políticas sociais.....	12
3. A institucionalização.....	16
3.1. Significado das redes sociais de apoio.....	16
3.2. Institucionalização e a nova vida do idoso	19
4. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo e objetivo	23
4.1. Qualidade de vida em instituições de apoio	23
4.2. Caracterização do impacto psicológico da institucionalização: ansiedade, depressão e défices cognitivos - como afetam a perceção do meio	26
Capítulo II - Enquadramento institucional (TECTO - Centro Social do Telhado)	33
5. Caracterização da instituição: TECTO - Centro Social do Telhado	33
5.1. Objetivos	36
5.2. Serviços Prestados	37
5.2.1. Cuidados de Higiene Pessoal e Imagem.....	38
5.2.2. Cuidados de saúde.....	39
5.2.3. Nutrição e Alimentação	39
5.2.4. Acompanhamento ao exterior, aquisição de bens e serviços e transporte.....	40
5.2.5. Tratamento de roupas	40
5.2.6. Atividades de desenvolvimento Pessoal	40
Capítulo III - Metodologia.....	41
6. Objetivos	41
6.1 Objetivo geral	41
6.2. Objetivos específicos.....	41
7. Procedimentos e Recolha de dados	42
7.1. Critérios de inclusão.....	43
a) Ser utente do TECTO na resposta social de ERPI.	43
7.2. Critérios de exclusão	43
7.3. Tipo de amostra	43
Capítulo IV - Apresentação e análise de resultados	45
8. Resultados.....	45
8.1. Dados sociodemográficos (Género e Estado Civil).....	45

8.2. Análise da Escala de Depressão Geriátrica (Abreviada de Yesavage).....	46
8.3. Níveis de satisfação face aos serviços prestados	47
8.3.1. Acolhimento inicial.....	47
8.3.2. Admissão e integração.....	47
8.3.3. Atividades e Funcionamento do Lar de Idosos	48
8.3.4. Prestação de Serviços.....	49
9. Discussão de resultados.....	50
Áreas de melhoria/Sugestões	57
Considerações Finais.....	53
Bibliografia	59
Anexos.....	63
Anexo I - Carta de pedido de autorização à Direção do TECTO para aplicação de questionário	64
Anexo II - Consentimento informado	67
Anexo III - Questionário - Avaliação do grau de satisfação dos utentes face aos serviços prestados.....	69
Anexo IV - Escala de Depressão Geriátrica (Abreviada de Yesavage).....	73
ANEXO V - Carta Europeia dos Direitos e Liberdade do Idoso Residente em Instituições ..	75
ANEXO VI - Condições de organização, funcionamento e instalação a que obedecem as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas - Portaria n.º 67/2012 de 21 de Março - Objecto, Objectivos, Principios de atuação e Serviços	77
ANEXO VII - Impressos utilizados no TECTO - Centro Social do Telhado que compõem o processo individual de cada utente	81

Lista de Figuras

Figura 1 - Envelhecimento biológico.....	5
Figura 2 - Direitos dos idosos segundo a Resolução 46/91.....	12

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Perspetivas do processo de envelhecimento	3
Tabela 2 - Envelhecimento biológico - Teorias Estocásticas	6
Tabela 3 - Envelhecimento biológico - Teorias Sistémicas	7
Tabela 4 - Prestações sociais para pessoas idosas existentes em Portugal	13
Tabela 5 - Respostas sociais existentes para idosas existentes em Portugal	14
Tabela 6 - Fatores que pesaram para a institucionalização nos Estados Unidos	19
Tabela 7 - Fatores que pesaram para a institucionalização no Brasil	19
Tabela 8 - Princípios de atuação das instituições	22
Tabela 9 - Modelo de qualidade de vida para a população idosa	23
Tabela 10 - Risco de depressão na velhice	28
Tabela 11 - Avaliação da Escala de Depressão Geriátrica (Abreviada de Yesavage)	40
Tabela 12 - N.º total de utentes sem critérios de exclusão	41
Tabela 13 - N.º total de utentes com critérios de exclusão	42
Tabela 14 - Distribuição dos inquiridos por género e estado civil	43
Tabela 15 - N.º total de inquiridos por depressão e género	44
Tabela 16 - Análise as perguntas “Sente-se desamparado(a) com frequência?” e “Vale apenas viver como vive agora?”	44
Tabela 17 - Satisfação dos utentes face ao acolhimento	45
Tabela 18 - Satisfação dos utentes face à admissão e integração	45
Tabela 19 - Satisfação dos utentes face às atividades e funcionamento da ERPI	46
Tabela 20 - Satisfação dos utentes face à prestação de serviços	47

Capítulo I

1. Introdução

O envelhecimento da população é um fenómeno mundial e progressivo, prevendo-se que nas próximas décadas haja um aumento substancial na população idosa.

Sabe-se que o idoso apresenta normalmente limitações relacionadas com o próprio envelhecimento fisiológico, com doenças crónicas que comumente estão presentes e com a sociedade onde está inserido. Daí que habitualmente seja um indivíduo física, psíquica e socialmente diminuído, cuja resposta à adversidade é menor e em que a capacidade de recuperar e repor o seu equilíbrio é mais lenta e difícil, necessitando por isso de acompanhamento médico e social peculiares. (Veríssimo, 2014)

Por vezes existe necessidade de recorrer às redes sociais de suporte formal para assegurarmos a prestação de cuidados necessários aos idosos, pois existe um aumento gradual das incapacidades físicas e mentais destes.

As principais medidas de apoio social formal têm como objetivo promover a autonomia, integração social e saúde.

Segundo Antunes e Pires (2006), “o desafio da qualidade na prestação de cuidados engloba a institucionalização (preocupação com a criação de instituições), a melhoria dos cuidados na instituição, o desenvolvimento dos serviços de apoio domiciliário e a constante preocupação com a qualidade das respostas. Nenhuma organização pode aspirar a obter a total satisfação dos seus utentes e o reconhecimento dos seus parceiros e da comunidade que serve, se não tiver atingido, pelo menos, requisitos mínimos da qualidade pretendida”.

Neste sentido, e tendo em conta que os idosos são parte integrante das instituições e peças fundamentais para o desenvolvimento de um ambiente saudável dentro desta, o seu nível de satisfação é, sem dúvida, um aspeto a ter em conta quando se analisa um determinado serviço.

O presente estudo encontra-se dividido em quatro capítulos distintos.

O capítulo I é composto pelo enquadramento teórico da temática sobre o envelhecimento. É abordado o impacto da institucionalização e os demais problemas do envelhecimento, como a ansiedade, depressão e défices cognitivos visto que estes podem afetar a perceção do meio. É ainda caracterizada a qualidade de vida na terceira idade.

O capítulo II, é composto pelo enquadramento/caracterização da instituição onde foi realizado o estudo e onde se apresentam todos os serviços que esta presta.

No capítulo III, descreve-se a metodologia aplicada, define o estudo empírico, caracterizando a amostra e demais instrumentos/procedimentos para a recolha de dados.

No capítulo IV, são apresentados os resultados finais e a sua análise.

Por fim, e com base nos resultados da investigação, serão enunciadas as considerações finais e as contribuições que este estudo terá na melhoria dos serviços prestados pelo TECTO.

Capítulo I - Enquadramento Teórico

2. Contextualização do envelhecimento

2.1. Conceito de envelhecimento

Segundo Paúl (2012), o envelhecimento, pelos impactos estruturais nas sociedades contemporâneas e pela diversidade de problemáticas que abrange, tornou-se, cada vez mais, num campo multidisciplinar.

Existem, por isso, muitas formas de conceptualizar o envelhecimento e a velhice.

Todas as áreas disciplinares desde a Sociologia, Biologia, Psicologia entre outras, não conseguem, por si só, explicar adequadamente o envelhecimento, dado serem diversas as causas e as mudanças que o tempo provoca no organismo humano (bioquímicas, sistémicas, intelectuais, afetivas, familiares, laborais, e outras). Portanto, nenhuma teoria biológica, psicológica ou social permitirá dar conta, isoladamente, do produto interativo e talvez sinérgico das mudanças complexas inerentes ao processo de envelhecimento.

Para Sequeira (2010), “o envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida”, pelo que é difícil encontrar uma data a partir do qual se possam considerar as pessoas como sendo “velhas”. Este facto está em grande parte associado à falta de consenso quanto à semântica e uso das palavras “idoso” e “velho”.

Neste sentido e para Paúl (2005), cit. por Sequeira (2010) o processo do envelhecimento deve ser encarado em 3 perspetivas:

Tabela 1 - Perspetivas do processo de envelhecimento

<u>Perspetivas</u>	<u>Significado</u>
<u>Psicologia</u>	Vivência de cada um, significado do ato de envelhecer
<u>Saúde</u>	Maior probabilidade de ocorrência de doenças, devido ao aumento do tempo de vida e a uma maior vulnerabilidade
<u>Prestação de cuidados</u>	Necessidades de adequação das tipologias dos cuidados formais e informais, diversificação dos modelos assistenciais, de modo a ir de encontro às necessidades das pessoas

Fonte: Adaptado de Paúl 2005 (cit. por Sequeira 2010)

Neste sentido, o “envelhecimento deve ser pensado numa perspectiva positiva, centrado nas características da pessoa que envelhece e nas medidas preventivas de controlo e redução das perdas, e não apenas nos efeitos negativos da velhice.” (Fonseca 2005, cit. por Sequeira (2010)).

Em concordância com o atrás descrito, o Manual de Processos-Chave do Ministério do Trabalho e da Segurança Social vê o envelhecimento como um “fenómeno biológico, psicológico e social”. Refere que “o aumento da longevidade, nem sempre corresponde a um nível de bem-estar ou a um grau de autonomia que possibilite aos mais velhos uma vida de acordo com as suas necessidades e expectativas”. Diz ainda, que “o conceito de envelhecimento ativo e saudável, traduz a possibilidade da pessoa idosa permanecer autónoma e capaz de cuidar de si própria, no seu meio natural de vida, ainda que com recursos a apoios, tanto quanto possível. No entanto, há um número considerável de pessoas idosas que não encontram uma resposta adequada nesse meio. Na ausência de resposta no seu meio natural de vida - o familiar - a pessoa idosa necessita de especiais empenhos e competências das respostas sociais para que as dimensões física, psíquica, intelectual, espiritual, emocional, cultural e social da vida de cada individuo possam por ele ser desenvolvidas sem limitações dos seus direitos fundamentais à identidade e à autonomia, tornando-se frequente a necessidade do recurso a respostas sociais, em que se inclui o alojamento permanente ou temporário”.

2.2. Envelhecimento biológico

Cunha (2013) afirma que ainda hoje não se conhecem todas as minúcias do processo de envelhecimento. Embora diga que o envelhecimento tem uma base celular e que diferentes genes envolvidos em processos de reparação, manutenção e reaproveitamento de componentes celulares apresentam papel crucial na modulação do processo de envelhecimento.

Diz ainda que o envelhecimento tem uma base ambiental e que dentre os fatores ambientais mais influentes sobre o envelhecimento, a dieta e a atividade física também se fazem presentes por meio da mediação de genes, muitos deles já identificados e investigados do ponto de vista funcional. Para ele, o termo de envelhecimento é:

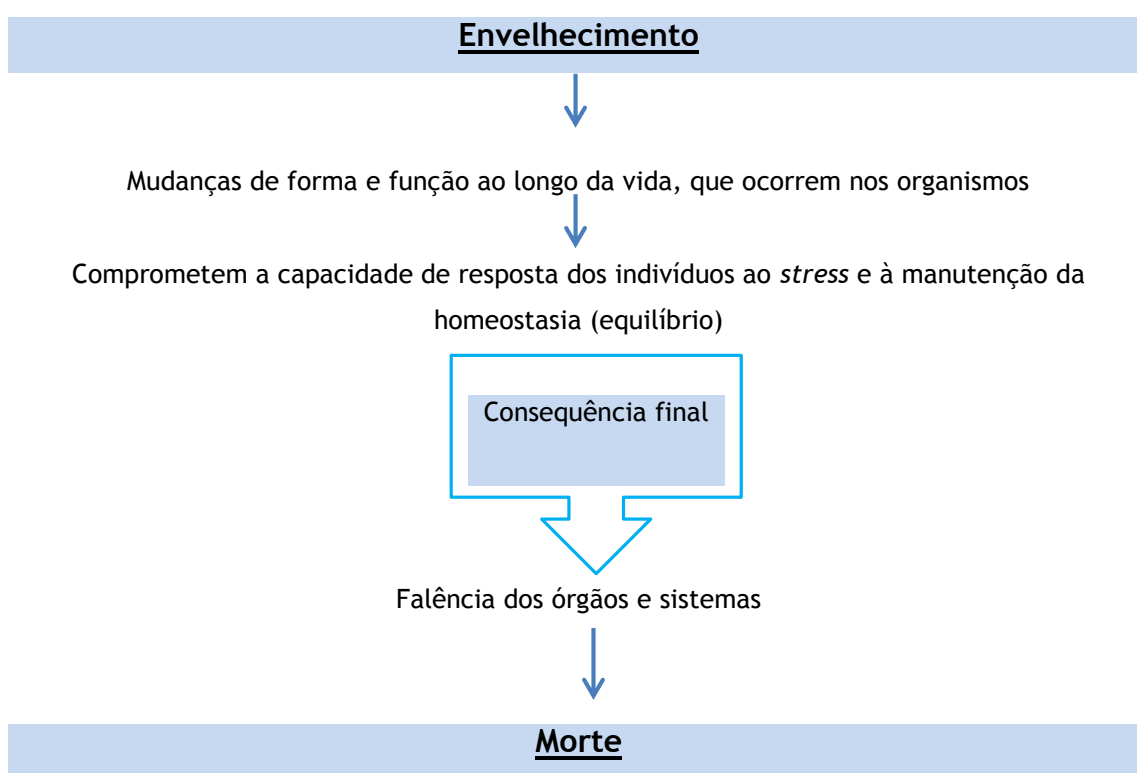


Figura 1 - Envelhecimento biológico (segundo Cunha, 2013)

Fonte: Elaboração Própria

Cunha (2013) expõe a ideia que “a velhice por si só não é uma causa *mortis*, uma vez que diferentes indivíduos, mesmo terminando suas vidas com a mesma idade cronológica, o fazem em diferentes condições”.

Numa discussão crescente no termo do envelhecimento, existem diversos autores que preferem o termo senescência.

“A senescência é o conjunto de mudanças relacionadas com a idade capazes de afetar adversamente a vitalidade e a funcionalidade dos organismos, porém de modo mais

significativo, mudanças que levem a um aumento da mortalidade em função do tempo.” (Cunha, 2013)

O envelhecimento é encarado de forma diferente pelos diversos autores. Existem diversos modos de classificar e organizar as diferentes teorias. Cunha (2013) refere Arking, que terá o maior mérito na classificação das teorias do envelhecimento. De acordo com Arking, o organismo vivo é normalmente mantido por uma rede de processos que operam paralelamente uns com outros, constituindo-se num sistema homeostático. Ele classifica o envelhecimento biológico em 2 teorias: teorias estocásticas e teorias metabólicas, ambas podendo ser classificadas como teorias intracelulares e intercelulares.

Tabela 2 - Envelhecimento biológico - Teorias Estocásticas

<u>Teorias estocásticas</u>	
“As histórias evolutivas de cada espécie ou grupo de espécies mostram adaptações muito particulares a estilos de vida diversos” (Cunha, 2013)	
Teorias de uso e desgaste	- O acúmulo de agressões ambientais no dia-a-dia levaria ao decréscimo gradual da eficiência do organismo e por fim, à morte.
Proteínas alteradas	- As mudanças que ocorrem em moléculas proteicas, após a tradução, e que são dependentes do tempo, provocariam alterações conformacionais e mudariam a atividade enzimática, comprometendo a eficiência da célula. As proteínas sofreriam danos oxidativos e seriam alteradas por ligações cruzadas reversíveis (pontes de hidrogênio) ou irreversíveis (ligações covalentes com outras moléculas). O acúmulo das proteínas anormais ao longo do tempo causaria danos ainda maiores.
Mutações somáticas, dano ao DNA e instabilidade genómica	- Alteração da informação genética; - Perdas de funções nas células e tecidos afetados; - O DNA pode sofrer agressões.
Erro catastrófico	- Processos incorretos de transcrição e/ou tradução de ácidos nucleicos reduziram a eficiência celular; - O erro incide sobre outras moléculas que não o DNA.
Desdiferenciação	- Mecanismos errôneos de ativação e repressão gênica fariam a célula sintetizar proteínas desnecessárias, reduzindo a eficiência celular.
Dano oxidativo e radicais livres	- A longevidade seria inversamente proporcional à extensão do dano oxidativo e diretamente proporcional à atividade das defesas antioxidantes; - Aumenta-se a longevidade com antioxidantes.
Lipofuscina e o acúmulo de detritos	- O envelhecimento celular é causado pelo acúmulo intracelular de produtos do metabolismo que não podem ser destruídos ou eliminados.

Fonte: adaptado de Cunha (2013)

Tabela 3 - Envelhecimento biológico - Teorias Sistémicas

<u>Teorias sistémicas</u> <u>Envolve participação genética e ambiental</u>	
Teorias metabólicas	- Longevidade e o metabolismo estariam ligados unidos em uma relação causal; - A taxa metabólica tende a declinar com a idade.
Teorias genéticas	- As mudanças nas expressões genéticas causariam modificações senescentes nas células. As mudanças poderiam ser gerais ou específicas, podendo atuar em nível intra ou extracelular.
Epigenética e silenciamento gênico	Mudanças na expressão gênica causariam modificações senescentes nas células.
Apoptose	A morte celular programada, ou apoptose, é um mecanismo celular fundamental que leva as células à morte a fim de remodelar os organismos durante o desenvolvimento ou eliminar células danificadas ou desnecessárias.
Fagocitose e autofagia	- As células senescentes apresentariam proteínas de membrana típicas, que as identificariam e as marcariam como alvo, para a destruição por outras células, tais como os macrófagos.
Teorias neuroendócrinas	A falência progressiva de células com funções integradoras específicas levaria ao colapso da homeostasia corporal, à senescência e à morte.
Teorias imunológicas	Do ponto de vista imunológico, a longevidade seria dependente das variantes de certos genes para o sistema imune presentes nos indivíduos, alguns deles estendendo, outros encurtando a longevidade.
Hormese e resistência ao stress	A exposição branda ao <i>stress</i> seria capaz de estimular mecanismo de reparação, proteção e manutenção das células a níveis superiores ao necessário para a sobrevivência em ambientes não stressantes, contribuindo para o aumento da longevidade ou a diminuição do período mórbido da senescência dos indivíduos submetidos a esse processo em relação aos que não o formam.

Fonte: adaptado de Cunha (2013)

Para Hayflick 2006 (cit. por Cunha 2013) “a busca por intervenções que prolonguem a vida humana não deveria ser uma meta, mas, em vez disso, a pesquisa em biogerontologia deveria satisfazer a necessidade humana de compreender o processo de envelhecimento. As melhorias na qualidade de vida, como o aumento na duração dos anos de vida saudável ou o conhecimento de modos de prevenção de doenças crónico-degenerativas, virão naturalmente.”

Neste sentido, Cunha (2013) diz que o envelhecimento em si não é uma doença, mas um conjunto de mudanças que aumenta a vulnerabilidade a acidentes e doenças.

2.3. Envelhecimento psicológico

O estudo psicológico do envelhecimento beneficia-se da ação multidisciplinar e interdisciplinar, da orientação por microteorias e modelos, e da adoção de uma perspectiva de desenvolvimento ao longo da vida. (Neri 2013)

A construção da Psicologia do Envelhecimento foi assente em 3 paradigmas, segundo ele:

1 - Paradigma Mecanicista - Negação da possibilidade de desenvolvimento na vida adulta e na velhice

A ideia central deste paradigma é:

- “O ser humano como máquina que reage a forças externas. Liberdade, decisões, pensamentos e o próprio “eu” não são vistos como condições causais, mas como constructos teóricos. O desenvolvimento seria produto de uma história de relações ou de funções estímulo-resposta sem intervenção de uma mente interpretativa”

Deste paradigma surgiu, principalmente a ideia de que:

- A Idade acarreta diminuição das capacidades; e que,
- O desenvolvimento cessa após a adolescência;

2 - Paradigma Organicista - Teorias psicológicas de estágio do desenvolvimento na vida adulta e na velhice

É o paradigma do crescimento, culminância e contração. As noções centrais desse paradigma são de processo, integração e organização e de desenvolvimento como processo ativo de mudanças ordenada a um alvo superior.

Este paradigma é resumido em seis noções;

1. Sequencialidade das transformações que ocorrem no indivíduo ao longo do tempo;
2. Unidirecionalidade;
3. Orientação à meta;
4. Irreversibilidade;
5. Natureza estrutural-qualitativa das transformações;
6. Universalidade dos processos de mudança.

Para este paradigma e segundo Erik Erikson (cit por Neri 2013), o desenvolvimento sucede em ciclos, cada um caracterizado pela emergência de um tema evolutivo ou crise evolutiva. Sendo estas universais e que emergem sequencialmente ao longo da vida, do nascimento à velhice.

3 - Paradigma Dialético - o desenvolvimento como processo permanente de conciliação entre determinantes inatos-biológicos, individuais-psicológicos, culturais-psicológicos e naturais-ecológicos

Para o paradigma dialético o desenvolvimento não percorre um caminho linear, mas uma trajetória caracterizada por tensão constante entre forças que o determinam. Essa tensão é adaptativa e essencialmente promotora de desenvolvimento.

As noções fundamentais deste paradigma são:

- Foco na mudança;
- Interação dinâmica;
- Causalidade recíproca;
- Ausência de determinação e preocupação com os processos de mudança determinados pela atuação conjunta de processos individuais e históricos.

4 - Paradigma de Curso de Vida - A trajetória de desenvolvimento é presidida por processos simbólicos expressos em normas etárias e de género em interação com eventos de transição.

A interação social e a socialização são os conceitos básicos deste paradigma.

No paradigma de curso de vida, o indivíduo e o ambiente social são vistos como entidades mutuamente influentes e, assim, coparticipantes no processo de construção da trajetória de desenvolvimento individual e das diferentes coortes. O desenvolvimento é visto como um processo contínuo de adaptação que dura toda a vida. Para o paradigma de curso de vida, a sociedade constrói cursos de vida ou trajetórias de desenvolvimento, na medida em que prescreve quais são os comportamentos apropriados para as diferentes faixas etárias, e ensina os indivíduos e instituições a considerar que certas trajetórias são normais e esperadas, como se isso fosse natural, e não criado socialmente.

Este paradigma leva em conta:

- O processo de construção social do desenvolvimento do adulto;
- O papel dos processos sociais no desenvolvimento das funções do *self*;
- Natureza interpessoal da vida humana.

5 - Paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life-span*)

Este paradigma considera múltiplos níveis e dimensões do desenvolvimento, visto como processo internacional, dinâmico e contextualizado. Em colaboração com os sociólogos, o paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida identifica três classes de influências biossociais:

- 1 - Graduadas por idade;
- 2 - Graduadas por história; e,
- 3 - Não normativas ou idiossincráticas.

Posteriormente, os autores refinaram essas concepções e propuseram princípios adicionais descrevendo outras trajetórias evolutivas que levam em conta a atuação concorrente dos determinantes genético-biológicos e socioculturais:

- 1 - A arquitetura da ontogenia e a interação dinâmica entre fatores biológicos e culturais mudam ao longo da vida

2 - Há diferente alocação de recursos ao longo da vida, que passa da ênfase no crescimento (na infância) à ênfase na manutenção e na regulação das perdas (na velhice);

3 - Ocorre atuação sistêmica de mecanismos de seleção, otimização e compensação na produção do desenvolvimento e do envelhecimento bem-sucedidos ou adaptativos.

Neste paradigma, o desenvolvimento e o envelhecimento são analisados como uma sequência de mudanças previsíveis, de natureza genético-biológica, que ocorrem ao longo das idades, e por isso são chamadas de mudanças graduadas por idade; como uma sequência previsível de mudanças psicossociais determinadas pelos processos de socialização a que as pessoas de cada coorte estão sujeitas, e que por isso são chamadas de influências graduadas por história; e como uma sequência não previsível de alterações devidas à influência de agendas biológicas e sociais, e que por isso são chamadas de influências não normativas.

No âmbito deste paradigma apresentam-se as microteorias psicológicas sobre o envelhecimento. A psicologia do desenvolvimento expõe teorias que mostram os aspectos específicos do envelhecimento, tais como a inteligência prática, a memória, a sabedoria, as autocrenças, as estratégias de enfrentamento e a gravidade. Outras desenvolvem-se na intersecção da psicologia e da sociologia e examinam as relações recíprocas entre o *self* e a sociedade na construção do envelhecimento.

Apresentam-se resumidamente, as duas teorias psicológicas:

1 - Teoria da seletividade socioemocional

A teoria da seletividade não aceita que as pessoas simplesmente reagem ao contexto social, mas que constroem ativamente o seu mundo social. A crença básica da teoria é que a redução na amplitude da rede de relações sociais e na participação social na velhice reflete a redistribuição de recursos socioemocionais pelos idosos, exatamente no momento em que a mudança em sua perspectiva de tempo futuro - que passa a parecer cada vez mais limitado na velhice - faz com que eles procurem selecionar metas, parceiros e formas de interação, porque isso permite otimizar os recursos de que dispõem. Na velhice passa a ser mais relevante o envolvimento seletivo com relacionamentos sociais próximos que ofereçam experiências emocionais significativas.

Esta teoria é de natureza *life-span* na medida em que considera que a adaptação é delimitada pelo tempo e pelo espaço e que a fase do desenvolvimento vivida pela pessoa é um importante contexto ao qual ela deve se adaptar. A redução nos contatos sociais que caracteriza a velhice reflete uma seleção ativa na qual as relações sociais emocionalmente próximas são mantidas porque são mais importantes para a adaptação do idoso. Na velhice, as pessoas tendem a reorganizar suas metas e relações, a priorizar realizações a curto prazo, a preferir relações sociais mais significativas e a descartar o que não cabe nestes critérios.

A teoria defende que os idosos moldam seu ambiente social de modo a maximizar seu potencial para sentir afetos positivos e para minimizar os afetos negativos. Ao fazê-lo por

meio de investimentos seletivos, os idosos estão investindo na regulação do seu comportamento socioemocional externo. Tais operações representam o cumprimento de metas úteis ao alcance de uma velhice bem-sucedida.

2 - Teoria da dependência aprendida

A dependência é definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem ajuda, devido a limitações físico-funcionais, a limitações cognitivas ou a uma combinação dessas duas condições. Habitualmente se acredita que a dependência é uma condição obrigatória e unidimensional na velhice, mas isso não é verdadeiro: a dependência dos idosos não só é uma condição com múltiplas faces, como também é determinada por múltiplas variáveis em interação. Entre os determinantes da dependência considerada como condição multidimensional, podem ser citados, por exemplo:

- Incapacidade funcional devido a doenças, senso de desamparo, falta de motivação, estados afetivos negativos e escassez ou inadequação de ajuda física e psicológica;
- Efeitos da exposição a ocorrências inesperadas ou incontroláveis no dia-a-dia e na vida familiar, bem como maior probabilidade de vivência de grandes eventos estressantes do próprio ciclo vital familiar. A interação com tais eventos tende a gerar sintomas depressivos;
- Acúmulo dos efeitos das pressões exercidas por perdas em vários domínios;
- Falta de motivação para o estabelecimento de metas, a manutenção de uma vida ativa, produtiva e saudável e o cultivo da espiritualidade;
- Desestruturação do ambiente físico devido à pobreza, ao abandono ou à negligência;
- Presença de barreiras arquitetónicas e ergonômicas ou falta de apoios ambientais;
- Presença de práticas sociais discriminativas;
- Desestruturação do ambiente social;
- Tratamentos medicamentosos inadequados, ou interação medicamentosa (iatrogenia), que podem induzir à inatividade, à apatia e à deterioração cognitiva.

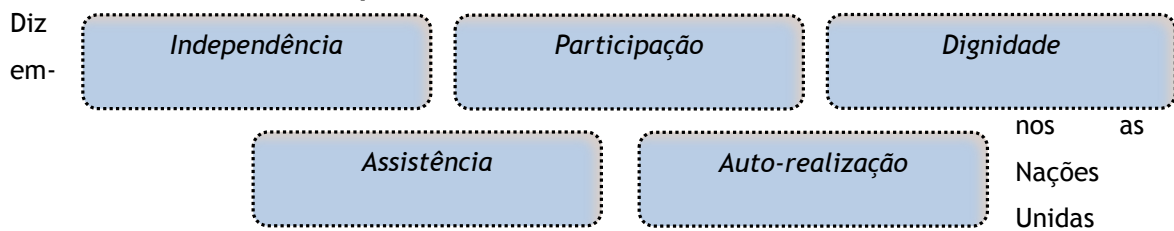
Com base em novas pesquisas foram acrescentados novos elementos à análise da dependência na velhice. A dependência não é uma condição exclusiva da velhice, mas é um fenómeno que existe em todo o curso de vida. O significado da dependência em um dado contexto social pode produzir maior ou menor tolerância e aceitação e proporcionar melhor ou pior suporte instrumental, informativo, material e afetivo, ou seja, a velhice reflete condições do sistema microsocial em que o idoso vive, condições essas que envolvem o sistema de crenças das pessoas e seus comportamentos.

A dependência aprendida sugere que os comportamentos dependentes geram consequências físicas e sociais tendendo a manter e a aperfeiçoar-se, ao mesmo tempo que as tentativas de independência geram falta de atenção, negligência, censuras ou restrições e, assim, tendem a diminuir de frequência.

Ambientes superprotetores e de baixa exigência geram dependência aprendida, o que deve ser visto como indicação para que os cuidadores familiares e profissionais não pensem ocuidado como algo que implica fazer para o idoso, mas como algo que envolve dar-lhe a ajuda necessária para que se comporte na medida de suas possibilidades.

Os comportamentos dependentes estabelecem-se e mantêm-se porque asseguram a manutenção de contatos sociais e porque são uma forma de controlar aspetos específicos do ambiente social, como, por exemplo, a obtenção de respostas indicativas de atenção, piedade e condescendência.

2.4. Envelhecimento e políticas sociais



(Resolução 46/91) que os idosos têm direitos e deverão ter acesso a:

Figura 2 - Direitos dos idosos segundo a resolução 46/91

Para Rosa Martins (2006), a sociedade contemporânea, tida como sociedade de consumo, rege-se por valores materiais o que implica ter como principal objetivo a rentabilização da produção em que se privilegiam apenas os indivíduos ativos. Em consequência, tudo isto exerce efeitos negativos sobre os cidadãos, criando situações “*stressantes*”, geradoras de doenças e que de algum modo poderão diminuir a capacidade produtiva da pessoa fragilizada.

O idoso sem autonomia é rapidamente excluído:

- Do trabalho;
- Das funções de aquisição de produção, manutenção e transmissão de conhecimentos;

Sendo assim, não será difícil de prever que, nestas circunstâncias, ele tenda ao isolamento e ao isolar-se assuma cada vez mais uma situação de dependência. Neste cenário, o que nos é permitido observar, é a velhice e o envelhecimento da população. Este fenómeno encontra explicação no contexto da cultura ocidental, onde é dominante um modelo de desenvolvimento, assente fundamentalmente sobre mitos do crescimento económico e do produtivismo, do qual resulta uma visão redutora do homem e da sociedade, que se encontra dividida pelo mercado de trabalho entre membros ativos e membros inativos.

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado

Para Rosa Martins (2006) fala-se no problema do envelhecimento como um fenómeno que preocupa cientistas e governantes, e que se faz acompanhar de um espectro de dificuldades relacionadas com:

- O encargo dos idosos sobre as gerações futuras;
- Os vários custos que o seu grande número representa;
- A falência dos sistemas de reforma;- O conservadorismo e a falta de vitalidade e dinamismo que tal envelhecimento acarretará para as sociedades modernas (Fernandes, cit. por Rosa Martins 2006).

Ao tornar-se um problema social, a velhice passou a mobilizar gente, meios, esforços e atenções considerados suficientes. A preocupação em encontrar soluções evidencia-se no aumento de estudos e de investigadores, que centram as suas atenções nas pessoas idosas. Decorrente deste processo de legitimação dos problemas sociais da velhice, constitui-se um campo de produção e gestão de bens especificamente orientados para os idosos e que tende a generalizar-se e a oferecer produtos diversificados. A evolução das relações entre gerações, bem como a produção e institucionalização de medidas especificamente orientadas para a velhice passou a designar-se por políticas de velhice, entendendo-se estas como: (Fernandes, cit. por Rosa Martins, 2006)

“O conjunto de intervenções públicas, ou ações coletivas, cujo objetivo consiste em estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre velhice e a sociedade”.

Esta consciencialização social levou a que os encargos com os idosos que anteriormente eram da responsabilidade da família ou de particulares fossem transferidos para as instâncias despersonalizadas e burocratizadas, em que as relações entre os agentes se operam de forma anónima ignorando mutuamente as suas existências (Lenoir, cit. por Rosa Martins, 2006). Para Rosa Martins (2006) as alterações no quadro da política social, bem como o aumento da procura, repercutiram-se no alargamento da rede de instituições de alojamento para idosos, na medida em que, paralelamente às mudanças políticas, ocorriam as mudanças no tecido e contexto social. Em consequência emerge uma ação social que, na sua maior parte, é exercida por IPSS's e outras organizações privadas apoiadas financeiramente pelo Estado, mediante protocolos de cooperação (Neves, cit. por Rosa Martins, 2006).

Embora os apoios sociais e financeiros dirigidos aos idosos se continuem a revelar insuficientes podem sublinhar-se segundo a Direção-Geral da Segurança Social:

Tabela 4 - Prestações Sociais para pessoas idosas existentes em Portugal (2016)

	<u>Natureza</u>	<u>Finalidade</u>
<u>Prestações de Segurança Social</u>	Pecuniária	Visam compensar a perda de remuneração de trabalho ou assegurar valores mínimos de subsistência ou de combate à pobreza ao cidadão com 65 ou mais anos de idade

<p style="text-align: center;"> Pensão de Velhice Pensão Social de Velhice Acréscimo vitalício de pensão Benefícios adicionais de saúde Complemento especial à pensão social de velhice Complemento solidário para idosos Complemento por cônjuge a cargo Suplemento especial de pensão </p>

Fonte: Adaptado de http://www.seg-social.pt/documents/10152/14653624/Guia_Pessoas_Idosas_junho2016.pdf/e39f972b-48a8-4336-a625-a8c6430be6d4

Tabela 5 - Respostas Sociais para pessoas idosas existentes em Portugal (2016)

	<u>Natureza</u>	<u>Finalidade</u>
<u>Respostas Sociais</u>	Social	Visam assegurar a prevenção e reparação das situações de carência e dependência, assegurando especial proteção aos grupos mais vulneráveis, designadamente das pessoas idosas em situação de dependência ou de carência económica ou social e podem ser desenvolvidas pelo Estado, pelas autarquias e por instituições privadas sem fins lucrativos.
Acolhimento Familiar Centro de convívio Centro de Dia; Centro de Noite; Estruturas residenciais		

Fonte: Adaptado de http://www.seg-social.pt/documents/10152/14653624/Guia_Pessoas_Idosas_junho2016.pdf/e39f972b-48a8-4336-a625-a8c6430be6d4

É de salientar que o envelhecimento humano não é só um problema demográfico, mas é sobretudo um fenómeno mais complexo que envolve aspetos socioculturais, políticos e económicos em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos. Por isso, a reestruturação dos sistemas de reforma, os regimes de previdência social e o aumento das instituições de apoio à velhice são indicadores da preocupação e adaptação social ao fenómeno do envelhecimento. Devem ser estimuladas atividades de tempos livres variadas, contactos efetivos e sociais, relações familiares, formas de apoio e assistência na doença, na alimentação e na higiene. (Carvalho 2011)

“ As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social” (Constituição da República Portuguesa - Artigo 72.º)

“A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade” (Constituição da República Portuguesa - Artigo 72.º)

3. A institucionalização

3.1. Significado das redes sociais de apoio

Para Paúl (cit. por Rosa Martins, 2005) as redes sociais de apoio representam como as ligações humanas se estruturam como sistemas de apoio (para manutenção e promoção para a saúde das pessoas) e os recursos que são partilhados entre os membros desse sistema. Na literatura das redes é frequente encontrar termos diferentes, mas que pretendem significar aspetos semelhantes. Assim rede social, rede de suporte formal ou informal, rede natural de ajuda, serviços de suportes, etc., são termos muitas vezes usados indistintamente e nem sempre da forma mais adequada. **Rede social** refere-se às relações sociais e às suas características morfológicas e transacionais. A forma como as relações sociais estruturam os comportamentos quotidianos e são mobilizadas em cada circunstância específica, caracteriza a integração social da pessoa. Já a rede de suporte é diferente da rede social porque visa uma ajuda concreta às pessoas. Deste modo, podemos dividir as redes de apoio à pessoa idosa em dois grupos principais:

- As **redes de apoio formal** (serviços estatais, segurança social e poder local);e,
- As **redes de apoio informal** (famílias, amigos e vizinhos);

As redes sociais de apoio revestem-se de importância crucial nos idosos dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigações recíprocas, levam os indivíduos a escapar ao isolamento.

Para Rosa Martins (2004) tem-se destacado sobretudo o papel do apoio social, destacando-se assim a importância dos aspetos cognitivos e interpessoais, dentro do paradigma cognitivo da psicologia contemporânea. Desta forma, as perceções que os indivíduos têm do apoio social e da sua disponibilidade dependem de variáveis situacionais: que passam pelo que acontece nas transações sociais, pelos aspetos da sua própria personalidade (por exemplo: capacidade do indivíduo para comunicar as suas necessidades e para pedir auxílio à sua rede social) e ainda de estilos cognitivos.

Para Barrón (cit. por Rosa Martins, 2005), o apoio social é «um conceito interativo que se refere às transações que se estabelecem entre indivíduos». É genericamente definido como a utilidade das pessoas e nas quais se pode confiar ou com quem se pode contar em qualquer circunstância. Nesta perspectiva, o apoio assume-se como um processo promotor de assistência e ajuda através de fatores de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos. Vaz Serra (cit. por Rosa Martins, 2005) define apoio social como «quantidade e coesão das relações que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo». Trata-se portanto de um conceito interativo referente a transações entre indivíduos, no sentido de promover o bem-estar físico e psicológico.

Trata-se de um processo dinâmico e transacional de influência mútua entre o indivíduo e a sua rede de apoio, num contexto que denomina de ecológico e que representa duas componentes. O “apoio” refere-se às atividades dos domínios instrumental e expressivo, enquanto o “social” reflete o vínculo da pessoa ao meio social que pode ser considerado em três vertentes: comunitária, de rede social e do relacionamento íntimo. Segundo Thoits e Matos e Ferreira (cit. por Rosa Martins, 2005), as necessidades sociais são:

- A filiação;
- O afeto;
- A pertença;
- A identidade;
- A segurança, e
- A aprovação;

Estas podem ser satisfeitas mediante a provisão de ajuda a dois níveis:

1. **Socio-emocional:** que engloba afeto, simpatia, compreensão, aceitação e estima de pessoas significativas;
2. **Instrumental:** que compreende conselho, informação, ajuda com a família ou com o trabalho e ainda a ajuda económica.

Recentemente tem-se salientado sobretudo o papel do apoio social percebido, enfatizando-se assim a importância dos aspetos cognitivos e interpessoais, dentro do paradigma da psicologia contemporânea. Segundo Cruz (cit. por Rosa Martins 2005) a análise das funções do apoio social revela que existem entre os autores aspetos comuns e aspetos divergentes.

Segundo Oxford (cit. por Rosa Martins, 2005), depois de ter levado a cabo um estudo abrangente, propõe cinco funções de apoio social, que compreendem:

- Suporte emocional;
- Suporte de estima;
- Suporte informativo;
- Suporte instrumental e ainda socialização;

Contrariamente e depois de analisar as diferentes formas de apresentação das funções de apoio social, Barrón (cit. por Rosa Martins, 2005) sugere um modelo mais simples e integrador que passa pelo:

- **Apoio emocional** que diz respeito à disponibilidade de alguém com quem se pode falar, e inclui as condutas que fomentam sentimentos de bem-estar afetivo. Estes fazem com que o sujeito se sinta querido, amado e respeitado e integram expressões ou demonstrações de amor, afeto, carinho, simpatia, empatia, estima;

- **Apoio material e instrumental**, que se caracteriza por ações ou materiais proporcionados por outras pessoas e que servem para revolver problemas práticos e/ou facilitar a realização de tarefas quotidianas. Este tipo de apoio tem como finalidade diminuir a sobrecarga das tarefas e deixar tempo livre para atividades de lazer. O apoio material só é

efetivo, quando o recetor percebe esta ajuda como apropriada. Se isto não acontece a ajuda é avaliada como inadequada, o que pode acontecer sempre que o sujeito sente ameaçada à sua liberdade ou se sente em dívida;

- **Apoio de informação**, refere-se ao processo através do qual as pessoas recebem informações ou orientações relevantes que as ajuda a compreender o seu mundo e/ou ajustar-se às alterações que existem nele.

Inspirado nos constructos de Cohen e Will, Cutrona e Russel, Powell e Enright, também Vaz Serra (cit por Rosa Martins, 2005) diferencia seis tipos de funções nomeadamente:

1. **Apoio afetivo** - faz com que as pessoas se sintam estimadas e aceites pelos outros, apesar dos seus defeitos, erros ou limitações, o que contribui para melhorar a auto-estima;

2. **Apoio emocional** - corresponde aos sentimentos de apoio e segurança que a pessoa pode receber e que a ajuda a ultrapassar os problemas;

3. **Apoio percetivo** - ajuda o indivíduo a reavaliar o seu problema, a dar-lhe outro significado e a estabelecer objetivos mais realistas;

4. **Apoio informativo** - constitui o conjunto de informações e conselhos que ajudam as pessoas a compreender melhor as situações complexas, facilitando a tomada de decisões;

5. **Apoio instrumental** - ajuda o indivíduo a resolver problemas através da prestação concreta de bens e serviços;

6. **Apoio de convívio social** - conseguido através do convívio com outras pessoas em atividades de lazer ou culturais, que ajuda a aliviar as tensões e faz a pessoa sentir-se não isolada e participante de determinada rede social.

Segundo Vaz Serra (cit. por Rosa Martins, 2005) o papel protetor das forças sociais sobre o homem e a sua influência no bem-estar e qualidade de vida são hoje indiscutíveis. Confirmam-no diversas investigações das quais se destacam as razões apontadas:

- Estabelecerem elos afetivos mais firmes aumentando assim a segurança;
- Contribuírem para a integração social dos indivíduos favorecendo o reconhecimento, valor e competências do indivíduo;
- Possibilitarem as trocas (dar e receber) conselhos e informações orientadoras;
- Proporcionarem aos seres humanos, a prestação de cuidados a outras;
- Reforçam os efeitos produzidos pelo apoio social nos indivíduos.

O apoio social terá um efeito direto sobre o bem-estar, fomentando a saúde independentemente do nível de *stress*, o que significa que quanto maior for o apoio social menor será o mal-estar psicológico experimentado e quanto menor for o apoio social maior será a incidência dos transtornos. Para além disso, o apoio social promove a adaptação dos indivíduos, quando estes são confrontados com situações normativas, contribuindo assim para o seu bem-estar físico e psicológico.

3.2. Institucionalização e a nova vida do idoso

As Estruturas Residenciais (outrora designadas por “lares”) são uma resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada ao alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas (ou outras) em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia (Portaria n.º 67/2012 de 21 de Março). Proporcionam serviços permanentes e adequados às necessidades biopsicossociais das pessoas idosas.

Para Kane et. al (2005) as instituições de longa permanência são necessárias não apenas porque os pacientes idosos têm doenças ou até mesmo limitações funcionais, mas também devido a falta de suporte social.

Segundo Fernandes (1997) e Gomes (2000) “as instituições criadas são orientadas pelos princípios da prevenção da dependência e da integração das pessoas idosas na comunidade” Melo (1998) afirma que o ambiente residencial ocupa um lugar importantíssimo na vida da pessoa idosa (cit. por Rosa Martins 2006:136). A autora defende que a satisfação com o ambiente residencial surge ligada ao sentido de bem-estar psicológico do idoso, podendo a casa refletir também valores culturais as identidades pessoais dos indivíduos.

As conclusões de um estudo levado a cabo por Paúl (1997) (cit. por Rosa Martins 2006) sobre “residências para idosos” mostraram que a insatisfação com a casa em que habitam ou a zona de residência em que estão inseridos nunca surgiu ao longo das inúmeras entrevistas que realizaram junto da população idosa. Já os problemas de saúde, que limitam o funcionamento dos idosos, e a falta de recursos económicos para fazer face a reparos necessários à manutenção da casa, apareceram inúmeras vezes como o fator próximo que antecedeu a institucionalização. Aliado a isto, acresce o facto de existir, nas pessoas idosas, uma diminuição das capacidades de adaptação, que as torna mais sensíveis ao meio ambiente que as rodeia e de ter a casa um valor simbólico na construção da identidade social do Ser Humano”. “Para Pimentel 2001 (cit. por Rosa Martins 2006) o conjunto de serviços e equipamentos que cada sociedade oferece aos seus idosos tem como objetivo melhorar as condições de vida. A institucionalização surge normalmente para a família ou para os idosos sem família como a última alternativa quando todas as outras são inviáveis. Se é verdade que a perda de autonomia física é um fator determinante na opção do internamento, e que muitos dos idosos que residem nos lares são fisicamente dependentes, o facto é que, associados a esta dependência física surgem outros fatores que por vezes condicionam mais fortemente a decisão” (cit. por Rosa Martins 2006).

Assim, vários estudos têm confirmado que os problemas de saúde e perda de autonomia não surgem como principais fatores apontados para a decisão de internamento. O motivo mais frequente é o isolamento, ou seja, a existência de uma rede de interações que facilitem a integração social e familiar dos idosos e que garantam um apoio efetivo em caso de maior

necessidade. A falta de recursos, quer económicos quer habitacionais, também é frequentemente apontada como motivos para a institucionalização.

Kane em 1997 (cit. por Rosa Martins 2006) realizou um estudo nos Estados Unidos sobre os fatores que pesaram na institucionalização:

Tabela 6 - Fatores que pesaram para a institucionalização nos Estados Unidos

Idade
Diagnóstico
Limitação nas AVD's,
Morar só
Estado civil
Situação mental
Etnia
Ausência de suportes sociais
Pobreza

Fonte: Adaptado de Kane 1997 (cit. por Rosa Martins, 2006)

Freitas, et. al 2002 (cit. por Rosa Martins 2006) no caso do Brasil, foram também analisados vários grupos institucionalizados e as conclusões resultantes demonstraram que os fatores de risco que levaram ao internamento foram:

Tabela 7 - Fatores para a institucionalização no Brasil

Síndromes de imobilidade	Ter acima dos 70 anos de idade
Problemas médicos	Solteiro
Depressão	Sem filhos
Demência	Viúvo recente
Alta hospitalar recente	Morar sozinho
Incontinência	Isolamento social
Ser do sexo feminino	Pobreza

Fonte: Adaptado de Freitas, et.al 2002 (cit. por Rosa Martins 2006)

Como se pode observar, os motivos principais ligam-se a fatores associados à saúde, às síndromes conhecidas por gigantes de geriatria com múltiplas causas e riscos acrescidos de perda de independência.

A institucionalização leva ao abandono do seu próprio espaço conhecido e vivido, obrigando-o a reaprender a integrar-se num meio que lhe é limitativo e que, em muitos casos, assume o controlo de muitos aspetos da sua vida. (Paúl 1997, cit. por Rosa Martins 2006)

Uma das questões que se levanta quando pensamos na institucionalização do idoso é a adaptação. A institucionalização do idoso implica um processo de adaptação e, visto que essa capacidade vai diminuindo com a idade, concluímos, portanto, que a probabilidades de desajustamento são cada vez maiores. A síndrome da não adaptação agrupa cognições, emoções e comportamentos que se traduzem em pessimismo, impotência, desespero, perda de controlo, falta de suporte social e dependência. (Carvalho, 2011)

As adaptações morfológicas advêm de alterações ecológicas e as adaptações fisiológicas correspondem a alterações de certas funções ou da atividade metabólica geral dos organismos. As adaptações morfológicas e fisiológicas constituem estratégias de tolerância aos fatores ambientais, atuando como processos reguladores. Uma outra estratégia de adaptação consiste em evitar as limitações do meio, por adaptação do ciclo de vida ou do comportamento. (Oliveira,2007, cit. Por Carvalho 2011)

O idoso é confrontado com uma realidade completamente nova e com a qual pode não estar apto para lidar. (Lemos, 2005, cit por Carvalho, 2011)

Segundo Santos (cit. por Carvalho 2011) quanto maior o tempo de institucionalização, maior a debilidade do idoso, uma vez que a institucionalização promove o isolamento social e a inatividade física. Para que a integração do idoso seja positiva é necessário considerar as relações pessoais internas, ou seja, as que se estabelecem entre idosos e os restantes utentes, bem como o pessoal que tem a seu cargo os idosos. É igualmente importante, para a integração do idoso na instituição, fomentar as relações com o exterior, com a família e os amigos. É importante que o idoso saiba que se preocupam com ele e desenvolver relações que evitem o isolamento social e a solidão do idoso. Considera-se que o idoso apresenta uma boa adaptação se supera com eficiência as dificuldades, resolve os conflitos e consegue satisfações e realizações socialmente aceitáveis. Se, pelo contrário, vive sentimentos de medo, dependência, descontentamento, ansiedade, inferioridade, apatia e isolamento, então estamos perante uma má adaptação. (Bromley, cit por Carvalho 2011)

Segundo Boechat et.al (2013) a mudança do idoso da sua casa para a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas é um grande desafio. A instituição necessitará de vários dados sobre o idoso e de seus familiares, tais como identificação, história de vida e relacionamento familiar, anamnese e avaliação de enfermagem e aplicação de testes de avaliação. Sendo valiosa a informação, a família poderá prepara-la com antecedência, esclarecendo itens importantes para a orientação da equipe, tais como:

- Grau de dependência para a mobilidade;
- Detalhes sobre cuidado pessoal;
- Grau de privacidade a que está habituado;
- Nível de suficiência para a alimentação;
- Opinião sobre ter um companheiro de quarto;
- Insegurança, como medo do anoitecer (por exemplo);
- Esclarecimento sobre a religião: se é parte importante da vida, se frequenta serviço religioso e se deve continuar hábitos rotineiros agradáveis, como ver programas especial de TV, caminhar após o desjejum ou ler o jornal;
- Preferência musical, artes, trabalhos manuais, desportos, jardinagem.

Com o atrás descrito é importante capacitar as instituições e os seus profissionais para que a qualidade de vida e a satisfação dos idosos seja sentida.

As ERPI devem “proporcionar cuidados e ser um lugar bom para viver. Os seus serviços devem organizar-se tendo em vista a satisfação das múltiplas necessidades, de carácter material, emocional e espiritual que os idosos apresentam para uma vida diária satisfatória, como indivíduos e como participantes da vida comunitária, incluindo, necessariamente, a assistência integral à saúde” (Kane 1987, cit. por Boechat et.al. 2013)

4. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo e objetivo

4.1. Qualidade de vida em instituições de apoio

Para a Organização Mundial de Saúde a qualidade de vida é um conceito amplo e subjetivo que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com aspetos importantes do meio ambiente. (WHO 2002, cit. por Almeida et.al. 2012)

A mesma organização define envelhecimento ativo como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Baseia-se essencialmente em 3 pilares:

1. Diminuição do risco de doença e/ou incapacidade;
2. Promoção do estado de saúde mental;
3. Perfeita integração na sociedade;

Veríssimo (2014) considera que o envelhecimento bem-sucedido pressupõe uma capacidade de resposta adaptativa aos desafios endógenos e exógenos relacionados com o avanço da idade. Os aspetos e os desafios que o envelhecimento da população envolve são problemas da sociedade em geral e dos profissionais de saúde em particular, o que torna este tema sempre atual, exigindo uma análise multidisciplinar.

O aumento da esperança média de vida só constitui um progresso real da sociedade se não se acompanhar de uma diminuição da qualidade de vida das pessoas, surgindo o conceito de “esperança média de vida sem incapacidade”, ou seja o número de anos que se espera, sintetizando na famosa frase da OMS que nos diz: *“dar mais vida aos anos e não apenas mais anos à vida”*. Neste sentido é importante referenciar os princípios de atuação das instituições.

Tabela 8 - Princípios das instituições

- a) Qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade;
- b) Interdisciplinaridade;
- c) Avaliação integral das necessidades do residente;
- d) Promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- e) Participação e co-responsabilização do residente ou representante legal ou familiares, na elaboração do plano individual de cuidados.

Estes princípios vão encontro do que se pretende com a qualidade de vida na terceira idade.

Fonte: Portaria n.º 67/2012 - artigo n.º 4

Segundo a OMS, (cit. por Afonso 2011) a qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem da sua vida no seu contexto cultural, no seu sistema de valores e em relação aos seus objetivos, as expectativas e preocupações. Não só é considerada como “saúde física”, como outras dimensões psicológicas, sociais e ambientais.

Para a percussão da qualidade de vida em IPSS's e segundo o manual de processo-chave da Segurança Social é necessário assentar a prestação de serviços no modelo de Qualidade de vida para a população idosa que assenta em 6 domínios fundamentais: (manual WHOQOL-OLD)

Tabela 9 - Modelo de qualidade de vida para a população idosa

Habilidades Sensoriais
Reporta ao estado de funcionamento sensorial da pessoa, tendo ainda em consideração o impacto da perda de habilidades sensoriais na qualidade de vida. Ao estar focalizada nos sentidos (por exemplo, audição, visão, olfato), a análise desde domínio implica, designadamente, a identificação de necessidades em termos de utilização de ajudas técnicas e a sinalização de estratégias de compensação/alternativas já implementadas ou a implementar.

Autonomia
Refere-se à independência , à capacidade ou liberdade de viver de forma autónoma e tomar decisões . Assim, para além da recolha, análise e interpretação de informação, no sentido de conduzir a decisões conscientes, inclui as áreas de mobilidade e realização de atividades de vida diária. A este nível podem ser exploradas questões com o locus de controlo que a pessoa sente ter sobre a sua própria vida, bem como aquele que demonstra ter através da narração de episódios de tomada de decisão. Para aqui contribui também a identificação das tarefas que o indivíduo realiza autonomamente ou para as quais necessita de apoio, considerando os diferentes graus de apoio possíveis.

Atividades passadas, presentes e futuras
Relativo à satisfação sobre as conquistas na vida e coisas a que se anseia , este domínio remete para a integração narrativa do ciclo de vida do indivíduo, com particular ênfase nos papéis e atividades desempenhadas. Em jeito de balanço orientador da ação futura, são identificadas as áreas de realização e de reconhecimento pessoal e social do indivíduo, de modo a apoiar a construção de um projeto de vida baseado na combinação virtuosa das atuações realizadas com as atualmente executadas, numa lógica de potenciação das mesmas e de re/construção das expectativas face às vivências futuras.

Participação social
Assente na participação nas atividades quotidianas, especialmente na comunidade , este domínio implica a presença em contextos vivenciais e o envolvimento em papéis e atividades de idêntico cariz. Além da implementação de competências de vida em comunidade, inclui a densidade da rede social de apoio (por exemplo, familiares, amigos, sócios de uma mesma associação), bem como a proximidade e intensidade dos contactos. No sentido da efetiva inclusão social, implica ainda a capacidade de afetar e ser afetado pelos dinamismos sociais.

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado

Morte e Morrer

Relacionado com a integração das narrativas vivenciais requeridas pelo domínio anterior, o presente domínio remete para a preparação para o luto de pessoas próximas (por exemplo, companheiro/a, irmãos, amigos, outras pessoas residentes na Estrutura Residencial), bem como para a organização psicossocial da conclusão do seu próprio ciclo de vida. Assim sendo, este domínio integra as **preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer**, numa lógica de promoção da assimilação funcional e ajustada desse momento como parte integrante da vida.

Intimidade

Considerando a importância das vivências afetivas do indivíduo, refere-se à capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos. Inclui a satisfação da pessoa com as relações afetivas, amorosas e sexuais que estabelece, na relação entre as suas expectativas e os resultados alcançados percebidos. Integra ainda as atitudes e os comportamentos adotados em relação aos outros.

Fonte: Manual de processos-chave da Segurança Social - ERPI

Todas as estratégias e atividades a realizar com o utente em sede de avaliação das necessidades e dos potenciais deverão ter por base a matriz conceptual referida, para que o serviço a prestar pela Estrutura Residencial tenha como referencial de intervenção o envelhecimento ativo nas dimensões: biológica, intelectual e emocional, potenciando assim uma promoção holística da **qualidade de vida dos utentes**.

4.2. Caracterização do impacto psicológico da institucionalização: ansiedade, depressão e défices cognitivos - como afetam a perceção do meio

Rodrigues (2013) diz que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral do indivíduo e da sociedade. No entanto, ainda é reduzida a atenção dispensada aos transtornos mentais em comparação com a saúde física, apesar de se projetar um aumento no quantitativo de indivíduos portadores de transtornos mentais, tendo em vista o envelhecimento populacional.

Ansiedade

Para Sharp (2004) a “ansiedade é um intenso nervosismo ou inquietação que afeta a capacidade de funcionar”. Tanto o nervosismo como a inquietação constituem uma resposta normal a uma situação de ameaça ou stress.

A qualidade de vida e a capacidade de realizar tarefas diárias podem ser afetadas com gravidade pelas perturbações de ansiedade. Estas perturbações são comuns nas pessoas com idade avançada. Muitos idosos já sofreram de uma perturbação de ansiedade anteriormente no decurso das suas vidas, enquanto outros desenvolvem a doença pela primeira vez já com idade avançada.

Fazem parte dos transtornos de ansiedade:

- Agorafobia;
- Pânico;
- Fobias;
- Transtorno de ansiedade generalizada - é caracterizado por uma preocupação excessiva, irreal e generalizada acerca de diversos eventos ou atividades, ocorrendo na maioria dos dias por ao menos 6 meses;
- Transtorno obsessivo compulsivo;
- Transtorno de estresse pós-traumático;
- Transtorno de estresse agudo; A ansiedade nos idosos pode estar presente como desordem primária, porém é mais frequentemente associada a outras doenças (neurológicas, cardiovasculares, respiratórias, endócrinas, gastrointestinais, imunológicas e relacionado com medicamentos: uso ou abstinência), especialmente a depressão maior e a demência em idosos.

Em geral a ansiedade manifesta-se sob a forma de agitação física e ou descontrolo verbal, além de associar prejuízos nas funções executivas. (Frank e Rodrigues, 2013)

Depressão

Os transtornos depressivos estão entre as 10 principais causas de anos de vida ajustados por incapacidade, independentemente do sexo e idade. Porém, quando apenas a componente incapacidade da carga é avaliado, a depressão passa a ser a causa mais importante de anos de vida (vividos) com incapacidade, independentemente da idade e sexo.

Esses indicadores traduzem a necessidade de uma olhar diferenciado para a possibilidade de diagnóstico de depressão em idosos, uma vez que ainda é comum a atribuição errônea dos sintomas depressivos ao processo de envelhecimento, por parte do próprio idoso, de seus familiares e de alguns profissionais de saúde... este cenário gera um elevado custo para o indivíduo, para a família e para a sociedade, composto por fatores como o custo dos serviços sociais e de saúde, a redução na produtividade ou perda de emprego e o impacto negativo na mortalidade prematura.

“Os transtornos depressivos apresentam significativa prevalência entre indivíduos idosos da comunidade, variando entre 4.8 e 14.6%. Quando os estudos de prevalência se referem a idosos hospitalizados ou institucionalizados, os resultados são ainda maiores, atingindo 22%.” (Rodrigues et al 2013)

Rodrigues et al (2013) apresenta os subtipos de depressão mais frequentes nos idosos:

- “Depressão vascular: caracterizada por redução do interesse, retardo psicomotor, prejuízo na percepção e pouca agitação ou sentimento de culpa, além de uma possível piora na incapacidade. Dentre os sintomas cognitivos mais presentes, estão o deficit de fluência verbal e a anomia. Deve ser suspeitada quando o primeiro episódio ocorre em idade mais avançada (mais de 85 anos) e não tem relação com a história de doença familiar”;

- “Síndrome depressão: disfunção executiva: causada por uma proeminente disfunção frontoestriatal e caracterizada por retardo psicomotor, redução de interesse, dano nas atividades instrumentais de vida diária, insight limitado e sinais vegetativos. Essa síndrome apresenta resposta pobre, lenta e instável aos antidepressivos e requer um cuidadoso plano de acompanhamento”;

- Depressão psicótica: mais frequentes em idosos que nos adultos jovens, associa-se a alucinações e/ou delírios (culpa, hipocondria, nihilismo, persecutório e de ciúmes), com maior risco de comportamento de auto-lesão;

- Depressão melancólica: caracterizada por incapacidade de reagir a estímulos positivos, piora do humor pela manhã, sentimento de culpa excessivo, despertar precoce, marcante retardo ou agitação psicomotora, perda de apetite ou peso.

O diagnóstico da depressão é essencialmente clínico, devendo ser dada ênfase à:

- Historia clinica atual e pregressa, incluindo a história psiquiátrica do próprio paciente e de seus familiares e ideação suicida;
- Uso de medicamentos;
- Funcionalidade;
- Avaliação psicológica (eventos stressores):
- Avaliação cognitiva e social, incluindo inserções laborativas, de lazer, suporte social/familiar, rede de relacionamentos e estrutura económica;
- Investigar doenças clínicas que possam estar colaborando para a depressão, com os seus exames específicos (p.e. eletrocardiograma)

Existem várias escalas diagnósticas validadas para rastreio de depressão ou verificação de gravidade de seus sintomas. A aplicação de uma escala contribui para a investigação diagnóstica e reduz a possibilidade do subdiagnóstico por expor objetivamente a sintomatologia, mas nunca deve ser utilizada isoladamente como critério diagnóstico. Existem várias escalas para a avaliação, como a Escala de Depressão Geriátrica, que irá fazer para deste estudo.

Os fatores de risco para sintomas depressivos são:

- Doença cerebrovascular;
- Idade;
- Género;
- Estado civil;
- Doença psiquiátrica;
- Outros eventos de saúde;
- Uso de medicamentos;
- Escolaridade;
- Viuvez;
- Institucionalização - a presença de sintomas depressivos na admissão em instituição de longa permanência é um fator preditor de depressão, assim como a falta de visitas ao idoso institucionalizado;
- Traumas psicológicos;
- Suporte social;
- Outros fatores de risco social.

Para Afonso (2011) várias investigações em diversos países sugerem uma incidência de depressão mais elevada nos idosos que se encontrem institucionalizados do que aqueles que residem em comunidade. Contudo, alguns estudos sobre este tema desenvolvidos em Portugal não apoiam este resultado, indicando incidências equivalentes de depressão para idosos residentes em comunidade e em instituições.

“Costa 2005 cit. por Afonso (2011) desenvolveu uma investigação em Portugal sobre a incidência da depressão em idosos de instituições e da comunidade. De acordo com os

resultados, a grande maioria dos idosos participantes no estudo apresentava depressão. Quando se compara a incidência dos dois tipos de depressão avaliados (menor e maior), os dados indicam que a depressão menor é significativamente superior na comunidade e que a depressão maior apresenta uma incidência semelhante nos dois contextos. Relativamente à incidência de depressão maior nos idosos que se encontram em instituições, os resultados do estudo de Costa (2005) não vão ao encontro do que é referido por outros estudos, que indicam que a incidência de depressão maior é superior nos idosos que se encontram em instituições. Para Afonso (2011) e segundo a análise que realizou em diferentes investigações, os fatores que parecem aumentar o risco de depressão na velhice são os seguintes:

Tabela 10 - Risco de depressão na velhice

Género Feminino
Baixo estatuto socioeconómico
Viver sozinho
Baixo apoio social
Historial de episódios depressivos
Doença ou incapacidade
Défice cognitivo
Acontecimentos de vida negativos

Fonte: Afonso (2013)

No mesmo sentido “um estudo feito a várias instituições objetivadas para residências de idosos mostra, que a maior parte das instituições para idosos retira toda a privacidade aos seus utentes, com sujeição a controlo e dependência face à regulamentação interna. Além disso, acrescenta que a institucionalização e respetivo desenraizamento leva mais rapidamente à deterioração, e a uma maior incapacidade física e mental. Uma outra conclusão é que as perturbações psiquiátricas são mais frequentes em idosos institucionalizados”. (Borges 2000, cit. por Rosa Martins 2006)

“De acordo com Ballone (2001), observa-se frequentemente que o idoso deprimido passa por uma importante deterioração do seu estado geral e por um decréscimo significativo da sua qualidade”. (Rosa Martins et.al. 2012)

É necessário, neste sentido prevenir e tratar a depressão. Prevenir e tratar a depressão antes da institucionalização e após a institucionalização. Existem, neste sentido, dois tipos de grupos de tratamento para a depressão: os biológicos (farmacologia, electroconvulsoterapia, estimulação magnética transcraniana e fototerapia) e o não biológico (psicoterapia).

O tratamento da depressão visa a eliminação dos sintomas, a prevenção de recorrências ou recaídas, a prevenção da piora de outras patologias presentes e de mortalidade por suicídio ou por outras causas associadas, a melhora cognitiva e funcional e o apoio para que os pacientes

possam lidar com as suas dificuldades. A associação entre essas opções eleva o potencial de resposta do paciente.

Défice cognitivo

Segundo Tamai et al (2013) a cognição tem sido vista como uma função cortical que pode ser dividida em subfunções distintas, tais como atenção, orientação, memória, organização visuomotora, raciocínio, função executiva, planejamento e solução de problemas. A conceituação, em geral, ilustra a cognição como a capacidade do indivíduo de adquirir e usar informação, a fim de adaptar-se às demandas do meio ambiente. A capacidade para adquirir uma informação envolve habilidades para processar a informação ou a capacidade para entender a nova informação, organizá-la, assimilá-la e integrá-la com as experiências anteriores. Ou seja, as funções cognitivas incluem o uso espontâneo de estratégias eficientes de processamento, as habilidades para ter conhecimento prévio quando necessário e a consciência da própria capacidade cognitiva.

Deste modo, uma disfunção cognitiva pode afetar a capacidade funcional em todas as esferas da vida: social e interpessoal, trabalho, lazer e atividades da vida diária. Nas situações sociais, as disfunções cognitivas podem interferir na habilidade do indivíduo para entender e integrar precisamente todas as partes de uma situação. Tarefas individuais podem ser desempenhadas ineficientemente. O indivíduo pode ser incapaz de decidir o que tentar primeiro, o que priorizar ou como quebrar uma tarefa em passos. Um tempo excessivo pode ser despendido, processando-se detalhes não essenciais. Além disso, um paciente cognitivamente comprometido pode ter dificuldade em manter uma recordação de eventos anteriores e associar informações relacionadas entre si. Com a presença de disfunção cognitiva é necessário, reabilitar.

O objetivo da reabilitação cognitiva é capacitar os indivíduos e familiares a conviver, lidar, contornar, reduzir ou superar as deficiências cognitivas. A reabilitação cognitiva consiste, basicamente, em estratégias desenvolvidas e aplicadas em técnicas cognitivas, primeiramente para a restauração clínica de funções e secundariamente para a compensação de funções, com o objetivo de minimizar os distúrbios de atenção, de linguagem, de processamento visual, memória, raciocínio e resolução de problemas, além das funções executivas.

Neri (2013) refere que o declínio cognitivo pode prejudicar a capacidade dos idosos de cuidar da própria saúde, uma vez que determinam prejuízos nas seguintes competências: compreender informações sobre a medicação; seguir instruções médicas; acionar os recursos do convênio de saúde; compreender contratos e leis; responder prontamente a situações de alerta concernentes à saúde; fazer inferências; reunir o maior número de informações para depois tomar decisões e descartar falsas informações que aparentemente são verdadeiras porque alguns de seus elementos são familiares.

Os idosos, seus comportamentos e suas condições estruturais e funcionais selecionam aspectos do meio e moldam-nos às suas necessidades. O ambiente desempenha papel primordial na

determinação das competências de vida diária, na medida em que oferece as contingências económicas, sociais, educacionais, ergonômicas e arquitetónicas sob as quais as competências comportamentais se expressam. Entre as funções desempenhadas pelo ambiente contam-se as seguintes:

- Oferta de condições físicas (poluição/ruido/transito/clima)
- Transporte;
- Segurança e proteção física;
- Recursos financeiros;
- Cuidados de saúde;
- Proteção social;
- Oportunidades para adquirir novas informações e habilidades;
- Oportunidades para recreação e lazer.

Para Lawton 1991 cit. por Neri (2013) à medida que a competência declina e o comportamento torna-se crescentemente determinado por fatores externos, é necessário manejar o ambiente para que os idosos possam viver mais dignamente e com mais segurança e bem-estar.

Para os idosos com défices cognitivos e mesmo para aqueles que não os apresentam é necessários recorrer a determinadas recomendações, tais como:

- Assegurar a privacidade;
- Dar oportunidade para a integração social;
- Dar oportunidade para o exercício de controlo pessoal, liberdade de escolha e autonomia;
- Personalizar o tratamento, objetos e locais;
- Facilitar a discriminação de estímulos visuais, tácteis e olfatórios;
- Planejar ambientes bonitos e agradáveis;
- Tornar o ambiente mais familiar flexível para o atendimento de novas necessidades;
- Tornar o ambiente mais familiar por meio de referências históricas, objetos familiares, arranjos tradicionais de mobiliário e contato com a natureza;
- Facilitar a orientação espacial;
- Assegurar a segurança física;
- Facilitar o acesso a equipamentos e o funcionamento na vida do dia-a-dia;
- Propiciar um ambiente estimulador e desafiador;

Capítulo II - Enquadramento institucional (TECTO - Centro Social do Telhado)

5. Caracterização da instituição: TECTO - Centro Social do Telhado

O Tecto - Centro Social do Telhado é uma IPSS reconhecida como pessoa coletiva de utilidade pública, com registo n.º119/99, efetuado em 05/08/1999 no D.R. III série, n.º 3 em 5 de Janeiro de 2000, com sede na Rua da Cerca, na freguesia do Telhado, concelho do Fundão, com o número de contribuinte 504 246 178 e número de Segurança Social 20007429502.

A presente resposta social funciona de acordo com a legislação em vigor:

- Decreto - Lei n.º 172 - A/2014, de 14 de Novembro - Aprova o Estatuto das IPSS;
- Portaria n.º 196-A/2015, de 1 de Julho - define critérios, regras e formas em que assenta o modelo específico da cooperação estabelecido entre o Instituto da Segurança Social, I.P, (ISS, I.P) e as instituições particulares de solidariedade social;
- Portaria n.º 67/2012, de 21 de Março - Define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas;
- Decreto - Lei n.º 33/2014, de 4 de Março - Define o regime jurídico de instalação, funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas, estabelecendo o respetivo regime contraordenacional;
- Protocolo de Cooperação em vigor;
- Circular n.º 4/2014 da Direcção-Geral da Segurança Social e demais circulares de orientações técnicas;
- Manual de Processos-Chave - Estrutura Residencial para Idosos - Segurança social.

O Ministério do Trabalho e da Segurança Social - Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e da Segurança das Respostas Sociais - pretende que as organizações, com respostas sociais protocoladas com o Estado, adotem ou se orientem pelos Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais e alcancem um nível mínimo de qualidade (Nível C), uma qualidade que não deve ser apenas legislativa, mas perceptível aos utentes.

Trata-se de um Programa assinado em Março de 2003 entre o então Ministério da Segurança Social e do Trabalho, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, a União das Misericórdias e a União das Mutualidades Portuguesas.

O Programa enquadra-se na estratégia prioritária do Governo para garantir aos cidadãos o acesso a serviços de qualidade adequados à satisfação das suas necessidades e expectativas.

Os Manuais de Gestão da Qualidade são referenciais que visam o desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade nas Respostas Sociais, permitindo uma melhoria significativa da sua organização e funcionamento. Têm como objetivo a implementação e avaliação de um Sistema de Gestão da Qualidade nas respostas sociais, reunindo os princípios e conceitos de excelência que estabelecem os padrões de desempenho e os necessários critérios quantificáveis, que implementados de forma gradual, permitem avaliar todo o trabalho realizado, medindo a satisfação e perceção dos utentes, colaboradores e parceiros de uma determinada resposta social.

A sua elaboração teve como referências a norma NP EN ISO 9001:2000 - Sistemas de Gestão da Qualidade, e o Modelo de Excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM). A melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados é a sua filosofia base, pelo que foram estabelecidos três níveis de exigências relativas aos requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade (C, B e A), permitindo a sua implementação gradual ao longo do tempo.

Para além das diretrizes do programa anterior o TECTO guia-se maioritariamente pelo Projeto Qual_idade, candidatado e aprovado pela Iniciativa Comunitária EQUAL em 2005 baseado na norma ISO 9001:2000.

Um dos objetivos centrais do projeto, consistiu no esforço em contribuir para a conciliação de três princípios que se consideram fundamentais na qualificação de respostas sociais. Por um lado, o princípio da normatividade, segundo o qual se procura facilitar e fundamentar a adoção e incorporação dos normativos produzidos pelas entidades públicas competentes, no quadro das políticas de qualificação de cada sector. Por outro, o princípio da adaptabilidade, que consagra a premência de que as estratégias de desenvolvimento de processos e sistemas da qualidade garantam a preservação da especificidade de cada organização, nomeadamente no que se refere aos seus traços identitários, inserção territorial e escala. Por último, um princípio de transversalidade, que traduz a preocupação em que os produtos resultantes do projeto sejam facilmente apropriáveis por entidades com distinta natureza jurídica (organizações públicas, privadas e da economia social). A par com as respetivas entidades reguladoras, assumiu a necessidade de se constituir a partir da integração de três dimensões, que se consideram essenciais no desenvolvimento de políticas e estratégias de qualificação de respostas sociais:

- Dimensão reguladora e regulamentar, assegurada pelo Instituto de Segurança Social (ISS), Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) e Direção Geral de Saúde (DGS);
- Dimensão normalizadora e técnica, assegurada pelo Instituto Português da Qualidade (IPQ) e pelo Centro de Formação Profissional para a Qualidade (CEQUAL);
- Dimensão empírica, decorrente da participação da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML, entidade interlocutora junto da Iniciativa Comunitária EQUAL), da Santa Casa da Misericórdia de Arruda dos Vinhos (SCMAV) e da União das Misericórdias Portuguesas (UMP).

Em conformidade com o atual Manual de Processos-Chave de Estrutura Residencial para Idosos do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social “as organizações tendem atualmente a procurar a implementação de sistemas de gestão da qualidade, tendo como objetivo principal a melhoria permanente da qualidade do serviço prestado, da satisfação dos seus utentes, financiadores e outras partes interessadas e consequentemente a sustentabilidade da própria organização.”

Neste sentido e verificando que a instituição está de momento a realizar esforços para a implementação de um próprio Manual de Qualidade surge de imediato a necessidade de analisar a satisfação dos utentes face aos serviços atualmente prestados pelo TECTO - Centro Social do Telhado.

Pretende-se ir ao encontro das diretrizes do Sistema de Gestão da Qualidade sendo a primordial a “focalização nas pessoas, com o objetivo de satisfazer as suas necessidades e conseguir a máxima satisfação dos utentes”.

A ERPI é uma das respostas sociais do TECTO - Centro Social do Telhado. Além de ERPI, a IPSS´s tem ainda a resposta social de Centro de Dia, com 28 utentes e a resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário com 20 utentes.

As infraestruturas do TECTO - Centro Social do Telhado são compostas por:

- a) 1 Quarto de casal, 5 duplos, 2 triplos e 3 individuais (todos com casa de banho privativa);
- b) 1 Casa de banho com banho assistido;
- c) 1 Solário/sala de estar;
- d) 1 Sala de atividades/estar;
- e) 1 Sala de refeições;
- f) 1 Gabinete médico e de enfermagem;
- g) 1 Receção e sala de visitas;
- h) 1 Gabinete técnico e 1 gabinete de administração;
- i) 1 Sala de reuniões;
- j) 1 Lavandaria;
- k) 1 Cozinha;
- l) 1 Sala de pessoal, vestiários e casa de banho;
- m) Garagem;

O TECTO para atingir os seus objetivos é coordenado por uma Direção que delega as competências de coordenação num técnico com formação para o efeito, exercendo este, cargo de Diretor/a de Serviços e a quem compete, designadamente:

- a) Dirigir o serviço, assumindo a responsabilidade pela organização, planificação, execução, controlo e avaliação;
- b) Garantir a qualidade dos serviços prestados;
- c) Sensibilizar os colaboradores no que respeita aos problemas dos utentes.

O quadro de pessoal desta instituição é definido de acordo com a legislação/normativos em vigor, sendo:

- Uma diretora técnica;
- Uma técnica superior de serviço social;
- Uma gerontóloga;
- Um médico;
- Um fisioterapeuta;
- Uma enfermeira;
- Uma cozinheira;
- Duas ajudantes de cozinha;
- Doze ajudantes de ação direta;
- Três auxiliares de serviços gerais;

5.1. Objetivos

A ERPI é uma resposta social desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços de apoio a pessoas idosas, com total ou parcial autonomia, através de alojamento coletivo (de utilização temporária ou permanente), fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene, tratamento de roupa, conforto, acompanhamento ao exterior e vigilância 24 horas por dia. Desenvolve também atividades, fomentando o convívio, animação, cultura e ocupação de tempos livres.

São objetivos da ERPI:

- a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- b) Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;
- c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação interfamiliar;

São admitidas na resposta social ERPI:

1. Pessoas de ambos os sexos;
2. Possuir idade igual ou superior a 65 anos, salvo casos excecionais a considerar individualmente;
3. Poderão ser admitidas pessoas que não preencham as condições dos números anteriores, desde que a sua situação familiar, socioeconómica, de saúde ou de isolamento, justifique o apoio neste serviço;

5.2. Serviços Prestados

1. O TECTO - Centro Social do Telhado assegura a prestação dos seguintes serviços:

- a) Alojamento em quarto duplo, triplo ou individual;
- b) Vigilância permanente;
- c) Alimentação adequada às necessidades dos utentes, respeitando as prescrições médicas;
- d) Cuidados de higiene pessoal;
- e) Tratamento de roupa;
- f) Higiene dos espaços;
- g) Atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os utentes e para a estimulação e manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;
- h) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- i) Cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde;
- j) Administração de fármacos, quando prescritos;
- k) Acompanhamento a consultas e exames ao exterior;
- l) Acompanhamento ao exterior para a prestação de serviço do interesse do utente, devidamente justificado e marcado;
- m) Marcação de roupa;
- n) Outros serviços solicitados pelo utente ou responsável por este, desde que a instituição reúna condições para a efetivação do serviço.

2. A estrutura residencial permite:

- a) A convivência social, através do relacionamento entre os utentes e destes com os familiares e amigos, com os cuidadores e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses;
- b) A participação dos familiares ou responsáveis no apoio ao utente sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafectivo do utente;

3. A ERPI pode, ainda, disponibilizar outro tipo de serviços, visando a melhoria da qualidade de vida do utente, nomeadamente, cuidados de imagem, transporte e outros;

Na admissão dos utentes, marca-se uma entrevista com o utente e familiar, com a finalidade de aprofundar um conjunto de informações pertinentes sobre as necessidades, hábitos e expectativas iniciais do cliente, de forma a identificar e organizar os serviços a prestar. No final estão identificados:

- Caracterização do agregado familiar do cliente;
- Situação socioeconómica do utente;

- Identificação do contexto habitacional;
- Descrição das condições de vida do utente;
- Relatório médico com a indicação da situação de saúde e indicação terapêutica;
- Capacidades funcionais do utente;
- Cuidados de medicina física e de reabilitação;
- Diferentes necessidades e interesses do cliente ao nível quotidiano, social, cultural, emocional, de saúde, físico, económico e espiritual;
- Hábitos, estilos de vida, preferências e expectativas sobre as atividades quotidianas do utente: alimentares, ocupação do tempo, atividades lúdicas, culturais - especialmente sobre aquelas que se relacionam com os serviços a prestar;
- Representações do utente sobre a sua situação de idoso e senescência, o seu projeto de vida, as suas necessidades e expectativas relativamente aos serviços e colaboradores da resposta social.

Após a recolha destes dados, faz-se uma avaliação das necessidades e dos potenciais do utente e elabora-se um plano individual para a executar todas as necessidades, expectativas e potenciais de desenvolvimento identificadas.

Neste sentido, e uma vez que as condições de alojamento pressupõem acompanhamento e vigilância permanência 24 horas por dia por parte dos colaboradores da Estrutura Residencial, desde a equipa técnica aos ajudantes de ação direta, toda a informação acerca do utente é registada e transmitida através de impressos próprios (em anexo). Apresentam-se alguns exemplos da informação a registar:

- Rotinas e atividades diárias;
- Comportamentos evidenciados e/ou alterações comportamentais;
- Interações sociais (outros utentes, familiares, amigos, etc.);
- Interações com a equipa técnica e ajudantes de ação direta;
- Alterações do estado de saúde e psicológico;
- Registo de situações anómalas;
- Registo de participação em atividades.

5.2.1. Cuidados de Higiene Pessoal e Imagem

Os cuidados de higiene e de imagem são prestados de acordo o estabelecido no Plano Individual de cada utente. Na prestação de cuidados de higiene, tenta-se ao máximo respeitar o utente nos seus hábitos e modos de vida e assegurar a sua privacidade, autonomia e dignidade. É promovida a utilização de ajudas técnicas (p.e. cadeiras de banho) de apoio à prestação de cuidados de higiene. Todos os cuidados neste âmbito são registados em impresso próprio. Tenta-se ao máximo executar boas práticas na prestação de cuidados de higiene e imagem.

- Banho geral ou parcial (1 x por dia);
- Higiene Oral (2 x por dia);
- Podologia (quando necessário);
- Cabeleireiro (1 x por mês, caso solicitem);
- Fralda (verificação de fraldas de 2 em 2 horas ou quando necessário);
- Higiene Genital (quando necessário - p.e. nas trocas de fraldas, etc.);
- Barba (quando necessário);
- Serviço de Estética (quando necessário);
- Incentivo ao autocuidado;

5.2.2. Cuidados de saúde

Os cuidados de saúde são definidos de acordo com a situação e o diagnóstico de cada utente. Na prestação de cuidados de saúde são disponibilizados um conjunto de ajudas técnicas, nomeadamente, ajudas técnicas de apoio à mobilidade (cadeiras de rodas, colchões anti-escaras, camas articuladas, cotoveleiras, calcanheiras, etc.). Os cuidados de saúde são:

- Serviço de enfermagem (8 horas diárias);
- Serviço médico (semanal);
- Administração da terapêutica;
- Posicionamentos de 2 em 2 horas (prevenção de úlceras de pressão);
- Fisioterapia de grupo (1 vez por semana);
- Ginástica gerontológica (1 vez por dia);

5.2.3. Nutrição e Alimentação

A instituição pretende garantir, segundo as necessidades de cada um, uma alimentação saudável e equilibrada, seguindo as boas práticas de higiene e segurança alimentar utilizando para isso o Sistema de HACCP (Análise de Perigos e Controlo dos Pontos Críticos).

Na nutrição e alimentação os serviços disponíveis são:

- Refeições (Pequeno-almoço, Reforço da Manhã, Almoço, Lanche, Jantar e Ceia);
- Preparação de dietas especiais (pobre em sal, diabéticos, pastosa, etc.);
- Apoio na refeição.

5.2.4. Acompanhamento ao exterior, aquisição de bens e serviços e transporte

O acompanhamento ao exterior visa promover a qualidade de vida do utente, bem como apoiá-lo na satisfação das suas necessidades. Estão incluídos neste serviço:

- Aquisição de bens e serviços (consultas, exames médicos, assuntos pessoais...).

5.2.5. Tratamento de roupas

O tratamento de roupa é um serviço que visa promover a satisfação de necessidades do utente e promover a sua qualidade de vida.

- Recolha, lavagem, secagem, engomagem e distribuição;
- Reparações;
- Marcação de roupas.

5.2.6. Atividades de desenvolvimento Pessoal

O TECTO promove um conjunto de atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal para os utentes, com por exemplo, atividades no âmbito:

- Lúdico-recreativas (fazer objetos em vários materiais, etc.);
- Cultural (idas ao cinema, museus, etc.);
- Social (passeios, encontros, etc.);
- Intelectual/formativo (ateliers de leitura, etc.);
- Espiritual/religioso (idas à missa, rezar, etc.);
- Quotidiano (cortar legumes, etc.);
- Desportivo (ginástica gerontológica, caminhadas, etc.).

Capítulo III - Metodologia

6. Objetivos

6.1 Objetivo geral

O presente estudo teve como principal objetivo:

- Perceber o nível de satisfação dos utentes face aos serviços prestados na reposta social de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado;

6.2. Objetivos específicos

Os objetivos específicos foram:

- Avaliar a satisfação dos utentes face aos serviços prestados nas seguintes áreas:
 - Atendimento;
 - Admissão e Integração;
 - Atividades e funcionamento;
 - Prestação de serviços;
- Identificar pontos de apreciação menos favoráveis;
- Desencadear eventuais ações de melhorias nos serviços prestados;
- Perceber se a existência de depressão tem alguma repercussão no nível de satisfação dos utentes face aos serviços prestados;
- Desencadear mecanismos/estratégias para melhorar a qualidade de vida dos utentes;

7. Procedimentos e Recolha de dados

Realizou-se um estudo descritivo, composto por 21 idosos institucionalizados na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado.

A recolha de dados teve lugar durante o mês de Julho do ano de 2016. Os dados foram recolhidos através de uma entrevista direta e formal, baseada num questionário - “Questionário de Avaliação da Satisfação dos Utentes”. O questionário utilizado consta no “Manual de Gestão da Qualidade para Lares de Idosos” no qual surgiu do *Projeto Qual_Idade*, candidatado e aprovado pela Iniciativa Comunitária EQUAL em 2005.

O questionário, no âmbito da sua aplicação apresenta uma escala de resposta entre o *Muito Insatisfeito, Insatisfeito, Nem Insatisfeito, Nem Satisfeito, Satisfeito, Muito Satisfeito e Não Aplicável*”. Dos 21 idosos o questionário foi apenas aplicado a 15 idosos porque 3 idosos apresentam diagnóstico de défice cognitivo e/ou diagnóstico de demência degenerativa e 3 idosos apresentam défice auditivo agravado e/ou não sabem ler nem escrever.

Foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (Abreviada de Yesavage) composta por 15 itens, e também aplicada apenas a 15 idosos. Esta escala é utilizada para o rastreio da depressão, avaliando aspetos cognitivos e comportamentais tipicamente afetados na depressão do idoso. A informação é obtida através de questionário direto ao idoso.

A escala de Yesavage tem uma versão completa, com 30 questões e uma versão curta com 15 questões, ora aqui utilizada. É constituída por 15 questões com resposta dicotómica (Sim ou Não). As respostas sugestivas de existência de depressão correspondem a 1 ponto. A pontuação final resulta da soma da pontuação das 15 questões, correspondendo a uma de três categorias:

Tabela 11 - Avaliação da Escala de Depressão Geriátrica (Abreviada de Yesavage)

Depressão	Pontos
Sem depressão	0-5
Depressão ligeira	6-10
Depressão grave	11-15

Fonte: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

Os inquiridos estiveram sempre acompanhados pelo entrevistador para garantir a correta perceção da Escala.

7.1. Critérios de inclusão

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- a) Ser utente do TECTO na resposta social de ERPI.

7.2. Critérios de exclusão

Foram excluídos os idosos que apresentavam:

- b) Diagnóstico de défice cognitivo e demências degenerativas;
- c) Pessoas com défice auditivo agravado e/ou que não saibam ler nem escrever.

7.3. Tipo de amostra

No presente estudo, a amostra coincide com a população-alvo, sendo constituída por 15 dos 21 utentes institucionalizados no TECTO.

A seguinte tabela apresenta as frequências absolutas dos utentes inquiridos e não inquiridos.

Tabela 12 - N.º total de utentes sem critérios de exclusão

Utentes inquiridos	Total
Utentes sem critérios de exclusão	15

Tabela 13 - N.º total de utentes com critérios de exclusão

Utentes não inquiridos (por critérios de exclusão)	Total
Utentes com diagnóstico de défice cognitivo e demência degenerativa	3
Utentes com défice auditivo agravado e que não saibam ler nem escrever	3
Total	6

Todos os idosos inquiridos assinaram um protocolo de consentimento informado (em anexo), previamente esclarecido.

A seleção da amostra deste estudo foi por conveniência, uma vez que se optou pelo TECTO - Centro Social do Telhado, por ser o local de trabalho do observador, sendo a sua função de Diretora Técnica.

Apesar disto, e devido à forte relação que o observador tem com os seus utentes foi solicitado a uma pessoa externa (Rita Mello Mouro, Educadora Social) à IPSS (sem qualquer tipo de vínculo e conhecimento da mesma) a aplicação do questionário para que os utentes se sentissem mais à vontade.

Capítulo IV - Apresentação e análise de resultados

8. Resultados

8.1. Dados sociodemográficos (Género e Estado Civil)

Tabela 14 - Distribuição dos inquiridos por género e estado civil

Estado Civil/Sexo	Masculino	Feminino	Total (n)
Casado	2	2	4
Solteiro	1	1	2
Viúvo	4	5	9
Total (n)	7	8	15

Na tabela 14 apresentam-se os dados sociodemográficos, relativamente ao género e estado civil referentes aos 15 idosos participantes neste estudo.

Do total dos 15 idosos inquiridos, 7 (46.67%) são do sexo masculino e 8 (53.33%) pertencem ao sexo feminino. No sexo masculino, 2 idosos são casados, 1 é solteiro e 4 são viúvos. No sexo feminino 2 são casados, 1 é solteiro e 5 são viúvos. Na amostra em geral, uma percentagem importante dos inquiridos é viúvo/a sendo este estado representado por 60% da amostra.

É de salientar que 26.67% dos inquiridos são casados, e que os inquiridos casados têm o seu cônjuge institucionalizados no TECTO.

Em termos de idades estes apresentam idades compreendidas entre os 56 anos e os 95 anos, com a idade média de 83.20%.

8.2. Análise da Escala de Depressão Geriátrica (Abreviada de Yesavage)

Tabela 15 - Número total de inquiridos por depressão e género

Depressão	Género	Total
Sem depressão 0-5 pontos	Masculino	5
	Feminino	3
Depressão ligeira 6 a 10 pontos	Masculino	2
	Feminino	3
Depressão grave 11 a 15 pontos	Masculino	0
	Feminino	2
Total		15

Na tabela 15 apresentam-se as comparações dos sintomas de depressão por género.

O sexo masculino apresenta menor número de depressão por comparação com o sexo feminino. Apenas 2 dos 7 inquiridos do sexo masculino apresentam depressão (28.57%). Já no sexo feminino, das 8 inquiridas 5 têm depressão (62.5%).

No geral, 8 inquiridos não apresentam depressão (53.33%) e 5 dos inquiridos apresentam depressão ligeira (33.33%) e 2 dos inquiridos apresentam depressão grave (13.33%).

Podemos assim concluir que o género feminino apresenta uma percentagem de depressão superior ao género masculino. De um modo geral, verificámos que no nosso objeto de estudo os sintomas de depressão são inferiores (46.67%) aos de não depressão (53,33%).

Tabela 16 - Análise das perguntas “Sente-se desamparado (a) com frequência?” e “Vale a pena viver como vive agora?”

Pergunta chave	Sim	Não
8 - Sente-se desamparado (a) com frequência?	4	11
12 - Vale a pena viver como vive agora?	14	1

Verificando que se pretende avaliar neste estudo a satisfação dos serviços prestados pelo TECTO, faz sentido analisar as 2 questões da escala de depressão da tabela 16 isoladamente,

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado

no sentido que as duas questões sugerem uma resposta direta ao facto dos inquiridos viverem institucionalizados.

Com isto, verificamos que à pergunta:

□ Sente-se desamparado (a) com frequência?

Dos 15 inquiridos, 11 inquiridos (73.33%) não se sente desamparado com frequência, apenas 4 dos inquiridos (26.67%) se sente desamparado com frequência.

□ Vale a pena viver como vive agora?

Dos 15 inquiridos, 14 inquiridos (93.33%) afirma que vale apenas viver como vive agora, apenas 1 dos inquiridos (6.67%) diz que não vale apenas viver como vive agora.

8.3. Níveis de satisfação face aos serviços prestados

8.3.1. Acolhimento inicial

No que respeita à satisfação demonstrada pelos utentes diretamente questionados verificamos os seguintes resultados:

Tabela 17 - Satisfação relativamente ao acolhimento

<i>Acolhimento inicial</i>	<i>MI</i>	<i>I</i>	<i>NS/NI</i>	<i>S</i>	<i>MS</i>	<i>NA</i>
			6.67%	53.33%	40%	

Na tabela 17 verificamos que a maioria dos utentes está satisfeita com o acolhimento inicial. Sendo que 53.33% está satisfeito, 40% muito satisfeito e 6.67% nem satisfeito nem insatisfeito.

8.3.2. Admissão e integração

Tabela 18 - Satisfação relativamente à admissão e integração

<i>Admissão e integração</i>	<i>MI</i>	<i>I</i>	<i>NS/NI</i>	<i>S</i>	<i>MS</i>	<i>NA</i>
Avaliação das necessidades e expectativas do Utente			6.67%	60%	33.33%	
Integração do Utente no Lar de Idosos			6.67%	40%	53.33%	

Quando questionados com “Avaliação das necessidades e expectativas do utente” a maioria (60%) dos inquiridos está satisfeito, 33.33% está muito satisfeito e 6.67% nem satisfeito nem insatisfeito.

À variável “integração do utente no lar de idosos, a maioria dos inquiridos está muito satisfeito (53.33%), 40 % dos inquiridos está satisfeito e 6.67% nem satisfeito nem insatisfeito.

8.3.3. Atividades e Funcionamento do Lar de Idosos

Tabela 19 - Satisfação relativamente às atividades e funcionamento do lar de idosos

<i>Atividades e Funcionamento do Lar de Idosos</i>	<i>MI</i>	<i>I</i>	<i>NS/NI</i>	<i>S</i>	<i>MS</i>	<i>NA</i>
Participação na programação das atividades		13.33%	33.33%	33.33%	20%	
Atividades executadas conforme o planeado			6.67%	53.33%	40%	
Horários das Visitas		26.67%		53.33%	20%	
Resolução de problemas				46.67%	53.33%	

Na variável “participação na programação das atividades”, 33.33% dos inquiridos está satisfeito, igualmente com a mesma percentagem, estão nem satisfeitos nem insatisfeitos, 20% dos inquiridos estão muito satisfeitos, já 13.33% dos inquiridos estão insatisfeitos.

Relativamente à variável “atividades executadas conforme o planeado” a maioria dos inquiridos está satisfeito, 40% dos inquiridos está muito satisfeito e 6.67% dos inquiridos está nem satisfeito nem insatisfeito.

Relativamente à satisfação da variável “horário de visitas” a maioria dos inquiridos (53.33%) está satisfeito, 20% dos inquiridos está muito satisfeito e 26.67% está insatisfeito.

Na variável “resolução de problemas” a maioria dos inquiridos está muito satisfeito e 46.67% estão satisfeitos.

8.3.4. Prestação de Serviços

Tabela 20 - Satisfação relativamente à prestação de serviços

<i>Prestação de Serviços</i>	<i>MI</i>	<i>I</i>	<i>NS/ NI</i>	<i>S</i>	<i>MS</i>	<i>NA</i>
Condições das instalações				26.67%	73.33%	
Refeições				40%	60%	
Apoio na alimentação			40%		60%	
Cuidados de higiene pessoal				20%	80%	
Arrumação e limpeza dos quartos				6.67%	93.33%	
Tratamento das roupas				40%	60%	
Cuidados médicos			20%		80%	
Cuidados de enfermagem				26.67%	73.33%	
Animação e ocupação dos tempos livres				20%	80%	
Apoio psicológico				66.67%	33.33%	
Atitude comportamental dos profissionais do Lar de Idosos				46.67%	53.33%	
Atitude profissional dos colaboradores				46.67%	53.33%	

Relativamente à variável “condições das instalações”, “refeições”, “apoio na alimentação”, “cuidados de higiene pessoal”, “arrumação e limpeza dos quartos”, “tratamento de roupa”, “cuidados médicos”, “cuidados de enfermagem”, “animação e ocupação dos tempos livres”, “atitude comportamental dos profissionais do lar de idosos” e atitude profissional dos colaboradores” a maioria dos inquiridos, 73.33%, 60%, 60%, 80%, 93.33%, 60%, 80%, 73.33%, 80%, 53.33%, 53.33%, respetivamente, estão muito satisfeitos com a prestação de serviços.

Na variável “apoio psicológico” a maioria dos inquiridos (66.67%) estão apenas satisfeitos com este serviço.

9. Discussão de resultados

De uma forma global, ao nível dos utentes inquiridos, a maioria são indivíduos do sexo feminino. A média de idades dos inquiridos é de 83.20%.

No que se refere ao estado civil a maioria, tanto no sexo feminino como no sexo masculino são viúvos/as. É de salientar que 26.67% dos inquiridos são casados e que vivem com o seu cônjuge no TECTO.

Relativamente à prevalência de sintomas de depressão é de evidenciar, que a maioria dos inquiridos (53.33%) não apresenta depressão. Embora comparando os restantes inquiridos é de destacar que a prevalência de sintomas de depressão ocorrem maioritariamente no sexo feminino.

De forma a avaliar a satisfação dos utentes face aos serviços prestados pelo TECTO e analisando duas perguntas da Escala de avaliação de depressão é de mencionar o facto de que a maioria (73.33%) para a pergunta “Sente-se desamparado(a) com frequência?” responde não e para a pergunta “Vale a pena viver como vive agora?” a maioria dos inquiridos (93.33%) responde sim. Nesta perspetiva conclui-se que os inquiridos encontram a ERPI como um lugar que proporciona amparo, aconchego, companhia, ajuda, e que a ERPI proporciona serviços que harmonizam ao facto de “valer apenas viver como vive agora”, ou seja, vale a pena viver na ERPI e nas condições que esta proporciona.

No acolhimento dos utentes a maioria dos utentes estão satisfeitos.

No que se refere à admissão e integração a maioria dos inquiridos, estão satisfeitos na variável “avaliação das necessidades e expectativas do utente” e muito satisfeitos no que refere à integração na ERPI.

No que concerne às atividades e funcionamento da ERPI, a maioria dos inquiridos apresenta-se satisfeito tanto, na participação na programação das atividades, nas Atividades executadas conforme o planeado e no horário das visitas. Já na resolução de problemas, o grau de satisfação é maior, com Muito satisfeitos.

Na variável “Participação na programação das atividades” e “Horários das Visitas” existem utentes, apesar de um número reduzido, que não estão satisfeitos, embora seja um item a considerar para a verificação da não satisfação para que se possa alterar o nível de satisfação.

Relativamente à prestação de serviços, é importante salientar que nas variáveis seguintes, os inquiridos estão muito satisfeitos, apresentando-se sempre com a maioria;

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado

- “Condições das instalações”,
 - “Refeições”
 - “Apoio na alimentação”,
- “Cuidados de higiene pessoal”,
- “Arrumação e limpeza dos quartos”,
 - “Tratamento de roupa”,
 - “Cuidados médicos”,
- “Cuidados de enfermagem”,
- “Animação e ocupação dos tempos livres”,
- “Atitude comportamental dos profissionais do lar de idosos”
 - “Atitude profissional dos colaboradores”

Apenas a variável de “apoio psicológico” tem como grau de satisfação apenas satisfeito. Considera-se que o facto de não existir a categoria de psicólogo no quadro de pessoal, pode pesar para que o grau de satisfação seja apenas de “satisfeito”.

De uma forma geral, podemos afirmar que:

- a maioria da amostra representativa não apresenta sintomas de depressão;
- a maioria dos inquiridos estão muito satisfeito face a todos os serviços que a instituição proporciona.

Considerações Finais

O envelhecimento gradual da população portuguesa é uma realidade crescente e, como tal, urge reconhecê-lo e estudá-lo com o intuito de encontrar soluções adequadas para os problemas que possam surgir, bem como de desenvolver estratégias que visem proporcionar-lhes um envelhecimento bem-sucedido. (Martins et.al. 2012)

Como refere Veríssimo (2014) a contribuição para um envelhecimento saudável, em oposição à senescência, ao abrir a perspetiva da autossuficiência e bem-estar do indivíduo idoso, determinará uma diminuição e alteração no investimento económico a fazer com a população envelhecida, mantendo ou melhorando a qualidade de vida deste subgrupo populacional.

As instituições que recebem idosos devem pautar-se por uma organização facilitadora de implementação de medidas que visem minimizar o peso da institucionalização através de atividades diversificadas que exercitem as capacidades físicas e mentais dos idosos e que contribuam para a prevenção da deteriorização da saúde do idoso. (Frade, et.al. 2015)

“O conjunto de reflexões feitas sobre a envolvente habitacional/institucional do idoso levamos a concluir que não existem soluções ótimas e universais para todos os idosos e que mesmo as soluções aparentemente menos favoráveis podem ter vantagens para o seu bem-estar se preservarmos, ao idoso, a possibilidade de escolha e/ou adequação desse mesmo ambiente” (cit. por Rosa Martins 2006)

É neste sentido que a OMS propôs o conceito de envelhecimento ativo, como o “processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais estão diretamente relacionadas com a atividade social, o convívio, o sentir-se integrado e útil na família e na comunidade. A qualidade de vida dos idosos institucionalizados, além do acolhimento na instituição, depende também do convívio de pessoas próximas, através de amigos ou familiares, de forma a evitar o estado de solidão ou isolamento que muitos vivem devido ao afastamento destas pessoas. São de suma importância as ligações afetivas próximas. (Carvalho 2011)

Em relação aos utentes do TECTO o facto de se encontrarem afastados do seu meio natural de vida, com baixos níveis de suporte social e familiar, com outras comorbilidades e sujeitos a uma rotina própria de uma ERPI, poderia sugerir alguma predisposição para agravar os sintomas de depressão e outros, associando dificuldades de adaptação e de integração.

Perante esta realidade, e tendo em consideração o desenho da investigação, os objetivos formulados e enunciados, as conclusões que se destacam nesta pesquisa são as seguintes:

A maioria dos idosos que fazem parte da amostra do estudo não se encontra em estado depressivo apesar de estar institucionalizada ao contrário do que nos diz Rosa Martins (2016)

e Afonso (2016). O facto de estes idosos estarem institucionalizados parece não contribuir de forma evidente para a presença de sintomas de depressão.

A maioria dos idosos está muito satisfeita com os serviços prestados pelo TECTO. E apesar de existir idosos com depressão ligeira e grave, esse facto não influenciou o grau de satisfação face aos serviços prestados.

O grande objetivo do TECTO é que os seus utentes estejam satisfeitos com os serviços prestados. Neste sentido prima para a promoção de um envelhecimento saudável, autónomo, ativo e plenamente integrado junto das pessoas próximas. Para atingir este desígnio, há que respeitar o projeto de vida definido por cada utente, promovendo o seu envolvimento e dos seus significativos, a fim de recolher a informação necessária sobre os seus hábitos de vida, interesses, necessidades, expectativas, capacidades e competências, co-responsabilizando-os no desenvolvimento, assim como no planeamento, na monitorização e avaliação de atividades no âmbito dos serviços prestados pelo TECTO. Entendo que este será o caminho a percorrer para que os utentes se possam sentir bem, tendo subjacente o respeito pela sua maneira de ser e estar, a sua identidade e condições de vida. Implicando com isto:

- Pensar nos utentes como seres afetivos e ativos que, independentemente da sua situação, possuem um projeto de vida, impondo-se como imperativo a personalização dos serviços geridos de forma flexível e individualizada para cada projeto de intervenção;

- Organizar dinâmicas de trabalho que proporcionem oportunidades para que os utentes possam comunicar os seus sentimentos e formular posicionamentos pessoais sobre o que os envolve;

- Criar um ambiente calmo, flexível e responsável, adaptado aos interesses e necessidades de cada utente, permitindo-lhe dar continuidade ao seu desenvolvimento individual;

- Orientar a prestação de serviços continuamente para o utente, diagnosticando as suas necessidades e expectativas, os seus potenciais de desenvolvimento e criando oportunidades para a sua otimização, conhecimento dos gostos e interesses dos utentes;

É importante ressaltar que o inquérito foi anónimo e conduzido por um elemento que não fazia parte do TECTO, o que permitia ao utente a liberdade de dizer o que lhe apetece.

Neste sentido, considero na minha perspectiva pessoal, que este estudo nos dá uma ideia positiva da realidade destes idosos uma vez que o TECTO tenta promover qualidade de vida. Seguidamente é necessário fazer a avaliação face aos serviços de uma forma sistemática e abranger também colaboradores e familiares para avaliar a qualidade dos serviços, assim como nos diz os manuais de qualidade.

Este trabalho constituiu uma oportunidade de reflexão e uma experiência de enriquecimento pessoal, profissional e académico. Espero que este estudo possa contribuir para a melhoria da

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado

política institucional e, acima de tudo, para a satisfação pessoal e melhoria da qualidade de vida dos meus idosos.

Como diz NERI, 1999 (cit. por SEQUEIRA 2010) numa perspectiva do envelhecimento ao longo da vida, onde a qualidade de vida assume uma importância vital, a satisfação e/ou o bem-estar psicológico estão associados ao envelhecimento bem-sucedido.

Áreas de melhoria/Sugestões

- Maior preocupação com o bem-estar físico, psicológico, social e ambiental no sentido de proporcionar um estilo de vida saudável, independente, bem como uma vida com qualidade;
- Proporcionar envelhecimento positivo e bem-estar;
- Implementar Manual de Qualidade na íntegra;
- Implementação de tratamentos psicológicos para a depressão geriátrica, como por exemplo, terapia comportamental, terapia cognitivo-comportamental, terapia de resolução de problemas, terapia interpessoal, terapia psicodinâmica breve, terapia da reminiscência, terapia de grupo;
- Implementar medidas gerontológicas, nomeadamente ao nível cognitivo, físico, psicológico, social, emocional, afetivo e de saúde, como por exemplo, estimulação cognitiva, reabilitação física e motora, motricidades finas e grossas, equilíbrios, marcha, entre outros...;
- Avaliar minuciosamente todos os serviços que o TECTO disponibiliza;
- Avaliar os serviços prestados pelo TECTO nas outras respostas sociais;

Bibliografia

AFONSO, Rosa Marina Lopes Brás Martins (2011). *Reminiscência como técnica de intervenção psicológica em pessoas idosas*. pp. 118-120.

Antunes, Maria da Glória; Pires, António Ramos. (2006) *A qualidade em organizações de serviços na área social - experiências e reflexões*. Cadernos de Sociomuseologia n.º 28, 135-160.

Carvalho, Paula. & Dias, Olívia (2011). *Adaptação dos Idosos Institucionalizados*. Millenium, 40: Pp. 161-184. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/12.pdf> [Consultado a 16/06/2016]

Boechat, Norberto [et al] 2013 A Qualidade dos Cuidados ao Idoso Institucionalizado In: Freitas, Elizabete [et al.] (2013). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3.ª Edição. Rio de Janeiro

Constituição da República Portuguesa - Artigo 72.º.

Cunha, Gilson (2013) Mecanismos Biológicos do Envelhecimento In: Freitas, Elizabete [et al.] (2013). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3.ª Edição. Rio de Janeiro

Cunha, Ulisses [et al] 2013 Depressão e Demência. Diagnóstico Diferencial In: Freitas, Elizabete [et al.] (2013). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3.ª Edição. Rio de Janeiro

Direção-Geral da Segurança Social - Proteção Social - Pessoas Idosas (Junho 2016)

Drago, Susana & Martins, Rosa (2012). *A depressão no idoso*. Millenium, 43 (junho/dezembro). Pp. 79-94. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium34/9.pdf> [Consultado a 09/06/2016]

Frade, João [et al.] (2015). *Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não institucionalizados*. In revista de enfermagem referência - Série IV - n.º 4 - jan./fev./mar. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a05.pdf> [Consultado em: 06/06/2016]

Freitas, Elizabete. [et al.] (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2.ª edição. Rio de Janeiro: 2006. pp. 1536

<http://tempodeaposentado.blogspot.pt/2012/04/poema-do-idoso.html> [Consultado a 15/07/2016]

INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P (2015). *Guia Prático - Apoios sociais - Pessoas idosas*. [Consultado em 06/06/2016] http://www.seg-social.pt/documents/10152/27202/apoios_sociais_idosos

INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P (2015). *Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais*. Disponível em: <http://www.seg-social.pt/programa-de-cooperacao-para-o-desenvolvimento-da-qualidade-e-seguranca-das-respostas-sociais> [Consultado a 15/05/2016]

INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P. *Manual de Processos-Chave - Estrutura Residencial para Idosos*. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/13652/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4 [Consultado a 15/05/2016]

KANE, Robert. [et al.] (2015). *Geriatría Clínica*. 5.ª ed. Rio de Janeiro, pp. 11, 30-33, 140.

Manuel Teixeira Veríssimo [et al.] - Avaliação Geriátrica Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI) - http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf [Consultado em 30/06/2016]

Martins, Rosa Maria Lopes (2005). *A relevância do apoio social na velhice*. In Educação, ciência e tecnologia. Pp. 128-134. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/b1itstream/10400.19/429/1/A%20relev%C3%A2ncia%20do%20apoio.pdf> [consultado em 20/06/2016]

Martins, Rosa Maria Lopes (2006). *Envelhecimento e Políticas Sociais*. In Educação, ciência e tecnologia. Pp. 126-140. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf> [Consultado a 20/06/2016].

Martins, Rosa Maria Lopes, Santos, Ana Cristina Almeida (s/d) - *Ser Idoso Hoje*. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium35/8.pdf> [Consultado a 20/06/2016].

Merck, Sharp & Dohme, Manual Merck. (2004). *Geriatría*. 2004 pp. 376-386.

Neri, Anita (2013) Teorias Psicológicas do Envelhecimento. Percurso Histórico e Teorias Atuais In: Freitas, Elizabete [et al.] (2013). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3.ª Edição. Rio de Janeiro

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado

Neri, Marina [et al] 2013 Envelhecimento Cognitivo In: Freitas, Elizabeth [et al.] (2013). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3.ª Edição. Rio de Janeiro.

Paúl, Constança; Ribeiro, Óscar (2012). *Manual de Gerontologia - Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. pp. 43-69, 273-287.

PORTARIA n.º 67/2012. “D.R. I Série”. N.º58 (21/03/2012) pp. 1324-1329.

Resolução 46/91 - Aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas 16/12/1991 - *Princípios das Nações Unidas para o Idoso*;

Rodrigues, Nezilour [et al] 2013 Depressão, Ansiedade, Outros Transtornos Afetivos e Suicídio In: Freitas, Elizabeth [et al.] (2013). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3.ª Edição. Rio de Janeiro

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa - *Manual de Gestão de qualidade para lares de idosos*. Disponível em: <http://www1.ipq.pt/PT/IPQ/Publicacoes/PublicacoesDownload/Documents/Qualidade/MGQLI.pdf> [Consultado a 06/06/2016].

SEQUEIRA, Carlos (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. pp.7-8.

VERÍSSIMO, Manuel Teixeira (2014). *Geriatria Fundamental*. Pp. 27, 161 a 175, 385 Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/14653624/Guia_Pessoas_Idosas_junho2016.pdf/e39f972b-48a8-4336-a625-a8c6430be6d4 [Consultado a 01/07/2016]

Anexos

**Anexo I - Carta de pedido de autorização à Direção do TECTO
para aplicação de questionário**

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado

Sandra Alves Lourenço Salvado
Bairro São Sebastião, n.º 9, 1.º Esq.
6230-172 Donas-Fundão

Tecto - Centro Social do Telhado
Rua da Cerca, s/n
6230-772 Telhado-Fundão

Exmos. Senhores.

Eu, Sandra Alves Lourenço Salvado, aluna do curso de Mestrado em Gerontologia da Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências da Saúde, venho por este meio solicitar à Direção do TECTO - Centro Social do Telhado autorização para a realização da colheita de dados através de questionários aos utentes inseridos na resposta social de Estrutura Residencial para Idosos. A presente recolha de dados insere-se no âmbito da minha dissertação de mestrado intitulada "Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado". Terá como principais objetivos:

- Perceber o nível de satisfação dos utentes face aos serviços prestados na reposta social de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado;
- Determinar a existência ou ausência de depressão nos idosos institucionalizados;

A colaboração será voluntária e os dados recolhidos serão confidenciais.

Grata pela colaboração a prestar, subscrevo-me com os melhores cumprimentos e ao dispor de V. Ex^a para qualquer informação adicional.

Os melhores cumprimentos,
Sandra Alves Lourenço Salvado

Anexo II - Consentimento informado

Consentimento Informado

O presente trabalho de investigação tem como principal objetivo avaliar a satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado.

Para que o objetivo do estudo possa ser alcançado a sua colaboração é fundamental e imprescindível.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações serão recolhidas através de um questionário e de uma escala de avaliação.

Estas informações são confidenciais, não serão reveladas a terceiros, nem publicadas individualmente.

A sua participação neste estudo é voluntária podendo retirar-se a qualquer altura, ou recusar a participar, sem que tal tenha consequências para si.

Depois de ouvir as explicações, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura: _____

Data: _____

Anexo III - Questionário - Avaliação do grau de satisfação dos utentes face aos serviços prestados

Questionário de Avaliação da Satisfação dos Clientes/Utentes

(Logótipo da Organização)

Nome: _____

Resposta Social: _____

Data: ___ / ___ / ___

De forma a melhorar os nossos serviços e promover o bem-estar e a qualidade de vida a que os nossos clientes/utentes têm direito, gostaríamos de contar com a sua colaboração. Neste sentido, agradeceríamos que avaliasse o serviço que prestamos indicando o seu grau de satisfação em relação a cada um dos aspectos abaixo mencionados.

Instruções de preenchimento:

- Leia cada afirmação atentamente e responda assinalando com uma cruz (X) a sua escolha nos quadrados correspondentes;
- No caso de alguma das afirmações não se aplicar à sua situação poderá indicá-lo assinalando o rectângulo NA (Não aplicável);
- Todas as respostas a este questionário são confidenciais e serão usadas, única e exclusivamente, para melhorar a qualidade dos serviços que prestamos.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	NA
1. Atendimento						
1.1. Acolhimento inicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Admissão e Integração						
2.1. Avaliação das necessidades e expectativas do Cliente/Utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Integração do Cliente/Utente no Lar de Idosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Actividades e Funcionamento do Lar de Idosos						
3.1. Participação na programação das actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Actividades executadas conforme o planeado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado

Questionário de Avaliação da Satisfação dos Clientes/Utentes

(Logótipo da Organização)

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	NA
3.3. Horários das Visitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Resolução de problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Prestação de Serviços						
4.1. Condições das Instalações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. Refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. Apoio na alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4. Cuidados de Higiene Pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5. Arrumação e Limpeza dos Quartos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6. Tratamento das Roupas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7. Cuidados Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8. Cuidados de Enfermagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9. Animação e ocupação dos tempos livres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10. Apoio Psicológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Atitude comportamental dos profissionais do Lar de Idosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Atitude profissional dos colaboradores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sugestões e/ou outros comentários:						
<hr/>						
<hr/>						
<hr/>						

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo IV - Escala de Depressão Geriátrica (Abreviada de Yesavage)

Escala de Depressão Geriátrica (Abreviada de Yesavage) n.º _____

Data: ____ / ____ / _____

Escala de Depressão Geriátrica (Abreviada de Yesavage)	Sim	Não
1 - Satisfeito(a) com a vida? (Não)		
2 - Interrompeu muitas de suas atividades? (Sim)		
3 - Acha sua vida vazia? (Sim)		
4 - Aborrece-se com frequência? (Sim)		
5 - Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (Não)		
6 - Teme que algo ruim lhe aconteça? (Sim)		
7 - Sente-se alegre a maior parte do tempo? (Não)		
8 - Sente-se desamparado(a) com frequência? (Sim)		
9 - Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (Sim)		
10 - Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? (Sim)		
11 - Acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora? (Não)		
12 - Vale a pena viver como vive agora? (Não)		
13 - Sente-se cheio(a) de energia? (Não)		
14 - Acha que sua situação tem solução? (Não)		
15 - Acha que tem muita gente em situação melhor? (Sim)		

Fonte: FREITAS, Elizabete. [et al.] - Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2.ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. ISBN 978-85-277-1199-9. p. 1536

ANEXO V - Carta Europeia dos Direitos e Liberdade do Idoso Residente em Instituições

Em 24 de Setembro de 1993, concluindo um encontro realizado na Holanda, sob os auspícios da Associação Europeia de Diretores de Instituições de Idosos, foi elaborada a Carta Europeia dos Direitos e Liberdade do Idoso Residente em Instituições, onde consta os princípios das instituições: (Born e Boechat, 2013)

- Promover e melhorar constantemente a qualidade de vida e minimizar as inevitáveis restrições acarretadas pela vida na instituição;

- Manter a autonomia do idoso;

- Favorecer a livre expressão da sua vontade;

- Favorecer o desenvolvimento da sua capacidade;

- Possibilitar liberdade de escolha;

- Garantir um ambiente de aconchego na instituição como se fosse em sua própria casa;

- Respeitar a privacidade;

- Reconhecer o idoso a seus próprios pertences, independentemente da sua limitação;

- Reconhecer o direito do idoso a assumir riscos pessoais e exercer responsabilidade conforme sua escolha;

- Respeitar a manutenção do seu papel social;

- Garantir acesso ao melhor cuidado de saúde de acordo com as suas necessidades;

- Proporcionar cuidado integral, e não apenas médico;

ANEXO VI - Condições de organização, funcionamento e instalação a que obedecem as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas - Portaria n.º 67/2012 de 21 de Março - Objeto, Objetivos, Princípios de atuação e Serviços

Artigo 1.º

Objeto

1 – A presente portaria define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas.

2 – Considera -se estrutura residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.

Artigo 3.º

Objetivos

Constituem objetivos da estrutura residencial, designadamente, os seguintes;

- a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- b) Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo;
- c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar;
- d) Potenciar a integração social.

Artigo 4.º

Princípios de atuação

A estrutura residencial rege -se pelos seguintes princípios de atuação:

- a) Qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade;
- b) Interdisciplinaridade;
- c) Avaliação integral das necessidades do residente;
- d) Promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- e) Participação e corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares, na elaboração do plano individual de cuidados.

Artigo 8.º

Serviços

1 – A estrutura residencial presta um conjunto de atividades e serviços, designadamente:

- a) Alimentação adequada às necessidades dos residentes, respeitando as prescrições médicas;
- b) Cuidados de higiene pessoal;
- c) Tratamento de roupa;
- d) Higiene dos espaços;

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado

e) Atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a estimulação e manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;

f) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;

g) Cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde;

h) Administração de fármacos, quando prescritos.

2 – A estrutura residencial deve permitir:

a) A convivência social, através do relacionamento entre os residentes e destes com os familiares e amigos, com os cuidadores e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses;

b) A participação dos familiares ou representante legal, no apoio ao residente sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafetivo do residente.

3 – A estrutura residencial pode, ainda, disponibilizar outro tipo de serviços, visando a melhoria da qualidade de vida do residente, nomeadamente, fisioterapia, hidroterapia, cuidados de imagem e transporte.

4 – A estrutura residencial deve ainda permitir a assistência religiosa, sempre que o residente o solicite, ou, na incapacidade deste, a pedido dos seus familiares ou representante legal.

ANEXO VII - Impressos utilizados no TECTO - Centro Social do Telhado que compõem o processo individual de cada utente

01 Candidatura

1.1. Ficha de Informação Disponibilizada ao Cliente



Resposta Social: _____

Data: _____

Nome do cliente: _____

Contacto presencial

Contacto telefónico

Nome da pessoa que efectua o contacto: _____

Contacto telefónico: _____

Relação com o cliente: _____

1. Documentos disponibilizados

Regulamento Interno

Ficha de Inscrição

Outro (s): _____

2. Documentos a entregar com a Ficha de Inscrição

Cópia do Bilhete de Identidade do/a cliente e do/a responsável

Cópia do Cartão de Contribuinte do/a cliente e do/a responsável

Cópia do Cartão do Beneficiário do/a cliente e do/a responsável

Cópia do Cartão do Serviço Nacional de Saúde ou outro sistema de cliente

Documentos comprovativos de rendimentos:

Comprovativo de Reforma actualizada

IRS do cliente ou do agregado familiar;

Valor da renda de casa ou prestação mensal para a aquisição de habitação

Encargos médios mensais com transportes públicos

Despesas de medicamentos de uso continuado em caso de doença crónica;

Declaração Médica que indique que o cliente não sofre de doença impeditiva para a frequência da resposta;

Relatório médico com:

Medicação administrada;

Cuidados e estado de saúde

Dieta se aplicável (entrega na admissão)

Outro (s): _____

Outro (s): _____

3. Pedido de visita às instalações?

Sim Não Quando? _____ Responsável que acompanhou? _____

4. Observações

A/O _____

Data: ____ / ____ / ____ (Cliente/Responsável) (_____)

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado

III Candidatura

1.2. Ficha de Inscrição

Resposta Social: _____

N.º de Entrada Provisório: _____ Data de Inscrição: ___/___/___

(A preencher pelos serviços)

1. Dados de Identificação do/a Cliente

Nome: _____

Nome pelo qual é tratado: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: _____ Idade: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ Estado Civil _____ Contacto: _____

Profissão: _____ Habilitações Literárias: _____

N.º de BI/CC: _____ Data de Emissão/Validade: ___/___/___ Arquivo: _____

N.º de Contribuinte: _____

N.º de Segurança Social: _____ Regime Segurança Social: _____

N.º Uteute: _____ Sub-sistema Saúde: _____

2. Dados de Identificação do/a Responsável pelo/a Cliente

Nome: _____

Morada: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Estado Civil: _____ Naturalidade: _____

Contacto: _____

Profissão: _____

N.º de BI/CC: _____ Data de Emissão/Validade: ___/___/___ Arquivo: _____

N.º de Contribuinte: _____ N.º de Segurança Social: _____

Relação com o Cliente: _____ Email: _____

3. Situação Familiar

Tem filhos/as? Sim Não

_____ Contacto/Localidade: _____

_____ Contacto/Localidade: _____

_____ Contacto/Localidade: _____

_____ Contacto/Localidade: _____

_____ Contacto/Localidade: _____

4. Pessoas que compõem o agregado familiar

Nome: _____ Idade: ____ Contacto: _____ Parentesco: _____
Nome: _____ Idade: ____ Contacto: _____ Parentesco: _____
Nome: _____ Idade: ____ Contacto: _____ Parentesco: _____

5. Motivo do Pedido

Qual o interesse/motivo da inscrição na instituição:

Resposta solicitada: Temporária Permanente

6. Historial Médico

Estado de Saúde: Bom Razoável Mau

Doenças: _____

Operações: _____

Tratamentos: _____

Recorre com frequência aos Serviços de Saúde? Sim Não

Espaço de tempo que recorre a esses serviços: _____

Médico/a de Família: _____ Telefone: _____

Médico/a Especialista: _____ Telefone: _____

7. Situação Clínica

Autónomo Semi-Dependente Dependente

Movimentação: Andarilho Bengala Cadeira de Rodas Ajuda de 3^ª Sozinho

Uso de: Fralda Algália Dispositivo Urinário Sanita

Higienização: Sozinho Com ajuda Cama W.C. (2opções)

Alimentação: Sozinho Com ajuda

Tipo de alimentação: Normal Dieta Mole Dieta hiposalina Dieta Líquida

Dieta Pastosa Outra? Qual? _____

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado

01 Candidatura
1.2. Ficha de Inscrição

Resposta Social: _____

8. Situação Económica (A preencher pelos serviços)

Rend. Cliente: _____ Rend. Agregado Familiar: _____
Rend. Per Capita: _____ Participação Mensal: _____

9. Tempos Livres

Gosta de ocupar o seu tempo a:

- Ler Ouvir ler Costurar Bordar
 Decorar Fazer renda Jogar Ouvir música
 Ver tv Jardinar Passear Conversar
 Ajudar em trabalhos domésticos Fazer trabalhos em artes plásticas
 Outro? Qual? _____

10. Serviços Solicitados (preencher só para SAD e CD)

Serviços Solicitados	Qual?	Quando?		Periodicidade				Quantidade				
		Semanal	Flutuante	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	1x	2x	3x	Outro?	Qual?
Cuidados de Higiene		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados Pessoais		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fornecimento de Alimentação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoio na Alimentação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados de Médicos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados de Enfermagem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados de Reabilitação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auxílio Medicamentos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoio Social		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoio Psicológico ao cliente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoio psicológico à família		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formação específica à família		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene Habitacional		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento de Roupa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoio na Aquisição de bens e serviços		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompanhamento ao exterior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades Socioculturais		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades Quotidianas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado

01 Candidatura
1.4. Ficha de Avaliação de requisitos



Resposta Social: _____

Data de Inscrição: _____

Nº de Entrada Provisória: _____

1. Avaliação Sumária de Funcionalidade

Actividade	Autónoma	Necessita de apoio pontual	Necessita de apoio total	Observações
Banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cuidados de Imagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ir ao W.C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tratamento de roupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acompanhamento ao exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aquisição de Bens e Serviços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toma medicamentosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Higiene Habitacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ocupação de Tempos Livres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Descrição do Enquadramento Familiar e/ou de Suporte

3. Descrição das Condições Socioeconómicas:

_____ (A preencher pelos serviços (n.º 4/5/6/7/8/9)) _____

4. Escala de Barthel, resultado: _____

5. Critérios de Admissibilidade

A Resposta Social ajusta-se às necessidades e expectativas do cliente?

Sim

Não

Porquê?

01 Candidatura

1.4. Ficha de Avaliação de requisitos



Resposta Social: _____

6. Critérios de Selecção e Priorização

7. Admissível?

Sim

Não

Porquê?

8. Observações decorrentes da Entrevista

9. Diligência:

Carta de Admissibilidade

Carta de Não Admissibilidade

Data: ___ / ___ / ___

(Cliente/Responsável)

A/O

()

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado

02 Admissão e Acolhimento

2.1. Ficha de Avaliação Diagnóstica

Resposta Social: _____

Data da Avaliação: ___/___/___

N.º de Cliente: _____

Data da Admissão: ___/___/___

Data Fim dos serviços: ___/___/___

Motivo: _____

Nome: _____ Idade: _____

Data de Nascimento: ___/___/___

Em caso de urgência contactar:

Nome: _____

Contacto: _____

1. Breve Caracterização Individual e do Agregado Familiar do Cliente

Cliente vive: Isolado Em agregado

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o cliente		Meio de Vida principal
			Sim	Não	

2. Situação Socio-Económica do Cliente e/ou Significativos

Cliente vive: Isolado Em agregado

Rendimentos Mensais		Despesas Mensais	
Rendimento de Trabalho	€	Renda/Prestação da casa	€
Reforma	€	Transportes	€
Pensão	€	Medicação	€
Complemento por dependência	€	Alimentação	€
	€		€
	€		€
	€		€
Total	€	Total	€

3. Saúde

Grupo Sanguíneo: _____

Nome do médico de família/assistente: _____

Centro de saúde: _____

Nome do médico da especialidade: _____

Contacto: _____

Alergias:

02 Admissão e Acolhimento

2.1. Ficha de Avaliação Diagnóstica

Resposta Social: _____

6. Índice de Katz de AVD

Banho: tanto duche como imersão		
<input type="checkbox"/> Não recebe ajuda de banho	<input type="checkbox"/> Recebe ajuda numa parte do corpo	<input type="checkbox"/> Recebe ajuda para mais do que uma parte do corpo
Vestir: retirar roupa do armário e gavetas, inclui roupa interior, utensílios exteriores		
<input type="checkbox"/> Tira a roupa e veste-se sem ajuda	<input type="checkbox"/> Tira a roupa e veste-se sem ajuda excepto para atar cordões	<input type="checkbox"/> Recebe ajuda para tirar a roupa ou vestir-se
W.C.: ir à casa de banho para eliminação da urina ou fezes, limpar-se e vestir a roupa		
<input type="checkbox"/> Vai ao w.c., limpa-se e veste a roupa sem ajuda (pode usar apoios como cadeiras de rodas, algalias)	<input type="checkbox"/> Recebe ajuda para ir ao w.c., ou na limpeza, ou em vestir as roupas depois da eliminação, ou no uso da algalia	<input type="checkbox"/> Não vai à casa de banho para eliminação da urina ou fezes
Deslocação		
<input type="checkbox"/> Entra e sai da cama e da cadeira sem ajuda (pode usar ajudas)	<input type="checkbox"/> Entra e sai da cama com ajudas	<input type="checkbox"/> Não sai da cama
Continência		
<input type="checkbox"/> Controla os esfínteres por completo	<input type="checkbox"/> Tem acidentes de forma ocasional	<input type="checkbox"/> A supervisão ajuda-o a controlar usa algalia ou é incontinente
Alimentação		
<input type="checkbox"/> Alimenta-se sozinho, sem ajuda	<input type="checkbox"/> Alimenta-se sozinho, excepto em algumas coisas como cortar carne	<input type="checkbox"/> Recebe ajuda na alimentação ou é alimentado parcial ou totalmente por tubo ou intravenoso

Outras observações:

Assinatura do responsável da avaliação: _____

02 Admissão e Acolhimento
2.1. Ficha de Avaliação Diagnóstica

Resposta Social: _____

7. Índice para as actividades instrumentais da vida diária
(a preencher por assistente social)

A. Usar o telefone	
1. Utiliza o telefone por iniciativa, procura e marca os números, etc.	1
2. Marca alguns números bem conhecidos	1
3. Utiliza o telefone, mas não marca os números	1
4. Não utiliza o telefone	0
B. Ir às compras	
1. Realiza todas as compras necessárias com independência	1
2. Compra com independência pequenas coisas	1
3. Necessita de companhia para realizar qualquer compra	1
4. Completamente incapaz para ir às compras	0
C. Preparar a comida	
1. Planeia, prepara e serve as comidas adequadas com a independência	1
2. Prepara as comidas adequadas se lhe dão os ingredientes	1
3. aquece, serve e prepara as comidas ou prepara-as, mas não mantém uma dieta adequada	1
4. Necessita que lhe preparem e sirvam a comida	0
D. Cuidar da casa	
1. Cuida da casa só com ajuda ocasional (ex. trabalhos pesados, ajuda doméstica)	1
2. Realiza tarefas domésticas ligeiras como lavar pratos ou fazer as camas	1
3. Realiza tarefas domésticas ligeiras, mas pode manter um nível de limpeza aceitável	1
4. Necessita de ajuda em todas as tarefas da casa	0
5. Não participa em nenhuma tarefa doméstica	0
E. Lavar a roupa	
1. Realiza completamente a lavagem da roupa pessoal	1
2. Lava roupas pequenas, etc.	1
3. Necessita que outro se ocupe de toda a lavagem...	0
F. Usar meios de transporte	
1. Viaja com independência em transportes públicos ou conduz carro próprio	1
2. Capaz de organizar o seu transporte, incluindo táxis, mas não usa outros transportes públicos	1
3. Viaja em transportes públicos quando acompanhado/a por outra pessoa	1
4. Viaja em táxi ou automóvel com a ajuda de outros	0
5. Não viaja em absoluto...	0
G. Tomar medicação	
1. É responsável no uso da medicação, nas doses e horas correctas	1
2. Toma responsabilmente a medicação, se é preparada em doses separadas	0
3. Não é capaz de responsabilizar-se pela própria medicação...	0
H. Utilizar o dinheiro	
1. Independente em assuntos financeiros (facturas, cheques, ...), recolhe e conhece os impressos	1
2. Gere os gastos quotidianos, mas necessita de ajuda para ir ao banco e para grandes gastos...	1
3. Incapaz de gerir dinheiro...	0
Pontuação (de um máximo de 8)	<input type="text"/>

02 Admissão e Acolhimento

2.1. Ficha de Avaliação Diagnóstica

Resposta Social: _____

3. Escala de Recursos Sociais (OARS)

(a preencher por assistente social)

<p>1. Qual é o seu estado civil?</p> <p><input type="checkbox"/> Solteiro/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viúvo/a <input type="checkbox"/> Separado/a</p>
<p>2. Quem vive consigo?</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguém <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Filho/a <input type="checkbox"/> Netos/as <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Irmãos/ãs <input type="checkbox"/> Outros familiares <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Empregado/a <input type="checkbox"/> Outros _____</p>
<p>3. No último ano, com que frequência saiu de casa para visitar a sua família ou amigos durante os fins-de-semana ou férias, para ir às compras ou participar numa excursão?</p> <p><input type="checkbox"/> uma ou mais vezes na semana <input type="checkbox"/> menos de uma vez por mês <input type="checkbox"/> de uma a três vezes no mês <input type="checkbox"/> só em festas definidas <input type="checkbox"/> durante as férias <input type="checkbox"/> nunca</p>
<p>4. Quantas pessoas conhece o suficiente e tem confiança para visitá-las em sua casa?</p> <p><input type="checkbox"/> cinco ou mais <input type="checkbox"/> três a quatro <input type="checkbox"/> uma a duas <input type="checkbox"/> ninguém</p>
<p>5. Com que frequência falou a semana passada ao telefone, seja familiares, amigos ou outros?</p> <p><input type="checkbox"/> uma ou mais vezes por dia <input type="checkbox"/> duas vezes <input type="checkbox"/> uma vez <input type="checkbox"/> nenhuma vez</p>
<p>6. Na última semana, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem vive, o visitou, veio vê-lo, passearam juntos, tomaram café, foram a uma espectáculo ou realizaram qualquer actividade?</p> <p><input type="checkbox"/> uma ou mais vezes por dia <input type="checkbox"/> duas a seis vezes <input type="checkbox"/> uma vez <input type="checkbox"/> nenhuma vez</p>
<p>7. Existe alguém em quem tenha confiança?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>8. Com que frequência se sente sozinho?</p> <p><input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca</p>
<p>9. Vê os seus familiares e amigos com a frequência que deseja ou, pelo contrário, sente-se triste com pouco convívio?</p> <p><input type="checkbox"/> Vejo-os tantas vezes quanto desejo <input type="checkbox"/> Sinto-me triste com a pouca frequência</p>
<p>10. Existe alguém que lhe prestaria ajuda se estivesse doente ou ficasse gravemente incapacitado/a, quer fosse filho, familiar, etc?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>(se respondeu sim, passar as questões 10 a) e 10 b))</p>
<p>10a) Esse alguém cuidaria de si durante quanto tempo (fazer comida, acompanha-lo/a ao médico)?</p> <p><input type="checkbox"/> Todo o tempo necessário <input type="checkbox"/> Durante um período de tempo (até 6 meses) <input type="checkbox"/> de vez em quando de forma ocasional</p>
<p>10b) Quem é a pessoa que acredita que o/a ajudaria?</p> <p>a) Nome: _____</p> <p>b) Parentesco: _____</p> <p>c) Tipo de relação: _____</p>

02 Admissão e Acolhimento
2.1. Ficha de Avaliação Diagnóstica

Resposta Social: _____

9. Escala de Avaliação dos Recursos Sociais:

(avaliar os recursos segundo a escala de 6 pontos. Rodar com um círculo o número que melhor descreve as circunstâncias atuais)

1. Recursos sociais excelentes Relações sociais muito satisfatórias e amplas. Ao menos uma pessoa cuidaria do/a cliente indefinidamente
2. Bons recursos sociais Relações sociais satisfatórias, adequadas e uma pessoa que cuidaria do/a cliente indefinidamente. Ou relações sociais satisfatórias e adequadas, e só com ajuda a curto prazo
3. Recursos sociais levemente deteriorados Relações sociais insatisfatórias, escassas e uma pessoa que cuidaria do/a cliente indefinidamente. Ou relações sociais satisfatórias e adequadas, e só com ajuda a curto prazo
4. Recursos sociais moderadamente deteriorados Relações sociais insatisfatórias, de má qualidade e escassas e só com ajuda a curto prazo. Ou relações sociais satisfatórias e adequadas, mas com nenhum tipo de ajuda.
5. Recursos sociais gravemente deteriorados Relações sociais insatisfatórias, de má qualidade e escassas e só com ajuda ocasional. Ou relações sociais minimamente satisfatórias e adequadas, mas sem ajuda de ninguém.
6. Recursos sociais totalmente deteriorados Relações sociais insatisfatórias, escassas ou inexistentes, com nenhum tipo de ajuda

02 Admissão e Acolhimento

2.1. Ficha de Avaliação Diagnóstica

Resposta Social: _____

10. Instrumento para a avaliação das condições e acessibilidade à residência e ambiente próximo

(A preencher em SAD)

A. Condições de Habitação
1. A habitação é: <input type="checkbox"/> alugada <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> própria <input type="checkbox"/> outro: _____
2. Acessibilidade da habitação: <input type="checkbox"/> toda a casa encontra-se num piso e carece de barreiras <input type="checkbox"/> a casa é de piso único, mas tem escadas interiores ou outras barreiras <input type="checkbox"/> a casa tem dois ou mais pisos <input type="checkbox"/> outro: _____
3. Calefação: <input type="checkbox"/> utiliza calefação central <input type="checkbox"/> utiliza calefação individual <input type="checkbox"/> utiliza radiadores eléctricos individuais <input type="checkbox"/> utiliza estufa de butano <input type="checkbox"/> utiliza lareira <input type="checkbox"/> utiliza chaminé ou estufa de lenha <input type="checkbox"/> utiliza outra fonte de calor <input type="checkbox"/> não utiliza nenhuma <input type="checkbox"/> outro: _____
4. Telefone: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5. Habitação: <input type="checkbox"/> tem humidade <input type="checkbox"/> não tem humidade <input type="checkbox"/> boa ventilação <input type="checkbox"/> ventilação insuficiente <input type="checkbox"/> outro: _____
6. Instalação Eléctrica <input type="checkbox"/> é segura <input type="checkbox"/> apresenta riscos <input type="checkbox"/> as fichas e interruptores estão acessíveis <input type="checkbox"/> as fichas e interruptores não estão acessíveis <input type="checkbox"/> outro: _____
7. Quarto de banho completo (mesmo que seja com duche): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Se responder que não, perguntar 7a e 7b)
7a. O que contém o quarto de banho: <input type="checkbox"/> Sanita <input type="checkbox"/> Sanita e lavatório <input type="checkbox"/> sanita, lavatório e bidé <input type="checkbox"/> outro: _____
7b. Onde se situa: <input type="checkbox"/> dentro da habitação <input type="checkbox"/> fora da habitação <input type="checkbox"/> no mesmo piso <input type="checkbox"/> outro: _____ <input type="checkbox"/> neutro piso
8. Condições do quarto de banho: <input type="checkbox"/> todos os constituintes são acessíveis <input type="checkbox"/> alguns constituintes não são acessíveis (<input type="checkbox"/> banheira <input type="checkbox"/> duche <input type="checkbox"/> bidé <input type="checkbox"/> porta <input type="checkbox"/> outro: _____) <input type="checkbox"/> precisa da instalação de ajudas técnicas <input type="checkbox"/> Quais? _____
9. Condições da cozinha: <input type="checkbox"/> encontra-se situada noutro piso; <input type="checkbox"/> todos os constituintes são acessíveis; <input type="checkbox"/> alguns constituintes não são acessíveis Quais? _____ <input type="checkbox"/> precisa da instalação de ajudas técnicas Quais? _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____
10. Condições de dormitório: <input type="checkbox"/> a cama é apropriada às dificuldades do idoso <input type="checkbox"/> a cama não é adequada <input type="checkbox"/> precisa da instalação de ajudas para levantar-se ou acomodar-se <input type="checkbox"/> outro: _____
11. Chão da habitação: <input type="checkbox"/> não apresenta dificuldades de mobilidade <input type="checkbox"/> apresenta riscos de acidentes: (<input type="checkbox"/> deslizante <input type="checkbox"/> escadas <input type="checkbox"/> desníveis <input type="checkbox"/> buracos <input type="checkbox"/> outro: _____) <input type="checkbox"/> precisa de barras para caminhar (<input type="checkbox"/> corredores <input type="checkbox"/> sala <input type="checkbox"/> dormitório <input type="checkbox"/> outro: _____) <input type="checkbox"/> outro: _____
12. Iluminação <input type="checkbox"/> toda a casa está perfeitamente iluminada

02 Admissão e Acolhimento

2.1. Ficha de Avaliação Diagnóstica

Resposta Social:

<input type="checkbox"/> escassa iluminação em alguns lugares; Quais? _____ <input type="checkbox"/> outro: _____
13. Apenas para pessoas que precisam de cadeiras de rodas ou andarilhos: <input type="checkbox"/> o tamanho das portas é adequado e é possível andar por toda a casa; <input type="checkbox"/> o espaço das portas é insuficiente para a cadeira de rodas ou andarilho; <input type="checkbox"/> impossibilidade de mobilidade no quarto de banho ou dormitório, pelo espaço reduzido; <input type="checkbox"/> impossibilidade de acesso a uma parte da casa pela presença de escadas <input type="checkbox"/> outro: _____
14. Apenas para pessoas que apresentem incapacidades sensoriais: a) Surdez. <input type="checkbox"/> possibilidade de instalar telefone para surdos <input type="checkbox"/> conveniência de instalar uma luz que se acende com o tocar da campainha da porta <input type="checkbox"/> outras ajudas técnicas: _____ b) Dificuldades de visão ou cegueira <input type="checkbox"/> conveniência de instalar iluminação especial <input type="checkbox"/> possibilidade de instalar um espaço com uma lupa de leitura ou monitor ampliado; <input type="checkbox"/> outras ajudas técnicas: _____
15. Apenas quando se detectam problemas de acessibilidade <input type="checkbox"/> os problemas de acessibilidade podem ser superados com reparações, adaptações ou instalações especiais; <input type="checkbox"/> impossibilidade de facilitar o acesso mediante adaptações; <input type="checkbox"/> outro: _____
B. Acessibilidade à habitação
16. Altura da habitação <input type="checkbox"/> vive no piso de baixo; <input type="checkbox"/> vive no piso alto e carece de elevador <input type="checkbox"/> vive no piso alto com elevador <input type="checkbox"/> outro: _____
17. Entrada da habitação <input type="checkbox"/> totalmente acessível até ao elevador ou porta de entrada da casa <input type="checkbox"/> foram detectadas barreiras; Quais? _____ <input type="checkbox"/> iluminação escassa <input type="checkbox"/> Outro: _____
18. Apenas quando se detectam problemas de acessibilidade: <input type="checkbox"/> os problemas de acessibilidade podem ser resolvidos com reparações, adaptações ou instalações <input type="checkbox"/> impossibilidade de facilitar o acesso mediante adaptações <input type="checkbox"/> Outro: _____
C. Espaço à volta da habitação:
19. Localização da habitação: <input type="checkbox"/> está situada perto dos lugares necessários para a vida diária <input type="checkbox"/> é uma habitação isolada <input type="checkbox"/> Outro: _____
20. Acessibilidade ao espaço envolvente <input type="checkbox"/> o espaço exterior que envolve a habitação é acessível <input type="checkbox"/> o espaço exterior é de difícil circulação para a pessoa idosa <input type="checkbox"/> Outro: _____
21. Distância relativamente às pessoas mais próximas <input type="checkbox"/> algum familiar ou conhecido vive na mesma casa, embora no outro piso <input type="checkbox"/> vive próximo de algum familiar ou conhecido (pelo menos de meia hora de distância) <input type="checkbox"/> toda a família ou conhecidos vivem a mais de meia hora de distância <input type="checkbox"/> Outro: _____

02 Admissão e Acolhimento

2.1. Ficha de Avaliação Diagnóstica

Resposta Social: _____

Outras observações:

Assinatura assistente social: _____

13. Hábitos e Gostos/Interesses

Tipo	Hábitos	Gostos e Interesses	Contratualização
Alimentação			
Pequeno-Almoço:			
Almoço:			
Lanche:			
Jantar:			
Roupa n.º _____			
Cuidados de Higiene e imagem			
Cuidados de Saúde			
Ideia ao médico			
Ocupação do tempo			
Compras no exterior			
Passar			
Actividades Lúdicas			
Actividades desportivas			
Actividades Religiosas			
Mobilidade			
Relações interpessoais			
Relações familiares			

Assinaturas:
 Cliente ou pessoa significativa: _____ Data: __/__/____

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado



02 – Admissão e Acolhimento
2.3. Programa de Acolhimento do Cliente

Resposta Social: _____

Nome do Cliente: _____

Aspectos Relevantes na Fase de Acolhimento														
Data	Relacionamento el outros clientes	Relacionamento el os colaboradores	Atendimento de inteligentes	Refeições	Cuidados de Higiene e limpeza	Administração de temporadas	Cuidados de Saúde	Atividades Sociais Lúdicas	Atividades de Apoio Social	Tratamento de Doenças	Transporte	Acompanhamento ao exterior	Apoio na Aquisição de bens e serviços	Outros

02 - Admissão e Acolhimento

2.4 Relatório do Programa de Acolhimento do Cliente



Resposta Social: _____

Nome do Cliente: _____

Processo de Adaptação do Cliente									
1ª Semana		2ª Semana		3ª Semana		4ª Semana		Observações	
Situação Identificada	Medidas Tomadas	Situação Identificada	Medidas Tomadas	Situação Identificada	Medidas Tomadas	Situação Identificada	Medidas Tomadas		



02 - Admissão e Acolhimento

2.4 Relatório do Programa de Acolhimento do Cliente

1. Critérios a avaliar pelo cliente

1. O cliente está satisfeito com as instalações e equipamentos disponibilizados?

Sim

Não

2. O cliente está satisfeito com os serviços prestados pela instituição?

Sim

Não

3. O cliente está satisfeito com os serviços prestados pelos colaboradores?

Sim

Não

4. O cliente está satisfeito com o processo de acolhimento?

Sim

Não

5. O cliente pretende continuar a frequentar a resposta social?

Sim

Não

6. Sugestões de melhoria apresentadas pelo cliente

7. Parecer Técnico sobre o Acolhimento

8. Outras observações:

9. Assinaturas:

Cliente _____ Data ___/___/___

Significativo _____ Data ___/___/___

Organização _____ Data ___/___/___

03 Plano Individual

3.1. Avaliação das Necessidades e Potenciais do Cliente



Resposta Social: _____

Nome do Cliente: _____

Nome a ser tratado: _____ Idade: _____

Data de Aniversário: ___/___/___

Colaborador de referência: _____

Domínios	Subdomínio	Necessidades	Potenciais
<u>Habilidades Sensoriais</u>	Perdas nos sentidos afectam a vida diária		
	Avaliação do funcionamento dos sentidos		
	Perda de funcionamento dos sentidos afecta a participação em actividades		
	Problemas com o funcionamento dos sentidos interferindo na habilidade de interagir		
<u>Autonomia</u>	Liberdade para tomar decisões		
	Sente que controla seu futuro		
	Consegue fazer coisas que gostaria de fazer		
	Pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade		
<u>Actividades passadas, presentes e futuras</u>	Feliz com as coisas que pode esperar daqui para frente		
	Satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações		
	Recebeu o reconhecimento que merece na sua vida		
	Satisfeito com aquilo que alcançou em sua vida		
<u>Participação Social</u>	Satisfeito com a maneira como usa o seu tempo		
	Satisfeito com o seu nível de actividade		
	Tem o suficiente para fazer em cada dia		
	Satisfeito com as oportunidades para participar de actividades na comunidade		
<u>Morte e morrer</u>	Preocupação com a maneira pela qual irá morrer		
	Medo de não poder controlar a morte		
	Medo de morrer		
	Teme sofrer dor antes de morrer		
<u>Intimidade Relações pessoais e íntimas</u>	Tem um sentimento de companheirismo em sua vida		
	Sente amor em sua vida		
	Oportunidades para amar		
	Oportunidades para ser amado		

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado



03 Plano Individual

3.2. Plano de Individual do Cliente

Actividades

Resposta Social: _____

Nome do Cliente: _____

Nome a ser tratado: _____ Idade: _____

Data de Aniversário: __/__/__ Colaborador de referência: _____

Diagnóstico (Necessidades; serviços; potencialidades)	Domínios	Objectivos Gerais	Data de definição	Indicadores		Resultados Atingidos	Data Monitorização
				Definição	Fonte		
	Habilidades Sensoriais	1.					
		2.					
	Autonomia	3.					
		4.					
	Actividades Passadas, Presentes e Futuras	5.					
		6.					
	Participação Social	7.					
		8.					
	Conclusão do Ciclo de Vida	9.					
		10.					
	Intimidade	11.					
		12.					

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado



03 Plano Individual
3.2. Plano de Individual do Cliente
Acções por Actividade

Resposta Social: _____

Actividade: Objectivos específicos:						Local	Periodicidade	N.º de vezes
Acções/Tarefas	Hábitos Gostos	Colaborar	Treinar	Riscos	Acções Correctivas			
1.								
2.								
3.								
4.								

Recursos				Responsáveis			Participação			Observações	Data Resultados	Datas de monitorização	
Humanos	Materiais	Financeiros	Parcerias	Execução	Supervisão			Implicação (S/N)					
					Quem	Quando	Como	Cliente	Família				Outro
1.													
2.													
3.													
4.													

Informações Gerais:

Data prevista para próxima avaliação/revisão do PI:
Cliente e ou Significativos:

Organização:

Data de Aprovação:
Outros:



Resposta Social: _____

Avaliação

Avaliação quantitativa dos desvios face ao planeado

Avaliação qualitativa dos desvios face ao planeado

Propostas de reformulação/revisão do PI

Data de Avaliação/Aprovação: __/__/__

Cliente e/ou Significativos: _____

Organização: _____

Outros: _____

Data: __/__/__

03 Plano Individual do Cliente
3.4. Registo de Apoio Psicossocial



Resposta Social: _____

Nome do cliente: _____ Data de Nascimento: _____

Solicitação prévia apresentada por: _____

1. Sinais do problema apresentado

2. Os familiares alguma vez referenciaram o problema apresentado? Sim Não

3. História do Problema

4. Tentativas prévias de resolução

5. O/A cliente já foi acompanhado/a? Sim Não

Pela equipa do estabelecimento. Quando? ___/___/___
Por um serviço externo. Quando? ___/___/___ Qual? _____

6. Outras informações relevantes

Assinatura: _____

Data da receção: ___/___/___

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado

04 Cuidados Pessoais e de Saúde

4.1. Cronograma

Resposta Social: _____

Nome: _____

Início de cuidados: ___ / ___ / _____

Fim de cuidados: ___ / ___ / _____

Cuidados Pessoais:

Banho (Cama/Duche/Periodicidade/Ajuda):

Higiene Oral (Dentes/Prótese/Periodicidade/Ajuda):

Podologia (Pés/Mãos/Periodicidade/Ajuda):

Fralda/Penso (tipo/N.º/Periodicidade/Ajuda):

Higiene Genital (higiene sumária/Algália/Prolapsos/periodicidade/ajuda):

Eliminação Vesical (periodicidade):

Eliminação Intestinal (periodicidade):

Posicionamentos (periodicidade):

Hidratação Corporal (Creme Gordo/Creme Hidratante/Periodicidade):

Hidratação Oral:

Cuidados de Imagem:

Cabelo:

Barba:

Cuidados de Saúde:

Temperatura:

Tensão Arterial:

Pulsação:

Saturação:

Glicémia Capilar:

Medicação Prolongada:

J	PA	A	L	Varfina/Insulina	J	D

Medicação temporária:

Dieta:

Cuidados de saúde específicos:

04 Cuidados Pessoais e de Saúde
4.2. Registro



Resposta Social: _____

Cuidados de Higiene e Saúde

Nome: _____ Mês: _____

Nota: O colaborador que executa a tarefa assina

Cuidados de Higiene		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Banho	Geral															
	Parcial															
Higiene Oral	Manhã															
	Tarde															
	Noite															
Podologista	Unhas Mãos															
	Unhas Pés															
Hidratação Corporal	Manhã															
	Tarde															
	Noite															
Higiene Intima	Sumária															
	Algalim															
	Bolsa															
Cabeleireiro	Corte															
	Higiene															
Barba/Pelos Homem	Face															
	Orelhas															
	Nariz															
Estética Mulheres	Buço															
Hidratação Facial	Face															

Produtos de Higiene	Data de Entrega	Colaboradora



04 Cuidados Pessoais e de Saúde
4.2. Registo

Resposta Social: _____

Cuidados de Higiene e Saúde

Nome: _____ Mês: _____

Cuidados de Higiene		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Banho	Geral																
	Parcial																
Higiene Oral	Manhã																
	Tarde																
	Noite																
Podologista	Unhas Mãos																
	Unhas Pés																
Hidratação Corporal	Manhã																
	Tarde																
	Noite																
Higiene Intima	Sumária																
	Algalin																
	Bolsa																
Cabeleireiro	Corte																
	Higiene																
Barba/Pelos Homem	Face																
	Orelhas																
	Nariz																
Estética Mulheres	Buço																
Hidratação Facial	Face																

Produtos de Higiene	Data de Entrega	Colaboradora

04 Cuidados Pessoais e de Saúde
4.2. Registo



Resposta Social: _____

Registo Mudanca de Fralda

Nome: _____ Mês: _____

Fralda M - 1 Fralda G - 2 Cueca M - 3 Cueca G - 4 Penso - 5 Fralda XL - 6 Legenda:

5.1 - Penso Mini

5.2 - Penso Maxi

U - Urina; F - Fezes; D - Diarreia; S - Sangue; P - Pus

Higiene Pessoal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Horario															
7 h															
8 h															
9 h															
10 h															
11 h															
12 h															
13 h															
14 h															
15 h															
16 h															
17 h															
18 h															
19 h															
20 h															
21 h															
22 h															
23 h															
24 h															
1 h															
2 h															
3 h															
4 h															
5 h															
6 h															

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado



04 Cuidados Pessoais e de Saúde
4.2. Registo

Resposta Social: _____

Registo Mudança de Fralda

Nome: _____ Mês: _____

Fralda M-1 Fralda G-2 Cueca M-3 Cueca G-4 Penso - 5 Fralda XL-6

Legenda:

5.1 - Penso Mini

5.2 - Penso Maxi

U - Urina; F - Fezes; D - Diarreia; S - Sangue; P - Pus

Higiene Pessoal	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Horário																
7 h																
8 h																
9 h																
10 h																
11 h																
12 h																
13 h																
14 h																
15 h																
16 h																
17 h																
18 h																
19 h																
20 h																
21 h																
22 h																
23 h																
24 h																
1 h																
2 h																
3 h																
4 h																
5 h																
6 h																

04 Cuidados Pessoais e de Saúde
4.2. Registo



Resposta Social: _____

Registo de Posicionamento

Nome: _____

Tempo 2 em 2 horas

		Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Posiciona- mentos	Horario																																
	7 h																																
	9 h																																
	11h																																
	13 h																																

04 Cuidados Pessoais e de Saúde
4.2. Registo



Resposta Social: _____

15 h																																	
17 h																																	
19 h																																	
21 h																																	
23 h																																	
1 h																																	
3 h																																	
5 h																																	

- Legenda:
- LE - Lateral Esquerdo
 - D - Dorsal (Barriga p/ cima)
 - LD -Lateral Direito
 - S - Sentado
 - CI - Cadeirão Inclinado

ATENÇÃO: A CADA POSICIONAMENTO É NECESSARIO COLOCAR CREME HIDRADANTE CORPORAL NAS ZONAS CRITICAS E REALIZAR MASSAGEM CERCA DE 3 MINUTOS

04 Cuidados Pessoais e de Saúde

4.6. Situações de Emergência

Regras Gerais de Actuação



Resposta Social: _____

Situação Tipo	Procedimentos:	Intervenientes	
		Nomes	Contactos
<p>Perda de Consciência <i>Em que respira</i> <i>Quedas</i> <i>Atropelamentos</i></p>	<p>Posição Lateral de Segurança. 1) Colocar a vítima em decúbito dorsal (barriga para cima); 2) Ajustar junto da vítima; 3) Retirar adornos; 4. Colocar a mão da vítima do lado oposto ao nariz e junto da face; 5) Dobrar os joelhos do lado oposto ao nariz e junto da face; 6) Rodar a vítima para o mesmo lado; 7) Fazer estender o pescoço da vítima</p>		
<p>Choque <i>Lesões do coração</i> <i>Perda de sangue ou líquidos orgânicos</i> <i>Vasodilatação</i> <i>Avaliar frequência cardíaca e respiratória</i></p>	<p>Sinais: Pálido, sudorese com pele fria, cor terrosa com cianose das extremidades, náuseas e vômitos, pulso rápido, respiração rápida e superficial, alteração do estado de consciência Primeiro Socorro: 1) Avaliação do exame primário; 2) Acalmar a vítima; 3) Despertar a roupa; 4) Parar a hemorragia ou perda de líquidos orgânicos; 5) Manter a temperatura corporal da vítima; 6) Não dar líquidos a beber; 7) Manter os membros inferiores elevados; 8) Colocar em PLS se inconsciente; 9) Chamar o INEM</p>		
<p>Obstrução da via aérea Engasgamento</p>	<p>Vítima consciente: 1) Coloque-se de lado da vítima e ligeiramente por detrás; 2) Sustente o tórax da vítima com uma mão e incline-a para a frente; 3) Com a outra mão, aplique até 5 pancadas entre as omoplatas; 4) Se não desobstruir, proceda à manobra de Heimlich, mantendo-se por detrás da vítima e abraçando-a em redor da região gástrica (acima do umbigo); 5) Certe os punhos sobre esse região e agarre-o com a outra mão; 6) Faça um máximo de 5 movimentos bracos para dentro e para cima; 7) Chamar o INEM Vítima inconsciente: Chamar o INEM, Colocar em decúbito dorsal, Realizar massagem cardíaca</p>		
<p>Queimaduras 1º Grau: <i>Pele vermelha, quente, seca, dolorosa e com ardor</i> 2º Grau: <i>pele vermelha, quente, seca com ardor e bolhas que têm líquido no seu interior</i> 3º Grau: <i>Pele destruída podendo chegar a estar carbonizada</i></p>	<p>Chamar 112 dependendo da queimadura 1º Grau: colocar debaixo de água corrente, pelo menos 10 minutos. Após arrefecimento, e sem dor, colocar um creme hidratante, neutro e sem cremos. Não colocar gorduras 2º Grau: arrefecer com água corrente. Se necessário, promover a evacuação da vítima para o hospital. Não reventar as bolhas 3º Grau: arrefecer com água corrente. Aquecer a vítima – chamar o INEM Olhos: lavar abundantemente com um fio de água corrente, do canto interno para o externo. Deixar o globo ocular húmedo. Colocar a vítima num ambiente com pouca luz (evita colagem das pálpebras). Não tapar os olhos Articulações e zonas de contacto: interpor compressas ou panos limpos, sem pelos e molhados para evitar colagem. Não permitir que encoste duas partes de pele queimada. Produtos químicos: Retirar excesso de produto com um pano seco. Colocar a vítima rapidamente debaixo de água corrente. Retirar a roupa danada e lavar. Cobrir a vítima e chamar o INEM Queimaduras extensas: não despir, nem arrancar a roupa, se necessário, cortar. Colocar a vítima debaixo de água corrente e aquecer a vítima. Ter atenção a perda de calor, risco de hipotermia. Chamar o INEM</p>		
<p>Perda de Consciência <i>Em que respira</i> <i>Quedas</i> <i>Atropelamentos</i></p>	<p>Posição Lateral de Segurança. 1) Colocar a vítima em decúbito dorsal (barriga para cima); 2) Ajustar junto da vítima; 3) Retirar adornos; 4. Colocar a mão da vítima do lado oposto ao nariz e junto da face; 5) Dobrar os joelhos do lado oposto ao nariz e junto da face; 6) Rodar a vítima para o mesmo lado; 7) Fazer estender o pescoço da vítima</p>		
<p>Choque <i>Lesões do coração</i> <i>Perda de sangue ou líquidos orgânicos</i> <i>Vasodilatação</i></p>	<p>Sinais: Pálido, sudorese com pele fria, cor terrosa com cianose das extremidades, náuseas e vômitos, pulso rápido, respiração rápida e superficial, alteração do estado de consciência Primeiro Socorro: 1) Avaliação do exame primário; 2) Acalmar a vítima; 3) Despertar a roupa; 4) Parar a hemorragia ou perda de líquidos orgânicos; 5) Manter a temperatura corporal da vítima; 6) Não dar líquidos a beber; 7) Manter os membros inferiores elevados; 8) Colocar em PLS se inconsciente; 9)</p>		



04 Cuidados Pessoais e de Saúde

4.6. Situações de Emergência

Regras Gerais de Actuação

Resposta Social: _____

<i>Avaliar frequência cardíaca e respiratória</i>	Chamar o INEM		
<i>Feridas Mordeduras Corpos estranhos encravados Sinus inflamatórios Perda de sensibilidade Indivíduos não vacinados</i>	1) Acalmar a vítima, saber como se feriu e se tem em dia a vacina contra o tétano; 2) Expor a zona da ferida; 3) Retirar, se necessário, adorno; 4) Lavar bem as mãos; 5) Lavar/desinfetar a ferida com água corrente ou soro fisiológico; 6) Colocar um penso e fazer a sua fixação com uma cobertura nas feridas extensas e/ou profundas; 7) Chamar INEM		
<i>Epistaxis Hemorragia nasal</i>	Sentar a vítima com a cabeça direita no alinhamento do corpo; Comprimir com o dedo a narina que sangra, durante 10 minutos; Aplicar gelo exteriormente, não directamente sobre a pele; Se a hemorragia não pára, introduzir um tampão coagulante na narina que sangra fazendo ligeira pressão para que a cavidade nasal fique bem preenchida.		
<i>Paragem cardio-respiratória</i>	Chamar 112 Se está inconsciente e respira, coloca em posição lateral de segurança Se não respira e não tem pulso (PCR), inicia reanimação cardio-respiratória; Coloca a vítima de barriga para cima e desperta a respiração. Coloca uma mão na testa para elevar a cabeça para trás e os dedos indicador e médio da outra no queixo sobre o maxilar inferior, ajudando na inclinação e abertura da boca juntamente com o polegar. O dedo indicador e polegar da mão que está na testa fecham o nariz, em forma de pinça. Faz uma inspiração normal e expira na boca da vítima durante 1 segundo, sem se forçar a entrada, a um ritmo de 10 por minuto. Em cada ventilação (insuflação), observa a expansão do tórax para verificar a eficácia. Ao fim de 10 ventilações deve avaliar se a vítima recuperou a respiração ou se entrou em paragem cardíaca. Os lábios do reanimador devem ficar bem selados aos da vítima, para não haver fuga de ar e a ventilação ser ineficaz. Se a vítima inconsciente recuperar a respiração, coloca em posição lateral de segurança. Se a vítima entrar em paragem cardíaca e respiratória deve iniciar 30 compressões cardíacas alternando com 2 ventilações Como fazer compressões cardíacas: ajoelhe-se ao lado do tronco da vítima; Coloque a eminência tenar de uma das mãos no centro do tórax da vítima e a palma da outra mão por cima desta e entrelaça os dedos. Não fazer pressão nas costelas, apenas na zona central do esterno; De forma perpendicular ao tórax da vítima e com os braços estendidos, faz compressões de 4 a 5 cm no esterno, para que o tempo de compressão seja igual ao de decompressão, a um ritmo de 100 por minuto; Nas PCR faz-se 30 compressões seguidas de duas insuflações e assim sucessivamente, até a vítima recuperar, cheguem os bombeiros ou o reanimador ficar exausto.		
<i>Feridas Mordeduras Corpos estranhos encravados Sinus inflamatórios Perda de sensibilidade</i>	1) Acalmar a vítima, saber como se feriu e se tem em dia a vacina contra o tétano; 2) Expor a zona da ferida; 3) Retirar, se necessário, adorno; 4) Lavar bem as mãos; 5) Lavar/desinfetar a ferida com água corrente ou soro fisiológico; 6) Colocar um penso e fazer a sua fixação com uma cobertura nas feridas extensas e/ou profundas; 7) Chamar INEM		
<i>Epistaxis Hemorragia nasal</i>	Sentar a vítima com a cabeça direita no alinhamento do corpo; Comprimir com o dedo a narina que sangra, durante 10 minutos; Aplicar gelo exteriormente, não directamente sobre a pele; Se a hemorragia não pára, introduzir um tampão coagulante na narina que sangra fazendo ligeira pressão para que a cavidade nasal fique bem preenchida.		

Data: ___ / ___ / ___

Organização: _____

04 Cuidados Pessoais e de Saúde
 4.7. Situações de Emergência
 Cuidados em Situação de Emergência



Resposta Social: _____

Nome: _____

Situação de Emergência Tipificada ou Situações de Emergência Imprevista				
Data	Tipo	Procedimentos	Procedimentos Corrigidos	Observações

Intervenientes Possíveis	Situação Emergência	Nome	Local	Contacto	Observações
Familiar 1					
Familiar 2					
Familiar 3					
Outro					
Outro					
Médico de Família					
Médico Especialidade					
Outro Profissional					
Hospital					
Bombeiros					
Outro: _____					

Data: ___ / ___ / ___ Cliente: _____ Significativos: _____ Organização: _____

05 Actividades Instrumentais da Vida Quotidiana

5.2. Ficha de Incidentes Críticos no Exterior



Resposta Social: _____

Nome do Cliente	Incidente Crítico				
	Data	Hora	Local/Actividade	Descrição do Incidente	Assinatura do Profissional

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado



05 Actividades Instrumentais da Vida Quotidiana
5.3. Ficha de Registos da Lavandaria

Resposta Social: _____

Nome de Cliente: _____

Mês: _____

		Dia/Quantidade																																						
Descrição		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31								
Almofadas																																								
Colchões																																								
Cobertores																																								
Colchas																																								
Edredões																																								
Limpador																																								
Repassador																																								
Pano																																								
Toualha Banho																																								
Toualha Rosto																																								
Toualha Bêbê																																								
Toualha Mesa																																								
Cortinas																																								
Tapetes																																								
Batas																																								
Béguas																																								
Calças																																								
Calções																																								
Camisas																																								
Camisas de Dormir																																								
Pijama																																								
Camisola																																								
Camisola Interior																																								
Soutiens																																								
Combinações																																								
Cuecas																																								
Ceroulas																																								
Collants																																								
Meias																																								
Protetor																																								
Luzões de Mão																																								
Saias																																								
Vestidos																																								
Casacos Malha																																								
Casacos Felpada																																								
Parkas																																								
Outros:																																								

Recolha no Domicílio		Entrega Lavandaria		Saída Lavandaria		Entrega no domicílio	
Dia	Cliente	Dia	Colaboradora	Dia	Colaboradora	Dia	Colaboradora



Processo de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE/UTENTE		
Nome:	Nome pelo qual prefere ser chamado:	
N.º Utente do SNS:	Idade:	Data de Nascimento:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro	Profissão:	
<input type="checkbox"/> Casado		
<input type="checkbox"/> Divorciado		
<input type="checkbox"/> Viúvo		
Morada anterior:	Contacto:	
Nome do familiar/Pessoa Significativa:		
Parentesco:	Contacto:	
Centro de Saúde:	Médico de Família:	

2. DADOS DE ADMISSÃO	Diagnóstico:
Proveniência:	
<input type="checkbox"/> Domicílio	
<input type="checkbox"/> Lar de Idosos	
<input type="checkbox"/> Hospital	Internado de ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> UCC	Traz carta de transferência de enfermagem:
<input type="checkbox"/> Outro	Enfermeiro:
	Médico/a assistente:
3. ANTECEDENTES PESSOAIS	
Patologias conhecidas:	
Medicação habitual:	
Alergias:	
4. OBJECTIVOS DO INTERNAMENTO	



5. ENQUADRAMENTO/SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR

6. SINAIS E SINTOMAS VITAIS

Temperatura:

Frequência Cardíaca:

T.A.:

Frequência respiratória:

Dor: Sim Não

Intensidade: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (10 = dor máxima)

Medicação analgésica prescrita e critérios de administração:

7. ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	OBSERVAÇÃO / CUIDADOS / TIPO DE AJUDA	
Estado de consciência e expressão	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Confuso/agitação psicomotora <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Distúrcio <input type="checkbox"/> Afásico: Tipo da Afasia: <input type="checkbox"/> Outra perturbação:	
Higiene e vestuário	Banho <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Na cama c/ ajuda total <input type="checkbox"/> Na cama c/ ajuda parcial <input type="checkbox"/> No WC c/ ajuda total <input type="checkbox"/> No WC c/ ajuda parcial	Vestuário <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Ajuda total <input type="checkbox"/> Ajuda parcial
Alimentação e Hidratação	<input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Ajuda total <input type="checkbox"/> Ajuda parcial Tipo de Dieta:	Peso: Hábitos Alimentares: <input type="checkbox"/> Disfagia Tipo: <input type="checkbox"/> Gastrostomia N.º: <input type="checkbox"/> Sonda Naso-gástrica Entubado a: Mudar a: <input type="checkbox"/> PEG Data:



Locomoção e Mobilidade	<input type="checkbox"/> Independente	<input type="checkbox"/> Ajuda Parcial <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Mobilização na cama	<input type="checkbox"/> Ajuda Total <input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Mobilização na cama
	Meios auxiliares de marcha: <input type="checkbox"/> Prótese <input type="checkbox"/> Canadias <input type="checkbox"/> Bengala <input type="checkbox"/> C. Rodas <input type="checkbox"/> Píruas/Trips <input type="checkbox"/> Andarilho	Observações:	Observações:
Eliminação	Vesical	<input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Ajuda Parcial <input type="checkbox"/> Ajuda Total Observações:	<input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Dispositivo urinário <input type="checkbox"/> Algaliação: Tipo de algalia n.º _____ Algalido a: Mudo a: <input type="checkbox"/> Urostomia <input type="checkbox"/> Nefrostomia <input type="checkbox"/> Drenagem supra-púbica
	Intestinal	<input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Ajuda Parcial <input type="checkbox"/> Ajuda Total	<input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Ileostomia Observações:
Respiração	<input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Ortopneia <input type="checkbox"/> Polipneia <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Inala terapia <input type="checkbox"/> Ventilação Invasiva		
	<input type="checkbox"/> Ventilação Não Invasiva <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Secreções brônquicas: Características:		



Sono e Repouso	<input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Indutores do sono (especificar):
	<input type="checkbox"/> Acorda facilmente	
	<input type="checkbox"/> Dorme por períodos	
	<input type="checkbox"/> Insónias:	
	<input type="checkbox"/> Vespertinas	
	<input type="checkbox"/> Intermediárias	
	<input type="checkbox"/> Matutinas	

9. SISTEMA TEGUMENTAR		
MUCOSAS	PELE	LOCALIZAÇÃO
<input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Com alterações (especificar):	<input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Com soluções de continuidade: <input type="checkbox"/> Úlceras de pressão <input type="checkbox"/> Ferida cirúrgica <input type="checkbox"/> Úlcera varicosa <input type="checkbox"/> Outras (especificar) <input type="checkbox"/> Com outras alterações (especificar):	
DESCRIÇÃO	TRATAMENTO	
1.		
2.		
3.		
GRAU DA ÚLCERA DE PRESSÃO		
1. Eritema hiperémico não reversível ao alívio da pressão; 2. Destruição da epiderme e parte da derme. Aspecto de abrasão e/ou flictena; 3. Destruição total da epiderme e derme com envolvimento das camadas subcutâneas profundas; 4. Destruição extensa, necrose tecidual, envolvendo o músculo.		
ASPECTO DA FERIDA/ÚLCERA		
1. Tecido necrosado solto; 2. Tecido necrosado aderente; 3. Amolecimento dos bordos da ferida; 4. Endurecimento dos bordos da ferida; 5. Tecido de granulação 6. Tecido epitelial;		



ALTERAÇÕES CUTÂNEAS ASSOCIADAS

1. Pele brilhante, fina, edematosa;
2. Pele seca, escamataosa;
3. Pele vermelha, quente;
4. Reações alérgicas;
5. Alterações da coloração da pele.

10. OUTRAS OBSERVAÇÕES/CUIDADOS ESPECIAIS:

FONTES DE INFORMAÇÃO:

O/A ENFERMEIRO/A

DATA:



AVALIAÇÃO DE RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

(ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE NORTON)

	Estado Físico	Estado Mental	Grnu de dependência	Mobilidade	Incontinência
4	BOM	CONSCIENTE Escala de Glasgow	INDEPENDENTE Na totalidade das actividades de vida	TOTAL	SINCONTINÊNCIA
3	DÉBIL. Pele Seca/vel Edema moderado Deformação óssea	CONFUSO/DESORIENTADO Discurso incoerente Desorientação T e E Pouco comunicativo	CAMINHA COM AJUDA De outra pessoa Andarilho Carruagem Trípede	LIMITADO Diminuição da força dos MB'S Diminuição da força dos MI'S	INCONTINÊNCIA Ocasional Sudores
2	MAU Diminuição da sensibilidade Obesidade Alterações da T. ^o corporal Patologias associadas	PROSTACÃO Alívio Sedolento	DESLOCA-SE EM CADEIRA DE RODAS	MUITO LIMITADO Hemiparesia Hemiplegia	INCONTINÊNCIA Urinária Perda de líquido acetico Perda de líquidos orgânicos
1	MUITO MAU Choque Demência Desidratação Anorexia	COMA Reactivo e controlado doloroso Não reactivo	ACAMADO	IMÓVEL Tetraplegico Paraplegico Anquilosado	INCONTINÊNCIA Incontinência urinária e fecal
0					

SE HOUVER ÚLCERAS DE PRESSÃO DEVE CONSIDERAR-SE ALTO RISCO	
PONTUAÇÃO	MEDIDAS
Sem risco - 20	Sem medidas
Pouco risco - 13 a 20	Levantes se não RAL
	Hidratação da pele
Risco Moderado - 8 a 12	Posicionamento 1x turno
	Massagem de conforto 1x turno
	Levantes se não RAL
	Protecção das proeminências ósseas
Alto Risco - menos de 8	Massagem de conforto de 3/3 horas
	Posicionamento de 3/3 horas
	Levantes se não RAL
	Nutrição hiperprotéica + hidratação oral



INDICE DE KATZ

CAPACIDADE FISCA E FUNCIONAL

Tomar banho (na banheira ou chuveiro)

- Não recebe assistência (entra e sai da banheira sem ajuda)
- Recebe assistência no banho apenas a uma parte do corpo, como costas ou uma perna ou para entrar ou sair da banheira
- Recebe assistência no banho a mais do que uma parte do corpo

Vestir-se (tira as roupas das gavetas e armários incluindo roupa de baixo, roupa de saída usando fixadores (incluindo suspensórios se utilizados))

- Obtém as roupas e veste-se completamente sem auxílio
- Obtém as roupas e veste-se sem auxílio, excepto para atar os sapatos
- Recebe auxílio para preparar as roupas ou para se vestir, ou fica parcial ou completamente despido

Casa de banho (cuidados de higiene) – vai à casa de banho para urinar e defecar, limpa-se sozinho após defecar ou urinar e arranja as roupas

- Vai à casa de banho para o processo de eliminação, limpa-se e compõe as roupas sem auxílio (pode usar objectos de suporte como bengala, muleta ou cadeira de rodas e pode preparar a arrastadeira para noite, despejando-a de manhã)
- Recebe assistência para ir à casa de banho ou para se limpar, para vestir as roupas ou preparar o bacio para passar a noite
- Não vai à casa de banho para o processo de eliminação

Transferecia

- Deita-se e levanta-se da cama assim como se senta e levanta da cadeira sem auxílio (pode usar objectos de suporte, como muletas ou bengala)
- Necessita de auxílio para se deitar e levantar da cama e para se sentar e levantar da cadeira
- Não sai da cama

Continência

- Controla os movimentos de urinar e defecar por si próprio
- Tem acidentes ocasionais
- Ajuda na verificação do controlo da retenção da urina e fezes, usa cateter ou é incontinente



Alimentação

Alimenta-se sem ajuda

Alimenta-se sem ajuda excepto para cortar carne ou pôr manteiga no pão

Recebe assistência na alimentação ou é alimentado em parte ou completamente por tubos ou fluidos intravenosos

Totais	
Nível I	
Nível II	
Nível III	
Nível IV	

ACTIVIDADES SENSORIAIS

FALA

Expressão verbal perfeita/correcta

Não compreensão ou afasia

VISÃO

Normal

Má

Muito Má ou cegueira (cego)

AUDIÇÃO

Normal

Má

Muito Má (surdez)

Tem boa verbalização Sim Não

Demonstra um discurso com lucidez Sim Não

Consegue exprimir dificuldades Sim Não

Observações:



NÍVEL COGNITIVO

Mini-Mental State Examination

Nome: _____ Idade: _____	
Ocupação: _____ Escolaridade: _____ Examinado por: _____	
1. Orientação "Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas é fácil. Tente responder o melhor que for capaz" (de 1 ponto por cada resposta certa). 1. Em que ano estamos? 2. Em que mês estamos? 3. Em que dia do mês estamos? 4. Em que estação do ano estamos? 5. Em que dia da semana estamos? 6. Em que País estamos? 7. Em que distrito vive? 8. Em que terra vive? 9. Em que casa estamos? 10. Em que andar estamos?	1. ____ 2. ____ 3. ____ 4. ____ 5. ____ 6. ____ 7. ____ 8. ____ 9. ____ 10. ____ Nota: ____
2. Retenção "Vou-lhe dizer 3 palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga 3 palavras" <p style="text-align: center;">"Pera" "Gato" "Bols"</p>	1. ____ 2. ____ 3. ____ Nota: ____
3. Atenção e cálculo "Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar" (Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtração, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro)	30. ____ 27. ____ 24. ____ 21. ____ 18. ____ 15. ____ Nota: ____
4. Evocação (Só se efectua no caso do sujeito ter aprendido as três palavras referidas na prova retenção.) "Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir"	Pera: ____ Gato: ____ Bols: ____
5. Linguagem a) Mostre o rebóio de pulso - "Como se chama isto?" b) Mostre um lápis - "Como se chama isto?" c) Repetir a frase - "O rato rói a rolha" d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão" - Pegue no papel com a mão direita ____ - Dobre o papel ao meio ____ - Coloque o papel no chão ____ e) "Leia e cumpri o que diz neste cartão" Mostre o cartão com a frase: "Feche os olhos" f) "Escreva uma frase inteira aqui" (deve ter sujeito e verbo) g) Copie o desenho	a) ____ b) ____ c) ____ d) Nota: ____ e) ____ f) ____ g) ____
Defeito cognitivo - Analfabeto ≤ 15 - 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 - escolaridade superior a 11 anos ≤ 27	Nota: ____ Total: ____





GLOSSÁRIO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

AVALIAÇÃO COGNITIVA

Defice cognitivo:

Analfabetos – menor ou igual a 15

1 a 11 anos de escolaridade – menor ou igual a 22

Com escolaridade superior a 11 anos – menor ou igual a 27

DEFINIÇÃO DOS NÍVEIS DE DEPENDÊNCIA SEGUNDO AS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (baseadas no índice de KATZ)

1 – Banho

2 – Vestir-se

3 – Casa de Banho (cuidados de higiene)

4 – Transferências

5 – Continência

6 – Alimentação

NÍVEL I – Quando o indivíduo é independente com as ajudas técnicas ou dispositivos postos à sua disposição para fazer face às necessidades da vida diária e só necessita de ajuda de terceiros para se movimentar fora de casa.

NÍVEL II – Quando o indivíduo está dependente em pelo menos uma das actividades da vida diária

NÍVEL III – Quando o indivíduo está dependente em mais de uma actividade de vida diária

NÍVEL IV – Quando o indivíduo necessita de ajuda contínua nas actividades da vida diária, durante as 24 horas do dia.

63 Plano Individual
3.2. Plano de Individual do Cliente
Avaliação



Resposta Social: _____

Avaliação

Avaliação quantitativa dos devios face ao planeado

Avaliação qualitativa dos devios face ao planeado

Propostas de reformulação/revisão do PI

Data da Avaliação/Ano: _____ / _____ / _____

ANEXO 3

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

1. Escala de Barthel (Avaliação Sumária da Funcionalidade do Cliente)

a) Alimentação

10 – **Independente.** Capaz de utilizar qualquer talher. Come em tempo razoável.

5 – **Ajuda.** Necessita de ajuda para cortar, passar manteiga, etc.

0 – **Dependente.**

b) Banho

5 – **Independente.** Lava-se por completo em duche ou banho de imersão, ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa

0 – **Dependente.**

c) Vestir

10 – **Independente.** Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Amarra os cordões dos sapatos. Coloca a cinta para hérnia ou o corpete, se necessários.

5 – **Ajuda.** Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em tempo razoável.

0 – **Dependente.**

d) Higiene Pessoal

5 – **Independente.** Lava o rosto e as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada, no caso de aparelho eléctrico

0 – **Dependente.**

e) Controlo Intestinal

10 – **Independente.** Não apresenta episódios de incontinência. Se forem necessários enemas ou supositórios, coloca-os por si só.

5 – **Ajuda.** Necessita de ajuda para enemas ou microlax

0 – **Dependente.**

f) Controlo Vesical

10 – **Contínente.** Não apresenta episódios de incontinência. Quando faz uso de sonda ou de outros dispositivos, toma suas próprias providências.

5 – **Incontinente Ocasional.** Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outros dispositivos.

0 – **Incontinente.**

?

g) Uso do WC

10 – **Independente.** Usa o vaso sanitário ou urinol (Senta-se e levanta-se sem ajuda. Limpa-se e veste-se sem ajuda).

5 – **Ajuda.** Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, retirar e colocar a roupa contudo é capaz de limpar-se.

0 – **Dependente.**

?

h) Transferência Cadeira-Cama

15 – **Independente.** Não necessita de qualquer ajuda. Se utiliza cadeira de rodas, faz isso independentemente.

10 – **Ajuda Mínima.** Necessita de ajuda ou supervisão mínimas.

5 – **Grande Ajuda.** É capaz de sentar-se, mas necessita de assistência total para a passagem.

0 – **Dependente.**

?

i) Deambulação

15 – **Independente.** Pode caminhar sem ajuda por até 50 metros embora utilize bengala, muletas, próteses ou andador.

10 – **Ajuda.** Pode caminhar até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão.

5 – **Independente em cadeira de rodas.** Movimenta-se na cadeira de rodas por, pelo menos, 50 metros.

0 – **Dependente.**

?

j) Escadas

10 – **Independente.** É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de ajuda física ou orientação/supervisão.

0 – **Dependente.**

?

A pontuação total de máxima independência é de 100 pontos, e a de máxima dependência é de 0 pontos

_____ Pontuação total

Nota: O valor da comparticipação familiar mensal em ERPI determina-se pela aplicação de uma percentagem sobre o rendimento "per capita" do agregado familiar, variável entre 75% a 90% de acordo com o grau de dependência do cliente.

Interpretação dos resultados:

- 0-20 Pontos: Dependência total – aplicação de 90% sobre rendimento per capita;
- 20-40 Pontos: Dependência grave – aplicação de 90% sobre rendimento per capita;
- 40-60 Pontos: Dependência moderada – aplicação 85% sobre rendimento per capita;
- 60-80 Pontos: Dependência Leve – aplicação de 80% sobre rendimento per capita;
- > 80 Pontos: Independente – aplicação de 75% sobre rendimento per capita;

Observações:

Data: _____

O Técnico responsável,

(_____)



03 Plano Individual

3.2. Plano de Individual do Cliente

Actividades

Resposta Social: _____

Nome do Cliente: _____

Nome a ser tratado: _____ Idade: _____

Data de Aniversário: __/__/____ Colaborador de referência: _____

Diagnóstico (Necessidades; serviços; potencialidades)	Domínios	Objectivos Gerais	Data de definição	Indicadores		Resultados Atingidos	Data Monitorização
				Definição	Fonte		
	Habilidades Sensoriais	1.					
		2.					
	Autonomia	3.					
		4.					
	Actividades Passadas, Presentes e Futuras	5.					
		6.					
	Participação Social	7.					
		8.					
	Conclusão do Ciclo de Vida	9.					
		10.					
	Intimidade	11.					
		12.					

Avaliação da satisfação dos utentes face aos serviços prestados pela Estrutura Residencial para Pessoas Idosas do TECTO - Centro Social do Telhado



03 Plano Individual

3.2. Plano de Individual do Cliente

Actividades

Resposta Social: _____

Actividades Tipo	Descrever as actividades a implementar	Objectivos Especificos	Indicadores de Avaliação	Calendarização Anual (efectivamente implementadas)																
				Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.					
Cuidados de Higiene																				
Cuidados de Imagem																				
Refeições																				
Tratamento de Roupa																				
Administ. Terapêutica																				
Cuidados de saúde																				
Apoio social																				
Act. Ocupacionais																				
Lúdico-recreativas																				
Culturais																				
Desportivas																				
Intelectuais																				
Quotidianas																				
Espirituais/Religiosas																				
Transporte																				
Acomp. Exterior																				
Aqui. Bens/serviços																				

03 Plano Individual
 3.2. Plano de Individual do Cliente
 Acções por Actividade



Resposta Social: _____

Actividade: Objectivos específicos:						Local	Periodicidade	N.º de vezes
Acções/Tarefas	Hábitos Gostos	Colaborar	Treinar	Riscos	Acções Correctivas			
1.								
2.								
3.								
4.								

Recursos				Responsáveis			Participação Implicação (S/N)			Observações	Data Resultados	Datas de monitorização	
Humanos	Materiais	Financeiros	Parcerias	Execução	Supervisão			Cliente	Familiar				Outro
					Quem	Quando	Output						
1.													
2.													
3.													
4.													

Informações Gerais:

Data prevista para próxima avaliação/revisão do PI:
 Cliente e ou Significativos:

Organização:

Data de Aprovação:
 Outros:



03 Plano Individual

3.2 Plano de Individual do Cliente

Avaliação

Resposta Social: _____

Avaliação

Avaliação quantitativa dos serviços face ao planeado

Avaliação qualitativa dos serviços face ao planeado

Propostas de reformulação/revisão do PI

Data de Avaliação/Anexação: / /

03 Plano Individual
3.2 Plano de Individual do Cliente
Avaliações



Resposta Social: _____

Avaliação

Avaliação quantitativa dos desvios face ao planeado

Avaliação qualitativa dos desvios face ao planeado

Propostas de reformulação/revisão do PI

Data da Avaliação/Análise: / /

03 Plano Individual do Cliente
3.4. Registo de Apoio Psicossocial



Resposta Social: _____

Nome do cliente: _____ Data de Nascimento: _____
Solicitação prévia apresentada por: _____

1. Sinais do problema apresentado

2. Os familiares alguma vez referenciaram o problema apresentado? Sim Não

3. História do Problema

4. Tentativas prévias de resolução

5. O/A cliente já foi acompanhado/a? Sim Não

Pela equipa do estabelecimento. Quando? ___ / ___ / ___
Por um serviço externo. Quando? ___ / ___ / ___ Qual? _____

6. Outras informações relevantes

Assinatura: _____

Data da receção: ___ / ___ / ___