

“Boas Práticas” nos cuidados formais a pessoas idosas: a perspetiva dos profissionais e das pessoas idosas

Maria Lorvão Ribeiro

Orientadora: Professora Doutora Maria João Bernardo Bárrios

Co-orientadora: Professora Doutora Carla Cristina Graça Pinto

Dissertação para obtenção de grau de Mestre
em Gerontologia Social

Lisboa

2019

WWW.ISCSP.U LISBOA.PT

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria João Bárrios, por me mostrar a Gerontologia com profissionalismo, mas sobretudo com paixão. Por me orientar para a superação pessoal e profissional. Por estar sempre disponível. Por ir até ao fim desta viagem comigo.

À Professora Doutora Carla Pinto, pela orientação, pela experiência e pela partilha de conhecimentos.

À Professora Doutora Catedrática Ana Fernandes, pelo Mestrado em Gerontologia Social e por me orientar para esta temática que tanto gosto me deu trabalhar e desenvolver.

À Instituição, àqueles que lá trabalham, vivem e sonham, por me terem aberto a porta sem pudores.

Ao meu Avô, que não partiu sem me guiar até esta área.

Ao meu Pai, a razão disto tudo.

À minha Mãe e à minha Avó.

À Rita, o meu colo nesta viagem.

À Sandra, à Tuxa, às minhas Sofias, à Maria João, por profissionalmente inspirarem o meu percurso.

À Joana, à Cati, à Carolina e à Mariana, por serem a minha bússola em todos os caminhos.

A todos os Cuidadores Formais que conseguem, apesar de todas as dificuldades, marcar positivamente o quotidiano das Pessoas Idosas institucionalizadas, para a Mavilde, para a Cristina, para a Élia, para a Daniela, para a Suse, para a Cristiana, para a Maria João, muito obrigada.

À minha Amélia.

RESUMO

O acelerado envelhecimento das sociedades e os desafios que acarreta, tornam as ERPI umas das principais respostas sociais em Portugal, no que respeita à prestação de cuidados às pessoas mais velhas. Importa, assim, aprofundar a qualidade destes serviços, identificando e analisando “Boas Práticas” nos cuidados formais. Esta pesquisa parte, assim, da questão: “Como é que as normativas relacionadas com as boas práticas na prestação de cuidados formais às pessoas idosas são efetivadas em contexto de estrutura residencial para pessoas idosas e como é que estas são perspetivadas pelos intervenientes?”.

Tendo como objetivo “analisar de que forma as normativas relacionadas com boas práticas na prestação de cuidados formais às pessoas idosas se refletem em contexto de estrutura residencial”, a investigação desenvolvida expectou analisar se estas normativas se espelham, e de que forma, na realidade institucional das estruturas residenciais para a população idosa.

Através de um estudo de caso, seleccionou-se uma ERPI onde foi realizada observação participante e aplicados inquéritos realizados por entrevista ao diretor técnico, pessoas idosas e cuidadores formais. Quer a grelha que orientou a observação participante, quer a construção dos guiões de entrevista tiveram como base dimensões e indicadores extraídos do *Manual de Boas Práticas do Instituto da Segurança Social*.

O conjunto de resultados possibilitou realçar boas práticas: carinho no ato de cuidar, boa disposição das AAD, rácio de pessoal face as necessidades dos residentes, comunicação, promoção da autonomia na realização das atividades de vida diária, a ocupação e animação, a paciência, a disponibilidade, a atenção e o amor. Por outro lado, são ainda refletidos comportamentos desadequados e elaboradas sugestões de melhoria. A reflexão aqui concertada é sobretudo importante na ERPI estudada, mas com potencial de informar outras entidades prestadoras de cuidados aos mais velhos.

Palavras-chave: Cuidados Formais; Pessoa Idosa; Boas Práticas; Estruturas Residenciais para as Pessoas Idosas.

ABSTRACT

The accelerated aging of societies and the challenges it entails make nursing homes one of the main social responses in Portugal regarding the provision of care to older people. Thus, it is important to deepen the quality of these services, identifying and analyzing “Good Practices” in formal care. This research thus starts from the question: "How are the norms related to good practices in formal care delivery to the elderly implemented in the context of a residential structure for the elderly and how are they viewed by parties involved?".

Aiming to “analyze how the norms related to good practices in formal care for the elderly are reflected in a residential structure context”, the research developed expected to analyze if these norms are mirrored, and in what way, in the institutional reality of residential structures for the elderly population.

Through a case study, an nursing homes has been selected where participant observation was performed and surveys conducted by interview with the technical director, the elderly and formal caregivers. Both the grid that guided the participant observation and the construction of the interview guides have been based on dimensions and indicators extracted from the Social Security Institute Manual of Good Practice.

The set of results made it possible to highlight good practices: tenderness in the act of caring, good mood of the caregivers, staff ratio in relation to the residents' needs, communication, promotion of autonomy in carrying out daily life activities, occupation and entertainment, patience, availability, attention and love. On the other hand, inappropriate behaviors are also reflected and suggestions for improvement are elaborated. The reflection agreed here is especially important in the studied ERPI, but with the potential to inform other caregivers to older people.

Keywords: Formal Care, Elderly People; Good Practices; Residential Structures for Elderly.

ACRÓNIMOS E SIGLAS

AAD – Ajudante de Ação Direta

ASG – Auxiliar de Serviços Gerais

DT – Diretor(a) Técnico(a)

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

EV – Esperança de Vida

INE – Instituto Nacional de Estatística

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

UE28 – 28 Estados Membros da União Europeia

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. REVISÃO DA LITERATURA	3
1.1. O Envelhecimento Individual, Demográfico e os seus Desafios	3
1.2. Respostas Sociais para o Envelhecimento	8
1.2.1. Centro de Dia e Centro de Convívio	8
1.2.2. Serviços de Apoio Domiciliário	9
1.2.3. Lares e Estruturas Residenciais para as Pessoas Idosas	10
1.3. Cuidar no Envelhecimento	11
1.3.1. O conceito Cuidar.....	11
1.3.2. Prestação de Cuidados Formais às Pessoas Idosas	13
1.4. “Boas Práticas” de Cuidar no Envelhecimento	15
1.4.1. O conceito <i>Boas Práticas</i>	15
1.4.2. Representação de “Boas Práticas” segundo o Instituto da Segurança Social.....	16
1.4.3. Promoção de “Boas Práticas” – o Sistema de Gestão da Qualidade	19
2. METODOLOGIA	25
2.1. Pergunta de Partida	25
2.2. Objetivos da Pesquisa	25
2.3. Modelo de Análise	26
2.4. Tipo de Estudo.....	26
2.5. Identificação e Caracterização do Contexto de Recolha de Dados	26
2.6. Procedimentos de Recolha e Análise de Dados.....	27
2.7. Desenho do Estudo	28
3. RESULTADOS.....	29
3.1. Resultados da Observação Participante.....	29
3.1.1. Flexibilidade dos horários	29
3.1.2. Higiene	29
3.1.3. Alimentação	31

3.1.4.	Saúde	33
3.1.5.	Atividades.....	33
3.1.6.	Questões Relacionais e Comunicação	35
3.1.7.	Informação escrita.....	35
3.1.8.	Feedback – Positivos ou Corretivos às AAD	35
3.1.9.	Maus Tratos.....	36
3.1.10.	Organização dos Espaços Físicos.....	36
3.2.	Resultados da Entrevista à Diretora Técnica	38
3.3.	Resultados da Entrevista às Pessoas Mais Velhas	38
3.4.	Resultados da Entrevista aos Cuidadores Formais	41
4.	DISCUSSÃO	44
	CONCLUSÃO	49
	BIBLIOGRAFIA	51
	ANEXOS	54
	Anexo I - Grelha de Observação.....	54
	Anexo II - Guião de Entrevista a Pessoas Idosas.....	60
	Anexo III - Guião de Entrevista a Colaboradoras	62
	Anexo IV - Guião de Entrevista Diretora Técnica	64

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui uma realidade nas sociedades contemporâneas, reflexo da diminuição da percentagem de jovens, pelo declínio da fecundidade e taxa de natalidade; bem como do aumento da proporção de pessoas mais velhas, conseqüente da redução da mortalidade e aumento da esperança de vida. Por impor desafios a vários níveis da vida das pessoas, surge a necessidade de responder e refletir sobre as diversas problemáticas que resultam desta realidade.

Neste contexto demográfico, bem como social, a temática sobre a prestação de cuidados formais às pessoas mais velhas eleva-se, considerando que o alongamento do tempo de vida implica uma diminuição da funcionalidade e uma maior suscetibilidade a doenças, incapacidade e dependência. As práticas de cuidados que estas necessidades implicam apresentam-se, portanto, como o principal mote da presente pesquisa, na medida em que subsiste uma inquietação sobre a forma como são prestados estes cuidados.

Em Portugal, as respostas sociais mais procuradas são as dirigidas às pessoas mais velhas e, dentro destas, apesar dos serviços de apoio domiciliário (SAD) constituíram a resposta de maior incremento, as estruturas residenciais para as pessoas idosas (ERPI) são a resposta com maior taxa de ocupação, sempre acima dos 90%. Na verdade, as ERPI dão resposta à multiplicidade de necessidades que as pessoas mais velhas possam apresentar. Mas de que forma se está a prestar cuidados? Desconhecendo a realidade institucional nas respostas sociais direcionadas para as pessoas mais velhas, a principal motivação que originou esta investigação foi apurar se os intervenientes na prestação de cuidados formais às pessoas idosas valorizam a instrumentalidade e ausência de afetos ou se, por outro lado, valorizam a humanização da prestação de cuidados formais às pessoas mais velhas e boas práticas de cuidado.

A literatura em torno da temática apresenta diretrizes quer para a análise e avaliação da prestação de cuidados quer em termos práticos, que guiem a forma como se estruturam e realizam as práticas e serviços. É o exemplo de um manual com um conjunto de normativas desenvolvidas pelo Instituto da Segurança Social, relacionadas com boas práticas nas estruturas residenciais para as pessoas idosas. Selecionado este documento como orientador desta investigação, a pergunta de partida que impulsionou o estudo foi:

Como é que as normativas relacionadas com as boas práticas na prestação de cuidados formais às pessoas idosas são efetivadas em contexto de estrutura residencial para pessoas idosas e como é que estas são perspetivadas pelos intervenientes?

Para responder a esta questão delineámos como objetivo geral do estudo:

Analisar de que forma as normativas relacionadas com boas práticas na prestação de cuidados formais às pessoas idosas se refletem em contexto de estrutura residencial.

Relativamente à estrutura desta dissertação, no capítulo I começamos por expor a revisão de literatura, trabalhando conceitos e aspetos teóricos importantes para a compreensão da pesquisa, desenvolvendo-se sobretudo os conceitos de envelhecimento, cuidar e boas práticas. O capítulo II corresponde às opções metodológicas da investigação, descrevendo os objetivos da mesma, bem como, a identificação e caracterização do contexto e métodos de recolha e tratamento de dados. O capítulo III prossegue com a apresentação dos resultados, quer da observação participante, quer dos inquéritos por entrevista dos intervenientes, incluindo a discussão e análise dos mesmos. Por último, encontra-se uma conclusão geral da pesquisa, destacando-se as principais reflexões e implicações para a prática.

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1. O Envelhecimento Individual, Demográfico e os seus Desafios

A área da Gerontologia, enquanto ciência que estuda o processo de envelhecimento na sua dimensão biológica, psicológica e social, revela-se de muita importância nas pesquisas em ciências sociais, num contexto de envelhecimento demográfico mundial.

O envelhecimento individual remete para um nível biológico, relativo à diminuição da funcionalidade e aumento da vulnerabilidade a doenças. Carvalho (2013) apresenta perspectivas diferenciadas da problematização do envelhecimento, são estas: individual, do sistema familiar, intergeracional, do poder e género, da dignidade e direitos humanos e do desenvolvimento da sociedade. Na literatura, o envelhecimento individual encontra-se agregado às capacidades pessoais, físicas, psíquicas e ao modo de vida, remetendo para a responsabilização individual no processo de envelhecimento. Deste modo, os indivíduos alcançarão um envelhecimento bem-sucedido, na medida em que participam ativamente e controlam o processo que é envelhecer. Se por outro lado, a pessoa não se encontra capacitada para controlar ou participar no seu processo de envelhecimento, deste decorrerá uma deterioração da saúde física e psíquica, levando à dependência e à perda de vitalidade (Carvalho, 2013).

Na perspectiva demográfica, o envelhecimento é visível na base da pirâmide etária da população, com a diminuição do número de jovens, conseqüente do acentuado declínio da natalidade e da fecundidade. Simultaneamente, observamos o envelhecimento no topo da pirâmide, consistindo no aumento da proporção de pessoas mais velhas, permitido pelo aumento da esperança de vida (Fernandes & Botelho, 2007), conseqüente da redução da mortalidade. É, portanto, fruto de uma evolução das sociedades como conquista social, médica e científica, graças a uma transição epidemiológica, mas que se reflete num panorama demográfico muito envelhecido, com uma maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes.

Portugal é um dos países mais envelhecidos no cenário europeu, verificando-se que em 2018 tinha 21,5% das pessoas com 65 e mais anos, sendo um valor muito superior à média da UE28, com 19,7%. Este envelhecimento deve-se a valores de esperança de vida cada vez mais altos. Em 2017, os homens portugueses esperavam viver 78,4 anos e as

mulheres 84,6 anos, sendo valores acima da UE28, com 78,3 anos e 83,5 anos, respetivamente (EUROSTAT).

Este aumento da longevidade da população portuguesa é perceptível em indicadores demográficos como o índice de envelhecimento¹: 159,4 em 2018. Entenda-se que, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2015) foi no ano 2000 a primeira vez que o número de idosos ultrapassou o número de jovens Portugal e que em 2014 o índice de envelhecimento já era de 141 idosos por cada 100 jovens.

Em 2018 Portugal apresentava um índice de dependência de idosos de 33,9 (INE). Segundo as projeções do EUROSTAT este cenário irá manter-se. Em 2050, três em cada dez pessoas terão 65 ou mais anos (Cardoso, 2015). No mesmo ano, o índice de dependência de idosos será de 65,8, sendo acima na UE28 de 49,9 (EUROSTAT).

Neste contexto de envelhecimento demográfico, acentuado pelo declínio da natalidade e da fecundidade, bem como, pelo aumento da esperança de vida (Fernandes & Botelho, 2007), eleva-se uma sociedade longeva que reflete o progresso conquistado em relação às questões sociais, económicas e na área da saúde, no entanto, não deixa de se apresentar enquanto desafio.

No que à saúde diz respeito, além da limitação da funcionalidade e estados de vulnerabilidade inerentes ao avançar da idade, devemos ainda ter em conta que o crescimento de anos de vida não se faz acompanhar de qualidade de vida e saúde. Esta reflexão é possível analisando indicadores como os anos de vida saudáveis e a esperança de vida. Vejamos este indicador aos 65 anos em 2017: i) aos 65 anos as mulheres portuguesas esperavam viver 22,1 anos mas apenas 6,7 anos de vida saudáveis (cerca de 30% da EV aos 65 anos)²; ii) do lado dos homens portugueses, aos 65 anos esperavam viver 18,3 anos mas apenas 7,9 saudáveis (cerca de 43% da EV aos 65 anos)³ (EUROSTAT).

Sobre os desafios do envelhecimento demográfico, é também possível afirmar que o processo de envelhecimento demográfico impõe dificuldades financeiras do sistema de

¹ Relação entre o número de idosos e o número de jovens

² Na UE28, as mulheres aos 65 anos esperavam viver 21,4 anos mas apenas 10,2 em boa saúde (48% da EV aos 65 anos).

³ Na UE8, os homens aos 65 anos esperavam viver 18,1 anos mas apenas 9,6 saudáveis (53% da EV aos 65 anos)

pensões, bem como a reformulação do modelo de cálculo das pensões, deixando o sistema da Segurança Social com dificuldades económicas.

Desta forma, as políticas sociais para as pessoas idosas têm que ser repensadas e mudadas para que todas as pessoas tenham acesso igualitário às mesmas. Além das políticas sociais, o sistema público de saúde tem que ser repensado devido a este processo de envelhecimento demográfico. São as pessoas idosas que mais recorrem ao sistema público de saúde e o mesmo tem de ir ao encontro das necessidades de cuidado de saúde (Dias & Rodrigues, 2015: 186, 187).

Segundo a OMS (2002) existem sete desafios do envelhecimento demográfico, sendo estes:

- 1º - A carga dupla da doença;
- 2º - O maior risco de deficiência;
- 3º - Prestação de cuidados para o envelhecimento;
- 4º - A feminização do envelhecimento;
- 5º - Ética e iniquidades;
- 6º - A economia de uma população em processo de envelhecimento;
- 7º - A criação de um novo paradigma.

Em relação ao primeiro desafio, a carga dupla da doença, as mudanças nos padrões de vida dos indivíduos bem como do trabalho levam a transformações nos padrões de saúde. Estas transformações nos padrões de saúde apresentam maior impacto nos países em desenvolvimento, em que, para além das doenças infecciosas ou a desnutrição, os países em desenvolvimento apresentam um rápido crescimento das doenças não transmissíveis. Nos países desenvolvidos, este crescimento rápido das doenças não transmissíveis é também evidente, sendo que o cancro, depressão e doenças crónicas são cada vez mais a causa de morte das pessoas. Assim, é necessário implementar políticas e programas que ajudem a melhorar ou expandir o rápido crescimento destas doenças não transmissíveis.

No segundo desafio, tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento as doenças crónicas são causas de deficiência e por conseguinte, de uma pior qualidade de vida. Ao longo dos anos, os indivíduos vão perdendo as suas capacidades físicas e cognitivas e ganhando doenças, como artrite, demências, diabetes, entre outras, sendo necessário políticas que protegem e ajudam os indivíduos com

deficiência, como por exemplo, locais de trabalho sem obstáculos e horários de trabalho adequados às pessoas portadoras de deficiências relacionadas com a idade; ruas iluminadas e casas de banho públicas; programas de atividades físicas; ensino da linguagem gestual ou de aparelhos auditivos para as pessoas idosas que têm pouca audição; livre-acesso à saúde e acesso a créditos e a pequenos negócios (OMS, 2002: 37).

No que toca ao terceiro desafio, um dos maiores desafios da política de saúde é alcançar um equilíbrio entre o autocuidado (pessoas que cuidam de si próprias), apoio informal (apoio familiar e amigos) e o apoio formal (apoio dos serviços sociais e de saúde). O apoio informal inclui cuidados de saúde primários e cuidados institucionais (serviços de saúde, lares ou casas de repouso), sendo importante aos Estados de cada país investir nestes cuidados, de forma a proporcionar um melhor envelhecimento à população.

No quarto desafio, a feminização do envelhecimento, as mulheres vivem mais do que os homens em quase todos os países, porém, são vítimas mais frequentes de violência doméstica, de discriminação laboral, na educação, na assistência à saúde, entre outros, estando desta forma mais propícias à pobreza e ao isolamento social.

Em relação à ética e iniquidades, no quinto desafio, com o envelhecimento da população, várias questões éticas são colocadas como os avanços na medicina, os direitos humanos de indivíduos pobres e portadores de deficiência.

A exclusão social e o empobrecimento das pessoas idosas são, em geral, consequência das iniquidades estruturais tanto dos países desenvolvidos como dos países em desenvolvimento. Existem também iniquidades na saúde, ocorrendo de porções de populações pequenas no processo de envelhecimento a consumirem um montante desproporcional dos recursos públicos para os seus cuidados de saúde.

As lacunas e diferenças entre os ricos e os pobres no acesso à saúde são cada vez mais evidentes e a não abordagem desse problema trará várias consequências para a economia global.

No sexto desafio, os Governos temem que o rápido envelhecimento demográfico leve a uma explosão incontrolável na área da saúde e custos com o seguro social. No entanto, os maiores gastos com a saúde não estão associados ao rápido envelhecimento

demográfico, mas sim com a construção de hospitais em excesso, uso inadequado de tecnologias, ineficiência na prestação de cuidados, entre outros.

Contudo, muitas pessoas idosas que não praticam uma atividade produtiva, contribuem na mesma para a economia em geral, através de trabalho informal, atividades voluntárias, ou troca de dinheiro e apoio familiar, permitindo aos adultos continuarem no mercado de trabalho enquanto as pessoas idosas cuidam dos netos.

O envelhecimento demográfico, de forma global, requer que os governos e o setor privado enfrentem desafios para a segurança social e para os sistemas de pensões. Efetivamente, serão mais pessoas a receber pensões, havendo um desequilíbrio entre as pessoas que estão no mercado de trabalho e as pessoas idosas que recebem pensões.

Por fim, o sétimo desafio, criação de um novo paradigma, afirma que a velhice, tradicionalmente, está associada a pessoas doentes, dependência e a aposentadoria. No entanto, as políticas e programas que estão associadas a este paradigma não refletem a realidade, em que, a maioria dos idosos permanecem independentes no processo de envelhecimento. Também, as pessoas idosas são ativas no trabalho informal e a contribuição da ajuda dos mesmos em casa (por exemplo cuidar dos netos) permite que os adultos permaneçam no mercado de trabalho.

Desta forma, “é o momento de termos um novo paradigma, que perceba os idosos como participantes ativos de uma sociedade com integração da idade, contribuintes ativos e beneficiários do desenvolvimento” (OMS, 2002: 43). Este novo paradigma, deve incluir o reconhecimento da contribuição dos idosos que estão doentes e reconhecer a importância das relações intergeracionais.

De facto, o envelhecimento não está diretamente relacionado com doenças e incapacidades, mas sim a um processo de senescência, isto é, ao desenvolvimento da idade está associada uma maior suscetibilidade ao aparecimento de doenças, segundo Figueirinha, Marques e Simões (2012), “o processo de envelhecimento traz consigo algo inerente e esperado que é o declínio das funções dos órgãos e sistemas, diminuição da reserva fisiológica e diminuição da capacidade de resposta do sistema imunitário aos agentes agressores, tornando assim o corpo mais suscetível às doenças e incapacidades”.

A longevidade pode expor mais as pessoas a situações de vulnerabilidade face a todas as suas dimensões como as situações de saúde e perda de autonomia ou as alterações na

rede informal que levam a situações de solidão, discriminação, estigmatização ou até mesmo, exclusão social, o que evidencia a importância de refletir sobre as novas necessidades de cuidado às pessoas idosas e nas Respostas Sociais destinadas a esta população.

1.2. Respostas Sociais para o Envelhecimento

As Respostas Sociais que surgem como solução para o desafio que é envelhecer são responsáveis pelo cuidado e conforto das pessoas a quem prestam serviços e devem, ao efetivar as suas ações, não desassociar os idosos das questões da sua própria vida, protegê-los de forma excessiva ou até mesmo, infantilizá-los. Segundo a Carta Social (2017). Para além da satisfação das atividades básicas da vida diária e das atividades instrumentais da vida diária, é também responsabilidade das respostas sociais orientadas para a população idosa, dependente ou autónoma, promover a inclusão e a participação na comunidade.

As Respostas Sociais destinadas à população idosa devem envolver a pessoa, promover a sua autonomia, tornando-a um agente ativo e participativo no seu processo de envelhecimento. Corroborando esta ideia também Alves (2011) evidencia que os equipamentos para as pessoas idosas se devem caracterizar pelo contexto humanizado, personalizado e que tem em conta as necessidades individuais, bem como, as vivências, o meio social e o meio familiar da pessoa.

A Rede de Serviços e Equipamentos Sociais em Portugal apresenta enquanto respostas sociais para a População Idosa o Centro de Convívio, o Centro de Noite e o Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas. No entanto, as Respostas Sociais dirigidas à População Idosa com maior expressão são o Centro de Dia, o Serviço de Apoio Domiciliário e a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, sendo que as tipologias das respostas sociais que entraram em funcionamento em 2017, 61% foram relacionadas com a população idosa (Carta Social, 2017).

1.2.1. Centro de Dia e Centro de Convívio

Segundo Guedes (2014), o Centro de Dia e o Centro de Convívio são respostas sociais que asseguram os serviços de proximidade e que surgiram enquanto alternativa à

institucionalização, pois esta significava para algumas pessoas idosas alterações drásticas nas suas vidas e para colmatar os custos e as complexidades de funcionamento das grandes estruturas.

A Resposta Social Centro de Dia, presta serviços que pretendem contribuir para a manutenção das pessoas idosas no seu meio social e familiar, evitando ao máximo a institucionalização e tem também como objetivos garantir a prestação de cuidados ou serviços que satisfaçam as necessidades e as expectativas das pessoas que utilizam o serviço, promover a autonomia e precaver situações de dependência, incentivar as relações pessoais e intergeracionais e desenvolver estratégias relacionadas com a autoestima, a autonomia, a funcionalidade e a independência pessoal e social da pessoa (Segurança Social, 2016).

A Resposta Social Centro de Convívio, é definida pelo Instituto da Segurança Social (2016) como um equipamento de apoio a atividades recreativas, culturais e sociais, planificadas e dinamizadas, com o envolvimento ativo das pessoas idosas, que residem numa comunidade. Identifica como objetivos desta Resposta Social, precaver situações de solidão e de isolamento, promover a participação e inclusão das pessoas idosas na vida social da comunidade e cooperar para retardar ou evitar a institucionalização das pessoas idosas.

1.2.2. Serviços de Apoio Domiciliário

A Resposta Social Serviço de Apoio Domiciliário, é definida pelo Instituto da Segurança Social (2016), como uma valência que presta cuidados e serviços a pessoas ou a famílias que permaneçam no seu domicílio, em situações de dependência física ou psíquica e que por esse motivo não consigam assegurar a satisfação das suas necessidades básicas ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem tenham apoio familiar para a concretização destas atividades, de forma temporária ou permanente.

São delimitados enquanto objetivos desta Resposta Social a prestação de cuidados e serviços que se adequem às necessidades das pessoas que contratualizam o serviço, a promoção para a melhoria da qualidade de vida, a cooperação para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar, a contribuição para que as pessoas permaneçam no seu meio, retardando ou evitando a institucionalização, facilitando o

acesso a serviços na comunidade, bem como, a promoção de estratégias de desenvolvimento da autonomia ou até mesmo reforçar as competências das famílias ou outros cuidadores.

O Serviço de Apoio Domiciliário enquanto Resposta Social deve disponibilizar os cuidados e serviços todos os dias da semana e quando necessário também aos sábados, domingos e feriados. Os cuidados e serviços prestados são cuidados de higiene e conforto pessoal, higiene habitacional (necessária à natureza dos cuidados que são prestados), fornecimento e apoio nas refeições, tratamento da roupa de uso pessoal, serviço de teleassistência e atividades de animação e socialização, por exemplo, animação, lazer, cultura, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade ou aquisição de bens. Esta Resposta Social pode também garantir a formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados das pessoas, apoio psicossocial, confeção de alimentos no domicílio, transporte, cuidados de imagem e a realização de modificações ou reparações no domicílio e realização de atividades ocupacionais (Instituto da Segurança Social, 2016).

De acordo com Guedes (2014), foi a Resposta Social Serviço de Apoio Domiciliário que teve um crescimento mais acentuado, entre o ano 2000 e o ano 2011, o que reflete o quão relevante é o principal objetivo desta valência, isto é, dar resposta às necessidades das pessoas idosas e a sua manutenção nas suas habitações e no seu meio, apresentando também como benefícios combater o isolamento social das pessoas idosas e funcionar como um complemento ao apoio informal.

1.2.3. Lares e Estruturas Residenciais para as Pessoas Idosas

De acordo com a Portaria nº67/2012, as Estruturas Residenciais para as Pessoas Idosas, são para alojamento coletivo de carácter temporário ou permanente, onde se desenvolvam atividades de apoio social e cuidados de enfermagem. Objetivando, as Estruturas Residenciais para as Pessoas Idosas devem promover serviços que respondam de forma adequada às necessidades biopsicossociais das pessoas idosas, como também, colaborar no estímulo para o processo de envelhecimento ativo das pessoas, proporcionar as circunstâncias para que se preservem e incentivem as relações intrafamiliares e fomentar a integração social.

Alves (2011), refere-se à estrutura residencial enquanto equipamento, que dá resposta às pessoas com idade estabelecida para a reforma ou para outras em situação de perda de independência ou autonomia, que por escolha própria ou por não haver apoio familiar ou social integram esta resposta social. Também enumera outros objetivos desta Resposta Social destinada às Pessoas Idosas. São então, promover a qualidade de vida, colaborar para que o processo de envelhecimento retarde ou estabilize, favorecer a interação com a comunidade e a rede informal, reforçar a auto-estima e promover a autonomia da pessoa.

São também apontados por Alves (2011) critérios de qualidade para a intervenção nesta Resposta Social, tendo em conta os clientes, os colaboradores, a estrutura e o funcionamento, por exemplo, garantir os direitos humanos e o exercício da cidadania, respeitar as diferenças, respeitar a individualidade, as necessidades e as expectativas, promover uma envolvente segura, promover o envolvimento da rede informal, incentivar o relacionamento entre a pessoa e os outros intervenientes, bem como, incitar a participação das pessoas na gestão do lar ou estrutura residencial.

1.3. Cuidar no Envelhecimento

1.3.1. O conceito Cuidar

Segundo Pinto e Róseo (2014), “cuidar do outro pressupõe disponibilizar atenção à sua individualidade e às suas necessidades” e, corroborando esta ideia, o cuidar deve visar o bem-estar, deve ter em conta as necessidades e respeitar as limitações, mas promover a autonomia, deve ter como base uma relação de confiança mútua entre o cuidador e a quem são prestados cuidados e carece de disponibilidade para o outro nas suas dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais (Cardoso, 2015).

Por outras palavras, também Carvalho (2009) apresenta o conceito “cuidado” remetendo-o para a atenção dada ao outro, envolvendo a dimensão da prestação de cuidados e de receber cuidados.

Do mesmo modo, Queirós *et. al* (2016) referem que o ato de cuidar pode ser abordado ao nível pessoal, psicológico ou cultural. Cuidar é intrínseco aos seres humanos, é indispensável para a sobrevivência, bem como ser cuidado ou o cuidar do meio envolvente. Neste artigo, são distinguidos tipos de cuidados, são eles o cuidado genérico,

pois todas as pessoas cuidam e necessitam também de ser cuidadas, e o cuidado profissional, isto é, “a atenção dirigida e intencional sobre coisas e/ou pessoas, organizado e praticado de forma profissional (...)”. Ao conceito *cuidar*, associam-se conceitos, valores e princípios como humanidade, confiança, compaixão, envolvimento, ajuda, autonomia, afeto, empatia, dedicação, relações interpessoais, emoção, respeito.

No estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, de Vieira *et. al* (2011), foram entrevistados sete cuidadores formais com o objetivo de perceber as suas conceções dos cuidados às pessoas institucionalizadas. Após a análise de conteúdo das entrevistas, os autores do estudo distinguiram cinco ideias sobre o cuidar, são elas:

- i. “Cuidado como técnica” – Cuidar é a realização de atividades que respondam às necessidades básicas e que promovam a saúde. Relaciona-se com o cuidado físico;
- ii. “Cuidado como interação” – Quem presta cuidados considera que ter atenção às necessidades básicas não é suficiente, existe preocupação com as necessidades do outro e com a sua individualidade. Reconhece-se o outro enquanto ser humano e o cuidado centra-se na interação e não apenas na parte instrumental. A linguagem não verbal evidencia-se no processo de cuidar;
- iii. “Cuidado como expressão de subjetividade” – A prestação de cuidados é percebida enquanto forma de interagir e envolve valores como o respeito, consideração, compaixão e afeto;
- iv. “Cuidado como atitude” – Os prestadores de cuidados têm uma atitude profissional e regem-se por princípios como a responsabilidade, o compromisso, a paciência ou a disponibilidade;
- v. “Cuidado como descaracterização do sujeito” – Os prestadores de cuidados consideram as pessoas a quem prestam cuidados vulneráveis, fragilizadas e dependentes, descaracterizando-as.

Os autores do estudo concluíram que os prestadores de cuidados formais, na sua maioria, conceptualizam o cuidado pela sua instrumentalidade e pela parte técnica, mas também relacionam o cuidado com a atenção perante o outro ou até mesmo o afeto.

Frilund, Eriksson e Fagerstrom (2013) definem essencialmente o cuidado enquanto promotor do alívio do sofrimento, mas também enquanto promotor de saúde e bem-estar. As autoras expõem a sua investigação no âmbito da ética dos cuidados, associando-a a conceitos como amor, misericórdia ou dignidade humana, referindo valores como

integridade, dignidade, autonomia, participação, respeito e segurança relacionados com a prestação de cuidados às pessoas idosas.

Os autores Figueirinha, Marques e Simões (2012), abordam a temática da humanização do cuidar na medida em que, os profissionais que cuidam, mais do que evidenciar as suas competências técnicas, têm de ver o outro enquanto ser humano e tratá-lo enquanto ser biopsicossocial. No cuidar humanizado, são valorizados todos os aspetos da pessoa pela sua complexidade e pela sua constituição com fatores intrínsecos e extrínsecos. O alívio da vulnerabilidade, a facilitação de conforto, a promoção da dignidade, a realização mútua e a preservação da extensão das possibilidades humanas da pessoa, da família e da comunidade, são o resultado da prestação de cuidados com qualidade.

1.3.2. Prestação de Cuidados Formais às Pessoas Idosas

Outrora, a prestação de cuidados à população idosa dependente era da responsabilidade dos familiares descendentes, nas suas habitações, preferencialmente por pessoas do género feminino e com laços de afetividade (Cardoso, 2015). Ainda persistindo, os cuidados informais, remetem para o seio familiar, onde os cuidados são prestados por familiares, vizinhos, amigos ou voluntários que podem ou não ser remunerados (Carvalho, 2009).

Transferindo a responsabilidade do cuidado para as instituições direcionadas para a população idosa, as famílias também procuram espaços com os recursos materiais e humanos adequados às necessidades da pessoa idosa. Deste modo, os cuidados formais, diferenciam-se dos cuidados informais na medida em que, são prestados por profissionais em respostas sociais destinadas à população idosa, envolvendo as dimensões sociais, pedagógicas ou relacionadas com a saúde (Carvalho, 2009).

Num contexto de envelhecimento demográfico e crescente longevidade da população, a necessidade da prestação de cuidados formais às pessoas idosas acentua-se. A Organização Internacional do Trabalho apresentou um relatório que quantificou a necessidade de mais prestadores de cuidados formais para fazer face a esta realidade demográfica e fez recomendações em relação ao número de cuidadores formais (4,2 por cada 100 habitantes com 65 ou mais anos), bem como, sugeriu a melhoria das condições

de trabalho e da possibilidade de haver perspectivas de progressão na carreira para cuidadores de longa duração, recomendou ainda a formação dos cuidadores informais e o aumento da proteção a longo prazo de cuidados para as pessoas idosas (Cardoso, 2015).

Na literatura têm sido apresentadas várias ideias caracterizantes sobre os prestadores de cuidados formais às pessoas idosas. Segundo o estudo de caso de Rodrigues (2014), que traçou o perfil dos cuidadores formais, o sexo feminino prevalece na profissionalização dos cuidados, sendo mulheres com idade média de 47 anos, casadas e com filhos, não apontando problemas em compatibilizar a vida familiar com a vida profissional.

Ainda na literatura sobre a prestação de cuidados formais, Beringuilho (2013), apresenta autores que realizaram perfis de cuidadores de idosos, identificando-se predominância de pessoas do género feminino, com idades médias perto dos 50 anos, cujo estado civil é casado ou solteiro, com baixa escolaridade e que trabalham há pouco tempo nas instituições.

Também Beringuilho (2013), aponta como características deste grupo profissional a falta de motivação, a insatisfação no trabalho, e por isso a procura de novas oportunidades, o fraco desempenho profissional, bem como, o distanciamento e a desumanização nas relações.

Nomeadamente, para Rodrigues (2014), “a forma como o cuidador observa o idoso e o envelhecimento condiciona inevitavelmente a sua forma de atuação perante este.”, também Vieira *et. al* (2011) corroboram com a ideia de que a prestação de cuidados às pessoas idosas “envolve sentimentos sobre a velhice e o cuidado, que se forem negativos por parte do cuidador, podem comprometer o cuidado prestado”, isto é, a qualidade da prestação de cuidados formais é comprometida e influenciada pelas representações que quem presta cuidados tem sobre o envelhecimento e sobre os cuidados às pessoas idosas.

Segundo Pinto e Róseo (2014), “o idoso espera do seu cuidador ações, não somente técnicas, mas destinadas a proporcionar-lhe alegria, amizade, conforto, tranquilidade, carinho e atenção (...).”, ou seja, a prestação de cuidados formais tem de ultrapassar a parte instrumental e entrar no campo dos afetos. Deste modo, quem presta cuidados formais deve procurar envolver a pessoa, promover a sua autonomia, tornando-a um agente ativo e participativo no seu processo de envelhecimento.

1.4. “Boas Práticas” de Cuidar no Envelhecimento

1.4.1. O conceito *Boas Práticas*

As autoras Rysz-Kowalczyk e Szatur-Jaworska (2013) desenvolveram uma pesquisa no âmbito das boas práticas na política social e apresentam diferentes formas de abordar e definir. Consideram que uma boa prática é uma ação que soluciona um determinado problema ou é um elemento de conhecimento produzido por uma organização ou também a consideram enquanto meio de comunicação.

Estas autoras expõem também uma síntese dos critérios caracterizadores de boas práticas, estas são inovadoras, serão a solução para um problema premente, são um meio para alcançar os objetivos delineados, não são o resultado das práticas habituais, mas sim de uma reflexão sobre as mesmas, devem ser consideradas enquanto fonte de conhecimento para os demais e por isso, devem ser expressadas como um modelo a seguir, deverão também ser aceites pelos profissionais e destas deverão assomar vantagens para os beneficiários envolventes (Rysz-Kowalczyk e Szatur-Jaworska, 2013).

Apresentam diversas definições de boas práticas, uns autores referenciam que estas constituem regulamentos e projetos que resultam em bons resultados ou até mesmo, muito bons resultados, para as organizações, outros autores abordam-nas como projetos inovadores, implementados com sucesso nas comunidades, constituindo soluções práticas para determinados problemas, resultando em consequências positivas. Referem também que as boas práticas quando assumidas enquanto ações, causam mudanças ao nível individual, coletivo ou institucional, estas devem ser eficazes, eficientes e universais.

Em suma, as boas práticas são naturalmente práticas que funcionam, estando comprovado que têm sucesso, mas também podem ser constituídas por valores distintos cujo conjunto resulta nas boas práticas.

Rysz-Kowalczyk e Szatur-Jaworska (2013) mencionam que quando as boas práticas estão relacionadas com os serviços sociais, eleva-se a questão da padronização dos serviços, na medida em que quer a disseminação de boas práticas, quer a padronização dos serviços, objetivam melhorar a qualidade do trabalho das instituições.

1.4.2. Representação de “Boas Práticas” segundo o Instituto da Segurança Social

Visando a prestação de apoio com qualidade às pessoas mais velhas, surge neste contexto de boas práticas o “Manual de Boas Práticas – Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas”, cujos destinatários são os dirigentes, os profissionais, os residentes e os familiares, editado pelo Instituto da Segurança Social, da autoria do Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social e também do grupo CID – Crianças, Idosos, Deficientes – Cidadania, Instituições, Direitos, apresenta diversas questões normativas e de conduta relativamente às boas práticas em ERPI.

Iniciando-se com uma apresentação, no Manual é referido que a articulação entre fatores organizacionais e relacionais são fundamentais para a qualidade de vida das pessoas idosas em instituições. O principal objetivo desta articulação visa o respeito e a promoção da dignidade de cada pessoa idosa, tendo em conta a sua individualidade e os seus direitos. São identificados como essenciais para o bem-estar e qualidade de vida, o respeito ou a promoção e defesa dos direitos humanos das pessoas idosas institucionalizadas, por conseguinte, não podem ser retraídos no desenvolvimento das suas dimensões físicas, psíquicas, intelectuais, espirituais, emocionais, culturais e sociais.

Ainda na apresentação, refere-se a principal temática “boas práticas”, na medida em que têm de ser assumidas, refletidas e avaliadas, numa envolvente de confiança e de sinceridade, sendo orientadas para a concretização dos direitos humanos da pessoa idosa, mas também que se reflitam na realização pessoal e profissional dos profissionais envolvidos.

O enquadramento social apresentado, que justifica a realização deste Manual de Boas Práticas, remete para o envelhecimento demográfico que corresponde a uma maior longevidade, no entanto, nem sempre se correlaciona com um nível de bem-estar e um grau de autonomia, o que pode impossibilitar as pessoas idosas de satisfazerem as suas necessidades sem algum tipo de apoio. É nestas situações de prestação de apoio que as pessoas mais velhas carecem de respostas com qualidade. Para além do acesso aos cuidados necessários, ao bem-estar e à qualidade de vida, estas respostas devem ser desenvolvidas visando os direitos das pessoas idosas à cidadania plena, à igualdade de oportunidades, à participação no desenvolvimento económico, social e cultural.

Nas instituições que acolhem as pessoas idosas, são apresentados pelo Manual fatores fundamentais como uma atuação humanizada, personalizada e que faça face às necessidades reais e individualizadas de cada situação ou pessoa, nomeadamente, centrar a atuação na pessoa, tendo em conta o seu meio familiar e social enquanto fator essencial das suas vivências.

Na sua estrutura, o Manual de Boas Práticas encontra-se dividido por três partes: i) “Organização de pessoas para pessoas” que reflete sobre as instituições a um nível mais macro, bem como, sobre o conceito cuidar e o que o envolve; ii) “Mudar de casa, mudar de vida?” que aborda desde a candidatura à vida na instituição, considerando as diversas dimensões possíveis da vida de uma pessoa idosa numa instituição e, por último, iii) “Organizar a casa”, que é sobre os profissionais que trabalham nas instituições, os espaços físicos, a segurança, a fiscalização. Ao longo do Manual são apresentados casos práticos que promovem a reflexão sobre situações suscetíveis de acontecer nas ERPI.

A análise realizada foi de encontro às questões do cuidado e da sua prestação de cuidados. Como tal, evidencia-se a definição do Manual sobre o cuidar que “deve ser visto como relacional e afetivo, assenta num interesse e consideração pelo outro enquanto pessoa e não apenas na efetiva prestação de serviços”.

É demonstrado no Manual de Boas Práticas, a importância de uma cultura ética nas instituições e um código de ética que institua as bases de comportamento. Expõem fatores morais universais que devem ser incluídos nos códigos de ética como a confiabilidade, a justiça, o respeito, a cidadania, a responsabilidade, o cuidado.

O Manual dedica um subcapítulo aos “Direitos, Princípios e Valores do Cuidar” e identifica como valores e princípios a dignidade, o respeito, a individualidade, a autonomia, a capacidade de escolher, a privacidade e intimidade, a confidencialidade, a igualdade e a participação. Elevando também alguns direitos como o direito à integridade e ao desenvolvimento da sua personalidade, direito à liberdade de expressão, direito à liberdade religiosa, direito a uma vida afetiva, sexual e social ou ainda o respeito pela autonomia da pessoa na gestão do seu património e a garantia que os cuidados que as pessoas idosas necessitam são prestados atempadamente e de forma competente e humana.

De seguida, o Manual prossegue com questões sobre a entrada na instituição, quando são os familiares a escolher e não a pessoa idosa, como é que os profissionais devem lidar com esta situação e como é que devem acolher esta pessoa.

Para além disso, o Manual defende a ideia que todas as pessoas idosas em instituição têm direito a um projeto de vida, que deve ser reavaliado continuamente, que os valorize enquanto indivíduos, onde sejam traçados objetivos relacionados com os aspetos familiares e as vivências que a pessoa tinha antes da entrada na instituição. Este projeto deve ser elaborado pela própria pessoa, em conjunto com a organização e, se assim pretender, também com a família. Também é defendido que deve ser promovida a participação das pessoas idosas no quotidiano das instituições.

O Manual de Boas Práticas, aborda a questão da flexibilidade de horários, na medida em que, apesar dos horários serem importantes para o funcionamento da instituição, estes devem ser flexíveis para que cada pessoa individualmente possa escolher, por exemplo, se quer levantar-se mais tarde ou mais cedo do que o estipulado pela instituição ou até mesmo a hora das refeições. Refere ainda que alguém ser levantado durante a madrugada para o quarto ser limpo ou para tomar banho é considerado mau trato.

Também sobre a higiene e apresentação, realçam que as pessoas idosas em instituição devem responsabilizar-se pela sua própria higiene, mas quando necessitam de assistência a sua privacidade tem de ser respeitada.

Sobre as atividades, a participação das pessoas idosas é voluntária, mas para fomentar a participação é desejável envolver as pessoas no planeamento e na avaliação das mesmas. O Manual refere ainda que a prática de passar o dia em frente à televisão devia ser banida.

São também abordadas as questões sobre a alimentação e hidratação, sobre o sono e as perturbações do mesmo, também sobre a dependência, a sexualidade, a demência, os maus tratos, a espiritualidade, a doença, a morte ou o luto. O Manual expõe situações, bem como, soluções e orientações de ação relacionadas com essas temáticas.

No último capítulo, o Manual para além de abordar temas como a inspeção, a fiscalização, a importância da reflexão para melhorar, os primeiros socorros, a segurança, a organização dos espaços físicos, aborda também a importância do feedback dentro da equipa como forma de valorizar ou corrigir comportamentos, as questões da comunicação, das relações no trabalho, o trabalho em equipa, o recrutamento dos

profissionais, bem como, sobre a formação inicial relacionada com os princípios que orientam a organização e sobre os direitos das pessoas idosas no que concerne aos princípios e valores do cuidar e a formação contínua de forma a acompanhar a evolução dos tempos.

1.4.3 Promoção de “Boas Práticas” – o Sistema de Gestão da Qualidade

Mota (2016), aponta como indicador de diferenciação nas respostas sociais, a qualidade, referindo que têm havido diretivas da Comunidade Europeia no sentido de aumentar a qualidade dos serviços sociais. Neste sentido, bem como num contexto de competitividade e para o melhor funcionamento destas organizações, a mesma autora reflete sobre a relevância de implementar um Sistema de Gestão da Qualidade que seja certificado e reconhecido internacionalmente, visando a melhoria contínua da eficácia e eficiência.

Efetivamente, Mota (2016) refere que os escassos recursos, a necessidade urgente de respostas ou a utilização de estratégias que não se adequam e que apenas procuram responder os problemas do imediato, transforma as instituições em ineficazes e inadequadas, mas também resulta no descurar de medidas importantes como a reflexão sobre as práticas ou o questionamento sobre procedimentos, avaliação do trabalho realizado ou até mesmo inovar. Valoriza ainda a crescente necessidade de recursos humanos que contrariem essa realidade e que sejam o fator diferenciador das organizações.

Com efeito, tendo em conta o impacto que estas organizações têm na sociedade e a necessidade do Estado corresponsabilizar as organizações, o Instituto da Segurança Social elaborou um Sistema de Gestão da Qualidade, resultante do Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais, visando a satisfação das pessoas que utilizam os serviços, a avaliação da qualidade do serviços, bem como, o seu contínuo aperfeiçoamento e a sua sustentabilidade (Mota, 2016).

Pelo autor Mota (2016) são apresentadas diversas definições do conceito *qualidade*, por exemplo, a definição da Associação Portuguesa para a Qualidade, “a totalidade das

características de um produto ou serviço que determinam a sua aptidão para satisfazer uma dada necessidade”, ou a definição de Deming, “qualidade significa melhoria contínua”.

Também Rodrigues (2014) apresenta diferentes autores com concepções diversas sobre o conceito *qualidade*, como a Trilogia da Qualidade do autor Juran, que defende que a qualidade é gerida através de um conjunto de processos que satisfazem as expectativas dos clientes, são eles, planeamento, controlo e aperfeiçoamento da qualidade. Outro autor apresentado por Rodrigues (2014) refere a importância de conhecer os gostos dos clientes, considerando que são apenas estes quem define o conceito, associando qualidade à paixão que o consumidor poderá sentir pelo produto. Também a Associação Francesa de Normalização refere que qualidade de um produto ou serviço é a sua capacidade para responder às necessidades de quem utiliza o serviço ou o produto. A qualidade revela-se imprescindível nas organizações, num contexto de competitividade e por cada vez mais as pessoas avaliarem e compararem, tendo em conta as suas expectativas, os serviços e os produtos.

O Sistema de Gestão da Qualidade é definido como um sistema “que compreende a estrutura organizacional, responsabilidades, processos e recursos necessários para implementar a Política da Qualidade e concretizar os objetivos preconizados pela organização” ou também “a forma como a organização dirige e controla as atividades que estão relacionadas direta ou indiretamente a atender as exigências dos clientes. Em linhas gerais, consiste na sua estrutura organizacional, juntamente com o planeamento, processos, recursos e documentos que usa para atingir os seus objetivos de qualidade, para atender às necessidades do seu cliente e proporcionar uma melhoria do seu sistema de gestão da qualidade e, assim, eventualmente, a melhoria dos seus produtos” (Rodrigues, 2014).

Segundo Rodrigues (2014), a gestão da qualidade e a implementação dos sistemas de gestão da qualidade surgem pela crescente importância atribuída pelos consumidores à eficácia das empresas e, conseqüentemente, para a sustentabilidade destas organizações e para se diferenciarem de outras. Refere ainda as dimensões da gestão da qualidade, sendo elas a definição de metas e objetivos, a formulação de estratégias, o desenvolvimento e implementação de planos e ação, avaliação dos planos e, posteriormente, as ações de correção.

Também Alves (2011) considera a gestão da qualidade enquanto fator indispensável a qualquer organização, envolvendo todos os colaboradores, quer seja do setor privado ou público. Refere ainda que o sistema de gestão da qualidade possibilita a criação do contexto indicado para a melhoria contínua, refletindo-se na satisfação e confiança quer dos clientes, quer dos colaboradores, parceiros ou outras entidades envolvidas.

Corroborando esta ideia, Mota (2016) justifica a implementação de sistemas de gestão da qualidade pelo contexto de competitividade global, pela célere inovação tecnológica e inovação dos processos, bem como, pelas constantes alterações nos cenários económicos e sociais, de forma a ocorrer, constantemente, uma melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Expostos por Marques (2005) são oito os princípios elementares da gestão da qualidade, segundo a *International Organization for Standardization*. São eles:

- i. Princípio da Focalização no Cliente, isto é, para as organizações responderem às necessidades dos seus potenciais ou efetivos clientes, é preciso conhecer bem as suas carências e as suas expectativas, para neste sentido orientar a gestão da organização.
- ii. Princípio da Liderança, visando o cumprimento dos objetivos da qualidade, o gestor da organização deve promover o envolvimento de todas as pessoas.
- iii. Princípio do Envolvimento dos Colaboradores, ou seja, os recursos humanos enquanto fator central nas organizações, como tal, as suas capacidades devem ser usadas para a prestação de um serviço de qualidade.
- iv. Princípio da Abordagem por Processos, gerindo as atividades e os recursos associados enquanto processos (input – transformação – output).
- v. Princípio da Abordagem Sistemática da Gestão, isto é, de forma a melhorar a eficiência e a eficácia de toda a organização, é preciso identificar, compreender e gerir a relação entre os processos para alcançar determinado objetivo.
- vi. Princípio da Melhoria Contínua, é uma filosofia que concerne um objetivo constante nas organizações.
- vii. Princípio da Abordagem Factual para a Tomada de Decisões, isto é, a análise de dados e a análise da informação disponível, tendo em conta os indicadores da qualidade estabelecidos, promove decisões mais eficazes.
- viii. Princípio das Relações Mutuamente Benéficas com Fornecedores, isto é, como a cadeia de valor das organizações assentam numa interdependência entre clientes

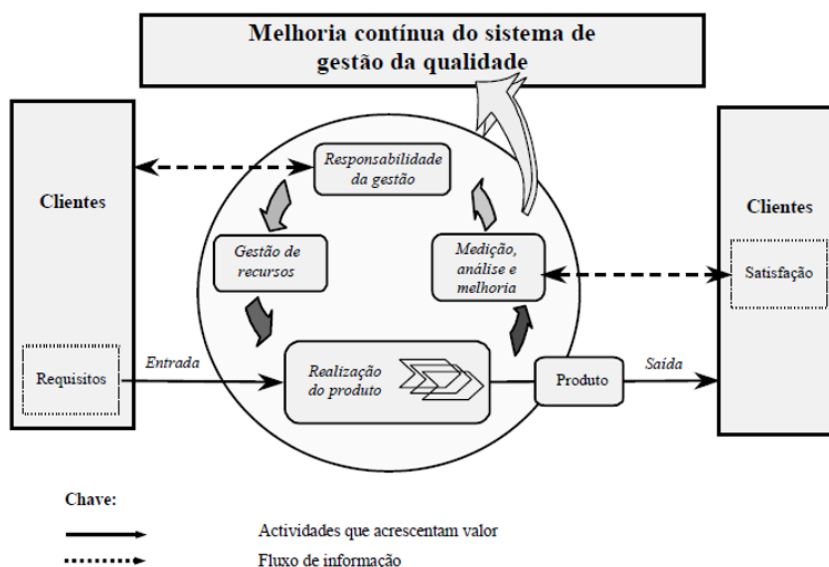
e fornecedores, orientam-se para uma relação com benefícios mútuos, valorizando ambos os lados.

Face ao exposto, é possível afirmar que a gestão de qualidade se direciona para os processos, as funções, os agentes, os clientes, o valor acrescentado ou os resultados. Segundo Mota (2016), as tendências relacionadas com a gestão da qualidade, focam o destinatário da sua ação no cliente, mas também relevam a importância dos dirigentes, dos fornecedores ou até do Instituto da Segurança Social, identificando os processos como organizador da qualidade.

Na figura 1 é possível observar os processos que fazem parte do sistema de gestão da qualidade, como os processos de realização, os de suporte, os de gestão e os de medição, indo além dos processos de realização do produto. Mota (2016) refere ainda que os processos chave devem ter saídas bem definidas, com normas de aceitação e, que tem de haver pelo menos uma forma de monitorizar ou medir o impacto destes.

Com efeito, a implementação do sistema da gestão de qualidade, apesar das limitações, na medida em que, segundo Rodrigues (2014), “as organizações são constituídas por seres humanos que por vezes cometem erros, os processos produtivos e as tecnologias são cada vez mais complexas, o que conduz a dificuldades (...) de interpretação e comunicação”, constitui uma mais valia para as organizações para demonstrar o seu potencial, melhorias ao nível de desempenho e comunicação e promover para todos os envolvidos respostas que se apropriam às necessidades individuais (Mota, 2016). Segundo Rodrigues (2014), a implementação de sistemas de gestão da qualidade são uma mais valia pois acarretam e promovem “(...) a certificação da organização e a garantia da qualidade dos seus produtos e/ou serviços e processos; a redução dos custos da qualidade (...); a prevenção e correção de problemas de qualidade; (...) a concorrência com sistemas já implementados; o alargamento e procura de novos mercados; e o reforço e melhoria dos canais de comunicação entre as diferentes áreas da organização”.

Figura 1 - Modelo de um sistema de gestão da qualidade baseado em processos



Fonte: Instituto Português da Qualidade (2008:8) cit por Mota (2016)

A Gestão da Qualidade nas Respostas Sociais destinadas à População Idosa surge enquanto temática num contexto de competitividade entre as organizações, quer do setor privado, quer no terceiro setor. Deste modo, as crescentes exigências ao nível do funcionamento das organizações, bem como, as diretivas do Estado e relevante importância com a satisfação do cliente levou a modificações ao nível das políticas públicas e ao surgimento do Sistema de Gestão da Qualidade (Mota, 2016).

Em Portugal, o SGQ nestas organizações ainda é uma realidade não muito comum e recente. No entanto, é apresentado enquanto mais valia para melhores serviços e para a sustentabilidade destas estruturas, na medida em que, um melhor serviço, com mais qualidade, que tem em conta as necessidades das pessoas para quem é destinado o serviço e a sua satisfação, cativará novas pessoas para o serviço e mesmo a comunidade onde está inserida a organização (Mota, 2016).

Admitindo a realidade do envelhecimento demográfico e os desafios que o envelhecimento envolve, considerando que devem ser preservadas as capacidades físicas, cognitivas e relacionais da pessoa idosa, a qualidade dos serviços de apoio social e de saúde eleva-se como fator de elevada importância. Atendendo ao exposto, surgiu o Projeto Qual_Idade, proposto e aprovado pela Iniciativa Comunitária EQUAL em 2005.

Como objetivos deste projeto eram apresentados a “implementação de políticas e processos de qualificação de equipamentos e serviços das respostas sociais Lar de Idosos, Apoio Domiciliário e Cuidados Continuados Integrados”, “a adoção de metodologias que garantam o envolvimento e participação de todos os agentes e a consolidação do processo de mudança”, “conciliar a adoção dos princípios normativos subjacentes às políticas públicas de qualificação de respostas sociais com a realidade específica das organizações e a sua identidade” e “facilitar e modernizar os processos de gestão da informação, racionalizando processos e promovendo a eficácia e eficiência” (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2004).

Mota (2016), eleva a importância de certificar mais organizações pois a gestão da qualidade nas respostas sociais potencia a sua distinção, mas uniformiza-as de forma a que todos entendam o seu funcionamento.

2. METODOLOGIA

2.1. Pergunta de Partida

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2005), a questão de partida representa o princípio da investigação. A questão nuclear que despoletou a presente investigação foi:

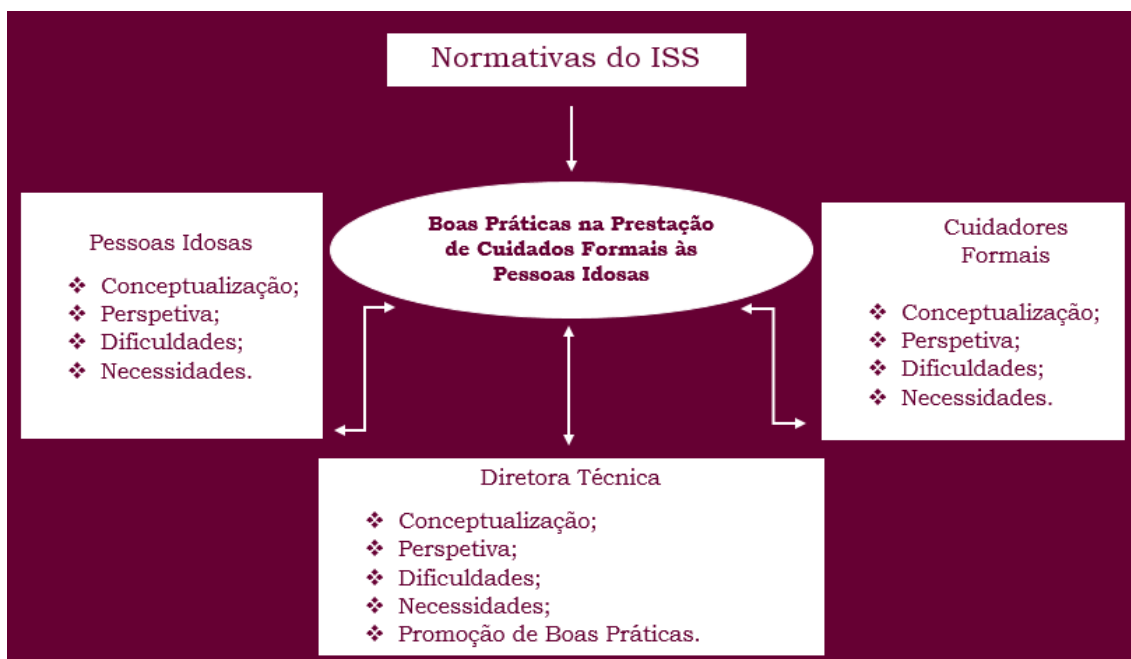
Como é que as normativas relacionadas com as boas práticas na prestação de cuidados formais às pessoas idosas são efetivadas em contexto de estrutura residencial para pessoas idosas e como é que estas são perspetivadas pelos intervenientes?

2.2. Objetivos da Pesquisa

O objetivo geral do estudo é *analisar de que forma as normativas relacionadas com boas práticas na prestação de cuidados formais às pessoas idosas se refletem em contexto de estrutura residencial*. Para cumprir este objetivo delineámos os seguintes objetivos específicos:

- I. Identificar boas práticas na realidade quotidiana de uma estrutura residencial;
- II. Caracterizar a conceptualização de boas práticas de cuidado sob a perspetiva da população idosa institucionalizada;
- III. Caracterizar a conceptualização de boas práticas de cuidado sob a perspetiva dos cuidadores formais e como as aplicam na prestação de cuidados às pessoas idosas;
- IV. Caracterizar a conceptualização de boas práticas de cuidado sob a perspetiva do/a Diretor/a Técnico/a da organização selecionada e aferir qual o seu papel na promoção destas mesmas práticas de cuidado, junto dos prestadores de cuidados formais às pessoas idosas;
- V. Identificar as dificuldades e necessidades sentidas pelos cuidadores formais na prestação de cuidados com boas práticas.

2.3. Modelo de Análise



2.4. Tipo de Estudo

A presente investigação foca-se numa organização, ou seja, é um estudo de caso que, apresentado por Carmo e Ferreira (2008) que expõem a definição de Yin (1988) como “uma abordagem empírica que investiga um fenómeno atual no seu contexto real”. Estes autores também referem um conjunto de características que Merriam (1988) apontou para os estudos de caso qualitativos e que têm orientado a investigação, são elas: ser particular, descritivo, heurístico, indutivo e holístico.

2.5. Identificação e Caracterização do Contexto de Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada numa ERPI do Concelho de Alcobaça, tendo este caso sido selecionado por conveniência e disponibilidade da direção e funcionários, na medida em que foi dada completa liberdade para participar no quotidiano da estrutura residencial e investigar sobre o mesmo. À semelhança, também os funcionários se demonstraram disponíveis para colaborar e serem inquiridos.

O Concelho de Alcobaça, segundo os Censos de 2011, registava um Índice de Envelhecimento de 141,3 %, ou seja, há mais população idosa do que jovem no Concelho. O Índice de Longevidade do Concelho de Alcobaça vai ao encontro da média nacional, sendo que o Índice de Longevidade em Portugal é de 47,9 % e no Concelho de Alcobaça é de 47,6 %, demonstrando o envelhecimento da população (PORDATA, 2015). A problemática do envelhecimento demográfico espelha-se, assim, no concelho selecionado e reflete-se nas respostas sociais disponíveis.

A ERPI insere-se numa Instituição que funciona há mais de 25 anos, tem como missão “caminhar no sentido de dar respostas às necessidades da população”. Tem a trabalhar nas suas diversas valências cerca de 30 colaboradores, que exercem funções orientadas para a promoção de um desenvolvimento em equilíbrio da população, nas dimensões motoras, intelectuais, afetivas e sociais.

As valências que esta instituição disponibiliza à população idosa são o Serviço de Apoio Domiciliário que dá resposta a 42 pessoas idosas, o Centro de Convívio com 32 pessoas idosas inscritas e a ERPI com capacidade para 19 utentes.

2.6. Procedimentos de Recolha e Análise de Dados

Relativamente aos procedimentos de recolha de dados, tendo em conta o tipo de estudo e os objetivos já estabelecidos, para além da pesquisa bibliográfica cujo intuito foi enriquecer a revisão de literatura e conhecer as diversas realidades já estudadas neste âmbito, também foi realizada análise documental, particularmente ao *Manual de Boas Práticas do Instituto da Segurança Social*. Esta análise permitiu a extração das dimensões e indicadores para a construção de uma grelha de observação (anexo I), capaz de orientar a observação participante.

Deste modo, a observação participante constituiu outro procedimento de recolha de dados, que Carmo e Ferreira (2008) definem como “observar é selecionar informação pertinente, através dos órgãos sensoriais e com recurso à teoria e à metodologia científica, a fim de poder descrever, interpretar e agir sobre a realidade em questão”, realizando a investigação participando na vida da população observada.⁴

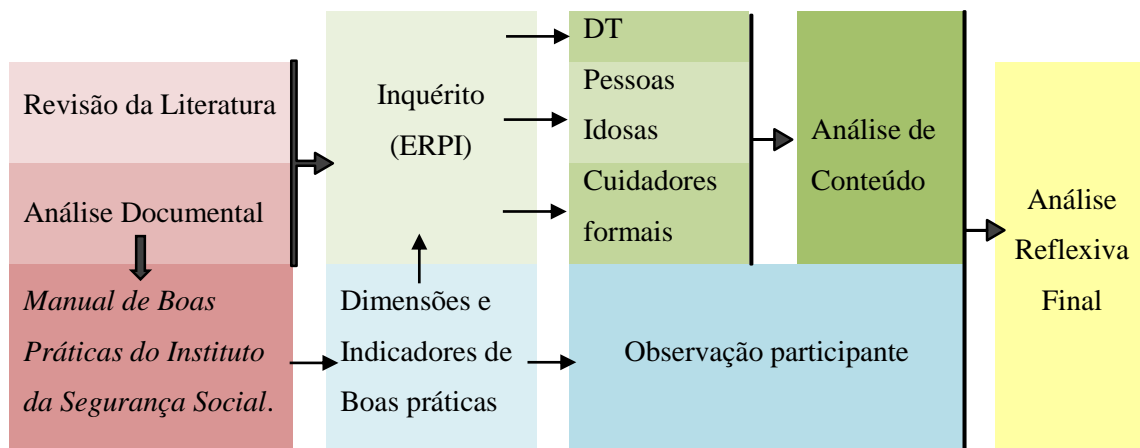
⁴ A observação participante foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2017

Para caracterizar a conceptualização de boas práticas de cuidado sob a perspetiva das pessoas idosas, dos cuidadores formais e da diretora técnica e compreender como são aplicadas na prestação de cuidados às pessoas idosas, foi realizado um inquérito por entrevista semiestruturada (com recurso a um guião) à direção técnica (anexo IV), a cuidadores formais (anexo III) e a pessoas idosas institucionalizadas (anexo II). Os três guiões construídos para o efeito tiveram igualmente em consideração a literatura em torno da qualidade da prestação de cuidados e boas práticas, sobretudo, as dimensões e indicadores extraídos do *Manual de Boas Práticas do Instituto da Segurança Social*.

No que concerne ao tratamento de dados, as entrevistas depois de transcritas foram sujeitas a uma análise de conteúdo, que permitiu a construção de categorias e identificação de boas/ más práticas, concordâncias e discordâncias entre os diferentes subgrupos populacionais inquiridos.

Os dados obtidos através das entrevistas e observação participante foram posteriormente sujeitos a uma análise reflexiva final, integrando as diferentes perspetivas, confrontadas com as dimensões e indicadores de boas práticas. Esta análise permitiu discutir boas e más práticas, identificar concordâncias e discordâncias entre os inquiridos, os registos da observação participante e a literatura consultada.

2.7. Desenho do Estudo



3. RESULTADOS

3.1. Resultados da Observação Participante

A observação participante foi efetuada em 10 dias distintos durante os meses de novembro e dezembro de 2017. Em anexo I encontra-se a grelha de observação com os indicadores que orientaram a observação participante, destacando aqui a informação mais relevante. Considerando que a grelha teve por base as dimensões e indicadores de boas práticas, esta apresentação de resultados inclui já uma análise/reflexão e identificação das boas e más práticas observadas.

3.1.1. Flexibilidade dos horários

No que concerne à flexibilidade dos horários da ERPI, a prática observada não vai ao encontro das diretrizes, considerando que:

- Os residentes dependentes são acordados por volta das 7h para o primeiro pequeno-almoço. Isto acontece ainda que a pessoa não queira acordar;
- Da mesma forma, entre as 18h e as 18h50 as pessoas com dependência já estão todas a ser deitadas, após o jantar e higiene;
- À semelhança, também os horários das refeições não vão ao encontro das boas práticas, considerando a hora do jantar das pessoas com dependência: 17h40 – 18h, enquanto as pessoas independentes jantam depois das 19h. Saliente-se a observação de que um senhor com dependência pediu para jantar desde as 17 horas e foi-lhe sempre dito para aguardar;
- Destaca-se também a proximidade do lanche da manhã (11h, 11h17min) do almoço (12h), bem como do lanche da tarde (16h) e o jantar das pessoas dependentes (até às 18h).

3.1.2. Higiene

Relativamente à higiene, tanto a privacidade como a autonomia procuram ser respeitadas:

- As Auxiliares de Ação Direta (AAD) fecham as portas do quarto para as pessoas se vestirem e da casa de banho⁵;

- A autonomia dos residentes em relação à higiene corresponde aos indicadores de boas práticas, observando-se que são apoiados pelas AAD e a sua vontade é sempre ouvida e respeitada (questionam quais as vontades da pessoa e como se sente melhor).

Por outro lado, as pessoas mais dependentes são as últimas a sair da cama, são as últimas a quem é feita a higiene matinal e são as primeiras a deitar.

Ainda no que aos cuidados de higiene diz respeito, pudemos identificar boas práticas por parte de duas AAD:

- Observou-se demonstração de carinho nos atos, sem infantilizar a pessoa, há conversa constante com a pessoa sobre o que está a ser limpo, como é que se sente, como é que dormiu ou até mesmo sobre histórias de vida. Não só a limpeza é importante, mas também a hidratação dos corpos e o cuidado com a roupa (AAD 1);

- A AAD 1 faz higiene a uma residente com algumas limitações. Vai conversando com a senhora sobre o que está a fazer, com carinho e demonstrações de afeto. Reparou que a senhora fez uns arranhões durante a noite e verificou como estavam as unhas da senhora;

- Também a AAD 1, auxiliou um residente com dependência motora, conversaram sobre diversos assuntos enquanto decorreu a higiene, observa-se uma postura de entreadjuada promovendo as capacidades do residente.

Situações menos recomendadas foram também detetadas e merecem aqui referência:

- Realização da higiene a uma pessoa com limitações sem privacidade, com a porta aberta e a presença de uma auxiliar de serviços gerais que estava a fazer a limpeza;

- Dificuldade das AAD na realização da transferência da pessoa entre a cama e o cadeirão, na deslocação entre o banho e a cama e na estabilização do seu corpo para a vestir. Saliente-se que a residente queixa-se, diz para não a empurrarem e verbaliza que a magoaram no peito e ainda lhe dói: *“agarraram-me com muita força”*;

- Gritos e discussão entre funcionários no quarto da pessoa (ASG e AAD);

- Procedimentos realizados sem delicadeza nos gestos e sem comunicação.

⁵ Ainda que se tenha presenciado duas situações de realização dos procedimentos de higiene de pessoas dependentes com a porta aberta.

Situações graves e distantes das boas práticas no âmbito dos procedimentos de higiene foram também detetadas servindo de exemplo a seguinte situação:

- A pessoa com limitações (físicas e cognitivas) necessita de cuidados de higiene imediatos. A familiar presente alerta uma AAD. Os cuidados de higiene são adiados para depois da refeição e a residente é pressionada para despachar-se a comer: “vamos despachar que ainda temos de ir limpá-la”.

Em relação à apresentação diária dos residentes, as práticas observadas enquadram-se nas diretrizes de referência selecionadas, considerando que:

- As funcionárias cuidam das questões estéticas dos residentes (manicure, pedicure, depilação), estes são estimulados a cuidarem a sua imagem e a vestirem-se com roupa lavada, a vontade das pessoas é respeitada e a comunicação é calma e cuidadosa.

As pessoas autónomas dirigem-se à casa de banho sozinhas e quem solicita ajuda é sempre auxiliado. É estimulada a independência e deslocação ao WC ainda que a pessoa queira usar uma fralda.⁶ Mesmo as pessoas que nunca pedem são levadas regularmente à casa de banho.

3.1.3. Alimentação

A composição das refeições é decidida pela direção da residência, com apoio de uma nutricionista:

- Há sempre uma opção de dieta e a alimentação é variada, sempre com sopa, fruta, intercalando os pratos principais entre carne e peixe. É ainda disponibilizado vinho aos residentes, de forma moderada, para acompanhar as refeições.

Contudo, em todos os dias de observação, o lanche da manhã foi sempre o mesmo (iogurte e bolachas), o pequeno-almoço também não tinha variedade (pão com chá, café ou café com leite) e os lanches são efetuados a horários muito próximos das refeições principais. Embora se tenha assistido a algumas queixas por parte dos residentes, como em relação à composição da sopa ou da temperatura dos iogurtes, há uma atenção evidente por parte dos funcionários em relação às preferências, desejos e hábitos das pessoas:

⁶ Em várias situações a AAD deixa a porta da casa de banho entreaberta.

- É questionado aos residentes como desejam a fruta: cozida, não cozida, descascada, por descascar;
- Quem serve as refeições tem sempre o cuidado de conhecer os gostos dos residentes, por exemplo se come ou não salada.

Relativamente à alimentação das pessoas com dependência, o rácio AAD/Residentes que precisam de ajuda é razoável: 5/5 ou 6.

A velocidade a que é dada a alimentação aos residentes com dependência nem sempre é adequada, não respeitando o ritmo das pessoas, mas sim o ritmo que as AAD tentam dar a este momento, destacando-se três situações observadas:

- Ao pequeno-almoço, uma AAD administrou a alimentação (papas) a uma residente a uma velocidade exagerada;
- A AAD não respeita a velocidade dos residentes a quem alimenta e causou um engasgamento a uma residente;
- A ASG não respeita o tempo que os residentes necessitam para comer.

Merecedores de atenção são também aspetos observados que se prendem com a comunicação e com a satisfação das pessoas:

- Uma residente não aprecia as refeições, chorou e gritou “quero-me ir deitar”;
- A AAD está a dar a sopa a uma residente com limitações físicas, não comunica com a pessoa, poe-lhe a colher na boca quando a boca está fechada e empurra a colher para abrir a boca da residente;
- Uma AAD está distraída com a televisão e a senhora que está a ser alimentada permanece com a boca aberta à espera da colher, estando a taça pousada no peito da senhora.

Assuma-se, no entanto, que os restantes momentos de alimentação as AAD respeitavam o ritmo dos residentes. Destaque-se também uma boa prática da Animadora Sociocultural, que:

- Estimula uma residente com algumas limitações físicas, a quem é costume dar a alimentação, para que comesse com a sua mão, tendo conseguido comer a sopa sozinha apenas com apoio para segurar a tijela.

3.1.4. Saúde

A medicação dos residentes é controlada por uma farmacêutica e preparada pela Animadora Sociocultural ou por uma AAD. Há cuidado em organizar a medicação para as diferentes refeições e mantê-la devidamente identificada com o nome de cada residente. Há ainda um telemóvel com uma aplicação que permite registar os medicamentos que são dados aos residentes e algum controlo na altura da toma. Porém, apesar de apenas algumas colaboradoras organizarem a medicação e se certificarem desta organização, todas as AAD administram os medicamentos aos residentes. Esta prática menos recomendada dá origem a episódios como o seguinte:

- A AAD trocou a medicação do pequeno almoço de uma residente pela medicação do jantar. Esta situação só foi percebida à tarde quando a Animadora Sociocultural preparava a medicação para o jantar. A Animadora conferiu se a medicação era igual nas duas refeições. Em parte, era, mas ficaram por tomar dois comprimidos de manhã, que já não viriam a ser dados à residente. A situação não ficou reportada no livro de ocorrências, os medicamentos ficaram na caixa e a Animadora disse que a farmacêutica iria questionar, mas desculpou a colega que falhou a medicação por um motivo pessoal.

3.1.5. Atividades

Na maior parte dos dias observados a televisão esteve ligada o dia todo. Contudo, poucas pessoas ou mesmo nenhuma se encontra a vê-la, havendo sempre residentes a dormir (por vezes a ler ou a apanhar sol) ainda que sentados em frente “em U”. Isto acontece em momentos distintos do dia. Em mais de um dia de observação se verificou também que as duas televisões existentes na mesma sala se encontravam sintonizadas em canais diferentes.

Apesar deste indicador não se encontrar no manual selecionado para esta pesquisa, os resultados da observação participante levam-nos a registar também a participação dos residentes no quotidiano da instituição (por exemplo: pôr a mesa, ajudar na cozinha...). Na verdade, conseguiu presenciar-se boas práticas como por exemplo:

- Algumas residentes ajudam nas tarefas relacionadas com a cozinha, limpam os talheres e dobram guardanapos;

- Um residente ajuda nas questões organizacionais, apoiando algumas AAD com menos experiência no lar.

Já no plano das atividades desportivas, criativas ou com a comunidade, verifica-se que a sala de convívio do lar também é o espaço onde o centro de convívio dinamizado pela instituição se reúne todos os dias. Alguns residentes consideram que “é muita confusão”, já outros apreciam, pois é quando veem alguns vizinhos, amigos ou cônjuges. Uma vez por mês há um lanche para celebrar os aniversários envolvendo todos (residentes e utentes do centro de convívio), havendo música e baile.

Boa prática se constata também aquando as missas na igreja da comunidade, sendo questionado aos residentes se querem ir ou não e são transportados e acompanhados por uma auxiliar. Grande parte dos residentes participa também nas atividades de cariz religioso na instituição, nomeadamente a hora de rezar o terço, que é feito em conjunto com os utentes do centro de convívio. No entanto, não podemos ignorar um episódio em que a AAD interrompeu esta atividade para levar uma residente com dependência à casa de banho.

Na altura em que foi realizada a observação estavam a ser preparadas as decorações de Natal e vários aspetos são alvo das críticas nesta pesquisa:

- Apenas os funcionários decidem as decorações (as pessoas residentes não são consultadas). O trabalho artístico foi distribuído pelos residentes e posteriormente é-lhes explicado calmamente o que devem fazer;
- Enquanto preparam as decorações, a Animadora Sociocultural e a Auxiliar de Serviços Gerais estão a conversar, num tom alto, sobre as suas vidas privadas;
- Na maioria dos dias nenhum residente participou;
- Num destes dias de preparação de decoração, as pessoas com dependência não foram levantadas durante todo o dia.

Práticas mais positivas foram identificadas pela ASG num dia, ao questionar os residentes que estavam na sala como gostariam que fosse o Natal e solicitando ideias para a decoração. Os residentes foram estimulados a participar, divertiram-se e riram.

3.1.6. Questões Relacionais e Comunicação

Na generalidade, a relação entre funcionários e residentes é amigável, assistindo-se a momentos como:

- Uma residente faz umas botinhas de lã e as residentes à sua volta estão a tentar aprender, enquanto se riem à gargalhada.

No entanto, tal não impediu o registo de situações como:

- A AAD referiu-se a uma residente como a “Dona Coisa” perante os outros residentes.

Também em relação à comunicação entre funcionários e residentes se presenciou dois momentos alvo de crítica nesta análise:

- Um residente pediu para ir à casa de banho, as duas AAD que acompanharam repararam que o senhor está com diarreia. É preciso administrar-lhe medicação que prende o intestino e é a Animadora Sociocultural que o faz. A comunicação verbal sobre este assunto não foi concretizada de forma discreta, quem estava na sala ficou a saber que o residente “está com diarreia e sujou tudo”;
- A Animadora Sociocultural fala muito alto com os residentes.

3.1.7. Informação escrita

O livro de ocorrências da ERPI tem informações escritas pelas AAD, pela a Animadora Sociocultural, pela Direção, pela Diretora Técnica e pela Enfermeira. Apresenta questões relacionadas com alterações na medicação, com as alterações aos horários da ERPI, com saídas dos residentes, com atividades que se vão realizar, relativamente às trocas de roupa de cama e de banho, bem como, relativamente à disposição dos residentes.

3.1.8. Feedback – Positivos ou Corretivos às AAD

Não houve oportunidade de presenciar momentos de partilha de informação e feedback, nomeadamente por parte da direção técnica às AAD. Registou-se apenas um momento:

- Depois de almoço a AAD esteve a dar o feedback da manhã à Diretora Técnica referindo que tinha despachado todas as tarefas com a sua colega e que naquele momento já não havia nada mais para fazer.

3.1.9. Maus Tratos

A observação realizada não reuniu elementos capazes de preencher totalmente a dimensão e indicadores constituintes da variável maus tratos, presente na grelha de observação.

As questões financeiras aparentam uma transparência e respeito tendo em conta que:

- Alguns residentes pedem à Diretora Técnica para fazer a gestão do seu dinheiro (por exemplo, pagar contas ou levantar dinheiro) e todos os movimentos realizados estão demonstrados no processo individual de cada residente.

Também se verifica uma atitude tolerante por parte das AAD em momentos como:

- Há uma residente que não gosta de ser incomodada para se alimentar ou ir à casa de banho. As AAD tentam que ela se alimente, mas não a obrigam. A residente insulta as AAD e diz muitas asneiras. Os outros residentes sentem-se sempre incomodados e dizem “parece que não sabe falar de outra forma”.

Contudo, não terminamos o registo desta dimensão de análise sem salientar o comportamento de uma funcionária:

- Uma AAD, trata de forma brusca os residentes, são atirados para as poltronas, não comunicando com as pessoas.

3.1.10. Organização dos Espaços Físicos

No que respeita aos espaços comuns, a ERPI em estudo tem dois andares. No primeiro andar, onde estão os quartos há uma pequena sala que não é muito usada pelos residentes. No rés-do-chão encontra-se a secretaria, o gabinete médico, a sala das colaboradoras e o gabinete da Diretora Técnica, duas casas de banho e a sala de convívio. A sala de convívio tem duas televisões. Em volta da televisão maior está formado um “U” com os cadeirões.

Há quatro cadeirões de costas para este “U” onde se sentam as pessoas com mais limitações. A sala tem ainda outras cadeiras que habitualmente são utilizadas pelos utentes do convívio. Há ainda uma mesa onde são realizados os trabalhos manuais, trabalhos estes que preenchem as paredes da sala em jeito decorativo. Nesta sala há algumas mesas destinadas aos jogos de cartas, mas costumam ser apenas usadas pelos utentes do centro de convívio. A sala tem uma casa de banho para as pessoas com limitações e outras duas casas de banho (uma para homens, outra para mulheres). Apesar de confortável, é uma sala que apenas promove à visualização da televisão, sendo que quando o Centro de Convívio está a decorrer, os residentes não têm outro sitio para estar sem ser nas suas poltronas.

A estrutura tem ainda diversos espaços exteriores, com sofás e sombra que são utilizados pelos residentes com autonomia, não tendo sido observado alguma vez alguma AAD a motivar a utilização destes espaços pelos residentes mais dependentes.

No que aos quartos e instalações sanitárias diz respeito, todos os quartos são espaçosos, têm luz e ventilação natural. No piso térreo há dois quartos, um individual e um duplo; há uma casa de banho para servir estes dois quartos. No piso superior há dois quartos triplos, quatro quartos duplos e dois quartos individuais. Há quatro instalações sanitárias de serviço aos quartos. Cada quarto triplo divide a casa de banho com um quarto individual e cada quarto duplo divide a casa de banho com outro quarto duplo. Alguns quartos têm varanda, mas os residentes não as utilizam.

Por último, vejamos a área de refeições e cozinha. A cozinha não funciona no edifício da ERPI, esta tem apenas uma cozinha pequena de distribuição dos alimentos, lavagem de loiça aquecimento de alimentos e preparação de chás. Esta pequena cozinha tem uma janela para a sala de refeições de onde se consegue observar as mesas de refeição e da dinâmica durante esses períodos. Esta sala de refeições funciona na sala de convívio. Para conforto dos residentes, há quatro que comem no cadeirão, dois comem sentados na cadeira de rodas e à hora das refeições todos se encontram com mesas destinadas à alimentação. Há uma mesa com dois residentes, outra com quatro residentes, outra com três e outra com seis. Todos conversam entre si, comentam sobre as refeições, sobre as suas vidas e até se entrecorrem. Os lugares são fixos, mas os residentes podem sempre pedir para trocar.

3.2. Resultados da Entrevista à Diretora Técnica

A DT da ERPI, tem 47 anos, é licenciada em Serviço Social e Pós-Graduada em Gerontologia Social, descreveu as suas funções dizendo que gere uma equipa de 42 colaboradoras e relevou como a sua maior dificuldade a procura de pessoal capaz e motivado para trabalhar com e para a população idosa.

Para definir cuidar, a DT utilizou palavras como interesse, preocupação, respeito, dedicação, proteção e mimo, mas “em primeiro gostar, temos de gostar para conseguir cuidar”.

Quando questionada acerca dos valores ou princípios que estão relacionados com a prestação de cuidados às pessoas idosas, a DT referiu novamente “respeito e a dedicação”. Privilegiando estes valores, a entrevistada considera que é “meio caminho andado para as boas práticas”, no entanto, refere que estas não se encontram apenas escritas num manual, mas sim refletidas nas “atitudes que a toda a hora temos com os nossos utentes”.

Por último, questionada se considerava que promovia boas práticas na prestação de cuidados às pessoas idosas entre as colaboradoras, a DT remeteu novamente para as atitudes e a postura “o facto de estarmos presentes, muito presentes no dia a dia e nas rotinas é fundamental”, referindo também a importância de reuniões de equipa frequentes onde possam expor “as falhas e estratégias” das rotinas da ERPI para alcançar as boas práticas.

3.3. Resultados da Entrevista às Pessoas Mais Velhas

As três residentes entrevistadas têm idades compreendidas entre os 90 e os 91 anos e são do género feminino.

O motivo de entrada na ERPI das três residentes coincidiu, foi após internamentos hospitalares sendo que nenhuma das três tinha família próxima que pudesse colmatar as suas necessidades e atrasar o processo de institucionalização.

Residente 1 - “Riu-se, deu-me umas dores nas pernas que não pude andar, pois foi isso e nunca mais melhorei. A minha vizinha foi lá de manhã que ela não ia trabalhar sem lá ir. Foi lá viu-me assim levou-me logo para o médico, fui para o médico fui logo para Leiria não podia, quer

dizer disseram logo que o que era tinha que ter muito repouso (...). O que é que ela faz, por autorrecriação dela, ninguém lhe disse nada, de lá quando vínhamos embora (...) telefonou para aqui para a sobrinha ver se tinha aqui vaga, diz que sim, nem fui a casa, vim logo para aqui, nunca mais daqui saí.”

Residente 2 – “Eu vim para aqui porque não me encontrava bem para estar sozinha (...) tinha vindo do hospital naquela altura (...). O meu filho disse: (...) tive a falar com a doutora e há uma vaga aqui no lar, a Mãe está do acordo de ir para lá? (...); então eu concordei, (...) mas tenho estado arrependida de ter vindo. O que eu faço aqui, por enquanto eu fazia em minha casa, que eu aqui só me dão o banho e só me botam um pratinho de comer à minha frente, mas eu vou daqui para cima e eu é que me zelo, que me lavo, eu é que me visto (...).

Residente 3 – “(...) ele assim que me viu assim pôs me aqui.”

À questão “Para si o que significa cuidar de alguém?”, a residente 1 apesar de referir que por enquanto ainda não precisa de cuidados referiu aspetos como a comunicação, a higiene, a falta de tempo das AAD para dar resposta a todos os residentes e a falta de atenção. Já a residente 2 identifica o esforço que a prestação de cuidados envolve, bem como o quão as AAD são carinhosas para os residentes. Para a residente 3, cuidar de alguém envolve os cuidados de higiene, a apresentação, a limpeza dos espaços físicos, mas também dar atenção a quem são prestados cuidados.

Residente 1 - “Quer dizer eu gosto de cuidar de alguém mas e tenho um feitio bom para as pessoas (...), mas algumas assim tratam mal a gente e a gente começa a levantar a voz com elas, mas não é por mal porque eu não faço mal a ninguém que aquela diz muitas asneiras e eu digo-lhe olha me quisto você trabalhou tanta hora no mosteiro e diz tantas asneiras você está a assistir à missa, mas não diga asneiras manda-me logo para o outro lado, isso não se diz sua malvada que só diz asneiras você dizia essas coisa (...) depois ela cala-se e eu calo-me também. Ainda ontem teve toda a tarde ao pé de mim e conversei com ela e ela não me respondeu mal. Elas cuidam de mim, elas não me fazem nada, elas estão aqui e a Virgínia está posta de lado nas mãos delas, para elas não existo, não me lavam, não me penteiam, não me vestem, não me nada, ainda pode chegar a esses pontos, na altura quando vim tiveram que me lavar (...) precisava, que eu não era capaz de me mexer. Agora não preciso eu vou ando aqui agarrada a isto, à noite a casa de banho é grande, não tenho onde me agarrar, não posso andar com aquilo, levo uma cadeira de rodas, vou na cadeira de rodas na casa de banho até à sanita depois vou até ao varão buscar o tapete estendo ao pé da sanita para pôr os pés quando me lavo tenho lá o carro com a toalha (...), depois venho agarrada ao banco onde me assento para me lavar, venho agarrada, depois desligo a água e venho agarrada ao coiso da cadeira que está perto e ponho os pés no tapete e fico safa, visto-me, limpo-

me e vou para o quarto, quando elas já chegam já eu estou vestida. (...) Elas coitadas têm muito trabalho, eu vejo muito bem que elas a atenderem aquela gente toda a levantarem aquela gente toda e acabam de as vestir, lavar e quando estão para vir embora algumas já estão todas sujas têm que as lavar outra vez e depois há algumas que são chatas. (...).”

Residente 2 - “Um trabalho esforçado, um trabalho carinhoso, muito meigas, muito carinhosas e pronto para mim são todas boas. (...) Eu acho que todas gostam de mim.”

Residente 3 – “As pessoas tratem da gente, limparem-nos e arranjam-nos, só que isto já foi muito bom e agora está um bocadinho (...) e além disso elas também são poucas, estão cansadas, já não nos prestam a atenção que a gente precisa. Para ser sincera é assim (...) muito asseio, é tudo muito limpo, mas... (...) uma palavra amiga, isso há uma ou outra que dá, mas são poucas.”

Em relação à questão sobre os valores ou princípios que devem orientar a prestação de cuidados às pessoas idosas, foi difícil obter uma resposta das residentes, mas houve ideias e palavras referidas ao longo dos inquéritos que vão ao encontro desta questão, são elas: o carinho, zelo, a atenção, o tempo, a paciência, compreensão e empatia.

Por último, quando interrogadas acerca do que são boas práticas na prestação de cuidados às pessoas idosas a residente 1 refere a importância de ter calma, a residente 2 referiu novamente o carinho que as AAD demonstram no seu trabalho, bem como o facto de serem prestáveis, já a residente 3 mencionou como boas práticas, embora que negativamente, a boa disposição das AAD, a quantidade de pessoal e o carinho.

Residente 1 – “Elas serem boas, não dar má resposta (...), mas com calma, não levantam a voz. (...) há pessoas que gostam mesmo disto, mas há outras que não engraçam muito com isto. (...) elas tratam-nos bem. (...).

Residente 2 - “(...) São carinhosas para quem precisa de ser ajudada, muito carinhosas, muito prestáveis para tudo. (...) Esta aqui ao pé de mim algumas vezes tem assim um bocadinho, às vezes irritam se assim um bocadinho com ela. (...) Fazem tudo por tudo para os auxiliarem, para lhes darem os carinhos. (...).”

Residente 3 – “(...) elas às vezes podiam estar mais bem dispostas, mas não quero desprestigiar ninguém. (...) cuidar das pessoas doentes já cuidei eu. (...) isto já foi muito bom, mas agora não há pessoal. (...) quem está doente precisa dos carinhos que não tem e que precisa, mas elas também não podem dar, só as pessoas de família e não são todas (...).”

Curiosamente, as três residentes falam da experiência da institucionalização com mágoa, arrependimento, saudosismo ou tristeza, durante as entrevistas são frequentes os seguintes discursos: “Estou tão triste.”; “Queria voltar para a minha casa”; “Só queria que Deus me desse o eterno descanso.”.

3.4. Resultados da Entrevista aos Cuidadores Formais

As três AAD entrevistadas, são do género feminino e têm idades compreendidas entre os 20 e os 52 anos.

A AAD 1 tem o 9º ano de escolaridade e já participou em formações de geriatria e gestão do tempo. A AAD 2 tem o 4º ano de escolaridade e apenas participou numa formação de primeiros socorros promovida pela Instituição. A AAD 3 tem o 12º ano e nunca fez formação na área.

Questionadas acerca dos motivos para fazerem formação, a AAD 1 referiu que podia ser uma mais valia e tinha interesse na área, já a AAD 2 referiu que fez formação porque precisava. As três AAD consideraram que a formação tem influência positiva na forma como prestam cuidados.

Na questão “Em que consiste o seu trabalho?”, as três AAD entrevistadas referiram a higiene e alimentação dos utentes, bem como, a higiene dos espaços físicos como suas funções. A AAD 1 referiu também a comunicação com os residentes como parte do seu trabalho, “O nosso trabalho é muita coisa, é o chegar ao pé deles, eu gosto muito de falar, então eu antes de levantar o utente eu falo sempre com ele, eu pergunto se está tudo bem, se dormiu bem, se sente bem (...)” e a AAD 3 considera que também faz parte das suas funções dar atenção aos residentes e “dar os mimos”.

Quando lhes foi pedido para refletirem acerca dos aspetos positivos do seu trabalho, a AAD 1 e a AAD 3, referiram o quão gratificante o seu trabalho é: “Tem muitos (...) a gente sente o agradecimento deles (...) a maneira como eles reagem quando a gente passa, quando a gente lhe dá um toque, eu gosto muito de tocar, às vezes não é muito bom, mas eu gosto (...) gosto que eles sintam, gosto de lhes fazer uma festinha, gosto muito do contacto com eles e eu sinto isso que eles agradecem de certa maneira. Brincar com eles, divertir-me com eles, eles estarem sempre vamos cantar, aí vem ela!”; “É um trabalho

muito, ou seja, muito gratificante. Apesar de às vezes existirem situações menos boas, conseguimos sempre ter ótimos momentos e boas recordações.”. Já a AAD 2 mencionou que o seu trabalho é uma aprendizagem para saber lidar com outras pessoas idosas, inclusive familiares, e comparou a prestação de cuidados à população idosa com o cuidado que tinha com os seus filhos, “A gente aqui a viver com eles vemos as birras deles, o que eles fazem, o que eles zaragatam uns com os outros (...). O aspeto positivo foi (...) saber como é que eles são, as crianças criei filhos e assim sei mais ou menos, agora os idosos, não fazia ideia que eles também tinham estas birras como as crianças e tudo, eles também são assim um bocadinho às vezes.”.

Em relação às dificuldades com que as AAD se deparam, quer a AAD 1, quer a AAD 3, referiram as transferências como uma das principais dificuldades. Também a AAD 1 e a AAD 2 referiram, enquanto dificuldade, os maus tratos físicos e verbais por parte dos residentes para com as AAD: “(...) que fala mal para todos (...). Eu sei que eles estão aqui porque precisam, não me afeta o que eles dizem.”; “este senhor que se foi embora quando era de manhã a dar o banho era sempre eu porque ninguém queria lá ir que ele batia numa e batia noutra e eu ia e a coisa funcionava mais ou menos bem.”. A AAD 3 referiu ainda que uma das dificuldades é a gestão do trabalho quando não está a equipa completa.

Para definirem cuidar, as AAD referiram palavras como amor, ajuda e transmitiram a importância do dar atenção e da comunicação:

AAD 1 - “É um gesto de amor, para além de ser o nosso trabalho, mas é um trabalho que a gente está em casa e a gente está a pensar neles. (...) Eu às vezes estou em casa e apetece-me vir para aqui, eu acho que, eu gosto disto. (...) Tem muito a ver connosco mesmo, eu gosto de ajudar, eu gosto de cuidar, eu gosto de me sentir útil, neste trabalho tem isso (...) a gente vem, mas vem com amor, vem para cuidar (...).”;

AAD 2 - “Cuidar bem deles, não falar muito alto, é isso que eu tento não fazer. E falar sempre quando eles me chamam e não falar muito alto ou andar sempre a ralhar que isso acho que não vale a pena.”;

AAD 3 - “Cuidar é basicamente fazer o que a mãe faz quando tem um bebé, é dar os primeiros passos e isso tudo, mas no nosso caso, basicamente é dar os últimos passos, tratar deles como se fossem os nossos pais ou os nossos avós.”

Quando questionadas acerca dos valores e princípios que devem orientar a prestação de cuidados às pessoas idosas, as AAD entrevistadas mencionaram envolvimento, família, carinho, atenção, toque, comunicação e compreensão.

Mais uma vez, quando lhes foi pedido para refletirem acerca do que são boas práticas na prestação de cuidados às pessoas idosas identificaram a comunicação, a promoção da autonomia, a animação, a ocupação, o carinho, a paciência, o tempo, a atenção, a disponibilidade, a higiene:

AAD 1 - “Falar é uma prática fundamental, tentar fazer com que eles respondam, insistir, há muitos deles que agente temos de estar ali a falar até que eles digam uma palavra, mas só essa já é bom (...), tentar incentivá-los a pôr em pé os que conseguem, no banho tentar incentivá-los a levantar um braço ou a esticar a perna ou os que conseguem a lavarem as zonas mais íntimas que muitos a gente sabe como é que é, eu também não sei se me ia sentir bem em ter alguém a me lavar. (...) Eu incentivo a vestirem-se (...) Não temos muito tempo para nos sentarmos com eles a fazer atividades, eu gostava, eu às vezes brinco muito com eles (...) ponho-me a dançar (...) as que se mexem também brincam que estão a dançar.”;

AAD 2 - “Eles às vezes também têm que pensar que a gente não pode estar sempre ao pé deles (riu-se), isso era preciso uma para cada um, para a gente fazer tudo bem. Eles gostam que a gente fale com eles e dar-lhes o carinho e essas coisas eles gostam, acho que era o melhor se todas nós fizéssemos isso, talvez eles andassem mais contentes. Às vezes há delas que não têm tanta paciência, uma dá um grito, outra dá um berro, outra ralha e depois eles também não gostam e são capazes de se encostarem a um canto a chorarem e é complicado, às vezes era preciso nós melhorarmos essa parte de falar bem com eles, isso é importante, para eles também se sentirem bem porque coitados, isto são pessoas que estão praticamente a acabar.”;

AAD 3 - “(...) É dar-lhes a máxima atenção e mantê-los sempre ocupados com alguma coisa, nunca deixá-los muito parados ou terem atividades. (...) Tê-los sempre limpos porque acho que é daquelas coisas que a higiene é assim daquelas coisas que nos sentimos sempre bem quando estamos limpos e acho que eles também devem pensar o mesmo. (...) às vezes estamos a tratar deles e ouvimos coisas por exemplo “você matam-me aqui” ou algo assim (...) e depois nós dizemos até amanhã se deus quiser e eles dizem “até amanhã meu amor””.

4. DISCUSSÃO

Ao longo da apresentação de resultados fomos já refletindo sobre as boas e más práticas identificadas, quer através da observação participante, quer através da análise dos resultados das entrevistas. Não pretendemos aqui retomar a reflexão já efetuada, mas sim discutir o conjunto de informações reunido, tendo em conta a literatura consultada.

A ERPI em análise é o espelho de que o género feminino prevalece na profissionalização dos cuidados, sendo que de todos os colaboradores afetos à ERPI, apenas o Médico era do género masculino. Tal como na revisão de literatura, onde foram apresentados alguns autores que traçaram perfis caracterizadores dos cuidadores formais, referindo que predominavam cuidadores do género feminino na prestação de cuidados à população idosa (Rodrigues, 2014; Beringuilho, 2013).

A prestação de cuidados formais à população idosa como uma das residentes entrevistadas referiu é um trabalho “esforçado”. Quer na observação participante, quer ao inquirir as AAD, foi possível identificar que as transferências dos residentes com limitações é uma das maiores dificuldades com que se deparam.

Embora esta pesquisa se foque sobretudo nas boas práticas, assumimos que se salientam condutas e episódios condenáveis, afastados das orientações para uma boa prestação de cuidados. Porém, é fundamental ressaltar que as práticas que se afastam dos indicadores de qualidade e das boas práticas também se afastam da definição de cuidar partilhada pela Diretora Técnica. Várias reflexões nos surgem na sequência desta discordância como o desconhecimento da direção técnica da existência destas condutas. Isto porque a DT acredita ainda que as boas práticas estão refletidas nas “atitudes que a toda hora temos com os nossos utentes”. Faz também sentido, rever aqui que a DT revelou como a sua maior dificuldade a seleção de funcionários motivados e capazes de cuidar dos mais velhos.

Na verdade, a conceptualização de *cuidar* pelos intervenientes inquiridos foi na sua maioria coincidente. No entanto, as residentes também se referiram ao “cuidado como técnica”, conceito apresentado no estado de arte pelos autores Vieira *et. al* (2011). Segundo a conclusão destes autores, os cuidadores formais conceptualizam o cuidado pela sua parte instrumental, contrariamente ao que se observou no presente estudo, onde as residentes da ERPI é que mencionaram a higiene e a limpeza como definição de cuidar.

Durante a observação participante, foi possível identificar atitudes de afeto, amor, disponibilidade, preocupação, que vão ao encontro dos autores Pinto & Róseo (2014), “cuidar do outro pressupõe disponibilizar atenção (...)”, mas também foi possível observar atitudes em que desprestigiavam os residentes, a sua individualidade e a sua dignidade, no sentido do “Cuidado como descaracterização do sujeito” (Vieira *et al.*, 2011).

Segundo Papastavrou (2012), a dignidade é um valor intrínseco ao ser humano, como tal tem de ser constante ao longo da vida e se no processo de envelhecimento dá-se um processo de institucionalização, este é por vezes identificado como um entrave à manutenção da dignidade individual, por isso a importância da dignidade do cuidar tendo em conta a pessoa no seu todo (fisicamente, psicologicamente, socialmente, espiritualmente). Perante esta realidade, é um desafio em instituição trabalhar a manutenção da dignidade e identidade pelo tempo limitado, a ausência de prioridades de gestão, as emoções, o descontentamento dos funcionários e a falta de recursos.

Apesar de ter sido observado no momento das refeições que o rácio AAD/Residente era razoável, a realidade quotidiana não se espelha nesta observação, sendo que no período das refeições durante a semana (de segunda-feira a sexta-feira), também estavam presentes a Animadora Sociocultural e as ASG que auxiliam apenas na alimentação. Efetivamente, a falta de recursos humanos e o descontentamento dos funcionários foi mencionado pelas residentes inquiridas enquanto fatores não promotores de boas práticas, reconhecendo o cansaço das AAD, a ausência de carinho e atenção.

Esta realidade potencia a falta de qualidade nos cuidados que são prestados, promovendo situações inadequadas como as que foram observadas, e apresentadas nos resultados, durante os períodos de alimentação, remetendo para uma ideia apresentada por Gil (2019), que refere a existência de uma linha ténue que separa os cuidados precários e deficitários, dos maus-tratos.

Na verdade, as questões não observadas em relação aos maus tratos tratam-se de matérias delicadas e que exigem uma abordagem específica. Falamos de pesquisas cujo foco se prende com a violência em relação às pessoas mais velhas que começam a ser realizadas também a nível institucional. É exemplo o recente estudo de Gil (2019), que pretendeu analisar como as situações de maus tratos à população idosa em Portugal são identificados e solucionados pela Segurança Social. Ao longo da sua pesquisa conseguiu

identificar situações bastante precárias ao nível da prestação de cuidados, maus tratos e situações de privação dos direitos humanos e da dignidade das pessoas idosas. Não sendo esta pesquisa focada somente nestes indicadores, não podemos discutir estes mesmos.

No entanto, no estudo de Gil (2019) são apresentados fatores de risco que potenciam o abuso e a negligência das pessoas idosas, que podemos aqui refletir ao considerarmos os resultados da nossa pesquisa. São eles o declínio cognitivo e os comportamentos problemáticos, na medida em que, para além de ter sido observada uma maior quantidade de más práticas para com os residentes com maiores necessidades, também foi abordado pelas residentes inquiridas que, apesar de não precisarem de auxílio nos cuidados, observam as atitudes das AAD perante os outros residentes e referem que por vezes estas não sabem lidar com certos comportamentos, por exemplo, com insultos por parte dos residentes.

As pessoas mais velhas inquiridas, acima dos 90 anos refletem o perfil das pessoas idosas institucionalizadas. Na verdade, são as pessoas muito velhas e sobretudo as mulheres, graças à sobrevida em relação aos homens e às maiores necessidades de cuidados de saúde (Fernandes *et al.*, 2009). Esta realidade refletiu-se nas três entrevistadas, tendo sido institucionalizadas após um período de internamento hospitalar e na indisponibilidade da família prestar cuidados. E o peso deste motivo foi observado em expressões como: “nem fui a casa, vim logo para aqui, nunca mais daqui saí” (Residente 1) e “ele assim que me viu assim pôs me aqui” (Residente 3).

O motivo da entrada na ERPI é uma das temáticas abordadas no Manual de Boas Práticas, coincidentemente, nenhuma das residentes inquiridas tinha sido institucionalizada por vontade própria, apesar de terem sido questionadas acerca das suas vontades em relação a isso, também não lhes foi dada outra alternativa, além da institucionalização, enquanto resposta para os problemas de saúde que vivenciavam na altura da entrada na ERPI. Os estudos mostram que as pessoas desejam permanecer nas suas casas o maior tempo possível (Bernard, Zimmerman, & Eckert, 2001), encarando a institucionalização como última opção. Na verdade, ainda que a idade e os problemas de saúde o tenham ditado, pudemos constatar este desejo expressado pelas residentes 1 e 2, ao referirem frequentemente a vontade de regressar às suas casas. Acrescenta-se que as três inquiridas falam da experiência da institucionalização com mágoa, arrependimento, saudosismo ou tristeza. Neste sentido, poderia ter-se retardado o processo de

institucionalização destas três residentes com respostas como a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Esta resposta, visa a melhoria das condições de vida e o bem-estar com a prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social às pessoas em situação de dependência; visa garantir os cuidados terapêuticos e o apoio social às pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perder, no domicílio, sempre que seja possível prover e manter o conforto e a qualidade de vida; tem também como objetivo apoiar, acompanhar e internar de forma adequada à situação, bem como, melhorar continuamente a qualidade na prestação de cuidados continuados, quer de saúde, quer de apoio social; visa o apoio aos familiares ou aos prestadores informais no que toca à qualificação e prestação de cuidados; objetiva também a articulação e coordenação na rede dos cuidados com diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação; e, com a progressiva cobertura nacional, prever lacunas nos serviços que respondem às pessoas em situação de dependência. (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., sd.)

De acordo com o Manual de Boas Práticas, “todos os residentes têm direito a um projeto de vida que potencie as suas capacidades e os valorize como indivíduos. O projeto de vida, com objetivos bem definidos e exequíveis, deve ser elaborado pelo residente, em conjunto com a estrutura residencial e, se o residente assim o desejar, com a sua família. As pessoas devem ser livres de pensar e desenvolver novos projetos de vida e a instituição deve assumir-se como fundamental garante desse direito”. Na ERPI em estudo não existia este instrumento. Até é possível afirmar que pela observação participante também não existia um plano de atividades para a ocupação do quotidiano dos residentes. Efetivamente, na altura da observação aproximava-se uma época festiva e a principal preocupação eram as decorações, no entanto, os residentes nunca se envolveram muito nestas atividades, quer por falta de interesse, quer por motivos de saúde ou por falta de motivação. O quotidiano dos residentes na ERPI observado no período de pesquisa era repetitivo, não havendo atividades específicas ou individualizadas para a sua ocupação ou estimulação, promovendo sentimentos de tristeza, inutilidade, procrastinação e o aumento da dependência.

Refletindo sobre estas práticas e o funcionamento da ERPI, retomamos a literatura em torno do Sistema de Gestão da Qualidade, na medida em que este pode ser promotor de “boas práticas”, segundo Rysz-Kowalczyk e Szatur-Jaworska (2013), pois defende que a qualidade é orientada através de um conjunto de processos que satisfazem as

expectativas do cliente, bem como, reconhece a importância de conhecer os gostos dos mesmos (Rodrigues, 2014). Indo também ao encontro do primeiro princípio elementar da gestão da qualidade, apresentado por Marques (2005), o princípio da focalização no cliente, que aplicado à prestação de cuidados às pessoas idosas se refletia na construção e efetivação do Projeto de Vida em ERPI, na medida em que, apenas conhecendo as realidades, as expectativas, as necessidades e as potencialidades dos residentes se consegue prestar cuidados de qualidade, visando boas práticas.

Na reflexão dos intervenientes sobre o que consideram ser boas práticas na prestação de cuidados aos mais velhos, as residentes inquiridas referiram o ter calma, o carinho, a importância de serem prestáveis, a boa disposição e a quantidade de pessoal, tal como foi apresentado no estado de arte em relação ao que os mais velhos esperam dos seus cuidadores como a alegria, amizade, conforto, tranquilidade e atenção (Pinto e Róseo, 2014). Também a DT e as AAD apontaram como boas práticas o respeito, a comunicação, a promoção de autonomia, a atenção, a animação, a paciência, o que efetivamente se observou nas suas práticas. Contudo, é possível afirmar que fatores como o tempo, a disponibilidade e a dedicação podem ser diferenciadores na prestação de cuidados com boas práticas aos mais velhos.

CONCLUSÃO

Partimos para esta pesquisa com o objetivo de *Analisar de que forma as normativas relacionadas com boas práticas na prestação de cuidados formais às pessoas idosas se refletem em contexto de estrutura residencial*, pois a realidade do quotidiano da prestação de cuidados formais aos mais velhos ainda se encontra pouco espelhada na literatura. Deste modo, pretendeu-se contribuir para um maior conhecimento científico nesta área, através da observação participante em contexto de ERPI, bem como, da perspetiva dos intervenientes face a boas práticas de cuidado.

Cumprimos os objetivos propostos, na medida em que foi possível identificar boas práticas em contexto de estrutura residencial, como também, caracterizar a conceptualização de boas práticas pelos intervenientes e identificar algumas dificuldades da prestação de cuidados formais à população idosa.

Contudo, chegando ao fim desta pesquisa podemos identificar algumas limitações do estudo, como a falta de representatividade do mesmo pelo número reduzido de pessoas inquiridas; a recusa de algumas AAD em colaborar com o estudo, nomeadamente algumas cujas práticas observadas se distanciavam das “boas práticas”; prolongar a observação participante para outro período além da aproximação de uma época festiva; poderia também ter-se incluído os familiares no leque de intervenientes para perceber também a sua visão acerca das práticas na ERPI e das boas práticas de cuidado, dado que são eles que optam pela institucionalização; e por último, as residentes inquiridas ainda não precisarem efetivamente de cuidados, influenciando isso as suas perspetivas.

A presente investigação, através da observação participante aliada às entrevistas dos intervenientes pode realçar as seguintes boas práticas: carinho no ato de cuidar, boa disposição das AAD, rácio de pessoal face as necessidades dos residentes, comunicação, promoção da autonomia na realização das atividades de vida diária, a ocupação e animação, a paciência, a disponibilidade e atenção.

Esta pesquisa permitiu identificar boas práticas que devem ser partilhadas e inspirar outras entidades prestadoras de cuidados aos mais velhos. Por sua vez, também as más práticas permitiram uma reflexão e confronto com as orientações para a prática. Sugere-se, assim, que tanto a direção destas instituições como os funcionários, residentes e familiares, estejam atentos e informados. No caso estudado, propomos a formação

especializada do corpo de funcionários. Isto porque, além de serem pouco escolarizadas, as três AAD entrevistadas consideraram que a formação tem influência positiva na forma como prestam cuidados. Sugerimos também a implementação de reuniões de equipa, frequentes, onde possam ser discutidas rotinas, boas/más práticas, feedbacks positivos ou negativos, necessidades e dificuldades, entre a DT e as AAD, bem como, criar momentos para ouvir as perspetivas dos residentes.

Com efeito, a continuidade dos estudos em âmbito institucional, quer focados nas práticas de cuidados, quer na cultura organizacional, quer no bem-estar dos residentes são fundamentais.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., (sd.). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Acedido em Dezembro 28, 2016 <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/217>
- Alves, A. (2011). O envolvimento das IPSS com o Sistema de Gestão pela Qualidade. Universidade de Aveiro.
- Beringuilho, F. (2013). Quem cuida dos idosos? Formação e qualidade de vida de cuidadores formais de pessoas idosas. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Castelo Branco.
- Bernard, S., Zimmerman, S., & Eckert, J. K. (2001). Aging in place. In S. Zimmerman, P. Sloane, & K. Eckert (Eds.), *Assisted living: Needs, practices, and policies in residential care for the elderly* (pp. 224–241). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Cardoso, A. (2015). “Cuidar para apessoar”: proposta de um programa de prevenção do burnout e de promoção do engagement para ajudantes de ação direta que trabalham em respostas sociais para a população idosa. ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação – Guia de para Auto-Aprendizagem*. Universidade Aberta.
- Carvalho, M. (2009). Modelos de Política de Cuidados na Velhice em Portugal e em alguns países europeus. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, 12 (2): 119-33.
- Carvalho, M. (2013). Um Percurso Heurístico pelo Envelhecimento. In Carvalho, M. (2013) (Coord.). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Pactor, p. 8 - 15.
- Dias, I., Rodrigues, E., V. (2015), *Demografia e Sociologia do Envelhecimento*. Em Paúl, C., Ribeiro, O., *Manual de Gerontologia* (pp. 179-201). Lisboa, Lidel.
- Fernandes, A. & Botelho, A. (2007). Envelhecer Activo, Envelhecer Saudável: o grande desafio. Acedido em Março 3, 2017, in www.researchgate.net/publication/294593170

- Fernandes, A.; Mateus, C. & Perelman, J. (2009), Health And Health Care In Portugal: Does Gender Matter?, Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge (INSA).
- Figueirinha, D., Marques, I. & Simões, J. (2012). Ética na relação do Profissional de Saúde e Idoso nos Cuidados Continuados. *Revista Portuguesa de Bioética*, 16.
- Frilund, M., Eriksson, K. & Fagerstrom, L. (2013). The caregivers' possibilities of providing ethically good care for older people – a study on caregivers' ethical approach. Acedido em Março 22, 2017, in www.researchgate.net/publication/236456754
- GEP/METSS (2017). Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2017. Acedido em Setembro 17, 2019, in <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2017.pdf>
- Gil, A.P. (2019). Quality procedures and complaints: nursing homes in Portugal. *Journal of Adult Protection*.
- Guedes, J. (2014). Cuidados Formais a idosos – desafios inerentes à sua prestação. In Fonseca, A. (2014). *Envelhecimento, Saúde e Doença – Novos desafios para a Prestação de Cuidados a Idosos* (pp. 183 – 218). Editora Coisas de Ler
- Instituto da Segurança Social (sd). Manual de processos-chave para estrutura residencial para idosos. Acedido em Dezembro 11, 2016 in http://www.seg-social.pt/documents/10152/13652/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4.
- INE. (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. Acedido em Abril 22, 2017 in https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2
- Marques, A. (2005). Integração normativa na gestão da qualidade. Um estudo de caso. Universidade de Aveiro
- Mota, D. (2016). Implementação do sistema de gestão da qualidade em lares residenciais para idosos – perspetiva do assistente social. Universidade de Coimbra
- Papastavrou, E. (2012). Respecting Human Dignity through Individualized Care. *J Nurse Care* 1:4.

- Pinto, L. & Róseo, F. (2014). Envelhecer com Saúde: o desafio do cuidar humanizado. *Revista Interfaces de Saúde*, 1, 20-29. ISSN 2358-517X.
- PORDATA. (2015). Índice de Longevidade segundo os Censos. Acedido em Setembro 28, 2019, in <http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Portaria nº67/2012 de 21 de Março. Diário da República nº 58 - 1.ª série. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social
- Queirós, P., Fonseca, E., Mariz, M., Chaves, M. & Cantarino, S. (2016). Significados atribuídos ao conceito de cuidar. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV - nº10. ISSNp: 0874.0283.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rysz – Kowalczyk, B. & Szatur – Jaworska, B. (2013). Good practices in social policy: their essence and role. *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*, 23(4): 15 – 28.
- Rodrigues, C. (2014). *Perfil dos cuidadores formais de idosos e motivos para a função: um estudo de caso*. Instituto Politécnico do Cávado e do Ave. Viana do Castelo.
- Rodrigues, O. (2014). Sistema de Gestão da Qualidade nas Instituições Particulares de Solidariedade Social, que benefícios?. Instituto Politécnico de Bragança.
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (2004). Manual de Gestão da Qualidade para Lares de Idosos.
- Segurança Social. (2016). Apoios Sociais e Programas – Idosos. Acedido em Abril 6, 2017, in <http://www.seg-social.pt/idosos>
- Vieira, C., Gomes, E., Fialho, A., Freitas, M. & Moreira, T. (2011). Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Min. Enfermagem*, 15(3): 348-355.
- WHO- World Health Organization (2002), Active Ageing: A Policy Framework, World Health Organization.

ANEXOS

Anexo I - Grelha de Observação

Grelha de Observação	
Indicadores	Manual
Flexibilidade dos Horários – Hora de Levantar e Deitar	“(…) o horário de levantar deverá ser flexível, tendo em conta a vontade e as necessidades de cada residente. Não é admissível que alguém seja levantado de madrugada para tomar banho ou para o quarto ser limpo (…) tais práticas (…) são, de resto, maus tratos (…)”
Flexibilidade dos Horários – Hora das Refeições	“O horário das refeições deverá compreender um período razoável, permitindo a satisfação de diferentes hábitos e necessidades dos residentes.”; “Seria, aliás, desejável que os residentes tivessem a possibilidade de tomar por exemplo o pequeno almoço no quarto. O residente tem também o direito de decidir não tomar o pequeno almoço e ficar a dormir até mais tarde, desde que tal não comprometa a sua saúde.”
Higiene – Privacidade	“A prestação de cuidados de higiene apoiada ou assistida deve primordialmente ter em conta o conforto do residente e ser levado a cabo com total respeito pela sua privacidade.”
Higiene – Autonomia	“É nossa responsabilidade apoiá-los na manutenção da mesma, mas tendo sempre presente que sempre que possível, o residente deve responsabilizar-se pela sua própria higiene, promovendo, também nesta área, a sua autonomia.”
Higiene – Dependência	“Os residentes têm de permanecer o menos possível na cama ou em situações de menor autonomia. Quando por doença ou especial incapacidade, tenham de permanecer mais tempo nessa situação, isso não significa que necessitem de menos cuidados de higiene – antes pelo contrário – nem que a sua apresentação estética tenha menos importância.”

<p>Higiene – Apresentação Diária</p>	<p>“Os aspetos da higiene pessoal e estéticos são fundamentais à conservação ou melhoria da qualidade de vida e da autoestima, não se resumindo por isso à limpeza e ao asseio.”; “A apresentação diária dos residentes deve ser cuidada. O vestuário e o calçado devem ser escolhidos pelo residente, adequando-se a eventuais limitações físicas e à estação do ano. Devemos encorajar os residentes a cuidarem do seu aspeto.”</p>
<p>Higiene – Idas à Casa de Banho ou Uso de Fraldas</p>	<p>“Relembramos que não podemos interferir com os direitos dos residentes em benefício da funcionalidade das estruturas residenciais, pelo que, o uso abusivo e sem critérios de indicação de fraldas, deve ser reservado estritamente para situações relacionadas com incontinência urinária em que exista indicação específica para tal. Nos restantes casos, a prática será de lembrar ou acompanhar o residente aos sanitários com a periodicidade devida.”</p>
<p>Alimentação – Composição das Refeições</p>	<p>“(…) a alimentação dos residentes deve ser cuidada, uma vez que tem um impacto importante sobre a sua saúde e o seu sentimento de bem-estar. Deve existir uma ementa com uma oferta variada por refeição, concebida com o apoio de um nutricionista.”; “Deve ser sempre disponibilizado na ementa um prato de dieta.”; “As bebidas alcoólicas, em especial o vinho, têm no nosso país uma forte tradição cultural. Não será raro que os residentes o solicitem para acompanhar uma refeição. A ingestão (...) deve ser sempre moderada e deverão ser respeitadas as prescrições médicas de cada pessoa.”; “Deve-se também atender aos hábitos dos residentes.”</p>
<p>Alimentação – Dependência</p>	<p>“Quando ajudamos o residente a alimentar-se, devemos perguntar-lhe que tipo de ajuda necessita ou deseja. Deve ser ele a guiar-nos e nunca o oposto. A alimentação deve ser dada a uma velocidade adequada, garantido sempre que a pessoa está confortável e que se sente tratado como um adulto. O momento da refeição deve ser agradável para todos, devendo evitar-se tudo o que possa levar o residente a sentir-se diminuído na sua dignidade. A estrutura residencial deve garantir que o momento da refeição é um espaço relacional. Como tal, é imperativo ter colaboradores em número suficiente para permitir que cada residente tenha um acompanhamento adequado.”</p>

<p>Saúde – Medicação</p>	<p>“A medicação deve estar em local seguro, acessível apenas aos técnicos de saúde e aos colaboradores que a ministram. O residente só deve tomar medicação prescrita pelo médico, às horas que este definiu e na dose receitada. (...) É imprescindível que a direção técnica da estrutura residencial garanta mecanismos de registo e verificação diária, considerando sobretudo o elevado risco de problemas de saúde e de alteração do comportamento, no caso de erro ou troca de medicação.”</p>
<p>Atividades – Uso da Televisão</p>	<p>“Muitas pessoas que vivem em acolhimento residencial passam os dias diante de um televisor colocado numa posição elevada, sintonizada para um programa de pouco interesse e com o som alto, partindo do princípio de que todos os residentes têm dificuldades auditivas. Esta prática deve ser totalmente banida.”; “(...) A imobilidade excessiva prejudica as pessoas idosas ou em situação de dependência, repercutindo-se na sua saúde física e psíquica e levando a um estreitamento progressivo dos horizontes e dos interesses. É tratar as pessoas como objetos inertes e incapazes de interagir com o meio.”</p>
<p>Atividades – Plano da Instituição (Desportivas, Criativas...) ou com a Comunidade</p>	<p>“Pelo contrário, os residentes devem participar em atividades da mais variada natureza – desportivas, artísticas, culturais, recreativas ou religiosas. Os colaboradores da estrutura residencial devem interessar-se por conhecer os seus gostos e vocações e os hobbies que mantinham antes de ser admitidos.”; “A estrutura residencial deve estimular a participação dos residentes em atividades organizadas na comunidade e deve também ter iniciativa própria neste campo.”; “(...) deve imperar o princípio de que a participação dos residentes em qualquer atividade deve ser voluntária.”; “Uma boa forma de motivar os residentes a participar é envolvê-los no planeamento e avaliação de atividades.”</p>
<p>Projeto de Vida – Existe? O que é realizado para Potenciar as Capacidades dos Idosos e Concretizar as suas Vontades?</p>	<p>“Todos os residentes têm direito a um projeto de vida que potencie as suas capacidades e os valorize como indivíduos. O projeto de vida, com objetivos bem definidos e exequíveis, deve ser elaborado pelo residente, em conjunto com a estrutura residencial e, se o residente assim o desejar, com a sua família. As pessoas devem ser livres de pensar e desenvolver novos</p>

	<p>projetos de vida e a instituição deve assumir-se como fundamental garante desse direito”</p>
Questões Relacionais	<p>“É muito importante que tenhamos uma abordagem positiva com os residentes. Devemos encorajá-los a exercer os seus direitos, a tomar as suas próprias decisões, a ser tão independentes e responsáveis por si mesmos quanto possível. Para tal, é essencial respeitá-los enquanto indivíduos, trata-los de modo justo, afetivo e excluir todo e qualquer comportamento discriminatório.”</p>
Comunicação	<p>“A comunicação é um aspeto central da vida de qualquer estrutura residencial. Os seus membros têm de saber comunicar entre si e com o exterior. É essencial que o façam de forma eficaz, já que não se podem prestar bem os cuidados necessários sem conhecer os sentimentos, desejos, necessidades e preocupações dos residentes.”; “(…) é importante escutar cada residente individualmente. A estrutura deve criar mecanismos que promovam a comunicação a dois.”</p>
Informação Escrita	<p>“Os registos de ocorrências permitem aos colaboradores terem conhecimento, por exemplo, de perturbações que um residente manifeste; também servem para que a Direção saiba que tipo de medidas de saúde e segurança precisa de adotar.”; “A informação escrita é especialmente sensível. Em caso de dúvida, o recetor nem sempre pode confirmar junto do emissor os objetivos ou conteúdos da mensagem. Assim, é essencial que a informação escrita seja legível e compreensível. É porém importante que, nas mudanças de turno, haja momentos de comunicação verbal sobre as ocorrências entre os colaboradores que prestaram serviço e aqueles que o vão continuar.”</p>

Feedback – Positivos ou Corretivos às AAD	“(…) como em qualquer atividade profissional, os comportamentos e atitudes dos colaboradores não são todos iguais, podendo mesmo chegar a serem contraditórios, e haver entendimentos diversos entre colegas. Devemos sempre dizer às outras pessoas o que pensamos do seu desempenho. (...) O feedback pode ser de dois tipos: positivo, se reforça ou melhora uma atitude ou um comportamento correto (...) ou corretivo, quando se destina a modificar e adequar comportamentos.”
Maus Tratos – Físicos	“Agressões, recurso a meios de contenção física inadequada.”
Maus Tratos – Psicológicos e Emocionais	“Insultar, caluniar, aterrorizar, tratar de forma brusca ou aos gritos, desrespeitar, humilhar, fazer a pessoa sentir-se rejeitada ou pouco amada, manipular as suas emoções obrigá-la a participar em atividades lúdicas, religiosas, desportivas ou outras contra a sua vontade ou sem lhe dar hipótese de escolha, não lhe permitir ter autonomia e capacidade de decisão, impedindo ou restringindo o acesso a pessoas e afetos.”
Maus Tratos – Sexuais	“Forçar um residente a sofrer ou praticar um ato sexual contra a sua vontade, usando para isso ameaça, coação física ou emocional, ou aproveitando-se da impossibilidade de o residente oferecer resistência.”
Maus Tratos – Património	“Apropriação, extorsão, exploração e/ou utilização ilegítima do dinheiro e outros bens do residente.”
Maus Tratos – Medicação	“Uso de medicamentos sem finalidade terapêutica, com o fim de controlar ou retraindo o residente, nomeadamente através da sobre-dosagem, utilização de sedativos e outras drogas semelhantes.”
Maus Tratos – cometidos pelos Residentes	“Os maus tratos podem ser cometidos por residentes sobre colaboradores ou outros residentes.”; “Quando um residente maltrata outros residentes ou colaboradores da estrutura residencial, há que explicar-lhe que esse tipo de comportamento é totalmente inaceitável e mediar o entendimento entre as partes envolvidas no conflito ou discórdia.”

<p>Organização dos Espaços Físicos – Espaços Comuns</p>	<p>“Os espaços comuns da estrutura residencial, muito embora partilhados pelos residentes, não devem impor ou facilitar a massificação. O residente deve poder, fora do seu quarto, gozar de momentos de reflexão, espiritualidade ou simplesmente estar só. Mesmo quando não se deseja estar só, é normal e natural que se formem pequenos grupos de convívio, ditados pelos afetos e as relações que se vão construindo. Para que todos tenham a oportunidade de estar de acordo com a sua vontade, deve existir mais do que uma sala de estar, sendo assim útil que haja outras salas ou recantos onde os residentes possam estar ou reunir-se com mais privacidade.” “A estrutura residencial deve ter espaços adequados às múltiplas atividades: ateliês, ginásio, salas de jogos e semelhantes. (...) devem também existir, além de uma sala de reuniões, gabinetes diferenciados para algumas das funções desempenhadas: saúde, apoio psicológico, apoio social, apoio espiritual.”</p>
<p>Organização dos Espaços Físicos – Quartos e Instalações Sanitárias</p>	<p>“Os quartos podem ser individuais, duplos ou de casal. De qualquer forma, 50% dos quartos da estrutura residencial devem ser individuais. Todos os quartos deverão ter ventilação e iluminação naturais. A dimensão das portas e a disposição do mobiliário devem permitir o acesso e a circulação em cadeira de rodas.”; “Todos os quartos devem ter instalações sanitárias próprias, com acesso privado. Estas devem ser totalmente acessíveis e permitir a circulação interior em cadeira de rodas.”; “Além das instalações sanitárias dos quartos, cada piso da estrutura residencial deve possuir uma instalação sanitária completa, com banho de ajuda.”</p>
<p>Organização dos Espaços Físicos – Área de Refeições e Cozinha</p>	<p>“A sala de refeições não deve ter grandes dimensões.”; “A distribuição do espaço deve ser facilitadora da interação, evitando o isolamento dos residentes, e promotora e estimulante do sentimento de pertença ao grupo residencial”; “A cozinha e/ou a copa devem situar-se junto da sala de refeições. Devem contemplar quatro zonas distintas: preparação e confeção dos alimentos, lavagem, arrumos dos utensílios e copa de distribuição dos alimentos.”</p>

Anexo II - Guião de Entrevista a Pessoas Idosas

Sexo

Feminino

Masculino

Idade

Motivo da Entrada no Lar

Para si o que significa cuidar de alguém?

Que valores ou princípios devem orientar a prestação de cuidados às pessoas idosas?

**Em seu entender o que são boas práticas na prestação de cuidados às pessoas idosas?
Pode exemplificar?**

Anexo III - Guião de Entrevista a Colaboradoras

Sexo

Feminino

Masculino

Idade

Com quem habita?

Cônjuge

Filhos Se sim, quantos? _____

Familiares Idosos Se sim, grau de parentesco? _____

Escolaridade

Formações

Se fez formação na área:

Porque é que fez formação?

Considera que após a formação melhorou a forma como presta cuidados? Porquê?

Em que consiste o seu trabalho?

Quais os aspetos positivos deste trabalho?

Quais são as suas maiores dificuldades neste trabalho?

Para si o que significa cuidar de alguém?

Que valores ou princípios devem orientar a prestação de cuidados às pessoas idosas?

**Em seu entender o que são boas práticas na prestação de cuidados às pessoas idosas?
Pode exemplificar?**

Anexo IV - Guião de Entrevista Diretora Técnica

Sexo

Feminino

Masculino

Idade

Escolaridade e Formações

Quais são as suas funções?

Quais são as suas maiores dificuldades neste trabalho?

Para si o que significa cuidar de alguém?

Que valores ou princípios devem orientar a prestação de cuidados às pessoas idosas?

**Em seu entender o que são boas práticas na prestação de cuidados às pessoas idosas?
Pode exemplificar?**

**Considera que promove boas práticas na prestação de cuidados às pessoas idosas
entre as colaboradoras? Se sim, de que forma as promove?**

