



Sandra Pedro Morais

O PLANO INDIVIDUAL NO CONTEXTO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSOS E OS SEUS DETERMINANTES NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS

Monografia de Estágio do Mestrado em Serviço Social, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, sob orientação da Mestre Rosa da Primavera

Março, 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FPCEUC FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

O Plano Individual no contexto da institucionalização de idosos e os seus determinantes na atuação profissional dos Assistentes Sociais

*Monografia de Estágio do Mestrado em Serviço Social, apresentada à Faculdade de
Psicologia e Ciências da Educação, sob orientação da Mestre Rosa da Primavera*

Sandra Pedro Morais

Março, 2016

AGRADECIMENTOS

A realização da presente monografia não seria possível sem a colaboração de algumas pessoas a quem gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos.

Agradeço profundamente à minha orientadora Mestre Rosa da Primavera, pela imensa sensibilidade e generosidade com que sempre esteve disponível a aconselhar, propor e provocar novas reflexões. Pela mestria das suas orientações o meu *Muito Obrigada!*

Agradeço também à minha co-orientadora, Diretora Técnica da instituição, pela forma como me acolheu e ajudou pelo seu saber, competência e profissionalismo e disponibilidade sempre presentes. *Muito Obrigada!*

À Santa Casa da Misericórdia, na figura do Exmo. Sr. Provedor por me ter recebido como estagiária e ter permitido a realização deste estudo. *Os meus agradecimentos!*

A toda a Equipa Técnica da instituição pela partilha e pelos momentos de reflexão em torno do agir profissional, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho. *O meu bem-haja, a todos!*

Aos idosos institucionalizados pelo carinho com que me acolheram e por partilharem gentilmente comigo as suas emoções, experiências e histórias de vida. *Obrigada!*

Aos professores com os quais me cruzei neste percurso pelos ensinamentos transmitidos. *Obrigada!*

Aos colegas desta etapa formativa, o agradecimento pelo companheirismo, pela partilha e palavras de incentivo. Especialmente à minha colega e amiga Mariana pelo estímulo e amizade incansavelmente manifestadas e ajuda em todo este percurso. *Obrigada a todas!*

E por último, mas não menos importantes, aos meus pais, Jorge e Elisete, à minha irmã Daniela e sobrinho Filipe, pelo amor incondicional, preocupação e suporte sempre presente. *Sem vocês seria impossível a concretização deste trabalho, um enorme Muito Obrigada!*

À minha sogra Filomena pelo incentivo permanente e por me fazer acreditar que era capaz mesmo nos momentos de desânimo. *Obrigada!*

E aos “*homens da minha vida*”, Miguel e Simão, a quem reconheço inúmeras e diversas provas de amor e dedicação, nem sempre compreendidas. *O meu imenso obrigada e amor!*

RESUMO

A presente monografia tem como objetivo a compreensão dos determinantes da implementação do Plano Individual (PI), no contexto da institucionalização de idosos, considerando a participação do Assistente Social, a partir da experiência de estágio realizada numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que integra a resposta social Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) da zona centro. O estudo decorreu de uma metodologia qualitativa centrada no estudo de caso. Como técnicas de recolha de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas, a observação participante e a pesquisa documental. As principais conclusões inferem que a implementação do Plano Individual tem aspetos positivos, não só para a instituição, ao nível administrativo e organizacional, mas também para o cliente pois permite a sua abordagem holística. No entanto, também foram explanados aspetos constrangedores tais como, o aumento da burocracia e a insuficiência de recursos humanos, para o cumprimento dos desideratos do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), mais especificamente, do Plano Individual. No exercício profissional dos Assistentes Sociais, os impactos mais significativos da implementação do Plano Individual prendem-se com o excesso burocrático e o cumprimento das normas, que limitam uma intervenção reflexiva e os princípios e valores da profissão.

Palavras-Chave: Plano Individual; Envelhecimento; Sistema de Gestão da Qualidade; Qualidade; Serviço Social

ABSTRACT

This monograph aims at understanding the determinants of implementation of the Individual Plan (IP) in the context of the institutionalization of the elderly, considering the participation of the social worker from the internship experience held in a Private Institution of Social Solidarity (IPSS) that integrates social response Residential Structure for the Elderly (ERPI) center area. The study took a qualitative methodology centered on case study. As data collection techniques were conducted semi-structured interviews, participant observation and document research. The main findings infer that the implementation of the Individual Plan has positive aspects, not only for the institution, the administrative and organizational level, but also to the client because it allows its holistic approach. However, it was also explained embarrassing aspects such as the increasing bureaucracy and the lack of human resources for the implementation of the Quality Management System desiderata (QMS), more specifically, the Individual Plan. In the professional practice of social workers, the most significant impacts of the implementation of the Individual Plan relate to the bureaucratic excess and compliance with the rules that limit a reflexive action and the principles and values of the profession.

Keywords: Individual Plan; Aging; Quality Management System; quality; Social Service

LISTA DE ABREVIATURAS

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social
SGQ - Sistema de Gestão da Qualidade
ISS, IP - Instituto de Segurança Social, IP
PI - Plano Individual
ERPI - Estrutura Residencial para Idosos
PES - Plano de Emergência Social
RSI - Rendimento Social de Inserção
FEAC - Fundo Europeu de Auxílio aos Carenciados
CRP - Constituição da República Portuguesa
SAD - Serviço de Apoio Domiciliário
CD – Centro de Dia
ARS - Administração Regional de Saúde
INE - Instituto Nacional de Estatística
IGF - Inspeção Geral de Finanças
DPGE - Departamento de Planeamento e Gestão Estratégica;
UMP - União das Misericórdias Portuguesas
EFQM - European Foundation for Quality Management
RSES - Rede de Serviços Equipamentos Sociais
PCDQSRs - Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais
ISO - International Organization for Standardization
IPQ - Instituto Português da Qualidade
EPR - European Platform Rehabilitation
WHOQOL - World Health Quality of Life
QdV - Qualidade de Vida
OMS - Organização Mundial de Saúde
DT - Diretora Técnica
APCER - Associação Portuguesa de Certificação
IPQ - Instituto Português da Qualidade
SGQRS - Sistema de Gestão da Qualidade das Respostas Sociais
EQUASS - European Quality Assurance for Social Services

ÍNDICE GERAL

Introdução.....	12
Parte I.....	14
Enquadramento Institucional e Profissional.....	14
Capítulo I.....	15
1. Breve Caracterização Institucional e Profissional.....	15
1.1. <i>Breve Caracterização Institucional</i>	15
1.1.1. <i>Instituição Particular de Solidariedade Social</i>	15
1.2. <i>O Serviço Social na Contemporaneidade</i>	16
1.2.1. <i>Serviço Social na Área do Envelhecimento</i>	19
1.3. <i>O Serviço Social na Instituição</i>	24
1.3.1. <i>Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular</i>	27
Parte II.....	29
Enquadramento Concetual e Teórico.....	29
Capítulo II.....	30
2. Contextualização e Conceito de Qualidade.....	30
2.1. <i>Conceito de Qualidade</i>	30
2.2. <i>O Modelo de Excelência da - European Foundation for Quality Management (EFQM)</i>	33
2.3. <i>Sistema de Gestão da Qualidade – Gestão por Processo</i>	34
2.4. <i>O Sistema de Gestão da Qualidade no Setor Social (Terceiro Setor e Mercado Social em Portugal)</i>	36
Capítulo III.....	40
1. Sistema de Gestão da Qualidade – Caso Português	40

1.1. <i>Modelos de Avaliação da Qualidade e dos Serviços Sociais</i>	40
1.2. <i>Plano Individual</i>	42
Parte III.....	47
Processo de Investigação/Methodologias.....	47
Capítulo IV.....	48
4. Problema de Investigação.....	48
4.1. <i>Objetivos Gerais e Objetivos Específicos</i>	48
4.2. <i>População Alvo</i>	49
4.3. <i>Estratégia Metodológica – Estudo de Caso</i>	50
4.3.1. <i>Técnica de recolha de dados</i>	52
4.3.2. <i>Técnica de Análise dos Dados</i>	54
Capítulo V.....	55
5. Apresentação e Discussão dos Resultados.....	55
5.1. <i>Constrangimentos na Implementação do SGQ</i>	55
5.2. <i>Procedimentos no Âmbito do SGQ, paralelo antes/depois da sua Implementação</i>	56
5.3. <i>O registo dos Procedimentos na Evidência do Trabalho Desenvolvido pelos Diversos Especialistas da Equipa</i>	58
5.3.1. <i>Na perspetiva Individual</i>	58
5.3.2. <i>Na Perspetiva Interdisciplinar</i>	59
5.4. <i>A importância do Plano Individual</i>	60
5.4.1. <i>A abordagem Holística do Indivíduo</i>	60
5.4.2. <i>Relativamente à sua Individualização e Personalização (interesses, objetivos, idiossincrasias do cliente)</i>	61
5.5. <i>A Participação Ativa do Cliente e/ou Significativos em todas as Fases do Processo</i>	62

6.	Apresentação dos dados das entrevistas aos idosos através da aplicação da Ficha de Avaliação Diagnóstica com vista à elaboração do PI.	63
6.1.	<i>Os objetivos de vida destes idosos institucionalizados e o que procuram fazer no seu dia-a-dia.....</i>	64
6.2.	<i>Quais os apoios que necessitam para concretizarem os seus objetivos:</i>	64
6.3.	<i>Relativamente às expetativas que tem dos serviços da ERPI e como consideram como esses serviços podem contribuir para apoiar a sua vida, assim como satisfazer as suas necessidades?</i>	64
6.4.	<i>Quanto às expetativas que têm em relação aos colaboradores da ERPI?</i>	65
6.5.	<i>Relativamente às relações familiares, com quem preferem estar e/ou conviver?.....</i>	65
7.	Triangulação de dados	65
7.1.	<i>Equipa Técnica.....</i>	65
7.2.	<i>Idosos e Família</i>	66
8.	Análise Reflexiva sobre a Dinâmica e Aplicabilidade do PI no contexto da atuação profissional do Assistente Social	67
	Conclusão.....	72
	Bibliografia.....	73
	Apêndices.....	78
	Apêndice I: Consentimento Informado	78
	Apêndice II: Guião da Entrevista da Equipa Técnica.....	78
	Apêndice III: Guião da Entrevista da Diretora Técnica e Coordenadora de Equipa.....	79
	Apêndice IV: Análise Categorical das Entrevistas Realizadas à Equipa Técnica	81
1.	Constrangimentos	81
2.	Procedimentos.....	82
3.	Evidência do trabalho	83
3.1.	<i>Individual</i>	83

3.2. <i>Equipa</i>	83
4. Plano Individual	84
4.1. <i>Abordagem Holística</i>	84
4.2. <i>Individualização e personalização</i>	85
4.3. <i>Participação Ativa</i>	86
Anexos.....	87
Anexo I: Documentos Constituintes do Processo Individual da Santa Casa da Misericórdia.....	87
1. Carta de Admissão	87
2. Plano Individual de Cuidados	89
3. Ficha de Avaliação Diagnóstica.....	92
4. Índice de Barthel: Avaliação das atividades básicas da vida diária.....	95
5. Apgar Familiar	98
Anexo II: Modo Operatório do Plano Individual	99
Anexo III: Necessidades e Potenciais do Cliente	101
Anexo IV: Fichas de Avaliação Diagnóstica da População-Alvo Secundária.....	108
Caso 1:	108
Caso 2:	112
Caso 3:	115
Caso 4:	119
Caso 5:	123
Anexo V: Plano Individual da População-Alvo Secundária	127
Caso 1	127
Caso 2	130
Caso 3	134

Caso 4	137
Caso 5	141

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução Histórica da Qualidade	32
Gráfico 2: Evolução do Nº de Respostas Sociais por população-alvo, Continente 2000-2014	37
Gráfico 4: Distribuição percentual dos utentes em respostas para as Pessoas Idosas por grau de dependência, Continente 2014.....	38
Gráfico 3: Distribuição percentual das respostas sociais por população-alvo, Continente 2014.....	38
Gráfico 5: Distribuição percentual dos utentes em ERPI por serviços prestados, Continente 2014.....	39

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Constituição da Equipa Técnica	50
Tabela 2: Caracterização dos clientes do PI.....	50
Tabela 3: Potencialidades e Constrangimentos do Plano Individual.....	69
Tabela 4: Constrangimentos na implementação do Plano Individual	81
Tabela 5: Procedimentos no paralelo do antes e depois da implementação do Plano Individual.....	82
Tabela 6: Evidência do trabalho pelo registo dos procedimentos a nível individual	83
Tabela 7: Evidência do trabalho pelo registo dos procedimentos a nível do trabalho em equipa	83
Tabela 8: Plano Individual: abordagem holística	84
Tabela 9: Plano Individual: individualização e personalização.....	85
Tabela 10: Plano Individual: participação ativa	86

INTRODUÇÃO

A realização da presente monografia intitulada, O Plano Individual no contexto da institucionalização de idosos e os seus determinantes na atuação profissional dos Assistentes Sociais, surge na sequência do estágio curricular que decorreu no âmbito do Mestrado em Serviço Social da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC), tendo em vista a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social. A sua realização contou com a supervisão da Diretora Técnica da entidade acolhedora e orientação da professora Mestre Rosa da Primavera da FPCEUC.

A entidade acolhedora é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) da zona Centro e encontra-se associada à União de Misericórdias Portuguesas (UMP). A escolha do local de estágio deve-se ao interesse que a estagiária tem pela área dos idosos, particularmente por aqueles que se encontram institucionalizados, permitindo-lhe deste modo, conhecer mais aprofundadamente esta problemática. Por outro lado, também se deve ao facto de esta ser uma instituição de prestígio e referência no concelho.

Este estudo encontra a sua pertinência no imperativo da implementação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) em todas as respostas sociais, colocado pelo Instituto de Segurança Social, IP (ISS, IP), cujo objetivo é o da certificação pela qualidade como forma de diferenciação positiva. O SGQ prevê a existência de três níveis de qualificação para as respostas sociais (nível C; nível B; nível A) pelo que a celebração de novos acordos de cooperação é condicionada ao cumprimento dos requisitos correspondentes ao nível C do Modelo de Avaliação da Qualidade (adiante designado por Modelo), concebido pelo ISS,IP. Por outro lado, dado que esta é uma realidade recente verifica-se uma escassez de estudos exploratórios neste âmbito. Assim, este estudo centra-se na observação, análise e compreensão da implementação do Plano Individual (PI), na resposta social Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) da instituição acima referida com o objetivo de expressar a sua importância na qualidade de vida de todos os utentes/clientes num contexto humanizado e personalizado. Por outro lado, pretende-se também refletir a importância da articulação entre a teoria e a prática, tendo em conta a valorização de uma intervenção reflexiva, exigência inequívoca do Serviço Social contemporâneo.

Quanto à organização dos conteúdos, a presente monografia está estruturada em três partes. A primeira parte traduz-se num enquadramento e contextualização institucional e profissional, dividido em três pontos: no primeiro faz-se uma breve caracterização

institucional; o segundo centra-se no entendimento do serviço social na contemporaneidade e concretamente da sua intervenção na área do envelhecimento; posteriormente aborda-se a inscrição do Serviço Social na instituição acolhedora do estágio curricular. Na segunda parte, procede-se a um breve enquadramento concetual e teórico. Esta parte divide-se em dois capítulos, o capítulo II no qual se efetua, uma contextualização e evolução do conceito de qualidade, através da perspetiva de alguns modelos clássicos. Seguidamente é abordado o Sistema de Gestão da Qualidade, mais concretamente a Gestão por Processo, no âmbito do Terceiro Setor. O terceiro capítulo centra-se no Sistema de Gestão da Qualidade, especificamente, o Caso Português, abordando os Modelos de Avaliação da Qualidade e dos Serviços Sociais. Posteriormente procede-se à descrição do processo chave número três, do SGQ proposto às instituições pelo ISS, IP., denominado Plano Individual, o qual integra também uma breve explanação sobre o conceito de qualidade de vida no idoso. Na terceira parte, procede-se ao enquadramento da investigação bem como aos procedimentos metodológicos utilizados, dividindo-se em dois capítulos. O quarto capítulo refere-se ao problema de investigação definido, apresentando os objetivos gerais e específicos, a população-alvo, a estratégia metodológica e as técnicas de recolha e análise de dados. No quinto capítulo apresenta-se os dados obtidos na investigação realizada, e posteriormente efetua-se uma análise reflexiva dos mesmos, onde são tecidas considerações sobre a dinâmica e aplicabilidade do PI, discussão dos dados obtidos e estratégias de intervenção.

PARTE I

ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL E PROFISSIONAL

1. Breve Caracterização Institucional e Profissional

1.1. Breve Caracterização Institucional

A instituição onde se desenvolveu o presente estudo é uma associação constituída na ordem jurídica canónica cujo objetivo é a prossecução de solidariedade social de acordo com o espírito das misericórdias. É uma IPSS e encontra-se associada à UMP.

As suas três grandes áreas de intervenção são os idosos, a educação e a saúde. No que concerne à área dos idosos, a instituição dedica-se ao apoio à terceira idade através da gestão de lares, prestação de serviços de Centro de Dia (CD) e de Serviço Apoio Domiciliário (SAD). O campo de atuação do presente estágio centra-se nos Lares-ERPI, a qual se divide em três edifícios distintos.

De acordo com a Carta Social (2014), esta instituição integra como respostas sociais: três ERPI's para idosos, uma com capacidade para 40 clientes/utentes prestando o serviço efetivamente a 40 utentes, outra com capacidade para 54 clientes/utentes, prestando o serviço efetivamente a 45 utentes/clientes e outra ERPI, com capacidade para 15 utentes/clientes, prestando serviço efetivamente 15 clientes/utentes. Tem também como resposta social o SAD com capacidade para 40 clientes/utentes, prestando o serviço efetivamente a 40 utentes, o CD com capacidade de para 60 clientes/utentes prestando serviço a 20 clientes/utentes, a Cantina Social (âmbito do Plano de Emergência Social – PES) com capacidade para 85 refeições diárias e Ajuda Alimentar a Carenciados prestando serviço a 25 famílias. Existem ainda outras atividades, nomeadamente: a Equipa de Protocolo Rendimento Social de Inserção (RSI), o Banco Alimentar Contra a Fome, o Fundo Europeu de Auxílio aos Carenciados (FEAC) (Carta Social, 2014).

O presente estudo centrar-se-á na Resposta Social ERPI, na qual se encontra em implementação o SGQ.

1.1.1. Instituição Particular de Solidariedade Social

A Constituição da República Portuguesa (2008), no artigo 63º, refere que “ (...) todos têm direito à segurança social (...) ” (2008, pp. 34-35) e no artigo 73º explícita no que diz respeito à terceira idade:

“1.As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o

isolamento ou a marginalização social; 2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade” (CRP, 2008, p. 40).

Neste contexto, cabe ao Estado desenvolver uma política de velhice não apenas no plano das garantias dos direitos económicos mas também no plano dos direitos sociais, no sentido de contrariar fenómenos de desvalorização de pessoas idosas.

Assim, a Segurança Social portuguesa assegura a proteção social dos indivíduos através de regimes de segurança social e de programas de ação social. Centrando-nos no objetivo deste estudo, salientamos os programas de ação social do âmbito da Segurança Social, nomeadamente, as medidas de política social relativas aos equipamentos e serviços na área da população idosa, cujas respostas sociais existentes são as seguintes: acolhimento familiar, centro de convívio, centro de dia, residência, estrutura residencial para idosos, serviço de apoio domiciliário, colónia de férias e centro de noite. Tal como acima mencionado, grande parte destas respostas sociais são desenvolvidas em IPSS, que integram uma fatia significativa do terceiro sector, enquanto entidades privadas não lucrativas, mas existem também entidades privadas lucrativas e entidades estatais que desenvolvem estas e outras respostas sociais (Segurança Social, 2007).

De acordo com Hespanha (et al., 2000) as IPSS através do exercício da ação social têm como objetivo a prevenção e apoio nas situações de debilidade, exclusão ou carência humana, fomentando a inclusão e a integração social, incrementando diversas atividades de apoio a crianças e jovens, à família, juventude, terceira idade, invalidez e, em geral toda a população necessitada. Assim, segundo o artigo 1º do Estatuto das IPSS aprovado pelo Decreto-Lei nº 119/83, de 25 de Fevereiro,

“ (...) são Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), as constituídas por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico (...)” (p. 64).

1.2. O Serviço Social na Contemporaneidade

A complexidade e imprevisibilidade que caracterizam as sociedades contemporâneas, afetam inevitavelmente o Serviço Social, no que diz respeito ao seu campo profissional, no qual a profissão é chamada a responder a novas problemáticas convocando-o a se reposicionar no centro da agenda política e social, face ao debate sobre a cidadania e as atuais desigualdades socioeconómicas e em

termos de projetos *societais* defendidos (Albuquerque, 2014). Por outro lado, o Serviço Social também é afetado ao nível da carreira profissional, na qual os Assistentes Sociais estão sujeitos a pressões de competitividade e individualismo cuja tendência se centra num perfil cada vez mais técnico e instrumental e cada vez menos político, a par de uma crescente precarização e fragmentação das carreiras profissionais (Amaro, 2012). Segundo Iamamoto (1996)

“as profundas transformações que atravessam o mundo contemporâneo estão a exigir um repensar do Serviço Social, à medida que se vêm alterando o mercado e as condições de trabalho profissional, redimensionando as funções tradicionalmente atribuídas ao Assistente Social, qualificações necessárias ao exercício profissional” (1996, p. 9).

Assim sendo, na prática, a aquisição e comprovação de maior eficácia, eficiência e inovação, bem como, os resultados que apresenta e o modo como os visibiliza e avalia, é um dos principais desafios que o Serviço Social contemporâneo enfrenta (Albuquerque, 2014). Atualmente encontra-se confrontado com pressões de competitividade, impostas por esta lógica de eficácia e eficiência que lhe exigem uma racionalização que resulta numa padronização de procedimentos. Esta tendência de ultrarracionalidade instrumental imposta pelo mundo tecnológico esvai o Serviço Social de conteúdos substantivos reduzindo-o a uma *«tecnologia social»* de gestão tecnocrática e burocrática do social (Amaro, 2012, p.72). Perante o aumento desta tecnicidade na sociedade, à qual os profissionais se tem vindo a adaptar, Payne (2009) designa-a como uma atitude profissional baseada no *gerencialismo*, pois é a que melhor combina com as instituições sociais cada vez mais preocupadas com a avaliação de resultados. Para Dominelli (2004), o *“gerencialismo é entendido como a crescente supremacia dos princípios da gestão aos campos da intervenção profissional”*, isto é, a reestruturação dos serviços, com orientação para o mercado (2004, p. 14).

Num enquadramento analítico da relação entre teoria e prática, Payne (2002) evidencia três argumentos: o argumento pragmático – no qual considera a existência de um conjunto de teorias importadas de vários contextos sociais, em que, a dificuldade da sua aplicação à prática advém do carácter generalista de algumas delas e também à grande competição existente entre elas; o argumento positivista – em que o autor defende que algumas teorias não são suficientemente rigorosas e não se constituem como verdadeiras teorias dado que descrevem e levantam hipóteses, mas o seu poder explicativo não se sustenta em referências empíricas; e o argumento eclético – no qual o autor defende que é possível usar diferentes teorias de forma combinada, permitindo

assim aos utentes beneficiarem de todo o conhecimento existente dado que as teorias trabalham em vários níveis. Desta observação decorrem três perspetivas diferentes que atravessam o Serviço Social e que na prática se cruzam: a perspetiva Terapêutico – Reflexiva, Individualista – Reformista e a Socialista – Coletivista. A perspetiva Terapêutico – Reflexiva considera que o Serviço Social visa potenciar os indivíduos, o seu desenvolvimento pessoal e humano e trabalhar as estruturas sociais para facilitar o desenvolvimento. A perspetiva Individualista – Reformista atribui ao Serviço Social um papel de ajudar os indivíduos a ajustar-se ou adaptar-se à sua realidade atual, centrando a causa dos problemas no indivíduo e o Assistente Social na ajuda para encontrar formas de os resolver. Na perspetiva Socialista – Coletivista a prática profissional passa por uma ação de correção das injustiças e da capacitação dos indivíduos para transformarem o sistema instituído. Esta perspetivas, segundo o autor refletem o papel do Serviço Social na sua criação, manutenção e transformação e defende a importância de se alcançar uma articulação entre estas três conceções no Serviço Social atual (Payne, 2002, pp. 21-22).

Amaro (2012) aponta a existência de uma tensão entre uma visão científica e uma visão humanística do Serviço Social no que diz respeito à identidade profissional dos Assistentes Sociais. A visão científica está na origem do perfil profissional chamado científico-burocrático, defende a ideia de uma ação organizada e cientificamente dirigida sobre o homem e a sociedade que permite transformar melhor os alvos de intervenção. É defendido um estudo sistemático extensível da realidade social para encontrar soluções para os problemas que possam ser aplicadas, com sucesso, a todas as situações de natureza semelhante, ou seja, o conhecimento científico desenvolve-se através dos dados que recolhe da realidade e tece orientações normativas e procedimentos para a prática. Como figura central desta conceção está o Técnico Superior de Serviço Social. A tendência deste perfil científico-burocrático é transformar a prática num exercício tecnocrático, com procedimentos previamente definidos e testados, cujo objetivo principal é a demonstração de desempenhos competentes. Esta ideia traduz-se na operacionalização de processos técnicos e na sua introdução no quotidiano profissional, considerando-se que estes têm capacidade para resolver questões de ordem deontológicas que se colocam aos profissionais. Em oposição, a visão humanista, apresenta-se como uma corrente crítica à prática profissional centrada no perfil científico-burocrático, defendendo um outro perfil denominado científico-humanista, cuja figura central é o Assistente Social. Neste perfil, o profissional tem uma

postura reflexiva e crítica, somente após uma análise detalhada é que recorre aos procedimentos e ferramentas, apenas se e no que for necessário e de forma não padronizada (Amaro, 2012, p. 126).

Na perspectiva preconizada pelo perfil científico-burocrático está implícita uma separação entre a teoria e a prática, isto é, entre os que se dedicam à produção de conhecimentos e os que se dedicam à sua aplicação. Por seu lado, a perspectiva científico-humanista encara a teoria como estando necessariamente envolvida com a prática, retirando dela pistas reflexivas e remetendo para ela decifrações de interpretação do real (Amaro 2012, p. 130).

Este contexto remete-nos para a reflexão em torno da teoria e da prática. Juncá (2012) propõe o desenvolvimento de reflexões sobre algumas questões referentes ao quotidiano profissional do Serviço Social cruzando as dimensões do saber e do fazer por meio de um diálogo permanente. Segundo esta autora é importante desconstruir a ideia defendida por alguns profissionais que a teoria é uma coisa e a prática é outra, ou a existência de uma divisão entre os profissionais como uns sendo produtores e outros consumidores de pensamentos, ou seja, “*uns pensam e outros agem*” (Juncá, 2012, p. 181).

Importa reafirmar a importância da unidade teoria - prática. Para Almeida (2006) a teoria deve ser entendida como um instrumento norteador da prática e a prática como uma fonte de novos conhecimentos, ou seja, a teoria e a prática estão indubitavelmente ligadas.

1.2.1. Serviço Social na Área do Envelhecimento

O envelhecimento é um fenómeno que tem ganho notoriedade desde o início do século XX, fruto das mudanças na sociedade quer ao nível sócio demográfico, quer ao nível da melhoria na qualidade de vida das populações. Este facto resulta, entre muitos outros fatores, dos avanços tecnológicos e dos progressos da medicina que se refletiram na longevidade das populações, que aliado à diminuição das taxas de fecundidade e diminuição das taxas de mortalidade, provoca um aumento progressivo da população idosa. Segundo Fontaine (2000, p. 12) o envelhecimento diz respeito a todos nós, pois aproximamo-nos a cada dia que passa. De acordo com o autor, este é um fenómeno que pode ser apreendido a diversos níveis. A nível biológico porque os estigmas da velhice, se traduzem com a idade por um aumento das doenças, por modificações no aspeto e na forma de deslocação, e ainda pelas rugas que vão surgindo na pele; a nível social com a

mudança de estatuto provocada pela passagem à reforma; e a nível psicológico com as modificações das atividades intelectuais e das motivações. O conjunto destas transformações constitui o objeto de estudo da gerontologia, isto é, as modificações morfológicas, fisiológicas e sociais consecutivas à ação do tempo no organismo, independentemente de qualquer fenómeno patológico. Comumente esta disciplina é confundida com a geriatria. No entanto, não há nenhuma dúvida da diferença entre ambas as disciplinas, pois o objeto de estudo da geriatria são as enfermidades que ocorrem na velhice, ou seja, esta disciplina estuda os meios para lutar contra os efeitos do envelhecimento procurando intervir terapêuticamente (Fontaine 2000, p.11).

Assim, com o aumento da população idosa tornou-se necessário encontrar respostas sociais que permitissem solucionar ou minimizar os problemas inerentes a esta situação, tais como, a solidão, os cuidados de saúde, a exclusão, a pobreza, etc., proporcionando assim uma melhor qualidade de vida a esta população. Segundo Carvalho (1989) alistar as causas do envelhecimento não significa encontrar as soluções das mesmas, mas perceber o que se passa a nível celular tem um valor científico inegável, porque permite agir numa perspetiva de prevenção com o objetivo de manter o mais tempo possível a “*Homeostasia Celular*” para se atingir um envelhecimento saudável (1989, p. 214).

A longevidade alcançada, nem sempre é sinónimo de uma situação de bem-estar e grau de autonomia que possibilite aos idosos a satisfação das suas necessidades elementares, sem apoio significativo. Quando se encontram nesta situação, os idosos ou os seus familiares, procuram apoio socorrendo-se da diversidade de respostas sociais existentes (Lima, 2010). Qualquer resposta social deve ser desenvolvida numa perspetiva do reconhecimento do direito dos idosos à plena cidadania, à igualdade de oportunidades, à participação no processo de desenvolvimento económico, social e cultural, bem como, o acesso aos cuidados necessários ao bem-estar e à qualidade de vida. Assim, a perspetiva de dinamização das respostas sociais para idosos tem adquirido particular destaque, tendo a Comissão Europeia lançado a proposta do envelhecimento ativo, compreendendo principalmente a otimização das condições de saúde, participação e segurança (Lima 2010). A ideia de envelhecimento ativo e saudável tem subjacente a possibilidade de aumentar a qualidade de vida de todas as pessoas que estão a envelhecer, inclusive as que são mais frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (WHO, 2002, p. 12). Neste sentido, é importante ajustar as respostas sociais à nova realidade com que nos confrontamos, diferenciando as respostas de acordo com as condições particulares dos seus destinatários e com as

circunstâncias próprias dos distintos territórios, no respeito pela equidade na distribuição dos recursos contratualizando as soluções assegurando que todos os intervenientes, cidadãos, famílias, instituições públicas e privadas são mobilizados e assumam compromissos nas intervenções de que sejam parte e também desenvolvendo as capacidades das pessoas, das famílias, dos grupos e dos territórios. O intuito é garantir aos cidadãos o acesso crescente a serviços de qualidade, cada vez mais adequados à satisfação das suas necessidades, sendo este um novo desafio que merecerá todo o empenho e dedicação da parte de todos os intervenientes (Segurança Social, 2007).

Portugal, tal como outros países europeus, tem vindo a suportar um importante processo de transformações de diversos níveis, não só a nível demográfico (o fenómeno do envelhecimento demográfico), conforme acima mencionado, mas também a nível político-económico (a conhecida crise financeira do Estado Português) e a nível social (as dificuldades do Estado Social em dar resposta à crise económica que agudiza as dificuldades ao enfrentamento do crescimento da pobreza). Repare-se que todos estes níveis se entrecruzam entre si. Com efeito, as mudanças profundas operadas depois dos fins dos anos 70 do século XX, segundo Carreira & Dâmaso (2009), provocaram a crise do chamado modelo social europeu. Atualmente, o autor admite que sem um impulso muito forte dado ao crescimento económico, possamos vir a ter uma sociedade justa e equilibrada (2009, p. 61). As ameaças à sobrevivência do Estado Social são cada vez mais evidentes, nomeadamente, a decadência da economia portuguesa quase ininterrupta, desde os anos 80, também a reduzida taxa de natalidade associado ao acentuado envelhecimento demográfico, o esvaziamento de poderes de intervenção económica por parte do Estado, estando estes quase totalmente na responsabilidade das instituições europeias, por outro lado, o elevado número de beneficiários de prestações públicas e a carga fiscal insustentável face ao nível de riqueza *per capita*. Daí que o enfrentamento, com bons resultados a prazo do fenómeno da pobreza, preveja no mínimo a criação de uma economia mais próspera (Carreira & Dâmaso 2009, p. 62).

Atualmente, compreende-se que embora a família ainda tenha um papel importante no cuidar dos idosos, as transformações *societais* sofridas ao longo do tempo levaram ao enfraquecimento do seu papel. Anteriormente, as gerações mais velhas viviam com a família, integradas num sistema social e económico produtivo, praticamente até à morte, assumindo a mulher o papel de cuidadora, quer dos sogros, quer dos pais. Nos dias de hoje, a presença da mulher no mercado de trabalho, aliada à redução da taxa de

nascimentos, reduz as famílias e a disponibilidade dos cuidadores familiares. De acordo com Lima (2010) a nova tipologia de famílias (mães/pais solteiros, casais divorciados ou sem filhos, etc.), tornam mais difíceis as oportunidades de o envelhecimento decorrer no ambiente familiar seguro. Consequentemente surge a institucionalização, sobretudo das pessoas mais velhas e mais dependentes. No entanto, esta experiência pode ter influências negativas, na medida em que, há uma rutura quer do ponto de vista social, quer com o espaço físico ao qual o idoso estava habituado (Ballestros, 2009). Assim, tendo em consideração Oliveira (2010) é importante ajudar o idoso a adaptar-se à sua nova situação, pois o seu sucesso ou insucesso depende da sua própria capacidade de adaptação. Esta adaptação passa por um modo de vida socialmente desejável para os idosos, pela manutenção e sentimento de satisfação com as suas atividades e com a vida em geral. Tudo isto pressupõe manter o idoso ativo a todos os níveis, levando-o a um contínuo investimento em si próprio. Porém, cada caso deve ser ponderado individualmente, porque para uns a felicidade ou a satisfação de vida pode estar mais na ação ou nos fatores socioeconómicos e contextuais, para outros reside essencialmente em aspetos pessoais (2010, p 92). Segundo este autor, a institucionalização depende não só da capacidade de adaptação do idoso mas também do apoio familiar e da qualidade da instituição em causa. Isto é, nalguns lares poderá exercer-se a “*despersonalização*”, noutros haverá um atendimento personalizado e variado onde o idoso mantém a sua autonomia e independência de acordo com o que é possível, sendo ajudado pelos colaboradores e Equipa Técnica a aceitar progressivamente algumas dependências. Em suma, as condições em que o idoso vive e onde vive, podem ser muito diversas e assumidas diferentemente (Oliveira, 2010, p. 92).

É de acordo com esta perspetiva que a Segurança Social cria o Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais, que inclui vários processos-chave, dos quais de se destaca o PI, a ser implementado na resposta social ERPI, conforme adiante explanado, no ponto 3.2 do capítulo III.

Assim, dado o aumento da população cada vez mais idosa e eventualmente mais dependente, de acordo com o acima mencionado, esta resposta social verifica uma crescente procura, pois “*o envelhecimento mundial é considerado por muitos como um grande desafio para a política global do século XX. Uma “bomba relógio” social e económica, no contexto da segurança social e dos serviços de saúde*” (Firmino, Falcão & Rodrigues, 2006, p. 157).

Com efeito, a resposta social ERPI é desenvolvida em equipamento destinado a

alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, que proporciona serviços permanentes às pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia. Os seus objetivos são proporcionar habitação de forma a garantir ao idoso uma vida confortável, respeitando tanto quanto possível a sua independência, assegurar a prestação de cuidados adequados à satisfação das necessidades, acolher as pessoas idosas, ou outras, cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde não lhes permita permanecer no seu meio habitual de vida, proporcionar alojamento temporário, como forma de apoio à família, criar condições que permitam preservar e incentivar a relação inter-familiar, encaminhar e acompanhar as pessoas idosas para soluções adequadas à sua situação (Despacho-Normativo nº 12/98, de 25 de Fevereiro).

Neste enquadramento, os Assistentes Sociais podem desenvolver a sua atividade profissional, quer em instituições lucrativas, quer em instituições não lucrativas, nas quais trabalham com parâmetros legislativos definidos de forma rigorosa relativamente à prestação de serviços e são responsabilizados pela sua atuação em sistemas de gestão burocráticos e perante o público em geral. Além disso, deparam-se com as exigências feitas pelos idosos que abrangem toda a espécie de necessidades, conforme anteriormente referido, desde psicológicas, físicas, financeiras e sociais, pelo que os serviços prestados devem efetivamente *“ser baseados em respostas sensíveis aos indivíduos e às suas necessidades únicas, adaptando-os de acordo com as suas especificidades tendo em consideração a sua etnicidade, raça, sexo, incapacidade, idade, religião, cultura e condição socioeconómica”* (Dominelli, 2013, p. 79). A diversidade e complexidade destes contextos sociais implicam novas exigências aos profissionais de Serviço Social apelando a uma intervenção técnica cada vez mais qualificada e de carácter personalizado, nomeadamente, no sentido da valorização humana. O Serviço Social firma-se em ideais humanitários e democráticos, centrados na satisfação das necessidades humanas e no desenvolvimento do potencial e recursos humanos. De acordo com o Alto Comissariado das Nações Unidas (2004) o Serviço Social é uma profissão que visa provocar mudanças sociais, tanto na sociedade em geral como nas suas formas individuais de desenvolvimento. Neste sentido, os profissionais de Serviço Social participam no planeamento, orçamentação, execução, avaliação e alteração das políticas e Serviços Sociais de carácter preventivo, destinados a diferentes grupos e comunidades. Além disso, intervêm em vários sectores funcionais, utilizando diversas abordagens metodológicas, trabalhando no âmbito de um quadro

organizacional amplo e prestando Serviços Sociais a diversos sectores da população a nível micro (indivíduo e da família), a nível meso (comunidade) e a nível macro (sociedade nacional e internacional).¹ É nesta complexidade de desafios que o Assistente Social trabalha, pelo que seguidamente se procede à descrição das suas atribuições na instituição onde foi desenvolvido o presente estudo.

1.3. O Serviço Social na Instituição

Na instituição onde decorreu o estágio o Assistente Social desempenha a função de Diretor Técnico e Coordenador de Equipa. De acordo com os objetivos gerais desta função destaca-se a gestão eficaz das respostas sociais a cargo, de forma a garantir a sua sustentabilidade e a atuação de forma estratégica no combate às problemáticas sociais dentro do campo de atuação da instituição, de forma a valorizar a sua missão.

Neste seguimento, de acordo com documento interno, cabe ao Diretor Técnico:

1. Garantir uma boa prestação de cuidados aos utentes e a gestão das respostas sociais a cargo de forma eficaz e eficiente, o que inclui: estudar e definir normas gerais e regras de atuação do Serviço Social da instituição, informar por meio de relatórios e informações técnicas a Mesa Administrativa sobre o funcionamento das respostas sociais, orientar, dirigir e fiscalizar as atividades segundo o plano estabelecido, normas e regulamentos prescritos pela Mesa Administrativa, planear e estabelecer a utilização mais conveniente de recursos humanos, equipamentos, materiais e instalações, elaborar encomendas ao aprovisionamento de bens de consumo diário, materiais e equipamentos necessários de média e longa durabilidade, promover reuniões técnicas com os diretores do pelouro para apresentação e levantamento de necessidades em recursos materiais e humanos e apresentação e discussão de situações várias que poderão comprometer o normal desenvolvimento da prestação de serviços.

2. Gerir os recursos humanos afetos às respostas sociais para idosos, o que implica: zelar pela disciplina e cumprimento das normas de trabalho nas suas respostas, promover reuniões com colaboradores para discussão de questões relacionadas com a eficácia e eficiência, gestão do tempo e gestão de conflitos, efetuar a avaliação de desempenho dos colaboradores a cargo, entregar no departamento de recursos humanos o levantamento de diferenças de vencimento, realizar horários/escalas de serviço e

¹ FIAS, Definition of Social Work Profession (1982) cit in. Direitos Humanos e Serviço Social: Manual para Escolas e profissionais de Serviço Social (2004).ONU. Tradução do inglês por Raquel Tavares, Lisboa. ISSSL:6.

mapas de férias (em colaboração com a encarregada), realizar entrevistas de seleção de recursos humanos para as respostas sociais para idosos, realizar o acolhimento de novos colaboradores, realizar a gestão da formação para os seus colaboradores, resolver situações pontuais de constrangimento ao serviço.

3. Atendimento ao público-alvo, que consiste em: atendimento, despiste e encaminhamento para outras respostas /serviços da comunidade e inscrições para as várias valências.

4. Seleção de futuras admissões de utentes para as respostas sociais de idosos, isto é, proceder à análise de processos, de acordo com os critérios estabelecidos, visitas domiciliárias (SAD/ CD) com vista a aferição da necessidade manifestada e da capacidade de resposta da instituição, entrevista com interessados, divulgação do regulamento interno, elaboração de parecer técnico para aprovação dos responsáveis do pelouro e da Mesa Administrativa em reunião de direção, assinatura de contrato de prestação de serviços com utentes e seus responsáveis e envio para secretaria, para inserção dos dados no programa informático com vista ao processamento de mensalidades.

5. Atendimento de utentes e suas famílias, que consiste em: estudar a melhor solução com os indivíduos e famílias em processo de desajustamento social, fomentando uma readaptação social positiva a novas realidades, receber reclamações, gerir de forma a minimizar o impacto negativo para a instituição e receber sugestões positivas para melhorar o funcionamento geral.

6. Gerir processos de RSI, ao abrigo de protocolo estabelecido com a Segurança Social que implica: reuniões quinzenais sob a coordenação de Técnico Superior da Segurança Social para apresentação e discussão de casos/processos e sua validação, visitas domiciliárias para averiguação de informações constantes do processo, elaboração de relatório social para confirmação ou não da informação constante do requerimento, acompanhamento do processo do beneficiário com assinatura do contrato de inserção e controlo do seu cumprimento, elaboração de informações sociais à Segurança Social sempre que verificada alguma alteração que implique irregularidade do valor da prestação, ou falsas declarações e renovação do processo a cada 12 meses com a elaboração de relatório de avaliação.

7. Gerir processos da cantina social, isto é, averiguar a necessidade da refeição, elaborar processo social com documentos de identificação do agregado familiar, preenchimento de mapa mensal para envio à Segurança Social com a caracterização do

tipo de família e número de refeições contabilizadas, envio de mapa para os serviços de contabilidade a fim de ser emitida fatura.

8. Responsável pelo Banco Alimentar/ FEAC – Vertente Mediadora/Apoio à Comunidade, o que implica: preenchimento de questionário de manifestação de interesse em participar na medida de apoio alimentar a carenciados, proceder à triagem de casos de famílias carenciadas para beneficiários do Banco Alimentar, seleção de utentes internos considerados carenciados em todas as valências com Acordo Típico-Vertente beneficiária, entrevista e recolha de informação para aferição da real necessidade de carência, elaboração e organização de processos após execução de mapa quantitativo de despesas e receitas do conjunto do agregado familiar aferindo situação de carência, introdução de dados de identificação dos vários beneficiários na plataforma para aprovação pela Segurança Social e colocar lista para aprovação pelos serviços centrais da Segurança Social, angariar voluntários para participar na recolha de géneros junto de supermercados, agilizar meio de transporte para recolha de géneros, preenchimento de credenciais por cada família e proceder à sua entrega após convocatória e remeter à Segurança Social cópia de todas as credenciais devidamente assinadas e relatórios de sobras e ou perdas de produtos.

9. Controlo de receitas/medicamentos a consumir pelos utentes, ou seja, confronto entre o solicitado pela equipa de enfermagem e a prescrição efetuada pelo médico, controlo das quantidades solicitadas e a toma diária, envio das receitas para a farmácia, encomenda de receitas e vinhetas através de plataforma/ Administração Regional de Saúde (ARS).

10. Gerir a lavandaria de forma adequada e atempada a fim de responder às solicitações dos vários serviços, consiste em: elaborar escalas de serviço de forma a assegurar um desempenho com eficácia e eficiência (em colaboração com encarregada do setor), elaborar mapa de férias e supervisionar o serviço, responder a reclamações e introduzir ações de melhoria.

11. Remeter mensalmente mapas estatísticos de frequência à Segurança Social, isto é, atualizar frequências de utentes e proceder ao seu envio para a Segurança Social.

12. Organização e instrução de processo para que a instituição possa usufruir da comparticipação adicional, o que implica: sinalizar as situações de utentes com grande dependência e solicitar ao médico da instituição que emita informação médica e solicitar junta médica para verificação da incapacidade.

13. Gerir os processos individuais dos utentes, isto é, elaboração do plano de

acolhimento inicial, elaboração do plano individual de cuidados, realizar o relatório do plano de acolhimento inicial, elaborar a ficha de avaliação diagnóstica e avaliação social, elaboração do plano individual e articulação com a equipa (enfermagem, animação, psicologia, encarregado e auxiliares) para elaboração da ficha de avaliação diagnóstica, plano individual e monitorização/avaliação de resultados.

14. Responder atempadamente às solicitações de várias entidades, Instituto Nacional de Estatística (INE), Inspeção Geral de Finanças (IGF), Departamento de Planeamento e Gestão Estratégica, UMP, Carta Social Nacional, entre outras, para estudos estatísticos que se traduz no levantamento e análise de dados para preenchimento de várias grelhas e questionários.

15. Zelar pelo cumprimento do plano de atividades socioculturais junto dos utentes, isto é, reunir com animadores socioculturais, colaborar e validar o plano de atividades trimestral, apresentar em reunião de responsáveis pelo pelouro para enviar para a reunião da Mesa Administrativa para a aprovação.

Perante esta realidade, de acordo com as atribuições supra mencionadas, fica evidenciado a participação ativa do Assistente Social no processo de gestão da qualidade, bem como, na implementação do PI, que se encontra explanado adiante no ponto 3.2 do capítulo III. De seguida irão ser descritas as atividades realizadas no âmbito do estágio.

1.3.1. *Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular*

Durante o período de estágio, numa fase de integração, a estagiária pôde proceder à leitura e análise da legislação, circulares, orientações técnicas e outros documentos internos, em que, se enquadra a Santa Casa da Misericórdia. Além disso, também procedeu à leitura do regulamento interno da instituição com o objetivo de se familiarizar com a missão, os valores, a visão e a estratégia desta instituição, bem como, a sua cultura ética, dimensão dos recursos humanos, direitos, princípios e valores do cuidar, tais como: a dignidade, o respeito, a individualidade, a autonomia, a capacidade de escolha, a privacidade e intimidade, a igualdade, a confidencialidade e a participação.

Numa fase posterior e de acordo com o que são as atribuições da Diretora Técnica, conforme acima referido, a estagiária teve oportunidade de participar enquanto observadora nas atividades desenvolvidas pela mesma, nomeadamente: na promoção de reuniões com colaboradores para discussão de questões relacionadas com a eficácia e eficiência, gestão de tempo e de conflitos, na avaliação de desempenho dos

colaboradores a cargo, na realização de horários /escalas de serviço e mapas de férias, na realização de entrevistas de seleção de recursos humanos para as respostas sociais para idosos, no acolhimento de novos colaboradores e na resolução de situações pontuais de constrangimento ao serviço.

Foi possível também de forma autónoma proceder à elaboração de planos individuais, o que implicou o uso de instrumentos característicos do trabalho em Serviço Social, tais como, a aplicação do Índice de Barthel, através do qual se efetua a avaliação das atividades básicas da vida diária e o grau de independência do individuo face a estas atividades. Outro instrumento usado foi a Apgar Familiar que permite avaliar o tipo de família na qual o individuo se insere, isto é, se é uma família altamente funcional, se é uma família com moderada disfunção ou se é uma família com disfunção acentuada. Além disso, elaborou do plano de acolhimento inicial, o plano individual de cuidados, o relatório do acolhimento inicial, a elaboração da ficha de avaliação diagnóstica (avaliação social) e a elaboração de outros documentos constantes obrigatoriamente do processo individual (cf. Anexo I). Participou ativamente nas reuniões e articulou com a equipa para elaboração da ficha de avaliação diagnóstica. É de salientar que a construção do PI proporcionou um contato direto com os idosos, bem como, com algumas famílias. Esta ação permitiu a obtenção e a análise de todo o processo que envolve o PI, fundamentalmente para o aprofundamento do estudo da problemática da pesquisa em curso.

PARTE II

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

2. Contextualização e Conceito de Qualidade

2.1. Conceito de Qualidade

Qualquer que seja a definição de Qualidade adotada tem que ser sempre enquadrada no segmento de mercado em que o produto/serviço se insere, dada a multiplicidade de dimensões às quais pode ser aplicada. Em linguagem comum, todas as pessoas têm uma percepção da qualidade dos produtos/serviços que adquirem sendo a favor de uma boa qualidade em detrimento de uma má qualidade, esperando, por norma, uma relação favorável entre o dinheiro despendido e o valor do produto/serviço recebido. De acordo com Pires (2012) podemos encontrar como sinónimos de qualidade “*excelente*”, “*extraordinário*” ou “*muito bom*”, enfatizando a subjetividade da percepção da qualidade e a dificuldade de encontrar uma unidade de medida que permita comparar produtos ou pessoas entre si, sendo que, do ponto de vista do controlo, da garantia e da gestão da qualidade é necessário que a qualidade seja objetivada e quantificada de forma a ser monitorizada e/ou mensurada. Para este autor, de forma a simplificar o conceito devem ser consideradas quatro grandes vertentes da qualidade, nomeadamente, a qualidade da conceção, na qual se pretende que as necessidades e expectativas dos clientes se envolvam no projeto, a qualidade do fabrico ou prestação de serviço que corresponde à medida que o produto/serviço esteja de acordo com as especificações, sendo que qualquer desvio implica uma redução da qualidade, a qualidade na utilização, que diz respeito à capacidade do produto ou serviço satisfazer, com sucesso, o que o consumidor espera dele durante a sua utilização, refletindo a adequação ao uso e a qualidade relacional que se concretiza na medida da eficácia dos contatos com os clientes (internos e externos) (Pires, 2012, p. 36).

Definir qualidade é algo complexo e multifacetado que abarca diversas perspetivas, assim esta definição terá de partir de conceitos básicos e depois ser adaptada a cada caso concreto, tais como, ao setor de atividade, ao produto, à área, etc.

Para Bordalo & Cruz (2010) é pelo facto de vivermos num mundo globalizado, em que, o objetivo é uniformizar o mais possível os procedimentos entre os países que o conceito de qualidade tem sido alvo de estudo nas últimas décadas.

Algumas abordagens à qualidade são consequência dos resultados obtidos pelos seus autores. São diversos os autores que apresentam diferentes perspectivas no âmbito da qualidade.

De acordo com António & Teixeira (2009), Shewhart terá sido o responsável pelo nascimento da gestão e controlo da qualidade. Em 1931 publicou a obra “Controlo Económico da Qualidade do Produto” na qual descreveu o ciclo PDCA – Plan, Do, Check and Act, que posteriormente foi desenvolvido por Deming sendo denominado como o ciclo de Deming (Deming, 1994). Segundo os autores supracitados, Shewhart é o único autor da qualidade que se pode considerar como um dos criadores de uma nova forma de encarar a gestão das organizações, o paradigma da gestão da qualidade.

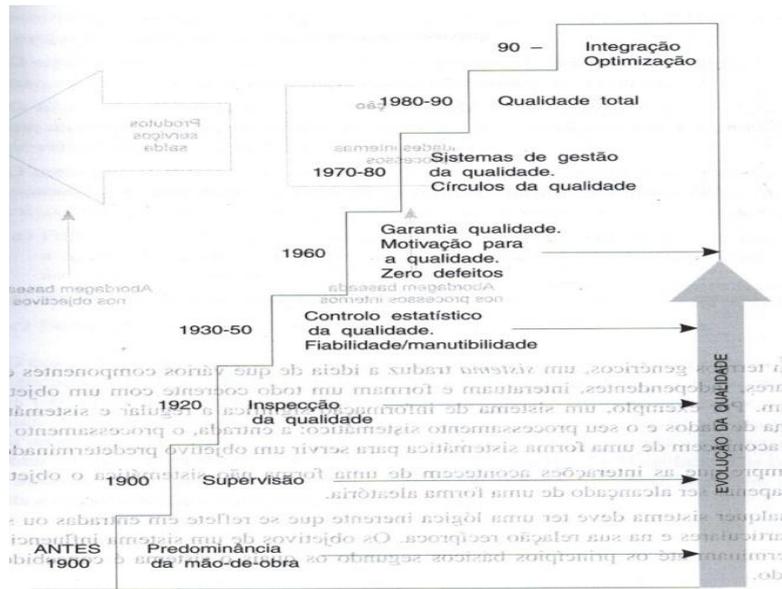
Eduards Deming, atualmente é considerado o autor mais importante da gestão da qualidade e mencionado como o fundador da terceira vaga da revolução industrial (Brocka & Brocka, 1992), tendo sido ele a dar o maior contributo para a reconstrução Japonesa no pós-guerra. Deming (1994) pôs em causa a abordagem tradicional da qualidade, a qual é tida como um elemento que acrescenta custos, afetando negativamente a produtividade e propõe outra abordagem, em que, o ponto de partida para a qualidade se foca nas necessidades dos consumidores (Deming, 1994). Sublinha deste modo a importância do planeamento, da melhoria continua, da formação e motivação dos trabalhadores.

Para Juran (1974) “*o principal objetivo da gestão é alcançar o melhor desempenho para a organização e não o de manter o nível atual*” (cit in. Pires, 2012, p. 46), defende ainda que 85% das falhas de uma organização são falhas dos sistemas controlados pela gestão, portanto apenas a gestão pode ser responsável pela melhoria do desempenho da organização.

Crosby (1979) baseia um dos seus pensamentos essenciais na afirmação de que “*quando discutimos a qualidade estamos a tratar com problemas de pessoas*” (cit in. Pires, 2012, p. 47), a sua análise centra-se na estrutura da organização onde se pretende desenvolver um programa da qualidade e não, ao contrário dos outros autores, técnicas específicas para as obter.

A evolução da qualidade foi um processo gradativo ao longo do século XX, nos diferentes países e nos diferentes setores de atividade (Gráfico 1). À medida que os processos se tornam mais complexos, os consumidores mais exigentes e a competitividade maior a garantia da qualidade tem vindo progressivamente a intensificar-se e a diversificar-se.

Gráfico 1: Evolução Histórica da Qualidade



Fonte: Pires (2012, p.53)

No que diz respeito a técnicas e ferramentas utilizadas, áreas da empresa e domínios profissionais envolvidos e princípios orientadores, podemos apontar três fases distintas, nomeadamente: a inspeção – nesta fase, no início do século XX, a ênfase da qualidade assentava na inspeção do produto acabado, evitando assim, a entrega de produtos não conforme ao cliente. Este sistema baseava-se apenas na identificação de produtos com defeito, não existindo preocupações com a investigação das causas desses defeitos, nem em atuar sobre as mesmas, o controlo de qualidade – na década de 30 começou a perceber-se que a inspeção da qualidade era uma prática insuficiente e dispendiosa, assim o controlo da qualidade passou a centrar-se na aplicação da estatística, ou seja, o controlo estatístico do processo emerge como uma das ferramentas mais importantes para a área da qualidade e a garantia da qualidade – centra-se na implementação de um sistema que assegure que o fabrico e entrega de produtos vão de encontro às especificações combinadas com os clientes (Deming, 1994). Nesta fase privilegiou-se a diferenciação do produto/serviço pela qualidade, isto é, passou-se de uma estratégia quantitativa para uma estratégia qualitativa.

O acompanhamento da qualidade do produto/serviço inicia-se com o contrato e permanece até à sua utilização, o que implica uma gestão completa do ciclo de vida exigindo que cada função da empresa contribua para o objetivo global da qualidade. Em Portugal esta fase adquire expressão partir da década de 70 atingindo maior visibilidade

por volta dos anos 90 com a divulgação da certificação de SGQ pela Qualidade Total, sendo esta caracterizada pela procura sistemática da melhoria contínua, ou seja, a finalidade deste programa consubstancia-se na criação de uma cultura de empresa que permita fornecer produtos e serviços que satisfaçam as necessidades e expectativas dos clientes mas também dos “stakeholders”, tendo sempre presente a perspectiva da excelência organizacional da empresa, no sentido da procura contínua do estado ótimo de eficiência e eficácia na ação de todos os elementos que constituem a empresa (Pires, 2012). Sintetizando, caracteriza-se por uma visão horizontal de funções e de departamentos envolvendo todos os trabalhadores (do topo à base) abrangendo todas as partes interessadas, por uma abordagem global ao sistema, fazendo parte integrante da estratégia da empresa, tem como objetivo obter a máxima satisfação do consumidor e por isso o seu foco centra-se nas pessoas e como chave do sucesso organizacional procura a aprendizagem e adaptação contínua à mudança (Cabral, 2002). É neste contexto de exigência de qualidade desenvolvida nos diversos setores da atividade empresarial que as organizações das áreas sociais, nomeadamente as instituições para idosos, vêm a necessidade de alterarem os seus critérios de qualidade, baseando-se nas necessidades e expectativas dos seus clientes, mas também com o objetivo de atingir critérios de funcionalidade, qualidade, eficiência e eficácia, mais elevados (Pires, 2012). Conforme já assinalado, o Assistente Social, Diretor Técnico da instituição acolhedora do estágio, tem uma participação ativa neste processo de gestão da instituição que se encontra no processo implementação o SGQ, com vista à certificação da qualidade, podendo tornar-se uma instituição de excelência se cumprir com os critérios que serão explanados seguidamente.

2.2. O Modelo de Excelência da - European Foundation for Quality Management (EFQM)

A EFQM é uma Fundação Europeia sem fins lucrativos que surgiu em 1988 em Bruxelas, com o apoio da Comissão Europeia. O seu objetivo centra-se na promoção de um quadro metodológico para a avaliação da melhoria da qualidade. Desenvolveu uma abordagem de avaliação denominada “modelo de excelência” cujo conceito consiste em avaliar a qualidade de acordo com nove critérios chave, designadamente, 1- liderança, 2- política e estratégia, 3- gestão de pessoas, 4 – parcerias, 5 – recursos e processos, 6 - satisfação do consumidor, 7 – satisfação das pessoas, 8 – impacto na sociedade e 9 - resultados do negócio. Estes critérios são agrupados em duas categorias: fatores - que

corresponde aos 5 primeiros critérios e os resultados, que corresponde aos 4 últimos, para poder quantificar o nível de qualidade atingido e posicionar-se em relação às outras empresas.

Em 2001, lançou os níveis de excelência da EFQM, que consistem num esquema de reconhecimento com normas europeias aplicáveis às organizações ou unidades organizacionais independentemente da sua dimensão, setor ou maturidade. Estes níveis são três: 1 - o prémio Europeu da Qualidade – é atribuído ao exponente mais bem-sucedido das organizações que adotam a gestão da qualidade total e que atingem padrões de qualidade de classe mundial nos últimos cinco anos; 2 – o reconhecimento pela excelência – consubstancia-se no reconhecimento às organizações que aspiram tornar-se as melhores na sua área e cuja pontuação é igual ou superior a 400 pontos; e 3 – o empenhamento na excelência a este nível, o qual foi concebido para organizações que se encontrem no início da sua caminhada em direção à excelência (António & Teixeira, 2009). Perante este contexto, o Diretor Técnico tem grandes responsabilidades de gestão, enquanto coordenador da equipa responsável pela implementação do SGQ. Uma das características deste processo de gestão é Gestão por Processo, a seguir explicitada.

2.3. Sistema de Gestão da Qualidade – Gestão por Processo

De acordo com Pires (2012) o sistema da qualidade é o conjunto das medidas organizacionais que transmitem a segurança de que um determinado nível de qualidade está a ser alcançado ao mínimo custo. Dada a competitividade e complexidade dos fenómenos organizacionais torna-se necessário tomar decisões racionais e soluções baseadas numa abordagem sistemática, ou seja, científica, pelo que se entende sistema de qualidade como um subsistema da gestão pois imputa sistematicamente recursos e responsabilidades de forma que a organização para a qualidade se torne viável, efetiva e competitiva. Este sistema tem como principais objetivos, proporcionar uma abordagem sistemática de todas as atividades que possam afetar a qualidade, privilegiar as ações de prevenção em vez de confiar somente na inspeção e dar uma evidência objetiva de que a qualidade foi alcançada. Além disso, o sistema da qualidade é um sistema dinâmico que se adapta às alterações do meio envolvente, como por exemplo, mercado, clientes, fornecedores, tecnologia, entre outros. Relativamente à documentação e formalização do sistema da qualidade, destaca-se o documento fundamental, o Manual da Qualidade, que para além de conter a definição da política, autoridade e responsabilidade deve

também conter os procedimentos do sistema, isto é, deve incluir todos os documentos que identifiquem claramente a forma de gestão que possa interferir na qualidade do produto ou serviços finais.

O conceito de sistema requer que numa organização, a definição dos seus objetivos gerais e específicos seja clara para a globalidade da organização incluindo as suas partes constituintes. Isto significa considerar a organização como um conjunto de vários subsistemas integrados, sendo que, cada um deles tem os seus objetivos específicos claramente definidos e bem coordenados, o que permite analisar cientificamente os problemas procurando as suas causas. Esta visão sistémica aspira a obtenção de soluções otimizadas (Pires, 2012). No entanto, a complexidade das organizações, no que diz respeito aos elementos que a constituem e aos seus sistemas complexos, como por exemplo, a gestão de recursos humanos, permite identificar a existência de limites a este conceito de sistema, tornando a tarefa mais complicada, pois requer por parte da organização conhecimentos, ferramentas e conceitos de diversas áreas específicas, tais como, psicologia, sociologia, economia, biologia, antropologia, entre outras (Pires, 2012).

Para Pires (2012), um processo pode ser visto como um conjunto de atividades executadas por uma ou diversas áreas funcionais de uma empresa ou organização, que se relacionam entre si e onde existe uma entrada e uma saída claramente definidas. Delas depende individualmente, ou no seu conjunto, a obtenção de resultados quantificáveis (quantidades, prazos, tempos de execução, entre outras) que devem representar valor acrescentado para os clientes da empresa ou para a organização.

Relativamente às características dos processos, estes devem ser definidos pela gestão de topo, devem ser interfuncionais por natureza e devem ter associado um conjunto de objetivos e respetivos indicadores, o que implica, no âmbito do sistema de gestão da qualidade, a identificação e caracterização do processo, a atribuição de responsabilidades pela gestão/coordenação, a avaliação da sua eficácia e a melhoria de desempenhos dos processos. Em suma, trata-se de um novo estilo de gestão na qual os processos têm que estar integrados na estratégia das organizações, os gestores têm de aprender a trabalhar em equipa e fomentar a mesma cultura em toda a organização (Pires, 2012). Na instituição onde decorreu o presente estudo, a Equipa Técnica, multidisciplinar, é composta por profissionais da área da psicologia, da enfermagem, da animação e do Serviço Social, sendo que o responsável pela implementação do SGQ e

coordenação da equipa é Assistente Social, razão pela qual nos interessámos pela problemática em análise no presente estudo.

Conforme mencionado, a qualidade exigida pela sociedade ultrapassou a barreira do setor empresarial e industrial alargando-se ao setor social, pelo que se considera pertinente fazer uma breve explanação sobre o Terceiro Setor e o Mercado Social em Portugal.

2.4. O Sistema de Gestão da Qualidade no Setor Social (Terceiro Setor e Mercado Social em Portugal)

O Terceiro Setor, de acordo com Coutinho (2003), é o pilar de suporte da política social. Em Portugal surge por volta de 1973 fruto das preocupações sociais resultantes do abrandamento do crescimento económico, do aumento dos níveis de desemprego e do aumento dos benefícios a quem o Estado cumpre realizar as prestações devidas. Segundo Carreira (1996) somente nos anos 70 é que Portugal reúne as condições indispensáveis à adoção de políticas sociais expansionistas, o que explica o grande impulsionamento que se regista entre 1960 e 1975 e a relativa inação verificada posteriormente (1996, p. 267).

Tendo em consideração Coutinho (2003), as diligências do Terceiro Sector da economia foram surgindo numa postura pró-ativa à política social e ao processo de desenvolvimento económico, através de estratégias de ação ligadas a movimentos cooperativos, mutualistas ou de iniciativas de produção, cujo objetivo se centra na ajuda à geração de rendimento, numa ótica de luta contra a pobreza e de integração social, dos indivíduos e famílias em situação de desvantagem (Coutinho, 2003, p. 13).

Assim, o Terceiro Sector, dada a “incapacidade” do Estado, passou a dar visibilidade a novas inclinações da economia que originam uma divisão de poder entre o Estado, mercado, e organizações não-governamentais, mudando medidas de governação organizacional, estratégia e de resultados (Gordenker & Thomas, 1995, p. 415).

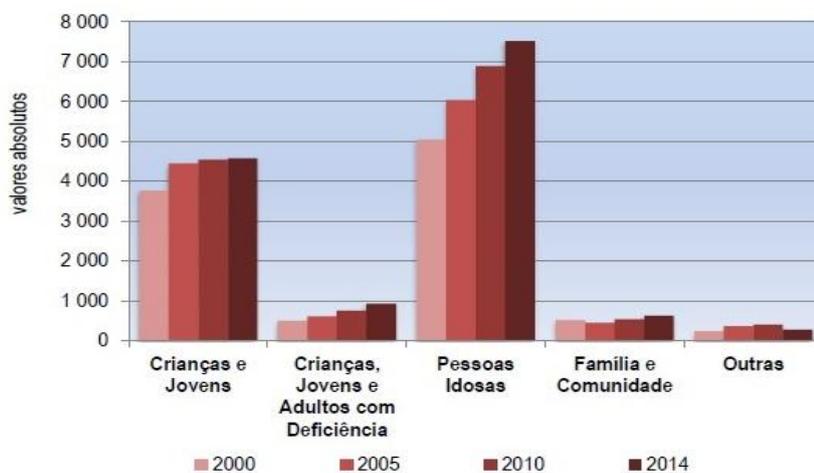
Atualmente, estas organizações do Terceiro Sector dão corpo a um conjunto de relações entre o Estado, mercado e sociedade civil. No entanto, apesar de serem assumidamente independentes, precisam da anuência e do apoio do aparelho do Estado e do próprio mercado para funcionar efetivamente e alcançar os objetivos de segurança e de expectativas a que se propõem.

De acordo com o estudo realizado pelo consórcio, constituído pelo Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano e pela Boston Consulting Group, entre setembro

de 2007 e junho de 2008, levado a cabo por um grupo de investigadores do Sheffield Institute for Studies on Ageing, do Reino Unido, cujo objetivo central era conhecer as necessidades da população com mais de 55 anos em Portugal, verifica-se que quando se faz referência a sêniores é preciso ter noção de que este não é um grupo homogêneo, mas sim diferentes grupos, tendo em conta, que há uma nova realidade a destacar, nomeadamente, o número crescente de idosos com mais de 80 anos. Este estudo também mostra que os nossos sêniores são em média pobres, que um terço dos agregados familiares com idosos são pobres e quase metade dos agregados unipessoais de idosos vivem em situação de pobreza. Por outro lado, também evidencia tendências positivas, isto é, os idosos do futuro serão mais instruídos e com acesso a maior escolaridade. Embora o seu peso demográfico seja superior ao atual, serão também idosos mais informados, com mais experiência e conseqüentemente com maior exigência de mais e melhores cuidados (Bandeira, 2009, p. 141).

No que diz respeito à oferta de serviços em Portugal, de acordo com a Carta Social (2014) as respostas sociais dirigidas a pessoas idosas apresentam um crescimento de 49%, no período em análise (Gráfico 2).

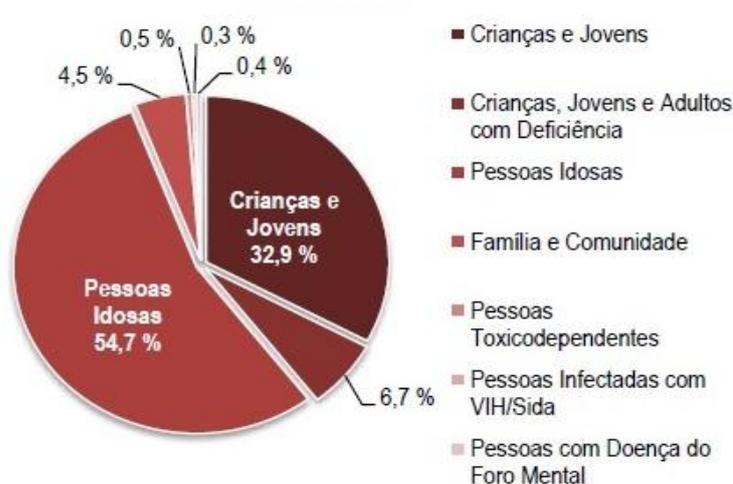
Gráfico 2: Evolução do Nº de Respostas Sociais por população-alvo, Continente 2000-2014



Fonte: Carta Social, 2014

Paralelamente, às respostas sociais destinadas às pessoas idosas, estas representam 54% do total da Rede de Serviços Equipamentos Sociais (RSES) (Gráfico 3), o que reflete as necessidades de apoio à população idosa cujo grupo etário tem aumentado de forma acentuada (Carta Social, 2014).

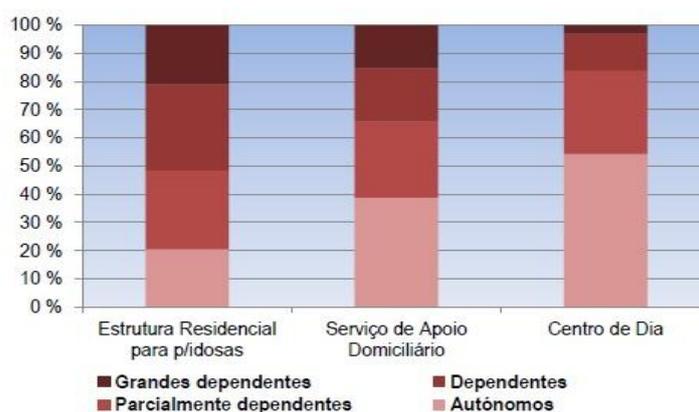
Gráfico 3: Distribuição percentual das respostas sociais por população-alvo, Continente 2014



Fonte: Carta Social, 2014

Cruzando os dados estatísticos acima mencionados com os dados referentes ao grau de dependência com o propósito de nos centrarmos no objetivo da presente pesquisa, verifica-se no Gráfico 4 que o grau de dependência dos utentes das diferentes respostas sociais destinadas à população idosa é bastante distinto, no entanto a resposta social ERPI em 2014 acolhia 80% de utentes com algum grau de dependência (Carta Social, 2014).

Gráfico 4: Distribuição percentual dos utentes em respostas para as Pessoas Idosas por grau de dependência, Continente 2014

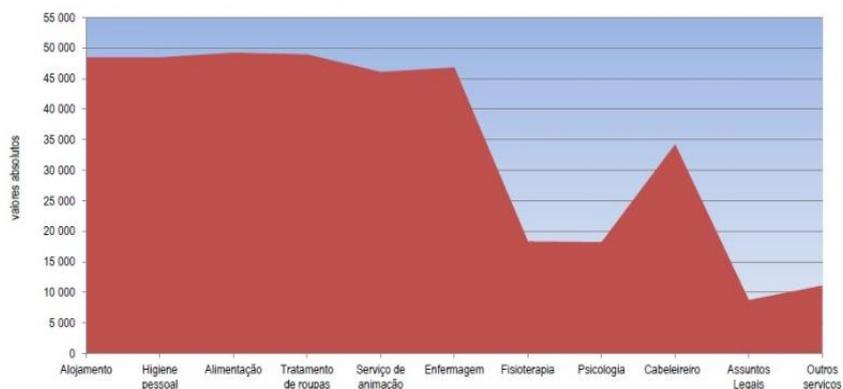


Fonte: Carta Social, 2014

Importa ainda salientar, que os serviços disponibilizados no âmbito das ERPI's tem vindo a aumentar, conforme se verifica no Gráfico 5, refletindo assim as necessidades dos utentes. Para além do alojamento, higiene pessoal, alimentação, tratamento de

roupas, animação e enfermagem, existem outros serviços com uma utilização significativa, nomeadamente, fisioterapia, psicologia e sobretudo serviços de cabeleireiro (Carta Social, 2014).

Gráfico 5: Distribuição percentual dos utentes em ERPI por serviços prestados, Continente 2014



Fonte: Carta Social, 2014

De acordo com os dados observados nos gráficos acima verifica-se que o Estado tem um papel importante na planificação e no financiamento de serviços para idosos, promovendo políticas, prestando serviços diretamente ou financiando serviços de apoio, nomeadamente, através de toda a rede de IPSS's. A rede de Misericórdias tem um papel importante e uma cobertura a nível nacional (Bandeira, 2009).

Por outro lado, estas organizações são também muito dependentes da capacidade voluntária e da capacidade de representação dos seus membros, pré-condições necessárias, à sua acreditação ao nível da economia e da política social e à sua afirmação ao nível governamental. Contudo, existe uma confiança cada vez maior na capacidade destas organizações para distribuir serviços, podendo já considerar-se fontes importantes de emprego (Coutinho, 2003). Neste contexto de organizações do terceiro sector destaca-se IPSS, anteriormente mencionadas.

Dado o conjunto de mudanças *societais* referidas anteriormente, ao longo do texto, importa refletir de que forma as respostas sociais no âmbito da terceira idade se poderão adaptar, recriar ou inovar, tendo em conta o contexto atual. Cientes desta complexidade, estas são as preocupações que estão no âmago do presente trabalho.

1. Sistema de Gestão da Qualidade – Caso Português

1.1. Modelos de Avaliação da Qualidade e dos Serviços Sociais

Atualmente a gestão da qualidade, quer no setor industrial quer nos serviços públicos e privados tem sido muito citado. A competitividade a que as organizações estão obrigadas para sobreviver no mercado, permitiu o desenvolvimento de conhecimentos e práticas de atuação com o objetivo de satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes. Neste sentido, foram desenvolvidos SGQ, cujo objetivo é demonstrar exatamente o compromisso das organizações com a qualidade e satisfação das necessidades e expectativas dos seus clientes. Assim, com o intuito de ajustar as repostas sociais à nova realidade, contribuindo também com as políticas públicas e para um exercício de cidadania mais responsável, o ISS, IP concebeu Modelos de Avaliação da Qualidade e lançou o desafio às IPSS de certificação pela qualidade das respostas sociais como forma de diferenciação positiva, aumentando desta forma o interesse do terceiro setor por este tema (Segurança Social, 2007).

Embora existam vários modelos possíveis para a implementação do SGQ nas IPSS, destacam-se a norma - “*International Organization for Standardization*” - ISO 9001: 2008, e o Modelo European Quality Assurance for Social Services (EQUASS) por serem os modelos de avaliação da qualidade mais aplicados em Portugal e cujas certificações são reconhecidas internacionalmente. O presente trabalho incidirá no Modelo concebido pelo ISS, IP, concretamente no processos-chave número três – Plano Individual.

A ISO é uma organização internacional para a padronização, sem fins lucrativos, fundada em 1947, com o objetivo principal de aprovar normas internacionais em todos os campos. Entre as organizações que fazem parte da ISO destaca-se o Instituto Português da Qualidade (IPQ) (APCER, 2010). A ISO tem como objetivo promover o desenvolvimento da normalização nas trocas comerciais de bens e serviços dentro dos princípios da organização mundial do Comércio (APCER, 2003). Este conjunto de normas estabelece requisitos que facilitam a maioria dos processos internos, a maior capacitação dos colaboradores, a monitorização de trabalho, a avaliação da satisfação dos clientes, colaboradores e fornecedores, num processo contínuo de melhoria do SGQ (Guia, 2011).

O Modelo EQUASS é um sistema de reconhecimento, garantia e certificação da qualidade dirigido às organizações que atuam no âmbito dos serviços sociais, tais como, reabilitação, formação profissional, assistência e cuidados às pessoas em situação de fragilidade social. Trata-se de um sistema inspirado nos sistemas de qualidade total e nos modelos de excelência. Constitui-se como uma estratégia de apoio ao desenvolvimento dos serviços sociais, reforçando o comprometimento das organizações com qualidade e melhoria contínua, garantindo a qualidade dos serviços prestados. Este sistema foi aprovado e monitorizado por um comité europeu da qualidade, concebido e gerido pela European Platform Rehabilitation (EPR) (EQUASS, n.d).

O “Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais” (PCDQSRS), foi criado em 07 de Março de 2003. Neste contexto, o ISS, IP concebeu manuais de Gestão da Qualidade das Respostas Sociais, estruturados da seguinte forma: 1 – Modelo de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais, 2- Manual de Processos – Chave e 3 – Questionários de Avaliação de Satisfação. Assim, o objeto desta intervenção são as respostas sociais, pelo que a reflexão sobre o funcionamento e a organização das mesmas foi importante para a implementação do SGQ, bem como, sobre os resultados a obter relativamente aos vários intervenientes na resposta social, desde clientes, colaboradores, parceiros, sociedade e ainda sobre o desempenho chave. Com o objetivo de constituir um referencial normativo que permita avaliar a qualidade dos serviços prestados e conseqüentemente diferenciar positivamente as respostas sociais, foi criado o Modelo de Avaliação da Qualidade. Desta forma, o modelo referido é baseado nos princípios de gestão da qualidade onde são estabelecidos os requisitos necessários à implementação do SGQ dos serviços prestados pelas respostas sociais (Segurança Social, 2007).

Além disso, numa perspetiva de diferenciação positiva das respostas sociais o Modelo acima mencionado tem ainda por objetivos, incentivar a melhoria dos serviços prestados, ser um instrumento de autoavaliação das respostas sociais, rever de forma sistemática o desempenho da organização, apoiar no desenvolvimento e implementação de um SGQ nas respostas sociais e permitir uma melhoria significativa da sua organização e funcionamento (Segurança Social, 2007). E ainda, assenta em conceitos de referência tais como: orientação para os resultados, focalização no cliente, liderança e constância nos propósitos, gestão por processos e por factos, desenvolvimento e envolvimento das pessoas, aprendizagem, inovação e melhoria contínuas e desenvolvimento de parcerias e responsabilidade social corporativa (Segurança Social,

2007). A elaboração deste Modelo teve como referências a norma NP EN ISSO 9001:2000 – SGQ – Requisitos e o Modelo de Excelência da EFQM e tem em perspectiva a sua avaliação e revisão periódica, face a alterações que o venha a justificar e aos resultados da sua implementação.

Com o objetivo da qualificação das respostas sociais através da avaliação da conformidade dos serviços com os requisitos estabelecidos nos critérios do Modelo de Avaliação da Qualidade, o Sistema de Qualificação das Respostas Sociais (SQRS) prevê a existência de três níveis de qualificação (Nível C, B e A) para as respostas sociais, permitindo assim a sua implementação gradual ao longo de um determinado período de tempo (Segurança Social, 2007). Em simultâneo, este Modelo de Avaliação da Qualidade baseia-se também em oito critérios: 1 – liderança, planeamento e estratégia, 2 – pessoas, 3 – parcerias e recursos, 4 – processos, 5 – resultados clientes, 6 – resultados pessoas, 7 – resultados sociedade e 8 – resultados chave do desempenho.

Assim, com o intuito de atingir os objetivos propostos neste estudo, destaca-se o critério quatro – Processos da ERPI, sobre o qual se pronunciará seguidamente. De acordo com o estabelecido no Modelo de Avaliação da Qualidade aplicável no seu critério quatro, o Manual de Processos Chave apresenta alguns elementos para a implementação de um SGQ no âmbito da intervenção da prestação de serviços sociais para pessoas idosas, mais concretamente na estrutura residencial. Para o desenvolvimento deste Modelo, nesta resposta social, foram identificados 7 processos chave para a prestação de serviços, independentemente da sua natureza ou dimensão: 1 – candidatura, 2 – admissão, 3 – plano individual, 4 – cuidados pessoais e de saúde, 5 – nutrição e alimentação, 6 – apoio nas atividades instrumentais da vida quotidiana e 7 – planeamento e acompanhamento das atividades de desenvolvimento pessoal. Dos processos chave mencionados destaca-se o número três, o PI, visto que este é o tema de fundo do presente trabalho e de na nossa perspectiva “espelhar” todos os outros processos – chave.

1.2. Plano Individual

De acordo com o Modo Operatório (cf. Anexo II) do Manual de Processos – Chave do SGQRS de ERPI, podemos ver que este processo é um conjunto de atividades inter-relacionadas e inter-atuantes que convertem entradas em saídas. Com efeito, o PI inicia-se com a avaliação das necessidades e potenciais dos clientes, que se processa depois de confirmada a integração do cliente na estrutura residencial e do envio do processo para

o responsável pelo processo individual. Daqui, no contexto de avaliação diagnóstica são recolhidas várias informações sobre as condições habitacionais do cliente e do seu estado de saúde, bem como, os aspetos relacionados com as capacidades físicas e funcionais, as expectativas e as representações face à sua vida e à ERPI. Em seguida, durante o programa de acolhimento este conhecimento inicial do cliente é realçado, pois obtêm-se dados pertinentes devido ao facto de serem recolhidos em contexto real e em situações concretas, mas também devido ao maior período de tempo e à diversidade de intervenientes na estrutura residencial, quando comparados com o momento da entrevista de avaliação diagnóstica (Segurança Social, 2007).

Todos os relatórios de avaliação provenientes deste processo de acolhimento são inseridos no processo individual do cliente. Deste modo, após análise da informação recolhida, o gestor do processo em reunião com o cliente ou significativos, procede à identificação das necessidades do cliente (cf. Anexo III), identificando duas áreas: as necessidades, que exigem uma resposta ou intervenção para colmatar, compensar ou manter determinado aspeto e os potenciais, que podem beneficiar de intervenção, no sentido de desenvolver o cliente até ao seu expoente máximo.

Para a identificação das necessidades e dos potenciais do cliente é utilizado como matriz de análise o Modelo de Qualidade de Vida para a população idosa, que tem por base o instrumento Word Health Quality of Life (WHOQOL- OLD), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliar a qualidade de vida (QdV), garantindo assim a abrangência do diagnóstico numa perspetiva holística do indivíduo. No entanto, importa aqui ressaltar que o conceito de qualidade de vida não é consensual, é complexo, abrangente e de difícil definição, devido à forma como cada um se relaciona com o mundo, como o observa, decorrentes de diversos conceitos e áreas, desde a educação, a profissão, a escolaridade as necessidades de cada um, a saúde, que são diferentes para cada indivíduo e situação (Pontes, 2012).

Para Ramos (2001) a qualidade de vida da pessoa idosa depende sobretudo da sua saúde e capacidade funcional, das suas relações interpessoais, da sua independência face às escolhas inerentes ao quotidiano, à certeza da sua utilidade e da sua condição económica.

Para Almeida (2013) a perceção de qualidade de vida não se restringe aos recursos materiais, mas alarga-se aos recursos simbólicos, nomeadamente, à capacidade do indivíduo ser autónomo, de se relacionar com outros, de poder usufruir da sua liberdade, ser ativo, participar no seu quotidiano e ainda de se sentir parte integrante da sociedade.

Para a OMS, QdV *“é a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro dos contextos do sistema de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*(WHOQOL, 1995, p. 28).

A reflexão sobre a qualidade de vida traduz uma preocupação pelo bem-estar humano e pela sua dignificação, pelo que estes métodos de avaliação e instrumentos desenvolvidos consideram a perspetiva do indivíduo e não a visão dos cientistas ou dos profissionais envolvidos.

Este modelo inspirado no modelo de qualidade de vida do idoso, acima referido, assenta em seis domínios fundamentais: 1 – habilidades sensoriais: a análise deste domínio implica a identificação de necessidades em termos de utilização de ajudas técnicas e a sinalização de estratégias de compensação ou alternativas já implementadas ou a implementar, 2 – autonomia: implica a identificação das tarefas que o indivíduo realiza autonomamente ou para as quais necessita de apoio, considerando os diferentes graus de apoio possíveis, 3 – atividades passadas, presentes e futuras: este domínio remete para a identificação das áreas de realização e de reconhecimento pessoal e social do indivíduo, numa lógica de potenciação das mesmas e de construção ou reconstrução das expectativas face a vivências futuras, 4 – participação social: assenta na participação nas atividades quotidianas, especialmente na comunidade, no sentido da efetiva inclusão social, 5 – morte e morrer: integra as preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer, numa lógica de promoção da assimilação funcional e ajustada desse momento como parte integrante da vida e 6 – intimidade: refere-se à capacidade de ter relacionamentos pessoais íntimos e ainda as atitudes e os comportamentos adotados em relação aos outros (Segurança Social, 2007).

Em face do anteriormente exposto, todas as estratégias e atividades com o cliente a fim de avaliar as suas necessidades e potenciais, devem ter por base a matriz acima referenciada, para que o serviço prestado pela ERPI tenha como referencial de intervenção o envelhecimento ativo, quer na sua dimensão biológica e intelectual, quer emocional, potenciando assim uma promoção holística da qualidade de vida dos clientes (Segurança Social, 2007).

Depois de realizada a avaliação das necessidades do cliente, procede-se à elaboração do PI. Este é um instrumento formal que visa organizar, operacionalizar e integrar todas as respostas às necessidades, expectativas e potenciais de desenvolvimento identificadas em conjunto com o cliente (Segurança Social, 2007).

Para a formulação do PI são utilizados, como dados de entrada – “*inputs*” (cf. Anexo II), os documentos constantes no processo individual do cliente, tais como: informações recolhidas no processo de candidatura, informações diárias dos colaboradores que acompanham o cliente, relatório de avaliação das necessidades e potenciais do cliente, resultados da monitorização e avaliação do PI, projeto técnico da organização, objetivos operacionais das áreas ou sectores (alimentação, atividades culturais, saúde, entre outros), informações recolhidas no processo de admissão e acolhimento, relatórios e informações de outras instituições ou departamentos da organização. O processo de elaboração do PI tem como principais etapas a avaliação das necessidades e potenciais do cliente, a verificação da existência interna de recursos (humanos e materiais) necessários, ou se é essencial recorrer a outras entidades ou colaboradores, a elaboração e aprovação do PI (caso não se verifique, reformular e submeter para aprovação), seguidamente a validação, implementação, avaliação e revisão do PI. Todo este procedimento é dinamizado pelo gestor do processo (anteriormente nomeado para o efeito), em colaboração e articulação com os outros intervenientes, a equipa técnica e multidisciplinar, composta por elementos dos vários sectores ou áreas da organização e também por elementos externos, as ajudantes de ação direta, o cliente e/ou significativos e outros colaboradores de outros serviços ou entidades. A operacionalização do PI tem como estratégia de apoio o trabalho em rede e em parceria, visto que a abordagem holística do indivíduo e a promoção da sua qualidade requerem a identificação e mobilização de outras estruturas da comunidade (Segurança Social, 2007).

Relativamente à estrutura, do PI, de acordo com o modelo proposto pelo ISS, IP., este contém os seguintes elementos (cf. Anexo IV): identificação do cliente constante no processo individual, síntese da avaliação diagnóstica, objetivos gerais de intervenção e respetivos indicadores, atividades de intervenção/serviços a prestar ao cliente e respetivos objetivos específicos, indicadores e calendarização, ações por atividade/serviço, definição dos responsáveis pela elaboração, implementação, monitorização, avaliação e revisão do PI, formas de participação do cliente e significativos na intervenção, data de avaliação/revisão do plano e assinatura de todos os intervenientes. Os objetivos gerais de intervenção e implementação do PI são estabelecidos pelo cliente e/ou significativos, com o apoio dos demais intervenientes, a partir da avaliação das necessidades, expectativas e potenciais de desenvolvimento do cliente no quadro da missão e valores da organização e dos objetivos dos outros processos – chave que dizem respeito, por exemplo, à alimentação, saúde, apoio

psicossocial, entre outros. Para cada objetivo geral são definidos os indicadores respetivos, cuja fonte são os vários registos de informação e de monitorização. Em cada ação são identificados os seguintes itens: hábitos, expectativas e gostos dos clientes, riscos associados, ações preventivas/corretivas, periodicidade, isto é, número de vezes que a ação deve ocorrer, participantes ou pessoas implicadas, responsáveis pela execução e supervisão e recursos. A construção do PI é discutida em sede de reunião de equipa técnica, garantindo, no entanto, que a sua elaboração só é efetivada em conjunto com o cliente e/ou significativos, sendo este(s) o(s) principal(is) agente(s) decisor(es). Embora possa ser negociado, com vista à obtenção de um consenso e consequente validação por todas as partes interessadas, tem que ser garantido sempre o respeito pela individualidade e pela tomada de decisão do cliente e/ou significativos. Após a validação, o PI do cliente é registado, datado e assinado por todas as partes, encontrando-se apto a ser implementado. O original do PI é integrado no processo individual do cliente, sendo fornecida uma cópia ao cliente. Ao longo do tempo as necessidades e expectativas dos clientes da ERPI vão se alterando por imperativos resultantes da sua transformação física e cognitiva, dos seus próprios interesses, das relações familiares e sociais. Assim a organização deverá estar atenta e definir periodicamente, metodologias e processos que permitam avaliar estas novas necessidades e expectativas, com o objetivo de satisfazer os seus clientes, assegurando-lhes o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Neste sentido, o PI é monitorizado continuamente nas reuniões de equipa, através dos registos efetuados pelos colaboradores. Este período de avaliação deve ser decidido por todas as partes, deve ainda ser avaliado e revisto sempre que tal seja solicitado ou que se verifiquem ocorrências que o justifiquem. No entanto, deve ser revisto no mínimo semestralmente (Segurança Social, 2007).

PARTE III

PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO/METODOLOGIAS

4. Problema de Investigação

“ A problemática é a abordagem ou a perspectiva teórica que decidimos adotar para tratar o problema posto pela pergunta de partida” (Quivy & Campenhoudt, 1992, p. 91).

A complexidade exigida pelo SGQ em geral e a implementação do PI numa ERPI, considerando as especificidades anteriormente descritas, elevaram a necessidade da realização desta pesquisa.

De acordo com Quivy & Campenhoudt (1992), a problemática desenvolve-se em três momentos distintos. O primeiro consiste em fazer o balanço das várias abordagens do problema, pois toda a investigação assenta num enquadramento teórico. O segundo momento consiste em incluir o trabalho num dos quadros teóricos existentes (de acordo com as leituras precedentes), definindo a sua problemática ou concebendo uma nova. O terceiro momento consiste em explicitar a problemática. Neste sentido, é no contexto do exercício da atividade dos profissionais que integram a equipa de técnica da instituição, onde decorre o presente estágio, que com o objetivo de desenvolver, conhecer e compreender a problemática relacionada com o PI do idoso institucionalizado, através da investigação e de acordo com o enquadramento teórico se coloca a seguinte questão: qual a importância do PI no processo de gestão da qualidade institucional e individual (idoso), na perspectiva da equipa multidisciplinar que tem a cargo a sua implementação?

Esta problemática assume primordial relevo, na medida em que, o Assistente Social é o Diretor Técnico e paralelamente coordenador desta equipa responsável pela implementação do SGQ.

4.1. Objetivos Gerais e Objetivos Específicos

Os objetivos definem as linhas de perspectiva a desenvolver que proporcionem valor acrescentado à situação de partida (Carvalho, 2009). Portanto, é importante definir e explicitar claramente os objetivos que se pretendem alcançar, pois só assim se adquire o significado pleno da investigação. Assim, o objetivo principal deste estudo é compreender os determinantes da implementação do PI no contexto da institucionalização de idosos na atuação profissional do Serviço Social. Conforme

anteriormente referido, como objeto de estudo destaca-se o processo chave do Modelo de Avaliação da Qualidade do SGQ, do ISS, IP., o PI.

Segundo Ander-Egg e Idáñez (1998) os objetivos gerais são também designados de objetivos principais e são o propósito central do projeto, desta forma explicitá-los é responder à pergunta de partida. Assim, de acordo com a problemática, os objetivos gerais prendem-se com a observação, análise e compreensão da implementação do PI, numa IPSS da zona centro que presta apoio à terceira idade, concretamente na resposta social ERPI.

Este estudo tem também como objetivos específicos, obter uma perspetiva explicativa e compreensiva da perceção da equipa técnica relativamente ao PI, nomeadamente:

- 1 – Compreender constrangimentos no impacto do PI, no contexto da gestão da qualidade da instituição e da qualidade de vida do idoso;
- 2 – Compreender as determinações técnico operativas e de humanização inerentes à execução do PI no quotidiano institucional;
- 3 – Comparação dos procedimentos técnico-operativos antes e depois da implementação do PI.

Com a presente pesquisa pretende-se expressar a importância do PI na qualidade de vida de todos os utentes/clientes (mesmo os mais dependentes), num contexto humanizado, personalizado e que tenha em conta as efetivas necessidades específicas de cada situação, sempre como horizonte que os clientes são o centro de toda a atuação e sempre na perspetiva do respeito e promoção dos direitos humanos (Segurança Social, 2007). Pretende-se também aferir como é que este imperativo burocrático influencia o agir profissional dos Assistentes Sociais e a sua reflexividade face a esse agir.

Para a sua realização recorreu-se à metodologia qualitativa, utilizando como estratégia, o estudo de caso e como técnica de recolha de dados, o diário de bordo, as entrevistas semiestruturadas e fontes documentais que explicitam no ponto 4.3.

4.2. População Alvo

Compõe a população alvo primária do presente estudo, os membros da Equipa Técnica envolvidos na elaboração de um PI, conforme representado na Tabela 1.

Tabela 1: Constituição da Equipa Técnica

Categoria Profissional	Formação Académica				Experiência Profissional (ANOS)			
	LIC	MEST	DOUT	OUTROS	0 – 1	1-5	5-10	+10
Coordenadora Equipa e Diretora Técnica	X							X
Psicólogo		X			X	X		
Enfermeiro	X						X	
Animador				X			X	
Assistente Social	X						X	

Fonte: Sistematização elaborada pela autora

Importa referir também a população alvo secundária, para a qual a população alvo primária trabalha, que é composta por cinco clientes com os quais se elaborou o PI cuja caracterização é representada na Tabela 2.

Tabela 2: Caraterização dos clientes do PI

Casos	Sexo		Grau de Dependência (Escala de Barthel)	Idade	Institucionalização	
	Masculino	Feminino			Vontade Própria	Familiares
1	X		Moderado	83		X
2	X		Moderado	86		X
3		X	Leve	77	X	
4		X	Grave	69		X
5		X	Total	81		X

Fonte: Sistematização elaborada pela autora

4.3. Estratégia Metodológica – Estudo de Caso

Todo o processo de investigação tem obstáculos, por vezes não é possível concretizar o que se projetou e nem sempre as fontes são acessíveis. No caso da presente pesquisa, o projeto inicial contemplava a realização de um estudo comparativo de todas as ERPI's existentes no concelho onde decorreu o estágio, dado que todas elas se encontravam em fases diferentes em termos de implementação do SGQ, isto é, uma

encontrava-se certificada pelo EQUASS, outra tinha dado os primeiros passos com vista à sua implementação e decidiram parar e outra em fase de implementação. No entanto, dado o constrangimento de tempo e a falta de resposta de aceitação de participação na presente pesquisa por parte das instituições supracitadas, esta investigação ficou limitada a uma só instituição, não perdendo porém o sentido dos seus objetivos. Pese embora se tenha perdido o conjunto de elações que se poderia tirar e a possibilidade de conhecer, comparar e perceber as estratégias utilizadas que poderiam ser aplicadas, ficou evidente que nem sempre o querer fazer é suficiente quando se fala de uma investigação. Assim, importa enfatizar os aspetos positivos, pois foi possível conhecer como é que cada um dos intervenientes na elaboração do PI, na primeira pessoa, participava, isto é, qual era o seu contributo e como sentia esse mesmo contributo no processo de gestão da qualidade na fase de implementação.

Neste sentido, de acordo com Eco (2015) uma monografia é o tratamento de um só tema e significa não perder de vista o contexto, pois só inserindo o autor no contexto o compreendemos e explicamos. Este autor também defende que quanto mais restrito for o campo, melhor se trabalha e com maior segurança (Eco, 2015).

Dos vários métodos de investigação saliente-se a investigação qualitativa, pois de acordo com Denzin & Lincoln (2006) proporciona algumas das mais ricas pesquisas disponíveis na ciência social contemporânea. Dada a pluralidade dos universos de vida, este método de investigação é particularmente importante para o estudo das relações sociais (Flick, 2005). Os seus traços essenciais como linha orientadora, são a correta escolha de métodos e teorias apropriados, o reconhecimento e análise de diferentes perspetivas, a reflexão do investigador sobre a investigação como parte do processo de produção do saber e a variedade dos métodos e perspetivas (Flick, 2005). Ao contrário da metodologia quantitativa, os objetos não são reduzidos a variáveis, são estudados na sua complexidade e inteireza e integrados no seu contexto quotidiano (Flick, 2005).

De acordo com Rodriguez, Flores & Jiménez, (1999) e Bodgan & Bilken (1994, p. 47) a expressão investigação qualitativa tem sido usada para designar diversas estratégias de investigação que se baseiam na utilização de dados qualitativos, nas quais se inclui o estudo de caso, que se explanará seguidamente. Dadas as características do estágio e dos objetivos a que nos propusemos, considerou-se a estratégia de investigação estudo de caso a mais adequada, pelas especificidades que se evidenciam seguidamente.

O estudo de caso é defendido por vários autores, tais como Yin (2005), Stake (1999) e Rodriguez (et al., 1999), como algo que pode ser bem definido ou concreto, como um indivíduo, um grupo ou uma organização, mas também pode ser algo mais abstrato, tal como decisões, programas ou processos de implementação (Meirinhos & Osório, 2010). O estudo de caso regula-se dentro da lógica que orienta as etapas de recolha, análise e interpretação da informação dos métodos qualitativos, com a especificidade de que o objetivo da investigação é o estudo intensivo de um ou poucos casos (Latorre *et al.*, 2003 cit in. Meirinhos & Osório, 2010).

De acordo com Bogdan & Bilken (1994, p. 47) na investigação qualitativa os dados recolhidos são denominados qualitativos porque são ricos em fenómenos descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas de complexo tratamento estatístico, isto é, as questões a investigar não se estabelecem mediante a operacionalização de variáveis mas são formuladas com o propósito de estudar fenómenos em toda a sua complexidade em contexto natural, embora sofram ou apresentem variações conforme as interpretações dos autores, aproximam-se nos aspetos fundamentais.

Segundo Dooley (2002) a vantagem do estudo de caso é sua aplicabilidade a situações humanas e a contextos contemporâneos da vida real e ainda permite o desenvolvimento de teoria, produção de nova teoria, contestação ou desafio de teoria e explicação de uma situação ou descrição de um objeto ou fenómeno. Para Yacuzzi (2005 cit in. Meirinhos & Osório, 2010) o valor de se utilizar a estratégia de estudo de caso na investigação reside no facto em que não se estuda apenas o fenómeno mas também o seu contexto, o que implica a existência de inúmeras variáveis a tratar estatisticamente que impossibilitaria o seu estudo. Na opinião de Stake (1999) a finalidade dos estudos de caso é tornar compreensível o caso, através da particularização.

4.3.1. Técnica de recolha de dados

No que diz respeito aos instrumentos de recolha de dados, uma das características do estudo de caso é a possibilidade de recorrer-se a múltiplas formas de recolha de dados, como por exemplo, o diário, o questionário, as fontes documentais, a entrevista individual e de grupo, entre outros. Como instrumentos de recolha de informação no presente estudo, privilegia-se: a observação participante, o diário, a entrevista semiestruturada e as fontes documentais (manuais, legislação, processos).

A observação participante é comumente usada na investigação qualitativa como

uma forma de observação do contexto onde o investigador se insere. Assenta em dois planos, ou seja, inicialmente o investigador tem de se ir tornando um participante e ir ganhando acesso às pessoas e ao terreno e posteriormente proceder a uma observação cada vez mais concreta e concentrada nos aspetos fundamentais que vão de encontro à problemática em questão (Flick, 2005). A observação participante pode ser distinguida em três fases: a observação descritiva, que serve para o investigador se orientar no terreno de estudo e apreender o melhor possível a complexidade do campo e simultaneamente definir temas de investigação e linhas de orientação mais concretas, a observação focalizada cujo foco se vai progressivamente afunilando sobre os processos e problemas mais elementares para investigação e a observação seletiva, situa-se no final da recolha de dados e pretende a busca de mais evidências e exemplos de práticas e processos encontrados na segunda fase (Spradley, 1980 cit in. Flick, 2005).

Segundo Vásquez & Angulo (2003) o diário é um excelente instrumento de registo dada a vulnerabilidade da memória, por outro lado, segundo Rodriguez (et al., 1999) é também um instrumento reflexivo e de análise, no qual o investigador regista não só as suas notas de campo mas também as suas reflexões sobre o que vê e ouve (Meirinhos & Osório, 2010). As fontes documentais apresentam-se como uma estratégia básica num estudo de caso, através da qual a informação recolhida poderá ser importante para contextualizar o caso, acrescentar informação ou validar evidências de outras fontes. Estas podem ser relatórios, propostas, planos, registos institucionais internos, comunicados, dossiers, entre outros (Meirinhos & Osório, 2010).

Para Yin (2005) a entrevista é uma das fontes de informação mais importantes e essenciais nos estudos de caso. *“Entrevistar é uma das melhores formas para compreender outros seres humanos, permite captar a diversidade de descrições e interpretações que as pessoas têm sobre a realidade”* (Fontana & Frey, 1994, p. 361), isto é, permite captar várias realidades. Segundo Flick (2004) as entrevistas semiestruturadas têm suscitado bastante interesse e têm sido usadas frequentemente. Os métodos de entrevista são processos que permitem ao investigador retirar das suas entrevistas informações e elementos de reflexão ricos e matizados. A entrevista semiestruturada permite ao entrevistado falar abertamente, na ordem que lhe convier e da forma que desejar, cabendo portanto, ao entrevistador o papel de reencaminhar a entrevista para os objetivos, cada vez que o entrevistado deles se afastar e também colocar questões adicionais às quais o entrevistado não chega por si próprio, no momento apropriado e de forma tão natural quanto possível. A utilização da entrevista

pressupõe que o investigador não disponha de dados ‘já existentes’, mas que deve obtê-los. As entrevistas semiestruturadas têm como características gerais: a cobertura profunda do tema em análise, ou seja, pretende-se que o entrevistado aprofunde o seu pensamento, mas permanecendo no quadro específico do objeto de estudo, a existência de um guião de perguntas chave, a possibilidade de o entrevistador lançar perguntas adicionais, combina a padronização das entrevistas estruturadas com a flexibilidade das entrevistas não estruturadas, relacionamento de confiança entre entrevistador/entrevistado, facilidade de análise do que as entrevistas não – estruturadas e ocorre num contexto informal. Além disso, as entrevistas semiestruturadas são um instrumento central de pesquisa, pois pretende-se apreender de que forma os entrevistadores interpretam as suas próprias experiências.

Assim, com base no acima referido e com a finalidade de atingir os objetivos deste estudo, optou-se por utilizar como instrumento de recolha de dados, as entrevistas semiestruturadas à equipa técnica interveniente na elaboração do PI. As entrevistas ocorreram no espaço temporal de Janeiro a Fevereiro após solicitação formal aos respetivos elementos através do documento consentimento informado (cf. Apêndice I). A transcrição das respostas fornecidas pelos elementos da equipa técnica foi registada com base nas gravações das entrevistas. O guião da entrevista (Apêndice II e III) é constituído por tópicos e subtópicos. Assim, o tópico principal é o PI e os subtópicos são perguntas sobre os constrangimentos com que se deparam na sua implementação, qual o seu papel e importância e a sua operacionalidade.

4.3.2. Técnica de Análise dos Dados

A análise de conteúdo pretende descrever as situações, mas também interpretar o sentido do que foi dito. Nas entrevistas usa-se uma variedade de técnicas de análise de conteúdo, nomeadamente a transcrição, isto é, uma vez gravadas as entrevistas torna-se necessário transcrevê-las para o computador ou para o papel, deixando margens à esquerda e à direita para posteriores anotações no momento em que se faz uma leitura cuidadosa de cada entrevista. Seguidamente procede-se à construção das sinopses das entrevistas, ou seja, dos discursos obtidos sintetiza-se fielmente a mensagem essencial da entrevista. As sinopses têm como objetivo reduzir a quantidade de material a trabalhar e a identificar o que é essencial da entrevista, permitir o conhecimento da totalidade do discurso e das suas diversas componentes, facilitar a comparação das entrevistas e perceber a saturação das mesmas.

Posteriormente, na análise descritiva, recorreu-se à análise categorial que se consubstancia na identificação das variáveis cuja dinâmica é potencialmente explicativa de um fenómeno. Finalmente, na análise interpretativa compete ao investigador passar para um nível interpretativo dos dados obtidos pelos processos anteriores, conceber novos conceitos e avançar com proposições teóricas potencialmente explicativas do fenómeno estudado (Guerra, 2006).

CAPÍTULO V

5. Apresentação e Discussão dos Resultados

A partir das entrevistas realizadas a todos os elementos da Equipa Técnica interveniente na implementação do PI (cf. Apêndice IV), procurou-se dar cumprimento aos objetivos inicialmente propostos, conforme referido no ponto 4.1 da Parte III do presente documento.

5.1. Constrangimentos na Implementação do SGQ

. Das informações obtidas pôde-se verificar que todos os entrevistados mencionaram sentir constrangimentos na implementação do SGQ. Cada técnico fez referência aos constrangimentos sentidos especificamente na sua área de atuação.

A enfermeira revela que o maior constrangimento da equipa de enfermagem foi não só a aplicação de escalas – “ (...) aplicar escalas de enfermagem e...pronto...este foi com certeza um dos maiores constrangimentos”, mas também a reflexão conjunta relativamente às que melhor se adequariam ao serviço – “ (...) um dos nossos maiores constrangimentos foi efetivamente reunir a equipa de enfermagem e chegar à conclusão de quais escalas é que se adequariam ao nosso trabalho (...)”.

O animador aponta como maior constrangimento o cumprimento do plano de atividades, coletivo e individual, dentro do horário que tem para a realização de atividades com os clientes – “(...)constrangimentos é...tem mais a ver com o horário, tentar encaixar, entre aspas, os clientes todos de forma a conseguirmos fazer atividades com..., com todos...”.

Para a Psicóloga, o maior constrangimento referido é a necessidade de quantificar todas as suas intervenções – “ (...) ao nível da psicologia a maior dificuldade prende-se com o facto de nem sempre ser fácil ou até possível quantificar os resultados das intervenções e das avaliações psicológicas”. Alega que por vezes não é possível atribuir um número exato, quando se

trata de uma avaliação ou intervenção – “ (...) ao contrário de outras áreas não é possível, às vezes, dar um número exato sobre a nossa intervenção”.

Os principais constrangimentos apontados pela Assistente Social prendem-se com a necessidade do envolvimento de toda a equipa – “ (...) envolvimento de todos para a criação de um projeto em termos futuros”, e por outro lado, também o facto de que esta implementação é prolongada no tempo, pois há sempre espaço para melhorar, tendo em vista a eficácia – “ (...) a implementação de um SGQ não é imediato, implica uma melhoria contínua para a sua eficácia”.

Acrescenta ainda o tempo que ocupa diariamente – “ (...) consome um espaço de tempo considerável no dia-a-dia dos técnicos e colaboradores”.

A Diretora Técnica faz uma reflexão mais abrangente e aprofundada referindo vários constrangimentos, começa por mencionar o mesmo que a assistente Social, ou seja a necessidade de um grande envolvimento de todos – “ (...) pressupõe um grande envolvimento ao nível dos colaboradores, nomeadamente no que diz respeito aos quadros técnicos (...) ”. Refere também a importância de trabalhar em equipa multidisciplinar, e a necessidade de dedicação, sistematização e formação na implementação do SGQ – “A implementação de um sistema desta natureza exige dedicação, tempo para refletir, sistematizar e reorganizar os processos e muita formação. Além disso, implica uma grande necessidade de trabalhar em equipa multidisciplinar”. Por outro lado, refere ao custos associados à questão da implementação com vista à certificação o que implica a necessidade de reforço da equipa multidisciplinar, para fazer face ao grau de exigência do SGQ – “ (...) é natural que seja necessário reforçar a equipa para fazer face a este grau de exigência. Para além do maior número de técnicos, é necessário apostar numa maior diversidade desses mesmos técnicos, abrangendo pessoas com formação académica diferenciada”. A Diretora Técnica revela ainda a preocupação com a absorção de tempo que é exigida à equipa técnica pelo SGQ – “ (...) outra preocupação prende-se com a elevada necessidade de alocação de tempo por parte da equipa técnica. É um facto que a implementação do SGQ (...) exige uma grande disponibilidade por parte da equipa técnica o que nem sempre é fácil de conseguir, dada a exigência constante ao nível da gestão diária das respostas sociais”.

5.2. Procedimentos no Âmbito do SGQ, paralelo antes/depois da sua Implementação

Na comparação entre os procedimentos, antes e depois, da implementação do SGQ, todos os Técnicos mencionaram alterações.

A enfermeira faz referência aos registos no processo do cliente, menciona que anteriormente embora efetuassem todos os procedimentos necessários relativamente ao

utente, no entanto nada ficava registado, era passado de “*boca em boca*”, de enfermeiro para enfermeiro – “ (...) antes (...) já fazíamos a receção do doente e já tínhamos atenção se o utente mantinha o estado de saúde (...) não ficando assim nada muito registado, íamos passando de colega para colega, no caso da enfermagem (...) “. Com a implementação do SGQ tudo muda, ou seja, tudo tem que ser registado. Aponta também a facilidade na consulta e obtenção do conhecimento de qualquer dado do utente – “ (...) com o processo de certificação exige-nos que em cada processo de cada utente tudo fica registado e pronto!, isto acaba por permitir uma consulta rápida de cada processo e é possível então visualizar a evolução de cada utente dentro da Instituição ”.

O Animador refere uma grande alteração ao nível dos procedimentos, pois a implementação do SGQ deu visibilidade a uma lacuna, ou seja, a um grupo que estava marginalizado, os acamados, com os quais apenas se trabalhava em datas festivas – “ (...) os clientes que antigamente havia, quer dizer, trabalhávamos mais basicamente só com os mais ativos (...) a diferença está mais, se calhar nos clientes acamados que antigamente (...) realizávamos uma atividade ou duas por ano(...)”. Com a implementação do SGQ é imperativo trabalhar com todos – “ (...) agora o facto de termos que também abranger todos os clientes (...) agora faz com que o trabalho seja igual, tentar que seja igual para todos os clientes ”.

A Psicóloga refere que os procedimentos atuais têm aspetos positivos, pois são facilitadores do trabalho em equipa – “ (...) fundamental é a possibilidade de articular mais facilmente o trabalho de todos os profissionais e projetar objetivos para todos com o mesmo fim, ou seja, acho que há um caminho que é traçado (...) feito em conjunto com um objetivo comum (...) acho que é mais fácil o trabalho final ter um resultado mais positivo ”.

A Assistente Social refere que o cliente sempre foi o foco de todas as atenções e que o objetivo sempre foi às suas expetativas, e a garantia dos serviços – “Sempre houve a preocupação e cuidado de colocar o cliente como foco de todas as atenções (...) oferecendo aos clientes a garantia dos seus serviços (...) pretende acima de tudo corresponder às expectativas e satisfação do cliente”. Com a implementação do SGQ foram criadas estruturas para a melhoria do serviço – “ (...) a implementação da SGQ criou estruturas que contribuíram para a melhoria do serviço e para a sustentabilidade da Instituição, no sentido em que a prestação de um serviço de qualidade adaptado às necessidades dos clientes, tendo como objetivo a sua satisfação, atrairá inevitavelmente novos clientes e visibilidade no exterior”. Por outro lado, também houve necessidade de reformular os impressos existentes com o objetivo de se adequarem os procedimentos à nova realidade e às necessidades – “ (...) sobretudo houve a necessidade de reformulação da maioria dos impressos existentes, de modo a simplificar e a adequá-los às necessidades”. No entanto, refere a absorção de tempo que é dedicado ao SGQ no dia-a-dia – “ (...) consome um espaço de tempo considerável no dia-a-dia dos técnicos e colaboradores ”.

Evidencia que a implementação do SGQ foi um incentivo à participação de todos os elementos – “ (...) incentivo à participação de todos os elementos da organização, no sentido, de estimular e promover o trabalho em equipa”.

A Diretora Técnica enfatiza sistematização e reorganização dos processos de acordo com as normas do SGQ – “ (...) a implementação deste sistema irá exigir uma maior sistematização e reorganização de processos”. Aponta que na primeira fase de implementação há lugar para um trabalho de avaliação diagnóstica com o objetivo de perceber o que é que pode ser melhorado – “ (...) é necessário, numa primeira fase, fazer um trabalho de avaliação diagnóstica para perceber quais os processos existentes e como podem ser melhorados”. Por outro lado, com a implementação do SGQ a comunicação entre os vários departamentos e o trabalho da equipa multidisciplinar foi fortalecido, obrigando a aquisição de novas práticas – “ (...) a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade obrigou a romper com alguns hábitos e práticas adquiridas e que até eram consideradas corretas, impondo uma filosofia do bem comum e fortalecendo a comunicação entre os vários departamentos e o trabalho da equipa multidisciplinar”.

5.3. O registo dos Procedimentos na Evidência do Trabalho Desenvolvido pelos Diversos Especialistas da Equipa

5.3.1. Na perspetiva Individual

A Psicóloga refere que a nível individual é muito positivo porque leva o profissional a refletir sobre o cliente – “A nível individual é positivo. O facto de cada profissional se obrigar a pensar acerca do cliente, das suas necessidades e expectativas”.

A Enfermeira considera como aspeto positivo o registo dos procedimentos, pois evidencia o trabalho dos profissionais – “ (...) o registo de todos os procedimentos vem como é óbvio, evidenciar o trabalho de cada profissional na Instituição”. No entanto, também aponta aspetos negativos, nomeadamente o tempo absorvido pela obrigatoriedade do registo individualizado, deixando menos tempo disponível para o contato com o utente – “ (...) No entanto, não poderia deixar de salientar que ao fazermos o registo individualizado de cada utente acabamos por ter menos tempo disponível para estarmos em contato direto com o utente”.

A Assistente Social menciona que cada elemento da equipa regista as necessidades de cada cliente – “Cada elemento da equipa regista as necessidades específicas de cada cliente, de acordo com a sua área de atuação”.

A Diretora Técnica para além de considerar o registo como evidência do que foi feito, quando e como, permite também garantir o cumprimento dos procedimentos estabelecidos e ainda a responsabilização individual dos mesmos. Através dos registos é

possível melhorar o sistema – *“O registo é a evidência do que fizemos, quando fizemos e como fizemos. Ou seja, através do registo garantimos a efetiva realização de determinado procedimento, promovemos a responsabilização individual e da equipa e produzimos elementos de análise importantíssimos para a melhoria contínua do sistema. Só através dos registos conseguimos manter e melhorar o sistema bem como provar a sua efetiva implementação e funcionamento”*.

5.3.2. Na Perspetiva Interdisciplinar

A Enfermeira enfatiza a interação entre os profissionais, utentes e famílias contribuindo para a excelência dos serviços – *“ (...) permite-nos uma melhor interação entre profissionais, utentes e respetivas famílias e claro contribui para a excelência da prática dos cuidados (...)”*. No entanto apresenta como aspeto negativo, o tempo ocupado pelos registos – *“Porque ao fazermos os registos é tempo que depois não temos para estar nas atividades que envolvem os utentes (...)”*.

O Animador revela que é importante a existência da interdisciplinaridade – *“ (...) acho que é importante (...) haver essa interdisciplinaridade”*.

Para a Psicóloga o trabalho de toda a equipa fica mais evidenciado pelos registos dos procedimentos, por outro lado também é facilitador de uma maior interação entre os profissionais – *“ (...) sem dúvida alguma que com o registo dos procedimentos o trabalho de toda a equipa fica mais evidenciado e disso não há mesmo dúvidas. Nota-se mais facilmente a interdisciplinaridade existente e capacidade de todos os profissionais se articularem, ou seja, em vez de trabalharmos de costas voltadas há uma união muito maior”*. Refere ainda como aspeto positivo o facto de os profissionais comunicarem mais uns com os outros – *“ (...) o facto de os profissionais falarem mais uns com os outros, acaba por também facilitar o trabalho porque temos uma perspetiva muito mais idêntica ou dúvidas que houvessem antigamente acerca de um utente, se calhar agora com a ajuda de um enfermeiro, de um médico ou do assistente social, do psicólogo, acaba por se chegar a um consenso, o que antigamente acho que não era tão evidente”*.

A Assistente Social que os registos dos procedimentos, não só evidenciam o trabalho de equipa, mas também permite desenvolver o espírito de equipa e estreita o relacionamento entre colaboradores – *“ (...) desenvolve e fomenta o espírito crítico em relação ao trabalho desempenhado, bem como estreita o relacionamento entre colaboradores”*.

A Diretora Técnica diz que os registos permitem a integração de saberes e a interação entre os vários elementos da equipa – *“Ao nível da equipa multidisciplinar, os registos permitem a integração dos vários saberes e a interligação entre os vários elementos da equipa”*.

5.4. A importância do Plano Individual

5.4.1. A abordagem Holística do Indivíduo

Os entrevistados - Enfermeira, Psicóloga, Assistente Social e Diretora Técnica, consideram o Plano Individual importante. Já o entrevistado – Animador não expressou a sua opinião.

A Enfermeira refere que o PI é importante para fazer uma abordagem holística do cliente – *“Em termos de PI a abordagem holística do utente é de extrema importância, permite-nos identificar os aspetos físicos, psíquicos sociais e espirituais de cada indivíduo e podemos então planear intervenções, atividades que vão de encontro às necessidades específicas de cada utente, permite-nos uma otimização dos cuidados”*. Também refere que é importante para conhecer bem o cliente – *“ (...) É importante nós conhecermos bem cada cliente (...) e acho que é muito importante nós conhecermos os gostos de cada um para também não estarmos a retirar o utente completamente das atividades que já...que sempre fez ao longo da sua vida”*.

A Psicóloga refere que através do PI é possível conhecer o indivíduo na sua totalidade e globalidade – *“ (...) é de facto possível compreender o indivíduo na sua totalidade e globalidade e ...pronto!... a atuação é em conformidade com as suas características específicas”*.

A Assistente Social refere que a resposta social destinada à terceira idade conta com uma equipa multidisciplinar alargada e que todos são intervenientes no PI – *“A valência de terceira idade (...) conta com uma equipa técnica multidisciplinar alargada das quais se destacam: assistente social, psicóloga, animador sociocultural, enfermeiro e terapeuta ocupacional. Todos são intervenientes na construção dos Planos Individuais dos clientes”*.

A Diretora Técnica considera o PI um instrumento importante para a obtenção de uma visão holística do indivíduo – *“ (...) O PI é um instrumento bastante útil para a gestão da intervenção no idoso. A sua abordagem implica necessariamente uma visão holística do idoso, olhando-o de diferentes perspetivas, relacionadas com os vários técnicos intervenientes. Mediante a intervenção dos técnicos de diferentes áreas obtém-se um maior conhecimento do indivíduo, para além da especialidade de cada técnico, consegue ganhar-se a mais-valia do trabalho em equipa na ótica da corresponsabilidade e da cooperação. Desta forma, todas as intervenções estão interligadas, conseguindo uma visão holística do indivíduo”*. No entanto, também refere que na prática a intervenção tem de ser priorizada de acordo com as contingências do serviço – *“ (...) na prática, e apesar da avaliação diagnóstica ser bastante abrangente e detetar várias áreas de intervenção, respeitando a visão holística e integrada do cliente, a intervenção por vezes tem de ser priorizada de acordo com as várias contingências dos serviços”*.

5.4.2. Relativamente à sua Individualização e Personalização (interesses, objetivos, idiosincrasias do cliente)

A Enfermeira considera que o conhecimento aprofundado do cliente é importante para que as suas rotinas e hábitos anteriores à institucionalização não sejam muito alterados – *“É importante nós conhecermos bem cada cliente (...) acho que é muito importante nós conhecermos os gostos de cada um para também não estarmos a retirar o utente completamente das atividades que já...que sempre fez ao longo da sua vida”*.

O Animador segue a mesma linha de pensamento da Enfermeira pois refere a importância do conhecimento dos gostos do cliente de forma a ajustar as atividades ou criar atividades que satisfaçam o cliente – *“ (...) perceber os gostos do cliente e tentamos arranjar atividade...que vão ao encontro dos seus gostos, ou até atividades que não existiam, poderemos até criar essa atividade de encontro ao interesse pessoal do cliente (...)”*.

A Psicóloga refere a importância de conhecer bem os clientes para poder trabalhar com eles e com os seus familiares, no sentido de adequar as suas expectativas e motivações à sua nova realidade, dado que a institucionalização é uma grande mudança na vida dos clientes – *“De facto consegue-se fazer um levantamento de todas as áreas de interesse do utente ou do cliente neste caso, assim como das suas necessidades e objetivos (...) dado que a institucionalização altera completamente a vida e as rotinas do cliente é quase sempre necessário também trabalhar com o cliente e familiares as suas motivações e expectativas por forma a adequar à nova realidade (...)”*.

A Assistente Social salienta que todo o percurso do cliente na Instituição desde o primeiro dia até à cessação do contrato está presente o trabalho do Assistente Social e que este é feito tendo em atenção os interesses, gostos, necessidades e respeito pela individualidade do cliente – *“Considero que o trabalho do Técnico Superior de Serviço Social está presente em todo o percurso do cliente na instituição, desde o primeiro dia até que haja cessação de contrato, e é isso que diferencia esta área de todas as outras, Gere o percurso e o processo do cliente tendo sempre em atenção os interesses, gostos, necessidades e respeitando sempre a individualidade de cada um”*.

Para a Diretora Técnica o PI é o único instrumento que permite fazer uma intervenção focalizada no indivíduo, ao nível dos seus interesses objetivos, personalidade, necessidades e expectativas – *“ (...) o PI é o expoente máximo da intervenção individualizada do idoso. Na verdade, e atualmente, este é o único instrumento disponível que nos permite individualizar ao máximo a intervenção, focarmo-nos nas necessidades de intervenção individuais e não grupais. O PI, na estreita dependência da avaliação diagnóstica, permite-nos conhecer, identificar e intervir ao nível da individualidade de cada um dos nossos clientes, focalizando-se nos*

interesses individuais de cada um, nos seus objetivos, na sua personalidade, nas suas necessidades e expectativas”.

5.5. A Participação Ativa do Cliente e/ou Significativos em todas as Fases do Processo

A Enfermeira considera que é muito importante a participação do cliente ou familiares para que a intervenção não seja desadequada e que a adaptação à Instituição seja facilitada – *“É importante que o cliente participe ativamente no PI, não é?! É para conhecer bem o cliente, sabermos aquilo que pudermos fazer pelo cliente, conhecermos aquilo que o cliente não gosta de ser abordado e ter algum respeito por isso, e claro também é importante envolvermos a família ou familiar de referência nas fases do processo do PI para estarmos a fazer intervenções e cuidados que sejam desadequadas para não causar prejuízo no utente, para também não prejudicarmos o processo de adaptação à Instituição”.*

O Animador refere que com a participação do cliente e/ou significativos torna-se mais fácil perceber quando uma atividade não se encaixa no cliente e deste modo procura-se ir de encontro aos interesses do cliente potenciando a sua participação e interesse – *“ (...) se houver uma atividade que não se encaixe no cliente vamos tentar arranjar, né?! de certo modo, arranjar outras atividades(...) deste modo também podemos vir a ter uma evolução a vários níveis, nomeadamente a nível de participação e interesse”.*

A Psicóloga também salienta que a participação do cliente e/ou familiares é importante desde o início do processo pois assim é possível que o PI seja adequado a cada individuo – *“ (...) de facto o cliente e os seus significativos ammm...é super importante que participem desde o início do processo já que é feito um levantamento das áreas de interesse, dos gostos pessoais, das necessidades básicas, das rotinas que o cliente tinha anteriormente à institucionalização, por forma a adequar o PI para cada cliente e só assim fará sentido”* e permite também que se vão fazendo alterações ao longo do tempo consoante o interesse e necessidades do cliente – *“ (...) este plano pode ser adaptado ao longo do tempo consoante as necessidades, as maiores dificuldades, alterações clínicas ou outras situações ou o cliente/utente pedir para ser feito de uma ou de outra forma e nós através do PI estamos sempre abertos a essa possível alteração”.*

A Assistente Social refere que é importante que a Instituição tenha um contexto humanizado, personalizado e que tenha em conta as necessidades dos clientes, com vista à promoção qualidade de vida conduzindo a um envelhecimento ativo, autónomo e integrado – *“É fundamental que a Instituição se constitua como um contexto humanizado, personalizado, e que tenha em conta as efetivas necessidades de cada cliente, dando sempre a possibilidade de aceder a serviços de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção de qualidade de vida e para a condução de um envelhecimento sadio, autónomo, ativo e plenamente integrado”.*

A Diretora Técnica revela que o PI permite que o próprio cliente e/ou os significativos manifestem a sua vontade e participem na sua elaboração o que por sua vez permite aferir pormenores que enriquecem a intervenção e consolidam o PI – *“O PI assume a sua plenitude ao permitir que o próprio cliente e/ou os significativos manifestem a sua vontade e participem na sua elaboração. Desta forma, conseguimos garantir que o PI vai ao encontro da própria especificidade e individualidade do cliente. A participação do próprio cliente e dos significativos garante que a intervenção vai diretamente ao encontro das necessidades do cliente e, acima de tudo, ao encontro das suas expetativas, ou seja, mesmo que não seja uma necessidade expressa, o cliente pode ter determinada expetativa que pretende ver satisfeita ou vice-versa e apenas com a sua intervenção direta é possível aferir estes pormenores que enriquecem e consolidam o PI”*. Importa ainda mencionar a descrição de operacionalização do PI pela Diretora Técnica e Coordenadora da Equipa – *“O processo inicia com a gestão do acolhimento do idoso. Nesta fase, fazemos o acompanhamento da sua integração, monitorizando o seu curso, nomeadamente no que diz respeito às dificuldades sentidas pelo idoso. Essas dificuldades, normalmente são colmatadas durante o processo de integração. No entanto, se isso não acontecer, são sinalizadas para o PI. Entre o 15º dia e o 30º, é efetuada a avaliação diagnóstica do idoso. Esta avaliação é realizada pela equipa multidisciplinar (Assistente Social, Psicólogo, Animador sociocultural e Enfermeiro) e foca as várias áreas de intervenção. A partir da avaliação efetuada, são estabelecidos os objetivos de intervenção de acordo com as principais dificuldades detetadas e com as necessidades e expetativas do cliente. Cada técnico elabora a sua parte do PI, e a versão final é consolidada em reunião de equipa multidisciplinar. Após a definição dos objetivos de intervenção, cada técnico implementa as estratégias de intervenção necessárias para atingir os objetivos propostos. Ao longo do PI, este vai sendo alvo de monitorização, avaliação e reformulação, se necessário. Desta forma, conseguimos garantir que se encontra a ser implementado e que os objetivos estão a ser devidamente trabalhados pela equipa para cada idoso. No final dos 12 meses de duração do PI, efetua-se a avaliação dos objetivos cumpridos e nova avaliação diagnóstica. Após esta análise elabora-se um novo PI com novos objetivos ou com diferentes metas para os objetivos já existentes anteriormente. Ao longo da intervenção, os técnicos vão mantendo os registos necessários para monitorizar a evolução do cliente e, assim, monitorizar o cumprimento dos objetivos. É importante referir que, por vezes, é necessário rever o PI antes dos 12 meses. Acontece, por exemplo, quando um idoso sofre um AVC ou outro qualquer episódio que determine grandes alterações ao nível da avaliação diagnóstica que se torna necessário repetir, dando lugar a um novo PI”*.

6. Apresentação dos dados das entrevistas aos idosos através da aplicação da Ficha de Avaliação Diagnóstica com vista à elaboração do PI.

Com o intuito de dar cumprimento aos objetivos propostos neste estudo e de acordo com os objetivos para o qual o PI foi desenvolvido conforme o ponto 3.2 do capítulo III, assentes nas necessidades e expetativas dos indivíduos, procura-se reconhecer as representações do idoso sobre a deficiência ou incapacidades, o seu projeto de vida, as

suas necessidades e expectativas relativamente aos serviços e colaboradores a envolver. As entrevistas foram realizadas com os próprios idosos institucionalizados que compõem a população alvo secundária do presente estudo, exceto o caso 4, que dado o problema de saúde diagnosticado – demência de Alzheimer, foi realizada com o seu familiar, o marido. Para este efeito suportámo-nos das fichas de avaliação diagnóstica da instituição (cf. Anexo V).

6.1. Os objetivos de vida destes idosos institucionalizados e o que procuram fazer no seu dia-a-dia:

Caso 1: *“Procuro não fazer nada. Descansar”*.

Caso 2: *“Não queria dar tanto trabalho como estou a dar.”*

Caso 3: *“Atualmente pouco posso fazer, não tenho mobilidade. Quero ver o meu filho bem para que eu possa estar bem. De resto faço tudo o que me solicitarem, porque gosto de me manter ativa. Pretendo continuar a dar os meus passeios na rua”*.

Caso 4: *“Desejo o melhor para a minha esposa. Sinto muita falta da sua companhia “ – Familiar (Marido)*

Caso 5: *“Morrer e ir para o céu. Agora não posso fazer muito e dependo de todos...esta situação deixa-me triste”*.

6.2. Quais os apoios que necessitam para concretizarem os seus objetivos

Caso 1: *“Já não quero pensar em nada, já não tenho contas a pagar”*.

Caso 2: *“Peço a Deus que me dê saúde para melhorar”*.

Caso 3: *“Para continuar a dar os meus passeios, preciso de pedir autorização para sair às funcionárias. Devo também informar quando regresso”*.

Caso 5: *“Preciso de saúde, e isso ninguém me pode dar”*.

6.3. Relativamente às expectativas que tem dos serviços da ERPI e como consideram como esses serviços podem contribuir para apoiar a sua vida, assim como satisfazer as suas necessidades

Caso 1: *“Não preciso de mais nada, aqui encontro tudo o que necessito. No entanto tenho vontade de regressar a casa”*.

Caso 2: *“Espero que me ajudem a melhorar”*.

Caso 3: *“Espero que me deem os medicamentos que preciso, sem falhas, mesmo aqueles que só tomo em SOS. De resto está tudo bem, a comida é boa e respeitam os meus hábitos”*.

Caso 5: *“Espero que me ajudem a melhorar”*.

6.4. Quanto às expectativas que têm em relação aos colaboradores da ERPI

Caso 1: “*Não digo mal disto, ninguém me chateia mas queria ir embora para a minha casinha*”.

Caso 2: “*Que tenham saúde para me ajudarem*”.

Caso 3: “*Espero que colaborem e até ver não tenho razões de queixa*”.

Caso 4: “*Espero que a tratem bem*”. – Familiar (Marido)

Caso 5: “*Desejo que me tratem bem*”.

6.5. Relativamente às relações familiares, com quem preferem estar ou conviver

Caso 1: “*Preferia estar com a família (filhos, netos, noras e genros)*”.

Caso 2: “*Preferia estar com as minhas filhas, mas não gosto de incomodar porque uma está empregada e a outra está a cuidar dos netos*”.

Caso 3: “*Preferia estar com o meu filho e a minha afilhada*”.

Caso 5: “*Preferia estar com a minha família (...) a família que tenho é muito boa*”.

7. Triangulação de dados

7.1. Equipa Técnica

Pela recolha de dados apresentada verifica-se que todos os entrevistados estão empenhados no processo de implementação do SGQ na instituição, pese embora se tenham deparado com alguns constrangimentos. O Animador, a Enfermeira, a Assistente Social, e a Diretora Técnica apontaram o tempo absorvido pelo cumprimento dos requisitos inerentes à implementação do SGQ como um dos principais constrangimentos. No entanto, foram enumerados outros, tais como, o revelado pela Enfermeira que se prende com a dificuldade na seleção de escalas mais adequadas à realidade da instituição. A Psicóloga centra-se na dificuldade que tem em quantificar as suas intervenções. A Assistente Social e Diretora Técnica referem a necessidade do envolvimento de toda a equipa multidisciplinar mas também das próprias funcionárias, pois elas também têm que estar motivadas dado que também são elas que fazem os registos. Por último, no que diz respeito a constrangimentos sentidos, a Diretora Técnica refere que para fazer face ao grau de exigência do SGQ há necessidade de reforçar equipas.

Numa análise do paralelo entre o antes e depois da implementação SGQ, todos os entrevistados revelaram que já adotavam alguns dos procedimentos atuais, no entanto, nada ficava registado, tal como no caso da equipa de Enfermagem, em que, as

informações relativas aos utentes eram passadas de colega para colega. Com a implementação do SGQ houve a obrigatoriedade dos registos, o que veio dar uma maior visibilidade ao trabalho que era feito pelos profissionais na instituição como foi o caso da Animação, na qual se verificou, pela análise destes registos, que com os clientes mais dependentes apenas se trabalhava nas datas festivas. Como aspetos positivos, os entrevistados mencionaram a maior articulação do trabalho com os outros profissionais, melhoria do serviço, mais sistematização e reorganização, o que leva a resultados mais positivos. Por outro lado, também foi referido a necessidade de alteração dos impressos existentes e adequá-los à exigência do SGQ.

No que diz respeito à evidência do trabalho desenvolvido todos os intervenientes assumiram que o registo evidencia o trabalho feito, como foi feito e quando foi feito, mencionam também que numa perspetiva individual obriga a uma reflexão sobre o cliente e numa perspetiva interdisciplinar leva a uma discussão sobre o que é melhor para o cliente de acordo com as suas necessidades, gostos e expetativas específicas. É também uma forma de promover a responsabilização quer individual quer coletiva. Os documentos procedentes dos registos são elementos importantíssimos de análise para a melhoria contínua. Todos os entrevistados consideram o PI muito importante, porque contém registos que permitem um conhecimento aprofundado de cada cliente, o que por sua vez facilita um trabalho individualizado. É importante para adequar as atividades, a realização com o cliente, de modo a adequar-se aos seus gostos e expetativas, de forma a facilitar a sua integração e adaptação à instituição tendo sempre em vista a promoção da qualidade de vida do cliente.

Não obstante, referem que é pormenorizado e extenso, e que absorve um tempo considerável no seu preenchimento, não restando tempo para o relacionamento com os clientes. Os objetivos para os quais o PI se propõe são pertinentes, pois visam a qualidade dos serviços nas respostas sociais, mas do ponto de vista da Equipa Técnica a sua exequibilidade fica aquém do que seria desejável, todos os entrevistados referem que absorve demasiado tempo em termos de registos.

7.2. Idosos e Família

Pela recolha de dados apresentada e pelo contato que foi possível com as famílias dos cinco idosos entrevistados, aferiu-se que apenas o caso 3 é que procurou a opção de institucionalização por vontade própria, os restantes aceitaram esta imposição da família dada a sua impossibilidade para os ter ao seu cuidado. Assim, a resposta que dão

relativamente aos seus objetivos de vida atuais e ao que precisam para os concretizar é reveladora desta contrariedade. Apresentam-se como alguém que já não tem objetivos de vida (Caso 1), que se vê como dependente, improdutivo e incapaz (Caso 2 e Caso 5), e que perdeu o gosto pela vida expressando sentimentos de tristeza e ausência de vontade de viver (Caso 5), no entanto, ainda com esperança de melhorar o seu estado de saúde (Caso 2). Somente o Caso 3 revela gosto por se manter ativa.

No que diz respeito às expectativas que têm relativamente à instituição e como consideram que esta os pode ajudar a satisfazer as suas necessidades, foram unânimes no desejo de serem bem tratados e na expectativa de ajuda no melhoramento do seu estado de saúde, inclusivamente o familiar do caso 4. No entanto, o caso 1 acrescenta que deseja regressar à sua casa.

Quanto às relações familiares, todos revelam que preferiam estar com a família inclusivamente o Caso 4, que manifesta saudades do seu familiar (esposa).

8. Análise Reflexiva sobre a Dinâmica e Aplicabilidade do PI no contexto da atuação profissional do Assistente Social

Nos pontos anteriores do presente capítulo (5, 6 e 7), procedeu-se à apresentação e triangulação dos dados recolhidos na aplicação das entrevistas à equipa técnica e aos idosos. Seguidamente tecem-se algumas considerações reflexivas dos dados qualitativos obtidos, de acordo com os critérios e análise definidos, tendo em conta, os aspetos essenciais face ao tema e objeto de estudo da presente pesquisa.

Conforme mencionado na Parte II, no ponto 2.3, deste trabalho, o SGQ tem como principal objetivo assegurar a qualidade dos serviços prestados de forma a satisfazer os seus clientes, porém este nível de qualidade deve ser alcançado ao mínimo custo. Neste sentido, as instituições do Terceiro Setor, das quais destacamos a resposta social ERPI, indo de encontro aos objetivos deste estudo, foram desafiadas, pelo ISS, IP para a implementação deste sistema.

Neste contexto de implementação do SGQ, do ISS, IP existem vários processos chave, conforme mencionado anteriormente no ponto 3.2., dos quais destaca-se o PI como objeto de estudo da presente pesquisa. Pelos registos necessários apresentados no impresso correspondente (cf. Anexo VI) ao PI, verifica-se que este espelha todos os outros processos chave. Queremos com isto dizer que, qualquer pessoa que olhe para o PI de qualquer idoso, independente de ser o Diretor Técnico ou não daquela Instituição, pode ter uma visão quase de “RX” desse mesmo idoso. Quais são as suas

potencialidades, qual o seu projeto de vida, que tipo de atividades se está a realizar e quais as que se perspetivam realizar, qual o seu diagnóstico clínico, que cuidados se está a ter com a sua imagem, com a sua saúde, etc., enfim, uma série de aspetos importantes, legíveis apenas num só impresso (cf. Anexo VI). Não queremos no entanto dizer, que anteriormente o Diretor Técnico e a Equipa Técnica não tinham exatamente esta visão de todos os seus idosos, mas o facto, é que não tinham evidências escritas, sendo este um dos requisitos para a qualificação, isto é, a qualidade é sinónimo de evidências, neste caso em impressos. O PI vem uniformizar todos os registos, bem como a sua metodologia, permitindo assim uma linguagem única a todas as Instituições, o que facilita a passagem da informação.

Outro aspeto importante a salientar, no que diz respeito ao PI, é o facto de este ser um *input* do Plano de Atividades, ou seja, é através do PI que se vai perceber quais são as atividades a fazer com cada idoso ou grupos de idosos, no sentido de ir de encontro às suas expectativas, mesmo às dos mais dependentes. Porque há sempre algo a fazer, quer com os que estão motivados e participam nas atividades, quer com os mais dependentes cuja estratégia de ação tem que ser diferente pois o objetivo é motivá-los, nem que seja para atividades de cariz religioso, ou para a audição de uma leitura, ou mesmo para uma conversa sobre qualquer assunto do seu interesse. Neste sentido, a elaboração do PI permite também uma gestão mais eficaz, porque através dele é possível identificar as necessidades da Instituição, ou seja, onde é que é realmente necessário investir, por exemplo, se é necessário investir em determinado tipo de atividades fora da instituição, ou num (a) Animador(a) para determinado tipo de atividades, ou se é necessário estabelecer parcerias, entre outros, isto é, o PI vai ser também um *input* do Plano de Contas. Por tudo isto, pode concluir-se que o Plano Individual é a base de tudo o que se faz com os clientes, permitindo assim dinamizar a Instituição.

Importa ainda salientar que a denominação cliente é a que se utiliza na instituição fruto da gestão e *gerencialismo* assente na evidencia, na eficácia, na eficiência e na avaliação dos resultados, no entanto para o Serviço Social a denominação de utente é a que mais serve para denominar alguém que tem direitos.

Em síntese, podemos apontar potencialidades e constrangimentos relativamente à implementação do PI.

Tabela 3:Potencialidades e Constrangimentos do Plano Individual

Potencialidades	Constrangimentos
<ul style="list-style-type: none"> - contém registos importantes, como por exemplo os relativos à saúde e ao diagnóstico clínico e também os relacionados com integração diária, acompanhamento e da adaptação dos utentes; - Possibilidade de adequação a cada realidade permitindo assim, fazer um trabalho individualizado que traz benefícios tanto para o cliente como para a instituição; - Permite avaliar as necessidades de cada um e adequar as respostas identificando mais necessidades que potencialidades; - Importante porque pode sempre confrontar os familiares com determinadas reclamações; - Vai sintetizar todos os outros processos – chave. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispêndio de tempo com procedimentos burocráticos , limitando a ação relacional; - Registos pormenorizados e repetitivos; - Falta de formação de funcionárias, pouco habituadas a registos; - Insuficiência de recursos-humanos.

Porém, o propósito para o qual o PI foi concebido, isto é, avaliar as necessidades e expectativas, numa perspectiva holística do indivíduo, com o objetivo de o satisfazer assegurando-lhe o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, pode ser posto em causa, pelos princípios inerentes ao próprio SGQ, ou seja, atingir a excelência da qualidade ao mínimo custo. No entanto, para que o processo de envelhecimento e de adaptação à instituição decorra de forma digna é necessário estabelecer relações com os vários membros da equipa técnica multidisciplinar de forma a que se possa trabalhar com o idoso a todos os níveis, com vista à sua satisfação e qualidade de vida. Ora isto ultrapassa em larga medida o carácter burocrático imposto pela obrigatoriedade do preenchimento de impressos do SGQ. Não queremos com isto dizer que os registos não são importantes, pelo contrário, os registos em si não constituem um problema, pois permitem a sistematização do serviço e uma visão holística do indivíduo, conforme acima já mencionado. O que defendemos, é que é igualmente importante, para o cumprimento dos desideratos do SGQ e concretamente do PI, a questão dos recursos humanos, isto é, para que se cumpram os requisitos burocráticos inerentes ao PI e a necessidade do estabelecimento de relações com os idosos é necessário o aumento de recursos humanos. Esta visão humanística entra em contradição com um dos princípios do SGQ, que se prende com a necessidade de sustentabilidade das instituições que obriga a uma gestão estratégica e operacional, eficiente e participada dos recursos

disponíveis (Amaro, 2012). Estes princípios de gestão corroboram a visão de Dominelli (2004), os quais denomina de *gerencialismo*, pois entende-os “*como uma crescente supremacia dos princípios da gestão aos campos da intervenção profissional*”, isto é, uma reestruturação de serviços orientados para o mercado (2004, p. 14). Centrando-nos especificamente no Serviço Social, remete-nos para aplicação de um sistema burocrático à prática profissional.

A modalidade de gestão por processos permite uma gestão mais incisiva atribuindo responsabilidades aos respetivos intervenientes e definindo objetivos para a execução do serviço e para a sua melhoria, no entanto, sujeita também o profissional ao exercício de uma prática tendencialmente tecnicista o que nos remete para o perfil científico burocrático assente na eficiência, na objetividade e no procedimento racional.

O discurso dos profissionais entrevistados evidenciam a *tecnificação* dos procedimentos que lhe é imposta e aos quais têm de se adaptar, referindo como constrangimentos e limitações as dificuldades na gestão do tempo para a compreensão e relacionamento próximo com o utente/cliente. Conforme mencionado os registos em si não constituem um problema, mas quando a sua execução não dá espaço à reflexividade tornam-se um elemento redutor de uma prática profissional baseada na relação assente numa postura crítica e reflexiva o que põe em causa os próprios princípios e valores da profissão. Daqui decorre o risco de uma desprofissionalização do Serviço Social, tornando os profissionais em meros executores de tarefas.

Neste sentido, considera-se importante a articulação das duas perspetivas: a perspetiva assente no perfil científico-burocrático, que se baseia na evidência, e a perspetiva assente no perfil científico- humanista que se baseia na relação. De forma a existir entre a teoria e a prática uma relação permanente e mútua de construção e desconstrução colocando o Assistente Social numa postura mais reflexiva do que normativa no exercício da sua atividade profissional (Amaro, 2012).

Em suma, na nossa perspetiva há uma contradição patente nos objetivos deste modelo de SGQ, por um lado, a preocupação com a sustentabilidade das instituições apostando na eficiência e eficácia e por outro, a satisfação e promoção da qualidade de vida dos indivíduos. Estes dois aspetos podem não ser compatíveis, pois se a obtenção de eficiência e eficácia implica cortes nos recursos humanos, será difícil que a sua implementação cumpra os objetivos para os quais foi concebido. Assim como grandes constrangimentos apontamos os procedimentos burocráticos e o número insuficiente de recursos humanos. Neste sentido, há que reavaliar e refletir até que ponto a

implementação deste SGQ, não fica condicionada a estas mudanças no âmbito da instituição, pondo em risco a excelência a que se propõe.

Pelo exposto, propõe-se como estratégia de intervenção, a criação de programas que simplifiquem o registo, de forma a permitir uma intervenção baseada no trabalho relacional com os clientes. Para tal, sugere-se a realização de um estudo mais aprofundado e com uma amostra mais representativa sobre a implementação do PI nas instituições e a auscultação dos profissionais do terreno, de forma a responder às suas necessidades e realidades.

CONCLUSÃO

A apresentação do trabalho final de mestrado comporta a possibilidade de opção da modalidade estágio com apresentação de monografia. Esta é uma forma importante de desenvolver uma pesquisa qualitativa, no sentido de aprofundar conhecimentos a partir da realidade prática onde se exerce a profissão. Assim, para além do exercício das técnicas inerentes à pesquisa foi também possível adquirir um conjunto de competências próprias do exercício da prática profissional (desde a organização à sistematização, entre outros) bem como competências relacionadas com a dimensão relacional.

Desta forma, o estágio constituiu uma importante experiência e uma nova forma de aprendizagem fundamental para a formação em Serviço Social, permitindo assim consolidar os conhecimentos teóricos adquiridos e fazer a articulação destes com a prática. Neste sentido, o estágio enquanto período de formação profissional, proporcionou à estagiária um contacto com a realidade institucional/profissional, sendo uma experiência enriquecedora, quer ao nível da aprendizagem, observação e prática profissional, quer ao nível pessoal.

Quanto ao processo de integração, este foi bastante facilitado, pois a estagiária encontrou disponibilidade e apoio quer por parte da orientadora, quer por parte dos outros membros da Equipa Técnica. Assim, o estímulo, o apoio e a orientação técnica da orientadora e co-orientadora, juntamente com pesquisa bibliográfica, permitiram à estagiária uma melhor compreensão da prática profissional e do conhecimento teórico que lhe está subjacente.

BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque, C. (2014). Pensamento e Planeamento Estratégico na Intervenção Social: o enfoque na qualidade e na inovação. In Carvalho, M.(coord.), *Serviço Social - Teorias e Práticas* (pp. 163-180). Lisboa: Pactor.
- Almeida, H. N. (2006). Elogio da Prática como Fonte de Teoria. Estudos e Documentos, *Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social*,(nd), pp. 1-26.
- Almeida, H. N. (2013). Envelhecimento, Qualidade de Vida e Mediação Social Profissional na Saúde. In M. Carvalho (coord.), *Serviço Social na Saúde* (pp. 144-147). Lisboa: Pactor.
- Amaro, I. (2012). *Urgências e Emergências do Serviço Social - Fundamentos da profissão na contemporaneidade*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Ander-Egg, E. & Idáñez, M. (1998). *Como elaborar um projeto. Guia para desenhar projetos sociais e culturais*. Lisboa: Lumen-CPIHTS.
- António, N. & Teixeira, A. (2009). *Gestão da Qualidade de Deming ao Modelo de Excelência da EFQM*. Lisboa: Sílabo.
- APCER. (2003). *Guia Interpretativo ISO 9001:2002*. Leça da Palmeira: Associação Portuguesa de Certificação.
- APCER. (2010). *Guia Interpretativo ISO 9001:2008*. Leça da Palmeira: Associação Portuguesa de Certificação.
- Ballestros, R. & Rodríguez, J. (2000). Ambiente y Vejez. In Ballestros, R., *Gerontología Social* (pp. 259-260). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bandeira, A. (2009). Estudo de Avaliação das Necessidades dos Sêniores em Portugal. In F. C. Gulbenkian, *O Tempo da Vida - Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento* (pp. 135-149). Cascais: Principia.
- Bogdan, R. & Bilken, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.

- Bordalo, F. & Cruz, M. (2010). *Gestão de Instituições Particulares de Solidariedade Social*. Braga: Célula 2000.
- Brocka, B. & Brocka, M. (1992). *Quality Management: implementing the best ideas of the masters*. Illinois: Business One Irwin.
- Cabral, A. C. (2002). *A Qualidade em Portugal: tendências, qualificação e formação*. Lisboa: Instituto para a Inovação na Formação.
- Carreira, H. (1996). *As Políticas Sociais em Portugal*. Lisboa: Gradiva.
- Carreira, M. & Dâmaso, E. (2009). *Portugal que Futuro ? O tempo das mudanças inadiáveis*. Objetiva.
- Carvalho, J. (2009). *Metodologias do Trabalho Científico «Saber-Fazer» da Investigação para dissertações e teses*. Lisboa: Escolar Editora.
- Carvalho, P. (1989). *A magia da idade Reflexão Médico-Sociológica sobre o Envelhecimento*. Coimbra: Edição do Autor.
- Coutinho, M. (2003). *Economia Social em Portugal - A Emergência do Terceiro Sector na Política Social*. Lisboa: CPITHS e APSS.
- Deming, W. (1994). *The New Economics: for industry, government, education*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (2006). *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artemed.
- Dominelli, L. (2004). *Social Work - Theory and practice for a changing profession*. Cambridge: Polity Press.
- Dominelli, L. (2013). O Serviço Social com Idosos: intervenção orientada para o mercado e para serviços universais. In Carvalho M.(coord.), *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 67-79). Lisboa: Pactor.
- Dooley, L. (2002). *Case Study Research and Theory Building. Advances in Developing Human Resources*.

- Eco, U. (2015). *Como se faz uma Tese em Ciências Humanas*. Milão: Editorial Presença.
- Firmino, H. F. (2006). O registo de dados em instituições. In Firmino, H. (editor), *Psicogeriatría* (pp. 531-532). Coimbra: Editora Psiquiatria Clínica.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontana, A. & Frey, J. (1994). Interviewing: the art of science. In Denzin, N., *Handbook of Qualitative Research* (pp. 261-376). Newsbury Parke: Sage.
- Gordenker, L. & Thomas, G. (1995). *NGO participation in the international policy press*, in Higgott, (2000), pp. 413-425.
- Group, T. W. (1995). *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e formas de uso*. Cascais: Principia.
- Guia, S. (2011). *Impactos da implementação da Norma ISO 9001:2008 nas IPSS: Estudo de Casos Múltiplos*. Tese de Mestrado (não publicado), Universidade Católica Portuguesa, Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais, Centro Regional das Beiras – Pólo de Viseu.
- Hespanha, P., Monteiro, A., Ferreira, A., Rodrigues, F., Nunes, M., Hespanha, M., Hoven, R. & Portugal, S. (2000). *Entre o Estado e o Mercado: as fragilidades das instituições de proteção social em Portugal*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Iamamoto, M. (1996). *O Serviço Social na Contemporaneidade: os fundamentos teórico-metodológicos e técnico-operativos do trabalho profissional*. Brasília: Sesi-DN.
- Juncá, D. (2012). A teoria é uma coisa mas a prática não pode ser outra. *O Social em Questão*, Ano XV - nº 27, pp. 179-192.

- Lima, M. (2010). *Envelhecimento(s)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Meirinhos, M. & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *Revista de Educação, II*, pp. 49-65.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Oliveira de Azeméis : Livpsic.
- Payne, M. (2002). *Teoria do Trabalho Social Moderno*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Payne, M. (2009). Management and Managerialism. In Adams R. D., *Practising Social Work in a Complex World*. London: Macmillan.
- Pires, A. (2012). *Sistemas de Gestão da Qualidade - Ambiente, Segurança, Responsabilidade Social, Indústria, Serviços, Administração Pública e Educação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Planeamento, G. (2014). Obtido em 5 de Dezembro de 2015, de Carta Social: <http://www.cartasocial.pt/index1.php>
- Pontes, J. (2012). Promoção da Qualidade de Vida. In Moura C., *Processos e Estratégias do Envelhecimento - Intervenção para o Envelhecimento Ativo* (pp. 289-296).Lisboa. Euedito.
- WHO Population, W. -W. (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, H. (2001). Qualidade de Vida e Envelhecimento. In Archer L., J. Biscaia, & Osswold, W., *Novos Desafios à Bioética* (pp. 225-231). Porto: Porto Editora.
- Rodríguez, G. F. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Services, E. (s.d.). Obtido em 5 de Janeiro de 2016, de Apresentação e Estratégia para Implementação em Portugal: http://www.poph.qren.pt/upload/docs/eixos/6_4_EQUASS.pdf

Social, S. (2007). *Modelo de Avaliação da Qualidade - Estrutura Residencial para Idosos*. Lisboa: ISS, IP.

Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.

Unidas, A. C. (2004). *Direitos Humanos e Serviço Social - Manual para Escolas e Profissionais de Serviço Social*. Genebra: Nações Unidas.

Vásquez, R. & Angulo, R. (2003). *Introducción a los estudios de casos. Los primeros contactos con la investigación etnográfica*. Málaga: Ediciones Albije.

Vicente, A. A. (2005). *Manual de Boas Práticas - Um Guia para o Acolhimento Residencial das Pessoas mais Velhas*. Lisboa: ISS, IP.

Yin, R. (2005). *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Documento Legais:

Constituição da República Portuguesa de 2008, Assembleia da República: regulamenta a constituição da República Portuguesa, nomeadamente, os princípios fundamentais, os direitos e deveres fundamentais, os direitos e deveres económicos, sociais e culturais e a organização do poder político.

Despacho Normativo N° 12/98, Diário da República, de 25 de Fevereiro. Diário da República n° 47/98 - I Série B. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa. (Regulamenta as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares).

Decreto-Lei N°119/83, de 25 de Fevereiro. Diário da República N°46/83 - Iª Série. Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa. (Regulamenta o estatuto das instituições particulares de solidariedade social).

APÊNDICES

Apêndice I: Consentimento Informado

Eu _____ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Sandra Pedro Morais, aluna da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, orientada pela Professora Mestre Rosa da Primavera na investigação a desenvolver no âmbito do Mestrado em Serviço Social, na Santa Casa da Misericórdia.

A investigação tem como principal objetivo a observação, análise e compreensão da implementação do Plano Individual, na Instituição.

A minha participação neste estudo é voluntária podendo desistir a qualquer momento, sem prejuízo para mim.

Tenho conhecimento de que a entrevista será gravada, sendo que as informações obtidas são confidenciais e só serão utilizadas para fins de investigação, e a minha identidade nunca será revelada.

Assinatura:

Data: ___/___/_____

Apêndice II: Guião da Entrevista da Equipa Técnica

No âmbito do Mestrado em Serviço Social, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, estamos a desenvolver uma investigação que tem como objetivo principal a observação, análise e compreensão da implementação do Plano Individual, nas Instituições Particulares de Solidariedade Social do concelho da Mealhada que prestam apoio à terceira idade, concretamente na resposta social Estrutura Residencial para Idosos.

Pretende-se com a presente pesquisa expressar a importância do plano individual na qualidade de vida de todos os utentes/clientes (mesmo os mais dependentes), num contexto humanizado, personalizado e que tenha em conta as efetivas necessidades específicas de cada situação.

Agradecemos a sua colaboração. Não existem respostas certas ou erradas. Toda a informação disponibilizada é tratada de forma sigilosa e confidencial e utilizada apenas para os fins desta investigação.

Caracterização do entrevistado

Categoria Profissional	Formação Académica				Experiência Profissional (ANOS)			
	LIC	MEST	DOUT	OUTROS	0 – 1	1-5	5-10	+10
AS								
PSI								
ENF								
ANI								

1 – Com que constrangimentos se deparou neste processo de implementação ou certificação? Existe um antes e um depois SGQ, relativamente aos procedimentos?

2 – Que diferenças a nível de procedimentos e resultados considera importantes referir no paralelo do antes processo de certificação – SGQ e depois SGQ?

3 – Considera que o registo dos procedimentos permite evidenciar o trabalho desenvolvido pelos diversos especialistas da equipa, quer na perspetiva individual quer na perspetiva da sua interdisciplinaridade?

4 – Em termos de Plano Individual, qual é a opinião que tem relativamente à sua importância:

1º - No que concerne à abordagem holística que consegue fazer do individuo?

2º - Relativamente à sua individualização e personalização (interesses, objetivos, idiosincrasias)?

3º- No que diz respeito à participação ativa do cliente e/ou significativos em todas as fases do processo?

Apêndice III: Guião da Entrevista da Diretora Técnica e Coordenadora de Equipa

No âmbito do Mestrado em Serviço Social, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, estamos a desenvolver uma investigação que tem como objetivo principal a observação, análise e compreensão da implementação do Plano Individual, numa Instituição Particular de Solidariedade Social da zona centro que presta apoio à terceira idade, concretamente na resposta social Estrutura Residencial para Idosos.

Pretende-se com a presente pesquisa expressar a importância do plano individual na qualidade de vida de todos os utentes/clientes (mesmo os mais dependentes), num contexto humanizado, personalizado e que tenha em conta as efetivas necessidades específicas de cada situação.

Agradecemos a sua colaboração. Não existem respostas certas ou erradas. Toda a informação disponibilizada é tratada de forma sigilosa e confidencial e utilizada apenas para os fins desta investigação.

Caracterização da Instituição

RESPOSTA SOCIAL	CATEGORIA		CAPACIDADE	Nº DE UTENTES	PARCERIAS		QUADRO DE PESSOAL	
ERPI	IPSS				CMM		AS	
	Misericórdia				Bombeiros		PS	
	Associação						ENF	
	Fundação						Eng.Alm.	
							Aj Famil.	

Caracterização do entrevistado

Categoria Profissional	Formação Académica		Experiência Profissional	
DT	AS		0 – 1 anos	
	PSI		1 – 5 anos	
	ENF		5 - 10 anos	
	Outros		+ 10	

1 – Tendo em conta o imperativo da Segurança Social para a implementação da Qualidade e tendo conhecimento que a vossa intuição já se encontra a dar os primeiros passos neste processo, qual foi o modelo adotado e porquê?

2 – Enquanto Coordenadora de Equipa quais são as suas grandes preocupações:

- Quer ao nível do financiamento;
- Quer ao nível do procedimento interno.

3 – Considera que o registo dos procedimentos promove o trabalho desenvolvido pelos diversos especialistas da equipa quer na perspetiva individual quer na perspetiva da sua interdisciplinaridade.

4 – Do ponto de vista da coordenação, e em termos de Plano Individual, qual é a opinião que tem relativamente à sua importância:

- 1º - No que concerne à abordagem holística que consegue fazer do indivíduo?
- 2º- Relativamente à sua individualização e personalização (interesses, objetivos, idiossincrasias)?
- 3º- No que diz respeito à participação ativa do cliente e/ou significativos em

todas as fases do processo?

5 – Enquanto Especialista de Trabalho Social, Coordenadora de Equipa e Diretora Técnica, qual é a sua perspetiva relativamente ao impacto que o Plano Individual traz na qualidade da prestação dos serviços ao cliente?

6 – Como é operacionalizado o PI?

Apêndice IV: Análise Categorical das Entrevistas Realizadas à Equipa Técnica

1. Constrangimentos

Tabela 4: Constrangimentos na implementação do Plano Individual

Diretora Técnica	<p>“ (...) pressupõe um grande envolvimento ao nível dos colaboradores, nomeadamente no que diz respeito aos quadros técnicos (...). A implementação de um sistema desta natureza exige dedicação, tempo para refletir, sistematizar e reorganizar os processos e muita formação. Além disso, implica uma grande necessidade de trabalhar em equipa multidisciplinar (...) é natural que seja necessário reforçar a equipa para fazer face a este grau de exigência. Para além do maior número de técnicos, é necessário apostar numa maior diversidade desses mesmos técnicos, abrangendo pessoas com formação académica diferenciada. (...) a maior dificuldade, ou seja, reorganizar os serviços, alterar hábitos enraizados, inculcar a necessidade de melhoria contínua e da participação ativa de todos os colaboradores. (...) os custos relacionados com a certificação e as auditorias que, numa instituição com a nossa dimensão, já são consideráveis. (...) outra preocupação prende-se com a elevada necessidade de alocação de tempo por parte da equipa técnica. É um facto que a implementação do SGO, pelo menos nesta fase inicial, exige uma grande disponibilidade por parte da equipa técnica o que nem sempre é fácil de conseguir, dada a exigência constante ao nível da gestão diária das respostas sociais.”</p>
Animador	<p>“ (...) constrangimentos é...ammm...tem mais a ver com o horário, tentar encaixar, entre aspas, os clientes todos de forma a conseguirmos fazer atividades com..., com todos...”</p>
Psicóloga	<p>“ (...) ao nível da psicologia a maior dificuldade prende-se com o facto de nem sempre ser fácil ou até possível quantificar os resultados das intervenções e das avaliações psicológicas (...) ao contrário de outras áreas não é possível, às vezes, dar um número exato sobre a nossa intervenção.”</p>
Enfermeira	<p>“ (...) aplicar escalas de enfermagem e...pronto...este foi com certeza um dos maiores constrangimentos. (...) um dos nossos maiores constrangimentos foi efetivamente reunir a equipa de enfermagem e chegar à conclusão de quais escalas é que se adequariam ao nosso trabalho (...).”</p>

Assistente Social	<i>“ (...) envolvimento de todos para a criação de um projeto em termos futuros. (...) a implementação de um SGQ não é imediato, implica uma melhoria contínua para a sua eficácia”.</i>
-------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Procedimentos

Tabela 5: Procedimentos no paralelo do antes e depois da implementação do Plano Individual

Diretora Técnica	<i>“ (...) a implementação deste sistema irá exigir uma maior sistematização e reorganização de processos. (...) é necessário, numa primeira fase, fazer um trabalho de avaliação diagnóstica para perceber quais os processos existentes e como podem ser melhorados. (...) a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade obrigou a romper com alguns hábitos e práticas adquiridas e que até eram consideradas corretas, impondo uma filosofia do bem comum e fortalecendo a comunicação entre os vários departamentos e o trabalho da equipa multidisciplinar.”</i>
ANIMADOR	<i>“ (...) os clientes que antigamente havia, quer dizer, trabalhávamos mais basicamente só com os mais ativos (...) agora o facto de termos que também abranger todos os clientes. (...) a diferença está mais, se calhar nos clientes acamados que antigamente (...) realizávamos uma atividade ou duas por ano (...) agora faz com que (...) o trabalho seja igual, tentar que seja igual para todos os clientes.”</i>
PSICÓLOGO	<i>“ (...) fundamental é a possibilidade de articular mais facilmente o trabalho de todos os profissionais e projetar objetivos para todos com o mesmo fim, ou seja, acho que há um caminho que é traçado (...) feito em conjunto em com um objetivo comum (...) acho que é mais fácil o trabalho final ter um resultado mais positivo.”</i>
Enfermeira	<i>“ (...) antes (...), já fazíamos a receção do doente e já tínhamos atenção se o utente mantinha o estado de saúde (...), não ficando assim nada muito registado, íamos passando de colega para colega, no caso da enfermagem (...) com o processo de certificação exige-nos que em cada processo de cada utente tudo fica registado e pronto!, isto acaba por permitir uma consulta rápida de cada processo e é possível então visualizar a evolução de cada utente dentro da instituição.</i>
Assistente Social	<i>“ (...) oferecendo aos clientes a garantia dos seus serviços (...). Sempre houve a preocupação e cuidado de colocar o cliente como foco de todas as atenções. (...) a implementação da SGQ criou estruturas que contribuíram para a melhoria do serviço e para a sustentabilidade da Instituição, no sentido em que a prestação de um serviço de qualidade adaptado às necessidades dos clientes,</i>

	<p>tendo como objetivo a sua satisfação, atrairá inevitavelmente novos clientes e visibilidade no exterior. (...) sobretudo houve a necessidade de reformulação da maioria dos impressos existentes, de modo a simplificar e a adequá-los às necessidades. (...) consome um espaço de tempo considerável no dia-a-dia dos técnicos e colaboradores. (...) pretende acima de tudo corresponder às expectativas e satisfação do cliente. (...) incentivo à participação de todos os elementos da organização, no sentido, de estimular e promover o trabalho em equipa.”</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. Evidência do trabalho

3.1. Individual

Tabela 6: Evidência do trabalho pelo registo dos procedimentos a nível individual

Diretora Técnica	<p>“O registo é a evidência do que fizemos, quando fizemos e como fizemos. Ou seja, através do registo garantimos a efetiva realização de determinado procedimento, promovemos a responsabilização individual e da equipa e produzimos elementos de análise importantíssimos para a melhoria contínua do sistema. Só através dos registos conseguimos manter e melhorar o sistema bem como provar a sua efetiva implementação e funcionamento.”</p>
Psicóloga	<p>“A nível individual é positivo. O facto de cada profissional se obrigar a pensar acerca do cliente, das suas necessidades e expectativas”.</p>
Enfermeira	<p>“(…) o registo de todos os procedimentos vem como é óbvio, evidenciar o trabalho de cada profissional na instituição. (...) No entanto, não poderia deixar de salientar que ao fazermos o registo individualizado de cada utente acabamos por ter menos tempo disponível para estarmos em contato direto com o utente.”</p>
Assistente Social	<p>“Cada elemento da equipa regista as necessidades específicas de cada cliente, de acordo com a sua área de atuação”.</p>

3.2. Equipa

Tabela 7: Evidência do trabalho pelo registo dos procedimentos a nível do trabalho em equipa

Diretora Técnica	<p>“Ao nível da equipa multidisciplinar, os registos permitem a integração dos vários saberes e a interligação entre os vários elementos da equipa.”</p>
Animador	<p>“(…)acho que é importante (pausa) ammm...haver essa interdisciplinaridade (...) permite-nos deste modo perceber a que níveis é que podemos incidir mais as atividades de animação”.</p>
Psicóloga	<p>“(…) sem dúvida alguma que com o registo dos procedimentos o trabalho de toda a equipa fica mais evidenciado e disso não há mesmo dúvidas. Nota-se mais</p>

	<i>facilmente a interdisciplinaridade existente e capacidade de todos os profissionais se articularem, ou seja, em vez de trabalharmos de costas voltadas há uma união muito maior. (...) o facto de os profissionais falarem mais uns com os outros, acaba por também facilitar o trabalho porque temos uma perspetiva muito mais idêntica ou dúvidas que houvessem antigamente acerca de um utente, se calhar agora com a ajuda de um enfermeiro, de um médico ou do assistente social, do psicólogo, acaba por se chegar a um consenso, o que antigamente acho que não era tão evidente.”</i>
Enfermeira	<i>“(…)permite-nos uma melhor interação entre profissionais, utentes e respetivas famílias e claro contribui para a excelência da prática dos cuidados (...). Porque ao fazermos os registos é tempo que depois não temos para estar nas atividades que envolvem os utentes (...).”</i>
Assistente Social	<i>“É sem dúvida uma forma de evidenciar o trabalho realizado quer individualmente quer numa perspetiva interdisciplinar (...) desenvolve e fomenta o espirito crítico em relação ao trabalho desempenhado, bem como estreita o relacionamento entre colaboradores.”</i>

4. Plano Individual

4.1. Abordagem Holística

Tabela 8: Plano Individual: abordagem holística

Diretora Técnica	<i>“(…) O PI é um instrumento bastante útil para a gestão da intervenção no idoso. A sua abordagem implica necessariamente uma visão holística do idoso, olhando-o de diferentes perspetivas, relacionadas com os vários técnicos intervenientes. Mediante a intervenção dos técnicos de diferentes áreas obtém-se um maior conhecimento do indivíduo, para além da especialidade de cada técnico, consegue ganhar-se a mais-valia do trabalho em equipa na ótica da corresponsabilidade e da cooperação. Desta forma, todas as intervenções estão interligadas, conseguindo uma visão holística do indivíduo. (...) na prática, e apesar da avaliação diagnóstica ser bastante abrangente e detetar várias áreas de intervenção, respeitando a visão holística e integrada do cliente, a intervenção por vezes tem de ser priorizada de acordo com as várias contingências dos serviços.”</i>
Psicóloga	<i>“(…) é de facto possível compreender o individuo na sua totalidade e globalidade e ...pronto!... a atuação é em conformidade com as suas características específicas”.</i>
Enfermeira	<i>“Em termos de PI a abordagem holística do utente é de extrema importância, permite-nos identificar os aspetos físicos, psíquicos sociais e espirituais de cada individuo e podemos então planear intervenções, atividades que vão de</i>

	<i>encontro às necessidades específicas de cada utente, permite-nos uma otimização dos cuidados. (...) É importante nós conhecermos bem cada cliente (...) e acho que é muito importante nós conhecermos os gostos de cada um para também não estarmos a retirar o utente completamente das atividades que já ammm...que sempre fez ao longo da sua vida”.</i>
Assistente Social	<i>“A valência de terceira idade (...) conta com uma equipa técnica multidisciplinar alargada das quais se destacam: assistente social, psicóloga, animador sociocultural, enfermeiro e terapeuta ocupacional. Todos são intervenientes na construção dos Planos Individuais dos clientes.”</i>

4.2. Individualização e personalização

Tabela 9: Plano Individual: individualização e personalização

Diretora Técnica	<i>“ (...) o PI é o expoente máximo da intervenção individualizada do idoso. Na verdade, e atualmente, este é o único instrumento disponível que nos permite individualizar ao máximo a intervenção, focarmo-nos nas necessidades de intervenção individuais e não grupais. O PI, na estreita dependência da avaliação diagnóstica, permite-nos conhecer, identificar e intervir ao nível da individualidade de cada um dos nossos clientes, focalizando-se nos interesses individuais de cada um, nos seus objetivos, na sua personalidade, nas suas necessidades e expetativas”.</i>
Animadora	<i>“ (...) perceber os gostos do cliente e tentamos arranjar atividades...ammm...que vão ao encontro dos seus gostos, ou até atividades que não existiam, poderemos até criar essa atividade de encontro ao interesse pessoal do cliente(...)”.</i>
Psicóloga	<i>“ De facto consegue-se fazer um levantamento de todas as áreas de interesse do utente ou do cliente neste caso, assim como das suas necessidades e objetivos, (...) dado que a institucionalização altera completamente a vida e as rotinas do cliente é quase sempre necessário também trabalhar com o cliente e familiares as suas motivações e expetativas por forma a adequar à nova realidade(...)”.</i>
Enfermeira	<i>“É importante nós conhecermos bem cada cliente (...)acho que é muito importante nós conhecermos os gostos de cada um para também não estarmos a retirar o utente completamente das atividades que já ammm...que sempre fez ao longo da sua vida”.</i>
Assistente Social	<i>“Considero que o trabalho do Técnico Superior de Serviço Social está presente em todo o percurso do cliente na instituição, desde o primeiro dia até que haja cessação de contrato, e é isso que diferencia esta área de todas as outras, Gere o percurso e o processo do cliente tendo sempre em atenção os interesses, gostos, necessidades e respeitando sempre a individualidade de cada um”.</i>

4.3. Participação Ativa

Tabela 10: Plano Individual: participação ativa

Diretora Técnica	<i>“O PI assume a sua plenitude ao permitir que o próprio cliente e/ou os significativos manifestem a sua vontade e participem na sua elaboração. Desta forma, conseguimos garantir que o PI vai ao encontro da própria especificidade e individualidade do cliente. A participação do próprio cliente e dos significativos garante que a intervenção vai diretamente ao encontro das necessidades do cliente e, acima de tudo, ao encontro das suas expectativas, ou seja, mesmo que não seja uma necessidade expressa, o cliente pode ter determinada expectativa que pretende ver satisfeita ou vice-versa e apenas com a sua intervenção direta é possível aferir estes pormenores que enriquecem e consolidam o PI”.</i>
Animadora	<i>“(…) se houver uma atividade que não se encaixe no cliente vamos tentar arranjar, né?!de certo modo, arranjar outras atividades. (…) deste modo também podemos vir a ter uma evolução a vários níveis, nomeadamente a nível de participação e interesse”.</i>
Psicóloga	<i>“ (….) de facto o cliente e os seus significativos ammm...é super importante que participem desde o início do processo já que é feito um levantamento das áreas de interesse, dos gostos pessoais, das necessidades básicas, das rotinas que o cliente tinha anteriormente à institucionalização, por forma a adequar o PI para cada cliente e só assim fará sentido. (...)este plano pode ser adaptado ao longo do tempo consoante as necessidades, as maiores dificuldades, alterações clínicas ou outras situações ou o cliente/utente pedir para ser feito de uma ou de outra forma e nós através do PI estamos sempre abertos a essa possível alteração.”</i>
Enfermeira	<i>“É importante que o cliente participe ativamente no PI, não é?! É para conhecer bem o cliente, sabermos aquilo que pudermos fazer pelo cliente, conhecermos aquilo que o cliente não gosta de ser abordado e ter algum respeito por isso, e claro também é importante envolvermos a família ou familiar de referência nas fases do processo do PI para estarmos a fazer intervenções e cuidados que sejam desadequadas para não causar prejuízo no utente, para também não prejudicarmos o processo de adaptação à Instituição”.</i>
Assistente Social	<i>“É fundamental que a Instituição se constitua como um contexto humanizado, personalizado, e que tenha em conta as efetivas necessidades de cada cliente, dando sempre a possibilidade de aceder a serviços de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção de qualidade de vida e para a condução de um envelhecimento sadio, autónomo, ativo e plenamente integrado”.</i>

ANEXOS

Anexo I: Documentos Constituintes do Processo Individual da Santa Casa da Misericórdia

1. Carta de Admissão

Exmo. (a). Sr (a):

É com agrado que informamos que o/a Sr/Sr^a _____ se encontra aprovado para poder usufruir dos serviços prestados pela SCM, tendo sido admitido na Resposta Social de _____ .

Assim, solicitamos que contacte a Diretora Técnica, para o número de telefone XXXXXXXXXX, a fim de acordar a data para a admissão. Agradecemos que viessem acompanhados dos seguintes elementos:

Documentos relativos ao cliente:

- Fotocópia de: Cartão do Cidadão ou Bilhete de Identidade, Cartão de Contribuinte, Cartão de Beneficiário da Segurança Social, Cartão de Pensionista, vale da pensão e Cartão do Serviço Nacional de Saúde;
- 2 fotografias;
- Declaração comprovativa de rendimentos: IRS do cliente e/ou do agregado familiar/familiares responsáveis, conforme aplicável;
- Demonstração de liquidação de IRS do cliente e/ou agregado familiar/ familiares responsáveis;
- Documentos comprovativos das despesas mensais fixas do cliente e/ou do agregado familiar (ex. despesas com aquisição de medicamentos de uso continuado em caso de doença crónica);
- Relatórios médicos/técnicos que identifiquem: medicação, cuidados e atestado de saúde comprovativo de ausência de doença infecto-contagiosa, etc.;
- Boletim de vacinas atualizado.

Documentos relativos aos responsáveis (todos os herdeiros descendentes de 1º grau):

- Fotocópia do BI/CC e cartão de contribuinte;
- Comprovativo de morada.

Solicitamos que toda a roupa trazida pelo cliente seja devidamente identificada, ou seja, que possua o respetivo nome marcado.

Com os melhores cumprimentos,

(Diretora Técnica)

2. Plano Individual de Cuidados

RESPOSTA SOCIAL: SAD

CD

LAR

PARTE A – SERVIÇOS SOLICITADOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

NOME:

Nº CLIENTE:

NOME PELO QUAL DEVE SER TRATADO:

DATA NASCIMENTO

IDADE:

DATA DE ELABORAÇÃO DO PIC:

Serviços Solicitados	Quais?	Quando?		Periodicidade				Quantidade				Estimativa custos	
		Se ma na	Fi m- de- Se m.	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	1 x	2 x	3 x	-		
Cuidados de higiene													
Cuidados de imagem													
Refeições													
Apoio na Alimentação													
Cuidados de saúde													
Administração da													

Terapêutica																				
Apoio Social																				
Apoio psicológico ao cliente																				
Apoio psicológico à família																				
Formação específica à família																				
Higiene Habitacional																				
Tratamento de Roupas																				
Apoio na aquisição de Bens e Serviços																				
Acompanhamento ao exterior																				
Atividades Sócio-Culturais																				
Atividades desportivas																				
Atividades quotidianas																				
Outro _____																				

PARTE B – CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

	DADOS DA ENTREVISTA (a preencher pelo TSS)	APÓS ACOLHIMENTO (a preencher pela equipa, após 30 dias de acolhimento)
Alimentação		
Higiene		
Saúde		
Locomoção		
Hábitos e rotinas		
Outros		

3. Ficha de Avaliação Diagnóstica

RESPOSTA SOCIAL: SAD

CD

LAR

PARTE A – AVALIAÇÃO SOCIAL

NOME:

Nº:

DATA DA AVALIAÇÃO:

2. HÁBITOS E GOSTOS/INTERESSES

Atividades		Hábitos, gostos e interesses
Tipo	Variáveis	
Refeições	<ul style="list-style-type: none">• Horários• Espaço• Forma de servir	
Alimentação	<ul style="list-style-type: none">• Tipo de alimentos• Dieta	
Roupa	<ul style="list-style-type: none">• Frequência da muda de roupa• Escolha da roupa• Arrumação da roupa• Frequência de lavagens• Passar a ferro• Produtos utilizados	
Cuidados pessoais e imagem	<ul style="list-style-type: none">• Tipo de cuidados• Frequência	
Idas ao médico	<ul style="list-style-type: none">• Frequência, por tipo de especialidade e tipo de estrutura de saúde	
Ocupação quotidiana do tempo	<ul style="list-style-type: none">• Atividades diárias que faz questão de executar para ocupar o tempo• Onde e com quem• Frequência	
	<ul style="list-style-type: none">• Frequência, por tipo de produtos (diária, semanal...)	

Compras no exterior	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem 	
Passear	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de passeio • Locais • Com quem • Frequência 	
Atividades lúdicas e/ou culturais	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo • Com quem • Onde • Frequência 	
Atividades desportivas	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo • Com quem • Onde • Frequência 	
Atividades espirituais e/ou religiosas	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo • Com quem • Onde • Frequência 	
Mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem sai • Onde • Frequência 	
Relações interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem interage • Como e onde • Frequência 	
Relações familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem prefere estar/conviver • Tipo de contactos • Onde • Frequência 	

3. REPRESENTAÇÕES

Procura-se conhecer as representações do cliente sobre a deficiência ou incapacidades, o seu projeto de vida, as suas necessidades e expectativas relativamente aos serviços e colaboradores a envolver.

Atualmente, quais são os seus objetivos de vida? Atualmente, o que procura fazer no seu dia-a-dia?

Quais os apoios que necessita para concretizar os seus objetivos?

O que espera dos serviços da Estrutura Residencial/SAD/CD? Como acha que os serviços podem contribuir para apoiar a sua vida, assim como para satisfazer as suas necessidades?

Quais as expetativas em relação aos colaboradores da Estrutura Residencial/SAD/CD? (Ou: O que espera dos colaboradores da Estrutura Residencial/SAD/CD?)

	Denominação	Resultado
Escala 1		
Escala 2		
Escala 3		

5. OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES



4. Índice de Barthel: Avaliação das atividades básicas da vida diária

Nome:

Nº:

Data:

Pontuar a informação obtida do cuidador principal:

	SITUAÇÃO DO PACIENTE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO	- Totalmente independente	10
	- Necessita ajuda para cortar carne, pão, etc.	5
	- Dependente	0
HIGIENE	- Independente: entra e sai sozinho do banho	5
	- Dependente	0
VESTUÁRIO	- Independente: capaz de vestir e despir a roupa, abotoar, atar os sapatos	10
	- Necessita ajuda	5
	- Dependente	0
CUIDADO PESSOAL	- Independente para lavar a cara, as mãos, pentear-se, fazer a barba, maquilhar-se, etc.	5
	- Dependente	0
DEJEÇÃO	- Continência normal	10
	- Ocasionalmente algum episódio de incontinência, ou necessidade de ajuda para administrar supositórios ou laxantes	5
	- Incontinência	0
MICÇÃO	- Continência normal, ou capaz de cuidar da sonda se tem uma colocada	10
	- Um episódio diário como máximo de incontinência, ou necessita de ajuda para cuidar da sonda	5
	- Incontinência	0

	Situação do paciente	Pontuação
ALIMENTAÇÃO	- Totalmente independente	10
	- Necessita ajuda para cortar carne, pão, etc.	5
	- Dependente	0
HIGIENE	- Independente: entra e sai sozinho do banho	5
	- Dependente	0
VESTUÁRIO	- Independente: capaz de vestir e despir a roupa, abotoar, atar os sapatos	10
	- Necessita ajuda	5
	- Dependente	0
CUIDADO PESSOAL	- Independente para lavar a cara, as mãos, pentear-se, fazer a barba, maquilhar-se, etc.	5
	- Dependente	0
DEJEÇÃO	- Continência normal	10
	- Ocasionalmente algum episódio de incontinência, ou necessidade de ajuda para administrar supositórios ou laxantes	5
	- Incontinência	0
MICÇÃO	- Continência normal, ou capaz de cuidar da sonda se tem uma colocada	10
	- Um episódio diário como máximo de incontinência, ou necessita de ajuda para cuidar da sonda	5
	- Incontinência	0

	SITUAÇÃO DO PACIENTE	PONTUAÇÃO
USAR A CASA DE BANHO	- Independente para ir à casa de banho, despir e vestir a roupa...	10
	- Necessita de ajuda para ir à casa de banho, mas limpa-se sozinho	5
	- Dependente	5

		0
MOBILIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Independente para ir do sofá para a cama - Mínima ajuda física ou supervisão para fazê-lo - Necessita de grande ajuda, contudo é capaz de manter-se sentado sozinho - Dependente 	15 10 5 0
DEAMBULAR	<ul style="list-style-type: none"> - Independente, caminha apenas 50 metros - Necessita de ajuda física ou supervisão para caminhar 50 metros - Independente em cadeira de rodas sem ajuda - Dependente 	15 10 5 0
SUBIR ESCADAS	<ul style="list-style-type: none"> - Independente para descer e subir escadas - Necessita de ajuda física ou supervisão para fazê-lo - Dependente 	10 5 0
TOTAL:		

Máxima pontuação: 100 pontos (90 se usar cadeira de rodas)

Resultado e grau de dependência	
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
>= 60	Leve
100	Independente

5. Apgar Familiar

Nome:

Nº:

Data:

PONTUAR A INFORMAÇÃO OBTIDA DO CLIENTE OU CUIDADOR PRINCIPAL:

	QUASE SEMPRE (2 PONTOS)	ALGUMAS VEZES (1 PONTO)	QUASE NUNCA (0 PONTOS)
1- ESTOU SATISFEITO COM A AJUDA QUE RECEBO DA MINHA FAMÍLIA, SEMPRE QUE ALGUMA COISA ME PREOCUPA.			
2- ESTOU SATISFEITO PELA FORMA COMO A MINHA FAMÍLIA DISCUTE ASSUNTOS DE INTERESSE COMUM E COMPARTILHA COMIGO A SOLUÇÃO DO PROBLEMA.			
3- ACHO QUE A MINHA FAMÍLIA CONCORDA COM O MEU DESEJO DE INICIAR NOVAS ATIVIDADES OU DE MODIFICAR O ESTILO DE VIDA.			
4- ESTOU SATISFEITO COM O MODO COMO A MINHA FAMÍLIA MANIFESTA A SUA AFEIÇÃO E REAGE AOS MEUS SENTIMENTOS, TAIS COMO IRRITAÇÃO, PESAR E AMOR.			
5- ESTOU SATISFEITO COM O TEMPO QUE PASSO COM A MINHA FAMÍLIA.			
	TOTAL		0

Resultado	
7 a 10 pontos	Família altamente funcional
4 a 6 pontos	Família com moderada disfunção
0 a 3 pontos	Família com disfunção acentuada

Anexo II: Modo Operatório do Plano Individual

INPUT	FLUXOGRAMA	OUTPUT	RESP.			DESCRIÇÃO
			R	P	I	
<p>Processo Individual do Cliente</p> <p>Necessidades e expectativas do cliente</p> <p>IMP01.IT01.PC03 Avaliação de Necessidades e Potenciais do Cliente</p>	<pre> graph TD INICIO([INÍCIO]) --> T1[1. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES E POTENCIAIS DOS CLIENTE] T1 --> D1{EXISTEM RECURSOS NECESSÁRIOS?} D1 -- NÃO --> T2[2. ARTICULAÇÃO PARCERIAS] D1 -- SIM --> T3[3. ELABORAÇÃO DO PLANO INDIVIDUAL (PI)] T2 --> T3 T3 --> T4[4. VALIDAÇÃO DO PI POR TODAS AS ENTIDADES] T4 --> D2{É NECESSÁRIO REVER PI?} D2 -- SIM --> T5[5. REFORMULAÇÃO DO PI] D2 -- NÃO --> A((A)) T5 --> B((B)) B --> T4 </pre>	<p>Avaliação de Necessidades e Potenciais do Cliente preenchido</p>	DT	E + PL + AC + AAD	C + S	<p>1. Avaliação das necessidades e potenciais dos clientes</p> <p>Ver: IT01.PC03 - Avaliação de Necessidades e Potenciais do Cliente, contém: - Referencial metodológico de avaliação.</p>
<p>Avaliação de Necessidades e Potenciais do Cliente</p> <p>Necessidades de recursos extremos</p>		<p>Parcerias Articuladas</p>	DT	P	C + O	<p>2. Articulação de parcerias</p> <p>Se não existirem na Organização os recursos necessários para responder às necessidades identificadas, a organização, no quadro da sua estratégia e princípios, identificará as parcerias/recursos necessários.</p> <p>Ver: IT02.PC03 - Plano Individual, contém: - Elaboração do PI; - Monitorização, avaliação e revisão do PI.</p>
<p>Avaliação de Necessidades e Potenciais do Cliente</p>		<p>PI elaborado</p>	DT	C + S + E + PL + AC + AAD + P	C + S	<p>3. Elaboração do plano individual (PI)</p> <p>Ver: IT02.PC03 - Plano Individual, contém: - Elaboração do PI; - Monitorização, avaliação e revisão do PI.</p>
<p>Necessidades e Potenciais do Cliente</p> <p>Necessidades de recursos extremos</p> <p>PI</p>		<p>PI validado</p>	DT	C + S + E + PL + AC + AAD + P	C	<p>4. Validação do PI por todas as entidades</p> <p>Ver: IT02.PC03 - Plano Individual, contém: - Elaboração do PI; - Monitorização, avaliação e revisão do PI.</p>
<p>PI</p>		<p>PI reformulado</p>	DT	C + S + E + PL + AC + AAD + P	C + S	<p>5. Reformulação do PI</p> <p>Ver: IT02.PC03 - Plano Individual, contém: - Elaboração do PI; - Monitorização, avaliação e revisão do PI.</p>

INPUT	FLUXOGRAMA	OUTPUT	RESP.			DESCRIÇÃO
			R	P	I	
PI	<pre> graph TD A((A)) --> B[6. IMPLEMENTAÇÃO DO PI] B --> C[7. MONITORIZAÇÃO, AVALIAÇÃO DO PI] C --> D{PI AJUSTADO?} D -- SIM --> E[8. ACTUALIZAÇÃO DO PROCESSO INDIVIDUAL DO CLIENTE] D -- NÃO --> B E --> F([FIM]) </pre>	PI implementado Registo de actividades e resultados	DT	C + S + E + PL + AC + AAD + P	C	6. Implementação do PI Ver: IT02.PC03 - Plano Individual, contém: - Elaboração do PI; - Monitorização, avaliação e revisão do PI.
PI Registo de actividades e resultados		PI monitorizado, revisto e avaliado	DT	C + S + E + PL + AC + AAD + P	C	7. Monitorização e avaliação do PI Ver: IT02.PC03 - Plano Individual, contém: - Elaboração do PI; - Monitorização, avaliação e revisão do PI.
PI		Processo individual do cliente actualizado	DT	C + S + E + PL + AC + AAD + P	C	8. Actualização do processo individual do cliente Sempre que aplicável, após a avaliação e revisão do PI, o Processo Individual do Cliente é actualizado. Ver: IT02.PC03 - Plano Individual, contém: - Elaboração do PI; - Monitorização, avaliação e revisão do PI.

Anexo III: Necessidades e Potenciais do Cliente

Avaliação das Necessidades e Potenciais do Cliente

IMP01.IT01.PC03 — ESTRUTURA RESIDENCIAL

Nome do Cliente:		Nome a ser tratado:	
Idade:	Anos:	Data de Aniversário:	
Colaborador de Referência:			

Domínios	Necessidades e Potenciais⁽¹⁾
Habilidades Sensoriais Funcionamento sensorial e impacto da perda de habilidades sensoriais na qualidade de vida	
Autonomia Independência na velhice, capacidade ou liberdade de viver de forma autónoma e tomar decisões	
Atividades Passadas, Presentes e Futuras Satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia	
Participação Social Participação nas atividades quotidianas, especialmente na comunidade	

Morte e Morrer (conclusão do ciclo de vida) Preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer	
Intimidade Capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos	

Plano Individual

IMP02.IT02.PC03 • ESTRUTURA RESIDENCIAL

Nome do Cliente:		Nome a ser tratado:	
Idade:	Anos:	Data de Aniversário:	
Colaborador de Referência:			

Diagnóstico (1)	Domínios	Objectivos Gerais da Actividade	Data de definição	Indicador(es)		Resultados atingidos / Datas de monitorização	
				Definição	Fonte		
	Habilidades Sensoriais	1.					
		2.					
	Autonomia	5.					
		6.					
	Actividades Passadas, Presentes e Futuras	7.					
		8.					
	Participação Social	9.					
		10.					
	Conclusão do Ciclo de Vida	11.					
		12.					

	Intimidade	13.						
		14.						

Actividades tipo	Descrever as actividades de desenvolvimento a implementar	Objectivo(s) específico(s)	Indicador(es) de avaliação	Calendarização anual													
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Cuidados de higiene																	
Cuidados de imagem																	
Refeições																	
Tratamento de roupas																	
Administração da terapêutica																	
Cuidados de saúde e em situação de emergência																	
Apoio psicossocial																	
Lúdico-recreativas																	
Culturais																	
Sociais																	
Desportivas																	
Intelectuais/formativas																	
Quotidianas																	
Espirituais e/ou religiosas																	

(1) Espaço LI; Espaço Exterior (qual)

(2) Diária; semanal; quinzenal; mensal; semestral, anual

Informações gerais

Data prevista para próxima avaliação/ revisão do PI:

Data de aprovação:

Cliente e/ou Significativos:

Organização:

Outros:

Avaliação I*

Avaliação quantitativa dos desvios face ao planeado

Avaliação qualitativa dos desvios face ao planeado

Avaliações

Propostas de reformulação/revisão do Plano Individual

		que lhe fazem a barba e cortam as unhas.
Idas ao médico	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência, por tipo de especialidade e tipo de estrutura de saúde 	Revela dificuldades em descrever os problemas de saúde de que sofre. Manifesta, no entanto, que tem problemas de audição.
Ocupação quotidiana do tempo	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades diárias que faz questão de executar para ocupar o tempo • Onde e com quem • Frequência 	<p>- Referiu que quando se encontrava em casa gostava de passar grande parte do tempo sentado à porta de casa a apanhar sol e a ver as pessoas passarem.</p> <p>- Gostava de ver TV (futebol).</p>
Compras no exterior	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência, por tipo de produtos (diária, semanal...) • Com quem 	<p>- Em casa administrava o seu dinheiro, e fazia as suas compras na mercearia da rua onde vivia.</p> <p>- Atualmente, sempre que necessita de fazer aquisição de algum bem solicita a um dos filhos (sobretudo ao filho que reside mais próximo).</p>
Passear	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de passeio • Locais • Com quem • Frequência 	<p>- Enquanto esteve na companhia da esposa tinham por hábito passear de comboio, uma vez que tinha bilhetes gratuitos por ser trabalhador da CP. Tinha como local preferido: Praia de [REDACTED].</p> <p>- Todos os anos participavam na excursão aos Calvos, uma romaria tradicional localizada na Vila de [REDACTED].</p> <p>- Refere ser adepto do FCP e sempre que tinha disponibilidade gostava de ir ver jogos com o filho ([REDACTED]) ao Porto-Estádio do Dragão.</p>
Atividades lúdicas e/ou culturais	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo • Com quem • Onde • Frequência 	<p>- Gostava de caçar (sentia-se orgulhoso de trazer os coelhos para casa perfilados num fio para depois organizar “<i>umas jantaradas</i>”).</p> <p>- Tem por hábito ver TV.</p>
Atividades desportivas	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo • Com quem • Onde • Frequência 	<p>- Antigamente gostava de jogar futebol e de participar neste tipo de atividades com os amigos.</p> <p>- Atualmente devido às limitações físicas que tem a nível de locomoção sente que já não pode participar em atividades físicas.</p>
Atividades espirituais e/ou religiosas	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo • Com quem • Onde • Frequência 	<p>- Católico, no entanto, só ia à missa fora da época de caça.</p> <p>- Atualmente manifesta vontade de participar nas atividades de carácter religioso.</p>

Mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem sai • Onde • Frequência 	<p>- Deambula com auxílio de ajuda técnica (andarrilho).</p> <p>- Pontualmente, conta que poderá sair com os filhos.</p>
Relações interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem interage • Como e onde • Frequência 	<p>- Antigamente tinha o hábito de combinar atividades com os amigos (caça, jogos de futebol, jogos de cartas-sueca).</p> <p>- Atualmente interage sobretudo com as colaboradoras e utentes da Instituição.</p> <p>- Pontualmente recebe chamadas telefónicas e visitas presenciais dos familiares.</p>
Relações familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem prefere estar/conviver • Tipo de contactos • Onde • Frequência 	<p>- Revela que prefere estar com a família (filhos, netos, noras e genros).</p>

3. REPRESENTAÇÕES

Procura-se conhecer as representações do cliente sobre a deficiência ou incapacidades, o seu projecto de vida, as suas necessidades e expectativas relativamente aos serviços e colaboradores a envolver.

Atualmente, quais são os seus objetivos de vida? Atualmente, o que procura fazer no seu dia-a-dia?

Procuro não fazer nada. Descansar.

Quais os apoios que necessita para concretizar os seus objetivos?

Já não quero pensar em nada, já não tenho contas a pagar.

O que espera dos serviços da Estrutura Residencial/SAD/CD? Como acha que os serviços podem contribuir para apoiar a sua vida, assim como para satisfazer as suas necessidades?

Não preciso de mais nada, aqui encontro tudo o que necessito. No entanto tenho vontade de regressar a casa.

Quais as expetativas em relação aos colaboradores da Estrutura Residencial/SAD/CD? (Ou: O que espera dos colaboradores da Estrutura Residencial/SAD/CD?)

Não digo mal disto, ninguém me chateia mas queria ir embora para a minha casinha.

4. RESULTADOS DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO

	Denominação	Resultado
Escala 1		
Escala 2		
Escala 3		

5. OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES

O Sr. [REDACTED] tem 83 anos e encontra-se a frequentar a Estrutura Residencial para Idosos - [REDACTED] do Lar desde 01 de outubro de 2015. O cliente refere que veio de um lar privado na localidade de [REDACTED], no qual não se sentia bem tratado – *“o filho do dono estava sempre a ralhar comigo, se eu deixasse cair no chão o papel da casa de banho”*, no entanto, não foi possível aferir com a família a veracidade desta informação. Atualmente sente-se bem tratado e refere que *“aqui é um luxo à vista do outro”*. O Sr. [REDACTED] reformou-se aos 65 anos, trabalhava como auxiliar na Estação de Caminho-de-ferro, na vila da [REDACTED]. É oriundo de [REDACTED], [REDACTED], donde foi deslocado pela empresa (CP) primeiro para [REDACTED] e depois para [REDACTED], já casado e com quatro filhos (3 raparigas e 1 rapaz). Foi aqui que construiu a sua casa e residiu a partir daí. Desde que a sua esposa faleceu (há 7 anos) passou a usufruir do Serviço de Apoio Domiciliário do Centro de Assistência Paroquial de [REDACTED] para o fornecimento de refeições e higiene habitacional.

Refere que a sua vinda para o [REDACTED] do Lar foi tratada em segredo por parte da família. Revela-se estar magoado com esta atitude, uma vez que nunca se intrometeu na vida dos filhos, e portanto, estes também deveriam respeitá-lo. Salienta que gostaria de regressar a sua casa.

Importa, no entanto, mencionar que o Sr. [REDACTED] apresenta momentos de alguma confusão espaço-temporal. Segundo o Sr. [REDACTED] a sua institucionalização desencadeou alguns desentendimentos financeiros familiares, o que o preocupa, pois refere querer bem aos quatro filhos. Gostaria que o filho [REDACTED] (que reside na Mealhada) o visitasse mais vezes e ainda manifestou vontade de ter um telefone para receber telefonemas das filhas (duas residem no [REDACTED] e uma na zona de [REDACTED]). Posteriormente, foi possível aferir que o utente tem em seu poder um telemóvel, mas que não faz (ou não sabe) fazer uso do mesmo. Mostrou o desejo de adquirir um aparelho auditivo para melhorar acuidade auditiva.

Após aplicação da Escala APGAR o score obtido foi 0 (zero) o que corresponde a uma família com disfunção acentuada. O Sr. [REDACTED] tem a percepção de que a família não lhe dá o apoio que gostaria de ter, no sentido de que não o visitam e trouxeram-no para o lar lhe dar conhecimento.

De acordo com o Índice de Barthel foi apurado um grau de dependência Moderado (score de 40).

Caso 2:

RESPOSTA SOCIAL:

SAD CD LAR **PARTE A – AVALIAÇÃO SOCIAL**

NOME: [REDACTED]

Nº:

DATA DA AVALIAÇÃO: [REDACTED]

2. HÁBITOS E GOSTOS/INTERESSES

Atividades		Hábitos, gostos e interesses
Tipo	Variáveis	
Refeições	<ul style="list-style-type: none"> • Horários • Espaço • Forma de servir 	-Refere que gosta dos horários, da comida e do espaço.
Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de alimentos • Dieta 	<p>- Autônomo, contudo necessita de Apoio pontual no momento da refeição do almoço e jantar: carne partir aos bocados/peixe desfiar; fruta descascar e partir aos bocados.</p> <p>- Refere que gosta de comer de tudo, no entanto consegue especificar que o seu prato preferido é Leitão.</p>
Roupa	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência da muda de roupa • Escolha da roupa • Arrumação da roupa • Frequência de lavagens • Passar a ferro • Produtos utilizados 	Necessita do apoio das colaboradoras para efetuar troca de roupa e são elas que fazem essa gestão. Antigamente quando ainda se encontrava em casa tinha por hábito trocar de roupa de dois em dois dias.
Cuidados pessoais e imagem	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de cuidados • Frequência 	Necessita de apoio por parte das colaboradoras para os momentos do banho completo e da higiene parcial, no entanto com incentivo consegue realizar sozinho a higiene oral.

Idas ao médico	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência, por tipo de especialidade e tipo de estrutura de saúde 	Revela dificuldades em descrever os problemas de saúde de que sofre. Manifesta, no entanto, que tem problemas de coluna e como consequência dormência em três dedos da mão esquerda, e dificuldade na mobilidade.
Ocupação quotidiana do tempo	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades diárias que faz questão de executar para ocupar o tempo • Onde e com quem • Frequência 	Refere que gostava de fazer brinquedos para os netos. “ <i>Até fiz uma calçadeira de um cano de plástico!</i> ”. Além disso, quando estava em casa gostava de ocupar o tempo a cuidar do quintal.
Compras no exterior	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência, por tipo de produtos (diária, semanal...) • Com quem 	Refere que fazia as compras de casa sempre no Intermarchè e que se deslocava de motorizada.
Passear	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de passeio • Locais • Com quem • Frequência 	Gostava de passear em excursões com a esposa (Espanha, Alentejo, Minho). Também refere que gostava de ir à praia.
Atividades lúdicas e/ou culturais	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo • Com quem • Onde • Frequência 	Refere que a sua vida foi sempre dedicada à agricultura e agropecuária. No pouco tempo que tinha livre, ainda com a sua esposa, gostava de passear.
Atividades desportivas	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo • Com quem • Onde • Frequência 	Não tinha práticas desportivas.
Atividades espirituais e/ou religiosas	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo • Com quem • Onde • Frequência 	Católico praticante. Gosta de rezar o terço e manifesta interesse em participar nas atividades religiosas da Instituição.
Mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem sai • Onde • Frequência 	Após ficar viúvo, refere que saía de casa acompanhado pelo genro para ir à missa.
Relações interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem interage • Como e onde • Frequência 	Com as colaboradoras e utentes da instituição, bem como com as filhas nos momentos de visita.
Relações familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem prefere estar/conviver • Tipo de contactos • Onde • Frequência 	Prefere estar com as filhas, mas não gosta de incomodar porque uma está empregada e a outra está a cuidar dos netos.

3. REPRESENTAÇÕES

Procura-se conhecer as representações do cliente sobre a deficiência ou incapacidades, o seu projeto de vida, as suas necessidades e expectativas relativamente aos serviços e colaboradores a envolver.

Atualmente, quais são os seus objetivos de vida? Atualmente, o que procura fazer no seu dia-a-dia?

Não queria dar tanto trabalho como estou a dar.

Quais os apoios que necessita para concretizar os seus objetivos?

Peço a Deus que me dê saúde para melhorar.

O que espera dos serviços da Estrutura Residencial/SAD/CD? Como acha que os serviços podem contribuir para apoiar a sua vida, assim como para satisfazer as suas necessidades?

Espero que me ajudem a melhorar.

Quais as expectativas em relação aos colaboradores da Estrutura Residencial/SAD/CD? (Ou: O que espera dos colaboradores da Estrutura Residencial/SAD/CD?)

Que tenham saúde para me ajudarem.

4. RESULTADOS DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO

	Denominação	Resultado
Escala 1		
Escala 2		
Escala 3		

5. OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES

O Sr. [REDACTED] tem 86 anos e é viúvo. Encontra-se a frequentar a Estrutura Residencial para Idosos – [REDACTED] do Lar, desde o dia 01 de dezembro de 2015. Anteriormente esteve internado na Unidade de Cuidados Continuados de média duração e reabilitação de [REDACTED].

Anteriormente à institucionalização vivia sozinho em casa própria com razoáveis condições de higiene e salubridade. Teve três filhas, sendo que a primeira faleceu aos 7 anos de idade, vítima de doença. Ainda se emociona quando fala no sucedido.

O Sr. [REDACTED] começou a trabalhar com 10 anos de idade a transportar animais, que posteriormente seriam vendidos em feiras. Deste modo tinha necessidade de ficar, por vezes, vários dias sem ir a casa. Mais tarde, trabalhou na agricultura, num armazém de mercearia e numa Junta Nacional dos Vinhos – [REDACTED] – fazia vinho dos lavradores.

Em 1969, (já casado e com uma filha) emigrou sozinho para [REDACTED] “a salto”, porque se encontrava com dívidas. Em [REDACTED] trabalhou numa estufa de flores. Depois da sua situação se encontrar estabilizada juntaram-se a ele a filha e a mulher (que arranjou trabalho como doméstica). Passados 9 anos regressaram a Portugal, tendo o Sr Manuel ido trabalhar novamente para o armazém de mercearia na localidade de [REDACTED] até à idade da sua reforma (65 anos). Posteriormente, dedicou-se à agricultura com a sua esposa.

No tempo livre que tinham participavam em excursões. Refere que conheceram Espanha, e algumas regiões de Portugal – Alentejo, Minho, etc. No Verão costumavam ir à praia – iam sempre de autocarro, e nunca pernoitavam fora de casa, pois tinham muitos animais para cuidar.

Usufruiu com a esposa do serviço de SAD da localidade de [REDACTED], mais tarde integraram Centro de Dia também da mesma Instituição.

A esposa faleceu há três anos numa cirurgia. Emociona-se quando fala no assunto. Refere que a esposa era o seu pilar, segundo ele “*para onde ia um ia o outro*”.

Atualmente, sente que precisa de ajuda para as suas AVD's. Refere que não quer dar trabalho às suas filhas, no entanto, manifesta que gostava de viver a sua velhice na companhia delas. Endente que elas têm muito trabalho, e que por isso seria difícil cuidarem dele.

Queixa-se de dores na coluna e que não tem forças na mão esquerda. De acordo com informação das filhas o Sr. [REDACTED] é semi-dependente na marcha, deslocando-se com apoio de ajudas técnicas (bengala), devido a problemas osteoarticulares não tratados que lhe provocam dores ao nível da coluna – com episódios de falta de mobilidade. De acordo com informações dada pelas filhas e de acordo com diagnóstico médico o Sr. [REDACTED] encontra-se a recuperar de uma depressão.

Após aplicação da Escala APGAR o score obtido foi 9 (nove) o que corresponde a uma família altamente funcional.

De acordo com o Índice de Barthel foi apurado um grau de dependência Moderado (score de 45).

Caso 3:

RESPOSTA SOCIAL:

SAD

CD

LAR

PARTE A – AVALIAÇÃO SOCIAL

NOME: [REDACTED]

Nº: [REDACTED]

DATA DA AVALIAÇÃO: 30/11/2015

2. HÁBITOS E GOSTOS/INTERESSES

Atividades		Hábitos, gostos e interesses
Tipo	Variáveis	
Refeições	<ul style="list-style-type: none"> • Horários • Espaço • Forma de servir 	<p>- Jejum (1 copo de água com gotas de limão) + 1 iogurte liq. magro</p> <p>- Pequeno-almoço</p> <p>- Meio da manhã – 1 laranja</p> <p>- Almoço 12h</p> <p>- Lanche</p> <p>- Jantar</p> <p>- Ceia (1 copo de leite com bolachas integrais)</p>
Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de alimentos • Dieta 	<p>- Autônoma.</p> <p>- Refere que gosta de tudo, sobretudo comida típica Portuguesa: evidencia como prato favorito cozido à portuguesa e leitão.</p> <p>- Dieta diabética, rica em legumes.</p>
Roupa	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência da muda de roupa • Escolha da roupa • Arrumação da roupa • Frequência de lavagens • Passar a ferro • Produtos utilizados 	<p>Troca de roupa diariamente, após higiene.</p> <p>Em casa fazia de forma autônoma a higiene e tratamento da sua roupa, sempre que necessário.</p>
Cuidados pessoais e imagem	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de cuidados • Frequência 	<p>- Toma banho duas vezes por semana - necessita de vigilância.</p> <p>- Diariamente, duas vezes por dia – higiene íntima - autônoma.</p> <p>- Diariamente, duas vezes por dia – higiene oral – autônoma.</p> <p>- Unhas das mãos – corta autonomamente.</p> <p>- Unhas dos pés – necessita de apoio.</p>
Idas ao médico	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência, por tipo de especialidade e tipo de estrutura de saúde 	<p>- Costuma ir a consultas de rotina: consulta Diabetes (Centro de Saúde).</p> <p>- Encontra-se em processo de transferência para Centro de Saúde de</p>

		██████████ – sua área de residência atual.
Ocupação quotidiana do tempo	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades diárias que faz questão de executar para ocupar o tempo • Onde e com quem • Frequência 	<p>- Gosta de fazer tricôt, de ler orações e de ver TV.</p> <p>- Gosta de leitura, refere que gostaria de voltar a ler o livro (romance) – “<i>A Rosa do Adro</i>”.</p> <p>- Gosta de caminhar.</p>
Compras no exterior	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência, por tipo de produtos (diária, semanal...) • Com quem 	- Após institucionalização, o filho ██████████ é que gere a aquisição de bens que a D. ██████████ necessita.
Passear	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de passeio • Locais • Com quem • Frequência 	<p>- Gosta de fazer diariamente curtos passeios em redor da Instituição.</p> <p>- Na companhia do filho refere que o seu local preferido para passeio é a praia de ██████████.</p>
Atividades lúdicas e/ou culturais	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo • Com quem • Onde • Frequência 	- Participa nas atividades propostas pelo animador.
Atividades desportivas	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo • Com quem • Onde • Frequência 	<p>- Anteriormente, no ██████████, frequentava aulas de ginástica orientadas por um professor da Instituição supracitada.</p> <p>- Refere que tem vontade de continuar com o mesmo tipo de atividades.</p>
Atividades espirituais e/ou religiosas	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo • Com quem • Onde • Frequência 	<p>- Católica, mas não tem hábito de ir à missa.</p> <p>- Contudo mostra interesse em participar nas atividades de carácter religiosas (oração do terço – semanal, e na celebração eucarística – mensal).</p>
Mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem sai • Onde • Frequência 	<p>- Desloca-se com o auxílio de ajudas técnicas (2 canadianas).</p> <p>- Apesar desta limitação física dá curtos passeios sozinha, diariamente em redor da Instituição.</p> <p>- Pontualmente sai com pessoas de referência (familiares e amigos).</p>
Relações interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem interage • Como e onde • Frequência 	<p>- Diariamente relaciona-se com as colaboradoras e com os utentes da Instituição.</p> <p>- Pontualmente, recebe visitas de familiares e amigos.</p>
Relações familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem prefere estar/conviver • Tipo de contactos • Onde • Frequência 	- Refere que tem preferência em estar com o filho e a afillhada – ██████████.

3. REPRESENTAÇÕES

Procura-se conhecer as representações do cliente sobre a deficiência ou incapacidades, o seu projeto de vida, as suas necessidades e expectativas relativamente aos serviços e colaboradores a envolver.

Atualmente, quais são os seus objetivos de vida? Atualmente, o que procura fazer no seu dia-a-dia?

Atualmente pouco posso fazer, não tenho mobilidade. Quero ver o meu filho bem para que eu possa estar bem. De resto faço tudo o que me solicitarem porque gosto de me manter ativa. Pretendo continuar a dar os meus passeios na rua.

Quais os apoios que necessita para concretizar os seus objetivos?

Para continuar a dar os meus passeios, preciso de pedir autorização para sair às funcionárias. Devo também informar quando regresso.

O que espera dos serviços da Estrutura Residencial/SAD/CD? Como acha que os serviços podem contribuir para apoiar a sua vida, assim como para satisfazer as suas necessidades?

Espero que me deem os medicamentos que preciso, sem falhas, mesmo aqueles que só tomo em SOS. De resto está tudo bem, a comida é boa e respeitam os meus hábitos.

Quais as expectativas em relação aos colaboradores da Estrutura Residencial/SAD/CD? (Ou: O que espera dos colaboradores da Estrutura Residencial/SAD/CD?)

Espero que colaborem e até ver não tenho razões de queixa.

4. RESULTADOS DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO

	Denominação	Resultado
Escala 1		
Escala 2		
Escala 3		

5. OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES

A D. [REDACTED] tem 77 anos e encontra-se a frequentar a Estrutura Residencial para Idosos [REDACTED] do Lar desde o dia 16 de novembro de 2015. Anteriormente frequentava o [REDACTED] mas refere que devido à sua relação instável com o marido preferiu mudar-se para o lar.

Vivia sozinha em casa própria com todas as condições de higiene e salubridade. Separada de facto do marido, mas devido a problemas de heranças, ele não aceita o divórcio. Nesta situação de separação a utente foi bastante “martirizada” pois em tempos o marido levou uma senhora para sua companhia partilhando habitação de família. Posteriormente o marido saiu de casa. Após a vinda da [REDACTED] para o Lar o marido está novamente a mudar-se para a casa de família com a sua atual companheira.

A D. [REDACTED] teve dois filhos (aos 33 e 35 anos), sendo que o primeiro faleceu aos 7 anos vítima de leucemia. Estas memórias ainda deixam a utente com sentimentos de tristeza e saudade. Conta, no entanto, com muito apoio do filho [REDACTED] (41 A, [REDACTED], divorciado) de quem fala orgulhosamente e da afilhada [REDACTED] (46 A, [REDACTED]), que refere ser como uma filha.

A D. [REDACTED] refere ter vindo fazer a inscrição inicialmente sem o conhecimento do filho, para o poder libertar dado que tem ideias de emigrar para o [REDACTED]. Ela própria, segundo refere, tem família (irmã) no [REDACTED] que a convida regularmente, no entanto, a D. [REDACTED] refere que não vai porque ainda é muito autónoma e não quer sobrecarregar a família.

A profissão que teve, que mais prazer lhe deu e da qual se orgulha foi ter sido empregada de mesa numa equipa de homens, numa altura em que ainda não existiam mulheres a exercer esse cargo. Posteriormente, trabalhou 18 anos (até à idade da sua reforma), como funcionária na cantina/refeitório, na [REDACTED].

A D. [REDACTED] faz marcha com duas canadianas devido a prótese na anca.

Não apresenta alterações ao nível da alimentação, exceto o facto de manter cuidados devido à Diabetes.

Gosta de socializar e interagir com os pares e de se envolver nas atividades propostas. Como atividades de interesse, demonstra gosto por fazer tricôt, gosta de passear e ver TV.

Após aplicação da escala APGAR o score obtido foi 10 (dez) o que corresponde a uma família altamente funcional, importa referir que a [REDACTED] como família refere-se só a si e ao seu filho, não incluindo o marido como pessoa de referência.

De acordo com o índice de Barthel foi apurado um grau de dependência leve (score de ≥ 60).

Caso 4:

RESPOSTA SOCIAL:

SAD

CD

LAR

PARTE A – AVALIAÇÃO SOCIAL

NOME: [REDACTED]

Nº: 345

DATA DA AVALIAÇÃO: 15/10/2015

2. HÁBITOS E GOSTOS/INTERESSES

Atividades		Hábitos, gostos e interesses
Tipo	Variáveis	
Refeições	<ul style="list-style-type: none">• Horários• Espaço• Forma de servir	Em casa o almoço era sempre às 12 h e o jantar às 19 h Jantar. Jejum – 1 iogurte sólido, Pequeno – almoço/lanche – sopas de pão (leite e

		<p>café).</p> <p>Na refeição do almoço e do jantar:</p> <p>- Sopa enriquecida + carne/peixe triturado + fruta assada/cozida/da época madura.</p>
Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de alimentos • Dieta 	<p>O marido, Sr. [REDACTED], revela que a esposa sempre comeu pouco, nunca pesava mais de 54 Kg, após doença começou a comer muito, aumentando o peso para 76 Kg.</p> <p>Comia de tudo (marido não consegue identificar algo que gostasse mais).</p> <p>Bebe um danacol diariamente para diminuição de valores de colesterol.</p>
Roupa	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência da muda de roupa • Escolha da roupa • Arrumação da roupa • Frequência de lavagens • Passar a ferro • Produtos utilizados 	<p>Mudava de roupa interior diariamente.</p> <p>Devido à situação demencial de utente contrataram uma senhora para fazer higiene e tratamento de roupa.</p>
Cuidados pessoais e imagem	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de cuidados • Frequência 	<p>Tomava banho diariamente.</p>
Idas ao médico	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência, por tipo de especialidade e tipo de estrutura de saúde 	<p>Consultas de Neurologia (Privado).</p>
Ocupação quotidiana do tempo	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades diárias que faz questão de executar para ocupar o tempo • Onde e com quem • Frequência 	<p>- Em casa geria a alimentação/limpeza/tratamento de roupa</p> <p>- Fazia arraiolos, renda, malha</p> <p>- Via TV (gostava de ver filmes)</p> <p>- Fazia palavras cruzadas e sudoku</p> <p>- Andava de bicicleta</p>
Compras no	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência, por tipo de produtos (diária, 	<p>Enquanto a utente estava bem administrava o dinheiro e fazia as compras diárias.</p>

exterior	<p>semanal...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Com quem 	Gostava de comprar presentes para os netos e filhos e artigos para a decoração da casa.
Passear	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de passeio • Locais • Com quem • Frequência 	Gostava de participar em excursões mas precisava de ser motivada.
Atividades lúdicas e/ou culturais	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo • Com quem • Onde • Frequência 	<p>Cantava no coro (██████████)</p> <p>Fazia arraiolos/renda/malha</p> <p>Via TV</p> <p>Gostava de dançar</p>
Atividades desportivas	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo • Com quem • Onde • Frequência 	
Atividades espirituais e/ou religiosas	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo • Com quem • Onde • Frequência 	<p>Católica mas não frequentava assiduamente a missa.</p> <p>O marido não sabe se rezava o terço.</p>
Mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem sai • Onde • Frequência 	Com o marido todos os dias ao café (a seguir ao almoço e ao jantar).
Relações interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem interage • Como e onde • Frequência 	Relacionava-se com todas as pessoas (vizinhos).
Relações familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem prefere estar/conviver • Tipo de contactos • Onde • Frequência 	<p>Tinha um bom relacionamento com a família: filhos/netos/noras/genro.</p> <p>Tem 4 netos: - 2 meninas filhas da filha que estão em ████████,</p> <p>- 1 menina e um rapaz filhos do filho que estão em ████████.</p>

3. REPRESENTAÇÕES

Procura-se conhecer as representações do cliente sobre a deficiência ou incapacidades, o seu projecto de vida, as suas necessidades e expectativas relativamente aos serviços e colaboradores a envolver.

Atualmente, quais são os seus objetivos de vida? Atualmente, o que procura fazer no seu dia-a-dia?

Sr. Horácio deseja o melhor para a esposa. Sente muita falta da companhia da esposa.

Quais os apoios que necessita para concretizar os seus objetivos?

O que espera dos serviços da Estrutura Residencial/SAD/CD? Como acha que os serviços podem contribuir para apoiar a sua vida, assim como para satisfazer as suas necessidades?

Quais as expectativas em relação aos colaboradores da Estrutura Residencial/SAD/CD? (Ou: O que espera dos colaboradores da Estrutura Residencial/SAD/CD?)

Sr. Horácio espera que a tratem bem.

4. RESULTADOS DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO

	Denominação	Resultado
Escala 1		
Escala 2		
Escala 3		

5. OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES

A D. [REDACTED] tem 69 anos e encontra-se a frequentar a Estrutura Residencial para Idosos ([REDACTED] do Lar) desde 01 de outubro de 2015. Pouco antes dos 65 anos o marido começou a perceber alguns esquecimentos muito evidentes por parte da esposa (como por exemplo esquecer de fazer os pagamentos no Banco). Posteriormente foi diagnosticada uma demência – Alzheimer.

A D. [REDACTED] em 1970 foi ter com o marido a [REDACTED], onde estava emigrado e com quem já não estava há 23 meses. Em [REDACTED] trabalhou como empregada de limpezas na empresa em que o marido também trabalhava e como “mulher a dias” em casas particulares. Teve três filhos (dois rapazes e uma rapariga), no entanto, há 35 anos quando vinham em família de [REDACTED] houve um acidente no qual faleceu um filho (com 12 anos). Segundo o marido da D. [REDACTED], a utente nunca terá recuperado desta perda. Atualmente, a D. [REDACTED] tem dois filhos e quatro netos: - uma filha que vive em [REDACTED] com o marido e duas filhas, e um filho que vive em [REDACTED] com a esposa, um filho e uma filha. De acordo com o referido pelo Sr. [REDACTED], marido da D. [REDACTED] o filho não reagiu bem à doença da mãe o que se refletiu num afastamento por parte deste, estando seis meses sem ver a mãe. Refere que “não pode ver a mãe assim”. Esta situação terá provocado uma aparente disfuncionalidade familiar.

A D. [REDACTED] antes da doença era uma senhora muito dinâmica, muito organizada e saudável (segundo o marido nunca tinha tomado qualquer medicamento), e muito generosa com os filhos e netos. Após os 60 anos integrou um grupo coral em [REDACTED], gostava de dançar, de fazer arraiolos, renda e malha, palavras cruzadas e sudoku. Relacionava-se bem com todas as pessoas, nomeadamente com as suas vizinhas, segundo o [REDACTED] a D. [REDACTED] “era uma joia de pessoa”.

É seguida na Clínica do [REDACTED], em [REDACTED], pelo Dr. [REDACTED] na especialidade de neurologia.

Dado o problema demencial da utente não foi possível aplicar a escala APGAR.

Quanto ao Índice de Barthel o score obtido é de 35, o que revela um grau de dependência Grave.

Caso 5:

RESPOSTA SOCIAL:

SAD

CD

LAR x

PARTE A – AVALIAÇÃO SOCIAL

NOME: [REDACTED]

Nº:

DATA DA AVALIAÇÃO:

2. HÁBITOS E GOSTOS/INTERESSES

Atividades		Hábitos, gostos e interesses
Tipo	Variáveis	
Refeições	<ul style="list-style-type: none"> • Horários • Espaço • Forma de servir 	<p>- Gosta das refeições que toma na Instituição, dos horários e da forma como são servidas.</p> <p>-Jejum – Iogurte sólido de morango (único sabor que gosta) ou chá com bolachas maria</p> <p>-Pequeno - almoço</p> <p>- Almoço 12h (carne cortada aos bocados/peixe desfiado, fruta da época madura/fruta assada/fruta cozida)</p> <p>- Lanche</p>

		<p>- Jantar (carne cortada aos bocados/peixe desfiado, fruta da época madura/fruta assada/fruta cozida)</p> <p>- Ceia (chá com bolachas integrais)</p>
Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de alimentos • Dieta 	- Refere que não gosta de carne de vaca, cabra e cabrito e que gosta muito de bolos e de arroz doce.
Roupa	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência da muda de roupa • Escolha da roupa • Arrumação da roupa • Frequência de lavagens • Passar a ferro • Produtos utilizados 	- Necessita do apoio das colaboradoras para efetuar troca de roupa e são elas que fazem essa gestão. Antigamente quando ainda se encontrava em casa tinha por hábito trocar de roupa diariamente.
Cuidados pessoais e imagem	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de cuidados • Frequência 	- Necessita de apoio por parte das colaboradoras para os momentos do banho completo e da higiene parcial.
Idas ao médico	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência, por tipo de especialidade e tipo de estrutura de saúde 	Regularmente tem consultas de especialidade, devido a problemas de saúde graves (conforme processo clínico). A família tem por hábito acompanhar nas idas ao médico.
Ocupação quotidiana do tempo	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades diárias que faz questão de executar para ocupar o tempo • Onde e com quem • Frequência 	- Refere que sempre trabalhou no seu negócio (mercearia) até ficar doente, e que essa atividade lhe retirava todo o tempo.
Compras no exterior	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência, por tipo de produtos (diária, semanal...) • Com quem 	- Em casa administrava o seu dinheiro, e fazia as compras relacionadas com o negócio que geria – mercearia/ferragens. Atualmente são os filhos que se ocupam de adquirir tudo o que necessita.
Passear	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de passeio • Locais • Com quem • Frequência 	<p>- Enquanto esteve na companhia do marido tinham por hábito ir à praia e a Coimbra visitar a família.</p> <p>-Atualmente devido à sua limitação física não tem conseguido participar nos passeios organizados pela Instituição.</p>
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo 	- Gostava de conversar com as amigas, de ver televisão, sobretudo o

lúdicas e/ou culturais	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem • Onde • Frequência 	<p>noticiário e telenovelas.</p> <p>- Fazia malha e renda.</p>
Atividades desportivas	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo • Com quem • Onde • Frequência 	<p>Não tinha práticas desportivas.</p>
Atividades espirituais e/ou religiosas	<ul style="list-style-type: none"> • De que tipo • Com quem • Onde • Frequência 	<p>- Católica, no entanto, não ia à missa porque não tinha transporte, mas tinha por hábito fazer a oração do terço diariamente.</p> <p>- Atualmente manifesta vontade de participar nas atividades de carácter religioso.</p>
Mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem sai • Onde • Frequência 	<p>Hoje em dia, sempre que necessita de se ausentar da Instituição, só o faz na companhia da família (filhos) ou das colaboradoras.</p>
Relações interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem interage • Como e onde • Frequência 	<p>- Atualmente interage sobretudo com as colaboradoras e utentes da Instituição.</p> <p>- Recebe com regularidade a visita dos filhos.</p>
Relações familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Com quem prefere estar/conviver • Tipo de contactos • Onde • Frequência 	<p>- Revela que com quem prefere estar é com a família, pois segundo a utente – <i>“a família que tem é muito boa”</i>.</p>

3. REPRESENTAÇÕES

Procura-se conhecer as representações do cliente sobre a deficiência ou incapacidades, o seu projecto de vida, as suas necessidades e expectativas relativamente aos serviços e colaboradores a envolver.

Atualmente, quais são os seus objetivos de vida? Atualmente, o que procura fazer no seu dia-a-dia?

Morrer e ir para o céu. Agora não posso fazer muito e dependo de todos...esta situação deixa-me triste.

Quais os apoios que necessita para concretizar os seus objetivos?

Preciso de saúde, e isso ninguém me pode dar.

O que espera dos serviços da Estrutura Residencial/SAD/CD? Como acha que os serviços podem contribuir para apoiar a sua vida, assim como para satisfazer as suas necessidades?

Espero que me ajudem a melhorar.

Quais as expectativas em relação aos colaboradores da Estrutura Residencial/SAD/CD? (Ou: O que espera dos colaboradores da Estrutura Residencial/SAD/CD?)

Desejo que me tratem bem.

4. RESULTADOS DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO

	Denominação	Resultado
Escala 1		
Escala 2		
Escala 3		

5. OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES

A D. [REDACTED] tem 81 anos e é viúva. A institucionalização na Estrutura Residencial para Idosos foi no dia 20 de novembro de 2015. A D. [REDACTED] tem três filhos – [REDACTED].

Relativamente à sua vida profissional, a D. [REDACTED] relatou que juntamente com o marido teve um negócio – mercearia/ferragens, na localidade de [REDACTED] – [REDACTED]. Refere que eram um casal feliz e que tem saudades desse tempo. Quando tinham algum tempo livre ocupavam-no a passear – visitavam a família em [REDACTED] e algumas vezes iam à praia.

Após o falecimento do marido, há 18 anos, passou a gerir sozinha o negócio até surgirem problemas de saúde. Com o agravamento da situação passou a residir no [REDACTED], na casa da filha [REDACTED].

Posteriormente esteve internada na Unidade de Cuidados Continuados da [REDACTED], no entanto após alta clínica, regressou a sua casa, na localidade de [REDACTED]. Contudo, apesar de a sua casa reunir boas condições, as deslocações para Centro de Dia, fragilizaram a sua condição física, que mais tarde necessitou novamente de internamento hospitalar – pneumonia.

Após aplicação da Escala APGAR o score obtido foi 9 (nove) o que corresponde a uma família altamente funcional.

De acordo com o Índice de Barthel foi apurado um grau de dependência total (score de cinco).

ANEXO VI: PLANO INDIVIDUAL DA POPULAÇÃO-ALVO SECUNDÁRIA

Caso 1

NECESSIDADES

Resultados da avaliação		Objetivo	Indicador	Avaliação inicial	Meta	Supervisor	1.ª Avaliação		2.ª A
N1	Dependência nos cuidados de higiene e imagem	Assegurar os cuidados de higiene e imagem contratualizados	N.º falhas nos cuidados de higiene e imagem (nº de vezes que não foi feito e/ou reclamações)	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Realizar banho total, uma vez por semana. Realizar diariamente: higiene parcial e oral, hidratar e pentear. Duas vezes por semana fazer barba. Quinzenalmente cortar unhas de mãos e pés. Incentivar a participação do utente nas AVD's.	AAD	02-11-2015	02-11-2016				
N2	Necessidade de acompanhamento clínico	Assegurar os cuidados de saúde dentro do âmbito da prestação de serviços	N.º de consultas médicas	0	1	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Realizar cuidados de saúde necessários	ENF/MED	02-11-2015	02-11-2016				
N3	Dificuldade na gestão das refeições	Assegurar as refeições contratualizadas	N.º falhas no fornecimento de refeições (nº de vezes que não foi feito e/ou nº de reclamações)	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Fornecer as refeições: jejum (iogurte sólido), peq.almoço (leite com café e pão com manteiga/doce), almoço, lanche (leite com café e pão com manteiga/doce), jantar e ceia (leite com bolachas maria). Autónimo, no entanto necessita de apoionas refeições do almoço e jantar - no caso de ser carne deve ser partida e se for peixe deve ser desfiado	AAD	02-11-2015	02-11-2016				
N5	Dependência no tratamento de roupas	Assegurar o tratamento de roupas	N.º falhas no tratamento de roupas (nº de vezes em que não foi feito e/ou nº de reclamações)	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Realizar o tratamento de roupas	AAD	02-11-2015	02-11-2016				

N7	Necessidade de acompanhamento ao exterior	Assegurar o acompanhamento ao exterior	N.º falhas no acompanhamento ao exterior (n.º de vezes em que não foi feito e/ou n.º de reclamações)	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Acompanhar ao exterior	AAD	02-11-2015	02-11-2016				
N10	Necessidade de ocupação do dia-a-dia	Manter ocupado o dia-a-dia	Taxa de participação nas atividades socio-culturais	0%	100%	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Realizar duas actividades sócio-culturais por mês, de acordo com o Plano Trimestral de Actividades Sócio-Cultural. Promover o contacto com a atividade desempenhada enquanto profissional, sendo que pelo menos uma das atividades deve ser desenvolvida no âmbito da temática "caminhos de ferro" e outra "caça".	ASC	02-11-2015	02-11-2016				
AVALIAÇÃO FÍSICA		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
FS2	Diminuição da audição	Averiguar a possibilidade de melhorar a audição	N.º consultas	0	1	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Encaminhar para o médico de família/e ou substituto	ENF/MED	02-11-2015	02-11-2016				
FS4	Necessidade de vigilância da tensão arterial	Vigiar a tensão arterial	N.º vezes em que mediu a TA	0	26	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Medir e registar a tensão arterial, uma vez por semana	ENF/MED	02-11-2015	02-11-2016				
FS11	Dependência na preparação de medicamentos	Assegurar a preparação de medicamentos prescritos dentro dos horários da prestação do serviço	N.º vezes em que não foi preparada a assistência medicamentosa	0	0		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Preparar terapêutica prescrita	AAD/ENF	02-11-2015	02-11-2016				
FS12	Dependência na administração de medicamentos	Assegurar a administração de medicamentos prescritos dentro dos horários da prestação do serviço	N.º falhas relacionadas com a administração de medicamentos	0	0		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Administrar terapêutica prescrita	AAD/ENF	02-11-2015	02-11-2016				

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

FC1	Dificuldades no momento da refeição	Facilitar a autonomia na alimentação	Resultado da avaliação da autonomia na alimentação, segundo escala de Barthel	5	? 5	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho			
		Implementar estratégias de promoção de autonomia na refeição	DT	02-11-2015	02-11-2016		Decisão:		Decisão:

AVALIAÇÃO COGNITIVA E EMOCIONAL

CE1	Necessidade de estimulação cognitiva	Prevenir a perda da capacidade cognitiva	Classificação obtida na avaliação do MMSE	15	? 15	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho			
		Promover atividades de estimulação cognitiva com maior incidência ao nível da retenção/memória a curto prazo, orientação temporal e habilidades visuo-constructivas	PSI	02-11-2015	02-11-2016		Decisão:		Decisão:
CE5	Necessidade da prática religiosa/ espiritual	Promover a prática religiosa/ espiritual	Taxa de participação nas atividades espirituais/ religiosas	0%	100%		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho			
		Promover a participação na celebração eucarística uma vez por mês, e a oração do terço uma vez por semana.	ASC	02-11-2015	02-11-2016		Decisão:		Decisão:
CE9	Necessidade de apoio e acompanhamento psicológico na resposta social integrado	Promover a integração na resposta social	Nº de sessões que promoveram a integração na resposta social	0	8		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho			
		Acompanhamento individual e/ou em grupo	PSI	02-11-2015	02-11-2016		Decisão:		Decisão:

AVALIAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA E AMBIENTAL

SE1	Isolamento social	Reduzir o isolamento social	Taxa de participação nas atividades socio-culturais	0%	100%		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho			
		Promover a participação nas atividades socio-culturais em grupo	ASC	02-11-2015	02-11-2016		Decisão:		Decisão:

Caso 2

NECESSIDADES

Resultados da avaliação		Objetivo	Indicador	Avaliação inicial	Meta	Supervisor	1.ª Avaliação		2.ª A
N1	Dependência nos cuidados de higiene e imagem	Assegurar os cuidados de higiene e imagem contratualizados	N.º falhas nos cuidados de higiene e imagem (nº de vezes que não foi feito e/ou reclamações)	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Realizar 1 banho total, duas vezes por semana. Realizar diariamente: higiene parcial e oral, hidratar e pentear. Duas vezes por semana fazer barba. Quinzenalmente cortar unhas de mãos e pés. Incentivar a participação do utente nas AVD's.	AAD	16-12-2015	16-12-2016				
N2	Necessidade de acompanhamento clínico	Assegurar os cuidados de saúde dentro do âmbito da prestação de serviços	N.º de consultas médicas	0	1	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Realizar cuidados de saúde necessários	ENF/ MED	16-12-2015	16-12-2016				
N3	Dificuldade na gestão das refeições	Assegurar as refeições contratualizadas	N.º falhas no fornecimento de refeições (nº de vezes que não foi feito e/ou nº de reclamações)	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Fornecer as refeições: Autónimo, contudo necessita de Apoio pontual no momento da refeição do almoço e jantar : carne partir aos bocados/peixe desfiar; fruta descascar e partir aos bocados. -Faz as refeições de jejum (1 iogurte líquido), pequeno-almoço/lanche (1 chávena de café com leite ? 1 pão com manteiga/doce/marmelada) e ceia (chá com bolachas maria).	AAD	16-12-2015	16-12-2016				
N5	Dependência no tratamento de roupas	Assegurar o tratamento de roupas	N.º falhas no tratamento de roupas (nº de vezes em que não foi feito e/ou nº de reclamações)	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Realizar o tratamento de roupas	AAD	16-12-2015	16-12-2016				

N7	Necessidade de acompanhamento ao exterior	Assegurar o acompanhamento ao exterior	N.º falhas no acompanhamento ao exterior (nº de vezes em que não foi feito e/ou nº de reclamações)	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Acompanhar ao exterior. Deambula com uso de ajudas técnicas - bengala.	AAD	16-12-2015	16-12-2016		Decisão:		Decisão:
N10	Necessidade de ocupação do dia-a-dia	Manter ocupado o dia-a-dia	Taxa de participação nas atividades socio-culturais	0%	100%	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Realizar duas actividades sócio-culturais por mês, de acordo com o Plano Trimestral de Actividades Sócio-Cultural. Promovendo o contacto com a atividade desempenhada enquanto profissional desenvolver uma atividade no âmbito da temática "Vindimas - Vinho"	ASC	16-12-2015	16-12-2016		Decisão:		Decisão:
AVALIAÇÃO FÍSICA		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
FS2	Diminuição da audição	Averiguar a possibilidade de melhorar a audição	N.º consultas	0	1	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Encaminhamento para o médico de família/e ou substituto	ENF/ MED	16-12-2015	16-12-2016		Decisão:		Decisão:
FS4	Necessidade de vigilância da tensão arterial	Vigiar a tensão arterial	N.º vezes em que medi a TA	0	26	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Medir e registar a tensão arterial, uma vez por semana	ENF/ MED	16-12-2015	16-12-2016		Decisão:		Decisão:
FS11	Dependência na preparação de medicamentos	Assegurar a preparação de medicamentos prescritos dentro dos horários da prestação do serviço	N.º vezes em que não foi preparada a assistência medicamentosa	0	0		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Preparar medicamentos prescritos dentro dos horários da prestação do serviço	AAD/ENF	16-12-2015	16-12-2016		Decisão:		Decisão:

FS12	Dependência na administração de medicamentos	Assegurar a administração de medicamentos prescritos dentro dos horários da prestação do serviço	N.º falhas relacionadas com a administração de medicamentos	0	0		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Administrar terapêutica prescrita	AAD/ENF	16-12-2015	16-12-2016				

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

FC1	Dificuldades no momento da refeição	Facilitar a autonomia na alimentação	Resultado da avaliação da autonomia na alimentação, segundo escala de Barthel	5	? 5	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Implementar estratégias de promoção de autonomia na refeição	DT	16-12-2015	16-12-2016				

AVALIAÇÃO COGNITIVA E EMOCIONAL

CE3	Necessidade de apoio e acompanhamento psicológico na sintomatologia depressiva	Prevenir/melhorar os sintomas depressivos	Classificação obtida na avaliação da GDS-30	22	? 22	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Promover estratégias de intervenção na sintomatologia depressiva	PSI	16-12-2015	16-12-2016				
CE4	Insatisfação com história de vida e expectativas	Valorizar a história de vida	Nº atividades que valorizaram a história de vida	0	2		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Identificar esquemas cognitivos relacionados com a história de vida	PSI	16-12-2015	16-12-2016				
CE5	Necessidade da prática religiosa/ espiritual	Promover a prática religiosa/ espiritual	Taxa de participação nas atividades espirituais/ religiosas	0%	100%		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Participar na oração do terço uma vez por semana e na celebração eucarística uma vez por mês	ASC	16-12-2015	16-12-2016				
CE9	Necessidade de apoio e acompanhamento psicológico na resposta social integrado	Promover a integração na resposta social	Nº de sessões que promoveram a integração na resposta social	0	6		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Acompanhamento individual e/ou em grupo	PSI	16-12-2015	16-12-2016				

AVALIAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA E AMBIENTAL

SE1	Isolamento social	Reduzir o isolamento social	Taxa de participação nas atividades socio-culturais	0%	100%		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Promover a participação nas atividades socio-culturais em grupo	ASC	16-12-2015	16-12-2016				
#N/D	#N/D	#N/D	#N/D				Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:

Caso 3

NECESSIDADES

Resultados da avaliação		Objetivo	Indicador	Avaliação inicial	Meta	Supervisor	1.ª Avaliação		2.ª A
N1	Dependência nos cuidados de higiene e imagem	Assegurar os cuidados de higiene e imagem contratualizados	N.º falhas nos cuidados de higiene e imagem (nº de vezes que não foi feito e/ou reclamações)	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Realizar 1 banho total, uma vez por semana. Realizar diariamente: higiene parcial e oral, hidratar e pentear. Quinzenalmente cortar unhas de mãos e pés.	AAD	16-12-2015	16-12-2016				
N2	Necessidade de acompanhamento clínico	Assegurar os cuidados de saúde dentro do âmbito da prestação de serviços	N.º de consultas médicas	0	1	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Realizar cuidados de saúde necessários. Acompanhamento na ida às consultas médicas.	ENF/MED	16-12-2015	16-12-2016				
N3	Dificuldade na gestão das refeições	Assegurar as refeições contratualizadas	N.º falhas no fornecimento de refeições (nº de vezes que não foi feito e/ou nº de reclamações)	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Fornecer refeições, adequada à sua condição de diabética : jejum (um copo de água com umas gotas de limão + um iogurte líquido magro), peq.almoço (leite com café e pão com manteiga/doce), meio da manhã (uma laranja), almoço(alimentação rica em legumes), lanche (leite com café e pão com manteiga/doce), jantar (alimentação rica em legumes) e ceia (leite com bolachas integrais).	AAD	16-12-2015	16-12-2016				

N5	Dependência no tratamento de roupas	Assegurar o tratamento de roupas	N.º falhas no tratamento de roupas (nº de vezes em que não foi feito e/ou nº de reclamações)	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho			
		Realizar o tratamento de roupas	AAD	16-12-2015	16-12-2016		Decisão:		Decisão:
N10	Necessidade de ocupação do dia-a-dia	Manter ocupado o dia-a-dia	Taxa de participação nas atividades socio-culturais	0%	100%	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho			
		Realizar duas actividades sócio-culturais por mês, de acordo com o Plano Trimestral de Actividades Sócio-Cultural.	ASC	02-11-2015	16-12-2016		Decisão:		Decisão:
N10	Necessidade de ocupação do dia-a-dia	Promover o contacto com a actividade desempenhada enquanto profissional activo	Participação do utente	0	100%	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho			
		Desenvolver uma actividade no âmbito da temática "Hotelaria - Serviço de mesa"	ASC	16-12-2015	16-12-2016		Decisão:		Decisão:
AValiação Física		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
FS5	Necessidade de vigilância da Glicémia	Vigiar os níveis de glicémia	N.º vezes em que foi medido	0	1	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho			
		Encaminhamento para o médico de família/e ou substituto	ENF/MED	16-12-2015	16-12-2016		Decisão:		Decisão:
FS4	Necessidade de vigilância da tensão arterial	Vigiar a tensão arterial	N.º vezes em que medi a TA	0	26	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho			
		Medir e registar a tensão arterial, uma vez por semana	ENF/MED	16-12-2015	16-12-2016		Decisão:		Decisão:

FS12	Dependência na administração de medicamentos	Assegurar a administração de medicamentos prescritos dentro dos horários da prestação do serviço	N.º falhas relacionadas com a administração de medicamentos	0	0		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Administrar terapêutica prescrita (diabética/insulinodependente).	AAD/ENF	16-12-2015	16-12-2016				
FS9	Dificuldades na mobilidade	Melhorar a mobilidade dos membros inferiores		3			Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:

AVALIAÇÃO COGNITIVA E EMOCIONAL

CE4	Insatisfação com história de vida e expectativas	Valorizar a história de vida	Nº atividades que valorizaram a história de vida	0	2	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Fomentar a aceitação do passado e o foco no momento presente (baseado em terapias de 3ª geração: ACT-Terapia de Aceitação e Compromisso)	PSI	16-12-2015	16-12-2016				
CE9	Necessidade de apoio e acompanhamento psicológico na resposta social integrado	Promover a integração na resposta social	Nº de sessões que promoveram a integração na resposta social	0	4		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Acompanhamento individual e/ou em grupo	PSI	16-12-2015	16-12-2016				

AVALIAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA E AMBIENTAL

SE1	Isolamento social	Reduzir o isolamento social	Taxa de participação nas atividades sócio-culturais	0%	100%		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Realizar duas actividades sócio-culturais por mês, de acordo com o Plano Trimestral de Actividades Sócio-Cultural.	ASC	16-12-2015	16-12-2016				

Caso 4

NECESSIDADES

Resultados da avaliação		Objetivo	Indicador	Avaliação inicial	Meta	Supervisor	1.ª Avaliação		2.ª A
N1	Dependência nos cuidados de higiene e imagem	Assegurar os cuidados de higiene e imagem contratualizados	N.º falhas nos cuidados de higiene e imagem (nº de vezes que não foi feito e/ou reclamações)	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Realizar banho total, duas vezes por semana. Realizar diariamente: higiene parcial e oral, hidratar e pentear. Quinzenalmente cortar unhas de mãos e pés. Realizar troca de fralda. Incentivar a participação do utente nas AVD's.	AAD	02-11-2015	02-11-2016				
N2	Necessidade de acompanhamento clínico	Assegurar os cuidados de saúde dentro do âmbito da prestação de serviços	N.º de consultas médicas	0	1	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Realizar cuidados de saúde necessários-seguida em consultas de especialidade - Neurologia	ENF/ MED	02-11-2015	02-11-2016				
N3	Dificuldade na gestão das refeições	Assegurar as refeições contratualizadas	N.º falhas no fornecimento de refeições (nº de vezes que não foi feito e/ou nº de reclamações)	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Fornecer as refeições: jejum(1 iogurte sólido), peq.almoço (sopas de pão-leite e café), almoço, lanche(sopas de pão-leite e café) , jantar e ceia. Nas refeições do almoço e jantar (sopa enriquecida + carne/peixe triturado + fruta assada/cozida/da época madura). Deve ser incentivada a fazer a refeição de forma autónoma, no entanto, na maioria das vezes revela necessidade de uma atenção permanente.	AAD	02-11-2015	02-11-2016				

N5	Dependência no tratamento de roupas	Assegurar o tratamento de roupas	N.º falhas no tratamento de roupas (nº de vezes em que não foi feito e/ou nº de reclamações)	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Realizar o tratamento de roupas	AAD	02-11-2015	02-11-2016				
N7	Necessidade de acompanhamento ao exterior	Assegurar o acompanhamento ao exterior	N.º falhas no acompanhamento ao exterior (nº de vezes em que não foi feito e/ou nº de reclamações)	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Acompanhar ao exterior. Deambula de forma autónoma sem uso de ajudas técnicas, no entanto, devido a patologia demencial apresenta risco de fuga constante.	AAD	02-11-2015	02-11-2016				
N10	Necessidade de ocupação do dia-a-dia	Manter ocupado o dia-a-dia	Taxa de participação nas atividades socio-culturais	0%	100%	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Realizar duas actividades sócio-culturais por mês, de acordo com o Plano Trimestral de Actividades Sócio-Cultural, sendo que de três em três meses deve desenvolver uma actividade no âmbito da dança, do canto e/ou desenho.	ASC	02-11-2015	02-02-2016				
AVALIAÇÃO FÍSICA		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
FS4	Necessidade de vigilância da tensão arterial	Vigiar a tensão arterial	N.º vezes em que medi a TA	0	26	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Medir e registar a tensão arterial, uma vez por semana	ENF/MED	02-11-2015	02-11-2016				

FS11	Dependência na preparação de medicamentos	Assegurar a preparação de medicamentos prescritos dentro dos horários da prestação do serviço	N.º vezes em que não foi preparada a assistência medicamentosa	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Administrar terapêutica prescrita. A medicação deverá ser esmagada e colocada na alimentação para que não haja risco de a utente não a tomar.	AAD/ENF	02-11-2015	02-11-2016				
FS12	Dependência na administração de medicamentos	Assegurar a administração de medicamentos prescritos dentro dos horários da prestação do serviço	N.º falhas relacionadas com a administração de medicamentos	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Preparar medicamentos prescritos dentro dos horários da prestação do serviço	AAD/ENF	02-11-2015	02-11-2016				

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

FC1	Dificuldades no momento da refeição	Facilitar a autonomia na alimentação	Resultado da avaliação da autonomia na alimentação, segundo escala de Barthel e resultado da avaliação do comprometimento funcional segundo a escala EK	Escala de Barthel: 5; Escala de EK:	Escala de Barthel: ? 5; Escala de EK:	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Implementar estratégias de promoção de autonomia na refeição	DT	02-11-2015	02-11-2016				

AVALIAÇÃO COGNITIVA E EMOCIONAL

CE1	Necessidade de estimulação cognitiva	Prevenir a perda da capacidade cognitiva	Classificação obtida na avaliação do MMSE	8	? 8	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Promover atividades de estimulação cognitiva com maior incidência ao nível da retenção/memória; compreensão verbal e orientação temporo-espacial.	PSI	02-11-2015	02-11-2016				

CE5	Necessidade da prática religiosa/ espiritual	Promover a prática religiosa/ espiritual	Taxa de participação nas atividades espirituais/ religiosas	0	6	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Participar uma vez por semana na oração do terço e uma vez por mês na celebração eucarística	ASC	02-11-2015	02-11-2016				
CE9	Necessidade de apoio e acompanhamento psicológico na resposta social integrado	Promover a integração na resposta social	Nº de sessões que promoveram a integração na resposta social	0%	100%	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Acompanhamento individual e/ou em grupo	PSI	02-11-2015	02-11-2016				

AValiação Sócio-Económica e Ambiental

SE1	Isolamento social	Reduzir o isolamento social	Taxa de participação nas atividades socio-culturais	0%	100%		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Promover a participação nas atividades socio-culturais em grupo	ASC	02-11-2015	02-11-2016				
#N/D	#N/D	#N/D	#N/D				Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:

Caso 5

NECESSIDADES

Resultados da avaliação		Objetivo	Indicador	Avaliação inicial	Meta	Supervisor	1.ª Avaliação		2.ª A
N1	Dependência nos cuidados de higiene e imagem	Assegurar os cuidados de higiene e imagem contratualizados	N.º falhas nos cuidados de higiene e imagem (nº de vezes que não foi feito e/ou reclamações)	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Realizar banho total, uma vez por semana. Realizar diariamente: higiene parcial e oral, hidratar e pentear. Quinzenalmente cortar unhas de mãos e pés. Incentivar a participação do utente nas AVD's.	AAD	02-11-2015	02-11-2016				
N2	Necessidade de acompanhamento clínico	Assegurar os cuidados de saúde dentro do âmbito da prestação de serviços	N.º de consultas médicas	0	1	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Realizar cuidados de saúde necessários	ENF/ MED	02-11-2015	02-11-2016				
N3	Dificuldade na gestão das refeições	Assegurar as refeições contratualizadas	N.º falhas no fornecimento de refeições (nº de vezes que não foi feito e/ou nº de reclamações)	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Fornecer as refeições: -Jejum – logurte sólido de morango (único sabor que gosta) ou chá com bolachas maria; pequeno - almoço (chá , pão com manteiga/doce); almoço, lanche, jantar e ceia (chá com bolachas integrais). Autónoma, no entanto necessita de apoio nas refeições do almoço e jantar - no caso de ser carne deve ser partida e se for peixe deve ser desfiado, a fruta deve ser madura da época madura/fruta assada/fruta cozida.	AAD	02-11-2015	02-11-2016				

N5	Dependência no tratamento de roupas	Assegurar o tratamento de roupas	N.º falhas no tratamento de roupas (nº de vezes em que não foi feito e/ou nº de reclamações)	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Realizar o tratamento de roupas	AAD	02-11-2015	02-11-2016				
N7	Necessidade de acompanhamento ao exterior	Assegurar o acompanhamento ao exterior	N.º falhas no acompanhamento ao exterior (nº de vezes em que não foi feito e/ou nº de reclamações)	0	0	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Acompanhar ao exterior	AAD	02-11-2015	02-11-2016				
N10	Necessidade de ocupação do dia-a-dia	Manter ocupado o dia-a-dia	Taxa de participação nas atividades socio-culturais	0%	100%	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Realizar duas actividades sócio-culturais por mês, de acordo com o Plano Trimestral de Actividades Sócio-Cultural. Promover o contacto com a actividade desempenhada enquanto profissional, sendo que pelo menos uma das actividades deve ser desenvolvida no âmbito da temática "comércio".	ASC	02-11-2015	02-11-2016				
AVALIAÇÃO FÍSICA		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
#N/D	#N/D	#N/D	#N/D	0	1	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
			ENF/ MED	02-11-2015	02-11-2016				
#N/D	#N/D	#N/D	#N/D	0	26	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
			ENF/ MED	02-11-2015	02-11-2016				

FS11	Dependência na preparação de medicamentos	Assegurar a preparação de medicamentos prescritos dentro dos horários da prestação do serviço	N.º vezes em que não foi preparada a assistência medicamentosa	0	0		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Preparar terapêutica prescrita	AAD/ENF	02-11-2015	02-11-2016				
FS12	Dependência na administração de medicamentos	Assegurar a administração de medicamentos prescritos dentro dos horários da prestação do serviço	N.º falhas relacionadas com a administração de medicamentos	0	0		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Administrar terapêutica prescrita	AAD/ENF	02-11-2015	02-11-2016				

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

FC1	Dificuldades no momento da refeição	Facilitar a autonomia na alimentação	Resultado da avaliação da autonomia na alimentação, segundo escala de Barthel	5	? 5	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Implementar estratégias de promoção de autonomia na refeição	DT	02-11-2015	02-11-2016				

AVALIAÇÃO COGNITIVA E EMOCIONAL

CE3	Necessidade de apoio e acompanhamento psicológico na sintomatologia depressiva	Prevenir/melhorar os sintomas depressivos	Classificação obtida na avaliação da GDS-30	23	? 23	Coordenador de Equipa	Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Promover atividades de estimulação cognitiva com maior incidência ao nível da retenção/memória a curto prazo, orientação temporal.	PSI	02-11-2015	02-11-2016				

CE9	Necessidade de apoio e acompanhamento psicológico na resposta social integrado	Promover a integração na resposta social	Nº de sessões que promoveram a integração na resposta social	0	8		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Acompanhamento individual e/ou em grupo	PSI	02-11-2015	02-11-2016				
CE5	Necessidade da prática religiosa/ espiritual	Promover a prática religiosa/ espiritual	Taxa de participação nas atividades espirituais/ religiosas	0%	100%		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Promover a participação na celebração eucarística uma vez por mês, e a oração do terço uma vez por semana.	ASC	02-11-2015	02-11-2016				

AValiação Sócio-Económica e Ambiental

SE1	Isolamento social	Reduzir o isolamento social	Taxa de participação nas atividades socio-culturais	0%	100%		Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão:
		Promover a participação nas atividades socio-culturais em grupo	ASC	02-11-2015	02-11-2016				
#N/D	#N/D	#N/D	#N/D				Resultado:		Resultado:
		Ação	Responsável	Data de início	Data de fim	Fecho	Decisão:		Decisão: