



INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, IP

Cada um tem a idade do seu coração, da
sua experiencia, da sua fé
“George Sand”

Manual de formação:
Contextos de Prestação
de Cuidados ao Idoso _ lares e
instituições

Ufcd 8901 - 25horas

Formadora: Ana Marina Ventura e Costa

Índice

Objetivos

Conteúdos programáticos

1. Principais objetivos a trabalhar com o idoso

1.1 Lares de idosos

1.2 Instituições de saúde

2. Estratégias de intervenção e técnicas de apoio em instituições (saúde e lares de idosos)

3. Processo de integração/inclusão social do idoso na rede social

3.1 Principais dificuldades do processo

3.2 Estratégias facilitadoras do processo

3.3 Importância dos estilos de vida

3.4 Estabelecimento dos objetivos de vida

4. Institucionalização

4.1 Causas da institucionalização

4.2 Vantagens e consequências da institucionalização

4.3 Ambiente institucional

4.4 Rotinas nas instituições

5. Hospitalização

5.1 Consequências e benefícios da hospitalização

5.2 Hospitalização como fonte de stress

5.3 Aspectos a ter em conta para reduzir as consequências da hospitalização

5.4 Hospitalização e a autonomia

5.5 Ações a desenvolver para melhorar a autonomia do idoso institucionalizado

Bibliografia e sites consultados

Introdução

Objetivos

- Identificar os principais objetivos, estratégias e técnicas de intervenção no apoio domiciliário, nos centros de dia e nas residências autónomas.
- Aplicar estratégias e técnicas de intervenção no apoio domiciliário, nos centros de dia e nas residências autónomas.
- Reconhecer quem são os prestadores de cuidados dos idosos e o seu papel.
- Diferenciar a resposta social formal, da resposta social informal.

Conteúdos programáticos

- Principais objetivos a trabalhar no idoso nos contextos
 - Lares de idosos
 - Instituições de saúde
- Estratégias de intervenção e técnicas de apoio em instituições (de saúde e em lares de idosos)
- Processo de inclusão/integração social do idoso na rede social formal
 - Principais dificuldades do processo
 - Estratégias facilitadoras do processo
 - Importância dos estilos de vida
 - Estabelecimento de objetivos de vida
- Institucionalização
 - Causas da institucionalização
 - Vantagens e as consequências da institucionalização
 - Ambiente institucional
 - Rotinas nas instituições
- Hospitalização
 - Consequências e benefícios da hospitalização
 - Hospitalização como fonte de stress
 - Aspetos a ter em conta para reduzir as consequências da hospitalização
 - Hospitalização e a autonomia
 - Ações a desenvolver para melhorar a autonomia do idoso hospitalizado

1. Principais objetivos a trabalhar no idoso nos contextos

1. Principais objetivos a trabalhar no idoso nos contextos

1.1. Lares de idosos

No âmbito do sector de atividade da ação social, define-se como Lar de Idosos um estabelecimento onde são desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através de alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio, a animação social e a ocupação do tempo livre dos utentes.

Quem são os seus Clientes e Partes Interessadas, o que pode incluir:

a) Clientes:

- Utes
- Família dos utentes
- Pessoas da confiança dos utentes
- Potenciais utentes e respetivas famílias

b) Partes interessadas:

- Centro Regional de Segurança Social e outras entidades financiadoras
- Proprietários/Direções
- Associados
- Profissionais ao serviço do Lar
- Parceiros
- Fornecedores
- Sociedade em geral
- Voluntários

1. O cliente é o centro da instituição

Qualquer que seja a natureza jurídica da instituição, nomeadamente se tem ou não fins lucrativos, o cliente é o centro, é para quem a instituição trabalha e a quem serve.

A Direção da instituição deve evidenciar o seu comprometimento com este princípio.

2. Necessidades do cliente

O acolhimento num Lar deve-se, na maioria das vezes, à identificação de necessidades, pelos próprios ou pelos familiares, para as quais a vida em família ou na comunidade já não dá a resposta necessária ou satisfatória.

Algumas destas necessidades são: companhia, segurança, cuidados de saúde, substituição da família em caso de incapacidade ou impossibilidade da mesma para assegurar a prestação de cuidados.

A Direção do Lar deve também ter em conta que as pessoas idosas, residentes ou não, necessitam de satisfazer as mesmas necessidades básicas.

Estas necessidades têm vindo a alterar-se com o tempo, pelo que têm de estar de acordo com os padrões de vida atual. São elas: alojamento, alimentação, vestuário, higiene pessoal e do meio ambiente, cuidados de saúde, conforto, comunicação, participação, entretenimento, ocupação e ainda as do foro cultural e espiritual.

3. O cliente tem direitos

A relação entre o cliente (utente e família) e o Lar rege-se por um conjunto de requisitos legais que confere ao cliente direitos.

Direitos do utente: enquanto residente, o utente é detentor de um conjunto de direitos, de que se destacam:

- Direito a dar entrada no Lar por vontade própria;
- Direito à satisfação das necessidades básicas;
- Direito à individualidade;
- Direito à intimidade e privacidade;
- Direito à confidencialidade.

Por vezes, a situação de dependência ou de fragilidade em que o utente se encontra pode dificultar o conhecimento dos seus direitos e o seu exercício.

Justifica-se, neste caso, a existência de alguém, escolhido pelo utente, que assegure a salvaguarda dos seus direitos, com respeito pela sua vontade e promovendo a sua autodeterminação, em questões como o relacionamento com os funcionários e dirigentes do Lar, visitação regular e acompanhamento da qualidade dos serviços prestados.

Direitos da família: A família do utente possui igualmente direitos consagrados nos instrumentos legais vigentes e que regulam o funcionamento dos Lares de Idosos, reconhecendo o incontornável papel que desempenha não só no âmbito afetivo, mas também na prestação direta de cuidados e na assunção dos encargos económicos.

À família devem ser reconhecidos direitos no âmbito da relação com o utente, informação e participação, salvaguardando sempre o respeito pela prevalência dos direitos e da vontade deste.

4. O cliente tem expectativas

- Ter entrada no Lar por si escolhido e na data desejada;
- Ter garantidas as condições para uma boa adaptação ao Lar;
- Ter assegurado que lhe sejam devidamente prestados os serviços contratualmente acordados e os de que necessita, por pessoal em número suficiente, qualificado e permanentemente atualizado;
- Ter garantidas condições facilitadoras de relações e contactos com familiares e amigos;
- Ver promovida e garantida a autonomia desejada/possível;
- Ver respeitadas as suas necessidades e vontades relacionais e afetivas;
- Ter garantida a livre expressão das suas convicções, designadamente religiosas, políticas e culturais;
- Ver respeitado o seu passado;
- Ter possibilidade de participar na gestão do Lar e de aí realizar atividades de carácter cultural, lúdico e artístico;

- Viver o Lar como "a sua casa".

Nem sempre o cliente explicita as suas necessidades e expectativas, mas o Lar deverá esforçar-se por identificar as necessidades e as expectativas que não são comunicadas e permanecem implícitas.

5. As necessidades e expectativas alteram-se com o tempo

Por alteração das condições físicas e/ou cognitivas ou por alteração da relação com a família, entre outras, as necessidades e expectativas dos clientes alteram-se ao longo do tempo.

Uma instituição deverá estar sempre atenta, definindo metodologias para periodicamente avaliar estas novas necessidades e expectativas e ainda, assegurar a formação contínua dos seus recursos humanos, de forma a mantê-los atualizados.

O Lar deve também manter uma linha de comunicação com o utente e os seus familiares, O registo das informações recolhidas torna possível medir o estado e monitorizar a evolução da satisfação do cliente.

6. O cliente avalia

O cliente confronta as suas necessidades e expectativas com os serviços recebidos e sente maior ou menor satisfação.

Por iniciativa própria, por vezes o cliente apresenta a sua opinião na forma de reclamação ou queixa, mas raramente o faz por escrito.

Para este caso, é de considerar que, para cada reclamação apresentada, existem muitas outras que não o foram e que manifestações de insatisfação são uma fonte de informação vital para ocorrer a melhoria.

1.2. Instituições de saúde

Cuidados de saúde – Conjunto organizado de atividades médicas e paramédicas, gerais e de especialidades, prestadas à população, com o objetivo de assegurar a cada indivíduo o melhor nível de saúde, através da sua promoção, prevenção, bem como da cura dos doentes e recuperação dos diminuídos.

Tipos de cuidados de saúde:

Cuidados primários ou cuidados de base

Intervenções médicas, paramédicas e médico-sociais, abrangendo a promoção da saúde e prevenção da doença, diagnóstico e tratamento elementar ou a triagem ou encaminhamento para instituições especializadas.

Cuidados secundários ou cuidados hospitalares

Intervenções visando o diagnóstico ou tratamento através de recursos mais diferenciados e habitualmente em meio hospitalar.

Cuidados terciários

Conjunto de atividades médicas e médico-sociais visando a limitação das sequelas e a reabilitação física, psíquica e social dos diminuídos.

Cuidados continuados

Intervenções sequenciais de saúde e/ou apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centradas na recuperação global das pessoas com perda de funcionalidade, ou em situação de dependência, em qualquer idade, que se encontrem afetadas na estrutura anatómica ou nas funções psicológica ou fisiológica, com limitação acentuada na possibilidade de tratamento curativo de curta duração, suscetível de correção, compensação ou manutenção e que necessitem de cuidados complementares e interdisciplinares de saúde de longa duração.

As doenças mais comuns entre os idosos portugueses são a tensão arterial elevada, a doença reumática, a dor crónica, a osteoporose, a diabetes e a asma.

Para conseguir adequar os cuidados de saúde às reais necessidades da população geriátrica, pretende-se criar condições para a promoção e desenvolvimento da autonomia e independência:

- Começando pela (in)formação a articulação das unidades de saúde como os cuidados continuados;
- Realizando exames médicos periódicos
- Encorajando a prática de exercício físico regular e moderado
- Investindo na orientação dos técnicos e profissionais de saúde para a deteção e eliminação de barreiras arquitetónicas;
- Direcionando esses mesmos técnicos e profissionais de saúde para deteção e encaminhamento adequado de situações de violência, abuso ou negligência;
- Desenvolvendo uma articulação efetiva dos cuidados de saúde com os grupos de apoio da sociedade civil e serviços disponibilizados pelo Estado.

O Centro de Saúde é considerado o elemento central deste sistema, com a ação das equipas multidisciplinares no desenvolvimento de programas de intervenção comunitária (ex. saúde ocupacional, cuidados continuados), conjugando esforços e saberes com psicólogos, nutricionistas ou outros técnicos cujo envolvimento e contributo é imprescindível à promoção da qualidade de vida sénior.

Os idosos utilizam os serviços hospitalares de modo mais intensivo do que os outros grupos etários, envolvendo custos mais elevados, tratamentos de duração mais prolongada e de recuperação mais lenta e complicada.

Para muitos idosos, a hospitalização pode causar declínio funcional, ainda que tenham sido tratados do motivo que levou ao internamento.

Direitos dos Doentes

1. O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana;
2. O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas;
3. O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais;
4. O doente tem direito à prestação de cuidados continuados;
5. O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados;
6. O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde;
7. O doente tem o direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde;
8. O doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer ato médico ou participação em investigação ou ensino clínico;
9. O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam;
10. O doente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico;
11. O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato médico;
12. O doente tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.

Carta dos Direitos do Doente Internado

Documento que consagra todos os direitos dos doentes, considerando a situação específica do internamento.

1. O doente internado tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana.
2. O doente internado tem direito a ser tratado com respeito, independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas.
3. O doente internado tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação, terminais e paliativos.

4. O doente internado tem direito à continuidade dos cuidados.
5. O doente internado tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados.
6. O doente internado tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde.
7. O doente internado tem direito a obter uma segunda opinião sobre a sua situação clínica.
8. O doente internado tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer ato clínico ou participação em investigação ou ensino.
9. O doente internado tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam.
10. O doente internado tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico.
11. O doente internado tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer ato clínico.
12. O doente internado tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.
13. O doente internado tem direito à visita dos seus familiares e amigos.
14. O doente internado tem direito à sua liberdade individual.

2. Estratégias de intervenção e técnicas de apoio em instituições (de saúde e em lares de idosos)

Instituições de saúde

Na área da saúde assiste-se a uma diversificação do saber científico, o que torna fundamental a formação de equipas multidisciplinares que permitam manter a atualização dos conhecimentos e o sucesso das ações.

O idoso deve ser visto como um todo uma vez que não é possível resolver os complexos problemas de saúde de forma isolada.

A complexidade e natureza dos cuidados aos idosos necessitam da colaboração de diversos profissionais, e deles próprios, já que neles intervêm múltiplos fatores, biológicos, psicológicos, sociais e económicos.

O trabalho em equipa é hoje uma exigência e um desafio para os profissionais

Trabalhar em equipa significa que os diferentes profissionais se empenhem para atingir os objetivos dos cuidados de saúde exercendo a sua autonomia profissional, mas simultaneamente reconhecendo a sua interdependência.

A colaboração dos diferentes elementos da equipa passa pelo respeito pela competência, autonomia e responsabilidade de cada um, pela partilha do poder e pelo reconhecimento das zonas de sobreposição"

Numa equipa, os membros trabalham de forma próxima, comunicam frequentemente com vista a otimizar os cuidados para o doente.

Assim o enfermeiro atua:

- Ajudando em cuidados
- Trabalhando com as pessoas idosas para conseguir saúde, bem-estar e qualidade de vida ótimos.

O foco da sua atenção está:

- Na promoção da saúde
- No diagnóstico precoce e tratamento imediato de problemas
- Na minimização de danos, implementando programas de reabilitação física, psíquica e social, de modo a garantir ao idoso a permanência no meio em que vive, exercendo se possível, de forma independente as suas funções na sociedade.

Lares de idoso

Num lar, podemos ter pessoas a realizar a mesma função ou funções distintas. Porém o trabalho que realizam é sempre interdependente. O bem-estar do residente depende, direta ou indiretamente, da correta execução por cada um dos colaboradores da respetiva função.

A má prestação de um só colaborador compromete muitas vezes o trabalho de todos.

O trabalho em equipa permite:

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

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

As relações de colaboradores com residentes são relações profissionais. Tratando-se uns e outros de pessoas, é possível que se criem laços de amizade.

Estes não devem, porém, fazer esquecer a nenhuma das partes que a relação de base é profissional e exige o cumprimento de todos os valores, princípios e regras do cuidar.

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

É muito importante que tenhamos uma abordagem positiva com os residentes.

Devemos encorajá-los a exercer os seus direitos, a tomar as suas próprias decisões, a ser tão independentes e responsáveis por si mesmos quanto possível. Para tal, é essencial respeitá-los enquanto indivíduos, tratá-los de modo justo, afetivo e excluir todo e qualquer comportamento discriminatório.

Por vezes é difícil aplicar a abordagem positiva. As melhores decisões são as que contam com a vontade do próprio residente. Em casos difíceis, é bom partilhar as dúvidas com a equipa de trabalho.

Ajudar os residentes a lutar pelos seus desejos

Quando prestamos atenção ao que as pessoas contam sobre a sua vida, ouvimo-las recordar experiências e episódios, relatar os seus êxitos e deceções, exprimir medos, ansiedades, sofrimentos e alegrias.

Podem também revelar-nos os seus desejos e projetos para o futuro. Não só por palavras, mas também pelo tom de voz, a linguagem corporal e a expressão facial. É nossa função escutá-los e estimulá-los, delicadamente, a acreditar e a lutar pelo que ambicionam e a confiarem em toda a colaboração possível que nos solicitarem.

A nossa realização profissional, enquanto colaboradores de um lar, deve passar também por vermos atingirem seus objetivos aqueles a quem prestamos cuidados.

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

Ajudar os residentes nas relações sociais

Todos precisamos de amar e ser amados. Quem está em acolhimento residencial também. É especialmente importante não perder o contacto com as pessoas de quem gosta - família e amigos - com os animais de estimação e os objetos de valor sentimental.

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

Quando um residente recebe visitas, todos os colaboradores do lar devem recebê-las com a maior gentileza e nunca lhes fazer sentir - nem ao residente - que estão a mais. Pelo contrário, oferecer-lhes, por exemplo chá ou café, e respeitar a sua privacidade com o visitado.

O residente pode também querer visitar familiares ou amigos, no que deve ser encorajado e se necessário acompanhado.

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

Mas o acolhimento residencial é também uma oportunidade para fazer novas amizades, de falarmos sobre nós próprios e de nos sentirmos apreciados. Os sentimentos de pertença são importantes para o nosso bem-estar.

Como colaboradores de um lar, podemos ajudar o residente a sentir-se bem no novo meio.

Ajudar os residentes a participar em atividades

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

Devemos, pois, descobrir o que os nossos residentes gostam de fazer, aquilo para que têm jeito, as atividades em que já têm experiência e as que gostariam de aprender, como por exemplo: jardinagem, pintura, leitura, música, desporto, atividades manuais, jogos.

A sua adesão pode fortalecer-se com a sua participação na programação e organização das atividades.

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

Deve-se por isso informar os residentes e facultar-lhes o acesso a elas.

Outra forma de reforçar essa relação é a disponibilização de espaços do lar para os organismos da comunidade desenvolverem atividades.

O lar deve ser reconhecido pela comunidade como uma mais-valia

O próprio lar também pode promover atividades que vão ao encontro dos interesses dos residentes e da comunidade

Ajudar os residentes a manter a mobilidade

A independência e a autonomia - passa por sermos capazes de ir onde queremos. Depender de outros para se movimentar penaliza a autoestima.

O lar deve permitir a mobilidade a quem nela vive.

Como podemos assegurá-lo?

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

3. Processo de inclusão/integração social do idoso na rede social formal

3.1. Principais dificuldades do processo

A decisão

Tomar a decisão e entrar para um lar é uma grande mudança na vida de uma pessoa. Com ela vem, quase sempre, a separação do meio familiar, obrigando a pessoa idosa a adaptar-se a um novo ambiente.

É, pois, um ato de grande impacto emocional, que representa muitas vezes uma rutura em relação à vida e aos hábitos anteriores.

Uma mudança de vida desta dimensão só pode ser efetuada se houver um consentimento livre, expresso e informado do futuro residente. Livre, no sentido de ser o próprio a tomar esta decisão sem intromissão abusiva.

Expresso porque, estando no uso das suas faculdades, terá que ser ele a dar o consentimento, por escrito.

Informado, porque é necessário que manifeste essa vontade tendo conhecimento completo dos seus direitos e deveres, bem como dos do lar, e dos termos do contrato que ambos celebram.

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

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

A pessoa responsável pelas admissões deve receber pessoalmente o candidato a residente, para uma entrevista que se deve realizar num espaço próprio para o efeito, confortável, sem a interferência de terceiros ou a perturbação de entradas de pessoas ou toques de telefones, e com a disponibilidade total para que ambas as partes possam conhecer-se e para que cada uma possa obter as respostas necessárias a uma futura admissão.

O ambiente deve ser acolhedor, de modo a facilitar um diálogo aberto, para que o futuro utente sinta que pode, sem qualquer limite, levantar todas as dúvidas e formular todas as questões que deseje.

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

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

- Qual a resposta que a pessoa idosa procura, em termos de necessidades que não estão a ser satisfeitas em casa;
- Se o lar é ou não capaz de dar resposta.
- Se o lar não for a resposta que o candidato procura, o técnico deve dizer-lho claramente, explicando os motivos, e encaminhá-lo para outra solução.

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

- O quotidiano no lar: normas de funcionamento, horários e atividades;
- O regulamento interno, o contrato a estabelecer e as suas condições;
- O preçário, que deverá incluir a mensalidade, o valor de admissão (caso exista) e indicar quais os serviços incluídos na mensalidade e quais os que são pagos à parte;
- O quadro de colaboradores, o que cada um faz e as áreas pelas quais responde, bem como a pessoa responsável pela gestão do lar;

- A possibilidade de trazer objetos pessoais – mobiliário, objetos de valor afetivo e familiar, animal de estimação; deve ser explicado ao candidato se o lar tem ou não condições para que o residente tenha consigo estes objetos ou para acolher animais de estimação;
- A forma como se processam as visitas;
- Como o residente pode proceder se quiser fazer visitas ou deslocações;
- Métodos e critérios para a seleção dos candidatos;
- Possível situação de lista de espera e previsibilidade de entrada;
- Possibilidade de admissão por período experimental - findo o qual o futuro residente optará por confirmar ou não o ingresso no lar - e encargos daí resultantes;
- Existência de alvará ou de processo em curso (no caso da iniciativa privada);
- Serviços de saúde;
- Existência de participações estatais e como se tem acesso às mesmas;
- Informações complementares;
- E tudo o mais que o lar considere relevante, ou o candidato deseje saber.

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

Viver com os outros

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

Para evitar ou minimizar as consequências negativas desta mudança, a vida quotidiana deve estar organizada em moldes próximos daqueles que são os habituais de um domicílio familiar.

O lar deve ter bem presente que os residentes são adultos com vontade própria e que têm necessidades individuais que é preciso satisfazer.

Nem sempre é fácil viver com outras pessoas. É importante a consideração pela individualidade e diversidade de experiências.

Como sabemos, partilhar um espaço, nomeadamente quando não existem laços de conhecimento, afetivos ou afinidades com outras pessoas, não é fácil; e manter nele a harmonia e a paz pode mesmo ser muito difícil.

Esta dificuldade aumenta quando os residentes se encontram “obrigados” a dividir um espaço de clara intimidade como o quarto.

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

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

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

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

Tendo isto em conta, podemos ajudar os residentes a sentirem-se melhor e também a evitar ou resolver os conflitos que surjam.

Nesta atuação importa adotar um modelo a seguir, baseado nos Direitos, Princípios e Valores do cuidar. Há que ter muita prudência, respeitar as pessoas envolvidas e os seus direitos,

nomeadamente à privacidade, confidencialidade, liberdade de opinião e de expressão, segurança e proteção.

Comunicar e mediar conflitos

Muitas vezes, os conflitos do dia-a-dia têm origem em mal-entendidos, por falta de comunicação ou comunicação imperfeita.

Num lar para pessoas mais velhas, é provável que haja pessoas com dificuldades de comunicação: têm uma língua materna diferente, perderam a audição ou a capacidade de falar, estão impossibilitados de usar linguagem corporal.

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

A experiência e o tempo vão tornando mais fácil exercer este papel, mas, sempre que não tivermos formação adequada ou não nos sentirmos à vontade para a usar, devemos recorrer ao apoio da equipa técnica ou mesmo da direção.

3.2. Estratégias facilitadoras do processo

O Programa de Acolhimento é implementado durante o período de adaptação acordado com o cliente e/ou significativo **não devendo ser inferior a trinta dias úteis**.

O processo de integração do cliente é muito importante para o êxito da prestação do serviço. Neste período, deve dar-se especial atenção às questões relacionais, com vista a estabelecer laços de relação e proximidade, facilitadores deste processo.

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

O acolhimento no lar deve minimizar riscos como, a de perda de identidade, vínculos afetivos, desenraizamento, receio da mudança, tendência a rejeitar a integração, a se culpar, ou sensação de estar a sofrer uma punição.

Para tal, os responsáveis do lar devem ter em conta o carácter e a personalidade do novo residente, incluindo a sua história, as recordações familiares, a relação que tinha com a comunidade da qual se separou e com a sua família.

No primeiro dia da prestação dos serviços deve estar presente o(a) diretor(a) técnico(a) do Lar que, com o colaborador responsável pelo cliente, deverá desenvolver as seguintes atividades:

- Apresentar a equipa responsável pelo Lar, nomeadamente os ajudantes de ação direta que articularão com o cliente;
- Apresentar o espaço que o cliente habitará e facilitar a instalação por parte deste;
- Apresentar o cliente aos restantes clientes que integram a Lar;
- Apresentar, caso aplicável, as restantes áreas organizacionais existentes;
- Gerir, adequar e monitorizar os primeiros serviços prestados;
- Avaliar as reações do cliente;
- Prestar esclarecimentos em caso de necessidade;
- Caso existam, realizar o inventário dos bens do cliente (p.e., objetos pessoais, de higiene pessoal, entre outros), fornecidos pelo cliente e/ou significativos e acordados na contratualização;
- Evidenciar a importância da participação dos significativos do cliente nas atividades a desenvolver;

- Recordar, sempre que necessário, as regras de funcionamento do Lar, assim como os direitos e deveres de ambas as partes e as responsabilidades de todos os elementos intervenientes na prestação do serviço;
- Divulgar os mecanismos de participação na Organização (como exemplo: sistema de apresentação de sugestões e reclamações);
- Registar a informação recolhida nos impressos do sistema de gestão.

Ainda durante este período, os colaboradores responsáveis pelo acolhimento do cliente podem desenvolver, observar ou aprofundar alguns aspetos da avaliação diagnóstica, completando ou alterando sempre que necessário o conteúdo da Ficha de Avaliação Diagnóstica.

Se durante este período o cliente não se adaptar, deve ser realizada uma avaliação do Programa de Acolhimento, identificando os indicadores que se encontram a influenciar a sua não adaptação/ integração e procurar superá-los, estabelecendo, se oportuno, alterações.

Se a situação de inadaptação persistir, o cliente poderá proceder à rescisão do contrato.

Após o período de acolhimento, é efetuada uma avaliação por parte do Lar conjuntamente com o cliente e/ou significativos, sobre o processo de integração e adaptação.

Nessa altura, poderão ser prestadas informações adicionais, ao cliente e/ou significativos, sobre a forma como decorreu a integração e os próximos passos a empreender pelo cliente na Organização. Estas informações passam a constar do seu Processo Individual.

Caso o cliente manifeste o desejo de não integração, serão registadas as razões apresentadas e procede-se à rescisão do contrato celebrado.

3.3. Importância dos estilos de vida

Depois de confirmada a integração do cliente no Lar e do envio do processo para o responsável pelo Processo Individual (PI), procede-se à avaliação das necessidades e dos potenciais de desenvolvimento do cliente.

No contexto da avaliação diagnóstica foram recolhidas várias informações sobre as condições habitacionais do cliente e o seu estado de saúde, bem como aspetos relacionados com as capacidades físicas e funcionais, as expectativas e as representações face à sua vida e face ao Lar Residencial.

Neste sentido, os colaboradores do Lar, desde a equipa técnica até aos ajudantes de ação direta, registaram toda a informação acerca do cliente, como por exemplo:

- Rotinas e atividades diárias;
- Comportamentos evidenciados e/ou alterações comportamentais;
- Interações sociais;
- Interações familiares;
- Interações com os outros clientes;
- Interações com a equipa técnica e ajudantes de ação direta;
- Visitas de amigos, pessoas próximas, etc.;
- Alterações do estado físico e de saúde;
- Registo de situações anómalas.

Estes registos podem resultar de vários documentos, produzidos pela Organização, desde folha de ocorrências, diário do cliente, diário do ajudante de ação direta, registos da equipa técnica, atas de reuniões entre equipa técnica e/ou equipa de ajudantes de ação direta, reclamações ou sugestões do cliente, reclamações ou sugestões de familiares ou responsáveis por este, entre outros.

Estes registos são analisados e tratados em reuniões de equipa do Lar, podendo incluir o cliente e/ou seus significativos sempre que se torne necessário.

Complementarmente, a informação constante do Relatório do Programa de Acolhimento do Cliente permite identificar o que este mais valorizou positivamente e o que, na sua opinião, poderia beneficiar de áreas de investimento pessoal e organizacional.

É a partir da integração destes tópicos que se procederá então à identificação de áreas que carecem de uma avaliação mais exaustiva. Identificam-se, a título exemplificativo:

- Exploração do percurso escolar/ formativo;
- Exploração do percurso ocupacional/ profissional;
- Avaliação psicológica;
- Avaliação físico-funcional.

Neste caso, o gestor do processo informa o cliente e/ou significativos sobre a necessidade de realizar uma entrevista ou sessão de avaliação, explicitando claramente os seus objetivos e os técnicos especialistas que serão envolvidos (se aplicável). No caso de o Lar não dispor de tais recursos, deve sinalizar os mesmos e apoiar o cliente no sentido de os ativar. Todos os relatórios de avaliação são inseridos no Processo Individual do Cliente.

Desenvolvimento pessoal

Nesta perspetiva, pode-se analisar as perceções pessoais sobre a densidade e qualidade da rede de suporte social, desenvolvimento de competências de comunicação, autonomia, autoeficácia e liderança

Bem-estar

Respeita às condições de vida percecionadas como desejáveis pelo indivíduo em três domínios fundamentais: bem-estar emocional, bem-estar físico e bem-estar material.

Esta dimensão incorpora um conjunto de mecanismos, através dos quais os indivíduos aprendem a identificar relações próximas entre os seus objectivos e as formas para os atingir, alcançando um acesso e controlo mais amplos sobre os recursos.

3.4. Estabelecimento de objetivos de vida

Os objetivos gerais de intervenção são estabelecidos pelo cliente e/ou significativos, com o apoio dos demais intervenientes, a partir da missão e valores da Organização, dos objetivos das áreas/ sectores organizativos (alimentação, apoio psicossocial, saúde, entre outros), da finalidade do PI; e, principalmente, da avaliação das necessidades e dos potenciais de desenvolvimento do cliente.

Os objetivos gerais de intervenção correspondem a níveis de desempenho, i.e., a resultados desejáveis que se pretendem alcançar com a prestação das várias atividades/serviços gerais, contribuindo, desta feita, para conferir coerência interna ao PI, tornando-se assim mais fácil a significação e integração do mesmo no que ao cliente diz respeito.

Estes objetivos, tantos quantos necessários, são agrupados por domínios de intervenção, formulados a partir do Modelo de Qualidade de Vida, e definidos de forma clara e operacional (quantificada e correspondente a um período temporal).

Para cada objetivo geral é/são definido(s) o(s) indicador(es) respetivos, cuja fonte são os vários registos de informação e de monitorização.

O responsável pela avaliação, juntamente com a equipa, define os indicadores de avaliação, assim como os instrumentos metodológicos específicos, tais como:

- Entrevistas/questionários aos clientes e significativos;
- Parecer técnico em domínios específicos, como por exemplo, avaliação cognitiva e funcional do cliente;

- Análise dos resultados da monitorização.

A título exemplificativo indica-se a formulação de um objetivo geral de intervenção e respetivo indicador:

- Garantir, semanalmente, a prestação de cuidados de higiene:

Indicador – taxa de execução semanal da prestação de cuidados de higiene.

Para cada atividade/serviço contratualizado devem ser definidos os objetivos específicos e seus indicadores, a calendarização e as ações.

Como exemplo, apresenta-se a formulação de alguns objectivos específicos:

- Implicar, ao longo do primeiro semestre, o cliente diariamente nas atividades de higiene pessoal e imagem;
- Implicar, ao longo do primeiro semestre, o cliente mensalmente em atividades socioculturais.

Para cada ação devem estar identificados os seguintes itens: hábitos, expectativas e gostos do cliente; riscos associados; ações preventivas/corretivas; periodicidade; número de vezes que a ação deve ocorrer; participantes ou pessoas implicadas; responsáveis pela execução e supervisão e recursos.

A título exemplificativo, ilustram-se um conjunto de ações associadas a algumas atividades-tipo:

- Cuidados pessoais – lavar-se; tomar banho; fazer a barba; maquilhar-se; pentear-se; comer.
- Atividades quotidianas – pôr a mesa; levantar a mesa; mobilização entre várias atividades.
- Atividades culturais – ir ao cinema; fazer ou ir ao teatro; participar em coros; ir a concertos; ir a museus; leitura e discussão de temas; ler jornais e revistas; entre outras.

No caso do apoio social e do apoio às atividades ocupacionais/profissionais, as ações são também provenientes da avaliação das necessidades e dos potenciais do cliente e dotadas de um cariz individual.

A construção do PI pode começar por ser discutida em sede de reunião de equipa técnica, garantindo 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).

É também na reunião com o cliente que se encontram os outros colaboradores de outros serviços ou entidades, o que não obsta a que estes tenham também participado antecipadamente na primeira reunião supracitada.

Assim, o gestor de processo atua como um elemento de articulação, ao serviço do cliente, na dinâmica Lar – Cliente – Significativos – Outras entidades/profissionais.

O PI pode ser negociado, com vista à obtenção de um consenso e consequente validação por todas as partes interessadas, mas garantindo sempre o respeito pela individualidade e pela tomada de decisão do cliente e/ou significativos.

Após validação, o PI do cliente é registado, datado, 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 do PI ao cliente.

Os serviços do Lar devem sempre procurar promover a participação e implicação do cliente e significativos nas atividades/serviços que prestam, através da sua implicação/coresponsabilização nas atividades e, especialmente, ações.

Para o efeito, devem definir e articular previamente com todos os intervenientes (cliente, significativos, outros) as atividades/ações a desenvolver.

Os serviços do Lar não devem debilitar ou substituir as redes de apoio aos clientes já existentes. Devem antes potenciá-las e promover, sempre que possível, relações de parceria, boa vizinhança e voluntariado (preferencialmente com formação neste domínio).

4. Institucionalização

4.1. Causas da institucionalização

Até alguns anos atrás, a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas estava quase exclusivamente nas mãos da própria família.

Mas alterações demográficas e sociais, de que são exemplo a diminuição do agregado familiar, a entrada das mulheres no mundo do trabalho, o aumento da competição e do consumo, levaram a que algumas famílias comesçassem a transferir essa responsabilidade para o estado ou para instituições privadas.

Falamos em institucionalização do idoso quando, por qualquer motivo, este permanece durante o dia ou parte dele, numa determinada instituição. Quando a permanência destes se prolonga pelas 24 horas, passam a designar-se por idosos institucionalizados residentes.

Algumas condições que aumentam o risco de institucionalização nas pessoas idosas são:

- O caso de usar meios auxiliares de marcha,
- Ser portador de deficiências cognitivas,
- Viver sozinho ou com pessoas sem relação,
- Não ter apoios sociais,
- Ter problemas no desempenho das AVD, ou seja, dependência nos cuidados pessoais e pobreza.

São ainda referidos como fatores de risco de institucionalização importantes em homens, os transtornos do sistema respiratório ou nervoso, e as doenças músculo esqueléticas em

mulheres, e em ambos os sexos apresentar limites no desempenho das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e/ou deficiências na rede de cuidados informais.

O idoso deve continuar em casa enquanto estiverem garantidas cinco condições que asseguram a sua qualidade de vida:

- Estabilidade clínica;
- Apoio de um cuidador competente;
- Ambiente adequado ou adaptado às necessidades pessoais e dos cuidadores;
- Acesso aos diversos serviços profissionais;
- Apoio financeiro adequado.

Considerando que esta irá alterar a vida do idoso, ele pode e deve ser envolvido na escolha do lar podendo a sua participação ser:

- Preferencial - exerce o direito de decisão. Tipicamente após a morte do cônjuge, perante a insegurança ou a perceção de sobrecarga para os familiares mediante o desenvolvimento de dependência;
- Estratégica - reflete um planeamento ao longo da vida. Frequente em pessoas solteiras e/ou viúvas, sem filhos ou em que estes moram longe ou não têm condições financeiras para apoiar, sendo o sénior proactivo na procura e seleção da instituição, na sua inscrição e até pagamento de quotas para reservar lugar;
- Relutante - resistência ou desacordo relativamente à institucionalização, sendo o idoso forçado;
- Passiva - os idosos dementes ou resignados, que aceitam sem qualquer reclamação as decisões de terceiros sem questionar.

4.2. Vantagens e as consequências da institucionalização

Em situações de institucionalização permanente, o idoso fica numa situação de dupla pertença entre família e organização, tendo de tomar partido, frequentemente, em função das críticas que surgem de parte a parte.

Esta é uma posição ingrata, pois, cada parte se vai ressentir mediante a sua escolha, agindo de acordo com a sua perceção do acontecimento: a família sente que houve um afastamento e os cuidadores formais sentem ingratidão.

Destacam-se, pela sua vulgaridade, algumas situações:

- Os profissionais criticam a família pela sua ausência e pouco interesse - além de não trazer benefícios, o utente fica ressentido com ambos;
- Queixas infundadas do idoso - provocam o afastamento dos cuidadores formais que se sentem indignados com a sua injustiça e ingratidão;
- O afastamento da família - fonte de tensão para o idoso, por se sentir rejeitado, e para a instituição que tem de tomar decisões que são da responsabilidade do núcleo familiar.

A fim de evitar este tipo de situações, a entidade deve apostar em dois aspetos importantes: a adequada formação da sua equipa e a adoção de uma comunicação direta com a família, evitando o ruído adicionado por cada intermediário.

Por este motivo, é essencial o esforço para que as famílias continuem a acompanhar os seus idosos.

O envolvimento nas atividades dinamizadas e os contributos que possam fazer para estas, mediante o conhecimento privilegiado que têm da pessoa, permitem diminuir a despersonalização dos serviços e aumentar o sentimento de integração e pertença.

Os idosos adaptam-se mais facilmente a um “bom lar” que é geralmente definido com base nos seguintes critérios:

- Tem atividades de animação;
- Possibilita saídas (passeios, acesso fácil às atividades de lazer da comunidade);
- Fornece boa alimentação;
- Tem pessoal simpático e competente e não está sempre a mudar;
- Permite ter quarto individual;

- Promove o companheirismo entre os residentes;
- Oferece conforto físico;
- Disponibiliza serviços de apoio (fisioterapia, enfermagem, educação física);
- É seguro;
- Não é demasiado grande.

O seu nível de satisfação aumenta quando os profissionais lhes fornecem informações sobre a sua doença, prognóstico e se preocupam com o seu estado de saúde geral em oposição aos que mostram sempre pressa não dão explicações e agem como se estivessem a fazer um favor.

O consentimento, a escolha, os envolvimento do sénior são determinantes para o sucesso de qualquer que seja a opção de cuidados.

4.3. Ambiente institucional

As pessoas idosas são portadoras de uma história de vida, e possivelmente de uma série de limitações (físicas, psicológicas ou sociais), que nenhum outro grupo etário comporta.

Em consequência, o estudo de determinantes ambientais que influenciam a vida dos idosos pode ser um contributo marcante para melhorar a sua qualidade de vida, neste caso, dos idosos institucionalizados em lares de terceira idade.

Independentemente deste facto, é por todos perceptível que a vida dos idosos, quando institucionalizados, pode revestir-se de inúmeros conflitos que decorrem, muitas vezes, da grande variedade de pessoas que constituem este grupo etário da população.

Face à heterogeneidade que constitui o grupo etário das pessoas idosas, colocam-se, sobretudo, três grandes desafios aos lares de terceira idade:

- Conciliar a coletivização com a individualidade;
- Satisfazer a população, apesar de, em princípio, a sua permanência neste local ser imposta;

- Satisfazer, tanto quanto possível, a insuficiência de recursos.

Num contexto de um interesse crescente relativo ao envelhecimento, coloca-se a questão de avaliar o ambiente físico e humano das instituições para idosos.

Em princípio, as pessoas idosas que “optam” pela institucionalização pretendem usufruir o mais possível dos seus últimos anos de vida; anseiam viver num ambiente seguro onde possam exercer algum tipo de controlo, com alguma autonomia, sabendo que, se necessário, poderão ter resposta a certas limitações que possuam, implicando assim uma adaptação dos espaços às capacidades físicas e sensoriais diminuídas.

Há uma série de intervenções que podem ser levadas a cabo para adaptar o ambiente ao idoso, um conjunto de alterações a nível ambiental, que passariam por:

- Oferta de recursos físicos e psicossociais de natureza compensatória;
- Funcionalidade e o bem-estar psicológico de idosos fragilizados;
- Espaços planeados para receber idosos portadores de incapacidades físicas, psicocognitivas ou sensoriais,

Que poderiam assim influenciar positivamente a sua situação de saúde.

Quando se projetam ambientes para idosos, estes deveriam possuir as seguintes características:

- Acessibilidade e uso;
- Facilidade de circulação, especificamente no que diz respeito ao conforto, à conveniência e à possibilidade de escolha;
- Conservação de energia;
- Comunicação: aspetos sensoriais e interação social;
- Segurança: sem risco de lesões ou acidentes;
- Proteção: que não cause medo ou ansiedade e que seja previsível (confiável);
- Privacidade.

Por vezes, pequenas alterações ao nível da disposição das cadeiras podem trazer benefícios para as pessoas idosas. A simples mudança de disposição das cadeiras, habitualmente colocadas à volta das paredes, para uma disposição em grupo, pode trazer para promover a interação social.

Neste sentido, os lares, sejam eles públicos ou privados, devem ter como centro da sua atenção a pessoa idosa, devendo a Direção destes lares comprometer-se com este princípio.

4.4. Rotinas nas instituições

No regulamento interno ou noutra documentação, dada a conhecer ao utente e familiares, devem estar estabelecidas algumas das regras e compromissos do Lar para o quotidiano que influencia a qualidade de vida dos utentes.

Assim, deve constar dos contratos celebrados com os utentes (nos quais figuram as normas específicas que regulam a prestação de serviços) a flexibilidade de horários de refeições e de visitas, horas de deitar e despertar, o voluntariado, a possibilidade de utilização de bens pessoais (por ex. mobiliário de quarto), a questão de ementas específicas (por ex. dietas médica e vegetariana ou outras decorrentes da religião e práticas religiosas).

E mais: a possibilidade de práticas religiosas através de um espaço de culto dentro ou for a do Lar, entre outras.

Assim, é aconselhável:

- Dispor de horários de visitas alargados e flexíveis, conhecidos e afixados, sempre que possível, elaborados em conjunto com os clientes e previstos contratualmente;
- Disponibilizar aos utentes um espaço privativo para receção de familiares e amigos;
- Permitir aos voluntários, devidamente enquadrados, interagir nas atividades com os utentes, sobretudo, nas áreas psicossocial e espiritual;
- Permitir e fomentar a participação ativa dos familiares e amigos no dia-a-dia do utente, por manifesta vontade deste;

- Permitir aos idosos, segundo as suas capacidades e motivações, participar na gestão do equipamento e desenvolver atividades diretamente ligadas ao funcionamento do espaço que habitam.

Em espaços como os Lares, determinados comportamentos podem gerar tensões e/ou conflitos que requerem um responsável pela atenção e estudo destes comportamentos e do seu impacto na vida comunitária, de forma a tomar medidas preventivas e corretivas nas alturas adequadas.

Em situações de comportamento diferente do previsível por parte do utente e/ou familiares, definir tanto quanto possível a atuação, segundo uma metodologia de resolução de não conformidades:

1. Registar a anomalia ocorrida;
2. Resolução imediata tanto quanto possível do problema;
3. Identificar por tipo (agressão, fuga, alcoolismo, furto, outra);
4. Investigar as causas do problema (inadequação ao Lar, situação patológica, tratamento incorreto por parte do pessoal do Lar, outras não identificadas);
5. Se necessário, tomar medidas preventivas para que não volte a acontecer;
6. Registar as medidas tomadas e avaliar, ao fim de algum tempo, a sua eficácia.

No regulamento interno devem estar claramente definidas as situações limite que podem dar origem à cessação do contrato.

É também de documentar o tratamento das situações anómalas e a tomada de medidas corretivas e preventivas.

É da máxima importância para o Lar e para os utentes que sejam privilegiadas as relações com o exterior, quer através da saída dos idosos, quer através da sua abertura à comunidade.

Algumas situações a considerar:

- Estabelecer acordos/parcerias com organizações da comunidade, públicas ou privadas, que permitam a participação dos utentes em atividades várias de acordo com as suas preferências;
- Promover o acompanhamento dos idosos sempre que pretendam sair e não tenham capacidade de o fazer sozinhos, através de funcionários ou de voluntários da comunidade, devidamente enquadrados na equipa técnica;
- Proporcionar a abertura do Lar a grupos da comunidade que queiram conviver com os idosos, nomeadamente, crianças e jovens, de forma a permitir a troca de experiências;
- Promover relações de vizinhança, nomeadamente, com outros idosos que ainda se mantêm nas suas casas;
- Disponibilizar espaços à comunidade para exposições de pintura, fotografia, artesanato ou outras atividades compatíveis com as quotidianas;
- Proporcionar mudanças de ambiente aos seus utentes, nomeadamente, através da organização de passeios, colónias de férias, intercâmbio com outros lares de outras regiões;
- Promover a informação e a comunicação com o exterior através dos diferentes meios de comunicação e da internet.

Em situações de acompanhamento na fase terminal da vida, o Lar deve assegurar a disponibilização de funcionários com formação e competência para garantir bem-estar, conforto, respeito e confidencialidade ao moribundo, bem como permitir o seu acompanhamento, familiar ou outro, evitando a sensação de solidão e abandono.

A documentação das rotinas de atuação em caso de situações de emergência ou morte, permite aos funcionários envolvidos estarem informados sobre o processo de morte, fases e atividades a realizar, tanto ao nível da pessoa como da família, amigos, outros utentes e demais pessoas envolvidas.

5. Hospitalização

5.1. Consequências e benefícios da hospitalização

O hospital inclui uma grande variedade de unidades/serviços que apresentam características muito diferentes, apesar de inter-relacionados, tornando-a uma organização heterogénea e complexa. Nem todos os serviços do hospital têm as mesmas características.

Os serviços de medicina, porque vocacionados para um conjunto de doenças ditas não especializadas, em oposição aos serviços especializados, com tecnologia de ponta fazem com que nos mesmos se concentrem maior número de pessoas idosas.

As consequências físicas do internamento na pessoa idosa são diversas, podendo potenciar e agravar alterações físicas associadas ao processo de envelhecimento.

As consequências possíveis da interação entre envelhecimento, doença e hospitalização poderão ser:

- A diminuição da água corporal torna o indivíduo mais vulnerável à desidratação e à hipotensão;
- O internamento com permanência na cama e a administração de sedativos aumenta o risco de síncope e de quedas;
- A oxigenação celular diminui, assim como a massa muscular;
- A imobilidade leva a uma perda de 5% de força muscular por dia, o que pode pôr em risco, ao fim de pouco tempo, a capacidade de andar aumentando o risco de quedas;
- A redução da capacidade respiratória que acompanha o envelhecimento, quando associada à imobilidade, leva a uma menor ventilação, podendo conduzir a confusão mental, sonolência, dispneia e ao risco de pneumonia;
- No caso das mulheres a permanência na cama leva a uma aceleração da desmineralização, com agravamento da osteoporose, e maior risco de fraturas;

- As características da pele alteram-se ficando mais fina e menos vascularizada; a permanência na cama aumenta a sua fragilidade com maior risco de úlceras de pressão.

Num espaço que lhe é estranho, a pessoa idosa pode ter a noção de perda de controlo, podendo corresponder ou não a situações de perda de controlo real.

Quando os profissionais de saúde tomam as decisões pelos idosos, estão a contribuir para a perda da sua autonomia e simultaneamente para o aumento da passividade

5.2. Hospitalização como fonte de stress

A admissão num hospital confronta o utente com um ambiente que lhe é estranho, provocando na maioria dos idosos, uma alteração nas suas referências existenciais.

Em termos comportamentais, o indivíduo que se confronta com o internamento, passa a ter de se reajustar a uma situação nova em que o seu papel passa a ser o de doente. Paralelamente surgem alterações nos outros papéis sociais desempenhados.

Os serviços hospitalares têm uma dinâmica específica, muito modelada pela rotinização e padronização de atividades, que são diferentes da rotina diária do idoso, o que pode contribuir para agravar a sua passividade, levar à desorientação e à confusão.

O simples facto de a rotina hospitalar diferir da rotina diária dos idosos pode ser uma fonte de irritação e por vezes a única forma de demonstrar a sua autonomia é contradizendo as orientações dadas pelos enfermeiros.

A incerteza poderá surgir em resultado das dúvidas sobre o que espera a pessoa, não apenas relativamente ao tipo de tratamentos e técnicas a que irá ser submetido, como ao percurso da própria doença, que poderá levar a mais sofrimento ou até à morte.

O doente pode recear a lesão corporal, a invalidez ou ainda outro tipo de receios como: medo de ser manipulado; medo de que não se ocupem dele; medo de ser mobilizado; medo de

exames diagnósticos dolorosos; medo das mãos inábeis ou muito bruscas; medo de ficar diminuído; medo de ser humilhado; medo de ser inútil; medo da decadência; ou medo do sofrimento.

No caso dos idosos, além destes medos, pode também existir com particular relevo, o medo de ser abandonado, uma vez que frequentemente receiam mais o abandono do que da morte em si.

No hospital, para além da perda de saúde e dos papéis, o doente tem outras perdas muito significativas, como seja a separação do seu ambiente familiar ou a interrupção nas atividades que lhe poderiam dar satisfação.

Quando existe necessidade de hospitalização do doente idoso, sobretudo de forma repetida ou prolongada, pode assistir-se a uma perda do seu papel sociofamiliar, pela quebra de funções habituais, de relações e pela diluição ou anulação dos papéis de responsabilidade.

Em situação de internamento hospitalar, o espaço físico em que ocorre o contacto entre os familiares ou pessoas significativas e os idosos, passa a ser um espaço estranho e por vezes hostil. Tradicionalmente esse espaço/tempo de contacto tem ocorrido no período chamado a visita.

Também não é de menosprezar a variedade de reações que os familiares dos doentes podem ter perante uma situação de internamento e doença deste último – aceitação ou rejeição, solidariedade ou pena, confiança ou apreensão, curiosidade ou aversão, estima ou desprezo – e a influência que a perceção destes sentimentos pode ter na pessoa doente.

5.3. Aspetos a ter em conta para reduzir as consequências da hospitalização

Durante o internamento ocorrem procedimentos (simples e rotineiros para o profissional) que promovem o sentimento de despersonalização no doente, em particular, pela dificuldade em manter a privacidade e individualidade.

O seu tempo define-se pelas rotinas do contexto e a comunicação com o exterior é limitada. Estes procedimentos podem ser vivenciados como ameaçadores, geradores de ansiedade, trazendo desconforto, insegurança e stress.

O utente geralmente está apreensivo e, a atitude da equipa de saúde envolvida na admissão pode fazê-lo sentir-se mais confortável.

Uma receção acolhedora, com demonstração de verdadeiro interesse, fá-lo sentir-se como um indivíduo único com valor e dignidade.

As instalações e equipamentos que o doente utiliza devem estar de acordo com a sua vulnerabilidade e situação clínica.

A fragilidade devida à situação clínica determina, para o doente internado, necessidades específicas não só de diagnóstico e tratamento, mas também de instalações e equipamentos.

As barreiras arquitetónicas deverão ser reduzidas ao mínimo: nos quartos ou enfermarias, na disposição dos equipamentos, na sinalização interna, nas escadas, etc.

O doente internado deve ser informado sobre os diferentes serviços existentes no estabelecimento, incluindo aqueles não diretamente relacionados com a prestação de cuidados, como por exemplo - gabinete do utente, correio, banco, cafetaria, serviços religiosos e voluntariado.

A sinalização interna deve ser suficientemente clara para que o doente possa deslocar-se com facilidade dentro do hospital. As cores, o tipo e o tamanho das letras deverão ser cuidadosamente estudados.

Os organogramas do serviço deverão estar afixados para que o doente e visitas conheçam a organização e os seus responsáveis.

O trabalho com pessoas dependentes encerra uma incontornável dimensão humana dado que os profissionais são pessoas que trabalham com pessoas, cada qual com as suas próprias expectativas, desejos, vontades, etc.

O exercício da prestação de trabalho, independentemente da profissão, exige que a mesma seja efetuada de forma responsável e atenta, imbuída de um espírito de cooperação, altruísmo, autonomia, competência e profissionalismo.

Em ambiente hospitalar, são causadores de stress, para além da própria doença, a falta de informação (apesar de nem todos os utentes desejarem ser informados); a não obtenção de respostas às questões; a separação da família, assim como dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde.

Profissionais e doentes não falam a mesma língua, não só sob o ponto de vista da comunicação, como dos conceitos.

Os benefícios de uma boa comunicação entre os profissionais de saúde e o utente, no estado de saúde deste último: na sua capacidade de adaptação aos tratamentos, e na sua recuperação.

Neste sentido, fornecer informação aos doentes, envolvê-los, comunicar com eles, satisfaz várias necessidades a diferentes níveis, tendo repercussões positivas para os utentes e famílias, para as instituições de saúde e para a humanização dos cuidados:

- A nível médico-legal, permite o consentimento informado;
- A nível psicológico, ajuda a lidar com a doença, reduz os estados depressivos, o stress e a ansiedade, preserva a dignidade e o respeito, promove o sentimento de segurança, aumenta a adesão e o compromisso, a aceitação dos procedimentos terapêuticos e a responsabilidade do utente/doente;
- A nível médico-institucional – reduz o número de dias de internamento, o número de medicamentos ingeridos e facilita a recuperação do doente.

A vida privada do doente não pode ser objeto de intromissão, salvo em caso de necessidade para efeitos de diagnóstico ou tratamento e tendo o doente expressado o seu consentimento.

5.4. Hospitalização e a autonomia

A autonomia da pessoa idosa é vista como um processo suscetível de ser potenciado pela presença de cuidados adequados, passando pela satisfação de um conjunto de necessidades como a de expressar a sua individualidade, o de assumir o poder sobre si próprio, o de participar nas decisões e o desejo de não separação daqueles que pertencem a sua esfera emocional.

O idoso, pelas suas características, de menor reserva fisiológica, muitas vezes com patologia crónica múltipla, está particularmente vulnerável em situação de doença aguda.

Esta e a hospitalização consequente são causas de perda de funcionalidade, física e cognitiva, sendo que esta ocorre de modo precoce e não exclusivamente devida à doença aguda. Esta perda funcional é, muitas vezes, um fenómeno irreversível que se mantém para além da alta.

O declínio funcional não é no entanto um acontecimento inevitável para uma grande parte dos doentes idosos nesta situação. São inúmeros os elementos que condicionam o aparecimento ou agravamento de determinadas incapacidades e que predispoem a situações de maior dependência, alguns dos quais frequentes e modificáveis.

Estes incluem dados que podem ser facilmente obtidos de forma precoce, nos primeiros momentos de contacto com o doente, como o desempenho funcional prévio, o seu estado cognitivo, ou o seu historial médico, mas também com elementos que apenas podem ser aferidos com o decorrer do internamento.

Assim sendo é necessário estar atento a alguns fatores indicativos de vulnerabilidade para resultados adversos e adaptar o cuidado destes doentes às suas necessidades especiais,

procurando eliminar ou reduzir o efeito negativo que a doença aguda e hospitalização podem ter na independência e qualidade de vida.

Assim será possível individualizar o acompanhamento de cada doente e orientar a conduta a seguir, planeando da alta desde os primeiros dias e intervir no caso de existirem fatores modificáveis, procurando otimizar as capacidades de cada doente mantendo ou, se possível, melhorando o seu desempenho.

5.5. Ações a desenvolver para melhorar a autonomia do idoso hospitalizado

A assistência à população geriátrica deve basear-se não apenas na resolução de problemas, mas também na sua prevenção e identificação precoce. Neste sentido, os dados apontam para que um programa de visitas domiciliárias seja benéfico no que diz respeito ao declínio funcional associado ao envelhecimento.

Ao nível da prevenção os benefícios dão-se a todos os níveis, primário, secundário e terciário.

Estes programas de acompanhamento na comunidade permitem a identificação precoce de situações patológicas e/ou que condicionem maior risco de perdas funcionais, possibilitando intervir atempadamente e evitar a evolução para estados que exijam o recurso à hospitalização.

Em termos de prognóstico funcional, o seguimento periódico e multidimensional do idoso é determinante para a identificação de fatores de risco modificáveis e a implementação de planos para a sua modificação.

No que diz respeito à institucionalização, os efeitos destes programas dependem da sua intensidade, ou seja, do número de visitas domiciliárias.

Também se verifica a existência de efeitos benéficos em termos de redução da mortalidade, sendo que estes são mais significativos nos subgrupos mais jovens da população idosa.

Por outro lado, a adaptação dos serviços hospitalares e do tipo de assistência facultada às características particulares desta faixa da população é importante.

Tradicionalmente o cuidado deste tipo de doentes baseia-se na prestação de cuidados relacionados com a alimentação e higiene sem que se procure assegurar que o indivíduo é capaz de desempenhar estas tarefas por si próprio, facto que pode contribuir para a sua perda de independência.

O fomento da funcionalidade do doente idoso em ambiente hospitalar deve incluir uma avaliação da sua condição física e funcional que identifique limitações e estabeleça objetivos de melhoramento.

Para esta melhoria é importante a promoção de uma nutrição e hidratação adequadas, a adaptação da medicação tratando a dor e evitando o recurso a drogas com efeitos sensoriais e de coordenação, a disponibilização de terapia física e ocupacional, a minimização de défices sensoriais ou auditivos e a promoção da independência com encorajamento da mobilidade e evicção sempre que possível de métodos que a dificultem, e adaptação do ambiente de modo a torná-lo mais seguro.

A rentabilização dos meios disponíveis pode beneficiar da identificação dos indivíduos que mais deles necessitam.

Assim, deve assegurar-se que os indivíduos em maior risco de declínio são identificados com a maior brevidade possível, sendo esta seleção idealmente baseada em fatores comuns, modificáveis e reconhecidamente implicados na perda de funcionalidade, para que se siga a implementação das intervenções necessárias, procurando acarretar despesa adicional mínima ao custo já de si elevado envolvido no tratamento hospitalar de uma patologia aguda

Os modelos que seguem estes objetivos dividem-se entre aqueles que procuram levar o cuidado geriátrico aos doentes nas várias áreas do hospital e os que se fundamentam em unidades próprias especialmente dedicadas a este tipo de doentes.

A sua implementação e disseminação deve assegurar alguns pontos fundamentais

- Apoio financeiro, administrativo e profissional da instituição;
- Organização com figura líder que assegure competências clínicas e administrativas;
- Integração com outros programas pré-existent;
- Adaptação às condições locais assegurando fidelidade ao programa modelo;
- Demonstração de resultados positivos;
- Garantia de financiamento que permita a sua manutenção a longo prazo.

Em suma, há a necessidade de enfatizar a importância do cuidado geriátrico no sistema de saúde, em termos de prevenção do declínio funcional, na comunidade como nos hospitais, de modo melhorar o prognóstico funcional e cognitivo dos doentes.

Será assim possível aumentar a qualidade de vida de uma parte cada vez mais significativa da população, bem como diminuir a sobrecarga sobre a família ou outros cuidadores, e os serviços de saúde, que decorrem de uma população idosa mais dependente.

Bibliografia

AA VV. *Carta de direitos do doente internado*, Ed. Ministério da Saúde/ Direcção-Geral de saúde

AA VV., *Constituição de uma rede de cuidados: interação com a família e o meio social do idoso*, manual de formação, Ed. Santa Casa de Misericórdia de Mértola

Um guia para o acolhimento residencial de pessoas mais velhas, Instituto da Segurança Social, 2005

Sites consultados

Direcção-Geral de Saúde

<http://www.dgs.pt/>

Segurança Social

<http://www.seg-social.pt>