

PROJETO ANIMA – MELHOR CUIDAR

**Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em
Educação Social e Intervenção Comunitária**

Soraia Costa

Orientador:

Professora Doutora Luísa Delgado

2018, Outubro

PROJETO ANIMA – MELHOR CUIDAR

**Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em
Educação Social e Intervenção Comunitária**

Soraia Costa

Orientador:

Professora Doutora Luísa Delgado

2018, Outubro

Resumo

O trabalho descreve o desenvolvimento do Projeto *ANIMA – Melhor Cuidar*, no Serviço de Apoio Domiciliário da Associação de Desenvolvimento Social da Freguesia de A-dos-Negros, cujo âmbito passou por um programa de campo destinado a idosos. Para a sua concretização, foram desenvolvidas visitas domiciliárias com vista à atualização dos processos individuais dos utentes. Nelas, foram averiguadas as informações necessárias para a seleção dos participantes, percebendo-se quem poderia beneficiar do projeto tendo em conta alguns critérios (isolamento e solidão; falta de estimulação física e cognitiva; benefício do cuidador e utente com resposta a curto prazo). Numa última análise, foram selecionados cinco utentes para intervir, considerando as suas necessidades e também as das suas famílias. Pretendeu-se com isto ajudar utentes e famílias num estimular das suas capacidades físicas e cognitivas.

Palavras-chave: Idosos, Família, Melhor cuidar, Qualidade de vida, Envelhecimento, Serviço de Apoio Domiciliário.

Abstract

This paper describes the development of the Project *ANIMA – Cuidar Melhor*, which was implemented in the Domiciliary Support Service of the Association of Social Development of A-dos-Negros, a field program for the elderly. In a primordial stage, home visits were carried out in order to update the individual processes of the association's clients. The information needed for the participant's selection was then verified, taking into account who could benefit from the project according to some criteria (isolation and solitude, lack of physical and cognitive stimulation, benefit of the caregiver and the patient in a short-term response). In the end, five clients were selected for the intervention itself, considering their needs and also those of their families. This project intended to assist users and families in stimulating their physical and cognitive abilities.

Key-words: seniors, family, better care, quality of life, aging, Domiciliary Support Service.

Índice Geral

Resumo	i
Abstract.....	i
Índice Geral	ii
Índice de Gráficos.....	iv
Índice de Tabelas.....	iv
Siglas	v
Agradecimentos	vi
Introdução.....	7
Capítulo I – Fundamentação Teórica	8
1. Envelhecimento.....	8
1.1 Envelhecimento ativo	10
1.2 Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e saudável (2017-2025) - (ENEAS).....	11
1.3 Qualidade de vida do Idoso	12
1.4 Intervenção Socioeducativa	13
2. Serviço de Apoio Domiciliário, SAD	14
2.1 Políticas Públicas dirigidas às pessoas idosas	14
2.2 Ser Cuidador.....	16
2.3. O Educador social enquanto mediador entre o utente, a família e SAD.....	18
Capítulo II- Desenho do Projeto	20
1. Caracterização do meio envolvente: Freguesia de A-dos-Negros e da Associação de Desenvolvimento Social da Freguesia de A-dos-Negros (ADSFAN)	20
1.1 Valência do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD).....	21
1.2 Animação ao Domicílio – o Projeto <i>ANIMA</i>	22
2. Diagnóstico de Necessidades: O Porquê do Projeto?	23
3. Plano do Projeto.....	24
3.1 Objetivos Gerais	25
3.2 Destinatários	25

3.3	Metodologia	25
3.4	Objetivos Gerais e Específicos- Atividades associadas à sua concretização	26
3.4.1	Estratégias e justificação das opções e procedimentos seguidos	27
3.5	Aspetos logísticos a considerar	27
	Capítulo III-Implementação do Projeto <i>ANIMA - Melhor Cuidar</i>	29
1.	Descrição de Intervenção	29
1.1.	FASE 1: Identificar problemas e apurar situações dos utentes de Serviço de Apoio Domiciliário, através de visitas domiciliárias e inquérito	29
1.2	FASE 2: Diagnosticar necessidades e selecionar potenciais alvos de intervenção	35
1.3	Cronograma.....	36
1.4	FASE 3: Trabalhar necessidades e potencialidades junto de utentes e famílias por um melhor cuidar	37
1.5	Recursos utilizados	44
1.6	Avaliação	45
1.7	Linhas futuras	50
	Conclusão.....	52
	Referências Bibliográficas	54
	Anexos.....	56
	Anexo I- Pedido de Autorização	56
	Anexo II - Grelha 1 -GRELHA DE REGISTO DE INFORMAÇÃO – VISITAS IN LOCO (Atualização)	57
	Anexo III- Grelha 2 -GRELHA DE REGISTO DE INFORMAÇÃO – Equipa Multidisciplinar.....	58
	Anexo IV- Exame do Estado Mental	59
	Anexo V- Inquérito por Questionário	61
	Anexo VI- Gráficos – Inquérito por Questionário	81
	Anexo VII- Conclusão das Visitas de SAD.....	97
	Anexo VIII- Registo de Presenças (R. ADP.09.0.....	98
	Anexo IX- Cronograma	99
	Anexo X- Planificação de custos do projeto	101
	Anexo XI- Plano de Intervenção – Sujeito 13.....	107

Anexo XII- Plano de Intervenção – Sujeito 3.....	118
Anexo XIII- Plano de Intervenção – Sujeito 27.....	123
Anexo XIV- Plano de Intervenção – Sujeito 2	129
Anexo XV- Plano de Intervenção – Sujeito 15	136

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Idade dos Utentes inscritos em SAD em 2017, resultado do Inquérito por Questionário.....	30
Gráfico 2- Data de Admissão em SAD (Tempo-Ano), resultados do Inquérito por Questionário	31
Gráfico 3- Necessidade do Idoso detetadas em visita domiciliária em 2017.....	33
Gráfico 4- Comportamento familiar ao longo do tempo de serviço e na visita em 2017.....	34
Gráfico 5- Indicações/aconselhamentos dados em visita domiciliária em 2017.....	34

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Indicação das necessidades detetadas nas fases 1 e 2 nos agora participantes do projeto.....	34
Tabela 2 - Descrição da intervenção, apresentando os resultados do número de visitas realizadas e não realizadas até Dezembro de 2017.....	41
Tabela 3- Informação dos recursos efetivos usados na concretização do projeto.....	42

Siglas

AAD - Ajudantes de Ação Direta

ADSFAN - Associação de Desenvolvimento Social da Freguesia de A-dos-Negros

AIVD'S - Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD'S - Atividades da Vida Diária

DT - Diretor Técnico

E. G - Encarregada Geral

ENEAS - Estratégia Nacional para o Envelhecimento Activo e Saudável

ERPI - Estrutura Residencial para pessoas Idosas

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

ISS - Instituto de Segurança Social

PSIC. - Psicóloga

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SPA - Serviço de Psicologia e Aconselhamento

TSE - Técnico Superior de Educação

Agradecimentos

Quero agradecer a todas as pessoas que durante o projeto me foram apoiando, principalmente à Associação de Desenvolvimento Social da Freguesia de A-dos-Negros, por ter permitido a execução do **Projeto ANIMA-Melhor Cuidar**, na valência de SAD, dando continuidade ao trabalho desenvolvido.

A todos os participantes e famílias/cuidadoras por me receberam em suas casas da melhor forma possível.

A toda a equipa técnica da Instituição que participou neste processo para a realização do projeto, em particular à Dra. Rosalinda Chaves.

Um agradecimento especial aos professores Doutores, Luísa Delgado, minha orientadora e ao professor Paulo Dias, pelo seu acompanhamento e apoio dado.

Não esquecendo o apoio incondicional do meu companheiro e da minha família.

Introdução

“A maior recompensa do nosso trabalho não é o que nos pagam por ele, mas aquilo em que ele nos transforma” (Ruskin, s.d.). Esta redação descreve a intervenção levada a cabo para o desenvolvimento da dissertação final de Mestrado em Educação Social e Intervenção Comunitária, onde se implementou o **Projeto ANIMA – Melhor Cuidar**, na valência de Serviço de Apoio Domiciliário [SAD] da Associação de Desenvolvimento Social da Freguesia de A-dos-Negros [ADSFAN].

A verdade é que, após vários anos de intervenção direta no terreno, revelou-se que poderia ser proveitoso o reajustamento do Projeto ANIMA, programa já existente na Instituição há largos anos, uma vez que a realidade e as necessidades já não correspondiam às iniciais. De facto, numa primeira fase, o foco estava essencialmente associado à questão da ocupação dos tempos livres e ao isolamento. Porém, com o decorrer do tempo e do contacto com as pessoas, outras questões se começaram igualmente a evidenciar, mais ligadas à saúde, ou às necessidades dos cuidadores, entre outros cuidados.

O contacto com a realidade tem sido muito importante, levando a um crescimento profissional, daí a pretensão de melhorar a capacidade de resposta aos idosos em suas casas. Em todas as visitas domiciliárias acabamos por fazer “a diferença”, quer no esclarecimento de dúvidas, quer no realçar de algumas questões, quer pela partilha do afeto, do sorriso. Uma aprendizagem comum e verdadeiramente contínua.

Inicialmente, pretendia-se estruturar uma reavaliação da situação de todos os utentes de SAD (cerca de 36 utentes) e trabalhar de forma individualizada com os diferentes grupos, ou seja, trabalhar com os utentes que vivessem com o/a seu/sua companheiro/companheira e/ou com os que vivessem com os seus familiares, por forma a desenvolver uma relação de maior proximidade com as famílias, tendo em vista uma melhor e mais informada prestação de cuidados. Foram visitados 26 utentes, pois os restantes já tinham uma resposta em outros serviços da Instituição. Dessas visitas, foram escolhidos cinco participantes, de acordo com vários critérios, e concretizada uma intervenção socioeducativa.

O trabalho que agora se apresenta está dividido em três capítulos, o primeiro diz respeito à fundamentação teórica, o segundo ao desenho do projeto e o último a implementação do Projeto ANIMA- *Melhor Cuidar*.

É fundamental este género de projetos no contexto habitacional do utente, promovendo assim uma maior permanência no seu lugar de pertença, mantendo o respeito pela dignidade da pessoa. Indo ao encontro do pensamento de Lehr (cf. Osório & Pinto, 2007), é imperativo que uma política pensada no envelhecimento deva ser assente em três princípios primordiais: na manutenção e no aumento de competências, promovendo a diminuição da dependência, no investimento em medidas de reabilitação e na resolução dos problemas dos idosos dependentes de outros.

Capítulo I – Fundamentação Teórica

1. Envelhecimento

Conforme Ernesto Martins (2013) a preocupação pelo processo de envelhecimento, numa ótica biológica, remonta à civilização grega, romana e chinesa, que conferiram a este processo de vida uma atenção especial. Em meados do séc. XX, com o surgimento da geriatria e da psicologia evolutiva, estas preocupações acentuaram-se, originando alguns estudos sobre o seu ciclo vital. De modo a compreender o processo de envelhecimento, também as ciências sociais procuraram respostas para as desordens biológicas, psicológicas, contextuais e educativas verificadas.

Desde 1982, a partir da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento da sequência da qual foi adotado o Plano de Ação Internacional com o objetivo de orientar as políticas públicas para os idosos. Também em 1991 as Nações Unidas aprovam, um conjunto de princípios defensores das “pessoas maiores”, expressos na Declaração Universal dos Direitos Humanos: participação, independência, autorrealização e dignidade. A ONU em 1999 apresentou o tema “*Uma Sociedade para todas as idades*” onde sugere “a integração dos idosos nas estruturas sociais, numa ‘mistura geracional’ de grande proveito para a sociedade” (Martins, 2013). Já na II Assembleia Internacional sobre o Envelhecimento, em 2002, é reconhecido o rápido crescimento da população maior de 60 anos, associado a situações de pobreza, marginalização e exclusão, impossibilitando o acesso a uma velhice digna. Os resultados finais da Assembleia foram cruciais no reforçar do conceito de envelhecimento enquanto “processo pelo qual se otimizam as oportunidades de bem-estar, físico, social e mental no ser humano, com o objetivo de ampliar a expectativa de uma vida saudável e em qualidade” (Martins, 2013, p. 147).

O envelhecimento “é um processo dinâmico e progressivo, onde as modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas, determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando-lhe maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-los à morte” (Carvalho Filho & Alencar, 1994 cf. Martins, 2013, p. 147).

Neste sentido, para os investigadores, a idade representa o fator mais importante na definição da “*velhice*”. Os organismos internacionais, como a ONU, utilizam os termos “*pessoa de idade*” ou “*pessoa maior*”, enquanto ciências como a medicina, biologia e antropologia utilizam as designações de “*terceira idade*” (que engloba o período da reforma até aos 80 anos) e “*quarta idade*” (\geq que 85 anos).

Mas o ritmo de envelhecimento é diferente de indivíduo para indivíduo (Barreto, 2005), bem como difere a idade em que se inicia a fase de senescência. Não podemos negar que, com o avançar da idade, perdas significativas acontecem (Lamas & Paúl, 2013), mas tornou-

se cada vez mais evidente que estamos a falar também de novas oportunidades, imensos ganhos para a humanidade e existência humana (Governo de Portugal, 2012). Mesmo a OMS (2002; 2005; 2015) alerta para a preciosidade das pessoas idosas enquanto fonte de contribuições essenciais para a sociedade.

Mais que um fenómeno biológico e natural, o envelhecimento é, portanto, um processo complexo de carácter individual e social repleto “de experiências e vivências (...) e, tanto apresenta perdas, como seguramente também está recheado de ganhos (...)” (Martínez, 2003 *cf.* Martins, 2013, p. 151), embora usualmente mais associado a um estado de degradação gradual, que a um estado de experiência e sabedoria.

Este novo paradigma (OMS, 2002; 2005; 2015) encara a aprendizagem como algo que pertence a todas as idades, e que tais oportunidades devem ser garantidas. As pessoas idosas mantêm a sua capacidade para aprender, crescer e tomar decisões, estando com isto implicados múltiplos processos na manutenção de um envelhecimento saudável. Aliás, um novo documento da OMS, *World Report on Ageing and Health* (2015) passa a usar o termo «envelhecimento saudável», como conceito talvez mais globalizante daquilo que se procura que seja este processo.

Etapa cada vez mais longa e significativa, é neste sentido que se assume crucial investigar os fatores que podem promover um envelhecer mais ativo e saudável (Esgalhado, Reis, Pereira & Afonso, 2014), digno e respeitador da pessoa, no seu potencial como um todo.

O Envelhecimento demográfico tem sido um fator de grande preocupação, pois tem crescido em Portugal e nos outros países da União Europeia de forma galopante (Antunes & Pereira, 2014; Barros de Oliveira, 2010; Fonseca, 2004; Gama, Teodoro & Simões, 2014; Governo de Portugal, 2012; Jacob, 2007; José & Teixeira, 2014; OMS, 2002; Sequeira, 2010). Muito se deve a vários fatores, dos quais é possível destacar a baixa natalidade, diminuição das famílias numerosas e o aumento da esperança média de vida.

Com isto surge a grande necessidade de resposta às dependências das pessoas com mais de 65 anos, pelas naturais perdas físicas, psíquicas e intelectuais que, inevitavelmente, afetam a capacidade de participação e decisão pessoal (Carvalho, 2012). O envelhecimento decorre durante toda a nossa vida, mas com o avançar dos anos, as limitações/dependências vão aparecendo e muitas vezes a família não pode auxiliar nesse tipo de necessidades.

No contexto do aumento dos desafios que esta maior longevidade implica, o paradigma perante o envelhecimento tem vindo, efetivamente, a se ajustar a esta nova verdade. O abandono de visões mais assistencialistas e centradas exclusivamente na colmatação das necessidades básicas da pessoa enquanto agente social passivo tem vindo a ser aceite por todos (Antunes & Pereira, 2014). Em suma, assume-se, presentemente, uma visão diferente, mais respeitadora do indivíduo enquanto ser ativo e capaz, protagonista do seu próprio desenvolvimento.

Nesta adaptação às novas linhas orientadoras vigentes, é, pois, essencial que também as políticas sociais se adaptem. Citando Sequeira (2010, p. XXI), é importante que as políticas procurem atuar através de programas que “promovam o envelhecimento bem sucedido; incentivem a coesão e a interação familiar; protejam o idoso de negligência, de más práticas, de violência física e psicológica”.

1.1 Envelhecimento ativo

Envelhecimento Ativo define-se com um “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.” (OMS, 2005, p. 13). Nesta linha, Jacob (2007) considera que o conceito de envelhecimento ativo deve também implicar manter objetivos de vida e permanecer com interesse por esta, seja nas questões sociais, no estreitar de relações e/ou no cuidar da saúde física e mental.

O envelhecimento ativo incluirá, pois, a continuação de uma vida ativa e inclusiva, vivida de forma participativa e tendo em conta o reconhecimento das possibilidades, expectativas e desejos pessoais de cada um (Gama, Teodoro & Simões, 2014; Pereira, 2012).

Neste sentido, é possível defender-se que o papel do Estado deverá passar pela transformação das políticas reparadoras e compensadoras numa estratégia preventiva que seja fundamentada numa lógica de investimento social, ou seja, tornar o que é visto de forma negativa (mais custos) em investimento, por forma a investir nas suas capacidades, mesmo que existam limitações/dependências (Esping-Andersen & Palier, 2009).

A participação do indivíduo pressupõe o seu envolvimento, para que tenha qualidade de vida, sendo que esta, nas pessoas idosas, será largamente determinada pela possibilidade de manter a independência e a autonomia (Carvalho, 2012; OMS, 2002; 2005). Procura-se, em última instância, o aumento da esperança média de vida, mas também que haja qualidade de vida (Jacob, 2007).

Infelizmente, o estereótipo de que as pessoas idosas são demasiado velhas para aprender ainda é um obstáculo real (Moody, 2002). A intervenção com pessoas idosas pode ganhar proeminência, desde que tenha por fundamento a crença de que tanto os adultos mais novos como os mais velhos mantêm a capacidade de crescimento e mudança (Lima, 2012), percebendo-se que a posição contrária é considerada discriminação – *idadismo*¹. Em qualquer fase da vida o ser humano apresenta capacidades de aprendizagem também numa idade

¹ *Idadismo*, ou *ageism*: estereótipo, preconceito ou discriminação, com base na idade, em particular em relação a pessoas idosas (Fonseca, 2004; OMS, 2015).

avançada, o “envolvimento numa aprendizagem psicomotora (...) ou cognitiva (...) vai melhorar os seus desempenhos no longo prazo” (Alaphillipe & Bailly, 2014; p.96).

1.2 Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e saudável (2017-2025) - (ENEAS)

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (OMS, 2002; 2005) assenta essencialmente na promoção da saúde e do bem-estar das pessoas idosas, bem como no reconhecimento de que os benefícios e a importância do envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida têm que implicar a implementação de políticas intersectoriais, bem como de uma abordagem holística na construção de uma “sociedade para todas as idades” (ENEAS 2017, p. 19).

Esta Estratégia Nacional desenvolve-se com base num conjunto de Linhas Orientadoras de Ação e Medidas, estruturadas e centradas em 4 Eixos Estratégicos, sendo focadas na implementação de intervenções nos sistemas de saúde, social e outros, para que estejam assentes numa abordagem intersectorial e multidisciplinar, tendo sempre em consideração os valores e princípios que devem nortear a ação (ENEAS 2017). Sendo eles:

- No campo da **SAÚDE** defende-se: a “Promoção de iniciativas e práticas que visem reduzir a prevalência, adiar o aparecimento e controlar o agravamento e o impacto das doenças crónicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas e potenciar a sua autonomia”;
- No da **PARTICIPAÇÃO** pretende-se a “Promoção da educação e formação ao longo do ciclo de vida incluindo estratégias de promoção da literacia em saúde e incentivo à criação de ambientes físicos e sociais protetores e potenciadores da integração e da participação das pessoas idosas na sociedade e nos processos de decisão que afetam a sua vida.”;
- No da **SEGURANÇA**: o “Apoio a iniciativas e práticas que visem minimizar riscos e promover o bem-estar e a segurança das pessoas idosas.”;
- E por último no campo da **MEDIÇÃO, MONITORIZAÇÃO E INVESTIGAÇÃO**: defende-se a “Promoção da investigação científica na área do envelhecimento ativo e saudável, potenciando o levantamento de necessidades, o desenvolvimento, monitorização e avaliação de intervenções e a disseminação de boas práticas e da inovação.” (*ibidem*)

A integração e o apoio social são essenciais para as pessoas idosas, proporcionando-lhes recursos emocionais e práticos, participação ativa e maior autoestima. Pessoas mais integradas tendem a desfrutar de mais saúde. (World Health Organization, 1999 *cf.* ENEAS, 2017; Governo de Portugal, 2012).

Zaidi (2014) defende que as “Intervenções em diferentes níveis e setores podem reduzir a vulnerabilidade das pessoas idosas, ao mitigar a probabilidade de uma ameaça se tornar um perigo ou ao reforçar a sua capacidade de lidar com as ameaças e os efeitos negativos resultantes das vulnerabilidades acumuladas durante toda a vida” (cf. ENEAS, 2017, p.13).

Só com o melhorar da qualidade dos meios que envolvem as pessoas a vários níveis será possível, segundo a Organização Mundial de Saúde (2012, cf. ENEAS 2017), melhorar oportunidades e qualidade de vida de todos com o avançar da idade, bem como garantir a sustentabilidade dos seus sistemas de suporte, tornando-se assim um ciclo; as pessoas estão bem, logo irá ter influência positiva em diferentes áreas, quer a económica, social, cultural, como no sistema de saúde, entre outros.

1.3 Qualidade de vida do Idoso

Quando falamos ou pensamos em qualidade de vida, de imediato associamos ao termo bem-estar e a ter saúde, entendermos a saúde como uma situação de funcionalidade física, psíquica e social normal (Osório & Pinto, 2007)

A saúde e a doença de certa forma estão associadas, não querendo dizer que o envelhecimento tenha obrigatoriamente de trazer doença (Osório, 2008). Para os autores acima referidos, a saúde deve ser vista como manter a capacidade de lutar pela vida, de dar resposta e de criar na comunidade, complexa e móvel, a saúde individual e social.

Qualidade de Vida define-se, segundo Osório e Pinto (2007), como “um processo socioeconómico, cultural e sociopsicológico de produção de valores relativos à qualidade (bem-estar) da nossa vida social, de distribuição social destes valores e de percepção social dos valores pela população”.

É preciso atender que se trata de um conceito multifatorial, baseado na perceção de cada um e variável com o tempo, sendo por isso subjetivo, uma vez que compreende a análise de aspetos imateriais (Pais-Ribeiro, 2009). Poderá ser entendido como a perceção que um indivíduo adquire sobre a sua posição na vida no contexto cultural e de valores onde se insere, na sua relação com os seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações, incorporando a sua saúde física, estado mental, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação com o ambiente (OMS, 2002; 2005). Porém, tal como defendido por Paúl (1997) numa análise global há que atender às características individuais de cada pessoa idosa, só perceptíveis no entendimento do seu curso de vida e na sua adaptação à sua realidade atual.

Tendo em conta o aumento da esperança média de vida e que cada vez é maior o número de pessoas com mais de 65 anos, é urgente manter estes indivíduos ativos, o que implica trabalhar em diferentes áreas de forma a se poder ter uma vida saudável.

Queremos viver mais anos, e queremos igualmente poder usufruir de maneira capaz dos mesmos. Assim sendo, assume-se cada vez mais uma postura não só de atuação no problema como, também, cada vez mais preventiva e promocional. No que toca ao envelhecimento, fica assente a importância de preparar no hoje “a velhice que se quer ter amanhã” (Governo de Portugal, 2012, p. 6).

Tal como em outros âmbitos, o conceito de «empoderamento» tem ganho terreno nesta ideia de investimento no processo de envelhecimento e nas pessoas mais velhas. Associado a uma melhor saúde (Wallerstein & Bernstein, 1988), trata-se de uma abordagem que sugere a participação dos indivíduos na construção da própria mudança como promotora de uma maior efetividade e proximidade ao real, onde o recurso à criatividade no desenvolvimento dos processos socioeducativos parece deter um benefício marcante (Formosa, 2013).

1.4 Intervenção Socioeducativa

Considera-se que o projeto desenvolvido é um projeto de intervenção socioeducativa, o qual pretende “uma intervenção em contexto de educação não formal e tende uma educação global e permanente de carácter lúdico, criativo e participativo, (...) as atividades assumem importância como um processo de crescimento individual e grupal”, não surgem ao acaso, de forma descontextualizada (Lopes, 2006, p. 384-387).

O educador social tem a facilidade de trabalhar em simultâneo diferentes temáticas/pontos de interesse (saúde, tempos-livres, vontade de aprender) pois o seu perfil caracteriza-se pela polivalência, sendo uma mais-valia quando se trata de equacionar estratégias de intervenção do tipo sistémico, pedagogicamente diferenciadas e interativas (Carvalho e Baptista, 2004). Estes autores (2004, p. 86) referem ainda que o trabalho do educador social é privilegiado pelas suas competências, “da possibilidade de intervenção assente na interpretação exigente da realidade, na comunicação, avaliação de situações, na empatia, na perseverança, (...)”. O educador social precisa de ser um bom ouvinte e conselheiro.

O educador social é um agente socioeducativo que atua de maneira sistemática, planificada e integrada e nos mais diversos contextos sociais, seja com grupos desfavorecidos, em situação de risco e/ou excluídos, seja noutros âmbitos de atuação, com diferentes grupos de pessoas, jovens, adultos e comunidades (Lopes, 2006). Especificamente com idosos a atividade do educador social pode passar por:

- Atividades de Animação físico-motora – exercícios de mobilidade, caminhadas, idas e passeios à rua, jogos de bola;
- Atividades de animação cognitiva – jogo de cartas, dominó de cores, recolha de saberes populares, palavras cruzadas;

- Atividades de animação através da expressão plástica – trabalhos manuais com recurso, a material reciclável; pintura com lápis de cor, tintas; estimulação de motricidade fina;
- Atividades de animação através da expressão e da comunicação - músicas populares, provérbios.

Lopes (2001) afirma que o educador social assume necessariamente um papel multidimensional e, em boa medida, desafiante, ao percorrer um caminho que não é fácil por se deparar com inúmeras frustrações, injustiças e contrariedades. Para dar resposta às dificuldades encontradas, o educador social tem de ser perseverante, munir-se de ferramentas que lhe possibilitem encontrar soluções que visem a concretização de ações que conduzam ao desenvolvimento pessoal e social das pessoas.

2. Serviço de Apoio Domiciliário, SAD

2.1 Políticas Públicas dirigidas às pessoas idosas

Em Portugal, tem sido notável o aumento do número de idosos, especialmente desde os anos 90 (Carvalho, 2014), o que gera desafios no domínio da segurança social, sistema de saúde e de pensões, bem como relativamente à qualidade dos cuidados. Por sua vez, o Instituto Nacional de Estatística (2014) prevê que o índice de envelhecimento em Portugal (número de idosos por cada 100 jovens) quase que triplicará nos próximos 50 anos.

É desta forma que o Estado Providência (ou Estado Social) se tem assumido como garante o bem-estar dos idosos desprotegidos e desenquadrados da sua estrutura familiar (Carvalho & Dias, 2011). Não só se têm exigido alterações económico-políticas, como as próprias estruturas dedicadas ao apoio à população idosa, também elas, têm vindo a adaptar-se a esta nova realidade (Antunes & Pereira, 2014; Gama, Teodoro & Simões, 2014; Osório, 2008;) de maneira a que se promova a qualidade de vida do idoso (Sequeira, 2010).

Jacob (2012) menciona a existência de dois tipos de apoios em Portugal destinados à pessoa idosa: os financeiros e as infraestruturas e serviços, os quais incluem os equipamentos sociais. Uma das principais respostas que tem vindo a crescer são as organizações locais de apoio à população idosa, designadamente através de Centros de Dia, Centros de Convívio, Centros de Noite, Serviços de Apoio Domiciliário [SAD], Residências Assistidas e Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas [ERPI] ou Residências Sénior (Instituto da Segurança Social, I.P., 2015), entre outros projetos. Parte das instituições que promovem este género de cuidados assumem para si, localmente, parte das responsabilidades e deveres do Estado (Carvalho, 2014), através do estabelecimento de protocolos oficiais com o Governo Central e

Segurança Social: as Instituições Particulares de Solidariedade Social [IPSS's], como é o caso da ADSFAN. Outras organizações com ou sem fins lucrativos têm gradualmente surgido, não tendo, no entanto, qualquer tipo de protocolo oficial.

Estas respostas vêm privilegiar, através de serviços e equipamentos adequados, a manutenção dos utentes no seu meio familiar e social e promover o apoio à família (*ibidem*). O SAD é, portanto, uma das principais valências que fazem parte da resposta nacional de apoios sociais para pessoas idosas do Instituto da Segurança Social.

O Instituto de Segurança Social (2015) define SAD como: "equipa que presta cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito". Tendo assim os seguintes objetivos:

- Melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias;
- Contribuir para a conciliação da vida profissional e familiar do agregado familiar;
- Garantir cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes;
- Reforçar as competências e capacidades das famílias e outros cuidadores;
- Facilitar o acesso a serviços da comunidade;
- Evitar ou adiar ao máximo o recurso a estruturas residenciais para pessoas idosas, contribuindo para a manutenção dos utentes em meio natural de vida;
- Contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia.

Para esta valência, a Segurança Social (*ibidem*) define os cuidados e serviços que devem ser prestados como referência:

- Cuidados de higiene e conforto pessoal;
- Higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados;
- Fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica;
- Tratamento da roupa de uso pessoal do utente;
- Atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade;
- Serviço de teleassistência, ISS, IP (2015).

De todos estes serviços, o utente apenas usufruirá dos que forem necessários, havendo no entanto um número mínimo de serviços a contratar. O custo deste apoio a contratualizar numa IPSS poderá ir de uma percentagem de 40% a 75% sobre o rendimento *per capita* do agregado familiar, tendo sempre em conta o número de serviços contratados.

As indicações em cima mencionadas são uma referência, pois as Instituições adaptam os serviços de acordo com as necessidades, dos idosos. Por exemplo a ADSFAN não tem o

serviço de Teleassistência mas em contrapartida detém outros serviços, como por exemplo, o Serviço de Psicologia e Aconselhamento, a preparação de medicação a administrar em casa do utente e o acompanhamento a consultas do utente, muitas vezes a pedido da própria família, uma vez que quando vão às consultas não entendem os termos usados pelos médicos, não entendem as possíveis alterações de medicação e/ou não sabem como proceder à marcação de transportes e exames. Em alguns casos, quando não é possível o nosso acompanhamento, a família leva um relatório dirigido ao médico. Assim a Instituição tem um trabalho cada vez mais de parceria com as famílias, surtindo resultados positivos num melhor bem-estar do utente.

2.2 Ser Cuidador

Ser cuidador informal é executar, de forma, não remunerada, a prestação de cuidados no domicílio, o que habitualmente se torna responsabilidade dos elementos da família, dos amigos, vizinhos ou outros até (Sequeira, 2010).

De acordo com o pensamento do autor, o surgimento de uma dependência implica uma transição para uma vida diferente, acontecimento não antecipado, quer surja de forma abrupta ou quer surja de forma progressiva.

Os cuidadores no seio das famílias são essencialmente mulheres, que assumem este papel de cuidadoras informais.

Não sendo preferência das pessoas (Fericgla, 1992 *cf.* Osorio, 2008), os lares têm representado uma opção cada vez mais frequente. Em muitas situações, o recurso ao lar acaba por ser uma consequência - e não uma opção. Pois o espaço do idoso “no seio familiar é cada vez menor em consequência da competitividade laboral, da necessidade de manter o rendimento adequado, o que leva os elementos activos do agregado familiar a efetuar horários alargados, frequentemente longe do local de residência” (Sequeira, 2010, p. 31).

Por outro lado, quando o cuidador quer e/ou pode cuidar e não tem forma de dividir a sobrecarga de trabalho (emprego e cuidar do familiar), acaba por de forma progressiva se dedicar apenas ao cumprimento de novas rotinas, do novo cuidar, gerando assim, segundo Sequeira (2010), uma forma de *stress* muito particular, caracterizada pela sobrecarga do esforço físico, da tensão permanente, da falta de tempo para dormir e cuidar de si, e do isolamento progressivo do seu meio social. Esta é uma realidade de que nos deparamos diariamente em contexto de SAD, em especial nos familiares/cuidadores dos utentes mais dependentes.

O desgaste do cuidador por vezes pode decorrer pelo querer poupar ou fazer a vontade ao seu familiar/utente pela não institucionalização precoce. No entanto pode também não existir a capacidade financeira para uma contratualização de um serviço que possa auxiliar o cuidador.

Com o decorrer da nossa experiência profissional, tem-se verificado que o cuidador quer cuidar, fazer o seu melhor e vai fazendo o que pode ou é capaz, contudo a realidade com que nos deparamos é que por vezes quando recorre ao SAD, o cuidador já está numa fase de muito desgaste, está em exaustão. Verifica-se também que quando é iniciada a prestação de cuidados por vezes, por parte do cuidador passa a existir a necessidade de supervisão constante do que está a ser realizados pelas Ajudantes de Ação Direta [AAD]. Existe em algumas situações a persistência do cuidador em querer que as AAD desenvolvam os cuidados tal qual o cuidador faz, existindo assim uma grande ansiedade de que corra tudo bem. Contudo, está presente a não capacidade de estar disponível na escuta e no receber de novas formas de cuidar, por vezes mais facilitadoras.

Este é todo um trabalho que acaba por ser realizado de forma progressiva com o familiar por toda a equipa, pelas AAD, pela Diretora Técnica, pelo Educador e/ou pela Psicóloga, Encarregada Geral, para que o cuidador consiga descansar e confie na prestação dos nossos cuidados.

Para uma prestação de cuidados o cuidador deverá reter uma série de competências, de acordo com Sequeira (2010):

- A iniciativa (capacidade de iniciar uma ação, identificar a necessidade, selecionar a intervenção e implementá-la);
- A responsabilidade (assegurar a qualidade da ação, dependente do conhecimento);
- E a autonomia (capacidade para implementar e avaliar as ações por si, de modo a requerer serviços de apoio formais de forma adequada).

De acordo com a nossa experiência, em muitas circunstâncias, quando a família assume a responsabilidade de cuidar, por vezes não tem quaisquer conhecimentos, sendo ainda que por vezes a idade de quem cuida é muito próxima de quem é cuidado. Estas situações podem representar um risco. Pois a probabilidade do cuidador também precisar de cuidados a curto prazo é maior, havendo a precisão do cuidador e de quem é cuidado requerer de ajuda na satisfação das suas necessidades.

Há que também ter em conta o relacionamento entre o cuidador e quem é cuidado, de acordo com Sequeira (2010, p. 202), “a história de vida do cuidador com o familiar constitui um factor relevante na aceitação do novo papel de cuidador e para percepcionar o cuidar de forma positiva ou negativa”, facto do qual nos deparamos e que influencia a forma como os cuidados são prestados, designadamente na dimensão afetiva.

2.3. O Educador social enquanto mediador entre o utente, a família e SAD

O papel do educador social no contexto de SAD é muito importante, no sentido em que um cuidador, qualquer que seja, para poder desempenhar tem de «estar bem», mantendo funcionáveis as suas faculdades físicas e emocionais, (Sequeira, 2010, p.24). Este técnico detém conhecimentos no âmbito do encaminhamento e aconselhamento, quer direcionado às eventuais respostas que a própria Instituição possa deter para um acompanhamento regular da família, quer nas possíveis respostas no exterior.

Sequeira (2010) refere que a idade avançada pode representar uma maior fragilidade e, por consequência, mais doenças, tanto físicas como psíquicas. Com o contato direto com as pessoas mais velhas, ouvimos muitas vezes “isto é da idade”, a “idade trás tudo”. No entanto, idade não é igual a doença (Osório, 2008), portanto não deve ser argumento para tudo, ou seja, muitas vezes efetivamente poderá existir uma causa orgânica mas a idade surge como uma razão *per si*, não chegando a haver assim um diagnóstico médico.

Daí a importância do trabalho paralelo com a família, Instituição e entidades de saúde, contribui, para um melhor bem-estar do utente e para um melhor cuidar, podendo assim ser verificado diariamente nos utentes. A ida do médico de família e/ou enfermeira ao domicílio dos utentes mais dependentes passa a ter maior frequência.

O Educador por vezes é quem dá o alerta às famílias da necessidade de um diagnóstico de saúde mais completo, ou seja, saber a opinião de um médico de especialidade.

Pois a demência é uma realidade que cada vez mais se manifesta no seio das famílias e a qual tem um grande impacto de forma negativa. Por vezes inicia-se com esquecimentos e como já foi referido, “isso é da idade”. A demência para além de todas as situações que tem por detrás, afeta a comunicação do utente, que se vai agravando progressivamente. A agitação e os sentimentos vão surgindo principalmente os ressentimentos, raiva e culpabilidade tanto do utente como contra a família (Sequeira, 2010). Sinais estes que muitas vezes as pessoas não os sabem identificar, diferenciando-se do que se diz ser normal da “velhice”.

O SAD é sempre prestado de acordo com as necessidades do utente e da família, pois a Instituição pretende ser o “braço direito da família” num maior auxílio a esta e ao utente, para que possa cumprir as suas obrigações profissionais ou possa continuar a trabalhar. Na prestação de serviços (SAD) nunca existe a exigência de um “ambiente ideal”, existem recomendações de eventuais melhorias/alterações do espaço em que o idoso permanece para um melhor cuidar. Mas é ao longo da prestação de cuidados que se vai conseguindo as eventuais condições “ideais”, existindo também um maior aproximar do cuidador e/ ou família quando esta existe.

O Educador Social depara-se perante vários desafios sendo um profissional capacitado para desenvolver/intervir através de várias estratégias, detendo características

como a criatividade, adaptabilidade, dinamismo, reflexibilidade e polivalência técnica o que permite intervir em diversas situações, em qualquer realidade social, (Carvalho e Baptista, 2004, p.83).

É cada vez mais apresentado, nomeadamente no quadro geográfico a necessidade de envolver a família e o idoso de forma ativa na decisão da importância da sua manutenção em casa, na criação de incentivos ou implementação de estratégias que permitam a articulação entre o cuidar do idoso e o trabalho e a família, de forma sadia e positiva (Sequeira, 2010). No nosso contexto de intervenção a coordenação diária entre a equipa (AAD, Diretora Técnica, Encarregada Geral, Psicóloga e Educador social) leva a que haja uma resposta imediata às questões que urge resolver, seja através da intervenção direta ou do encaminhamento para outros serviços, designadamente, para os serviços de saúde.

Capítulo II- Desenho do Projeto

1. Caracterização do meio envolvente: Freguesia de A-dos-Negros e da Associação de Desenvolvimento Social da Freguesia de A-dos-Negros (ADSFAN)

A Freguesia de A-dos-Negros² pertence ao Concelho de Óbidos, Distrito de Leiria, com cerca de 17 km² e é constituída por 7 povoações. É caracterizada pelas suas fontes redistribuídas pelas diferentes povoações, sendo que a sua atividade económica centra-se atualmente na agricultura e na construção civil³.

Em relação a respostas sociais para os mais idosos, a freguesia possui os Centros de Convívio de Areirinha (resposta todo o dia) e o da Sancheira Grande (resposta só a partir das 14h), promovidos em parcerias pelo Município de Óbidos através do projeto “*Melhor Idade*”. Para uma resposta mais específica e especializada, tal só se torna possível pela ADSFAN, com o SAD, e ERPI.

A Associação de Desenvolvimento Social da Freguesia de A-dos-Negros⁴, denominada por ADSFAN, é uma IPSS localizada na Freguesia de A-dos-Negros, Concelho de Óbidos, que conta já com 24 anos de existência e ao longo do tempo tem vindo a ser reconhecido, por diferentes entidades e pela comunidade o mérito do trabalho social desenvolvido.

Iniciou as suas funções a 26 de maio de 1994 com o objetivo de prestar apoio Social e Cultural à população idosa, ao nível de transporte de idosos ao Centro de Saúde; construção e administração das valências Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário e Lar; prestar apoio social e cultural à infância e juventude, tais como: construção e administração de Jardim-de-infância e Ocupação de Tempos Livres; criar infraestruturas desportivas e de lazer na Freguesia de A-dos-Negros.

Atualmente, a sua principal missão passa por ajudar idosos e famílias na supressão das suas necessidades, com serviços de qualidade que promovam o envelhecimento ativo e uma qualidade de vida digna. Neste sentido, a ADSFAN tem claramente como um dos seus principais objetivos a melhoria do bem-estar e condições de vida dos seus clientes e comunidade envolvente, através da prestação de cuidados de apoio essenciais e adequados. Apoia mais de 100 famílias recolhendo, na sua equipa, cerca de 35 colaboradoras e 18 membros dos seus órgãos sociais.

² Estas informações podem ser consultadas em <http://www.cm-obidos.pt/>

³ Estas informações podem ser consultadas em <http://www.freguesiaadosnegros.pt/Economia>

Em 2003 a Instituição tinha em SAD, como população alvo os idosos pensionistas da Freguesia de A-dos-Negros e Gaeiras, contabilizou 34 idosos, com idades compreendidas entre os 65 e 86 anos. Em 2009 a Instituição alargou a sua intervenção para os Concelhos de Caldas da Rainha e Bombarral, aumentando o número de vagas para 42. Atualmente, já não dá resposta a Caldas da Rainha.

Em 2005 surge o (atrás referido) Centro de Convívio nas instalações da Associação, protocolado com o Programa “*Melhor Idade*”, em parceria com o Município de Óbidos, com cerca de 22 utentes, da qual a Instituição é também gestora. Em 2009 houve mudança de instalações para a Escola de 1º Ciclo de Areirinha, onde continua até à data, uma vez que a Instituição retomou as obras de conclusão do edifício do Lar e Apoio Domiciliário, que resultou da candidatura ao Programa PARES (Programa de Alargamento de Equipamento Sociais).

Em 2010 dá-se a abertura da resposta social de Lar (agora denominada por ERPI- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas) a 1 de Outubro, inaugurada mais tarde a 9 de Janeiro de 2011, com capacidade para 17 idosos, comparticipados pela Segurança Social.

Em Julho de 2012, com a publicação do DL 67/2012 foi autorizado o alargamento da capacidade do Lar, para 23 camas, sendo 6 camas de regime privado.

Até 2010, só fazia parte do corpo técnico da Instituição uma Diretora Técnica. Com a abertura da valência de Lar, acresceu uma Animadora, e mais tarde também uma Psicóloga⁵.

1.1 Valência do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)⁶

O Serviço de Apoio Domiciliário surgiu em 1999, com 7 utentes, sendo atualmente cerca de 40⁷ (Agosto de 2018). O SAD nasceu com o objetivo de assegurar a satisfação, temporária ou permanente, das necessidades básicas e atividades da vida diária dos idosos que vivem mais isolados e/ou cujos familiares não conseguem prestar o apoio necessário durante o dia.

Este serviço consiste no fornecimento de alimentação, cuidados de higiene e conforto pessoal, arrumação e pequenas limpezas na casa, tratamento de roupas (que é feito nas instalações da Instituição), apoio na medicação, animação ao domicílio, serviço de Psicologia e Aconselhamento e também a realização de alguns serviços externos, como compras ou pagamentos, ida a consultas, entre outros. As equipas vão para o terreno em equipas de duas

⁵ Breve Historial da Associação de Desenvolvimento Social da Freguesia de A-dos-Negros cedida pela Instituição em <http://adsfan.webnode.pt/>

⁶ Regulamento Interno do Serviço de Apoio Domiciliário da ADSFAN, entrada em vigor em 27 de Novembro de 2014, data de aprovação em Reunião de Direção e <http://adsfan.webnode.pt/news/servi%c3%a7o-de-apoio-domiciliario-sad>.

⁷ Em Agosto de 2018.

peessoas (AAD), das 8.30h às 17h, com exceção dos sábados, domingos e feriados, dias em que as equipas vão para o terreno das 9h às 13h.

São as ajudantes de ação direta que convivem diariamente com os problemas de cada utente e que humanizam este serviço. Elas conversam, prestam os cuidados e dão atenção e carinho, diminuindo um pouco a solidão e o isolamento da maioria dos utentes. Elas são a ponte de informação à equipa técnica que por sua vez faz o encaminhamento.

Não obstante, a multidisciplinaridade é fundamental na concretização do bem-estar e qualidade de vida dos utentes de forma individualizada e grupal (resolução de problemas emocionais, perdas, conflitos, ...). Este trabalho é também desenvolvido com as AAD e Direção Técnica, promovendo assim bem-estar comum.

O SAD é caracterizado por utentes cujos rendimentos provinham do trabalho agrícola. A certa altura nomeadamente as senhoras (ainda muito novas, às vezes com menos de 15 anos) iam servir para casa de famílias mais abastadas até casarem, depois voltavam à agricultura e ao trabalho dedicado à família, os homens, na sua maioria, mantinham-se sempre ligados ao trabalho agrícola.

O valor das pensões na grande maioria é, o mínimo, havendo algumas, raras excepções. Na sua maioria vivem sozinhos, dependem da sua autonomia e do apoio prestado pelo SAD. É pouco o contacto que têm com os filhos, também existe a preocupação por parte dos utentes de não os importunar com os seus problemas, tanto da parte dos que vivem sozinhos, como dos que vivem acompanhados (dados de 2009, do anterior Projeto *ANIMA*).

Assim em 2009 passou a existir o Projeto *ANIMA - Animação ao Domicílio*, individualizado ou com o casal, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida, alterar as suas rotinas monótonas e solitárias através de atividades lúdicas e culturais por forma a serem estimulados e a “combater” a solidão, a melhorar as suas capacidades motoras aumentando assim a sua autonomia e entusiasmo.

É imperioso procurar manter a independência dos idosos mesmo nas tarefas diárias (por exemplo, escolher o vestuário), favorecendo a manutenção das suas capacidades físico-motoras, intelectuais e expressivas. A preservação da saúde física-motora, psicológica e social dos idosos é fulcral para o seu desenvolvimento integral, onde o grande objetivo terá sempre que passar por maximizar o potencial motor, desenvolvendo as destrezas físicas e motoras dos idosos, para um envelhecimento efetivamente ativo.

1.2 Animação ao Domicílio – o Projeto *ANIMA*

O Projeto *ANIMA* surgiu da necessidade da Instituição alcançar maior proximidade com utente e a sua família. Para além de satisfazer as necessidades da sua vida diária, constituiu também um grande apoio ao nível da escuta ativa e de possibilitar o contacto do

idoso com outras pessoas, por forma a melhorar a qualidade de vida⁸. Este projeto baseou-se essencialmente na valorização pessoal do utente; centrando-se na autoestima, na escuta, na partilha e participação quer individual, quer em grupo.

A animação sociocultural implica muito mais que *desenvolver atividades para manter os indivíduos ocupados*. O animador sociocultural “é quem põe o processo em movimento, é quem liga a chave, quem desencadeia as alterações necessárias para que o que estava inerte se ponha em ação, em atividade” (Jacob 2007, p. 22). A animação é um elo de suporte e de comunicação privilegiado nos aspetos relacionais.

A alteração das suas rotinas monótonas e solitárias é fundamental para uma maior satisfação, embora gradual e de acordo com os seus interesses e vontades, através do desenvolvimento de atividades lúdicas e culturais que pudessem colmatar a solidão, estimular a criatividade, melhorar as suas capacidades motoras (exercício físico, idas à rua, caminhadas), aumentando a sua autonomia nas Atividades da Vida Diária [AVD's] e um maior entusiasmo. Este serviço foi prestado de forma gratuita ao utente, uma vez por semana, entre 45 minutos e uma hora por cada visita, normalmente da parte da tarde.

Através do *ANIMA* ao longo dos anos foram desenvolvidas várias atividades de intervenção, de forma diferenciada e individualizada, de modo a trabalhar necessidades, potencialidades e interesses dos utentes. Foi, também, desde 2009 feita uma recolha interessante, de saberes populares, de histórias de vida, experiências e outras coisas demais.

Um dos maiores desafios que se pretendeu trabalhar neste projeto ANIMA-Melhor Cuidar, foi desenvolver com maior regularidade o contato e parceria com a família quando esta existe; sem esta ligação o trabalho a desenvolver em casa não tem frutos. É deveras importante auxiliar também as famílias que sentem e aceitam a nossa ajuda para a satisfação do seu familiar/idoso e eventualmente um *Melhor Cuidar*.

Havendo assim a necessidade emergente do reajustamento, reformulação deste projeto anterior, colmatando assim esta grande necessidade de integração da família e cuidador na prestação de cuidados.

2. Diagnóstico de Necessidades: O Porquê do Projeto?

A Instituição apresenta grande preocupação, para além da prestação de cuidados básicos, com a promoção de uma boa qualidade de vida aos utentes, incentivando diretamente as ajudantes de ação direta (que são as pessoas que estão permanentemente em contato com os utentes) a promover um envelhecimento saudável e, sempre que possível, participativo nas suas AVD's e decisões.

⁸ Nessa altura, 2009, foi aplicado um inquérito aos utentes, famílias e às AAD por forma a compreender as suas necessidades e interesses.

Os técnicos e as AAD que trabalham nas diferentes respostas sociais (da Instituição) assumem, em particular no SAD, um papel de destaque, no sentido em que tentam mobilizar todos os esforços para que de forma individualizada os idosos em suas casas, tenham o desenvolvimento de várias competências quer físicas, de autonomia, mas também emocionais e cognitivas. Isto sempre em prol de uma postura de vida ativa, participativa e de melhor aceitação da própria condição etária.

Ainda assim alguns dos idosos continuam a dedicar-se única e exclusivamente na sua ocupação dos tempos livres fazendo uso da televisão, estando fechados durante todo o dia em casa, não indo passear à rua, conviver com os vizinhos. Os que estão mais limitados “acabam confinados” ao quarto; na sua maioria não são estimulados a fazer o que quer que seja pela sua família, por falta de conhecimento talvez. Continua a ser imperativo a estimulação da autoestima e valorização do idoso, e o acompanhamento à família. Contudo, não quer dizer que os idosos não passem os seus tempos livres com qualidade de vida, pode no entanto ser o que os faz sentir bem.

A necessidade de encontrar respostas mais criativas foi-se tornando incontornável.

Assim, a ideia de um novo projeto surgiu com a necessidade de complementar o Projeto *ANIMA* já existente na Instituição. Tem-se vindo a sentir que as necessidades dos utentes não incidem só na concretização de momentos lúdicos, na recolha de saberes populares e tradições e na estimulação cognitiva. Existe a necessidade de integração e envolvimento da família e cuidador na prestação de cuidados do idoso.

O SAD e o *ANIMA* acabam por ser o apoio das famílias que nem sempre estão presentes (por motivos vários). Em algumas situações somos a presença, o pilar do idoso na ausência da família. Somos também um auxílio no esclarecimento de dúvidas quer da família quer do utente. Assim as principais necessidades que encontrámos foram:

- i. Carência na satisfação das necessidades dos utentes;
- ii. Necessidades da família/cuidador.

Neste sentido, tal como com qualquer outro projeto, para o desenvolvimento do atual *ANIMA – MELHOR CUIDAR*, foi necessário perceber-se com maior clareza e precisão a atual realidade dos utentes. Só depois desenhada a intervenção, cujo plano é descrito em seguida.

3. Plano do Projeto

Este projeto pretendeu um melhor conhecimento do idoso, numa tentativa de intervenção individual de forma a promover um envelhecimento ativo, partindo da estrutura que o próprio idoso tem à sua volta.

Todo este trabalho foi possível desenvolver numa parceria entre o serviço que é prestado pela Instituição e o contacto permanente com as famílias quando o utente a tem

presente. Quando isso não acontece o idoso toma a Instituição como sua família na grande parte das tarefas e questões a tratar.

A grande finalidade deste projeto foi e continua a ser trabalhar com o idoso, promover um acompanhamento às famílias, daí a importância de parceria com as famílias.

O grande desafio e desejo foi sem dúvida assumir a riqueza do envelhecimento. Os técnicos têm o comprometimento de desenvolver as condições necessárias para que se potencie este mesmo processo, criando-se oportunidades significativas que façam sentido à pessoa e às suas características pessoais, promovendo-se assim uma melhor qualidade de vida na ótica do envelhecimento ativo, sempre que possível nas suas residências, no seu espaço de pertença.

3.1 Objetivos Gerais

Para a concretização do projeto de acordo com as necessidades detetadas, delinearam-se três grandes objetivos gerais, procurando-se responder às insuficiências primeiramente detetadas (carência na satisfação das necessidades dos utentes; necessidades da família/cuidador). São eles:

1. Identificar problemas e apurar situações dos utentes de Serviço de Apoio Domiciliário, através de visitas domiciliárias e inquérito;
2. Diagnosticar necessidades e selecionar potenciais alvos de intervenção;
3. Trabalhar necessidades e potencialidades junto de utentes e famílias por um melhor cuidar.

3.2 Destinatários

Destina-se a Idosos em situação de exclusão e/ou isolamento social ou cujo cuidador mais próximo estivesse em situação de potencial sobrecarga, e que pudessem evidenciar potenciais benefícios da intervenção a curto prazo.

3.3 Metodologia

A intervenção implicou três fases, correspondentes aos objetivos traçados:

- **Fase 1** – Identificaram-se os utentes que viviam sozinhos, através da análise dos processos individuais do idoso na Instituição e da recolha de informação sobre cada caso nas visitas domiciliárias (com recurso ao uso de inquérito (ver em anexo V), e grelhas 1 e 2, ver em anexo II, III.); Nas visitas domiciliárias foi verificado que existia a presença frequente de cuidadores e ou familiares e alguns em sobrecarga, passando assim a haver a necessidade de trabalhar sempre que possível com o cuidador.

- **Fase 2** – Apurou-se o número de respostas a acompanhar, em equipa multidisciplinar, tendo em conta os seguintes critérios: isolamento e solidão; falta de estimulação física e cognitiva; benefício do cuidador e utente com resposta a curto prazo. Foi dado a conhecer à Direção os resultados, ver em anexo VII.

- **Fase 3** – Intervenção: visitaram-se os participantes anteriormente selecionados para o desenvolvimento de atividades, trabalhando necessidades e potencialidades de cada caso, e pela fomentação de relações de maior proximidade com as famílias, por forma a potenciar-se um *Melhor Cuidar*. Ver anexos (XI, XII, XIII, XIV, XV).

3.4 Objetivos Gerais e Específicos- Atividades associadas à sua concretização

Para a realização do projeto foram apresentados três objetivos gerais.

1º Objetivo Geral: Identificar problemas e apurar situações dos utentes de Serviço de Apoio Domiciliário, através de visitas domiciliárias e inquérito;

Segue-se a indicação dos objetivos específicos:

- **Identificar os utentes que viviam sozinhos;**
- **Perceber quais as suas dependências/limitações;**
- **Compreender se existe uso de ajudas técnicas para locomoção** (andarilho, canadianas, bengala, cadeira de rodas);
- **Compreender se obtêm algum suporte/apoio familiar;**
- **Perceber se existe resposta em serviços não contratualizados, possíveis de contratualizar em SAD ou não** (toma de medicação; ida ao médico; manutenção na casa do utente...)
- **Dar a conhecer às famílias o papel do cuidador e respetivas responsabilidades** (folheto)

Relativamente aos objetivos específicos seguem as respetivas atividades:

- Atividades: consulta dos processos individuais dos utentes de SAD; construção das Grelhas de Registo 1 e 2 (ver anexo II, III) e de um folheto sobre ser cuidador; implementação das grelhas, do folheto, do inquérito por questionário (anexo V) e de visitas domiciliárias.

2º Objetivo Geral: Diagnosticar necessidades e selecionar potenciais alvos de intervenção;

Segue-se a indicação dos objetivos específicos:

- **Escolher os participantes para integração do Projeto ANIMA-Melhor Cuidar**

- Atividades: Selecionar os participantes com base nos seguintes critérios: isolamento e solidão; falta de estimulação física e cognitiva; benefício do cuidador e utente com resposta a curto prazo.

3º Objetivo Geral: Trabalhar necessidades e potencialidades junto de utentes e famílias por um melhor cuidar.

- **Identificar as suas necessidades;**

- Atividades: Estabelecer uma relação de confiança; Perceber a história de vida e vivências do utente; Identificar gostos e apetências para melhor intervir.

- **Propor medidas de intervenção para promoção de um melhor cuidar** (tendo em conta o objetivo 1)

- Atividades: Propor alteração de serviços se necessário; Identificar necessidades de parceria (Instituição-Família); Desenvolver objetivos de intervenção individual; Eventual encaminhamento de situações extremas ao Serviço de Segurança Social.

3.4.1 Estratégias e justificação das opções e procedimentos seguidos

No objetivo específico, **Identificar as suas necessidades**, são propostas atividades das quais sem elas não se é possível intervir com os idosos, pois uma intervenção é levada a cabo como um processo que contém várias fases, pois “invadimos” o seu espaço. Só com uma maior proximidade é possível a concretização de uma intervenção no domicílio, por forma a proporcionar-lhe uma melhor qualidade de vida na ótica de um envelhecimento ativo, em torno do seu meio envolvente, sendo proporcionado um ambiente de segurança.

Na atividade **Identificar necessidades de parceria (Instituição-Família)**, estão aqui incluídas o encontro da possibilidade de eventuais debilidades por parte da família, das quais serão devidamente trabalhadas em equipa multidisciplinar, é um trabalho mais dirigido ao Diretor Técnico, é ele quem procede ao encaminhamento de situações extremas para os Serviços da Segurança Social. As eventuais debilidades poderão ser verificadas através da observação nas visitas, conversas regulares com o idoso, e pela informação que as AAD recebem através da prestação de serviços.

3.5 Aspetos logísticos a considerar

Para a concretização do projeto, em grande parte a Instituição dispunha dos recursos necessários, mas obviamente que teve custos adicionais, os quais são apresentados na planificação. Em relação aos recursos humanos a sua intervenção para além do Educador

Social ter sido permanente, o recurso à equipa multidisciplinar, ou seja, Diretor Técnico, Psicóloga, Encarregada Geral foi pontual.

Não foram contabilizados efetivamente o valor de compra de um computador e da carrinha, pois a Instituição tinha estes equipamentos, foram calculadas apenas as percentagens de desgaste em cada uso, ver em anexo X.

Os recursos são apresentado em pormenor no anexo X e na tabela 3.

Capítulo III-Implementação do Projeto *ANIMA - Melhor Cuidar*

1. Descrição de Intervenção

Para a concretização do Projeto foram desenvolvidas três fases, fases essas que são apresentadas na redação que se segue. As fases tiveram por bases os objetivos pretendidos nesta intervenção socioeducativa. Só através deste processo foi possível a concretização da implementação do **Projeto ANIMA-Melhor Cuidar**.

1.1. FASE 1: Identificar problemas e apurar situações dos utentes de Serviço de Apoio Domiciliário, através de visitas domiciliárias e inquérito

Inicialmente foram desenvolvidas as ferramentas necessárias para a concretização desta fase, nomeadamente as grelhas 1 e 2 (anexos II e III). Consideramos a **Fase 1 – Identificação dos utentes** que viviam sozinhos através dos processos da Instituição, e avaliar cada caso⁹.

As visitas domiciliárias foram sempre realizadas com a Psicóloga da ADSFAN, pois uma avaliação multidisciplinar é sempre importante, quer para uma eventual atualização dos processos individuais do utente, quer para um eventual acompanhamento diferenciado. Só não foram visitados os utentes que já tinham um apoio diferenciado, a serem acompanhados pela psicóloga ou integrados em Centro de Dia.

Foram implementadas duas grelhas de registo (construídas anteriormente no anteprojecto- anexo II e III) e um Inquérito por Questionário para recolha de informação indicada no primeiro objetivo do projeto (ver anexo V). As grelhas foram construídas em Word e o Inquérito por Questionário foi contruído e trabalhado na ferramenta Excel, foram também elaborados os respetivos gráficos (ver anexo VI) usando as ferramentas do Word e Excel.

Em várias visitas houve a possibilidade de se fazer uma intervenção, dando indicações e aconselhamentos aos familiares cuidadores presentes de como resolver algumas questões no momento (ex.: aconselhamento para pedido de visita do médico de família ao domicílio, em utentes acamados), dos quais surtiram resultados positivos nas semanas seguintes (em 4 dos utentes visitados).

⁹ Se fossem só visitados os idosos que viviam sozinhos, poderia ficar para trás alguma situação que necessitasse de especial atenção, assim para que não fique nenhum idoso por avaliar foi decidido que todos os idosos tivessem de ser visitados, para isso foram realizadas visitas domiciliárias a 26 idosos, num total de 36 inscritos em SAD, entre Janeiro e Fevereiro de 2017.

Os dados a baixo apresentados tiveram por base a informação obtida no inquérito por questionário, análise documental dos processos individuais do utente e registo das visitas domiciliárias.

Em 2017 o público-alvo em SAD predominavam idosos em que as suas idades incidiam entre os 86 e os 90 anos, representado por 11 utentes, seguindo-se de 6 utentes entre 81 e os 90 anos, como é mostrado no gráfico 1.

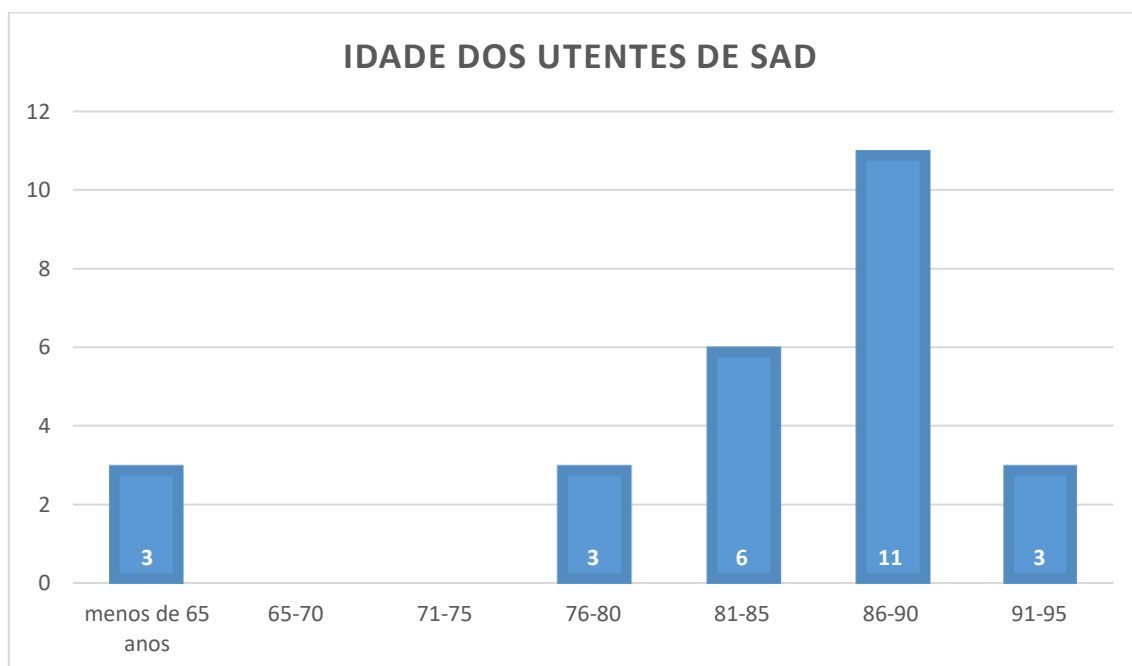


Gráfico 1- Idade dos utentes inscritos em SAD em 2017, resultado do Inquérito por Questionário.

Apenas apresentamos informação sobre os 26 utentes visitados, pois os utentes que já estariam a ser seguidos pelo Serviço de Psicologia e Acompanhamento (SPA) ou inseridas em regime de Centro de Dia na Instituição não foram abrangidos. O gráfico 1 mostra que estamos perante uma população envelhecida. Podemos verificar que estamos perante uma igualdade de género, 13 utentes mulheres e 13 utentes homens.

Dos dois concelhos abrangidos por SAD, verificamos que somente 8 utentes residem no Concelho do Bombarral. De qualquer modo independentemente do concelho as suas profissões coincidem, a agricultura predomina fortemente, 18 dos utentes teve a agricultura como uma das suas profissões principais.

Por mais que tenha sido intencionada a recolha de maior informação possível na visita domiciliária, na realidade não foi recolhida toda a informação nomeadamente em relação ao ser ou não letrado, uma vez que só se obteve a resposta de 11 utentes. Com a análise dos processos foi possível perceber que entre 2012 e 2015 houve um maior número de

admissões, de 10 utentes, comparativamente com 2008-2011 e 2016-2017 (6 admissões cada), como verificamos no gráfico 2.

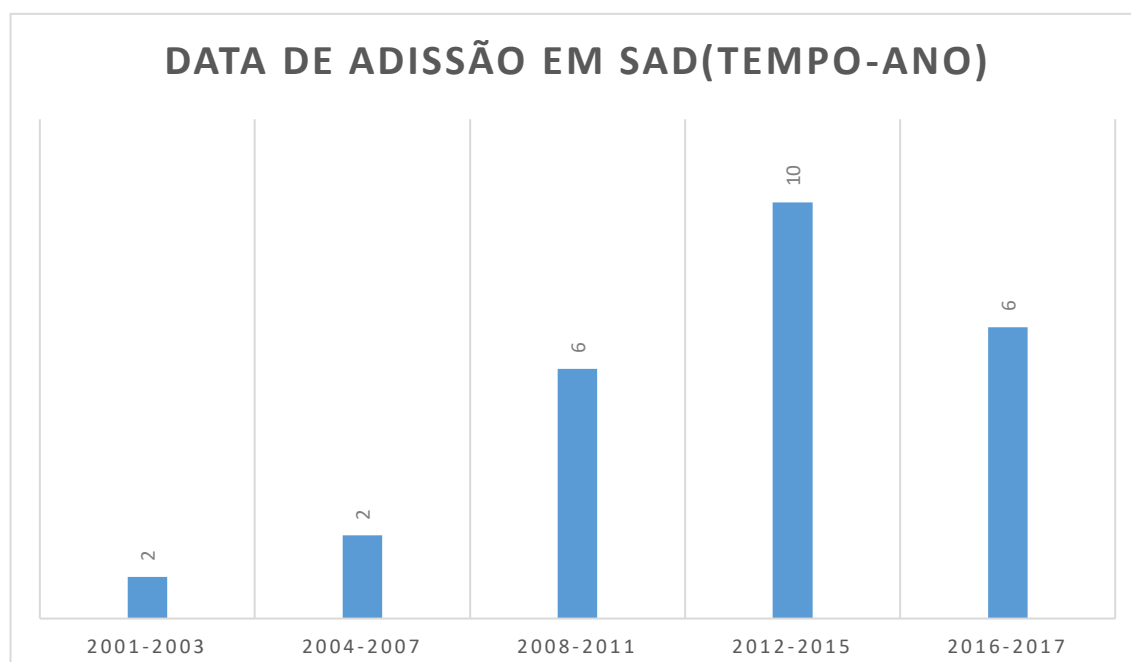


Gráfico 2- Data de Admissão em SAD (tempo-ano) – resultados do Inquérito por Questionário

Foi possível perceber também que quase metade (12 utentes) dos utentes já usufruiu do Projeto *ANIMA* (Animação ao Domicílio) em algum momento do seu percurso em SAD.

Neste serviço é possível deparar com utentes com grandes dificuldades na realização das atividades de vida diária: quase metade não consegue desempenhar qualquer tarefa sozinho sem supervisão (10 utentes); no entanto, 16 utentes são capazes de ir à casa de banho (mesmo que auxiliados) e 13 são capaz de se vestir.

Relativamente às atividades instrumentais da vida diária, felizmente, pentear continua a ser uma das tarefas que os utentes conseguem desenvolver.

Em SAD nem sempre estão ao dispor os equipamentos e condições para um melhor cuidar. Foi possível perceber que em 9 acamados, somente 3 fazem levantar. Dos utentes que não são acamados, simplesmente 6 se deslocam com facilidade, percebendo assim que num total de 26 utentes, 20 apresentam várias limitações. Pode-se verificar que em média os utentes usam duas ajudas técnicas, embora, no momento das visitas 4 utentes não usavam qualquer ajuda técnica.

A tarefa de comer sozinho continua a ser uma das capacidades a manter para além das limitações presentes, até à data (2017), 14 utentes o faziam de forma autónoma desde que deixada a refeição no prato.

Nas visitas domiciliárias foi possível avaliar também o estado mental (ver anexo IV) dos utentes. Na grande maioria apresentam atitude amigável, comportamento colaborante, humor apropriado, e um bom discurso quando interpelados. Em relação à parte cognitiva, tanto se apresentam utentes com alterações ligeiras como sem alterações, 13 utentes cada. Em relação ao sono e ao apetite, 22 utentes dormem bem e 25 têm um apetite normativo, ou seja geralmente comem bem.

Relativamente aos interesses e atividades ocupacionais, contrariando toda a ideia inicial (2009), apenas 2 utentes têm a televisão como companhia, no entanto, 12 utentes não desenvolvem qualquer atividade, não esquecendo que 9 deles estão acamados, o que no entanto não impede a existência de atividade.

Em SAD na maioria dos utentes não vivem sozinhos, vivendo grande parte com os companheiro/as, realidade esta que contraria os dados de 2009¹⁰. Doze utentes só tiveram 2 filhos, enquanto 2 utentes tiveram 7 filhos. Os filhos e netos vivem próximos de si e na sua maioria (15 utentes) obtêm apoio de todos os filhos. Foi possível perceber que os idosos recebem visitas e até com frequência, semanalmente.

Os seus problemas de saúde centram-se na Tensão Arterial e no síndrome demencial, ou seja, algum tipo de demência, (8 utentes cada), seguindo-se de problemas de diabetes (6 utentes), oncológicos, respiratórios e AVC (5 utentes cada).

A toma da medicação centra-se na toma/administração sozinha (7 utentes), em 8 utentes na toma administrada pelas AAD com indicação da família, em 12 idosos é administrada pela família, sendo que em 8 idosos a administração da medicação é complementada pela AAD. Percebendo-se assim que a família tem um papel importante nesta tarefa diária. Designadamente em relação às idas ao médico, apenas vão quando necessário, os seus familiares é que fazem o pedido de medicação. Unicamente 8 utentes são seguidos por algum médico de especialidade, 4 deles em oncologia.

Com as visitas foi possível perceber a necessidade de vários utentes serem acompanhados, ou pelo menos avaliados por um neurologista.

Em SAD nem todos os utentes usufruem de todos os serviços, apenas usufruem daqueles que lhes são necessários. Contudo, pelo menos 18 utentes usufruem do serviço completo, ou seja, da higiene, alimentação, tratamento da roupa e limpeza habitacional. O número de visitas destaca-se entre as 2 e 3 diárias (manhã, almoço e lanche). Nos 26 utentes visitados apenas 7 fizeram alteração de serviços desde a sua inscrição, alteração essa que se focou na higiene (5 utentes), alimentação (2 utentes) e na ida para ERPI temporariamente (1 utente), sendo que um dos utentes fez alteração duas vezes em serviços diferentes.

¹⁰ Costa, S. 2009. Projeto ANIMA-Animação ao Domicílio. Relatório de Estágio IV. Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Educação

Constou-se ao longo das visitas que 13 utentes precisavam de ter uma atividade ocupacional e 9 utentes necessitavam de ser estimulados físico e cognitivamente e de estar com outras pessoas, como é possível verificar no gráfico 3 que se segue.

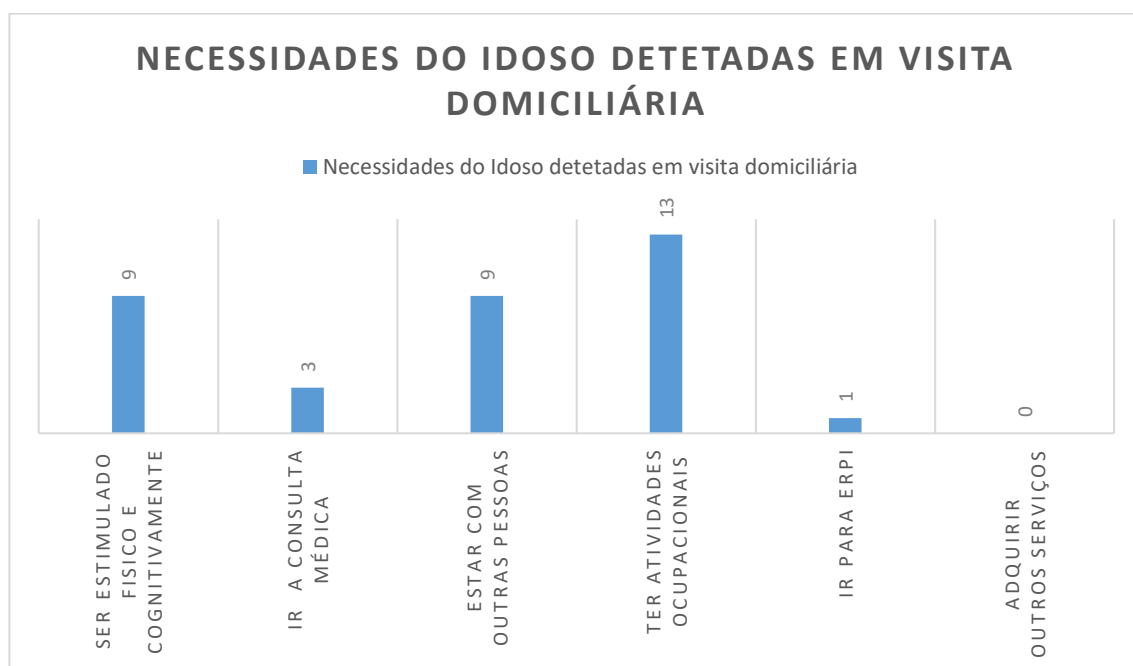


Gráfico 3- Necessidade do Idoso detetadas em visita domiciliária.

Nas visitas domiciliárias foi permitido desenvolver um papel interventivo, através do qual foram feitos alguns aconselhamentos aos familiares presentes (gráfico 4) sempre que se achou pertinente, nos quais surgiram efeitos semanas mais tarde, nomeadamente na ida do médico de família ao domicílio. O que levou a que fossem resolvidas algumas questões de saúde, pois os utentes em questão estão acamados.

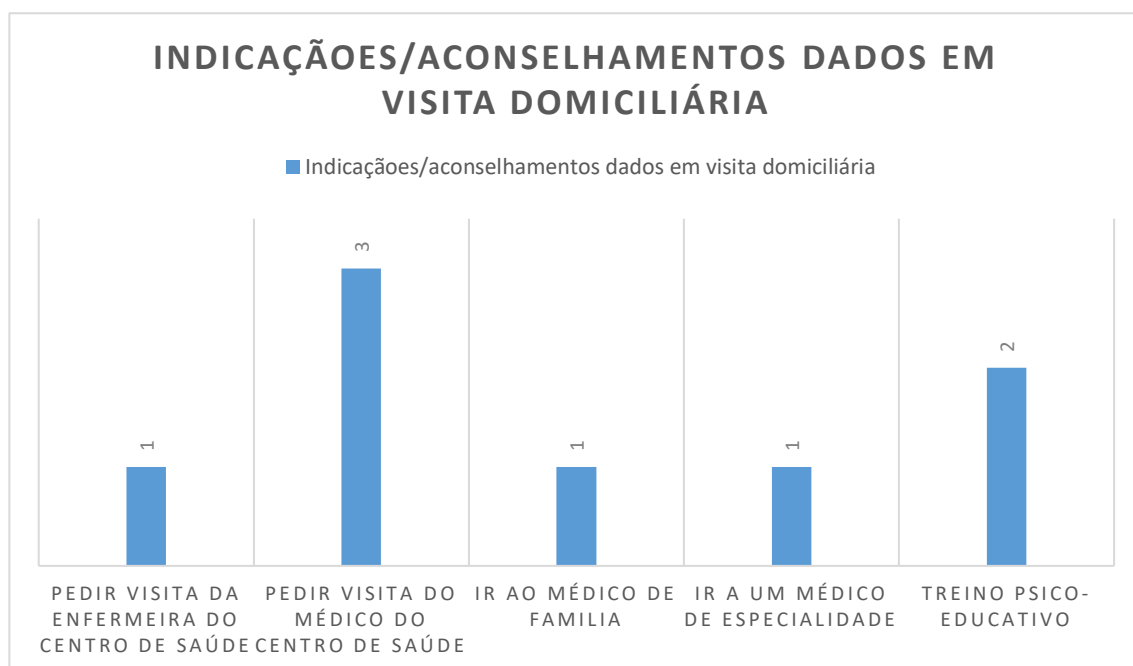


Gráfico 4- Indicações/aconselhamentos dados em visita domiciliária em 2017

Verificou-se também que os familiares ao longo da prestação de serviços e nas visitas domiciliárias sempre souberam resolver as questões que lhes foram surgindo e que permanecem interessados em saber mais, como melhor cuidar, podendo observar-se no gráfico 5 (abaixo).

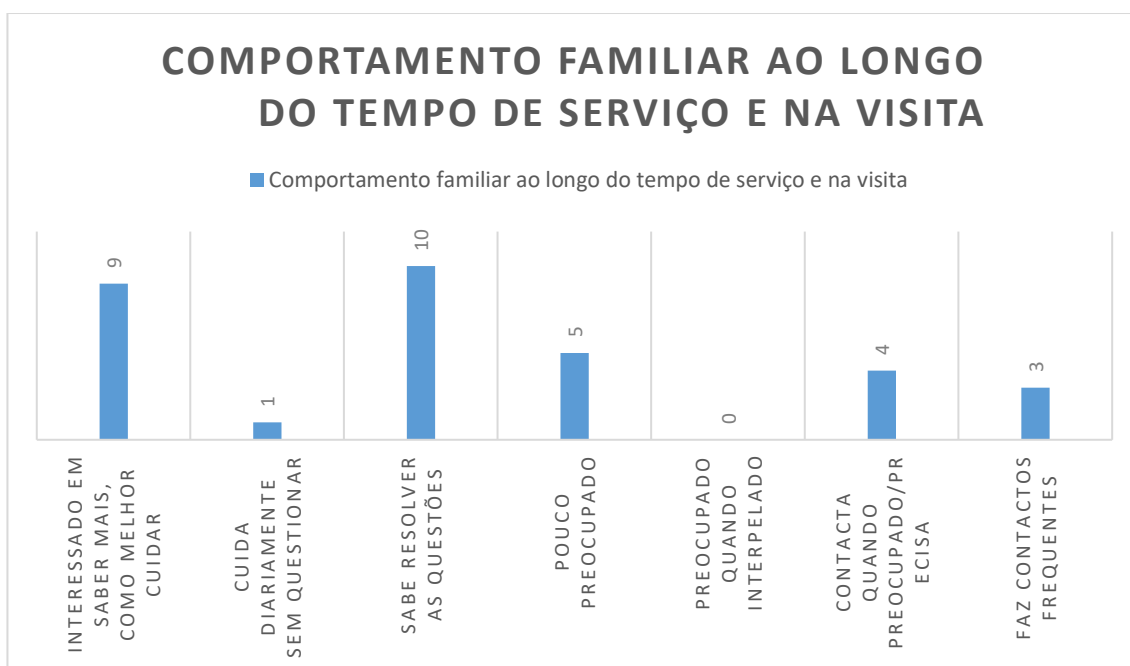


Gráfico 5- Comportamento familiar ao longo do tempo de serviço e na visita em 2017.

1.2 FASE 2: Diagnosticar necessidades e selecionar potenciais alvos de intervenção

Nesta fase houve o confronto com os resultados obtidos na fase 1, pois é-se confrontado com uma realidade diferente da verificada no passado, ou seja, haviam mais cuidadores presentes. Verificou-se que os cuidadores estão perante uma sobrecarga e necessitam de alguns esclarecimentos para um melhor cuidar, salientando-se que o número de utentes que vivem sozinhos e/ou com o seu companheiro/a é inferior os dados de 2009.

Pretendeu-se com as visitas domiciliárias perceber quais os idosos que pudessem ser inseridos no projeto.

Considerou-se **Fase 2 a Verificação do número de respostas** que se pôde dar e/ou o número de casas em que se conseguisse acompanhar. Foram escolhidos inicialmente numa primeira reunião sete utentes (Fevereiro). No entanto, numa reunião em Março com a equipa (Diretora Técnica, Encarregada Geral, Psicóloga e Educador Social), depois de uma reflexão ficou decidido intervir com apenas cinco utentes por forma a ser-se o mais realista, centrando-se no benefício do cuidador e utente com uma resposta a curto prazo. Quando se falava na seleção dos utentes que mais poderiam beneficiar, refere-se a um retardar do processo de envelhecimento, com a intervenção do animador/educador social no domicílio. Para esta seleção foram tidos em conta os seguintes critérios: isolamento e solidão; falta de estimulação física e cognitiva; benefício do cuidador e utente com resposta a curto prazo. Não sendo possível esquecer a sobrecarga do cuidador e bem-estar do idoso, podendo assim existir um atenuar dessa fadiga e um melhor cuidar com a implementação do projeto.

Em todo este processo foi fundamental o trabalho multidisciplinar, trabalhar com pessoas só faz sentido se as considerarmos em todas as suas dimensões. A complementaridade de saberes é fundamental, cada profissional preocupa-se com o que acontece paralelamente à sua área, trocando informações e contributos, que permitem que de certa forma o tratamento seja global, integrativo e interativo.

O **sujeito 27**, idoso integrado no projeto, não foi incluído nas visitas domiciliárias (fase 1), no entanto foi integrado no projeto por recomendação da equipa, que após uma visita domiciliária, propôs à família a integração do utente no projeto do qual a família foi bastante receptiva.

Os idosos participantes do projeto têm idades compreendidas entre os 68 e os 88 anos. Três participantes são do sexo feminino e dois do sexo masculino. Dois dos idosos vivem sozinhos, os restantes vivem com o/a companheiro/a, vivem com familiares e vivem ao lado do filho. Têm visitas regulares e/ou permanentes quer da família como dos vizinhos. Nos utentes que estão acompanhados, verificou-se que o cuidador está em sobrecarga, o que foi tido em conta na seleção. Os seus dias são passados em grande parte em casa. Atividades ocupacionais para alguns idosos nem mesmo a televisão.

Foi dado a conhecer à Direção da Instituição o resultado da conclusão das visitas e seleção dos utentes (anexo VII). Anteriormente já tinha sido feito o pedido de autorização para a implementação do projeto (anexo I). Em seguida iniciou-se uma segunda visita para uma nova avaliação e perceber também o interesse do utente em receber esta intervenção individualizada. No entanto nestas fases 1 e 2 pudemos observar as possíveis necessidades de cada participante agora selecionado, necessidades essas como iniciais, só foi possível uma constatação efetiva com o decorrer das visitas de intervenção.

Sujeito	Necessidades detetada (diagnóstico)
Sujeito 2	Dependência do cuidador no cuidar do companheiro; quase inexistência de comunicação do idoso, está acamado e não faz levante.
Sujeito 3	Isolamento social; sem rotina diária; tristeza/depressão (informação dada pela Psicóloga).
Sujeito 13	Isolamento social; dependência no cuidar do companheiro.
Sujeito 15	Isolamento social; lentificação cognitiva a quando dada uma resposta; dificuldade de locomoção; desvalorização da ida para Centro de Convívio <i>“muita gente junta não salva”</i> .
Sujeito 27	Recuperação de atropelamento; dificuldade na comunicação e autonomia.

Tabela 1 - Indicação das necessidades detetadas nas fases 1 e 2 nos agora participantes do projeto.

1.3 Cronograma

No anexo IX é apresentado o cronograma, nele está diferenciado a cores os diferentes passos mensalmente dados até à implementação do projeto.

A construção do Inquérito por Questionário centrou-se nos meses de Novembro e Dezembro de 2016, já em 2017, Janeiro e Fevereiro foram os meses da sua implementação aliada à recolha de informação obtida através dos processos individuais do utente. Meses esses em que foram realizadas as visitas domiciliárias que permitiram sempre quando pertinente a proposta de alteração dos serviços.

Em Fevereiro e Março foram realizadas reuniões de equipa multidisciplinar, uma em cada mês para seleção dos idosos por forma a integrarem-se no projeto.

A intervenção no terreno teve início em Fevereiro de 2017 prolongando-se durante todo o ano, terminando em Dezembro.

Foi feito o contacto telefónico ao familiar do sujeito 15, dar a conhecer da não integração do projeto.

1.4 FASE 3: Trabalhar necessidades e potencialidades junto de utentes e famílias por um melhor cuidar

Na última fase, **Fase 3 - Intervenção**, partiu-se inicialmente para as visitas de intervenção já com a ideia prévia das necessidades dos participantes obtida nas fases anteriores, mas só com a continuidade foi possível executar um melhor diagnóstico.

Deste modo foi dado início em Fevereiro de 2017 às visitas de intervenção (intervensões essas 1x por semana entre os 45 min. e 1 hora, normalmente sempre de tarde) não a todos os utentes ao mesmo tempo, iniciou-se com o **sujeito 13**, (78 anos), que já era acompanhado no Projeto *ANIMA* e que nesse momento necessitaria de outro tipo de apoio, estava em processo de luto, perda do companheiro (dias depois da visita de diagnóstico). A utente vivia para cuidar do companheiro que estava acamado. No momento da visita passou a estar mais aliviada dessa sobrecarga, pois já tinha alguém que a fosse ajudar à noite (pessoa contratada). Passou assim a estar/viver sozinha.

A intervenção desenvolvida centrou-se na estimulação cognitiva, por forma a focar-se nas suas capacidades e competências, trabalhar a atenção, a memória, o raciocínio, a concentração, destreza manual, pois a utente sabe ler e escrever com bastante facilidade. “A memória assume uma importância vital no quotidiano das pessoas, na orientação, na comunicação, na relação, na execução de tarefas” (Sequeira, 2010; p. 27).

Estabelecendo-se como objetivos:

- **Desenvolver a capacidade cognitiva/intelectual;**
- **Apoiar a utente no processo de luto;**
- **Promover o convívio e interação com a comunidade residente em ERPI.**

Foram propostas à utente, dando continuidade ao trabalho desenvolvido no Projeto *ANIMA* (anterior), a concretização de vários exercícios de estimulação, dos quais na grande maioria os realizava com sucesso.

A intervenção focou-se também no apoiar no processo de luto (o sujeito nunca mais conseguiu dormir no mesmo quarto, dorme no sofá cama), embora depois houvesse a aceitação da perda (anexo XI, p. 107), o quarto ainda representaria sinal da sua presença debilitada. Ao longo das visitas foram tidas várias conversas por forma a aliviar essa perda, no entanto o receio de estar sozinha, os problemas a resolver devido ao falecimento foram permanentes durante alguns meses, refletindo-se na má alimentação (ninguém a obrigava a comer, não tinha quem o fizesse), verificando-se depois em exames que a idosa realizou, grande parte da comida trazida pelo SAD era dada ao cão e aos gatos (anexo XI, p.109). Este processo (luto) acabou por ser mais dificultado devido à ausência dos filhos (trabalham fora do país) e ao pouco suporte familiar.

Foi tentada a incrementação de um exercício com cartas (jogo dos pares) numa das visitas, a idosa teve dificuldade em perceber a lógica do jogo e em se concentrar, com a insistência em outras visitas já começou a desenvolvê-lo com sucesso (anexo XI, p. 108).

O estar acompanhado era um facto muito importante, pretendia sempre fazer café (anexo XI, p. 101) para lanchar acompanhada, embora nem sempre fosse possível, pois a idosa em grande parte das visitas só se lembrava dessa questão no término das visitas. Existe uma grande necessidade em estar com outras pessoas e de conviver, se as AAD estão em sua casa menos tempo já a utente se queixa (anexo XI, p.110).

Foi proposto à utente a ida para uma resposta mais completa para Centro de Dia no Bombarral (teria acompanhada todo o dia e tinha incluídos os serviços de higiene, alimentação e roupa), nesse sentido teria outro tipo de acompanhamento que neste momento a ADSFAN não dispõem (concelho de Óbidos), para a utente a ideia até seria boa alternativa mas não mostra disponibilidade em deixar ser cuidada e largar os serviços de SAD e *ANIMA-Melhor Cuidar* da ADSFAN (anexo XI, p.115).

O facto de estar sozinha levou-a a estar mais com os vizinhos, indo à sua procura, logo implicou a saída de casa, devido à necessidade de estar com outras pessoas, muito conversadora. Assim, mensalmente, para além das visitas semanais, foi proposto a ida da utente à missa na ADSFAN, da qual tem particular gosto, mas deixou de desenvolver essa tarefa por falta de quem a levasse à Igreja (anexo XI, p. 115). Deste modo, pode pelo menos, nesse dia conviver e passar todo o dia numa realidade que deseja, seria a solução do seu isolamento social e solidão. Foi também à Festa de Natal da Instituição.

Houve uma altura em que a utente piorou as suas capacidades, mas não quis requerer novos serviços por contenção de dinheiro (anexo XI, p.108).

Ao longo dos meses foi havendo uma maior ligação familiar (anexo XI, p.114), passando inclusive fins-de-semana com eles, nesses momentos não existiram queixas de mal dormir e dores muito pelo contrário. Existe uma grande preocupação dos filhos em que a mãe esteja bem, maior preocupação e resposta nas necessidades de manutenção da habitação e espaço envolvente (anexo XI, p. 114).

A escuta foi permanente ao longo de toda a intervenção.

Numa das visitas num esclarecimento de dúvida a pedido da utente, que estava a fazer duplicação de medicação, uma das medicações estava a ser duplicada com dosagens diferentes. Entrou-se em contato com a farmácia, por forma a normaliza a toma da medicação. Quando colocada a hipótese da preparação da medicação referiu logo *“só de pensar que alguém prepara a medicação ficava doente”*. Na realidade não é o primeiro episódio, foram verificados outras situações da não toma da medicação, (anexo XI, p.114).

A partir de Abril foram iniciadas de forma gradual visitas de avaliação e de construção do plano de ação dos quatro utentes.

Foi visitado o **Sujeito 2** (88 anos) acamado, companheira/cuidador totalmente dedicada ao seu companheiro, vive para cuidar. Na visita domiciliária (fase 1), foi incentivado a que o cuidador criasse momentos de autonomia do utente, dando-lhe como era o caso um gomo de tangerina para a mão por forma a poder comer sozinho. Já na segunda avaliação/visita, em

Maio, o utente apresentou melhorias significativas desde a última vez (nesse intervalo esteve hospitalizado), esteve bastante reativo, respondeu de imediato, fez movimentação dos membros (perceber-se as suas capacidades). A quando da explicação à família do projeto e do possível trabalho a fazer ficaram reticentes pelo receio do acréscimo de custos. Nesta intervenção não acarretou qualquer acréscimo ao utente.

Pretendeu-se:

- **Promover a manutenção da mobilidade, saúde e bem-estar no idoso;**
- **Melhorar a qualidade e bem-estar do cuidador.**

Inicialmente, o utente ainda cooperava na realização de alguns movimentos dos membros, jogo com bola e até levantava o “rabo” sem ajuda, mas predominavam nas visitas a prostração, a ausência de comunicação, apenas um “bom dia/boa tarde/até para a semana/até amanhã”, por vezes dito com muito custo, às vezes só com o toque na cara, cabeça, nariz (anexo XIV, p.129, 130, 131, 132). Foram usados alguns materiais como a bola, duas bolas pequenas, a trança de trapilho, por forma a diversificar os materiais e o seu uso, as bolas foram o objeto que o idoso mais interagiu. Normalmente após a higiene da tarde o utente fica pouco reativo, nesse sentido foi antecipada a visita, antes da higiene, e resultou em 10/20 minutos, foi colaborante mas depois fechava os olhos e não respondia mais (anexo XIV, p.131). Foi assim durante o máximo de duas visitas, depois deixou de resultar. O cuidador mostrava insistência para a concretização dos movimentos dos membros/jogo de bola mas a não resposta por parte do idoso representava grande tristeza, embora por vezes o cuidador não fosse um facilitador, no sentido em que a ação de destapar o idoso para a mobilização dos membros, trouxe desconforto no cuidador, assim passaram a ser trabalhados os membros superiores a quando o utente estava disponível para o fazer (anexo XIV, p. 130).

Nas visitas pode perceber-se que o sujeito ao longo da sua vida sempre foi pouco comunicativo e agora acentuou-se, até mesmo com a família mais próxima. No entanto foram várias as vezes em que se aconselhou a ida a um médico especialista, nomeadamente a um Neurologista, mas o cuidador nega essa possibilidade, pois já foi acompanhado e teve alta porque não tinha nada (anexo XIV, p.132).

Por várias vezes quer nas visitas de intervenção, quer na prestação de cuidados o idoso não exercia qualquer tipo de comunicação mas pedia beijinhos acenando com o dedo na cara ar de “malandrice” (anexo XIV, p. 130, 133).

Nas visitas em algumas situações foram recomendadas a visita do médico de família e a ida ao hospital a quando não houvessem melhorias.

Foram várias as vezes que o idoso fez recusas alimentares (fechando boca e olhos), principalmente quando se queria levantar e era contrariado (o levantar no utente provoca baixa de Tensão arterial, talvez pela sua permanência na cama). Provocando assim grande preocupação no cuidador (anexo XIV,133).

Após tantas tentativas para uma comunicação e/ou movimento, a intervenção passou maioritariamente a centrar-se no cuidador, precisava muito de ser ouvido. O cuidador nas visitas apresentou sempre uma grande necessidade que os cuidados fossem prestados como ela queria, estava sempre “em cima do acontecimento”, não conseguia descansar no momento da prestação de cuidados. Assim a intervenção centrou-se no familiar, pois existia uma grande tensão (cansaço, desgaste), perda de rotina própria e de preocupação da equipa em que o cuidador estivesse bem para um melhor cuidar.

Desde modo por incrível que pareça o utente passou a estar mais desperto, atento às conversas, quando questionado respondia com os ombros ou acenar de cabeça. Quando dá um aperto de mão não tem noção do quanto está a apertar (anexo XIV, p. 130).

Ao longo das visitas foi-se conversado sobre várias questões que preocupavam o cuidador, tais como: o nunca deixar o seu companheiro sozinho; o não poder fazer a sua rotina como o conduzir, o ir à farmácia, ao Centro de Saúde e/ou supermercado, com receio que lhe possa acontecer alguma coisa (anexo XIV, p. 132).

A intervenção com o participante, definido como **Sujeito 3**, (88 anos), teve início em Maio, a utente já tinha beneficiado do Projeto *ANIMA*, no projeto *ANIMA-Melhor Cuidar*, está com maior limitação, principalmente na diminuição das capacidades físicas e audição.

Os objetivos de intervenção focaram-se em:

- **Encorajar da realização de uma rotina;**
- **Promover o convívio e interação com a comunidade residente em ERPI.**

Embora a idosa more ao lado do filho (nora é cuidador informal, muito preocupada) acaba por estar isolada, pois convive muito pouco com os vizinhos e com a comunidade. A falta de rotina e de estar acompanhada e/ou com pessoas, levou-a a centrar-se na doença, de nunca se sentir bem, tendo-se verificado na fase 1 do projeto tristeza e tendência a um quadro depressivo (informações da psicóloga da ADSFAN). Verificou-se também má alimentação, falta de apetite (mal tocava no prato), (anexo XII, p. 117).

A idosa apenas se mobilizava com a fé cristã. Só nos meses de Maio e Outubro é que a utente “ganhava” objetivos próprios, na ida ao terço na capela, pois é muito devota, só assim caminha, só assim convive com a comunidade (anexo XII, p. 120).

Na ida à rua, mesmo que fosse ao pátio, a caminhada mesmo que curta seria importante para a melhoria das suas capacidades físicas, “uma vez que a sua adopção tem impacto positivo nas respostas motoras, na força muscular, no bem-estar e na melhoria da funcionalidade em geral (...) indispensável para uma boa saúde mental”, (Sequeira, 2010, p.35). No entanto averiguou-se um cansaço e alteração respiratória “chieira audível” constante mesmo sem ser nas caminhadas, ainda assim tentou-se dar continuidade a esta atividade, mesmo que fosse curta a caminhada (anexo XII, p.118).

Nas visitas a utente era inconstante na sua orientação temporal, tanto sabia qual era o dia da semana e dia da visita como não. Apresentou quase sempre um discurso negativo,

“não ter vontade para nada, estar sem reação”. Esteve hospitalizada algumas vezes durante o processo. A partir daí o receio a estar sozinha foi constante, não queria que o seu cuidador se ausentasse de casa. Atendendo à preocupação do cuidador em dar resposta a esta situação foi falado à utente da possibilidade na ida para Centro de Convívio (resposta dada pelo concelho vizinho, Óbidos), houve uma recusa imediata, justificando-se que *“se tivesse de deixar as visitas ia sentir muita falta de conversar, vê as visitas como amizade, humildade e amor”* (anexo XII, p. 120, 121).

Uma vez que a utente nunca sai de casa e quando o faz é para ir à capela rezar o terço (só em Maio e Outubro), passou a existir o objetivo 2, sendo proposto então a ida à ADSFAN uma vez por mês para além das visitas semanais, no dia da missa (atividade que deixou de realizar por dificuldade de mobilidade), integrando assim a ida ao exterior, a convivência com outras pessoas e a manutenção da sua espiritualidade, verificando-se também que se alimentava melhor (ADSFAN), comeu acompanhada e esse foi um fator importante para o desenvolvimento dessa ação. Foi também à Festa de Natal da Instituição (anexo XII, p. 121).

Na visita ao **sujeito 15**, (88 anos), procedeu-se a uma segunda avaliação e perceção do interesse na integração do utente. Esta visita foi realizada com a Encarregada Geral, do qual a utente a conheceu imediatamente (não a via há algum tempo). Antes da visita foi dada a indicação à equipa pelas AAD que a idosa teria sido integrada numa resposta de Centro de Convívio (Projeto Melhor Idade, organizado pelo Município de Óbidos), passando assim a estar acompanhado de 2ª a 6ª f todas as tardes (com transporte), podendo assim estar integrada em comunidade.

Uma vez que se verificou uma nova situação, de boa integração na nova resposta, nesse sentido não se justifica a sua integração no Projeto *ANIMA-Melhor Cuidar*, sendo assim informado à sua família/cuidador (telefonicamente) todo o desenrolar do processo e a decisão. Dando o conhecimento da possibilidade da integração no projeto em outra altura se justifique. Passando deste modo o projeto a obter apenas quatro intervenientes (anexo XV, p. 135, 136).

O **sujeito 27**, como já fora indicado na fase anterior, o idoso não foi incluído nas visitas domiciliárias, no entanto foi integrado no projeto por recomendação da equipa. Idoso este que estava integrado em Centro de Convívio mas há cerca de um ano estava em casa para recuperação de atropelamento (prótese perna direita). O idoso já tinha sido acompanhado em *ANIMA* antes de ser integrado em Centro de Convívio. **Detém** necessidades especiais e dificuldades na comunicação, quando nervoso tem dificuldade em engolir a saliva. Na primeira visita de avaliação em Maio, o cuidador referiu que o utente tem receio de fazer força com a perna com medo em sentir dor, foi recomentado pelos médicos que o acompanham que faça carga com a perna.

O trabalho desenvolvido focou-se na:

- **Promoção da manutenção da mobilidade;**
- **Melhorar a qualidade e bem-estar do cuidador.**

As intervenções foram sempre realizadas com base nos gostos e interesses dos idosos, não descordando o desenvolvimento da suas capacidades, corroborando com Sequeira (2010, p. 83) “a distração e ocupação da pessoa em atividades do seu agrado representam um elevado contributo na manutenção da função e na promoção auto-estima e do bem-estar”, assim devem (...) “privilegiar-se as atividades do interesse da pessoa dependente, de acordo com a sua história de vida...”, (...) “podem e devem ser estimuladas outras funções físicas e mentais (movimentos articulares, a memória, o raciocínio, a atenção, ect.)”. na concretização da intervenção houve uma relação de confiança conseguida no projeto anterior, o que foi um aspeto facilitador no desenrolar do processo.

No inicio de cada visita o cuidador dava o feef-back do decorrer da semana do idoso, inclusive da participação das AAD na concretização da aprendizagem da ação de apagar/acender a luz da cozinha e/ou quarto no idoso, no qual lhe trazia grande satisfação (anexo XIII, p. 124).

Este momento inicial dedicado ao cuidador era importante para uma valorização do seu papel enquanto cuidador, o atropelamento é uma situação que ainda não está bem resolvida (emocionalmente) tendo em conta as complicações que teve (anexo XIII, p. 125).

Para estimulação da mobilidade foi importante o uso de materiais da sua prática familiar (bola grande, 2 bolas pequenas, trança de trapilho), usado quando frequentava o Centro de Convívio, revivendo assim uma reminiscência de lembranças/recordações positivas. Assim foi criada uma autonomia na realização dos exercícios de braços, no momento da visita do educador. O idoso assim que pegou na bola, a sua expressão mudou, alegria, começou de forma autónoma a desenvolver os exercícios que se lembrava (anexo XIII, p. 122).

A vontade trazia grande ansiedade ao idoso, foram várias vezes em que nas visitas foram feitos exercícios de respiração para que o idoso se acalmasse e se concentrasse, queria fazer tudo à pressa (exercícios de mobilidade). Numa das visitas a família tinha dado ao utente uma bengala para que o idoso se pudesse apoiar, no entanto o utente não tinha a perceção do uso daquela ajuda técnica, mas estava eufórico em mostrá-la. Na caminhada fez questão de levar aquele objeto que para o utente era uma novidade (anexo XIII, p.125).

A implementação da caminhada no exterior foi uma das atividades propostas, vontade essa expressa pelo participante. As visitas eram lembradas pelo idoso ao cuidador, já sabia que era dia de ir à rua (embora também fosse promovido pela família); era dia de caminhada. No entanto existia uma barreira, o “portão” (trazia memórias do acidente), embora não tivesse sido ali o acidente. Dois meses depois essa barreira foi contornada, depois de trabalhada a caminhada e a tentativa de chegar ao portão (anexo XIII, p. 124, 125). Numa das visitas quando questionado da ida ao portão, o idoso respondeu de forma positiva, as caminhadas foram evoluindo de forma gradual. Com o mau tempo (Novembro), passou-se a fazer caminhada no corredor/marquise, o idoso sempre agarrado à janela fazia todo o percurso,

não esquecendo o degrau existente, o uso da respiração foi importante para a concentração e equilíbrio (anexo XIII, p. 125, 126). Com a continuidade das visitas passou a andar em alguns momentos sem apoio, já em Dezembro andava sozinho sem auxílio, cada vez mais confiante, foi mostrada esta evolução à família (anexo XIII, p. 126, 127).

Já em 2018 a família decidiu prescindir dos serviços da ADSFAN.

Com a continuidade das visitas foi possível o desenvolvimento de um plano de ação/ de intervenção individual tendo em conta todas as suas necessidades, uma intervenção em constantes alterações tendo em conta o desenrolar das visitas, podendo-se verificar nos planos de intervenção nos anexos (XI, XII, XIII, XIV, XV).

De forma resumida é apresentado uma tabela com a informação relativa à intervenção do projeto, nomeadamente é indicado o tempo de intervenção, visitas realização, não realizadas e o motivo. É também indicado os quilómetros realizados na intervenção por participante, embora na maioria das visitas foram realizadas a pares, os quilómetros foram calculados numa ida individual. Em análise verificou-se que se interveio em dois idosos de cada Concelho abrangido em SAD, não tendo esta realidade feito parte dos critérios na fase 2 do projeto.

		Sujeito 13	Sujeito 3	Sujeito 27	Sujeito 2	Total
Concelhos		Bombarral		Óbidos		
Localidade		Casal Cigano	Bom-Vento	A-dos-Negros	Gracieira	
Meses intervenção (02-12)		02 a 12	05 a 12	04 a 12	05 a 12	10 Meses de intervenção
Km (ida e volta)		16.8kmx33= 554.4km	15.4kmx21= 323.4km	2kmx22= 44km	11.4kmx25 = 285km	1206.8 km
Visitas realizadas		32	19	22	24	97
Visitas não realizadas	Não se conseguiu ir	0	0	0	1	1
	Não havia carro disponível	1	1	0	0	2
	Idoso não estava em casa e avisou	1	0	2	1	4
	Idoso não estava em casa e não avisou	1	1	0	0	2
	Idoso estava em casa e não ouviu chamar	0	1	0	1	2
Total de visitas		33	21	22	25	101

Tabela 2- Discrição da intervenção, apresentando os resultados do número de visitas realizadas e não realizadas até Dezembro de 2017.

1.5 Recursos utilizados

São apresentados na tabela que se segue todos os recursos efetivos usados na concretização do Projeto *ANIMA- Melhor Cuidar*. Inicialmente estavam previstos os custos, apenas para a fase de diagnóstico, agora já é possível quantificar os recursos usados, indo assim para além do que estava previsto, uma vez que existir a fase de intervenção no projeto.

Recursos Humanos	Recursos Económicos	Recursos Materiais	Recursos Económicos	Justificação de recursos
Educador Social (T. S. E)	6,14€ ¹¹ /H	Computador	600,00€	Já existente na Instituição
Diretor Técnico (D. T)	6,14€/H	Carrinha	14.000€	
Psicóloga	6,14€/H	6 Resmas de papel A4 (para)	5,60€	Para impressão: - Grelhas 1 e 2; - Inquérito; - Registos R.ADP.09.00; - Exercícios de estimulação.
Encarregada Geral	6,14€/H	Toner preto	41,83€	
		Toner de cor (azul, amarelo, magenta)	85,50€ x 3	
		5 Canetas	5,00€	Preenchimento dos registos
		Internet	90,00€	Para recolha de informação para a construção do folheto
		Gasóleo		Estes seriam os gastos anuais para manter a carrinha, para as visitas domiciliárias do projeto
		Manutenção da carrinha	400,00€	
		Seguro da carrinha	250,00€	
		Telefone	0,85€ Por 10 min p/ chamada x 0,30 min	Usado para contacto as famílias
		1 Bola leve	Já existente na Instituição	Materiais usados nas intervenções domiciliárias individuais
		2 Bolas pequenas (género do ténis)		
		Trança em trapilho		

Tabela 3- Informação dos recursos efetivos usados na concretização do projeto.

¹¹ Valores usados com base na folha salarial do T.E.S. Os restantes valores foram referenciados com base no custo real que a Instituição tem com o material.

Para uma melhor entendimento e precessão de todos os passos dados e que custos associados teve o projeto, está em anexo (anexo X) toda a descrição tendo em conta a tabela 3, anteriormente apresentada.

1.6 Avaliação

Sobre a avaliação Freeman et al, (1979 cf. Guerra, 2000) apresenta quatro modelos de avaliação, segundo a sua temporalidade: a avaliação diagnóstica (Ex-Ante) - permite decidir se o projeto é implementado; a avaliação de acompanhamento (On Going) - avalia a forma de concretização/execução do projeto; a avaliação final (Ex-Post) - mede os resultados e efeitos do projeto e por último a avaliação de impacto.

Relativamente à avaliação diagnóstica (Ex-Antes), foram detetadas várias necessidades nos idosos durante a fase 1 do projeto, foram selecionados cinco participantes tendo por base vários critérios já mencionados. Na fase 2 já se tinha informação privilegiada recolhida na fase de diagnóstico, saliente na tabela 1 (fase 2 do projeto). Decidiu-se avançar o Projeto *ANIMA-Melhor Cuidar*, para principalmente benefício do idoso e cuidador.

Na avaliação de acompanhamento (On Going) –a toma de decisões para um melhor agir, na intervenção para a construção de objetivos e alteração de estratégias de trabalho num intuito de melhoria do bem-estar e de um melhor cuidar. É esperado que o educador social seja simultaneamente “livre, responsável, interventivo, contido e reflexivo nas ocasiões que exigem mobilização das capacidades de decisão, de enfrentar riscos, de avaliar, de agir e de escutar, (...) leva da ação à reflexão e da reflexão à ação, (...)” (Carvalho e Baptista, 2004, p.83). Detendo este, ferramentas para a ocupação do tempo, para a saúde físico-mental e participação social como aborda Sáez (2002), referido por (Martins, 2013: p.129).

Foi desenvolvida uma avaliação qualitativa, tendo os objetivos de intervenção como referência, intervir para investigar, avaliar, melhor intervir, sendo avaliado a concretização ou não dos objetivos implementados.

Para a concretização do projeto, desde a sua preparação (Novembro de 2016), até à implementação da intervenção, teve a durabilidade de mais de um ano- 14 meses. Foram realizados 11 visitas domiciliárias a 26 utentes (fase 1); 10 meses de Intervenção (de Fevereiro a Dezembro de 2017), num total de 101 visitas domiciliárias de intervenção a 4 participantes de SAD.

Ao longo da intervenção foram verificados vários resultados referentes às atividades propostas, foram tidos em conta os gostos e interesses dos participantes, trabalhando assim as suas capacidades tendo por base as suas necessidades detetadas inicialmente e durante o decorrer da intervenção.

No **Sujeito 13**, foram estruturados os seguintes objetivos:

- **Desenvolver a capacidade cognitiva/intelectual;**

- **Apoiar no processo de luto;**
- **Promover o convívio e interação com a comunidade residente em ERPI.**

Em relação ao primeiro objetivo, procedeu-se a desenvolvimento da estimulação cognitiva, dois meses após o início do projeto, foi proposto à utente que desenvolvesse apenas um exercício por dia, por forma a se estimular cognitivamente de forma diária (eram deixados, um exercício por dia (8 tarefas), em vez de 5 por semana), inicialmente teve dificuldade, pois queria fazer tudo num dia ou dois, contudo, no mês seguinte já mostrou resultados cumprindo a proposta (anexo XI, p.108).

Durante o processo de intervenção, uma das dificuldades que a idosa tinha era o não conseguir dormir no mesmo quarto do companheiro falecido, no entanto ao longo do ano foram feitas algumas tentativas de pelo menos na ida ao quarto, não foi obtido resultados positivos de forma prolongada, apenas às vezes ia abrir a janela do quarto (anexo XI, p.110), (objetivo 2).

As visitas mensais à ADSFAN promoveram deste modo, pelo menos, nesse dia uma experiência/convivência diferente, criando-se a expectativa que o dia chegasse, assim pelo menos tinha com quem conversar durante algumas horas (Objetivo 3).

Ao longo do processo foram propostas várias alterações nos serviços (higiene diária; preparação da medicação; ida para Centro de Dia (Bombarral); receber refeição aos domingos e feriados), mesmo que fossem pontuais, houve sempre uma resposta negativa como é constado em anexo (anexo XI, p. 108, 110, 114, 115). Foi bastante a persistência mas não surtiu efeito, no entanto existiram melhorias de saúde e outra disposição na ida da procura dos vizinhos para “dois dedos de conversa”, que colmataram de certa forma algumas das suas necessidades. A ida para o Centro de Dia para a utente é impensável, pois é uma resposta que até tem no seu concelho, Bombarral, mas assim teria de abdicar do nosso serviço (concelho de Óbidos), decisão essa que a utente não quer tomar.

Para além de nem sempre se ter conseguido promover o desejável para um melhor cuidar (escolha do utente), numa das visitas a utente refere que *“o melhor dia da semana é a 2ª f, pois vê o padeiro, as pessoas passam para o trabalho, tem a visita das meninas (AAD), e é o dia da visita (educador social)”*, refletindo assim a importância desta intervenção na vida deste idoso (anexo XI, p. 114).

O **Sujeito 2**, tendo em conta as necessidade inicialmente detetada e a continuidade das visitas foram propostos dois objetivos:

- **Promover a manutenção da mobilidade, saúde e bem-estar no idoso;**
- **Melhorar a qualidade e bem-estar do cuidador.**

O idoso estava acamado e apresentava dificuldades de comunicação e mobilidade (detetadas na fase 1 do projeto). Assim após várias estratégias para a concretização de uma intervenção (manutenção da mobilidade e verbalização quando questionado), na maioria das visitas apenas se conseguiu um “boa tarde”. Inicialmente o cuidador foi um elemento

constrangedor para a realização de movimentos do membro inferiores, pois o destapar do idoso causava “aflição”, devido ao seu arrefecimento. Nesse sentido, foi deixada essa ação para a não existência de conflito. Passando a ser trabalhado apenas os membros superiores, usando a bola, a trança e 2 bolas pequenas. Foi insistente a necessidade de toque na cara, testa, nariz, orelha por forma a provocar o utente, só assim se conseguia algum tipo de comunicação.

Com a recusa permanente de qualquer tipo de comunicação por parte do sujeito, o que com a alteração das estratégias (uso de diferentes materiais, a visita ser em outro horário) previa-se uma melhoria, o qual não se verificou em relação ao primeiro objetivo (anexo XIV, p. 131). Sendo proposto um segundo objetivo, uma intervenção mais direcionada ao cuidador, não descorando o idoso, o cuidador era demasiado “obsessivo” no procedimento da prestação de cuidados e também no cuidar do seu companheiro. Com o decorrer de uma relação de proximidade (escuta ativa, o apaziguar dos seus receios) o cuidador foi-se libertando do que tanto a preocupava. Passou também a deixar que as AAD fizessem o seu trabalho sem que estivesse sempre a certificar-se se estaria tudo como gostava, embora alguns dos pormenores dos cuidados fossem da sua responsabilidade. “As intervenções dirigidas ao familiar cuidador têm impacto na sua qualidade de vida e na qualidade de vida do idoso dependente, pois este depende essencialmente daqueles que lhe prestam cuidados, o que reforça a importância das intervenções com os grupos de familiares cuidadores”, (Sequeira 2010 Cit. Guerreiro, 2005). Deu também início à sua rotina-antes do seu companheiro estar acamado, (conduzir, ida ao supermercado, farmácia, centro de saúde...), (anexo XIV, p. 132). Obtendo assim uma superação dos seus receios/dificuldades, verificando-se assim um alívio do cuidador pelo menos a quando da visita semanal (objetivo 2).

Já em 2018 com a não frequência das visitas a sua preocupação de supervisão dos cuidados voltou a ser permanente, mantendo-se no entanto a autonomia da rotina.

Em relação ao participante, **sujeito 3**, foram propostos os seguintes objetivos:

- **Encorajar da realização de uma rotina;**
- **Promover o convívio e interação com a comunidade residente em ERPI.**

Em relação à tentativa da existência de uma rotina, não se conseguiu a sua implementação, conseguindo-se apenas que fosse sentar-se à porta quando o sol espreitava, continuando assim a idosa grande parte do seu dia sentada ou deitada. No entanto percebeu-se que só realizava caminhada se acompanhada. O sair da cama também faz parte da rotina do levantar e estar desperto para o decorrer do dia no entanto, após a ida de algumas vezes ao hospital, desde então a idosa só queria estar na cama durante o dia. Numa das vezes por insistência, compromete-se a não estar de pijama na próxima visita (anexo XII, p. 119), cumprindo assim à risca, pois recordava-se que a visita era no dia do banho, mas foi só no dia da visita durante o tempo de convalescença. Não se conseguindo assim uma total concretização deste objetivo, não foi possível a superação dessa necessidade, embora

tenham sido propostas outras respostas como estratégias (pequenos passeios até à figueira, 20/30 passos, se tanto, se possível várias vezes ao dia) para concretização desse objetivo.

Uma das necessidades verificada foi a idosa não querer estar sozinha, no entanto não aceita a ida diária e/ou pontual para um Centro de Convívio (resposta não dada pela Instituição), resposta encontrada pelo cuidador, proposta essa rejeita de imediato. Foi assim proposto um novo objetivo, como estratégia do primeiro, a ida (todo o dia) no dia da missa (especial interesse) à ADSFAN, porém já se mostrou recetiva, aceitou bem, na chegada a casa estava sempre satisfeita, e até fez uma refeição normal (na ADSFAN), que em casa mal tocava no prato. Uma maior confiança e conhecimento das pessoas que cuidam na ADSFAN pôde ser o motivo de aceitação da saída ao exterior. De qualquer modo a Instituição não tem no momento outra resposta que possa disponibilizar ao sujeito, no momento só as idas mensais à Instituição, cumprindo-se assim o segundo objetivo com a integração da utente nas atividades da ADSFAN, embora que pontuais. Havendo assim uma superação desta necessidade presente, embora que pontual fosse. Em 2018 com a descontinuidade de uma intervenção ativa a utente manteve-se no mesmo registo.

Na fase 2 do projeto, no processo de seleção dos participantes, foi integrado o **sujeito 15**, no entanto verificou-se numa segunda avaliação a sua integração em outra resposta (Centro de Convívio), não se justificando assim a sua integração no projeto, sendo que está inserida em comunidade, mantendo assim uma vida socialmente ativa anteriormente possibilitada, tendo em conta as suas limitações. É importante perceber-se que perante as suas dificuldades e o aparecimento de respostas levou à mudança de opinião da utente em relação a esta resposta concreta, na visita na fase 1, falou-se desta possibilidade e a idosa só respondeu *“muita gente junta não se salva”*, (anexo XV, p. 135)

Sofrendo assim o projeto, a alteração no número de participantes, passando para quatro.

Relativamente ao **Sujeito 27** a intervenção centrou-se nos seguintes objetivos:

- **Promover a manutenção da mobilidade;**
- **Melhorar a qualidade e bem-estar do cuidador.**

Em relação à manutenção da mobilidade, ao longo das visitas foram surgindo evoluções frequentes e ganhos de confiança. A caminhada foi uma das principais atividades, a sua melhoria decorreu nas visitas de forma gradual, sendo sempre aumentado o número de voltas dadas no pátio da casa. A ida ao portão também foi uma conquista nesta intervenção, pois trazia recordação negativas. Conseguindo-se nas intervenções estes factos relevantes de uma melhoria da capacidade motora (insistência nas caminhadas e trabalho de membros com o uso da bola, trança e 2 bola pequenas), já em Dezembro de 2017, na presença do educador o idoso caminhava sozinho de forma confiante sem qualquer apoio, o que anteriormente só fazia com auxílio e sempre queixoso ao andar. Sendo superada pelo idoso esta dificuldade em andar pelo menos nas visitas. Foi presenteado este facto à família,

contudo, não se sente à vontade de o deixar caminhar sozinho com receio de uma possível queda e que voltasse tudo novamente. Esta superação do idoso foi sem dúvida conseguida com muito trabalho e dedicação do utente em querer fazer tudo o que lhe fora proposto. O papel da família foi também um grande pilar, pois diariamente levavam o utente à rua a andar.

Ainda assim, em 2018 por opção da família o idoso deixou de usufruir dos serviços de SAD, havendo assim a impossibilidade de continuidade na intervenção no processo de reabilitação.

Respetivamente à sobrecarga do cuidador verificada, foi dada resposta, uma vez que no início de cada visita era-lhe dedicado algum tempo por forma a relatar o desenrolar semanal do idoso e partilha de algumas preocupações (objetivo 2).

No decorrer do processo de intervenção foram propostas a alteração de serviços em inúmeras situações, mesmo que seja uma resposta/proposta de serviço por parte de outra Entidade, a nossa maior preocupação está centrada no idoso, no seu bem-estar, na sua qualidade de vida e numa melhor resposta colmatando as suas necessidades e do seu cuidador, providenciando-se assim um melhor cuidar.

Avaliando o projeto com base nos objetivos propostos segue-se:

- **1º Objetivo Geral: Identificar problemas e apurar situações dos utentes de Serviço de Apoio Domiciliário, através de visitas domiciliárias e inquérito**, foram diagnosticadas todas as questões pertinentes neste objetivo, no entanto verificado que ainda houve a falta de informação do público-alvo, nomeadamente na questão do idoso ser letrado ou não. Foi construída e implementada a ferramenta de Inquérito que inicialmente não estava proposta. Formam realizadas visitas domiciliárias a 26 idosos.

Não foi conseguido a construção de um folheto informativo sobre o papel do cuidador e as suas responsabilidades, uma vez que existia uma grande necessidade em avançar para a fase 1 do projeto, deixando-se para trás esta ferramenta, embora ao longo da implementação do projeto tenham sido prestados alguns esclarecimentos de dúvidas aos cuidadores em diversas ocasiões;

- **2º Objetivo Geral: Diagnosticar necessidades e selecionar potenciais alvos de intervenção**, foram realizadas duas reuniões em equipa multidisciplinar de avaliação e seleção dos participantes que se pretendeu dar resposta. Escolheram-se assim cinco participantes com base em critérios específicos na fase 2;

3º Objetivo Geral: Trabalhar necessidades e potencialidades junto de utentes e famílias por um melhor cuidar, preparou-se o início de uma segunda avaliação para identificação das necessidades, sendo confirmada a não integração do sujeito 15 pelo facto de estar integrado em outra resposta e inserida socialmente em comunidade, sofrendo o projeto a alteração do número de participantes para quatro. Nas intervenções existiram uma preocupação em intervir também com o cuidador, foi possível em três cuidadores de três

participantes de forma mais continuada ou pontual, havendo superação de dificuldades em trabalho de parceria com a Instituição/intervenção.

Para registo das intervenções foi usado um documento já existente na ADSFAN com a codificação de R.ADP.09.00 (anexo VIII), um registo de presenças por participante, no entanto foi realizado um resumo desses registo em grelhas para melhor compreensão da intervenção (anexos XI, XII, XIII, XIV, XV). Durante a projeto não existiu qualquer alerta/debilidade que não pudesse ser contornada em parceria com a Instituição/família. Não sendo necessário qualquer encaminhamento para os Serviços de Segurança Social.

Considera-se a avaliação final do projeto como adequado ao seu público-alvo (idosos e cuidadores de SAD) atendendo à sua pertinência, foi importante pelo acompanhamento do cuidador informal na residência do idoso participante, pouco comum, tornando assim um projeto “inovador”, pelo menos para a o Concelho de Óbidos, não havendo indicação contrária. Foram superados grande número de objetivos, pelo menos um objetivo concretizado por participante, como referido anteriormente de forma individualizada por participante, tornando assim o projeto eficaz.

1.7 Linhas futuras

Num futuro presente pretende-se trabalhar com as AAD no sentido que desenvolvam algumas atividades em SAD centradas no Projeto *ANIMA-Melhor Cuidar*, por forma a ter uma continuidade diária, sendo-lhes dada a informação necessária da importância de cada intervenção, uma vez que cada procedimento desenvolvido com cada utente/participante tem um propósito específico. No sentido em que a continuidade do trabalho assim se reflita na melhoria das limitações/capacidades do participante numa ótica de um melhor cuidar e num alívio do cuidador.

Nesta lógica, o Projeto *ANIMA-Melhor Cuidar* conseguiria dar resposta a um maior número de idosos, o idoso passaria a ter visita do educador quinzenalmente, enquanto diariamente teria o apoio e/ou supervisão das AAD no melhorar da sua qualidade de vida, tendo em conta as suas necessidades e o trabalho/atividade proposto/a. Perpetuando uma diferenciação na qualidade do SAD, refletindo-se na prestação de cuidados (idosos felizes, idosos mais cooperantes).

A inclusão dos familiares e/ou cuidadores é sempre importante também para um bem-estar comum, ou seja, trabalhando-se em “triângulo”, sendo que o educador social é o facilitador de todo este processo na identificação das necessidades e mobilização dos recursos.

A escuta ativa e a partilha são sempre ferramentas importantes de desenvolver, neste sentido, a promoção de pequenas sessões (desenvolvidas em equipa multidisciplinar) para os familiares/cuidadores como forma de esclarecimento, partilha de experiências,

preocupações, aquisição de novos conhecimentos (posicionamento nos acamados, prevenção de escaras, entre outros) uma vez por mês. O principal objetivo seria de promover um alívio no cuidador, perceber que o tipo de sobrecarga que possui é compartilhada por todos os possíveis cuidadores, não sendo só uma carga exclusiva de si próprio.

O resultado de um trabalhar individual/diferenciado das AAD como complementação do trabalho do educador no domicílio de forma diária trará a curto-médio prazo grandes frutos, ainda maior efeito terá se se conseguir a realização das sessões com a família e/ou cuidador para o benefício de um melhor cuidar do idoso.

Conclusão

O desejo e determinação que levaram à implementação de um projeto de intervenção socioeducativa nesta área deve-se ao fato de se ter vindo a verificar, ao longo da experiência profissional, uma apetência particular pela valência de SAD, o trabalho individual, centrado no idoso é mais vantajoso para o obter de resultados mais frequentes e duradouros tendo em conta a regular continuidade do processo de intervenção.

O desenvolvimento deste projeto, não foi fácil, uma vez que existiram várias condicionantes, uma delas incidiu na própria intervenção, por mais que adaptemos as estratégias às dificuldades presentes, os resultados não surgem como esperados. Foram quatro as intervenções desenvolvidas, cada uma delas com o ritmo do participante. Foi trabalhado o desenvolvimento de atividades sempre adaptadas às suas escolhas, interesses e necessidades. É urgente a dinamização e fomentação de atividades que promovam a participação das pessoas idosas por forma a torná-las protagonistas do seu próprio processo de desenvolvimento (Gama, Teodoro & Simões, 2014; Martins, 2013).

O envelhecimento requer medidas, iniciativas e intervenções que procurem melhorar a “qualidade de vida e o nível de satisfação dos idosos (...) proporcionando a sua integração gradual, equilibrada e adequada à família e à comunidade onde vivem” (Martins, 2013, p.284

É aqui que o educador social tem o papel fundamental de prevenção/sensibilização para uma promoção da saúde, para um envelhecimento ativo recorrente de bem-estar, alegria e satisfação pessoal. Estas acabam por ser a palavra-chave da intervenção e ação do educador social.

Trabalhar com pessoas idosas pode ser complexo pela sua aproximação à realidade da morte, da dor e da doença. No entanto, como se torna claro, é altamente enriquecedor e é um privilégio conviver diariamente com tais histórias de vida, passadas e presentes.

É imperioso a realização de atividades cujos idosos façam parte desse mesmo processo de desenvolvimento como agentes participativos. Deste modo é importante que “a prática do educador social evolua de acordo com a sensibilidade das situações e desafios que sucessivamente se vão colocando” (Carvalho e Baptista, 2004, p.87).

Uma melhoria da sua qualidade de vida e a promoção de um envelhecimento ativo e se possível em suas casas, tornará idosos mais felizes, acompanhados e acarinhados por quem os valoriza. “O carinho, a atenção, o calor humano e a dignidade com que os cuidados são prestados fornecem contributos fundamentais para o conforto e bem-estar do idoso” (Sequeira, 2010, p. 83). Por vezes nas visitas era importante apenas o estar com o idoso, quando se refere estar, passa por às vezes, só fazer companhia no silêncio, no olhar para a rua, no sorrir, no pegar da mão, no abraço, isso acaba por ser tão importante ou mais do que fazer uma atividade fantástica. Agora mais distante consegue-se analisar estes factos, que

talvez na altura fosse até uma visita pouco produtiva, mas percebe-se ver agora que até podia ter sido a visita mais importante para o idoso.

Foi a primeira vez que a ADSFAN teve na sua intervenção um projeto desenvolvido com o intuito de trabalhar com os cuidadores informais, familiares dos utentes de SAD, de forma tão direta no domicílio, sendo assim superada o receio de algumas dificuldades presentes, possibilitando deste modo um melhor cuidar no idoso. A família, a comunidade e a sociedade têm um forte impacto na forma como se envelhece (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013 *cf.* ENEAS, p.8). Sendo direito de todo o ser humano uma prestação de cuidados digna prestada com segurança e responsável. Este era um objetivo a desenvolver detetado na concretização ao Projeto *ANIMA* anteriormente em SAD, surgindo assim o Projeto *ANIMA-Melhor Cuidar* para colmatar essa necessidade, trabalhar com as famílias, dá-se assim o início do trabalho de parceria da Instituição com as famílias e comunidade.

Numa das intervenções teve-se dificuldade em perceber que por vezes para conseguir trabalhar com o idoso, primeiro se tem de começar a trabalhar com o cuidador, assim foi conseguido uma maior tranquilidade por parte de quem cuida e obtida uma maior atenção por parte de quem é cuidado. Só assim se conseguia a atenção do idoso por breves instantes, pequenas palavras, pequenos movimentos/formas de comunicação corporais e por consequência uma satisfação do cuidador.

O idoso tal como qualquer pessoa tem a necessidade de valorização das suas capacidades, principalmente quando o sentimento de desvalorização está sempre presente quando as suas dificuldades físicas e dores não os ajudam a fazer o quer que seja. Não nos podemos esquecer que este é detentor de uma grande experiência e vivência do decorrer da nossa história, da aquisição de uma democracia e liberdade não existente, de tempos vividos com grande dificuldade mas que sempre tiveram expressos grandes valores, hoje não expressados da mesma forma (viviam com pouco mas com humildade), não se dá valor às coisas da mesma forma.

Em 2018, no início do ano fez-se uma interrupção para avaliação, no entanto depois tentou-se retomar a intervenção mas não se conseguiu manter no mesmo ritmo, havendo assim uma descontinuidade do processo de intervenção, no entanto houve alguma intervenção embora muito pouco regular. As visitas passavam só quase por se ir perceber se o utente estava bem, se continuava a fazer as tarefas propostas e qual o seu estado de saúde. Esta situação deveu-se a constrangimentos vários não possíveis de controlar por parte da Instituição, valorizando-se primordialmente as “atividades assistencialistas” de cuidados em SAD. Verificando-se assim claramente visíveis o retrocesso de algumas conquistas/evolução dos idosos por falta de supervisão e continuidade.

Pretende-se que num futuro presente se possa dar continuidade ao projeto com o mesmo ritmo, com a parceria com as AAD e o apoio aos familiares e/ou cuidadores.

Referências Bibliográficas

- **Alaphillipe, D & Bailly, N. (2014).** Psicologia do Adulto Idoso. Lisboa: Edições Piaget.
- **Antunes, M. & Pereira, J. (2014).** Animação sociocultural e terceira idade. In A. Fontes, J. Sousa, M. Lopes & S. Lopes [Eds.], *Cultura, Participação e Animação Sociocultural em Contextos Iberoamericanos* (pp. 135 – 145). Leiria: RIAP – Rede Iberoamericana de Animação Sociocultural.
- **Associação de Desenvolvimento Social da Freguesia de A-dos-Negros – ADSFAN (2008).** *Lar e Centro de Dia da Associação de Desenvolvimento Social da Freguesia de A-dos-Negros – um Projeto que visa promover a dignidade no envelhecimento.*
- **Associação de Desenvolvimento Social da Freguesia de A-dos-Negros – ADSFAN (2014).** Serviço de Apoio Domiciliário. Acedido a 13 de Junho de 2015 em: <http://adsfan.webnode.pt/news/servi%c3%a7o-de-apoio-domiciliario-sad>.
- **Associação de Desenvolvimento Social da Freguesia de A-dos-Negros,** Breve Historial, cedido pela Instituição em <http://adsfan.webnode.pt/>
- **Barreto, J. (2005).** Envelhecimento e Qualidade de Vida: o desafio actual. *Sociologia*, XV, 289 – 302.
- **Barros de Oliveira, J. (2010).** *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*, 4ª edição. Porto: Livpsic.
- **Câmara Municipal de Óbidos,** <http://www.cm-obidos.pt/>
- **Carvalho, A. & Baptista, I. (2004).** *Educação Social, Fundamentos e Estratégias*. Coleção Educação e Trabalho Social, nº1, Porto Editora. Porto.
- **Carvalho, M. & Dias, M. (2011).** *Adaptação dos Idosos Institucionalizados*. Millenium, 40, 161 – 184.
- **Carvalho, M. (2012).** *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social*, 1ª e 2ª edição. Lisboa: Coisas de Ler.
- **Carvalho, M. (2014).** Social work and intervention with older people in Portugal: a critical point of view. *European Journal of Social Work*, 17 (3), 336 – 352.
- **Costa, S. (2009).** Projeto ANIMA-Animação ao Domicílio. Relatório de Estágio IV. Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Educação.
- **Esgalhado, G.; Reis, M., Pereira, H. & Afonso, M. (2014).** Bem-estar Psicológico e Suporte Social numa Amostra de Idosos Portugueses Institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), 401 – 410.
- **Esping-Andersen, G., & Palier, B. (2009).** *Três lições sobre o Estado-Providência*. Lisboa: Campo da Comunicação.
- **Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável.** Acedido a 3 de Junho de 2017 em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- **Fonseca, A. (2004).** *O Envelhecimento – Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- **Formosa, M. (2013).** Creativity in Later Life: possibilities for personal empowerment. *Fornvårdaren*, 34, 78 – 93.
- **Freguesia de A-dos-Negros,** Economia. Disponível em: <http://www.freguesiaadosnegros.pt/Economia>
- **Freguesia de A-dos-Negros.** História sobre a Freguesia de A-dos-Negros. Acedido a 15 de Março de 2016 em: <http://www.freguesiaadosnegros.pt/Historia>
- **Gama, A., Teodoro, A. & Simões, A. (2014).** Participação dos idosos: percursos construídos por finalistas da licenciatura em animação sociocultural. In A. Fontes, J. Sousa, M. Lopes & S. Lopes [Eds.], *Cultura, Participação e Animação Sociocultural em Contextos Iberoamericanos* (pp. 146 – 159). Leiria: RIAP – Rede Iberoamericana de Animação Sociocultural.
- **Governo de Portugal (2012).** *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Programa de Ação, 2012.* Disponível em <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7%C3%A3oAnoEuropeu2012.pdf>
- **Guerra, I. (2000).** *Fundamentos e Processos de uma sociologia de Acção*: O Planeamento em Ciências Sociais. Cascais: Principia.
- **Instituto da Segurança Social, I.P. (2015) Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas Idosas (N35J – V4.10).** Acedido a 13 de Março de 2017. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/33603/apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb_publicado_a_6-03-2015.
- **Instituto Nacional de Estatística [INE] (2011).** Censos 2011 – Resultados Provisórios. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I. P.
- **Instituto Nacional de Estatística [INE] (2014).** Projeções de População Residente 2012-2060. Destaque, 1 - 18.
- **Jacob, L. (2007).** *Animação de Idosos* (2.ª ed.). Lisboa: Âmbar.
- **Jacob, L. (2012).** Respostas Sociais para Idosos em Portugal. In F. Pereira [Coord.], *Teoria e Prática de Gerontologia – Um guia para cuidadores de Idosos* (pp. 129 – 147). Viseu: Psicosoma.
- **José, J. & Teixeira, A. (2014).** Envelhecimento ativo: contributo para uma discussão crítica. *Análise Social*, 210, XLIX(1.º), 28 – 54.
- **Lamas, M. & Paúl, C. (2013).** O envelhecimento do sistema sensorial: implicações na funcionalidade e qualidade de vida. *Actas de Gerontologia*, 1 (1), 1 – 11.
- **Lima, M. (2012).** Intervenção em grupo com adultos de idade avançada. Sumário da lição, no âmbito das Provas para atribuição do título académico de Agregado em Psicologia. FPCE, Universidade de Coimbra.
- **Lopes, M.S. (2006).** *Animação Sociocultural em Portugal* (2.ª ed.). Amarante: Intervenção.

- **Martins, E.C. (2013).** *Gerontologia, Gerontagogia: Animação Sociocultural em Idosos*. Editorial Cáritas: Lisboa.
- **Moody, H. (2002).** Controversy 9: Does Creativity Declines With Age? In H. Moody, *Aging: Concepts and controversies*, 4rd ed. Thousand Oaks: Pine Forge (pp. 368 – 390).
- **Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002).** Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- **Organização Mundial de Saúde [OMS] (2005).** Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.
- **Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015).** World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/kobe_centre/mediacentre/world_report_on_ageing_and_health_eng.pdf
- **Osório, A. & Pinto, F. (2007).** *As Pessoas Idosas. Contexto Social e Intervenção Educativa*. Coleção Horizontes Pedagógicos. Lisboa: Instituto Piaget.
- **Osório, A. (2008).** Animação Sociocultural na Terceira Idade. In J. Pereira, F. Vieites & M. Lopes [Coord.], *A Animação Sociocultural e os Desafios do Séc. XXI* (pp. 207-219). Ponte de Lima: Intervenção: Associação para a promoção e divulgação cultural.
- **Osório, Agustín R; Pinto, Fernando C. (2007).** *As Pessoas Idosas. Contexto Social e Intervenção Educativa*. Coleção Horizontes Pedagógicos. Instituto Piaget, Lisboa. Dep. Leg: 255619/07. ISBN: 972-782-9/978-972-771-782-8
- **Pais-Ribeiro, J. (2009).** A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J.P. Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.), *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso.
- **Paúl, C. (1997).** *Lá para o fim da vida – idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- **Pereira, F. (2012).** A Ideia de Vida Ativa. In F. Pereira [Coord.], *Teoria e Prática de Gerontologia – Um guia para cuidadores de Idosos* (pp. 207 – 214). Viseu: Psicosoma.
- **Projeto “Centro Social Renascer (2001).** *Formação Geral do Curso de Educadores Sociais*. (cap. I). In E. G. Lopes (eds.), *Educação Social: Âmbitos e Práticas*.
- **Regulamento Interno do Serviço de Apoio Domiciliário da ADSFAN**, entrada em vigor em 27 de Novembro de 2014, data de aprovação em Reunião de Direção.
- **Ruskin J. (s.d).** Acedido em 2016. Disponível em: <http://pensador.uol.com.br/busca.php?q=a+maior+recompensa>
- **Sequeira, C. (2010).** *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- **Wallerstein, N. & Bernstein, E. (1988).** Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. *Health Education Quarterly*, 15 (4), 379-394.

Anexos

Anexo I- Pedido de Autorização



Mestrado em Educação Social e Intervenção Cultural
Soraia Costa (2015/2017)

Pedido de Autorização


Eu, Soraia Filipa Sousa da Costa, Animadora Sociocultural desta Instituição, **venho por este meio requerer a autorização para a concretização e desenvolvimento do projeto em SAD, Projeto ANIMA-Grande Família**, resultante de uma reestruturação e avaliação do atual ANIMA-Animação ao Domicílio, o qual tenho desenvolvido desde 2009 na valência do Serviço de Apoio Domiciliário, para fins de dissertação no Mestrado em Educação Social e Intervenção Comunitária na Escola Superior de Educação de Santarém do Instituto Superior de Santarém, sob a orientação da Professora Luísa Delgado.

Será uma mais valia desenvolver esta investigação-ação numa intervenção (terreno) que já é desenvolvida, o que irá melhorar ainda mais a qualidade do serviço que é prestado. Terão de ser dedicadas mais horas de investigação no SAD para um diagnóstico e avaliação precisa para uma intervenção de excelência.

A carência na satisfação das necessidades dos utentes, nomeadamente nos que vivem sozinhos e/ou com apenas o seu/sua, marido/esposa serão uma prioridade nesta intervenção.


Os resultados serão trabalhados em contexto académico-científico. Não serão divulgados dados que não interessem ao propósito da referida investigação, nem qualquer tipo de informações que possam comprometer a política de confidencialidade de Instituição.

16 de Dezembro de 2016


(Soraia Costa)

Declaramos que autorizamos a implementação do projeto acima referido, bem como a divulgação e publicação académica e científica dos dados recolhidos, desde que mantida a confidencialidade daqueles que não sirvam o intuito da mesma.

O Presidente da Direção da ADSFAN


(José Pereira)

Anexo II - Grelha 1 -GRELHA DE REGISTO DE INFORMAÇÃO – VISITAS IN LOCO (Atualização)

	Datas	Utentes que vivem sozinhos	Dependências/limitações	Uso de ajudas técnicas	Necessidades	Suporte familiar	Informações/ Observações
Informação Registada							
Visita, recolha informação (Atualização)							

Anexo III- Grelha 2 -GRELHA DE REGISTO DE INFORMAÇÃO – Equipa Multidisciplinar

	Data	Utente	Toma da medicação	Idas ao médico	Manutenção da habitação	Resposta aos serviços não contratualizados	Eventuais debilidades, falta de interesse ou conhecimento	Informações/ Observações
Informação Registada								
Visita, recolha informação (Atualização)								

Anexo IV- Exame do Estado Mental

EEM – Exame do Estado Mental

O exame do estado mental é a pesquisa sistemática de sinais e sintomas de alterações do funcionamento mental, durante a entrevista. As informações são obtidas através da observação direta da aparência do paciente, da anamnese, bem como do relato de familiares e outros informantes significativos.

Inicia-se com uma descrição sumária sobre o local onde se realiza a entrevista. Em seguida, descreve-se o motivo pelo qual está sendo realizada, seguindo-se de impressões sobre o paciente registradas pelo entrevistador.

I – APARÊNCIA

Aspecto físico (de acordo com a idade, género e estatuto sócio-económico)

- adequado (vestuário)
- cuidado / limpo (higiene)
- posição / postura
- anomalias físicas evidentes

Atitude

- amigável /hostil
- hesitante nas interações (retraído / desconfiado)
- colaborante / motivado
- mantém contacto ocular

Actividade Motora

- agitação motora / inquietação / retardo
- tiques; maneirismos
- compulsões / presença de rituais
- hiperactividade / lentificação
- cravings / síndrome de abstinência

II – FUNÇÕES MENTAIS

Humor e Emoções

- euforia / disforia / eutímia
- ansiedade
- restrição emocional / apatia / labilidade
- incontinência emocional
- medo / tensão / irritabilidade
- indiferença (la belle indifférence)
- anedonia / desesperança / alexitimia
- auto-estima / auto-conceito
- afecto inapropriado, incongruente / hipomaniaco, maniaco / deprimido

Exame do Estado Mental - Continuação

EEM – Exame do Estado Mental

Discurso e Linguagem

- fluente (afasias, gaguez)
- anomia (dificuldade em encontrar palavras)
- prosódia (espontâneo, difícil de interromper)
- qualidade / pobreza do discurso
- alterações da linguagem

Conteúdo / Pensamento

- ideação suicida / homicida
- obsessões / pensamento mágico
- alucinações (auditivas, visuais, tácteis, vestibulares, olfativas, de presença, somáticas)
- delírios, paranóias, alucinações, ilusões, rigidez
- sobrevalorização / ideais de referência
- Fobias
- discordante / incongruente

Cognição

- memória (sensorial, imediata, recente, retrógrada)
- inteligência / capacidade construtiva (deficiência mental, demência, abstração)
- atenção (vigilância, tenacidade, concentração) / desatenção
- (hiper)vigilância

Insight / Juízo Crítico

- orientado no espaço e no tempo (auto e alo psicicamente)
- egodistónico / egossintónico

Confiável

III – Funções Psicofisiológicas

- Sono
- Appetite
- Sexualidade

Anexo V- Inquérito por Questionário

Sem informação

Sujeito	Idade	Feminino	Masculino	Localidade	Concelho	Profissão	Estado civil				Letrado		Data de admissão ao Serviço de Apoio Domiciliário	Já foi acompanhado com Animação ao domicílio- (ANIMA)?	
							Casado/a	Viúvo/a	Divorciado	Solteiro	Sim	Não		Sim	Não
1	85	X		Gracieira	Óbidos			X					28-07-2016		X
2	88		X	Gracieira	Óbidos	Agricultura	X						19-12-2016		X
3	83		X	Casal Cigano	Bombarral	Agricultura	X				X		17-01-2017	X	
4	78	X		Casal Cigano	Bombarral	Agricultura	X				X		03-06-2014	X	
5	88	X		Bom-Vento	Bombarral	Agricultura		X			X		01-06-2011	X	
6	87	X		Barro Lobo	Bombarral	Comércio			X		X		16-07-2009	X	
7	88	X		Casais da Areia	Óbidos	Agricultura		X					17-04-2001	X	
8	93	X		Quinta do Carvalhede	Óbidos	Agricultura		X			X		02-11-2009	X	
9	93	X		Quinta do Carvalhede	Óbidos		X						31-08-2007		X
10	90		X	Quinta do Carvalhede	Óbidos		X				X		31-08-2007		X

11	89		X	A-dos-Negros	Óbidos	Barbeiro, Agricultura	X				X		19-02-2013	X	
12	59		X	A-dos-Negros	Óbidos	Agricultura			X				20-01-2013		X
13	82	X		A-dos-Negros	Óbidos	Agricultura	X				X		15-12-2014	X	
14	84		X	A-dos-Negros	Óbidos	Agricultura	X						13-01-2016		X
15	82	X		Capeleira	Óbidos			X					28-03-2011	X	
16	88		X	Casais do Avenal	Bombarral					X			21-06-2015		X
17	92	X		Casais do Avenal	Bombarral			X					08-01-2014		X
18	76		X	Salgueirinha	Bombarral	Agricultura	X						16-10-2012	X	
19	80		X	Salgueiro	Bombarral	Agricultura	X						05-09-2016		X
20	86	X		Gracieira	Óbidos	Agricultura		X			X		16-07-2012	X	
21	64		X	Gracieira	Óbidos	Agricultura				X		X	01-04-2011		X
22	85	X		Areirinha	Óbidos	Agricultura/ Costura	X						26-08-2015		X
23	86		X	Areirinha	Óbidos	Agricultura	X						26-08-2015		X
24	55		X	Areirinha	Óbidos	Agricultura, obras...			X				15-02-2017		X
25	86	X		A-dos-Negros	Óbidos	Agricultura		X			x		08-02-2011	X	
26	90		X	Sancheira Pequena	Óbidos	Carpinteiro	X						29-08-2016		X

Sujeito	Inserido em Centro de Convívio		Consegue realizar as suas atividades diárias sozinho?									
			AVD'S					AVD'S				
			Incapaz de realizar qualquer tarefa sozinho	Capaz de lavar a louça, fazer a cama, varrer	Capaz de fazer a sua higiene	Capaz de ir sozinho à casa de banho	Capaz de se vestir sozinho	Capaz de se pentear	Capaz de fazer/receber chamadas telefónicas	Capaz de usar autocarro/taxi	Capaz de fazer compras	Capaz de fazer uso e /ou reconhecer o dinheiro
	Sim	Não										
1		X				X						
2		X	X									
3		X	X									
4		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
5		X		X		X	X	X				
6		X				X		X	X			
7		X	X									
8		X	X									
9		X	X									
10	X			X		X	X	X				X

11		X				X	X	X	X			X
12		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
13		X				X	X	X	X			X
14		X	X									
15		X		X	X	X	X	X	X			
16		X				X						
17		X	X									
18		X	X									
19		X	X									
20		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
21		X		X	X	X	X	X				X
22	X			X		X	X	X	X	X		X
23		X		X		X	X	X		X	X	X
24		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
25		X		X	X	X	X	X	X			X
26		X	X									

Sujeito	Acamado		Não acamado			Ajudas Técnicas										Come sozinho?			
	Faz levante?		Desloca-se													Independente	Com ajuda	Dependente	Sonda Naso gástrica
	Sim	Não	Com dificuldade	C/ Pouca dificuldade	Sem dificuldade	Bengala	Canadianas	Andarilho	Cadeira de rodas	Barras de apoio no banho	Cadeira de banho	Cama articulada	Colchão anti escaras	Urinol					
1			X			X									X				
2		X										X	X	X		X			
3	X								X			X	X			X			
4				X		X									X				
5				X											X				
6				X				X	X						X				
7		X										X	X				X	X	
8			X						X							X			
9		X										X	X				X		
10				X										X	X				

11				X		X				X					X			
12					X										X			
13					X					X					X			
14	X													X			X	
15				X		X		X							X			
16			X					X		X						X		
17		X										X	X					X
18		X										X	X				X	
19	X										X						X	
20				X		X					X				X			
21					X										X			
22				X		X	X								X			
23					X										X			
24					X										X			
25				X		X									X			
26		X										X	X				X	

Sujeito	Exame Estado Mental																				
	Atitude			Comportamento			Humor			Discurso			Cognição			Sono			Apetite		
	Amigável	Hesitante	Hostil	Colaborante	Não colaborante	Agressivo	Apropriado	Inapropriado	Deprimido/ Amotivado	Espontâneo e fluente	Responde quando interpelado	Pobre ou Afásico	S/ alterações evidentes	C/ alterações ligeiras	C/ alterações profundas	Dorme mal	Pequenas queixas	Dorme bem	Normativo	Falta de apetite	Recusa alimentar
1			X			X		X			X			X				X			
2	X			X					X		X			X				X	X		
3		X		X					X		X			X				X	X		
4	X			X			X			X			X			X			X		
5	X			X			X				X		X					X	X		
6	X			X			X			X			X					X	X		
7		X			X				X			X						X	X		
8	X			X			X				X			X		X			X		
9			X		X				X			X			X			X	X		
10	X			X			X			X			X					X	X		

11	X			X			X			X			X					X	X		
12	X			X			X				X			X				X	X		
13	X			X			X			X			X					X	X		
14		X		X					X			X		X		X					
15		X		X			X				X			X				X	X		
16	X			X			X				X			X				X	X		
17			X		X				X			X		X				X	X		
18		X		X					X			X			X			X	X		
19		X		X				X			X				X			X	X		
20	X			X			X			X			X				X		X		
21	X			X			X				X			x				X	X		
22	X			X			X			X			X					X	X		
23	X			X			X			X			X					X	X		
24	X			X			X				X		X					X	X		
25	X			X			X			X			X					X	X		
26	X			X			X				X			X				X	X		

Sujeito	O que mais gosta de fazer? O que faz nos tempos livres?										Vive sozinho?		Se vive acompanhado, com quem vive?						Tem filhos?		
	Caminhar, ida à rua	Ler, escrever	Retalhos (tapetes...)	Agricultura /Jardinagem	Ver televisão	Conversar com amigos/vizinhos	Fazer malha, renda...	Andar de bicicleta	Ida ao café	Inexistência de atividades ocupacionais	Sim	Não	Com o conjugue	Com o filho/a	Conjugue e filho/a, os/as	Em casa de irmão/á	Em casa dos filhos	Em casa dos pais	Sim	Não	Quantos
1										X		X		X					X		3
2										X		X	X						X		1
3										X		X	X						X		2
4	X	X		X	X	X						X	X						X		2
5	X	X				X					X								X		2
6					X	X					X								X		2
7										X	X								X		2
8										X		X					X		X		3
9										X		X	X						X		2

11	X	X			X	X						X			X				X		7
12	X			X	X	X		X	X			X						X	X		
13	X			X	X	X						X			X				X		7
14										X		X	X						X		1
15	X				X				X		X								X		1
16	X				X							X				X				X	
17										X		X					X		X		3
18										X		X	X						X		2
19					X					X		X	X						X		1
20	X	X		X	X	X	X				X								X		2
21	X			X							X									X	
22	X		X		X	X	X					X			X				X		2
23	X			X	X	X						X			X				X		2
24	X			X	X	X		X	X			X			X				X		2
25					X					X	X								X		1
26					X					X		X	X						X		3

Sujeito	Vivem próximos de si?		Tem netos?		Suporte familiar								Recebe visitas?		Com que frequência?						
	Sim	Não	Sim	Não	Ninguém	Conjuge	Apenas de 1 ou 2 filhos	De todos os filhos	Netos	Cunhada/o	Nora/genro	Irmãos	Pais	Sim	Não	Várias vezes p/ semana	Pelo menos 1x p/ semana	Várias vezes por mês	1 A 2 vezes por mês	Raramente	Contacto telefónico
1			X				X								X						
2	X		X			X		X	X					X			X				
3		X	X			X		X		X				X				X			X
4		X	X			X		X		X				X						X	X
5	X		X				X				X			X		X					
6	X		X					X			X			X		X					
7			X					X						X		X					
8	X		X					X						X		X					
9		X	X			X		X						X		X					X
10		X	X			X		X						X		X					

11		X	X			X		X						X							X
12		X	X									X	X								X
13		X	X						X					X		X					
14	X		X				X	X						X		X					
15	X		X					X						X		X					X
16												X		X				X			
17	X		X				X				X			X				X			
18	X		X					X						X				X			
19	X		X					X						X		X					
20	X		X					X						X		X					X
21												X		X				X			
22	X		X			X		X						X			X				X
23	X		X			X		X						X			X				X
24		X	X										X	X						X	
25	X		X					X						X		X					
26	X		X			X	X		X					X		X					

Sujeito	Principais problemas de saúde												Toma da Medicação							
	Síndrome Demencial	Oncológicos	Psiquiátricos	Respiratórios	Diabetes	Cardiológicos	Tensão Arterial	Dependência álcool	Meningite	Epilepsia	AVC	Audição	Sozinho e s/ supervisão	Sozinho, p/ vezes incorretamente p/ contenção €	Sozinho mas preparada pela família	Sozinho mas preparada pela ADSFAN	Administrado pelas colaboradoras c/ indicação da família	Preparado pela ADSFAN, administrada pelas colaboradoras	Administrada pela família	Faz recusa em tomar
1							X												X	X
2	X										X						X		X	
3	X				X			X			X						X			
4					X		X							X						
5																			X	
6																	X			
7	X										X						X		X	
8	X									X							X		X	
9	X																X		X	

[illegible]

Sujeito	Idas ao médico						Seguidos em especialidade				Condições da habitação					
	Muito frequente	Sempre que necessário	Deveria ir mais vezes	Família faz pedido de medicação	Medico ao domicílio	Só quando vai ao hospital (emergência)	Não	Sim				Muito boas	Boas	Razoáveis	Com humidade	Poucas condições de higiene
								Psiquiatria	Neurologia	Cardiologia	Oncologia					
1			X	X			X									X
2						X	X						X			
3				X		X							X			
4		X					X						X			
5		X		X			X							X		
6			X	X								X				
7				X		X							X			
8					X		X							X		
9				X	X		X						X			
10		X		X							X		X			

11		X		X							X			X	X	
12		X												X	X	
13		X		X			X							X	X	
14		X	X	X		X	X							X		
15		X		X			X						X			
16		X		X									X			
17		X		X									X			
18		X		X					X					X		
19		X		X					X		X	X				
20		X									X			X		
21		X		X			X							X		
22		X		X			X						X			
23		X					X						X			
24		X						X					X			
25		X		X						X	X			X	X	
26				X		X	X			X			X			

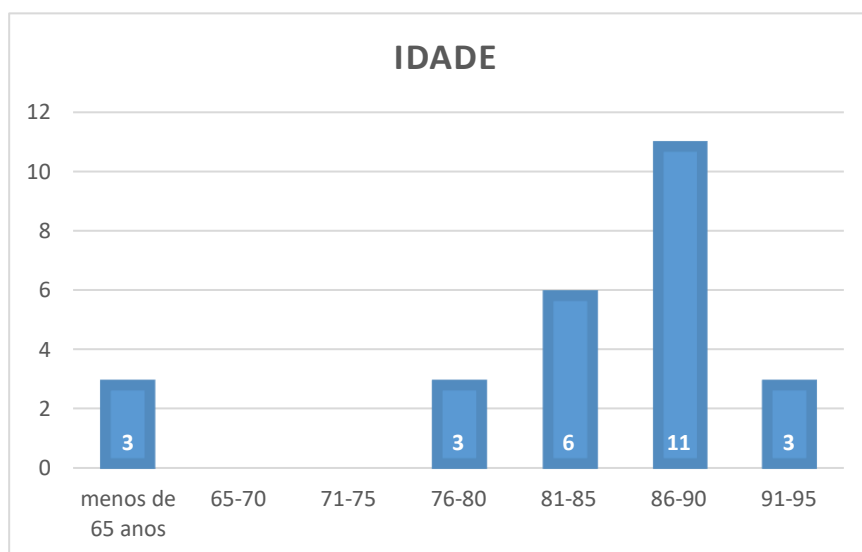
Sujeito	Usufrui de quais serviços de SAD?					Número de visitas			Já fez alteração de serviços de SAD?	Quais?							Motivos da alteração?					Necessidades do idoso detetadas em visita domiciliária					
	Higiene	Alimentação	Tratamento de roupa	Limpeza habitacional	Preparação da medicação	1 Visita	2 Visitas	3 Visitas	Não	Sim							Melhorou condições de	Melhorou temporariamente	Piorou condições de saúde	Piorou temporariamente	Necessita pontualmente	Ser estimulado físico e cognitivamente	Ir a Consulta médica	Estar com outras pessoas	Ter atividades ocupacionais	Ir para ERPI	Adquirir outros serviços
										Higiene	Alimentação	Tratamento de roupa	Limpeza habitacional	Preparação de	Acompanha mento a	Ida para ERPI											
1	X					X			X														X	X	X		
2	X						X		X													X			X		
3	X	X	X	X				X	X													X			X		
4	X	X		X			X		X													X			X		
5	X	X	X	X			X			X										X		X		X			
6	X	X	X	X				X	X													X			X		
7	X	X	X	X				X	X														X				
8	X	X	X	X				X	X													X					
9	X	X	X	X				X	X													X			X	X	

Sujeito	Comportamento familiar ao longo do tempo de serviço e na visita							Indicações/aconselhamento dados em visita domiciliária					Resultados obtidos / Intervenção-Ação
	Interessado em saber mais, como melhor cuidar	Cuida diariamente sem questionar	Sabe resolver as questões	Pouco preocupado	Preocupado quando interpelado	Contacta quando preocupado/precisa	Faz contactos frequentes	Pedir visita da enfermeira do Centro de Saúde	Pedir visita do Médico do Centro de Saúde	Ir ao Médico Família	Ir a um médico de especialidade	Treino psico-educativo	
1				X						X			Queixa da utente de agressão, tem marcas, peosegue para acompanhamento do SPA-Serviço de Psicologia e Acompanhamento
2	X								X			X	Foi-nos dito que o médico recusou a visita domiciliária. Dado exemplo de estimulação (comer uma tangerina)
3	X											X	Esteve em descanso do cuidador Dez'16- está c/ pessoa ao Fim-de-semana.Faleceu após a visita.
4				X									Ficou viúva dias depois da visita, agora vive sozinha
5			X										À espera de resultado de exames, proximamente acompanhada pela nora
6			X			X							Apoio familiar, a filha é muito presente
7	X					X		X	X				Frequente apoio familiar, c/ farfalheira- teve visita do médico na semana a seguir à visita
8			X										Desabafo da filha-cansaço, SAD é grande apoio
9			X				X						Necessita de +hidratação, + posicionamento, sozinha durante o dia
10			X				X						Sente-se sozinho ao final do dia, quando chega do Centro de Convívio

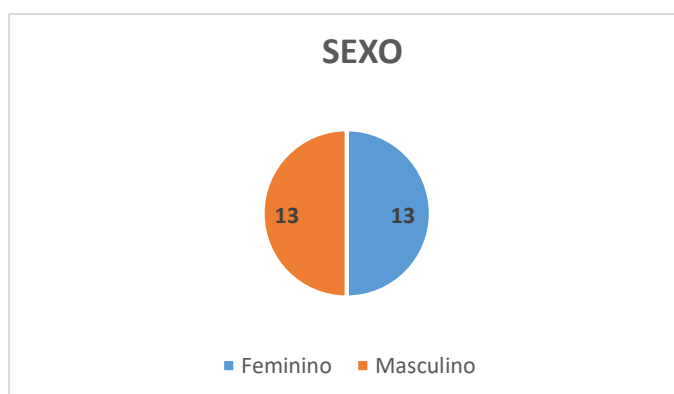
11	X												Estão c/ obras para melhorar o conforto da Família, filhos muito presentes e preocupados. Os membros de casa apoiam-se mutuamente.
12	X												
13	X												
14		X							X		X		Esposa muito presente, com provável necessidade de maior suporte e ou visitas
15						X							Pensamento "lentificado", pouco estimulado, sente-se sozinha e isolada
16			X				X						Família muito "zelosa" nos cuidados, sempre c/ observações
17			X										Família muito "zelosa" nos cuidados, faz oxigénio, tem algália
18			X			X							Esposa muito prestável, c/ provável necessidade de outro tipo de acompanhamento
19	X												Episódios de agressividade física e verbal c/família
20			X										Muito autónoma/independente
21			X										Muito boa recuperação do AVC, autónomo
22				X									A vinda do filho para casa vem preocupar os pais, o filho vem em regime condicional, está com supervisão da Instituição
23				X									
24				X									
25	X												Filha muito presente e cuidadora, sai pouco de casa
26	X												Família muito próxima

Anexo VI- Gráficos – Inquérito por Questionário

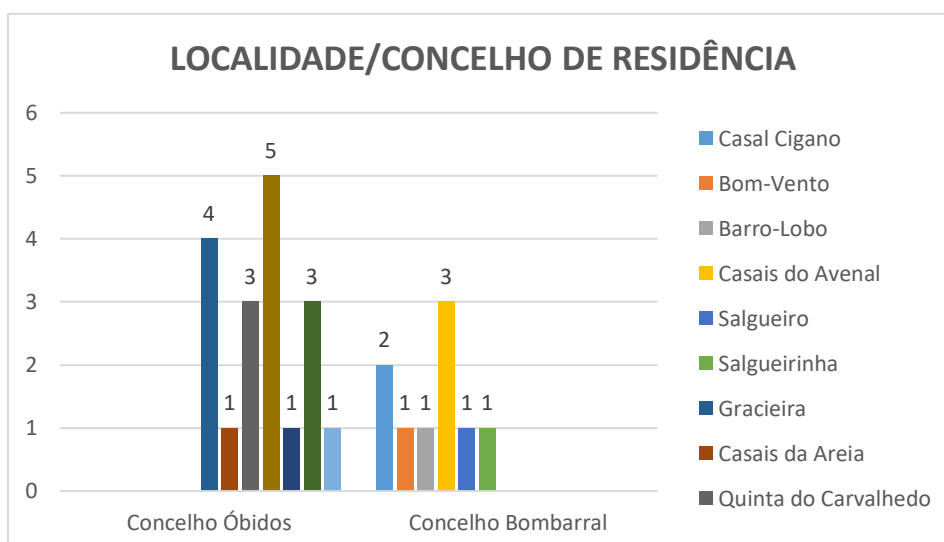
1. Idade



2. Sexo



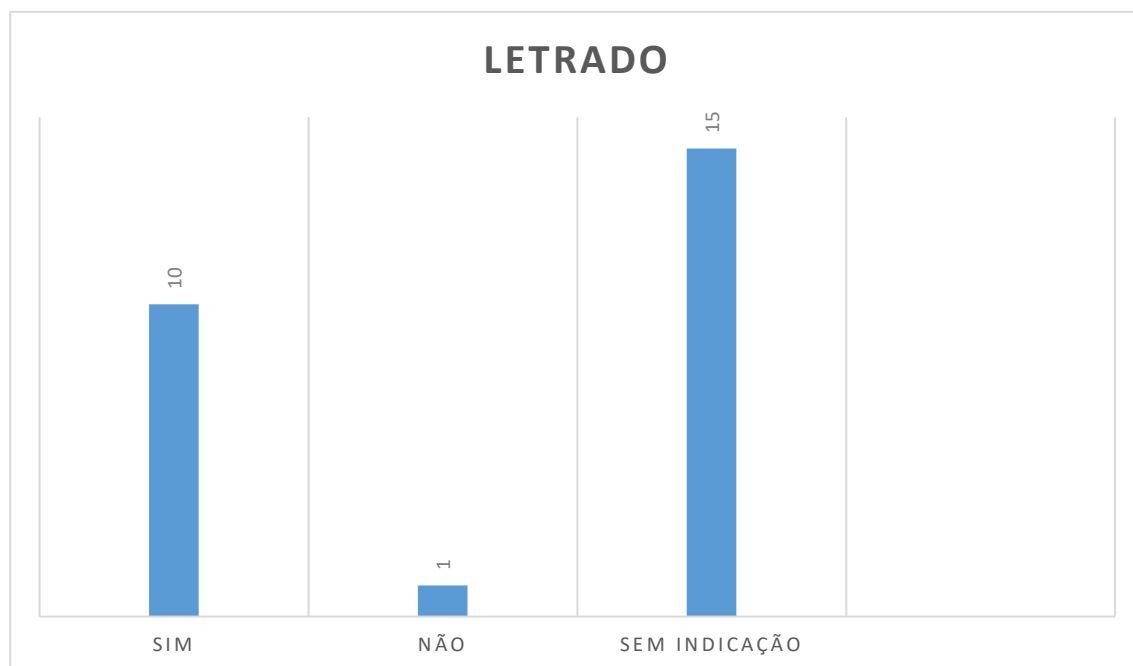
3. Localidade vs Concelho de Residência



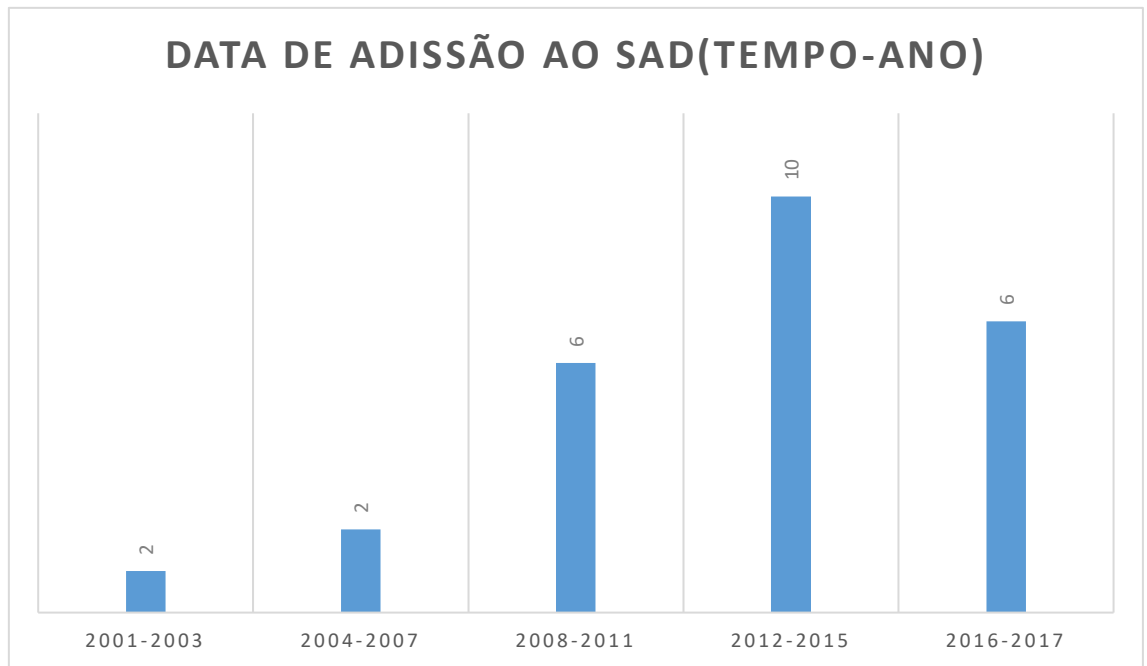
4. Profissões



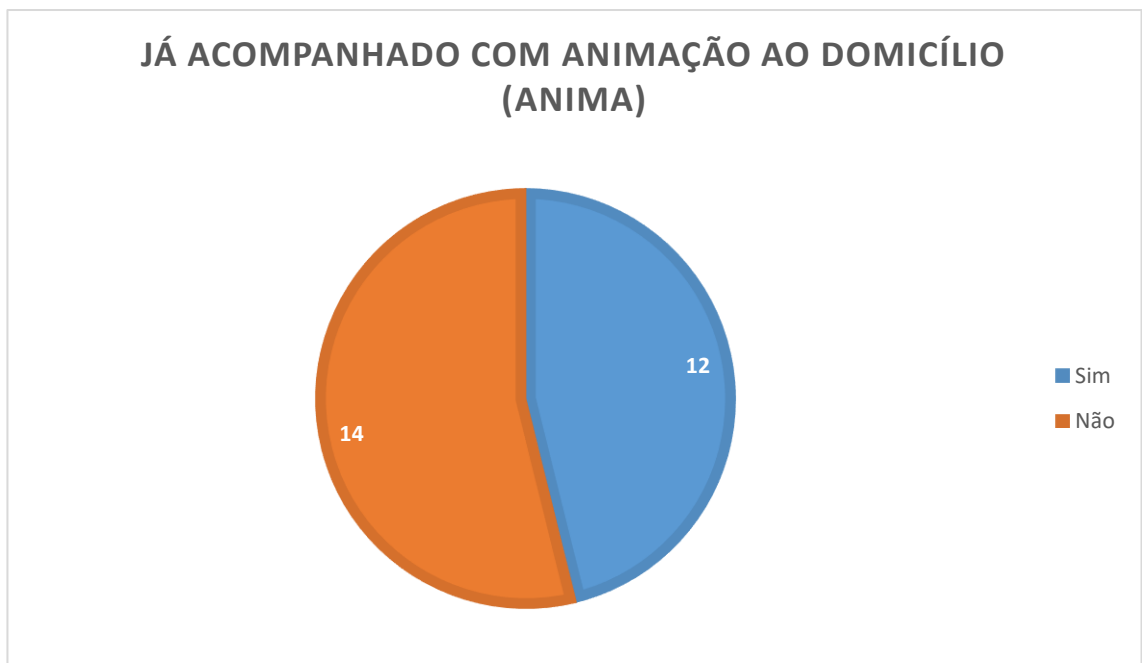
5. Letrado



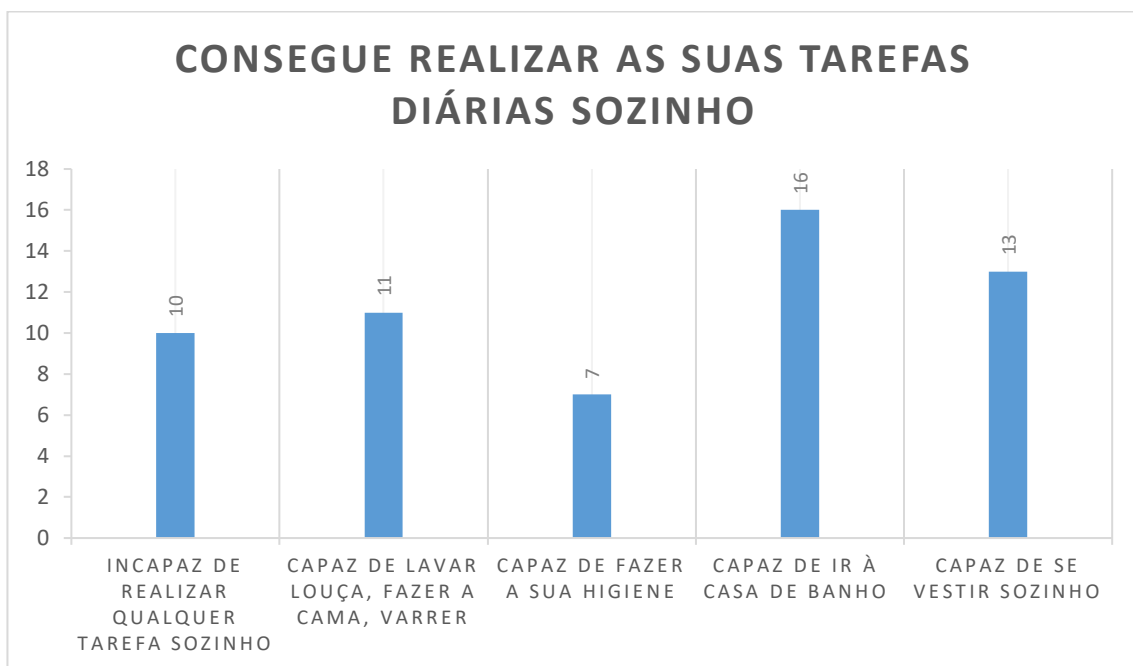
6. Data de Admissão ao SAD (Tempo-Ano)



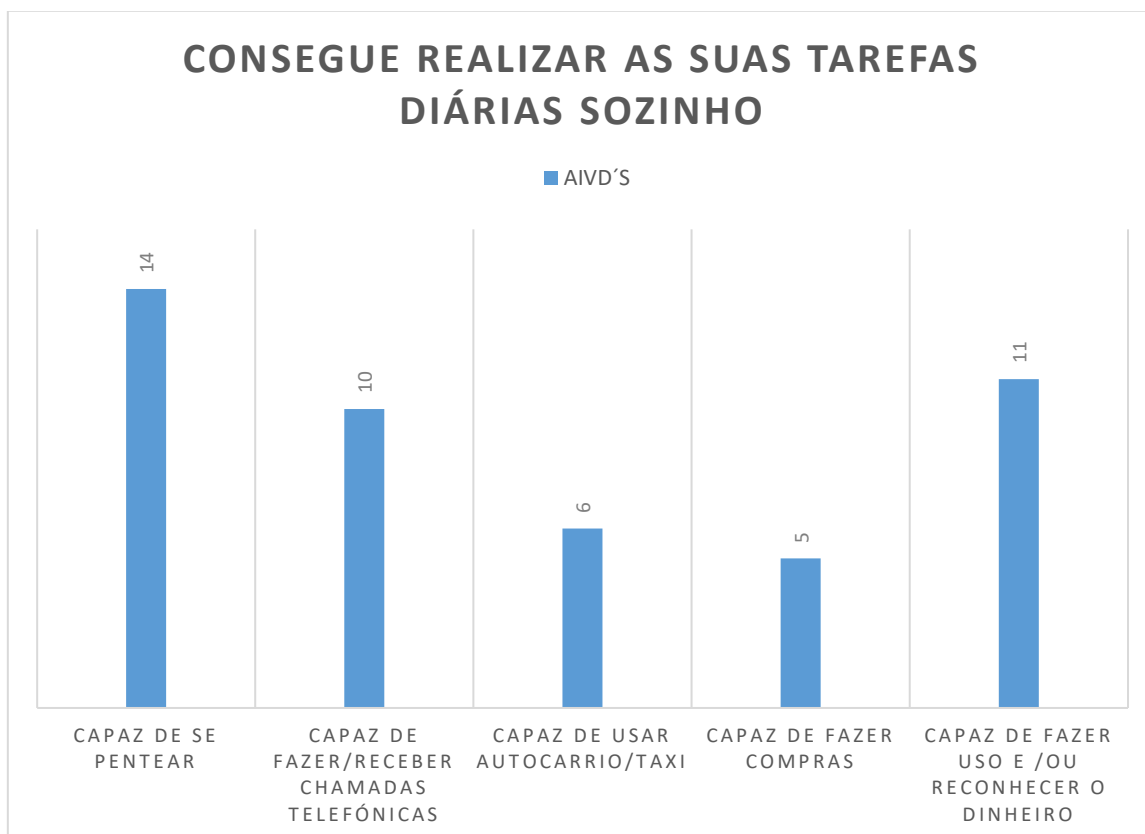
7. Já acompanhado com Animação ao Domicílio



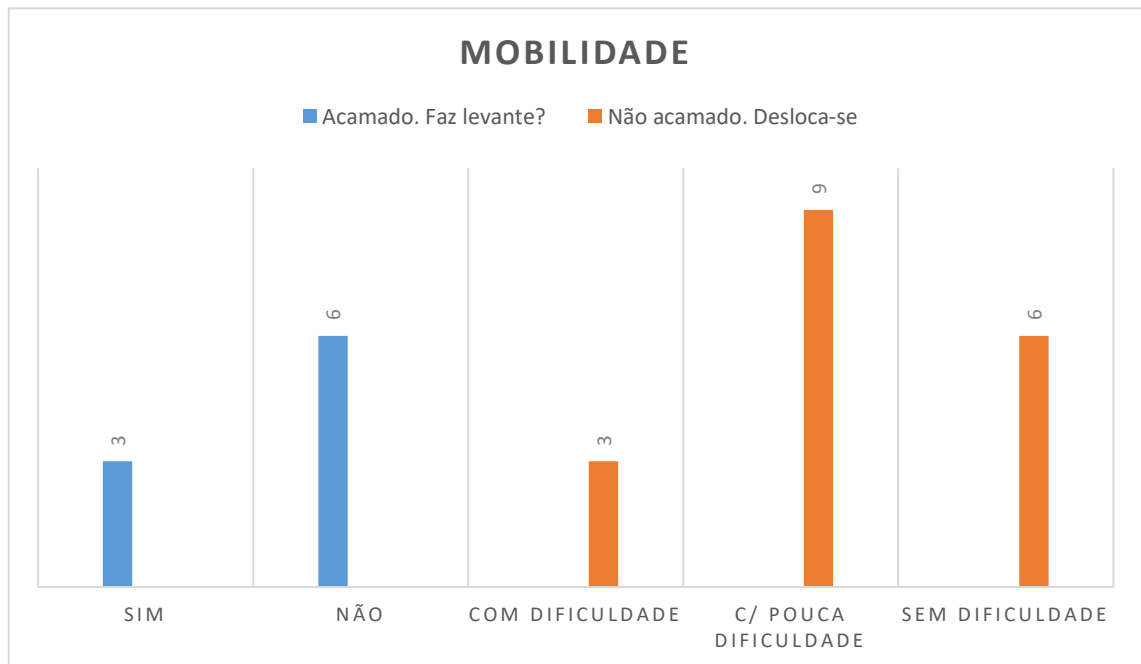
8. Consegue realizar as suas tarefas diárias sozinho – AVD'S



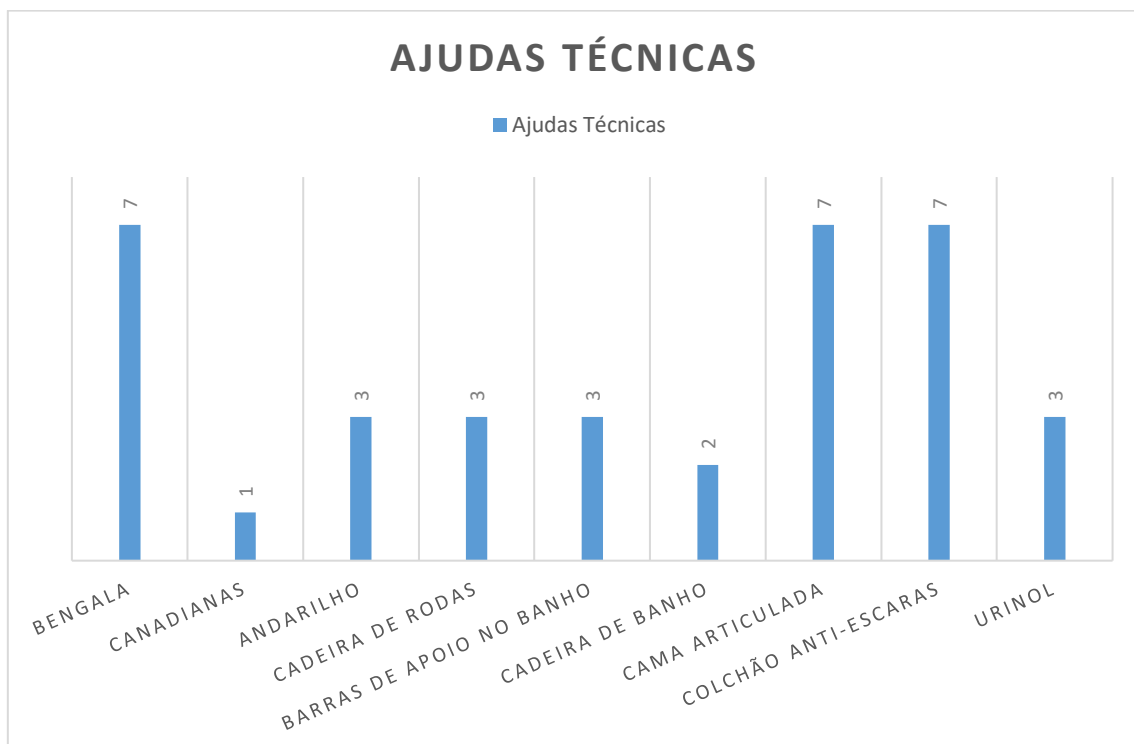
9. Consegue realizar as suas tarefas diárias sozinho – AVDI's



10. Mobilidade



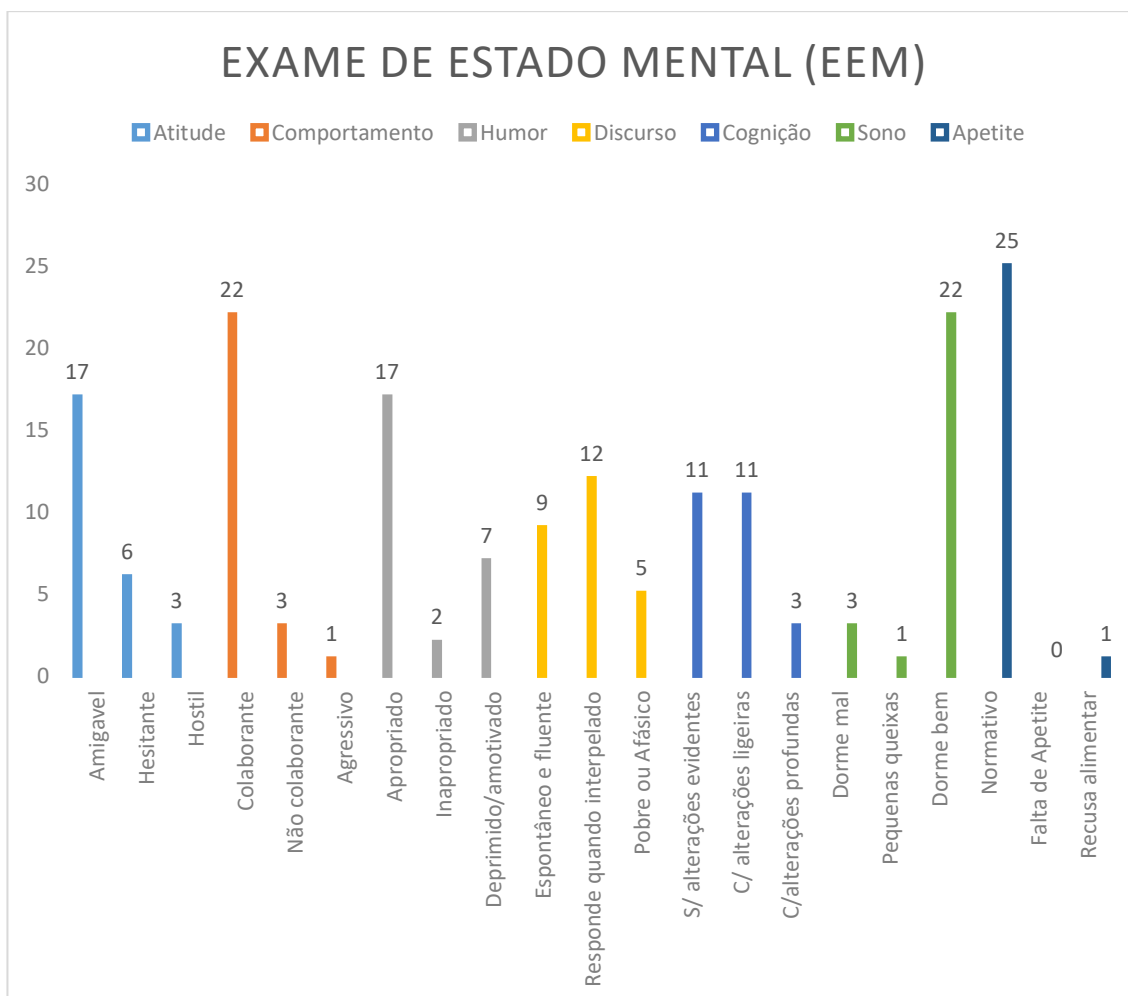
11. Ajudas Técnicas



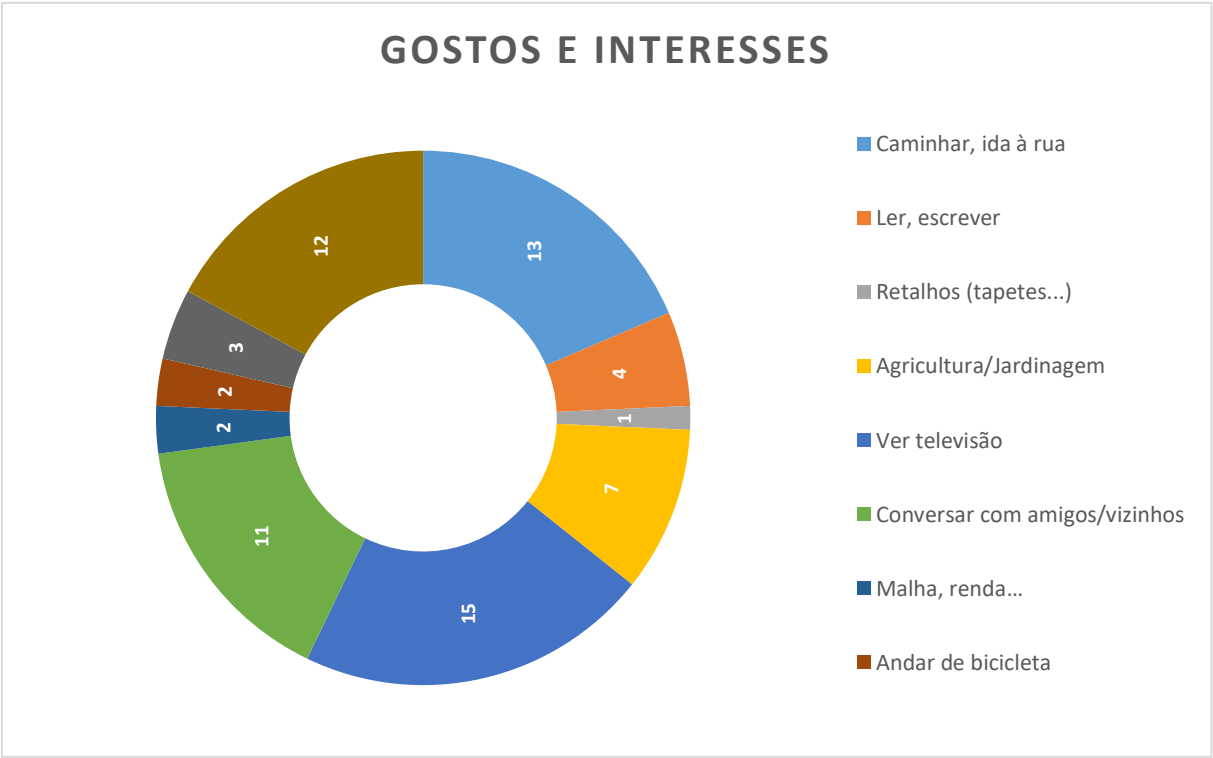
12. Come sozinho



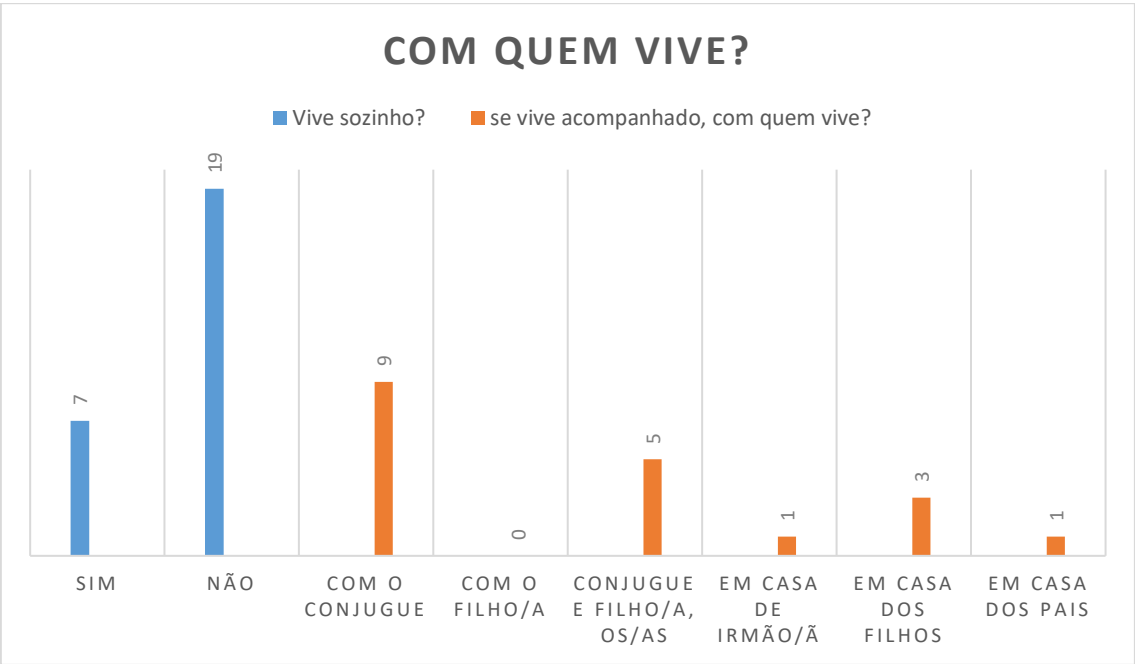
13. Exame do Estado Mental (EEM)



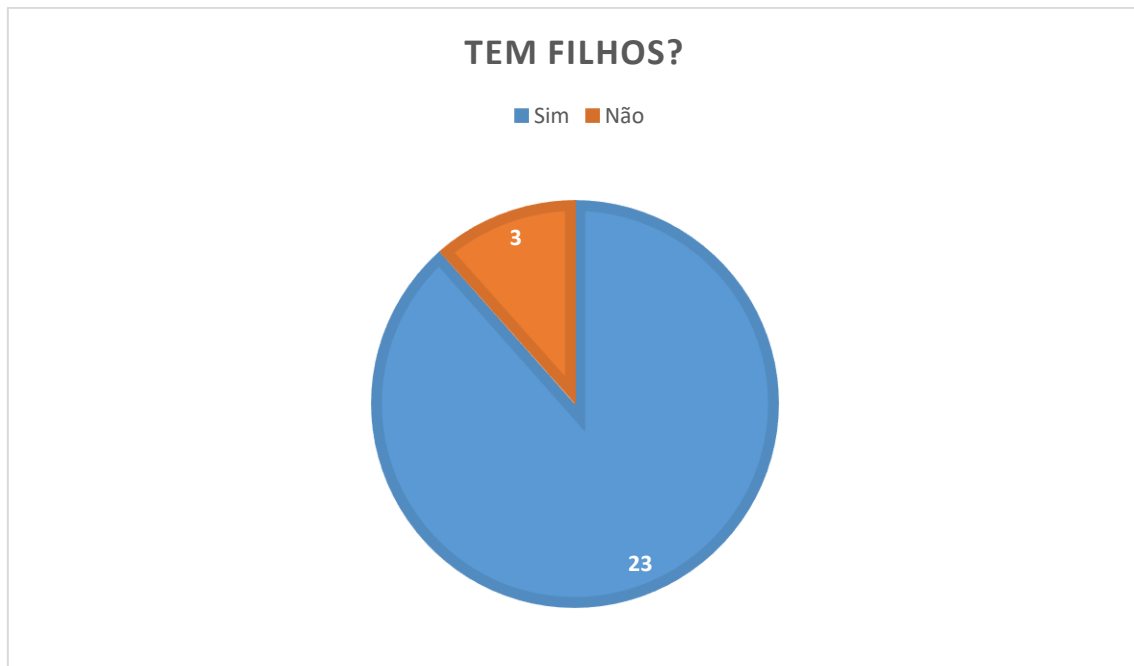
14. Gostos e Interesses



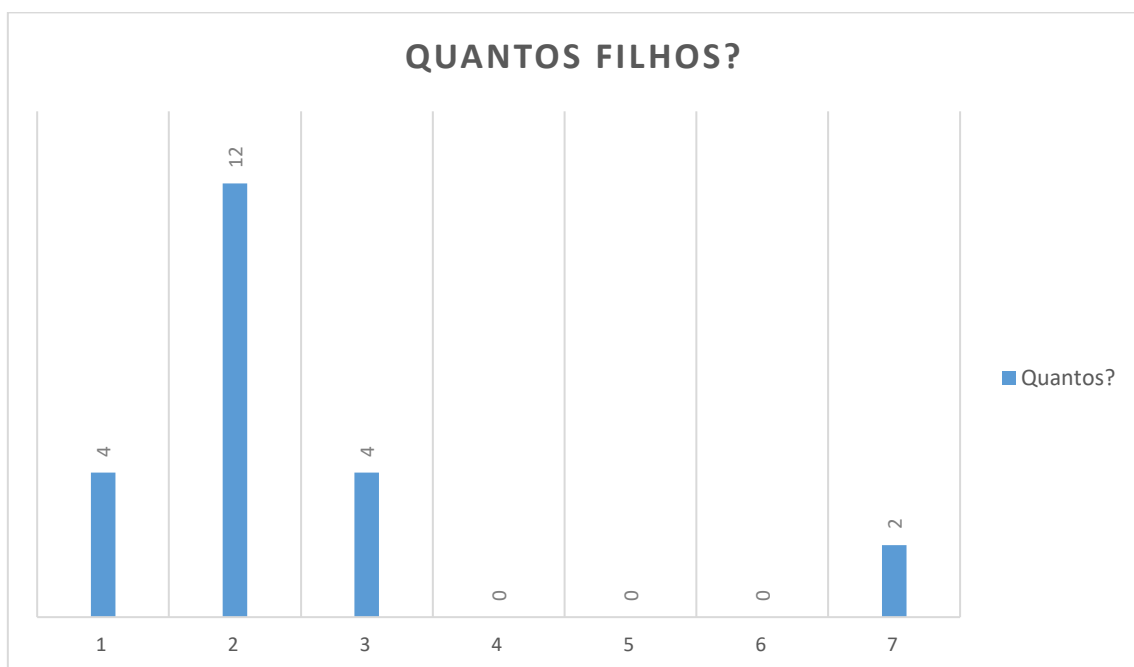
15. Com quem vive vs Se vive acompanhado com quem vive



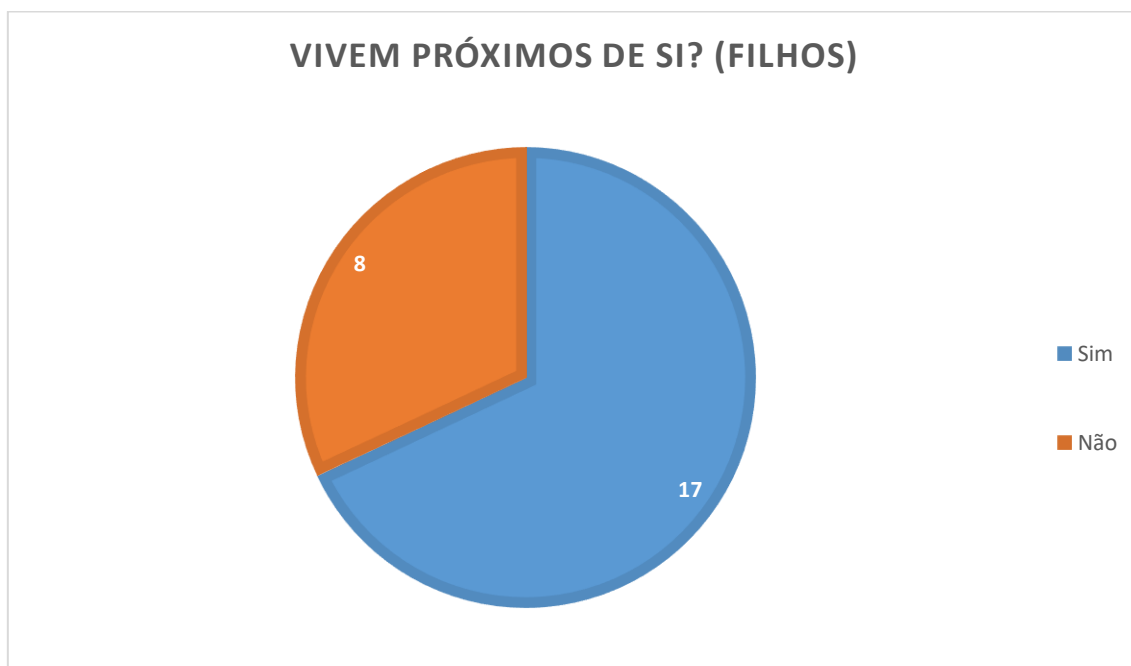
16. Tem filhos



17. Quantos filhos



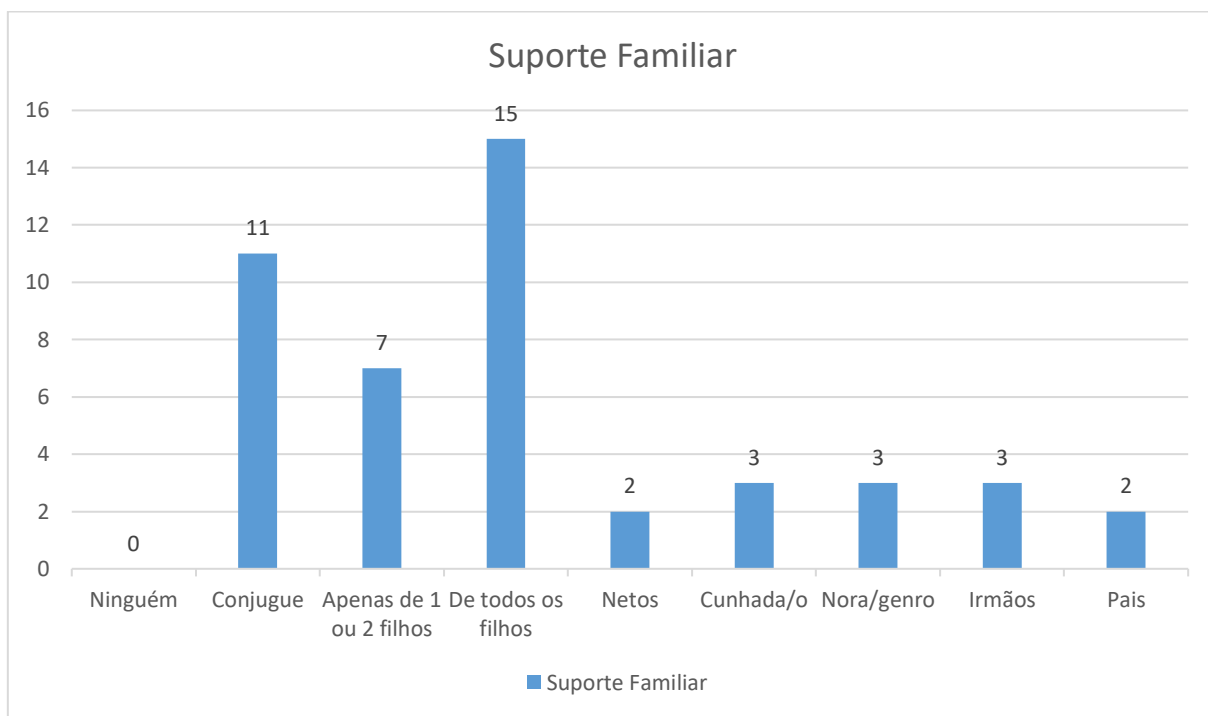
18. Vivem próximos de si



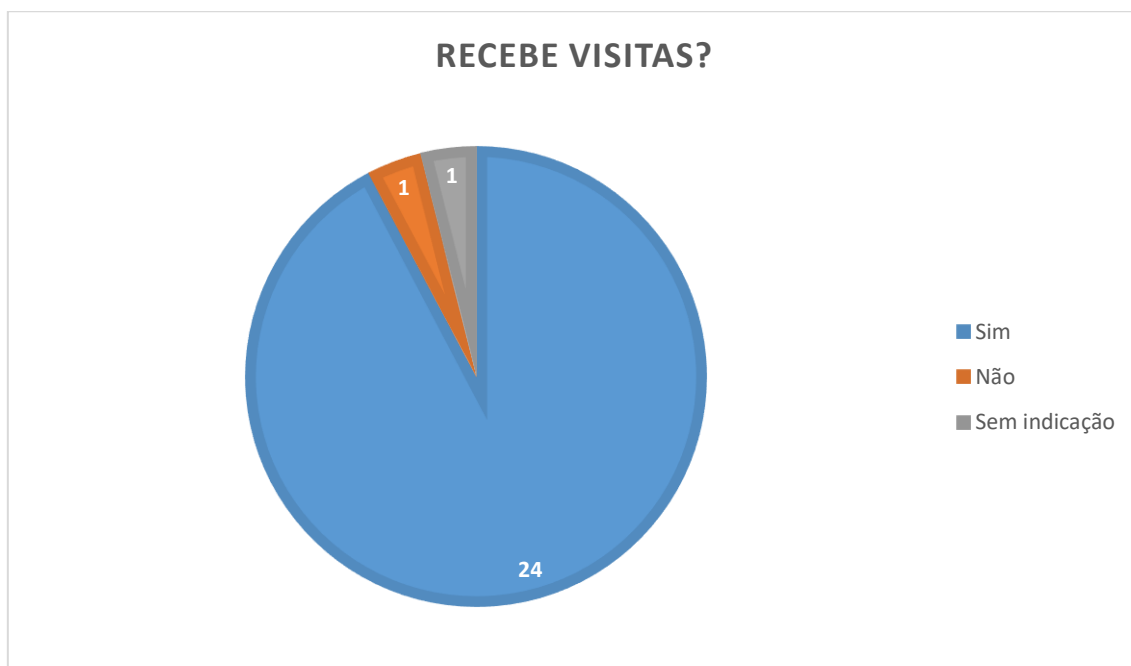
19. Tem Netos



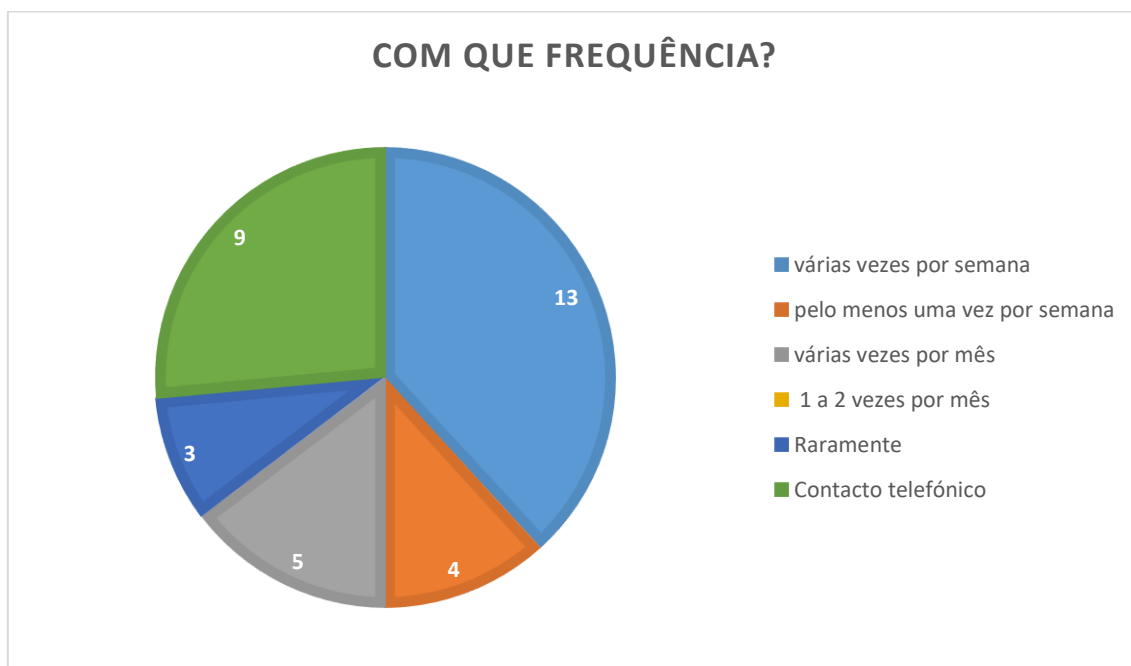
20. Suporte familiar



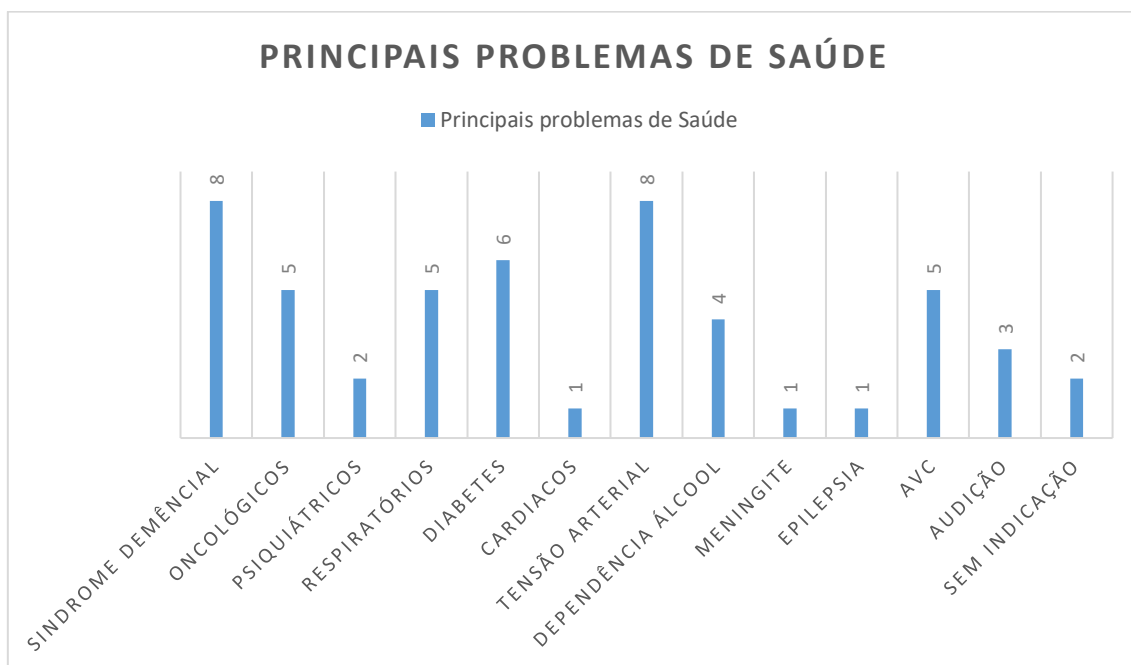
21. Recebe visitas



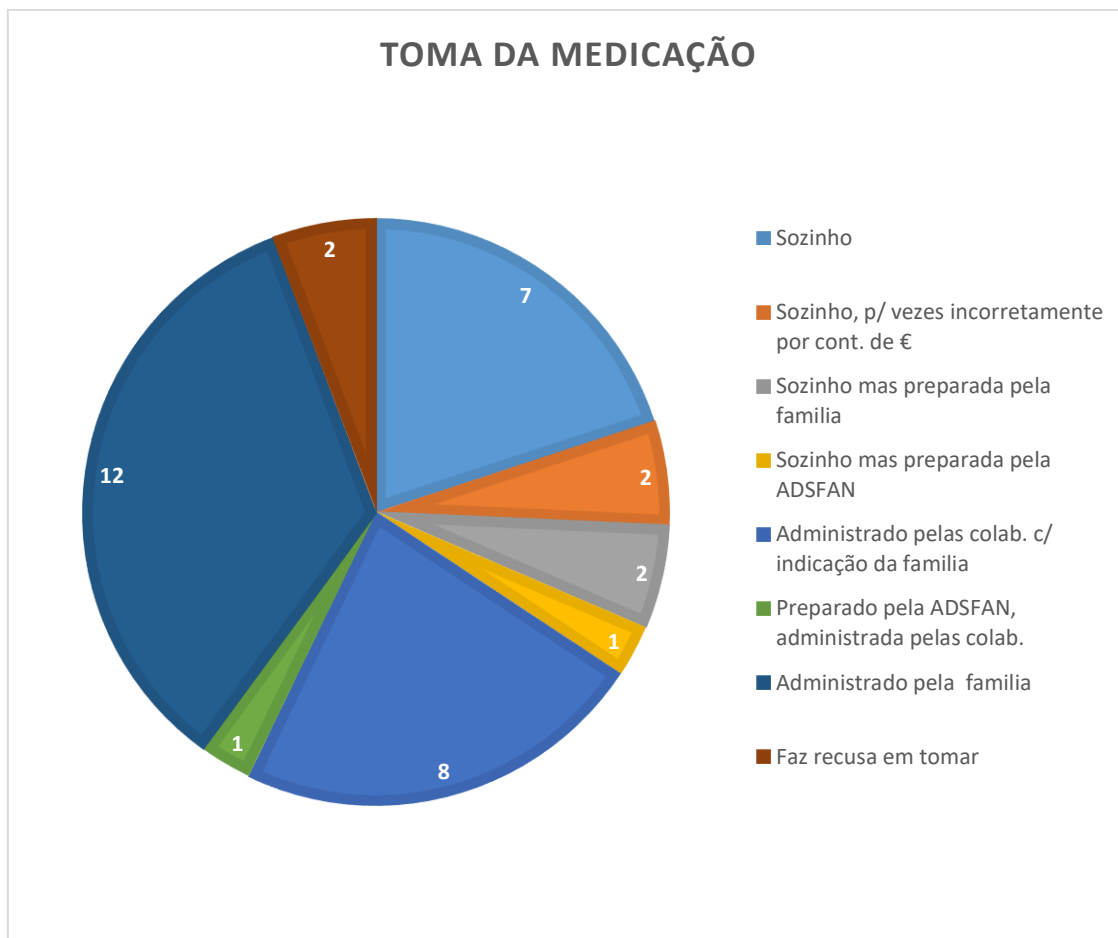
22. Com que frequência



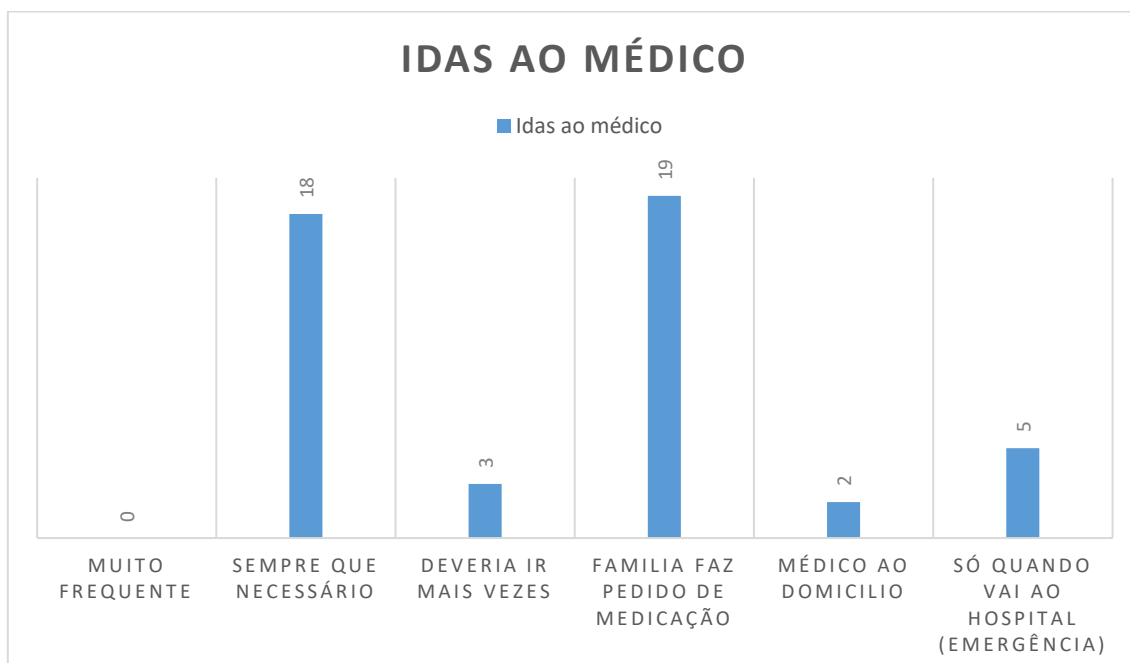
23. Principais problemas de saúde



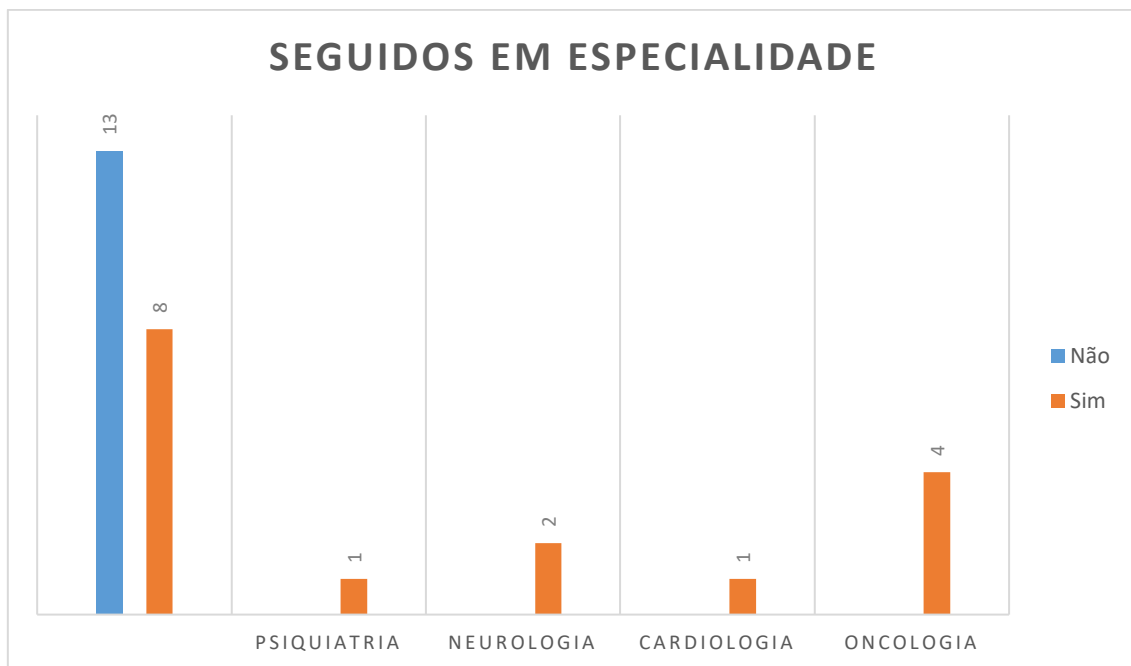
24. Toma da medicação



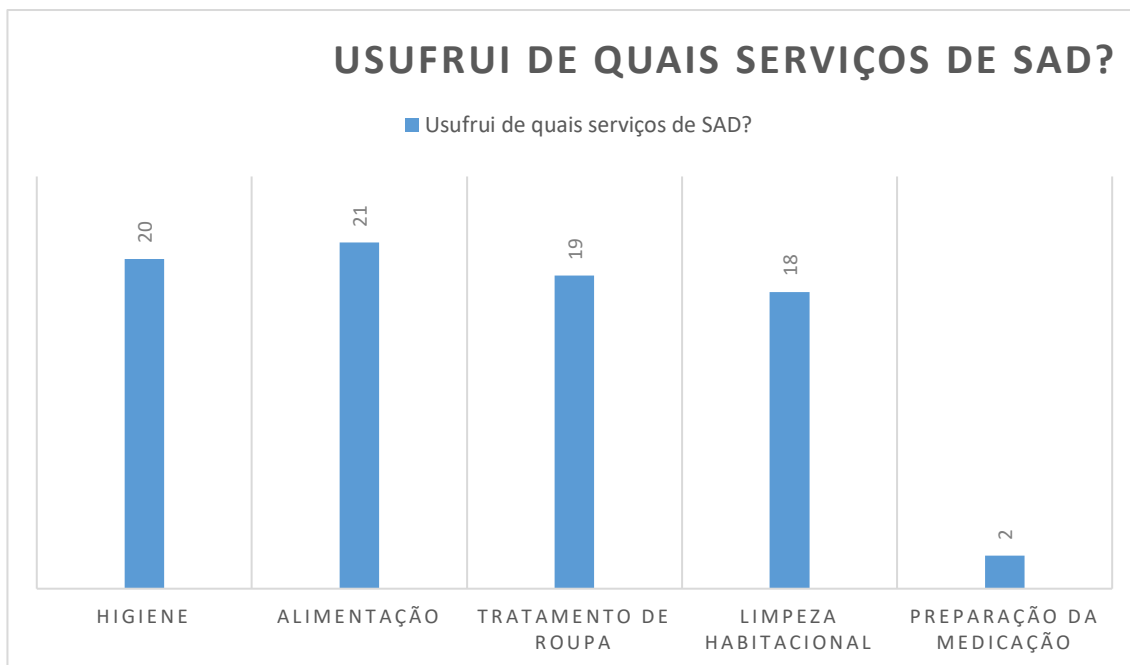
25. Idas ao Médico



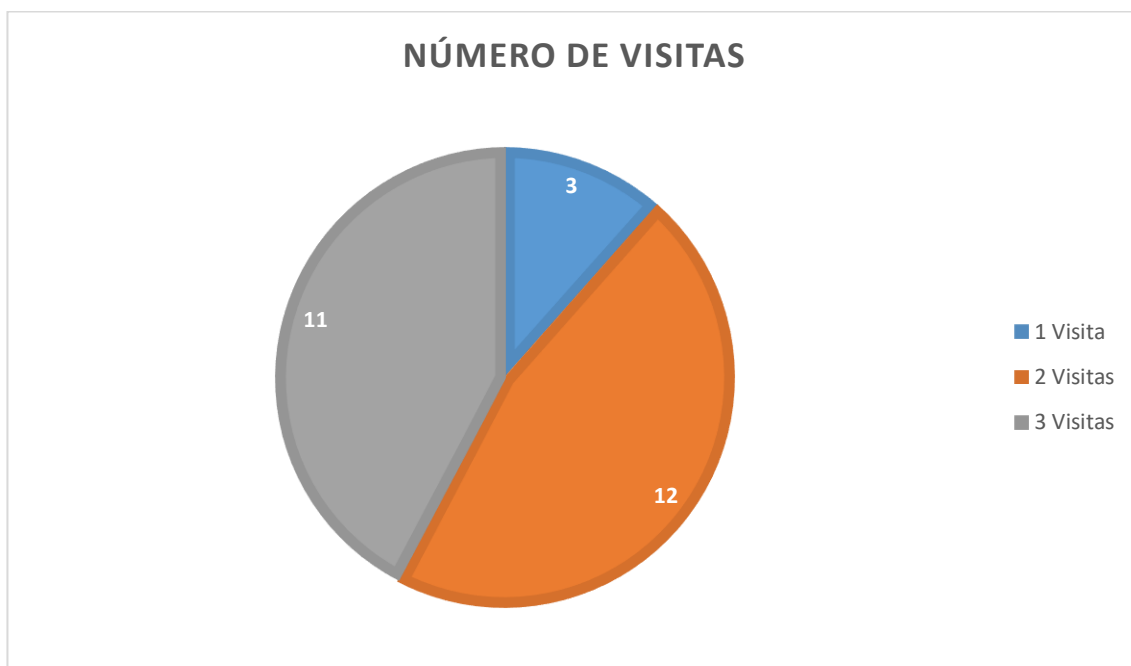
26. Seguidos em especialidade



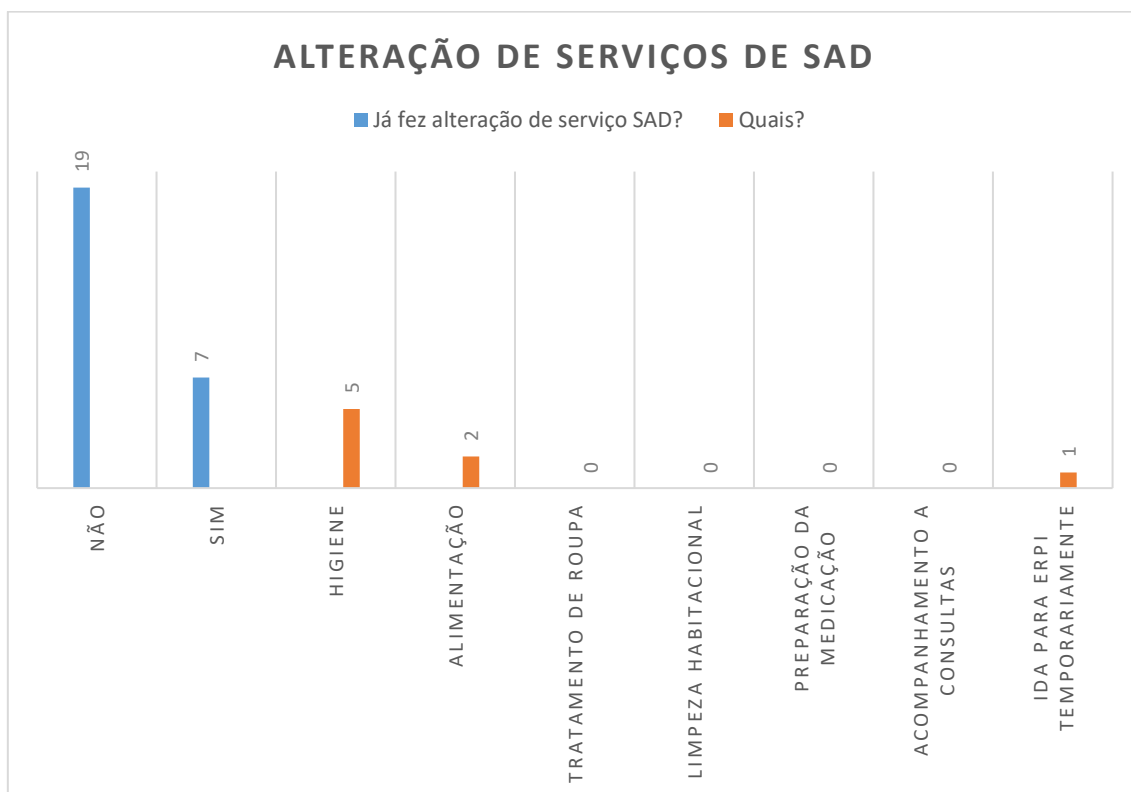
27. Usufri de quais serviços de SAD



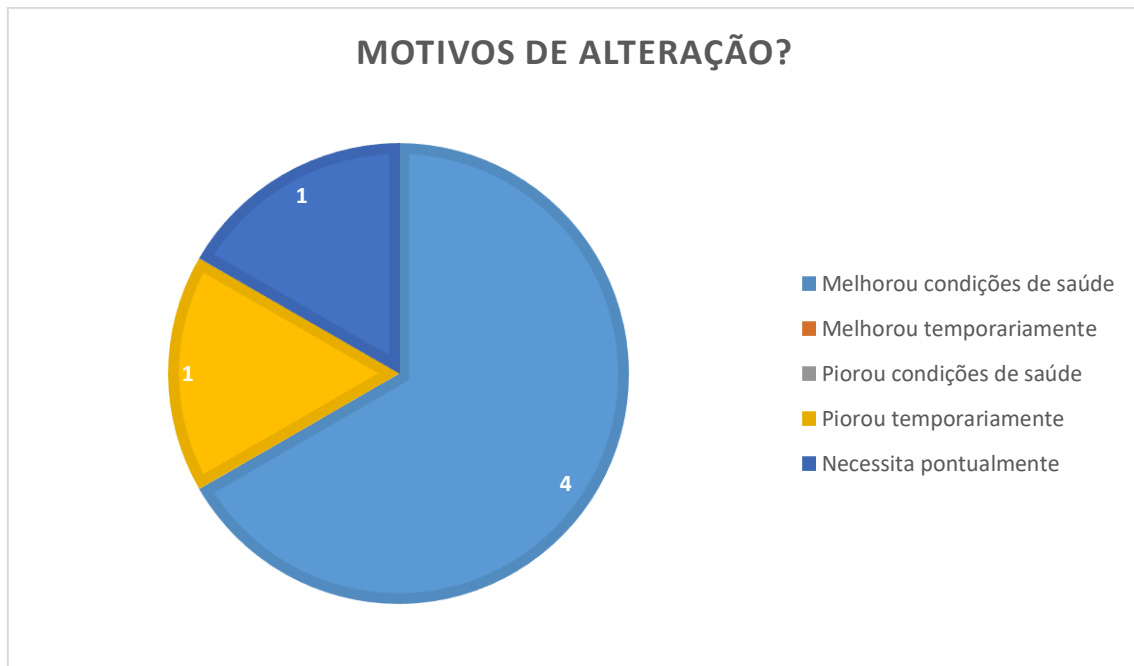
28. Número de visitas em SAD



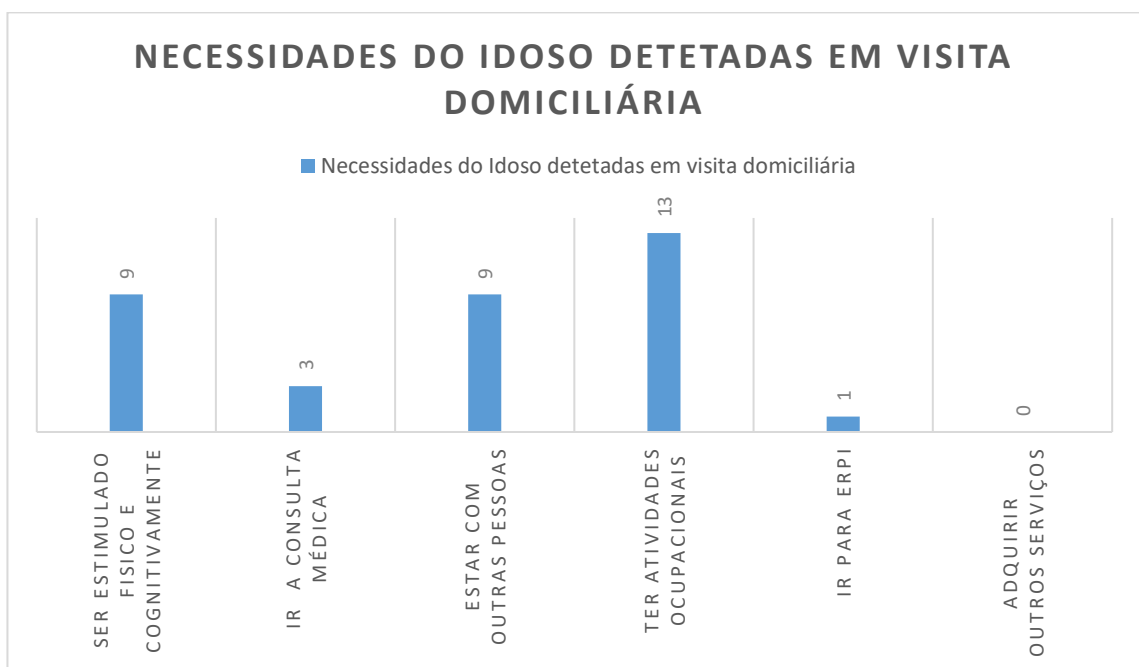
29. Alteração de serviços



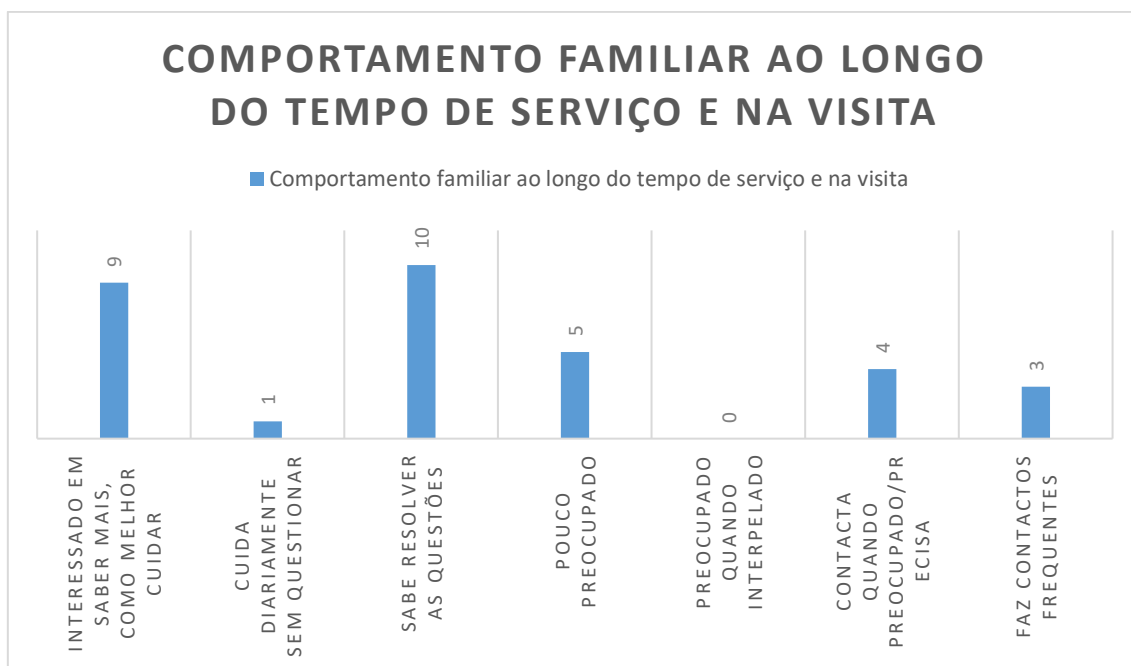
30. Motivos de alteração



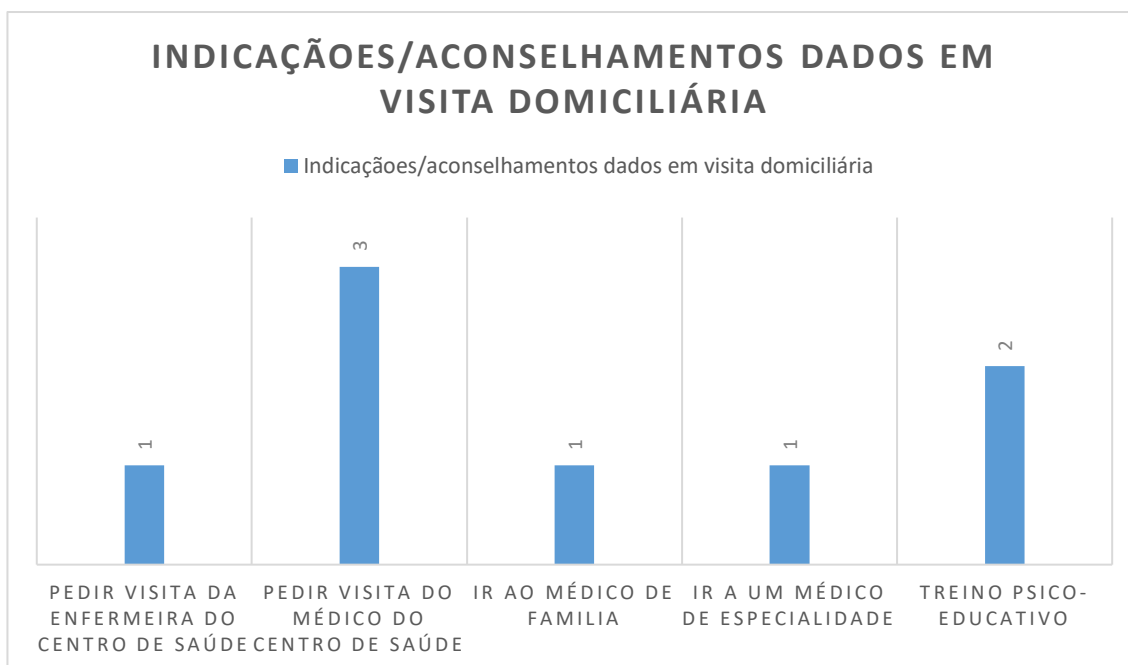
31. Necessidades do idoso detetadas em visita domiciliária



32. Comportamento familiar ao longo do tempo de serviço e na visita



33. Indicações/aconselhamentos dados em visita domiciliária



Anexo VII- Conclusão das Visitas de SAD



Mestrado em Educação Social e Intervenção Cultural
Soraia Costa (2015/2017)

Conclusão das Visitas Domiciliárias em SAD

Exmos. Srs. como é do vosso conhecimento durante os meses de Janeiro e Fevereiro deste presente ano, estive com a Dr.^a Rosalinda (Psicóloga) a fazer visitas domiciliárias por forma a conhecer e perceber qual a situação atual dos utentes de Serviço de Apoio Domiciliário e também em contexto da minha tese final de Mestrado em Educação Social e Intervenção Comunitária.

Estas vistas foram importantes no sentido em que podemos eventualmente atualizar os processos individuais dos utentes e só através destas visitas é que pôde ser possível avaliar as situações e por sua vez reestruturar o ANIMA, conhecendo todos os utentes, pois caso contrário poderiam ficar para trás utentes que necessitassem mais deste acompanhamento personalizado e adaptado às suas necessidades.

Ao longo das visitas já tivemos uma postura de Intervenção-Ação, pois fomos dando indicações e aconselhamentos aos cuidadores e próprios utentes para um melhor cuidar. Assim pôde fazer uma análise exaustiva do nosso público-alvo que beneficia do Serviço de Apoio Domiciliário.

Após reunião de equipa e respetiva avaliação das visitas, tivemos como critérios: o isolamento e solidão; a falta de estimulação física e cognitiva; o benefício do cuidador e utente com resposta a curto prazo. Daqui concluímos que os utentes que mais poderão beneficiar com a intervenção ao domicílio serão:

- ✓ Maria de Lurdes Rebelo (Capeleira);
- ✓ António Oliveira (Gracieira/Navalha);
- ✓ Maria Celeste Conceição (Bom-Vento);
- ✓ Julieta Trapalha (Casal Cigano- que já é acompanhada);
- ✓ José Lourenço (A-dos-Negros).

De seguida irei estruturar o plano de Ação individual e entrar em contato com as respetivas famílias, por forma a dar a conhecer o projeto e a respetiva intervenção.

29 de Março de 2017

(A Animadora, Soraia Costa)

Anexo VIII- Registo de Presenças (R. ADP.09.0



REGISTO DE PRESENCAS

R.ADP.09.00

ANIMA – SERVIÇO ANIMAÇÃO AO DOMICILIO

MÊS _____

ATIVIDADE		DURAÇÃO	LOCAL
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE		OBJETIVOS	
RECURSOS HUMANOS		RECURSOS MATERIAIS	
DATA	OBSERVAÇÕES		

NOMES	P.I.	ERPI	SAD	CC	DATA												TOTAL %
																	%
																	%
																	%
TOTAL																	%

LEGENDA: ERPI (Estrutura Residencial para pessoas Idosas), SAD (Serviço de Apoio Domiciliário), CC (Centro de Convívio); PA-PRESENÇA ATIVA, PP-PRESENÇA PASSIVA

Anexo IX- Cronograma

Projeto ANIMA-Melhor Cuidar																
Necessidades	Objetivos Gerais	Objetivos específicos	Atividades	2016		2017										
				11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Carência na satisfação das necessidades dos utentes Necessidades da família/cuidador	Identificar problemas e apurar situações dos utentes de SAD	Identificar os utentes que vivam sozinhos	Consulta dos processos individuais dos utentes em SAD													
		Perceber quais as suas dependências/limitações	Uso das grelhas 1 e 2													
		Compreender se existe uso de ajudas técnicas para locomoção	Construção e implementação do folheto-cuidador													
		Compreender se existe algum suporte/apoio familiar	Construção e implementação do inquérito por questionário													
		Perceber se existe resposta em serviços não contratualizados, possíveis de contratualizar em SAD ou não	Visitas domiciliárias													

Anexo X- Planificação de custos do projeto

PROJETO ANIMA-Melhor Cuidar																					
Necessidades	Objetivos Gerais	Objetivos específicos	Atividades ¹² /tarefas	Recursos									Custo por Atividade/Tarefa			Custo por Objetivo			Custo Geral do Projeto		
				Materiais			Humanos			Financeiros											
				Próprios	Externos	Valor	Próprios	Externos	Valor	Próprio	Adquirir	Valor	Próprios	Externos	Total	Próprios	Externos	Total	Próprios	Externos	Total
Carência na satisfação das necessidades dos utentes Necessidades da família/cuidador			Consulta dos processos individuais dos utentes em SAD	% Computador a)	1 Toner preto, 1 azul, 1 magenta, 1 amarelo, 6 Resmas de Papel, 5	232,50€ *+ 41,83€+ 85,50 x 3= 298,33€ + 6x5,60€ + 5€=569,43€	1 TSE	Não	Custo/ hora 6,14€ x 13h = 79,82€	569,43 €	n.a	n.a	312, 32€	331,33 €	643,65 €	317,52 €	331,33 €	893,74 €	1.556,53 €	441,14 €	2.242,56 €
1º Identificar problemas e apurar situações dos utentes de SAD		Identificar os utentes que vivem sozinhos	Uso das grelhas 1 e 2	5 Canetas; grelhas 1 e 2	n.a	Cópia A4 a cores (26x2) x 0,10€	1 TSE	Não	Contabilizado no passo anterior	5,20 €	n.a	5,20 €	5,20 €	n.a	5,20 €	317,52 €	331,33 €	893,74 €	1.556,53 €	441,14 €	2.242,56 €
Perceber quais as suas dependências/limitações																					

¹² As atividades correspondem a todos os objetivos específicos do primeiro objetivo.

Perceber se existe resposta em serviços não contratualizados, possíveis de contratualizar	Compreender se existe algum suporte/apoio familiar	Compreender se existe uso de ajudas técnicas para locomoção	
Visitas domiciliárias	Construção e implementação do inquérito por questionário	Construção e implementação do folheto-cuidador	
% Desgaste do carro	Computador		
Gasóleo	n.a		
3,91€**x 19h= 74,29€, 0,091€/L x 182.100 km= 16,57€	Já contabilizado		
1 TSE; 1 Psic. (6,14€ x2 x19h)	1 TSE		
Não	n.a		
Custo/ hora 6,14€ x2x 19h= 233,32 €	Já contabilizado		
233,32 €	n.a		
16,57 €	n.a		
249,89 €	n.a		
233,32 €	Já contabilizado		
16,57 €	n.a		
249,89 €	Já contabilizado		

3º Trabalhar necessidades e potencialidades junto dos utentes e famílias por um melhor cuidar	2º Diagnosticar necessidades e selecionar potenciais alvos de intervenção	Dar a conhecer às famílias o papel do cuidador e respetivas
Identificar as suas necessidades	Escolher os participantes para integração do projeto ANIMA-Melhor Cuidar	
Estabelecer uma relação de confiança; Perceber história de vida e vivências do utente; Identificar gostos e apetências	Reunir em equipa; Selecionar participantes	
Visitas domiciliárias	Já contabilizado	
3.ª	3.ª	
3.ª	3.ª	
1 TSE	1 TSE; 1 DT; 1 Psic.; 1 E.G (6,14€x2h x 4 técnicos)=49,12€	
Já contabilizado	n.a	
Já contabilizado	49,12 €	
Já contabilizado	49,12 €	
Já contabilizado	3.ª	
Já contabilizado	49,12 €	
Já contabilizado	49,12 €	
Já contabilizado	3.ª	
Já contabilizado	49,12 €	
1.189,89 €	49,12 €	
109,81 €	n.a	
1.299,7 €	49,12 €	

Legenda:

*Desgaste do computador de 14 meses do projeto, tendo em conta o possível custo do computador,

**Desgaste do veículo por hora- 3,74€+0,21€ de manutenção + 0,13€ de seguro. Total de 3,91€ por hora.

*** Uso de internet 1x por semana x 10 meses de intervenção= 40 dias x 4,09€

a) Recursos existentes na Instituição

Abreviatura usadas: DT-Diretor Técnico; TSE-Técnico Superior de Educação; Psic-Psicóloga; E.G- Encarregada Geral.

Outras informações relevantes, para construção da planificação de custos:

	Amortização	Taxa em vigor	Valor total	Anual	Mensal	Dia	Hora	Total
Desgaste portátil	Anual	33,33%	600 €	$600€ \times 33,33\% = 199,98€$	$199,98/12=16,66€$	$16,66/22\text{dias}=0,75€$	$0,75€/7H=0,10€$	
Desgaste veículo	4 Anos	25%	14.000.00€	$14.000€ \times 25\% = 3.500€$	$3.500/12= 291,66€$	$291,66/22= 24,30€$	$24,30€/7H= 3,47€$	$3,91€/H \times 19h=74,29€$
Manutenção	Anual		400 €	400 €	$400€/12= 33,33€$	$33,33€/22= 1,51€$	$1,51€/7H=0,21€$	
Seguros do veículo	Anual		250 €	250 €	$250€/12= 20,83€$	$20,83€/22= 0,95€$	$0,95€/7H=0,13$	
Combustível-Gasóleo BP Caldas da Rainha consumo de 6,5l - 100km			$6,5L \times 1,41^a€ = 9,165€$ 1Km= 0,091€		$0,091€ \times 182,100\text{km} = 16,57€$ $0,091€ \times 1206,800\text{km} = 109,81€$ 100km=9,165€			
Internet					90.00€	$90.00€/22\text{dias} = 4.09€$	$4.09€/7H= 0.58€$	

^a Valor de Gasóleo à data de 17.09.2018.

Registo de visitas, km e tempo

Sujeito	Km	Visita domiciliária
1	4	1h
2	5.700	
3,4	8.400	1.30h
5	7.700	2h
6	8.700	
7	4.400	3h
8	4.100	
9,10	4.200	
11,12,13	0.500	2h
14	0.750	
15	12	1.30h
16,17	4.900	2h
18	5	1.30h
19	6.700	
20	4.500	2.30h
21	4.200	
22,23,24	1.200	
25	1.100	1h
26	3	1h
Total	91.05 km x 2 (ida e volta) =182.100 km	19h

Anexo XI- Plano de Intervenção – Sujeito 13
78 Anos, (admitidos – 03-06-2014) - Casal Cigano

OS são acompanhados há mais de um ano, residente no Casal Cigano, concelho do Bombarral. Consegui ao longo das sessões trabalhar com a utente para que ela desenvolvesse exercícios de estimulação cognitiva diariamente. Estes estimulam a atenção, o raciocínio, a memória e a destreza manual como a pintura de desenhos para adultos.

Tem sido proposto à utente a ida ao Centro de Dia do Bombarral, ainda mais agora pelo facto de estar sozinha, o seu companheiro falecera no início do ano após a nossa visita. Esta proposta surge com a necessidade de a utente obter uma melhor resposta, no sentido em que a utente carece de ter uma atividade rotineira e não apenas de visitas esporádicas (1x por semana, não é suficiente), a utente precisa de estar em sociedade, de conviver com outras pessoas, o local onde reside, é muito pouco populacional.

A presença dos filhos não é constante pois trabalham no estrangeiro, mas estão sempre em contacto.

Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
05.01.2017 1h	Fazer o levantamento dos problemas e situação dos idosos de Serviço de Apoio Domiciliário	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/impares)	-Animadora/ Educador Social e Psicóloga -Grelhas de registo 1 e 2 -Inquérito por questionário; -Carrinha -5 Folhas de exercícios	Ao que parece já têm alguém que vai ajudar ao fim-de- semana	O companheiro do sujeito 13 estava com muita expetoração e pouco reativo. A utente tinha estado em “descanso do cuidador” durante o mês de Dezembro de 2016. Precisam de mais assistência pelo facto do utente estar acamado, não têm suporte após o lanche da tarde.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos

13.02.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Apoiar no processo de luto.	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -5 Folhas de exercícios	Fez todas as tarefas com sucesso. Aceitação da sua perda (falecimento do companheiro)	Refere medo de estar sozinha em casa, que seja roubada e que lhe façam mal. Incentivo à sua rotina normal e não ao isolamento
21.02.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Apoiar no processo de luto.	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -5 Folhas de exercícios	Fez todas as tarefas com sucesso.	Muito desorientada, tem-se alimentado mal, continua a dormir no sofá, pouco cuidada. Está perante conflitos familiares. Cheia de problemas referentes ao falecimento do companheiro. Sente-se desamparada, os filhos estão a trabalhar no estrangeiro.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
07.03.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Apoiar no processo de luto.	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -5 Folhas de exercícios	Fez todas as tarefas deixadas com sucesso.	A utente continua a dormir no sofá, mal vai ao quarto. Desmotivada em ir à rua, em comer à mesa, fá-lo no sofá.
14.03.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Apoiar no processo de luto.	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -5 Folhas de exercícios	Fez todas as tarefas com sucesso. A utente está melhor, mais recetiva, com melhor cara	Continua a dormir no sofá e a fazer as suas refeições no sofá

21.03.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Apoiar no processo de luto.	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares) Jogo de pares	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -5 Folhas de exercícios -Jogo de pares (já existente na Instituição)	Aceitou fazer o desafio do jogo de pares Fez todas as tarefas deixadas com sucesso.	Pouco atenta, dificuldade em perceber a lógica do exercício- jogo dos pares (virar duas cartas iguais)
28.03.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Apoiar no processo de luto.	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares) Jogo de Pares	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -5 Folhas de exercícios -Jogo de pares (já existente na Instituição)	A utente fez questão de fazer café para lancharmos juntas. Fez todas as tarefas com sucesso. Mais receptiva ao exercício- jogo de pares, já o conseguiu concluir com sucesso.	
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
04.04.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Apoiar no processo de luto.	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -5 Folhas de exercícios	Fez todas as tarefas com sucesso. Passou o dia do aniversário a passear com nora e neta e outros familiares (dia 2)	Diminuição das capacidades de controlo urinário. Dificuldade em se vestir sozinha (muitas dores) mas não pede ajuda, ou seja mais serviços de SAD, contenção €
11.04.2017					Não consegui fazer a visita domiciliária

18.04.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Apoiar no processo de luto.	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -8 Folhas de exercícios/ desenhos	Fez todas as tarefas com sucesso. A partir desta sessão a utente passa a realizar um exercício diariamente, em vez de ter 5 exercícios por semana, tem uma por dia incluindo também os desenhos.	A utente tinha recebido o resultado de exames que tinha feito e não foram as melhores notícias, incluído o facto vir referido “desmineralização”- perda de minerais importantes. Grande parte da alimentação que recebe vai para os seus animais (Cão e gatos).
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
02.05.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Incentivar a utente a realizar apenas um exercício por dia, estimular-se cognitivamente de forma diária	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -8 Folhas de exercícios/ desenhos	Fez todas as tarefas com sucesso, ainda com alguma dificuldade em cumprir a realização de um exercício por dia.	Queixa-se de estar sozinha
09.05.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Incentivar a utente a realizar apenas um exercício por dia	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -8 Folhas de exercícios/ desenhos	Fez todas as tarefas com sucesso, mas ainda com alguma dificuldade em cumprir a realização de um exercício por dia.	Muita necessidade em conversar e em estar acompanhada
16.05.2017					Não consegui fazer a visita domiciliária

23.05.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Incentivar a utente a realizar apenas um exercício por dia	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -8 Folhas de exercícios/ desenhos	Fez todas as tarefas com sucesso. Já não faz os exercícios todas num dia. Disciplinou-se, faz um exercício ou pintura de desenho um por dia.	Bem encarada mas sempre aborrecida por estar sozinha, mas não aceita a ideia de ir conhecer outras respostas (Centro de dia). Muita necessidade em conversar e em estar acompanhada
30.05.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Incentivar a utente a realizar apenas um exercício por dia	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -8 Folhas de exercícios/ desenhos	Fez todas as tarefas com sucesso.	Refere hora tardia em relação ao SAD na visita da manhã. Com a admissão de novos utentes as colaboradoras já não permanecem tanto tempo a conversar com a utente como faziam antes. Muita necessidade em conversar e em estar acompanhada
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
6.06.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Incentivar a utente a realizar apenas um exercício por dia	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -8 Folhas de exercícios/ desenhos	Melhor relação com familiares (cunhada), pois é um grande auxílio.	Continua a não jantar, adormece ao ver o telejornal, come quando acorda (café com leite e pão), o jantar da noite fica para os seus animais. A sua cama continua a ser o sofá, no seu quarto mal entra e a portada raramente é aberta

13.06.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Incentivar a utente a realizar apenas um exercício por dia	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -8 Folhas de exercícios/ desenhos	Tranquilizei a utente de que todo o ser humano tem direito a um funeral digno, de que há essa certeza por parte da Segurança Social, à partida. Continua a seguir à risca, um exercício por dia.	Preocupada com o seu falecimento e com o facto de os filhos não terem dinheiro para o seu funeral. Foi ao médico e as análises não estavam bem, colesterol e triglicéridos muito elevados, iniciou nova medicação.
21.06.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Incentivar a utente a realizar apenas um exercício por dia	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares) Deixei exercícios e desenhos para 3 semanas (até voltar às visitas)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -24 Folhas de exercícios/ desenhos	Verifiquei exercícios das semanas anteriores e estavam na sua maioria corretos.	Queixasse de falta de companhia na minha ausência.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
18.07.2017	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Incentivar a utente a realizar apenas um exercício por dia	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares) Conversa sobre a possibilidade do aumento de serviços (higiene diária, domingos e feriados)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -8 Folhas de exercícios/ desenhos	Verifiquei exercícios anterior. Conversadora como sempre	Pouco recetiva ao aumento de serviços, pelo menos teria a nossa supervisão/companhia diária

25.07.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Incentivar a utente a realizar apenas um exercício por dia	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -8 Folhas de exercícios/ desenhos	Com boa aparência, cabelo cortado, tinha vestido uma roupa melhor, muito sorridente, muito conversadora. Verifiquei exercícios	
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
1.08.2017					A utente não estava em casa e avisou.
8.08.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Incentivar a utente a realizar apenas um exercício por dia	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -8 Folhas de exercícios/ desenhos	A utente estava bem-disposta, verifiquei exercício, estavam corretos e deixei mais para a semana	A utente esteve muito queixosa de dores nas pernas.
22.08.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Incentivar a utente a realizar apenas um exercício por dia	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -8 Folhas de exercícios/ desenhos	Passou o fim-de-semana em casa do irmão, dormiu bem, não teve dores. Verifiquei exercícios	A utente só não está bem quando está sozinha.

29.08.17 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Incentivar a utente a realizar apenas um exercício por dia	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -8 Folhas de exercícios/ desenhos	Verifiquei exercícios, tem cumprido datas marcadas nos exercícios. Tem feito caminhadas, convive mais com os vizinhos.	A utente estava nervosa por no dia seguinte ser o aniversário do seu companheiro e ainda não tinha ninguém que fosse com ela ao cemitério. Tem lavado a roupa à mão, a máquina avariou.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
5.09.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Incentivar a utente a realizar apenas um exercício por dia	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -8 Folhas de exercícios/ desenhos	Verifiquei exercícios, estavam corretos. Quando cheguei a casa da utente estava a conviver com os vizinhos	A utente estava com dores
12.09.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Incentivar a utente a realizar apenas um exercício por dia	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -8 Folhas de exercícios/ desenhos	Verifiquei exercícios, estavam corretos. Ouvi e conversei com a utente.	
19.09.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Incentivar a utente a realizar apenas um exercício por dia	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -8 Folhas de exercícios/ desenhos	Verifiquei exercícios, estavam corretos. Ouvi e conversei com a utente.	

25.09.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Incentivar a utente a realizar apenas um exercício por dia	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -8 Folhas de exercícios/ desenhos	Verifiquei exercícios, tem cumprido datas marcadas nos exercícios. Tem feito caminhadas, convive mais com os vizinhos.	A utente relatou-me um episódio em que se esqueceu da sua mala à sua porta, as colaboradoras de SAD aperceberam-se e deixaram-na dentro de casa quando lhe foram deixar o pão. Constatei que a utente estava a fazer duplicação de medicação com dosagens diferentes, a utente pediu esclarecimento de dúvida da medicação, falei com a farmacêutica para normalizar a toma correta. Coloquei hipótese de preparação da medicação referiu logo (só de pensar que alguém prepara a medicação, ficava doente, de se sentir incapaz). A realidade é que não toma a medicação corretamente.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
9.10.2017 1h	Continuar com o processo de estimulação do raciocínio, atenção, memória, destreza manual. Incentivar a utente a realizar apenas um exercício por dia	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -8 Folhas de exercícios/ desenhos	Maior convívio com os filhos e com os vizinhos. Tem saído bastante de casa.	
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
7.11.2017 1h	Cultivar uma rotina diária de estimulação cognitiva, um exercício diário	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -8 Folhas de exercícios/ desenhos	Os filhos da utente fizeram umas limpezas no exterior da casa.	No exterior da casa havia muita acumulação de lixo.

13.11.2017 1h	Cultivar uma rotina diária de estimulação cognitiva, um exercício diário	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -8 Folhas de exercícios/ desenhos	A utente refere que o melhor dia da semana é a 2ª feira porque vê o padeiro, as pessoas passam para o trabalho, tem a visita das meninas (SAD) e é o dia da minha visita.	A utente não pondera ter apoio domiciliário ao domingo.
21.11.2017 1h	Cultivar uma rotina diária de estimulação cognitiva, um exercício diário	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -10 Folhas de exercícios/ desenhos		A utente tem estado mais distraída na realização dos exercícios, ela própria o sente.
28.11.2017					Não tive carrinha para me deslocar
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
5.12.2017 1h	Trabalhar a destreza manual, a escrita e a leitura. Promover o raciocínio, a atenção e a concentração.	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -10 Folhas de exercícios/ desenhos	Conversa sobre idas à Instituição, à Festa de Natal e à Missa. Verifiquei exercícios, estavam corretos.	
12.12.2017 1h	Promover um momento de convívio e interação com a comunidade residente no lar.	Ida ao lar à missa mensal, passar todo o dia em convívio.	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	A utente conversou bastante com os utentes que residiam em localidades próximas de si. A utente gostou muito deste convívio, até	Não existir uma resposta da Instituição de Centro de Dia que a pudesse ir buscar a casa diariamente.

				comeu melhor, estar acompanhado é sempre uma mais-valia.	
19.12.2017 10 Min					A utente não estava em casa, não avisou.
26.12.2017 1h	Trabalhar a destreza manual, a escrita e a leitura. Promover o raciocínio, a atenção e a concentração.	Exercícios de estimulação (labirintos, caça-palavras, pintura de desenhos, palavras diretas, diferenças, unir pontos-números e ou letras, unir números pares/ímpares)	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -10 Folhas de exercícios/ desenhos	A utente estava bem e muito conversadora.	

Anexo XII- Plano de Intervenção – Sujeito 3
88 Anos, (admitida- 01.06.2011) - Bom Vento

A utente já tinha sido inserida no Projeto *ANIMA*, deixou de ser acompanhada em Junho 2013 pois era bastante autónoma. Neste momento a realidade não é a mesma, passou a ter algumas limitações e a necessitar de outros serviços (desde 2015), necessita de ser ouvida e acompanhada, embora tenha o grande suporte da nora que mora ao lado, neste momento não tem tanta facilidade em ir á rua tantas vezes como ia.

Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
13.01.2017 1h	Fazer o levantamento dos problemas e situação dos idosos de Serviço de Apoio Domiciliário	1ª Avaliação	-Animadora/ Educador Social e Psicóloga -Grelhas de registo 1 e 2 -Inquérito por questionário; -Carrinha	Grande acompanhamento da nora. Fez exames	Nesta visita não mostrou grande receptividade na possibilidade de ter visitas pois tem a nora mesmo ao lado
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
30.05.2017 1h	Reavaliar ponto de situação da utente	2ª Avaliação	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	A utente e a nora vêm as visitas como um maior acompanhamento e mais-valia, a utente deixou de ter uma vida tão ativa, deixou de fazer algumas atividades da vida diária, reconhece essa limitação. Varfine foi substituído por outra medicação	A utente não se tem sentido bem, a nora está atenta, refere levá-la ao hospital no dia seguinte se não melhorar.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos

06.06.2017 45 Min	Restabelecer uma relação de confiança; Perceber a história de vida e vivências do utente; Identificar gostos e apetências	Aconselhei ir a utente ir ao hospital se não ficar melhor	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -Livro (da Instituição)	Refere as visitas como alento. No final da visita conversei com nora, mostrou-se disponível para ir ao hospital com a utente. Deixei livro sobre a religião católica, ao qual se dedica, ficou muito agradecida.	A utente está com muitas dificuldades em ouvir. Utente estava com respiração ofegante, não quer ir ao hospital, a nora refere que a utente já esteve pior. Em relação à má disposição da semana anterior a utente também não quis ir ao hospital.
13.06.2017 40 Min	Ir de encontro dos interesses da utente	Partilha de orações	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	Contente pela visita. Partilhei com a utente orações recolhidas de uma outra utente, a utente acabou por partilhar uma oração a Santa Bárbara.	Muita dificuldade em ouvir, por vezes a utente sorri e fala de Deus e da sua fé cristã. Tinha o almoço todo no prato. A utente não está situada no tempo, não consegue identificar o dia da semana, talvez pelo fato de os seus dias ser em todos iguais.
21.06.2017 20 Min					A utente não apareceu á porta, as colegas não a avisaram da minha visita. A utente estava a descansar, não ouviu chamar, as colegas trouxeram essa informação no dia seguinte. A utente tem muitas dificuldades em ouvir.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
18.07.2017 30 Min	Ir de encontro dos interesses da utente	Ajudei a sincronizar o posto de rádio para ouvir o terço ao final de tarde.	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	A utente estava muito conversadora.	A utente estava com dificuldades respiratórias, respiração ofegante, muito cansada, já é costume mas não devia ser normal.
25.07.2017 45 Min	Ir de encontro dos interesses da utente	Conversa com a utente	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	A utente estava há minha espera, sabia que era dia de visita, estava sorridente, estava também muito conversadora e ouvinte.	
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos

1.08.2017 40 Min	Promover os saberes populares; Estimular a memória, atenção, o raciocínio e a concentração	Uso dos provérbios populares	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -Provérbios Populares	A utente teve facilidade na resposta de grande parte dos provérbios, com respostas quase imediatas	A utente refere não ter vontade de fazer nada, está sem reação.
8.08.2017 40 Min	Ir de encontro dos interesses da utente	Conversa com a utente	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha		A utente continua com um discurso de estar sem força e reação para fazer nada.
17.08.2017 30 Min	Ir de encontro dos interesses da utente	Conversa com a utente	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha		A utente esteve no hospital no fim-de-semana, prometeu não estar de pijama na próxima visita. A utente só fez levantar por saber que era dia de visita, tem estado na cama a recuperar, discurso pessimista.
8.08.2017 1h	Promover os saberes populares; Estimular a memória, atenção, o raciocínio e a concentração	Uso dos provérbios populares	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha -Provérbios Populares	A utente respondeu quase sempre de forma quase imediata. Cumpru com a promessa, não me recebeu de pijama, estava com melhor aparência. A nora da utente esteve connosco.	A nora da utente refere que a utente não quer que nora saia de casa, tem medo de estar sozinha.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
5.09.2017 40 Min	Promover a mobilidade física e o não isolamento	Caminhada	Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	Fizemos caminhada à volta da casa do filho da utente, por forma a tirar a utente de casa	A utente não se recordava que era dia de visita. Não tem saído de casa com frequência. Quando caminha fica muito cansada.
12.09.2017 40 Min	Promover a mobilidade física e o não isolamento	Caminhada	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	Caminhada à volta da casa do filho da utente, só anda com companhia	Continua muito cansada ao caminhar

19.09.2017 35 Min	Promover a mobilidade física e o não isolamento	Caminhada	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	Caminhada á volta da casa do filho da utente, só anda com companhia	Continua muito cansada ao caminhar
25.09.2017 1h	Promover a mobilidade física e o não isolamento	Caminhada Avaliação das visitas	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	Utente refere que se tivesse de deixar as visitas ia sentir muita falta de conversar, vê as visitas como amizade, humildade e amor.	Pouco conversadora. Não se acha com força para ir para uma resposta de Centro de Convívio
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
9.10.2017 1h	Promover a mobilidade física e o não isolamento	Conversa com a utente	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	A utente começou a ir ao terço todos os dias, convive com a comunidade, vive a sua espiritualidade e caminha.	O terço ser só rezado neste mês o que significa que no mês seguinte a utente vai voltar a não ter objetivo para sair de casa. Esta será a única visita do mês.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
7.11.2017 35 Min	Promover a mobilidade física e o não isolamento	Conversa com a utente	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	A utente comigo vai caminhar, mas são apenas alguns metros	Já terminou o terço, a utente não tem motivos/objetivos para ir à rua
13.11.2017 45 Min	Promover a mobilidade física e o não isolamento	Conversa com a utente	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	A utente comigo vai caminhar, mas são apenas alguns metros	A ida à rua só muito motivada, não vai por sua iniciativa.
21.11.2017 30 Min			-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha - Contacto telefónico, duas vezes-10 min (rede móvel)		A utente tinha ido ao Centro de Saúde, ainda demorava. Entrei em contato com a nora. A visita não foi realizada

28.11.2017					Não tive carrinha para me deslocar
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
5.12.2017	Promover o diálogo/ discurso; Trabalhar a memória-relembrar o que faz diariamente	Conversa com a utente	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	Conversa sobre idas à Instituição, à Festa de Natal e à Missa.	Demonstra pouca vontade de sair de casa
12.12.2017	Promover um momento de convívio e interação com a comunidade residente no lar.	Ida ao lar à missa mensal, passar todo o dia em convívio.	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	A utente gostou muito de assistir à missa. Almoçou tudo, em casa mal toca no prato, fazer a refeição acompanhado é sempre melhor.	A utente foi de poucas palavras.
19.12.2017	Promover o diálogo/ discurso; Trabalhar a memória-relembrar o que faz diariamente	Conversa com a utente	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	A utente tem a família que a acompanha	A utente voltou a ir ao hospital, está a recuperar. Não quer estar sozinha refere a nora e o filho. Existe alguma tensão familiar.
26.12.2017	Promover o diálogo/ discurso; Trabalhar a memória-relembrar o que faz diariamente	Conversa com a utente	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	A utente está a melhorar	Utente pouco conversadora. Tensão familiar mais acentuada, a utente recusasse à possibilidade da ida ao Centro de Convívio, mas também não quer ficar sozinha em casa.

Anexo XIII- Plano de Intervenção – Sujeito 27
68 Anos, (admissão 1-08-2007) - A-dos-Negros

O utente já tinha acompanhado em ANIMA-animação ao domicílio, antes de ser integrado em Centro de Convívio. Está novamente em casa após ter sido vítima de atropelamento (à cerca de um ano), está ainda em recuperação, ficou com receio em andar.

Foi feita uma visita pela Dra. Rosalinda (psicóloga) e pela Dra. Ana (Diretora Técnica), por forma a avaliarem a situação e saber o feed-back da família na eventualidade do utente passar a ter as minhas visitas, a família mostrou-se receptiva à intervenção do ANIMA, pois já tinha acompanhado o utente antes em contexto de Centro de Convívio.

Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
25.05.2017 45Min	Perceber qual o ponto de situação atual do utente; Identificar as capacidades motoras	1ª Avaliação	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00	O utente conheceu-me, estava deitado, começou logo a falar da perna direita que sofreu no acidente (atropelamento), com prótese. A conversa com o utente foi acompanhada pela cunhada (cuidadora, nossa ex-colaboradora), esteve muito receptivo. Terá de ser trabalhado com o utente alguns exercícios de mobilidade, cunhada refere que o utente tem muito medo da dor, do pousar o pé no chão.	
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
14.06.2017 1h	Conversar com utente, estabelecer uma relação de confiança; Promover os exercícios de mobilidade.	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00 -1 Bola	Assim que o utente pegou na bola foi imediata uma reação muito positiva, começou a fazer exercícios que conhecia, a sua expressão mudou completamente. Foi trabalhado a reminiscência,	Após termos começado alguns movimentos o utente estava muito ansioso, ajudei-o a respirar normalmente (inspira-expira).

				centrado nos momentos bons do passado. No levantar de joelhos, primeiro estava receoso, mas depois fazia tudo sozinho de forma alternada e rápido. Consegue andar sozinho desde que auxiliado só para sentir segurança.	
22.06.2017 50Min	Conversar com utente, estabelecer uma relação de confiança; Promover os exercícios de mobilidade.	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00 -1 Bola	O utente esteve muito participativo nos exercícios com bola. Tentativa de uma ida à rua, correu bem, foi o início da confiança.	Fomos ao exterior, mas a reação da possibilidade da ida ao portão não foi boa, não quis.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
19.07.2017 1h	Conversar com utente, estabelecer uma relação de confiança; Promover os exercícios de mobilidade.	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00 -1 Bola	Fizemos exercícios com a bola fazendo levantamento de braços, pernas e joelhos. Fizemos exercícios de respiração.	Estava bastante ansioso, “babava-se mais” (não controla a saliva).
26.07.2017 45Min	Conversar com utente, estabelecer uma relação de confiança; Promover os exercícios de mobilidade.	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00 -1 Bola	Exercícios de bola, movimentos de braços e pernas.	Na ida à rua o utente estava com menos força na perna direita, fazia muita força quando o segurava.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
2.08.2017 50Min	Conversar com utente, estabelecer uma relação de confiança; Promover os exercícios de mobilidade. Trabalhar a marcha	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00 -2 Bola pequenas	Ida à rua, trabalhar a marcha. Exercícios com 2 bolas pequenas.	Estava mais ansioso, “babava-se mais”, quer fazer os exercícios depressa.
9.08.2017 40Min	Conversar com utente, estabelecer uma relação de confiança; Promover os exercícios de mobilidade.	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00 -2 Bola pequenas	Exercícios com as 2 bolas pequenas e a trança, exercer força.	Não fomos à rua estava muito vento.

	Trabalhar a marcha		-1 Trança de trapilho		
16.08.2017 1h	Conversar com utente, estabelecer uma relação de confiança; Promover os exercícios de mobilidade. Trabalhar a marcha	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00 -2 Bola pequenas	Na ida á rua, consegui que o utente quisesse ir até ao portão , tarefa esta que não tinha conseguido, tinha receio, eventualmente o lembraria do atropelamento. Acredito que foi conseguida uma relação de confiança.	
23.08.2017 1h	Conversar com utente, estabelecer uma relação de confiança; Promover os exercícios de mobilidade. Trabalhar a marcha	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00 -2 Bola pequenas	O utente já faz uma sessão de exercícios de braços e pernas sozinho, com a minha supervisão. Neste mês tem tido um reforço adicional com a estimulação diária de uma das colaboradoras que por sua autonomia o incentiva a conseguir ligar/desligar o botão da luz. O que leva o utente a dar-me essa noticia semanalmente, ele sente contente por isso.	O utente está muito ansioso, quer fazer os exercícios todos à pressa. Voltou a queixar-se da perna direita.
30.08.2017 1h	Conversar com utente, estabelecer uma relação de confiança; Promover os exercícios de mobilidade. Trabalhar a marcha	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00 -2 Bola pequenas	Quando cheguei a casa do utente ele pediu-me logo para ir à rua, está com maior equilíbrio.	Continua na caminhada a fazer referência à dor da perna direita, mas depois esquece-se disso com o andar.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
6.09.2017 1h	Conversar com utente, estabelecer uma relação de confiança; Estimulação da motricidade grossa	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00	A caminhada torna-se mais longa, uma volta e meia, do que o normal, o utente já tem uma melhor resistência.	O utente continua sempre a queixar-se da perna e a “babar-se” muito.
14.09.2017 1h	Conversar com utente, estabelecer uma relação de confiança; Estimulação da motricidade grossa	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00	Em cada visita a caminhada é maior.	Inicialmente o utente estava agitado mas depressa voltou à normalidade.

20.09.2017 1h	Conversar com utente, estabelecer uma relação de confiança; Estimulação da motricidade grossa	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00	Em cada visita a caminhada é maior.	Inicialmente o utente estava agitado mas depressa voltou à normalidade.
27.09.2017					A família pediu para não ir, não iria estar ninguém em casa.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
4.10.2017 1h	Conversar com utente, estabelecer uma relação de confiança; Estimulação da motricidade grossa	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00	Caminhada com o utente, ele estava muito seguro de si. Conversa com o cuidador, o atropelamento, não foi uma questão fácil de ultrapassar, a forma como foi lidada com a situação (entre os responsáveis) em si também não ajudou.	A família sentiu-se desamparada perante a situação e teve de lidar sozinha com a recuperação do utente.
11.10.2017 1h	Conversar com utente, estabelecer uma relação de confiança; Estimulação da motricidade grossa	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades Ouvir o cuidador	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00	Caminhada e exercícios de bola.	O utente estava eufórico com uma bengala, para o utente é apenas um objeto e não uma ajuda técnica pois ele não percebe a sua utilidade. Não a usa como uma força/auxílio.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
8.11.2017 1h	Aumentar a mobilidade, motricidade grossa, dos membros superiores e inferiores; Incentivo à marcha, aumentando o equilíbrio	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades Ouvir o cuidador	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00	Andamos no corredor dentro de casa, andou apoiado à janela, assim sentia-se mais confiante, sem o meu auxílio. Dei-lhe estratégias para não se esquecer do degrau.	Estava a “babar-se” muito, estava mais nervoso, talvez por estar a fazer uma caminhada diferente.
15.11.2017 1h	Aumentar a mobilidade, motricidade grossa, dos membros superiores e inferiores;	Deixar o utente sentir-se à vontade;	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00	Andamos na rua e no corredor. Fizemos exercícios com e sem bola na rua sentado.	O utente está mais ofegante, não é costume, mostrasse mais cansaço.

	Incentivo à marcha, aumentando o equilíbrio	Perceber as suas capacidades e dificuldades Ouvir o cuidador	- Bola	Sorri muito, eufórico na realização dos exercícios.	
22.11.2017					Não fui a pedido da família, não estaria ninguém em casa.
30.11.2017 1h	Aumentar a mobilidade, motricidade grossa, dos membros superiores e inferiores; Incentivo à marcha, aumentando o equilíbrio	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades Ouvir o cuidador	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00 - Bola	Andamos no corredor, por momentos já conseguiu andar sem apoio. Ao andar no corredor já não preciso de dizer onde fica o degrau. Fizemos o jogo de lançamento da bola no corredor de pé, o utente manteve o equilíbrio.	
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
6.12.2017 50Min	Melhorar a força muscular e o equilíbrio; Aumentar a coordenação motora e a mobilidade. Promover a melhoria da autoestima.	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades Ouvir o cuidador	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00	Fizemos caminhada	
13.12.2017	Melhorar a força muscular e o equilíbrio; Aumentar a coordenação motora e a mobilidade. Promover a melhoria da autoestima.	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades Ouvir o cuidador	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00	Andou sozinho no corredor, mais confiante.	
20.12.2017	Melhorar a força muscular e o equilíbrio; Aumentar a coordenação motora e a mobilidade. Promover a melhoria da autoestima.	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades Ouvir o cuidador	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00	Desta vez fomos andar na rua, mal precisava do meu auxílio, só mesmo para ter confiança, pois não exercia qualquer força, estava muito "leve" ao andar.	

27.12.2017	Melhorar a força muscular e o equilíbrio; Aumentar a coordenação motora e a mobilidade. Promover a melhoria da autoestima.	Deixar o utente sentir-se à vontade; Perceber as suas capacidades e dificuldades Ouvir o cuidador	-Animadora/ Educador Social -Carrinha -Registo R.ADP.09.00	Está cada vez melhor, mais positivo. Mostrei à família o utente a andar no corredor, mas estavam sempre com receio que ele caísse. Foi um passo muito grande que o utente nestes meses passasse a ter confiança e andasse sozinho no corredor.	A família tem medo de deixar o utente a andar sozinho na minha ausência.
------------	---	---	--	--	--

Anexo XIV- Plano de Intervenção – Sujeito 2
82 Anos, (admitido-19.12.2016) - Gracieira

O utente está acamado, tem dificuldades na comunicação, expressasse essencialmente através de movimentos. A sua companheira vive para cuidar do seu companheiro.

Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
05.01.2017 1h	Fazer o levantamento dos problemas e situação dos idosos de Serviço de Apoio Domiciliário	1ª Avaliação	-Animadora/ Educador Social e Psicóloga -Grelhas de registo 1 e 2 -Inquérito por questionário; -Carrinha	Ao experimentar dar a fruta na mão do utente, teve uma boa reação, comeu a tangerina toda. Incentivei a companheira a dar ao companheiro fruta na sua mão por forma a comer sozinho	Muito parado, lentificação nas respostas. Acamado, sem levantar, a família tentou uma vez e o utente perdeu os sentidos.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
18.04.2017 30 min					Ninguém apareceu à porta. Agora sabemos que temos que entrar, a companheira está sempre em casa
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
12.05.2017 1h	Reavaliar o ponto de situação da utente	2ª Avaliação	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	O utente está acamado, apresenta melhorias de saúde muito notórias, responde de imediato ao que lhe é perguntado. Movimenta os membros, está mais reativo. A filha e neta apareceram quando estávamos na visita, onde lhe foi explicado o projeto, do qual lhes agradou o acompanhamento.	A companheira refere que o utente lhe pede para fazer levantar, mas já há muito tempo que não o faz, quando a companheira não faz o que o utente quer, faz recusa alimentar. A filha teve receio que as visitas do ANIMA acarretassem mais uma despesa.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos

07.6.2017 1h	Conversar com o utente sobre a sua história de vida; Exercícios de mobilidade.	Perceber história de vida; Fazer exercícios de mobilidade	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	<p>Fez todos os exercícios/movimentos pretendidos com os membros superiores, tem bastante força (avaliação), mostrou destreza nos movimentos.</p> <p>A Filha estava com os pais (a mãe esteve todo dia a vomitar e tinha passado a noite no hospital).</p>	<p>Utente pouco comunicativo, só respondia quando questionado.</p> <p>A companheira “sufoca” o utente, não deixa fazer nada sem intervir (não dá espaço para que ele a seu tempo responda às questões), o que acontece o mesmo com as colaboradoras na prestação de cuidados.</p> <p>O utente faz recusas alimentares com frequência (faz “birras”, serra boca e fecha olhos), a mulher de tanto teimar conseguiu neste dia que o companheiro comesse alguma coisa ao lanche pois ao almoço também não tinha comido “grande coisa”.</p>
14.06.2017	Conversar com o utente sobre a sua história de vida; Fazer exercícios de mobilidade.	Perceber história de vida; Fazer exercícios de mobilidade	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	<p>A companheira já não foi tão “sufocante”, preocupada mas deixou fazer.</p> <p>Recomendei a toma de um ben-u-rom ou paracetamol para o utente se sentir melhor.</p> <p>Se o utente não melhorar dei indicação de que deveria ir ao hospital, ao qual a família evita para o utente não piorar.</p>	<p>Apresenta movimentos muito rígidos, até no aperto de mão.</p> <p>Continua com a recusa alimentar.</p> <p>Estava bastante prostrado, pouco reativo, queixa de dores, mas não identificava onde doía.</p> <p>Ao ouvir falar olhava mas depois voltava a desviar o olhar, nem com as colaboradoras foi reativo como costuma ser.</p> <p>Avaliamos a Tensão arterial, estava boa 11 máxima, 7 mínima, normalmente costuma estar mais baixa segundo a companheira.</p> <p>Não chegou a ter visita do médico de família.</p> <p>Continua a beber muito pouca água, urina escura e com cheiro segundo a companheira.</p> <p>Observação: (a garrafa de água devia ser trocada, está com muita sujidade, eventualmente será a mesma desde a 1ª visita). A companheira do utente continua a querer que as colaboradoras esfreguem as pernas do utente com álcool de cânfora.</p> <p>Calcanhares avermelhados de roçar no colchão, tem colchão anti escaras.</p>

22.06.2017 45min	Conversar com o utente sobre a sua história de vida; Fazer exercícios de mobilidade.	Perceber história de vida; Fazer exercícios de mobilidade	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	O utente estava mais desperto, mais ativo, falou mais. Estava a lanchar sem recusa. Teve visita do médico de família.	Não foram realizados exercícios de mobilidade.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
19.07.2017 1h	Conversar com o utente sobre a sua história de vida; Fazer exercícios de mobilidade.	Perceber história de vida; Fazer exercícios de mobilidade	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -2Bolas pequenas -Carrinha	O utente foi recetivo na realização de alguns exercícios de braços, sobe pernas e rabo sem ajuda, mostra força nos membros.	O utente no aperto de mão perde a noção da força exercida, aperta muito e depois não quer largar a mão. O utente pede beijinhos acenando com o dedo na cara mas depois não fala nada, já a companheira refere que durante toda a vida foi de poucas palavras.
26.07.2017 50min	Conversar com o utente sobre a sua história de vida; Fazer exercícios de mobilidade.	Perceber história de vida; Fazer exercícios de mobilidade	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -2Bolas pequenas -Carrinha	O utente está mais falador (ouve-se em voz alta), fez lançamento de bola.	Voltou a fazer o gesto a pedir beijinhos, desta vez a uma colaboradora, ela "ignorou", uma vez que o utente mostrou uma postura de "malandrice".
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
2.08.2017 1h	Fazer exercícios de mobilidade (membros superiores)	Fazer exercícios de mobilidade; Acompanhar a companheira (ouvir);	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -2Bolas pequenas -Carrinha	O utente fez exercícios de braços com 2 bolas.	O utente voltou a pedir beijinhos, usei este facto dizendo que se ele, o utente começasse a falar comigo em vez de acenar a cabeça podia ter essa possibilidade. Continuei a insistir com os exercícios apenas de braços, pois as pernas implicaria destapar e o utente arrefecia.
9.08.2017 40 Min	Fazer exercícios de mobilidade (membros superiores)	Fazer exercícios de mobilidade; Acompanhar a	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -2Bolas pequenas		Se chego ao utente após o lanche e higiene da tarde, não existe qualquer tipo de reação, o utente fecha olho e não reage a qualquer estímulo, embora quando lhe tocamos na mão ele faz o movimento para nos "tocar" com malandrice.

		companheira (ouvir);	-Carrinha		
16.08.2017 1h	Fazer exercícios de mobilidade (membros superiores)	Fazer exercícios de mobilidade; Acompanhar a companheira (ouvir);	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -2Bolas pequenas -Carrinha	Fui a casa do utente mais cedo para ver qual seria a reação, de facto estive mais reativo não mais que 10/20 minutos, fizemos exercícios de mãos e braços, lançamento de bola, depois fecha os olhos e não responde mais.	O utente depressa perde a atenção, “desligando-se” do que se passa à sua volta.
23.08.2017 40 Min	Fazer exercícios de mobilidade (membros superiores)	Fazer exercícios de mobilidade; Acompanhar a companheira (ouvir);	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -2Bolas pequenas -Carrinha	O utente só disse “boa tarde”. Acabo por dedicar algum tempo mais à companheira, cuidadora que se dedica exclusivamente ao companheiro.	Refere não se sentir bem e depois não diz mais nada. Só tem alguma reação quando lhe toco/aperto o nariz, orelha ou com o toque na cabeça ou cara. Sempre só gestos nunca palavras.
30.08.2017 40 Min	Fazer exercícios de mobilidade (membros superiores)	Fazer exercícios de mobilidade; Acompanhar a companheira (ouvir);	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -2Bolas pequenas -Carrinha	O utente voltou só a dizer “boa tarde”, por mais que a própria companheira insista não existe mais qualquer reação/comunicação.	Só tem alguma reação quando lhe toco/aperto o nariz, orelha ou com o toque na cabeça ou cara porque se sente incomodado. Sempre só gestos nunca palavras. Com as colaboradoras também não tem reagido.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
6.09.2017 1h	Fazer exercícios de mobilidade (membros superiores)	Fazer exercícios de mobilidade; Acompanhar a companheira (ouvir);	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	O utente continua no mesmo registo, disse “boa tarde” e depois “até para a semana”, após ter sido muito estimulado.	O cuidador precisa de ser muito ouvido.

14.09.2017 1h	Fazer exercícios de mobilidade (membros superiores)	Fazer exercícios de mobilidade; Acompanhar a companheira (ouvir);	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	O utente continua no mesmo registo, disse “boa tarde” e depois “até para a semana”, após ter sido muito estimulado.	O cuidador precisa de ser muito ouvido.
20.09.2017 50 Min	Fazer exercícios de mobilidade (membros superiores)	Fazer exercícios de mobilidade; Acompanhar a companheira (ouvir);	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	Mantém-se no mesmo registo da semana anterior, disse “boa tarde”, “até amanhã”. A companheira está melhor do joelho. O utente pelo menos tem comido bem.	Não estou a conseguir desenvolver qualquer exercício de mobilidade
27.09.2017					O utente estava no hospital, não houve visita.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
4.10.2017					Não consegui fazer a visita, atrasei-me no utente anterior.
11.10.2017 1h	Fazer exercícios de mobilidade (membros superiores)	Fazer exercícios de mobilidade; Acompanhar a companheira (ouvir);	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	O utente só disse “Boa tarde”	O utente mantém-se no mesmo registo. Falei com a companheira sobre a ida a um Neurologista, ela desvaloriza, pois já foi acompanhado e não tinha nada.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
8.11.2017 1h	Promover uma melhoria no bem-estar do cuidador	Ouvir o cuidador	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	Utente mais reativo mas pouco comunicativo. A companheira mostra-se mais autónoma, já sai de casa quando precisa, deixando o companheiro “tratado” e por vezes fica acompanhado. Conduzir é muito importante para ela.	Utente esteve hospitalizado durante uma semana no mês anterior.

15.11.2017 1h	Promover uma melhoria no bem-estar do cuidador	Ouvir o cuidador	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	Dei mais voz ao cuidador, levou a que o utente esteve mais atento, respondia com gestos e encolher de ombros ou acenar a cabeça, bastante reativo como ainda não tinha visto (talvez por ter estado no hospital)	
22.11.2017 1h	Promover uma melhoria no bem-estar do cuidador	Ouvir o cuidador	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	O utente estava reativo, mas segundo a companheira achava-o mais parado.	
30.11.2017 1h	Promover uma melhoria no bem-estar do cuidador	Ouvir o cuidador	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	Só está atento enquanto falo com a companheira.	Continua a responder com o acenar de cabeça.
Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
6.12.2017 40 Min	Promover o bem-estar/diálogo com o cuidador, para prestar eventualmente melhores cuidados.	Ouvir o cuidador	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha		Muito pouco reativo, avaliamos a Tensão Arterial, estava com valores normais.
13.12.2017 50 Min	Promover o bem-estar/diálogo com o cuidador, para prestar eventualmente melhores cuidados.	Ouvir o cuidador	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	O utente esteve mais reativo, de olho aberto, mesmo no fim de terem sido prestados os cuidados de higiene da tarde.	
20.12.2017 50 Min	Promover o bem-estar/diálogo com o cuidador, para prestar eventualmente	Ouvir o cuidador	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha		O utente estava mais mexido, voltou a pedir beijinhos às colaboradoras, depois fica "amuado", por não ser feita a vontade, mas à companheira nunca pede.

	melhores cuidados.				
27.12.2017 40 Min	Promover o bem-estar/diálogo com o cuidador, para prestar eventualmente melhores cuidados.	Ouvir o cuidador	-Animadora/ Educador Social -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	O utente estava mais responsivo e com melhor cara.	

Anexo XV- Plano de Intervenção – Sujeito 15

88 Anos (admitida - 28.03.2011) – Casais da Navalha

A utente precisava de estar em contacto com a sociedade, com a aldeia, com as pessoas que para ela lhe tinham virado as costas após ao falecimento do companheiro. Após segunda visita foi constado de que existiria outra resposta mais completa, ou seja de segunda a sexta e não apenas uma vez por semana.

Uma vez que a utente está integrada num serviço mais “presente”, por ser diário como é o Centro de Convívio, a sua integração está a ser positiva pelo que nos refere, desta forma não se justifica a sua integração no Projeto *ANIMA*.

Data/Hora	Objetivos	Tarefas	Recursos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
13.01.2017 1.30h	Fazer o levantamento dos problemas e situação dos idosos de Serviço de Apoio Domiciliário	1ª Avaliação	-Animadora/ Educador Social e Psicóloga -Grelhas de registo 1 e 2 -Carrinha	A filha ficou mais atenta com o episódio do adormecimento da mãe. Tem companhia de dois cães.	A utente esteve sempre em negação em relação às suas limitações físicas. Muito confusa/raciocínio lentificado necessita de ser estimulação. Fala com mágoa, ressentimento por não ter visitas, não quer ir ao Centro de convívio, para a utente “muita gente junta não se salva”. Em relação à medicação, decora a cor das caixas para saber quando tomar. Vive sozinha, muito isolada, em caso de emergência não tem quem a socorra. Faz muita medicação à noite, houve um episódio que às 13h ainda estava a dormir quando lhe foram entregar o almoço.
2.06.2017 30 Min	Reavaliar o ponto de situação da utente	2ª Avaliação	-Animadora/ Educador Social e Encarregada Geral -Registo R.ADP.09.00 -Carrinha	A utente reconheceu a Ana que não a via há muito tempo. A utente está integrada em Centro de Convívio da Capeleira, vai todas as tardes, vê pessoas da sua mocidade que não via há muitos anos, no percurso do transporte passa por “terras” que já não	A utente não me reconheceu, a última visita tinha sido em Janeiro. Mantém pensamento lento na resposta às questões.

				<p>passava, anda a fazer flores para o arraial da festa da aldeia.</p> <p>A utente estava muito apressada em almoçar pois o transporte do Centro estava quase a chegar.</p>	
7.06.2017 30 Min	Dar a conhecer o projeto e as visitas realizadas à utente	Informar a filha da utente	-Animadora/ Educador Social -Telemóvel (30 min)	<p>Entrei em contacto com a filha da utente, dei a conhecer as visitas que tínhamos feito em Janeiro (13) e em Junho (2), expliquei o projeto e a não integração da utente no Projeto <i>ANIMA</i>, a filha entendeu e agradeceu o contacto.</p>	

