



Publicação co-financiada pelo Estado Português e pelo Fundo Social Europeu

Manual de Boas Práticas

Um guia para o acolhimento residencial das pessoas em situação de deficiência

Para dirigentes, profissionais, residentes e familiares



UNIÃO EUROPEIA

Fundo Social Europeu



QCA III
ASSISTÊNCIA
TÉCNICA
EIXO FSE
dt
PROJECTO APOIADO PELO
PROGRAMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA
TÉCNICA AO QCAIII - EIXO FSE



SEGURANÇA SOCIAL
INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.

CID

Idosos, Crianças e Deficientes
Cidadania, Instituições e Direitos

Manual de Boas Práticas

Um guia para o acolhimento residencial das pessoas em situação de deficiência

Para dirigentes, profissionais, residentes e familiares

Ficha Técnica

Edição

Instituto da Segurança Social, I.P.

Rua Rosa Araújo, 43 — 1250-194 Lisboa

iss@seg-social.pt

Autores

Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social

CID - Crianças, Idosos e Deficientes - Cidadania, Instituições e Direitos

Grupo de Trabalho

Armando Leandro — Juiz Conselheiro Jubilado - Presidente do Grupo CID

Dora Lameirão Alvarez — Psicóloga - Grupo CID

Ricardo Carvalho — Jurista - Grupo CID

Sónia Esperto — Instituto da Segurança Social, I.P.

Maria do Carmo Medeiros — Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência

Com a colaboração de:

Guida Faria

Inês D' Orey

Capa e Separadores

Associação Nacional Famílias para a Integração da Pessoa Deficiente - AFID

Capa - Nuno Geada - Título: "O Pallhaço". Óleo s\ tela, 2001

Ilustrações

Pedro Morais

Design e Paginação

RPVP designers

Reprodução Gráfica

CÉM - Artes Gráficas

Parque Ind. ACIB - Pavilhão 38

BARCELOS

Tiragem

15.000

ISBN

972-99152-7-X

Depósito Legal

235975/05

Agradecimentos

A todas as Instituições que com a sua participação contribuíram para a elaboração deste Manual.

Aos elementos que realizaram o estudo qualitativo relativo às estruturas residenciais para pessoas em situação de deficiência - no âmbito do plano de auditoria social e acompanhamento da protecção de menores, idosos e deficientes da Segurança Social: Dra. Sónia Esperto e Dra. Maria do Carmo Medeiros, pela relevância dos resultados do seu trabalho, determinantes para a concepção das Boas Práticas contidas neste Manual.

Ao Instituto da Segurança Social, I. P., e ao SNRIPD, pela colaboração através dos seus representantes.

À AFID pela gentil cedência dos quadros, capa e separadores, com um agradecimento especial aos seus autores.

À Dra. Inês D'Orey, à Dra. Guida Faria, ao Dr. Ribeiro de Castro, à Doutora Margarida César, à Dra. Fernanda Sá Ribeiro, pelos seu contributos e sugestões.

À Rita Almeida e à Inês Silva, por toda a colaboração e o apoio prestado na concretização deste trabalho.

Todos os nomes e histórias constantes deste Manual são fictícias, qualquer semelhança com a realidade é pura coincidência.

Apresentação

A qualidade de vida das pessoas com deficiência em estruturas residenciais depende da articulação de um conjunto complexo de factores organizacionais e relacionais que tenha como objectivo nuclear o respeito e a promoção da dignidade de cada pessoa, considerada na sua individualidade como Sujeito de direitos, titular de uma cidadania plena.

Quando desinseridas do seu meio natural de vida – o familiar -, as pessoas com deficiência necessitam de especiais empenho e competência dos responsáveis e colaboradores da estrutura residencial, remunerados e voluntários. Para que as dimensões física, psíquica, intelectual, espiritual, emocional, cultural e social da vida de cada pessoa com deficiência possam por ela ser desenvolvidas sem limitações dos seus direitos fundamentais à identidade e à autonomia.

O êxito dessa intervenção por parte da estrutura residencial depende da qualidade de uma **cultura** de pensamento e acção, ao nível institucional e pessoal, traduzida na concepção e concretização de **boas práticas**, a todos os níveis. **Cultura** radicada na constante preocupação pelo respeito, promoção e defesa dos direitos humanos dos residentes, base fundamental do seu bem-estar e qualidade de vida. **Boas práticas** continuamente assumidas, reflectidas e avaliadas, em ambiente de verdade, transparência e confiança; sempre orientadas por aquela preocupação essencial de efectivação dos direitos humanos da pessoa com deficiência, e também pelo objectivo da consequente realização pessoal e profissional de todos os dirigentes e colaboradores empenhados nesta missão, de tão relevante importância social.

O Manual que se apresenta, elaborado a partir de diversificados contributos e observações, pretende ser um instrumento útil de trabalho para dirigentes, responsáveis, colaboradores, residentes e seus familiares.

Oxalá possa corresponder aos objectivos, princípios e estratégias que o orientaram – ser instrumento dinâmico de reflexão, formação e acção. Capaz de, continuamente enriquecido por todos, contribuir para que o *cuidar* da pessoa com deficiência - porque correspondente a um autêntico sentido do outro e a uma ética e a uma técnica exigentes, à altura das responsabilidades de cidadania activa do nosso tempo - tenha a *qualidade* que o bem-estar das pessoas e o progresso comunitário exigem no quadro actual e futuro do nosso irrecusável desenvolvimento civilizacional de qualidade.

O Presidente do grupo CID

Juiz Conselheiro Armando Leandro

Enquadramento Social

É hoje claro o reconhecimento, ao nível do Direito Internacional e Nacional, da cidadania plena da pessoa com deficiência.

Cidadania expressa no gozo dos direitos de toda a pessoa humana, fundados na sua eminente dignidade, consagrados constitucionalmente, ao nível dos direitos, liberdades e garantias e também dos direitos e deveres sociais ¹. Realce-se, a propósito dos direitos e deveres sociais, o disposto no art.º 71.º da Constituição da República Portuguesa:

Artigo 71.º

(Cidadãos portadores de deficiência)

1. Os cidadãos portadores de deficiência física ou mental gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, com ressalva do exercício ou do cumprimento daqueles para os quais se encontrem incapacitados.
2. O Estado obriga-se a realizar uma política nacional de prevenção e de tratamento, reabilitação e integração dos cidadãos portadores de deficiência e de apoio às suas famílias, a desenvolver uma pedagogia que sensibilize a sociedade quanto aos deveres de respeito e solidariedade para com eles e a assumir o encargo da efectiva realização dos seus direitos, sem prejuízo dos direitos e deveres dos pais ou tutores.
3. O Estado apoia as organizações de cidadãos portadores de deficiência

A efectivação desses direitos e dos reconhecidos na legislação ordinária, que densifica e desenvolve os preceitos constitucionais, implica a radicação de uma cultura que considere a realidade social, numa perspectiva de presente e futuro.

Apesar dos nítidos progressos verificados, a realidade demonstra que a efectivação dos direitos de todas e cada uma das pessoas com deficiência está ainda longe do que é devido e possível numa sociedade que dispõe já de assinaláveis conhecimentos e razoáveis meios de intervenção. Pense-se, por exemplo, no muito que há ainda a fazer ao nível das acessibilidades, essencial à garantia de vida autónoma, do apoio à pessoa com deficiência no seio da sua família e da inserção no mercado de trabalho.

¹ Cfr. art.ºs 24.º a 56.º da Constituição da República Portuguesa

Independentemente do dever de viabilizar o apoio à pessoa com deficiência em meio natural de vida - o familiar ou de vida autónoma - a realidade impõe a atenção muito cuidada pela qualidade da resposta residencial, considerando a sua necessidade no quadro do estadio actual da nossa evolução, designadamente em situações que implicam graves limitações de autonomia.

O manual de boas práticas foi concebido em termos de poder constituir contributo no percurso para a generalização dessa qualidade.

Índice

11	A	Organização de pessoas para pessoas
12	1.	O que nos orienta
15	1.	Missão
17	2.	Valores
17	3.	Visão
18	4.	Estratégia
24	5.	Cultura ética
26	2.	Direitos, Princípios e Valores do Cuidar
32	3.	Representação das pessoas em situação de incapacidade
34	4.	Projecto Institucional
37	B	Mudar de casa, mudar de vida?
38	5.	A escolha, o contrato, a chegada
39	1.	Candidatura
43	2.	Admissão
45	3.	Acolhimento
47	4.	Projecto de vida
49	6.	Viver e conviver
49	1.	Viver com os outros
51	2.	Flexibilidade de horários
53	3.	Alimentação e hidratação
57	4.	Sono
60	5.	Higiene e apresentação
63	6.	Cuidados de saúde
71	7.	Actividades
73	8.	Afectividade e sexualidade
82	9.	Dependência
93	10.	Espiritualidade
94	11.	Aceitar a situação de deficiência
97	7.	Quando algo corre mal
97	1.	Maus tratos
103	2.	Prevenção primária, secundária e terciária
106	3.	O que fazer em caso de maus tratos?
110	4.	Procedimento legal

115	C	Organizar a casa
116	8.	As pessoas que trabalham na casa
117	1.	Recrutamento e selecção
117	2.	Formação
118	3.	Avaliação e carreira
119	4.	Trabalho em equipa
121	5.	Feedback
123	6.	Supervisão
125	7.	Relações no Trabalho
125	8.	Realização profissional através da realização dos residentes
129	9.	Comunicação
136	10.	Conflitos
141	11.	Informação escrita
147	9.	Espaços e Documentos
147	1.	Documentos
149	2.	Organização dos espaços físicos
154	3.	Segurança
159	4.	Primeiros socorros
166	10.	Reflectir para melhorar
166	1.	Avaliação interna (horizontal e vertical)
167	2.	Avaliação externa
168	11.	A Inspeção e a Fiscalização
168	1.	A Inspeção Geral do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
169	2.	Departamentos de Fiscalização Regionais - ISS, IP

Bibliografia

Anexos



A. Organização de pessoas para pessoas

1. O que nos orienta

1. Missão
2. Valores
3. Visão
4. Estratégia
5. Cultura ética

2. Direitos, Princípios e Valores do Cuidar

3. Representação das pessoas em situação de incapacidade

4. Projecto Institucional



Ana Rita Pimenta
"Rapariga a descansar"
-
2000

1. O que nos orienta

No percurso conjunto que agora iniciamos, é importante definirmos alguns conceitos que utilizaremos ao longo deste manual.

Começemos então pelo conceito de **casa**. Esta é, por definição, “um local onde se vive habitualmente”, isto é, um sítio onde se passa parte do dia e onde se fica a dormir.

Será que as pessoas acolhidas em estruturas residenciais – qualquer que seja a sua dimensão, forma ou natureza – vivem numa casa?

Claro que sim. Quem vive em acolhimento residencial **deve sentir-se em sua casa**. De que falamos quando falamos de **acolhimento residencial**?

O **acolhimento residencial** é um tipo específico de casa, com características e formas de organização próprias. Os seus elementos não são apenas os que nela residem, mas todos os que contribuem para a sua existência e desenvolvimento, isto é, colaboradores remunerados e voluntários, directores, familiares e amigos dos residentes, entre outros.

Designamos o conjunto destas pessoas, equipamentos, recursos financeiros e outros por **organização**. Esta resulta da combinação de esforços individuais que tem por finalidade realizar propósitos comuns. Por meio dela torna-se possível definir e alcançar objectivos que de outra forma não seriam atingíveis, dado que não seria tarefa passível de ser atingida por uma só pessoa.

À combinação de esforços com o propósito de acolher em regime residencial um dado número de pessoas, ou seja, onde pessoas vivem, passam uma parte significativa do seu dia e ficam a dormir – chamaremos, ao longo deste manual, **estruturas residenciais**.

A organização pode variar na sua dimensão, podendo ser constituída por um conjunto de estruturas onde o acolhimento residencial seja uma das suas valências, ou pode ela própria ser uma estrutura residencial.

A especificidade das estruturas residenciais faz com que a sua organização interna tenha de ser mutável e adaptativa. Tendo sempre o residente como centro da sua acção, a estrutura residencial deve procurar responder às suas necessidades e

respeitar e promover os seus direitos. Neste sentido tem primordial relevo o papel da estrutura residencial no cuidar do outro.

O cuidar deve ser visto como relacional e afectivo, assenta num interesse e consideração pelo outro enquanto pessoa e não apenas na efectiva prestação de serviços.

Neste sentido a organização e a estrutura residencial em específico, não pode centrar-se só sobre si própria, devendo abrir-se à comunidade criando mecanismos de interacção com esta.

Esclarecidos os conceitos, importa perguntar:

Como garantir a unidade entre as diferentes estruturas que compõem uma organização residencial?

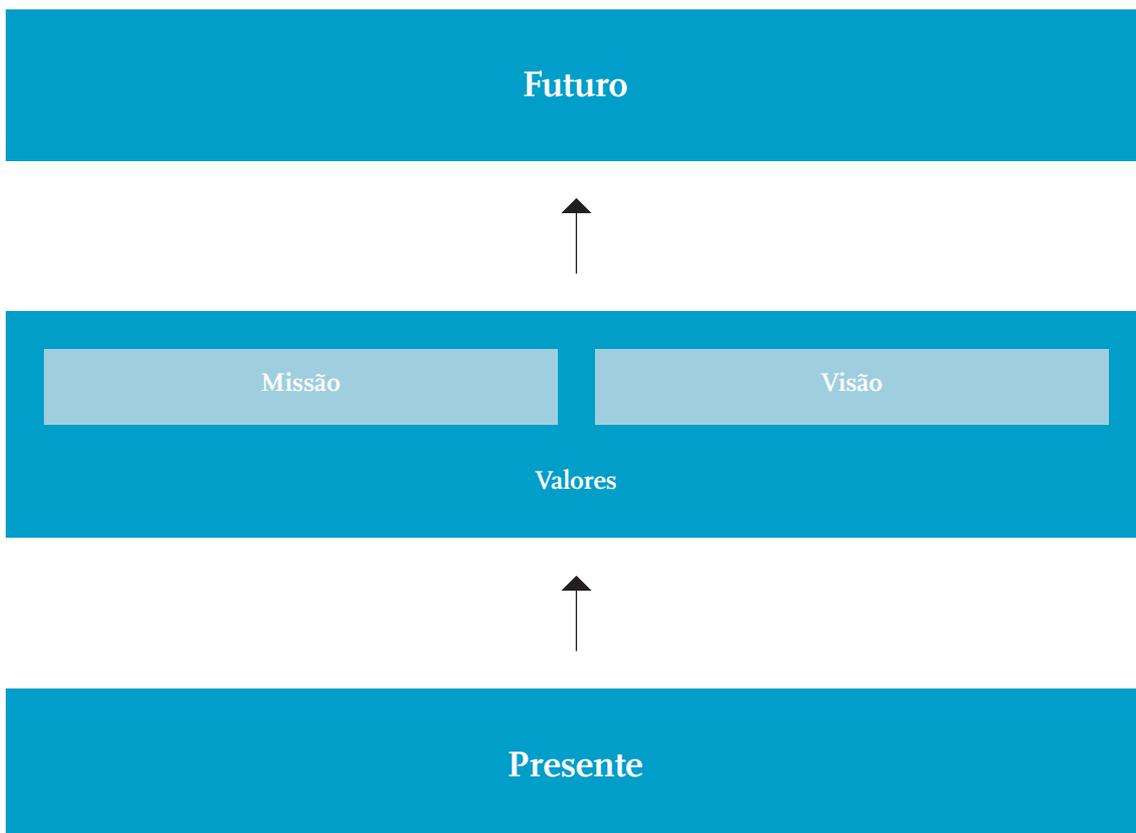
Como sabemos que estamos a contribuir para o bem comum?

Para poder dar resposta aos seus residentes e à comunidade em que se insere, uma organização deve adoptar **princípios orientadores**, comuns a todos os que nela colaboram. São estes princípios que a definem como única no serviço que presta.

No fundo, estamos a falar de **cultura organizacional**: como fazemos, porque fazemos e que objectivo perseguimos. A cultura organizacional deve orientar-se para e por uma missão comum e ter uma visão clara do futuro que deseja, cumprindo normas éticas e obedecendo a valores fundamentais.

A exigência de **qualidade** tem de ser um imperativo na gestão organizacional das estruturas residenciais. Para fomentá-la, há que encontrar um equilíbrio entre os direitos, deveres e responsabilidades de todos.

A estratégia de qualquer organização deve assentar em três pilares básicos: a **missão**, os **valores** e a **visão**.



Neste capítulo, adaptado do estudo de Campos e Cunha, R. *et al.* (2004)¹, pretende-se reflectir sobre esses aspectos organizacionais de uma estrutura residencial. Começemos por uma reflexão conjunta.

- **Estes pilares estão definidos na organização onde colabora?**
- **Qual a missão, valores e visão da sua organização?**
- **Estes elementos são conhecidos por todos os que dela fazem parte?**

Se estes pilares não estão definidos na organização onde colabora, ou se embora definidos não são conhecidos por todos, chegou o momento da sua organização parar e reflectir. Não é possível caminhar para a concretização de objectivos comuns se não soubermos o que os define e como concretizá-los.

¹ Campos e Cunha, R., Pina e Cunha, M. & Rego, A. (2004) *Criando as organizações eticamente - intensivas: Uma proposta de arquitectura organizacional para instituições de acolhimento de crianças, idosos e deficientes* - Lisboa,, GEGE, Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa

O **processo de planeamento** é vital. É ele que permite modificar, melhorar ou fortalecer as organizações. É uma ferramenta de apoio à gestão, com vista ao desenvolvimento futuro, especificando a forma e os tempos de execução. É à Direcção da organização de que faz parte a estrutura residencial, que cabe a responsabilidade de definir e pôr em prática todo o processo de planeamento e a estratégia de concretização do mesmo. É útil e desejável que a Direcção crie formas sistemáticas de ouvir os restantes elementos da estrutura residencial nesse processo.

A Estratégia é no fundo a forma como concretizamos a nossa missão e quais os nossos indicadores de eficácia. Então quais são os elementos que devem sustentar e gerar a estratégia da organização:

Missão - Porque existimos?

Valores - Quais os nossos princípios de actuação?

Visão - Como representamos o nosso futuro?

A correcta definição da **missão**, dos **valores** e da **visão** contribui para clarificar as regras de funcionamento da Organização. Só assim pode criar e fomentar uma boa reputação, contribuindo para o bem-estar e o desenvolvimento harmonioso da comunidade.

Os princípios orientadores devem ser conhecidos, vividos e praticados diariamente por todos os colaboradores da organização. Garantir a qualidade exige uma concepção ética da prestação de cuidados. Assim, a estrutura residencial precisa de basear a sua acção numa **cultura ética**.

Aprofundemos a importância de cada um destes elementos e como defini-los.

1. Missão

Uma estrutura residencial deve influenciar a vida da comunidade em que se insere e estar permeável às características e influências do exterior. É através da missão que a organização expressa de forma clara esse mesmo contributo.

1.

A missão de uma estrutura residencial define a sua identidade. Como tal, deve estar bem concretizada, respondendo às seguintes questões:

- **Quem somos nós como organização?**
- **Quem servimos?**
- **Porque existimos?**
- **O que nos distingue das outras estruturas residenciais?**

A resposta a estas perguntas deve ser **simples e clara, fácil de perceber e comunicar**. Só assim será possível para todos os membros da estrutura residencial compreender e assimilar o significado e alcance da missão que se propõem cumprir juntos. Estamos a falar de muitas pessoas, com percursos e papéis variados entre residentes e familiares, directores, colaboradores remunerados e voluntários e visitantes.

No entanto, esta simplificação **não deve ser levada ao exagero**. Isso acabaria por restringir as formas de actuação da estrutura residencial.

Por ser um pilar da identidade da estrutura residencial, **a essência da missão não deve mudar**, porque se estiver sempre a mudar torna-se inconsequente. Deve, porém, **permitir e encorajar mudanças** de atitude e estratégia sempre que necessário.

Uma missão é, de certa forma, um **horizonte**: podemos não conseguir cumpri-la na totalidade, mas é a meta que nos motiva a continuar. Deve, por isso, **poder ser posta em prática** – não são apenas boas intenções – de forma a que todos os colaboradores possam sentir que estão a fazer a sua parte.

Deixamos aqui alguns exemplos de missões de algumas organizações, estes são só a título exemplificativo, lembrando mais uma vez que cada organização é única devendo por isso ser a própria a definir a sua missão.

Walt Disney - Fazer as pessoas felizes

3M - Resolver problemas não resolvidos de forma inovadora

Goodwill Industries of Southern California - Melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência e outras desvantagens vocacionais, ajudando-as a tornarem-se produtivas e auto-suficientes através da educação, formação e oportunidades de trabalho.

2. Valores

Os **valores** são os **princípios** que guiam uma organização. Espera-se deles que sejam **intemporais**, isto é, independentes de qualquer circunstância ou contexto. Os valores espelham **crenças profundas** que norteiam a acção de todos os membros da estrutura residencial.

Os valores têm um papel central no tipo de organizações a que se destina este manual: a força e a motivação de quem nelas trabalha vem, em parte, da crença moral na qualidade e na virtude do seu trabalho. Mas ter valores não se resume a enunciar máximas bonitas. Mais do que proclamados, os valores têm de ser **postos em prática por todos no dia-a-dia**. Nas palavras do filósofo suíço Henri-Frederic Amiel: “**A conduta de qualquer pessoa é um sermão não falado que é pregado aos outros em permanência**”.

Há três valores que devem estar presentes em todas as organizações:

- **Identificação clara dos direitos e deveres de todos os membros**, em particular os que têm responsabilidades de gestão. Questões como a estrutura da organização, a distribuição de responsabilidades, quem deve ser consultado quando e porquê, o modo como os decisores devem justificar as suas decisões e perante quem, devem estar, à partida, claramente esclarecidas.
- **Probidade**, ou seja, exactidão e rigor em todos os actos de gestão.
- **Transparência**, que passa por conduzir a actividade de forma aberta e acima de qualquer suspeita. Só assim uma estrutura residencial será vista como ética e justa.

Há duas condições cruciais para que os valores tenham relevância e utilidade: serem **próprios** e **definidores da organização** e serem **defendidos e praticados** por todos os membros da mesma.

3. Visão

Já vimos que o objectivo comum de quantos fazem parte de uma estrutura residencial deve ser o cumprimento de determinada **missão**. Para tal, há que ter a noção dos **resultados** que desejamos e de como pretendemos alcançá-los. Só assim podemos distribuir racionalmente recursos, tempo e energia.

Uma organização com **visão** sabe claramente o que ambiciona vir a ser a médio prazo. Ter visão é saber como queremos **passar da missão à prática**.

1.

Para ser eficaz, a **visão** deve ser:

- **concisa**, não retórica, fácil de apreender, como um slogan;
- **equilibrada**, capaz de um efeito mobilizador interno, mas reflectindo o impacto no exterior de forma clara;
- **apelativa** para todos os interessados, sem privilegiar uns em detrimento de outros (ex.: os residentes, os familiares, o Estado);
- **consistente** com a missão e os valores, pois se assim não for, não ajudará a cumprir aquela com base nestes;
- **verificável**, isto é, formulada de forma que permita perceber quando foi alcançada. Não servem, pois, máximas vazias de significado concreto, tais como “ser uma organização de referência”. Todavia uma meta como “conseguir que todos os quartos sejam individuais no prazo de cinco anos” é de verificação fácil e clara;
- **realizável**, por mais ambiciosa que seja. Para que não se torne num sonho inalcançável, deve basear-se num conhecimento adequado da estrutura residencial e do meio envolvente;
- **inspiradora**, ou seja, deve representar um futuro desejável, para que todos os membros abracem a causa de lutar por esse futuro.

Uma visão bem definida transmite uma mensagem a toda a organização e dá energia a todos os seus membros, influenciando na sua forma de agir.

Deixamos aqui alguns exemplos de visões de algumas organizações. Mais uma vez relembramos que cada organização é única devendo por isso ser a própria a definir a sua visão.

Westinghouse - qualidade total, liderança de mercado, crescimento diversificado, globalidade, crescimento focado, diversificação.

General Electric - “tornarmo-nos n.º1 ou n.º2 em todos os mercados que servimos e revolucionar esta companhia de modo a obter a velocidade e a agilidade de uma pequena empresa”

4. Estratégia

Definidas a missão, os valores e a visão, estamos em condições de definir uma **estratégia**. A estratégia é um conjunto de grandes orientações para a gestão da estrutura residencial. Ela tem de especificar a **forma** e os **calendários** de obtenção dos objectivos estabelecidos na missão.

O trabalho de todos os colaboradores da estrutura residencial é, no fundo, **implementar a estratégia**. Para isso acontecer, duas condições fundamentais têm de estar satisfeitas:

- é preciso **transmitir a missão, a visão e a estratégia a toda a comunidade**, o que nem sempre é fácil e exige atenção e cuidado constantes;
- é importante poder **medir, a cada instante, o grau de cumprimento dos nossos objectivos**.

Não podemos acreditar que o facto de prestarmos um serviço na área social, qualquer que seja a nossa estratégia, será o suficiente para garantir a prestação efectiva de um serviço de qualidade. É preciso fazer o acompanhamento da estratégia, para que, a cada passo, saibamos se estamos a cumprir o que nos propusemos – missão, visão e valores.

Tão importante como a definição de uma estratégia é a sua implementação. Temos que ser capazes de medir essa implementação, criando para tal um sistema de gestão do desempenho que esclareça as operações que se levam a cabo na estrutura residencial.

Uma organização não pode avaliar a sua actividade tendo apenas como critério a “saúde financeira”. Uma estratégia define-se a partir da missão e da visão e a sua adequação mede-se pelo grau de cumprimento dos objectivos que a missão e a visão estabelecem.

O modelo de *balanced scorecard*

Existe um modelo chamado *balanced scorecard* que pode ser útil para medir o grau de cumprimento da nossa missão. Trata-se de um conjunto de medidas quantificáveis, cuidadosamente seleccionadas, e que derivam da estratégia organizacional. É, pois, uma ferramenta para comunicar aos colaboradores – voluntários e remunerados – e aos agentes externos os resultados e indicadores de desempenho da estrutura residencial. É, então, um **sistema de medição, gestão estratégica e comunicação**.

Nessa medição, há que ter em conta várias dimensões dentro da organização (no nosso caso, da estrutura residencial). Os criadores do modelo *balanced scorecard* definiram **quatro dimensões a analisar**. São elas:

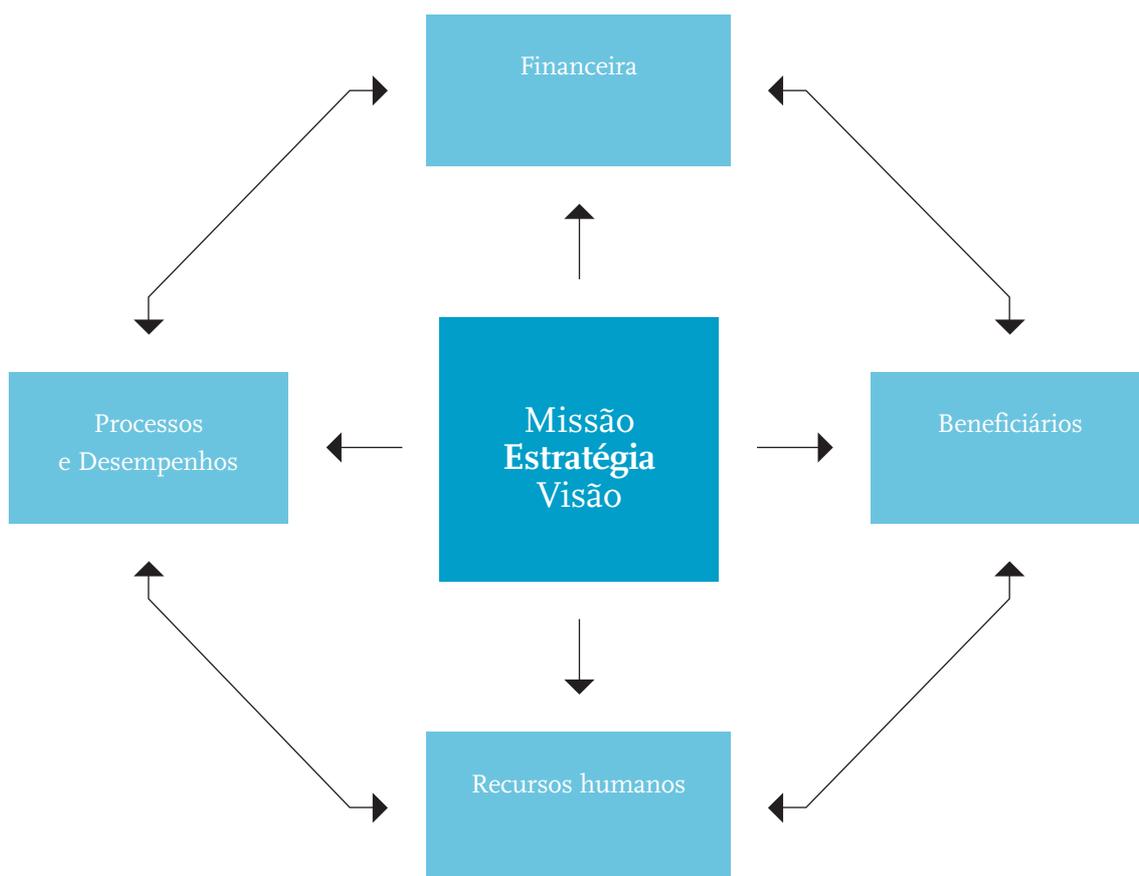
- **Dimensão cliente/beneficiário:** refere-se aos residentes, aqueles que a estrutura residencial serve e cujas necessidades procura satisfazer;
- **Dimensão processos internos:** refere-se à acção propriamente dita (neste caso,

1.

a prestação de cuidados), traduzida na execução do serviço para o qual a estrutura residencial foi criada. É o que nos aproxima do cumprimento da missão;

- **Dimensão recursos humanos:** as estruturas residenciais dependem muito da capacidade, dedicação, motivação e competência dos seus colaboradores, remunerados e voluntários. Há três áreas particularmente importantes: competência dos colaboradores, circulação da informação necessária à tomada de decisões e o ambiente da estrutura residencial;
- **Dimensão financeira:** nenhuma organização funciona sem recursos financeiros. São eles que possibilitam a ação, embora também a limitem. Uma boa gestão financeira é a que faz com que os recursos existentes sejam utilizados em benefício do maior número de residentes.

Graficamente, podemos traduzir o modelo de *balanced scorecard* da seguinte forma:



Tendo por base a missão da estrutura residencial, há que avaliar, dentro de cada uma destas dimensões, quais os factores que permitem perceber se estamos ou não a caminhar no sentido de alcançar a visão que nos propusemos e como podemos melhorar os resultados em cada dimensão. São os chamados **factores críticos de sucesso**.

Não basta, porém, identificar esses factores. Temos também que definir, para cada um deles, **medidas e indicadores** que permitam avaliar o grau de cumprimento dos objectivos, de forma quantitativa. Só depois de feita essa avaliação podemos definir um plano de acção e implementar medidas para atingir as nossas metas.



Que medidas podemos adoptar nas quatro dimensões que definimos?

Dimensão cliente/beneficiário. A primeira questão é saber o que é que os residentes precisam e esperam de nós. As estruturas devem criar sistemas que permitam auscultar os residentes, como por exemplo, uma comissão de residentes.

Os indicadores desta dimensão podem ser a satisfação dos residentes com o tratamento físico e emocional que recebem, a atenção e o carinho dispensados, a dignidade humana do serviço, a educação e a formação contínuas, as actividades e responsabilidades atribuídas às pessoas mais velhas, o estímulo intelectual, a higiene ou o convívio com as outras pessoas.

A forma mais adequada de obter informação fiável acerca destes aspectos é o inquérito de satisfação aos residentes (ou aos seus representantes, no caso de impossibilidade dos primeiros). É importante perceber quais as actividades que o residente mais valoriza e criar formas inovadoras de lhas fornecer.

Dimensão processos internos. A qualidade do serviço prestado é um aspecto fulcral. Muito embora cada estrutura residencial seja única e tenha o seu conjunto de práticas e desempenhos, há que estabelecer padrões de comportamento que sejam os melhores

1.

e os mais adequados na prestação de cuidados. Para esta dimensão, é muito útil aplicar as medidas e objectivos incluídos neste manual de boas práticas.

Podemos e devemos medir o grau de inovação das respostas que damos aos residentes. Até que ponto temos apostado em soluções inovadoras e positivas como o convívio **entre residentes de outras estruturas de acolhimento**, as parcerias com **outras instituições congéneres ou com âmbito de intervenção diferente**, a participação dos nossos residentes em iniciativas da sociedade civil? **Qual o papel das equipas dirigentes na procura de soluções de reabilitação profissional e de integração social / profissional dos residentes.**

Importa também reflectir sobre as parcerias que a estrutura residencial estabelece com a comunidade – acções de mecenato, angariação de fundos, parcerias com escolas e associações locais, **intercâmbio a nível de actividades ou programas culturais**, voluntariado e outras.

Dimensão recursos humanos. Devemos adoptar medidas que envolvam todos os membros da estrutura residencial, já que os recursos humanos são a base do serviço prestado. Tudo passa pela qualidade humana dos colaboradores. As medidas a adoptar passam por respostas a questões como:

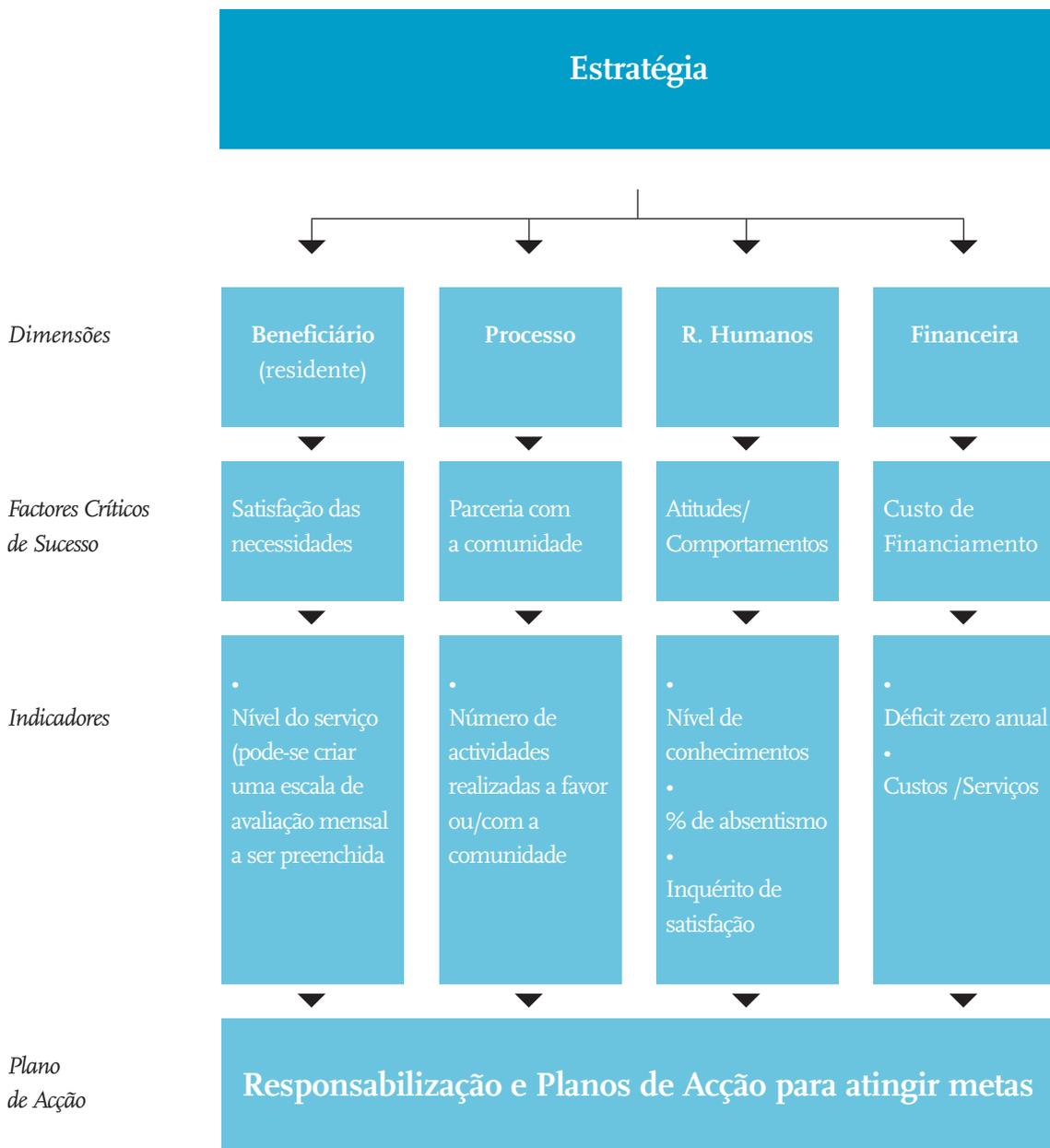
- Que formação estamos a proporcionar aos nossos colaboradores? Que competências ou comportamentos específicos esperamos deles em consequência dessa formação?
- Como recrutamos e seleccionamos os nossos colaboradores remunerados e voluntários? Que precauções estamos a tomar para evitar contratações negligentes e prevenir abusos e maus tratos aos residentes?
- Que estratégia temos para manter na estrutura residencial os colaboradores mais bem qualificados?
- Até que ponto há comunicação dos objectivos, meios, restrições e resultados aos colaboradores?

À semelhança da perspectiva do beneficiário, também aqui poderão utilizar-se inquéritos de satisfação aos colaboradores, para além de indicadores objectivos, como as taxas de absentismo.

Dimensão financeira. Importa medir o equilíbrio entre eficácia do serviço prestado e eficiência de custos. Podem desenvolver-se indicadores de custo de serviço, de cobrança de mensalidades, de custos de funcionamento, entre outros. Por exemplo:

que percentagem das receitas provém de acções de angariação de fundos? Qual a disponibilidade mensal de cash flow? Conseguimos manter um déficit zero no final do ano? Conseguimos que a variação entre as projecções orçamentais e a execução verificada seja igual ou menos que 15%?

1.



1.

Cada estrutura residencial deverá construir o seu *balanced scorecard* com o envolvimento da Direcção técnica, mas este é um trabalho que não deve esperar pela perfeição para ser implementado. O *balanced scorecard* é um instrumento que pode estar em permanente transformação, isto é, pode ser melhorado e alterado com o tempo, à medida que vamos tendo mais informação e aprendemos os processos.

Para cada medida definida no *balanced scorecard* deve haver objectivos quantificados. São estes objectivos que permitem efectuar uma avaliação do desempenho das instituições, nas suas diversas categorias, bem como o estabelecimento de planos de melhoria para o futuro.

Recordemos algumas vantagens da implementação do *balanced scorecard*:

- Traduz a estratégia em objectivos e acções concretas;
- Estabelece indicadores do cumprimento dos objectivos em todas as dimensões da estrutura residencial;
- Proporciona uma visão sistematizada do desempenho;
- Permite avaliar e actualizar a estratégia;
- Facilita a comunicação de objectivos estratégicos aos colaboradores;
- Fomenta uma cultura de aprendizagem e melhoria contínua;
- Fomenta a atribuição de incentivos em função do desempenho individual e da contribuição de cada um para a obtenção de resultados.

5. Cultura ética

As estruturas residenciais devem ser especialmente rigorosas nas questões de ética. Deve haver uma **cultura de respeito por princípios claros e sólidos**, que leve todos os colaboradores a agir de forma ética. Essa postura deverá ser vista como **natural** dentro da organização, isto é, os seus colaboradores devem agir eticamente, não para evitar consequências negativas, mas porque adoptam, como intrinsecamente seus, os valores da ética e do respeito pelo próximo.

Para apoiar e reforçar essa cultura, é útil adoptar um **código de ética**. Este é um documento que estabelece as **bases do comportamento** dos colaboradores da estrutura residencial, dentro do contexto laboral, implantando **padrões normativos**. Deve respeitar a lei, mas **ir além dela**. O bom código de ética é aquele que não depende de factores religiosos, temporais ou circunstanciais: é **intemporal e universal**.

A criação de uma **cultura ética** evita atitudes **anti-éticas** e as suas consequências morais, sociais e legais. É um fortíssimo factor de **promoção de uma imagem pública positiva**.

O economista M. S. Schwartz defende seis factores morais universais que devem estar consagrados nos códigos de ética:

- **Confiabilidade**, respeitante a noções de honestidade, integridade, fiabilidade e lealdade;
- **Respeito**, que se refere à não violação dos direitos humanos;
- **Responsabilidade**, isto é, assunção clara e cabal de direitos e deveres;
- **Justiça**, que garante o cuidado com a equidade, com a imparcialidade e com a condução dos processos;
- **Cuidado**, nomeadamente o de não causar danos;
- **Cidadania**, incluindo obediência à lei e protecção ambiental.

O **código de ética** deve também especificar claramente que atitudes são **liminarmente proibidas** dentro da estrutura residencial e explicitar claramente as **consequências** que essas atitudes trarão (exemplo: é proibido qualquer colaborador receber, individualmente, dinheiro dos residentes ou das suas famílias, sob pena de lhe ser movido um processo disciplinar).

Apesar da sua utilidade, a mera existência de um código de ética nada garante, se não for compreendido por todos e por todos posto em prática. Para concluir, recordemos as principais vantagens e limitações dos códigos de ética.

Vantagens

- Inspira e estimula toda a comunidade residencial;
- Representa um ponto de apoio a quem deseja actuar eticamente;
- Proporciona mecanismos disciplinares de sancionamento das infracções éticas;
- Contribui para disseminar na organização um ambiente educativo conducente às boas práticas;
- Fomenta a compreensão mútua, a confiança e a cooperação entre os membros organização;
- Beneficia a imagem da estrutura residencial e dos profissionais que nela trabalham;
- Promove a boa gestão e a confiança;
- Contribui para melhorar a cooperação entre organizações residenciais.

Limitações

- Por vezes os enunciados vagos dificultam a sua aplicação;
- É difícil consagrar nas normas a grande diversidade de problemas éticos que podem ocorrer;
- As rápidas mudanças sociais, políticas e económicas podem gerar, por vezes, interrogações relativas às normas contidas nos códigos.

Direitos, Princípios e Valores do Cuidar

Os princípios e valores em que assenta o cuidar do outro em acolhimento residencial têm a sua génese nos direitos fundamentais que devem ser promovidos e garantidos a todos os residentes, famílias, colaboradores, dirigentes, especialistas e todos os restantes agentes com quem a organização se relacione.

De entre os **princípios e valores** do cuidar relevam especialmente:

Dignidade

A dignidade da pessoa humana pelo simples facto de ser pessoa é fundamento de todos os valores e princípios que constituem substrato dos direitos que lhe são reconhecidos. São de evitar pelos colaboradores da estrutura residencial – e por todos os residentes – expressões que diminuam uma pessoa. Nunca se deve, por exemplo, falar de alguém na sua presença como se ele ou ela não estivesse ali.

Respeito

Quando demonstramos respeito por uma pessoa, estamos a transmitir-lhe apreço por aquilo que é. Significa também que a temos em consideração naquilo que fazemos com ela e para ela. O respeito tem que estar presente em toda a vida quotidiana de uma estrutura residencial.

Uma forma importante de respeitar o outro é ter em conta a sua vida passada. O residente não corta laços com o passado ao ingressar na estrutura residencial. Assim, ele deve, por exemplo, poder fazer-se acompanhar dos seus objectos pessoais, recordações e, caso haja condições, mobiliário e animais de estimação.

Individualidade

Cada pessoa tem características biológicas e experiências de vida que definem a sua identidade e a distinguem dos demais. Embora possamos ter muitas características comuns, encontramos diferentes gostos, crenças, opiniões e atitudes mesmo dentro da mesma família.

Quando trabalhamos numa estrutura residencial, reconhecer e respeitar a diferença é uma forma de demonstrar que valorizamos as pessoas com quem nos relacionamos. Embora possamos planear a nossa intervenção de uma forma global, temos de considerar especificamente para cada residente, a sua idade, a tipologia e o grau da deficiência.

Reconhecer a individualidade do residente passa por coisas aparentemente tão comuns como perguntar-lhe como é que quer ser tratado. Pelo nome? Nome e apelido? E principalmente considerarmos as suas capacidades e preferências. Ao agir segundo este princípio contribuimos para que os residentes se sintam bem na sua pele.

Autonomia

O respeito pela individualidade implica, necessariamente, o respeito e a promoção da **autonomia** do residente. A estrutura residencial não é um local onde a pessoa se limita a passar os dias, mas sim **a sua casa**, onde vive uma fase importante da sua existência.

A direcção e os colaboradores da estrutura residencial devem encorajar o residente a ser responsável por si próprio, tanto quanto possível, trabalhando as suas autonomias e executando ele mesmo **todas as tarefas que deseje e que seja capaz**. Ninguém se deve substituir ao residente nessas tarefas sob o argumento de maior funcionalidade ou rapidez. A estrutura residencial deve ter condições que promovam a **autonomia** e facilitem a mobilidade, nomeadamente ao nível: do espaço físico, do mobiliário e da humanidade com que se prestam pequenas ajudas, que contribuem para manter o auto-cuidado, a auto-estima e a promover a **autonomia**.

Capacidade de escolher

É muito importante para o bem estar emocional e físico dos residentes terem oportunidade de fazer escolhas e de tomar decisões. Se assim não for, limita-se a autonomia violando-se o princípio do respeito pela pessoa do residente e a sua autodeterminação.

A definição de rotinas diárias pode contribuir, nomeadamente em algumas deficiências, para o equilíbrio dos residentes – elas ajudam-nos a estruturar o tempo e a antecipar acontecimentos. No entanto, existem sempre decisões que o próprio deve ser encorajado a tomar, como o que vestir, a que horas se deitar, o que fazer no seu tempo livre, entre outras.

Privacidade e intimidade

A consideração pela pessoa implica o respeito pela sua privacidade e intimidade. Correspondem a necessidades profundas de todas as pessoas e não diminuem pelo facto da pessoa ter alguma deficiência. Daí que deve haver a maior preocupação e delicadeza em tudo o que se prende com a privacidade e intimidade.

2.

Merece especial atenção a sua garantia em todas as intervenções que respeitem à sua higiene íntima, às suas relações com os outros, à sua correspondência, às chamadas telefónicas e a todos os problemas e questões pessoais e familiares.

Confidencialidade

O residente tem direito ao respeito pela confidencialidade de todos os elementos da sua vida, sobretudo no que se refere à sua privacidade e intimidade.

Todos os elementos da estrutura residencial – directores, colaboradores, residentes, familiares ou amigos – devem respeitar essa confidencialidade, não divulgando nunca informações sobre a vida íntima e privada do residente.

O cumprimento do dever de confidencialidade é também elemento fundamental nas relações entre todas as pessoas implicadas na intervenção da estrutura residencial.

Igualdade

Ninguém pode ser privilegiado ou prejudicado em função da idade, do seu sexo, religião, orientação sexual, cor da pele, opinião política, situação económica, situação social ou condição de saúde. Todas as pessoas têm as preferências, afinidades, simpatias e antipatias, ou ideias pré-concebidas, mas elas não podem interferir com a prestação de cuidados.

Temos de ter em conta que os preconceitos que trazemos connosco podem manifestar-se na atitude que temos em relação aos demais e afectar, inevitavelmente, o nosso desempenho humano e profissional. Há que vencer esses preconceitos e respeitar os princípios da não discriminação.

Participação

Os residentes devem poder participar na vida da estrutura residencial. Deve existir um livro de sugestões e a Direcção deve tomar a iniciativa de chamá-los a dar o seu parecer sobre o regulamento interno, nomeadamente através de uma **comissão de residentes**. Decisões que afectem a comunidade residencial não devem ser tomadas nem implementadas sem serem antes tornadas públicas e explicadas aos residentes, que devem poder exprimir-se sobre elas e apresentar sugestões.

O plano de actividades também deve ser debatido com os residentes, que têm uma palavra a dizer sobre a escolha dos passeios, os destinos de férias e outras actividades.

Todos estes valores e princípios devem ter expressão na concretização dos direitos dos residentes.

A opção de viver numa estrutura residencial não retira à pessoa a capacidade de exercício dos seus direitos. A fragilidade que frequentemente motiva a opção pelo acolhimento residencial não deve diminuir o residente, antes alertar-nos para a necessidade de lhe assegurar o seu exercício.

Entre esses **Direitos** destacam-se:

O direito à integridade e ao desenvolvimento da sua personalidade - não é admissível qualquer acto que ofenda este direito fundamental.

O direito à liberdade de expressão - O que um ser humano é passa também por aquilo que pensa, sente e deseja. Ter opinião própria sobre qualquer assunto e poder exprimi-la é um direito inalienável de qualquer ser humano. A liberdade de expressão significa que o residente pode manifestar as suas ideias, gostos e opções sem recear quaisquer represálias. Por sua vez, implica para o residente o dever de respeitar integralmente a expressão de pontos de vista contrários aos seus.

O direito à liberdade religiosa - Cada residente tem direito a professar a religião que entender – ou nenhuma – e em caso algum deve ser obrigado a participar em cerimónias ou rituais religiosos contra a sua vontade.

O direito a uma vida afectiva, sexual e social - Nenhuma destas dimensões, de manifesta relevância para a qualidade de vida de todas as pessoas, pode ser desrespeitada. A estrutura residencial deve criar condições para que o residente possa vivê-las de forma natural e saudável.

Para a concretização destes **Direitos** a estrutura residencial deve ser exigente no cumprimento das suas obrigações para com o residente, tomando nomeadamente em conta:

O respeito pela autonomia da pessoa na gestão do seu património não permitindo que, seja quem for, se lhe substitua sem que lhe sejam conferidos poderes legais.

2.

Cabe ao residente, sempre que este tenha capacidade, ou ao seu representante legal a gestão do seu património, não podendo jamais ser-lhe retirados – ou retidos sem o seu consentimento – os seus pertences, a sua pensão ou quaisquer outros valores.

O dinheiro dos residentes não deve ser colocado em contas bancárias de colaboradores ou dirigentes da organização. Não se deve pactuar com actos de gestão do património praticados por familiares dos residentes ou outras pessoas, sem terem para tanto poderes legais resultantes, nomeadamente de procuração ou decisão judicial.

Devem ser garantidos ao residente os cuidados de que necessita, de forma competente, humana e atempada. O residente tem direito a que lhe sejam assegurados, por colaboradores qualificados, os serviços que contratou, nomeadamente: alojamento limpo e acolhedor, refeições de qualidade devidamente confeccionadas; boas condições de higiene pessoal, acompanhamento médico, de enfermagem e reabilitação, actividades recreativas e culturais.

Reflexão

Depois de lermos a secção anterior, pode parecer que os princípios, valores e direitos nela mencionados derivam do mais elementar bom senso e que não ocorreria a ninguém no seu pleno juízo pô-los em causa. Reflectamos, contudo, sobre os seguintes exemplos:

Quais são os valores, princípios e direitos que não estão a ser aplicados nestes casos?

- *Ana R. tem de comer ao meio dia, hora estabelecida pela equipa da cozinha da estrutura residencial onde vive;*
- *Fernando A. não tem um espaço fechado onde possa guardar os seus pertences, nem sequer uma gaveta;*
- *Os colaboradores da residência ajudam Vasco M. a fazer tudo, evitando que ele tenha de fazer qualquer esforço sozinho, mesmo quando é essa a sua vontade;*
- *Foi decidido mudar a residente Susana P. de quarto, mas ela não foi consultada e só soube disso na altura de se deitar.*

No caso de Ana R. foi desrespeitada a sua **capacidade de escolha** e a sua autonomia. O direito de escolher quando quer comer, deve ser assegurado pelas estruturas residenciais, a imposição de uma hora fixa é diminuidora da pessoa do residente. Deve ser estabelecido um intervalo de tempo para as refeições, que permitam manter a funcionalidade da Cozinha, mas, primordialmente, que permitam liberdade de opção aos residentes.

No caso de Fernando A., o seu direito à **privacidade e intimidade** é violado pelo facto de não dispor de um espaço a que só ele tenha acesso, vendo-se obrigado a partilhar tudo quanto possui com os restantes residentes e colaboradores.

A Vasco M., negam-lhe o **direito à independência e à autonomia**, não lhe sendo assegurada a estimulação e manutenção das suas capacidades.

E Susana viu desrespeitado o **direito a ser informada e de expressar** a sua vontade.

Isto é uma violação dos Direitos Fundamentais de que todos somos sujeitos independente das nossas capacidades. Esta violação pode fazer os residentes sentirem-se impotentes e pouco importantes, pois impedem as escolhas e o controlo relativamente à sua vida.

Para proporcionar aos residentes **realização pessoal e felicidade**, a estrutura residencial tem de lhes dar **poder**. O residente deve ter poder para fazer escolhas, manter a sua individualidade e ser responsável por si mesmo – **coisas a que tem pleno direito**, como já vimos. Dar importância, valor e poder aos residentes aumenta o seu bem-estar, a sua auto-confiança e a sua auto-estima.

A melhor forma de dar poder aos residentes é envolvê-los na prestação de cuidados. As pessoas com deficiência não são objectos inertes sobre os quais se executam uma série de actos rotineiros: **têm direito a participar na definição das suas necessidades individuais e a ser parceiros da equipa de cuidados**. Podem dar contributos para rever e melhorar os cuidados que recebem.

Dar poder aos residentes é, portanto, desde logo **dar-lhes voz**. É preciso ouvi-los atentamente e, sempre que possível, ajustar os serviços ao que nos dizem. Se nada do que o residente diz tiver consequências práticas, ele sente-se menosprezado.

Representação das pessoas em situação de incapacidade

A pessoa com deficiência é um cidadão com plena capacidade para reger a sua pessoa e os seus bens de forma livre e autónoma. O acolhimento numa estrutura residencial não pode desrespeitar essa capacidade e correspondente autonomia. Só a ele compete tomar as decisões que lhe respeitam.

Pode, porém, suceder que a pessoa se encontre **em situação de falta ou limitação da referida capacidade**, encontrando-se, por virtude de alterações ou insuficiência das suas faculdades físicas ou psíquicas, impossibilitada de, por forma esclarecida e autónoma, tomar decisões sobre a sua pessoa ou os seus bens, ou de adequadamente as exprimir ou de lhes dar execução.

Nesta situação é indispensável, para **garantia do direito à palavra** e defesa dos interesses da pessoa com deficiência que, em processo judicial, a incapacidade seja reconhecida e, no caso desse reconhecimento, seja suprida mediante **a nomeação de pessoa que o represente (tutor) ou assista (curador)** na prática dos actos da sua vida pessoal e patrimonial.

O respeito pela sua pessoa implica que, nessa situação de incapacidade, ninguém possa decidir sobre os assuntos do seu interesse sem que tenha poderes para tal juridicamente reconhecidos.

De notar a possibilidade de nomeação de tutor ou curador provisório (art.ºs 142.º e 156.º do Código Civil). E ainda a admissibilidade da gestão de negócios, nos termos do art.º 464.º e seguintes do Código Civil, quando justificável, mercê da natureza do acto e da sua urgência, que alguém intervenha por conta e no interesse da pessoa ainda que não esteja autorizado para tal.

A situação de incapacidade da pessoa com deficiência vivendo em estrutura residencial deve ser **comunicada ao magistrado do Ministério Público junto do Tribunal Cível** do seu domicílio. Essa comunicação deverá conter, para além dos dados de identificação da pessoa com deficiência e dos seus familiares mais próximos, a descrição dos factos indiciadores da incapacidade e a indicação dos elementos possíveis para sua prova.

Diferente da situação de incapacidade é a de **dependência**. Implica a necessidade de apoio para realização de actos correntes da vida da pessoa, sem que esteja porém comprometida a sua autonomia na tomada de decisões sobre esses actos. À estrutura residencial compete prestar aquele apoio com a qualidade que a ética do cuidar impõe, respeitando integralmente essa autonomia.

Tendo em conta o papel primacial da família, mesmo no caso da pessoa se encontrar a viver em estrutura residencial, os seus responsáveis devem, sem prejuízo da actuação em tempo útil, informar os familiares de forma a que as iniciativas de suprimimento da incapacidade e de apoio nas situações de dependência possam ser preferencialmente tomadas pela família contando embora com a cooperação daqueles responsáveis.

Relativamente aos casos de incapacidade e às situações de dependência, é indispensável a vertente do apoio jurídico na tomada de decisões dos responsáveis da estrutura residencial na promoção e defesa dos direitos do residente.

Projecto Institucional

As estruturas residenciais para pessoas com deficiência apesar de uma evolução significativa, ainda se encontram pouco viradas para novos modelos de intervenção, que privilegiem um **projecto institucional** dinamizador, orientador e respeitador dos projectos individuais dos residentes.

Neste sentido urge reformular quer a legislação aplicável, quer as orientações técnicas, orientando-se as estruturas de acolhimento para uma nova forma de gestão, com obrigatoriedade de cada estabelecimento definir o seu projecto institucional no respeito e integração dos projectos individuais dos seus residentes.

O projecto institucional deverá ser definido e organizado com base num horizonte temporal, mais ou menos longo, de acordo com a missão da organização, sua visão e valores. A estratégia implementada deve ser avaliada periodicamente adaptando-se as necessidades emergentes.

De acordo com Gérard Brami (2000), o projecto institucional deve compreender:

- a história do estabelecimento
- o ambiente geográfico, sanitário e outros
- as grandes orientações respeitantes, nomeadamente a:
 - > actividade a desenvolver
 - > tipo de destinatários
 - > projecto médico e paramédico
 - > projecto de hotelaria
 - > projecto de comunicação
 - > projecto de animações

Este projecto deve passar por uma discussão alargada com todos os interessados, incluindo os residentes, visando a melhoria da qualidade de vida, do funcionamento diário da estrutura residencial e a valorização dos recursos humanos no exercício das suas funções quotidianas.

Neste capítulo procuramos dar um contributo para uma reorganização das estruturas residenciais, no sentido de virem a organizar-se com base num projecto institucional,

que defina as grandes linhas a que deve obedecer todo o seu funcionamento, procurando uma actuação que tenha em vista a melhoria da qualidade de vida dos residentes, uma prática estruturada em princípios éticos de respeito pelos direitos das pessoas e pela criação de condições para a concretização dos seus projectos de vida, que abordaremos no Capítulo seguinte.

Existem ainda outras temáticas importantes para a organização e gestão das estruturas residenciais, que abordaremos no capítulo C - Organizar a casa.



B. Mudar de casa, mudar de vida?

5. A escolha, o contrato, a chegada

1. Candidatura
2. Admissão
3. Acolhimento
4. Projecto de vida

6. Viver e conviver

1. Viver com os outros
2. Flexibilidade de horários
3. Alimentação e hidratação
4. Sono
5. Higiene e apresentação
6. Cuidados de saúde
7. Actividades
8. Afectividade e sexualidade
9. Dependência
10. Espiritualidade
11. Aceitar a situação de deficiência

7. Quando algo corre mal

1. Maus tratos
2. Prevenção primária, secundária e terciária
3. O que fazer em caso de maus tratos?
4. Procedimento legal



Alexandre Ferreira
"Retrato de Mulher
segundo Renoir"
-
2000

A escolha, o contrato, a chegada

Joaquina e Alberto têm respectivamente 65 e 70 anos, estão casados há 45 anos e da sua relação nasceram 3 filhos: Pedro, Ana e João, Pedro e Ana há muito saíram de casa e ambos têm famílias constituídas, vivendo a cerca de 50 km dos pais.

João, actualmente com 25 anos, sofre de paralisia cerebral, que o impede de se deslocar e de executar actos do seu quotidiano, nomeadamente de alimentação e de higiene, sem ajuda de outrém, mas não o impede de decidir sobre a sua pessoa e bens e de expressar a sua vontade. Sempre viveu com os pais, dependendo deles para grande parte das rotinas quotidianas. Acontece que Alberto sofreu recentemente um AVC. Encontra-se em situação de recuperação, tendo porém sido avisado pelo médico que dificilmente poderá fazer o mesmo tipo de esforços que fazia anteriormente.

Joaquina há muito deixou de poder carregar com o João e este opõe-se a que a mãe lhe preste cuidados íntimos.

Assim, a família juntou-se e decidiu que o melhor era o João ir viver para uma estrutura residencial próxima. E esta decisão foi tomada apesar de ele ter dito, por várias vezes e de forma clara, que não queria sair de casa, e sem que se prosseguisse na tentativa de ajudar o João a aceitar viver numa estrutura residencial, não deixando porém de continuar contar com o acompanhamento e apoio familiar.

Parece-lhe que esta decisão foi a melhor para o João?

Acha que os familiares tomaram a atitude correcta ao decidirem, eles próprios, o ingresso do João na estrutura residencial?

Se fosse responsável por uma estrutura residencial, que atitude tomaria face a esta situação?

1. Candidatura

Quando se coloca a necessidade de apoio especial a pessoa com deficiência, a primeira questão a equacionar é se é possível e bastante uma resposta que a mantenha em ambiente familiar ainda que porventura com algum outro suporte.

Se a resposta a essa questão for no sentido que não é possível ou conveniente a solução familiar, por força das circunstâncias da família ou da natureza e implicações da deficiência, importa avaliar as posições da pessoa e familiares, procurando cooperar com eles na aceitação da resposta residencial perspectivada em função do interesse da pessoa e dos deveres e responsabilidades das três entidades envolvidas: residente, estrutura residencial e família. A resposta deve ser assumida sem sentimentos indevidos de culpa ou de estigmatização e com o espírito de leal cooperação na elaboração de um projecto positivo de futuro, visando, sempre que possível, a desinstitucionalização sob a forma de integração/reintegração familiar ou organização autónoma de vida.

A resposta residencial só pode ser efectivada se houver um **consentimento livre, expresso e informado** do residente, prestado pessoalmente, ou no caso de incapacidade, pelo seu representante legal.

Livre, no sentido de ser prestado sem intromissão abusiva. **Expresso** pela natural exigência de clareza da decisão, de consequências tão sensíveis. **Informado**, porque para ser livre pressupõe conhecimento completo dos termos do contrato a celebrar e dos seus direitos e deveres do residente, da estrutura residencial e da família.

É **inaceitável, ilegítimo e ilegal** que a decisão seja tomada sob **pressão, ameaça ou coacção ou por pessoa sem poderes legais para tanto**.

No caso do residente ter **menos de 18 anos** a decisão compete aos pais ou tutor, porém com a obrigação da audição da pessoa com deficiência em função do seu grau de desenvolvimento e capacidade. Nas situações de perigo para a pessoa com deficiência de idade inferior a 18 anos o acolhimento em estrutura residencial é da competência da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) ou do Tribunal, conforme as circunstâncias.

Se a pessoa com deficiência tiver **mais de 18** e não possuir capacidade para decidir sobre o acolhimento, este só é legítimo mediante a intervenção de tutor ou curador, conforme esteja instaurada a tutela, ou curatela envolvendo esse acto. Mesmo nesse

caso deverá auscultar-se o sentir e opinião da pessoa com deficiência tanto quanto o permitir o seu grau de capacidade.

Que pensa, agora, da situação de João? De quem foi a escolha?

Tanto quanto nos podemos aperceber, a decisão parece ter sido tomada pela família, e não pelo João, o que é ilegal. Não estando o João limitado na sua capacidade de decisão, a resposta residencial não podia ser adoptada sem a aceitação deste. Se não tivesse capacidade para decidir, só a intervenção de tutor, ou curador sendo caso disso, legitimaria a opção pela estrutura residencial (ver A 3).

No caso do João que tipo de atitude poderia ter sido tomada?

5.

A família juntou-se e comunicou a João as suas preocupações e anseios. De início, ele mostrou-se irredutível: não queria sair de casa. Contudo, após algumas explicações dos irmãos e da mãe, sobre o que iria ser a vida na estrutura residencial, acabou por aceitar ir visitar algumas, sem compromisso.

Antes disso, porém, declarou claramente que punha como condição poder vir a casa sempre que quisesse. Os irmãos ouviram-no e foram-no ajudando a encontrar resposta às suas inquietações e a tomar ele próprio a sua decisão.

Numa situação de deficiência, existe um problema quando a pessoa rejeita a ideia de ir viver para uma estrutura residencial e esta solução se apresenta na altura como a única opção possível dada a situação do agregado familiar. Referimos, concretamente, o envelhecimento ou doença dos pais e a conseqüente dificuldade destes prestarem os cuidados ao filho e à circunstância de não haver outros familiares com possibilidade ou vontade de lhes prestar o necessário apoio para o manter em situação não residencial.

Nestas situações é importante existir um trabalho de consciencialização junto da pessoa com deficiência para as dificuldades de um conveniente apoio no agregado familiar. Essa tarefa deverá ter lugar desde logo na família, em colaboração com a estrutura que a pessoa porventura frequente durante o dia. Este trabalho deverá ser considerado no modelo de intervenção das equipas técnicas, para que, de forma gradual, estas pessoas se preparem para o dia em que poderão ter que deixar a casa dos pais. E para que não encarem essa situação de forma necessariamente negativa, considerando a

autonomização dos filhos em relação aos pais como uma das fases naturais do ciclo de vida.

Qual deve ser a atitude de uma estrutura residencial ao receber um caso como o do João?

A pessoa responsável pelas admissões deve **receber pessoalmente** o candidato a residente e sua família para uma **entrevista** que se deve realizar num espaço próprio para o efeito, confortável, sem a interferência de terceiros ou a perturbação de entradas de pessoas ou toques de telefones, e com a disponibilidade total, para que todos possam conhecer-se e para que cada um possa obter respostas às suas questões. O ambiente deve ser acolhedor, de modo a facilitar um diálogo aberto para que o futuro residente sinta que pode, sem qualquer limite, levantar todas as dúvidas e formular todas as questões que deseje.

Sempre que possível, desde que as capacidades do futuro residente o permitam, deve-se seguir uma entrevista a sós com ele.

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

O técnico deve também recolher os dados suficientes que lhe permitam perceber:

- a) Qual a resposta que o candidato procura, em termos de necessidades que não estão a ser satisfeitas em casa;
- b) Se a estrutura residencial é ou não capaz de dar resposta.

Se a estrutura residencial contactada não for a resposta que o candidato procura, o técnico deve dizê-lo ao próprio e à família de forma clara e explicando os motivos, e deve ajudá-lo a encontrar outra solução. Muitas organizações dispõem de outras estruturas de apoio, para além da solução residencial e conhecem soluções diferentes proporcionadas por outras instituições.

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

- o quotidiano na estrutura residencial: normas de funcionamento, horários e actividades;
- o regulamento interno, o contrato a estabelecer e as suas condições;
- o preçário, que deverá incluir a mensalidade, o valor de admissão (caso exista) e indicar quais os serviços incluídos na mensalidade e quais os que são pagos à parte;
- o quadro de colaboradores, o que cada um faz e as áreas pelas quais responde, bem como a pessoa responsável pela gestão da estrutura residencial;
- a possibilidade de trazer objectos pessoais – mobiliário, objectos de valor afectivo e familiar, animal de estimação; deve ser explicado ao candidato se a estrutura residencial tem ou não condições para que o residente tenha consigo esses pertences ou para acolher animais de estimação;
- a forma como se processam as visitas;
- como o residente deve proceder se quiser fazer visitas ou deslocações;
- métodos e critérios para a selecção dos candidatos;
- possível situação de lista de espera e previsibilidade de entrada;
- possibilidade de admissão por período experimental, findo o qual o futuro residente optará por confirmar ou não o ingresso na estrutura residencial e encargos daí resultantes;
- preenchimento dos requisitos legais de constituição da instituição e de funcionamento da estrutura residencial;
- serviços de saúde;
- existência de participações estatais e como se tem acesso às mesmas;
- informações complementares;
- e tudo o mais que a estrutura residencial considere relevante.

Esta informação deve ser prestada de forma **simples e clara, tendo em conta as características da pessoa**. Na entrevista do futuro residente com o técnico, a família deve ser convidada a estar presente, sempre que o próprio não se oponha. Mesmo que a família já conheça a estrutura residencial, pelo facto da pessoa frequentar outra resposta social da mesma instituição, é muito importante o momento desta entrevista.

Por sua vez, **o candidato a residente e a sua família devem expressar a sua vontade e poder expressar as suas opções** quanto a vários aspectos como, por exemplo:

- quarto individual ou duplo (não devendo existir quartos com mais do que duas pessoas);
- interesses, preferências e até hábitos do residente porventura associados ao tipo e grau de deficiência;
- usos e costumes relativos à higiene e hábitos alimentares;
- interesses culturais;
- hábitos e práticas religiosas;
- forma como gosta de ser tratado;

A seguir à entrevista, deve ser facultada ao **candidato e acompanhantes** uma **visita completa às instalações, permitindo que possa conversar livremente com outros residentes**. Deve também ser-lhes entregue um exemplar do regulamento interno e um folheto informativo sobre a estrutura residencial, do qual conste uma informação sumária abrangendo, nomeadamente, objectivos, serviços prestados, horários de visitas, rede de transportes que serve o local.

2. Admissão

Se, após a entrevista e passado o período necessário para reflectir e tomar uma decisão, o candidato decidir que quer ingressar na estrutura residencial e esta aceitar a sua candidatura, desencadeia-se o processo de admissão.

É útil que a estrutura residencial tenha um **protocolo de admissão**. Dele devem fazer parte:

- marcação da data de ingresso do futuro residente;
- recepção ao futuro residente pela pessoa responsável pelas admissões, para uma visita mais pormenorizada à estrutura residencial;
- se for acompanhado por um familiar ou amigo, deverá ser-lhes facultada a possibilidade de ajudar o residente a alojar-se, permitindo, por exemplo, que se desloquem ao quarto e o ajudem a instalar-se;
- caso venha sozinho, deve a pessoa responsável ajudar o residente a alojar-se;
- esclarecimento sobre o regulamento interno e os direitos e deveres do futuro residente, que deverá ter um exemplar do regulamento.

No acto de admissão deve ser formalizado por escrito um **contrato, nos termos anteriormente acordados**, com a indicação clara dos deveres e direitos de ambas as partes.

O contrato deve, nomeadamente explicitar o valor mensal a pagar, o prazo de vigência, as condições para a sua alteração ou rescisão, o período experimental (caso exista), os serviços incluídos na mensalidade – contemplando designadamente, alimentação, tratamento de roupa, actividades, cuidados de saúde, acompanhamento às consultas médicas e urgências hospitalares – e os que não estão porventura incluídos – por exemplo, medicamentos, transporte de ambulância e outros.

Deve ainda constar do contrato uma **pessoa indicada pelo residente**, a contactar pela estrutura residencial em caso de emergência.

Bens do residente e animais de estimação

No acto de admissão, deverá elaborar-se um **registo dos bens e valores** – incluindo a roupa – que o futuro residente traz consigo. A bagagem que não possa ser acomodada nos móveis do seu quarto deve ser guardada em condições de privacidade e segurança, podendo o residente ter acesso à mesma, sozinho ou acompanhado, sempre que o deseje.

Os objectos de valor poderão ser guardados num cofre pessoal **ou da estrutura residencial**, devendo ser feita uma lista descritiva dos mesmos, datada e assinada pelo residente e por quem recepcionou os objectos. Uma cópia desse documento deverá ser guardada na instituição, sendo o original entregue ao residente ou ao seu representante legal.

Se o residente tiver um animal de estimação que lhe é querido e com o qual tem uma relação afectiva forte, a residência deve permitir que este seja acomodado nas suas instalações, desde que exista espaço e não perturbe ou incomode os outros residentes.

Vários autores referem a importância dos animais de companhia para as pessoas com deficiência. "A presença de um animal no meio envolvente, no domicílio ou em instituição, permite à pessoa com deficiência desenvolver ou melhorar o seu potencial social, psicológico e emotivo. Viver com um animal é, antes de mais, criar uma relação particular com um ser vivo.(...) É igualmente um factor de responsabilização: como todos os seres vivos, é preciso alimentá-lo, tratá-lo, velar pelo seu bem-estar" ³

³ Considerações extraídas do estudo qualitativo referente às instituições para pessoas com deficiência, *Les animaux au service du handicap*, Paris, Vivre Ensemble, Jan. 2004 p.27-32

3. Acolhimento

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

O **acolhimento** na estrutura residencial deve ter em atenção os **riscos que importa minimizar** como os de perda de vínculo afectivo, perda de identidade, desenraizamento, receio da mudança, tendência a rejeitar a integração, auto-culpabilização ou sensação de estar a sofrer uma punição. Para tal, os responsáveis da estrutura residencial devem ter em conta o carácter e a personalidade do novo residente, a sua história, as recordações familiares, a relação com a sua família, com as pessoas do seu círculo afectivo e com a comunidade.

Preparar a chegada do novo residente

Ainda antes da chegada do novo residente, deve haver um **trabalho de preparação** junto de todos os membros da estrutura residencial. A colaboração de quem já está a viver na instituição, principalmente aqueles que se sentem adaptados e tranquilos, pode ajudar à integração de quem chega, pelo que pode ser útil nomear um **“comité de acolhimento”** composto por residentes.

Quando finalmente se dá o ingresso, o acolhimento deve ser individualizado. Um dos responsáveis deve apresentar o recém-chegado aos outros residentes e aos colaboradores, esclarecer-lhe quaisquer dúvidas e reforçar toda a informação necessária.

João, do exemplo acima referido, foi recebido na estrutura residencial pela directora técnica, Deolinda S. Esta apresentou-o a alguns residentes, que compunham o comité de acolhimento a novos residentes.

Deolinda pediu aos residentes Rui e António – ambos já há alguns anos na estrutura residencial – que estivessem disponíveis para ajudar o João nos seus primeiros dias. João simpatizou com António e, após alguns minutos de conversa, descobriram que ambos eram adeptos do mesmo clube de futebol e colecionadores de calendários. Embora de início o João se sentisse um pouco constrangido na presença de Rui, o ar descontraído e extrovertido deste último, bem como a sua disponibilidade para lhe mostrar “os cantos à casa”, fizeram com que João se sentisse melhor.

João gostou, sobretudo, que Rui tivesse tido a atenção de lhe mostrar o sítio onde podia apanhar o autocarro que passa à porta da casa dos pais, e também o café do Bairro. Rui disse-lhe que, quando chegou à estrutura residencial, foi reconfortante para ele saber como podia ir ter com a família. Este pequeno gesto foi muito importante para João, porque fê-lo sentir-se acarinhado e compreendido.

É também importante confirmar a forma como o residente quer ser tratado, e comunicá-la a toda a comunidade residencial. Trata-se de ajudar o novo residente a que **sinta respeitada a sua identidade**.

Nesta fase deve-se explicar ao residente que, também para a instituição, o mais importante é a sua **qualidade de vida**.

Deve-se dar tempo ao novo residente para se adaptar e integrar na comunidade residencial, e para que esta o acolha com respeito e empatia. Deve ser-lhe transmitida uma mensagem de esperança, virada para o futuro.

Presença da família

A presença assídua da família, quando desejada pelo residente, é fundamental para o seu bem-estar. Devem ser criadas condições para que o acesso dos familiares à estrutura residencial seja o mais livre possível. Assim, a sua presença não deve ser vista como um factor perturbador do quotidiano, mas até como um apoio para muitas das actividades e cuidados. Aliás, mesmo que resulte alguma perturbação das visitas dos familiares, as vantagens para o residente são bem mais importantes.

Deve proporcionar-se um diálogo aberto e esclarecedor com o residente e sua família quanto ao estabelecimento dos horários de visitas, convívios e apoios mais favoráveis à pessoa com deficiência e respeitadores das exigências da qualidade de vida residencial tendo em conta os interesses de todos e de cada um dos residentes. Deve observar-se toda a flexibilidade possível, procurando que a família não se sinta constrangida e muito menos indesejada.

4. Projecto de vida

Todos os residentes têm o direito a um **projecto de vida** que potencie as suas capacidades e os valorize como indivíduos. O projecto de vida, com objectivos bem definidos e exequíveis, deve ser elaborado com a maior participação possível do residente e ouvindo a família. De notar que a vida do residente começou antes de entrar para a estrutura residencial, pelo que o projecto que agora se elabora deve ter em conta a sua história, capacidades, experiências, desejos e ambições.

O projecto de vida para a população com deficiência é muito importante, devendo a sua elaboração ter em conta todas as respostas sociais de que os residentes possam beneficiar, dentro ou fora da instituição, para que o projecto de vida contemple, de forma articulada, todos os domínios da vida da pessoa.

João gosta de computadores. Este interesse é-lhe tão querido que foi o principal motivo da sua aceitação em integrar a estrutura residencial. Na primeira visita, o João verificou que esta possuía computadores adaptados às suas dificuldades. Tem também por hábito ir todos os fins de semana com o irmão ao estádio ver um jogo do seu clube.

Estes interesses e hábitos devem ser integrados no projecto de vida de João. O facto de ter ingressado numa estrutura residencial não deve impedi-lo de realizar as actividades que lhe dão prazer.

As pessoas com deficiência não devem sentir que estão na estrutura residencial apenas para ver passar os dias, sem perspectivas de futuro. A estrutura residencial deve preocupar-se que eles se sintam úteis, definam objectivos de futuro, metas a atingir e estratégias para consegui-los. A participação dos residentes no quotidiano da instituição deve ser fomentada enquanto exercício promotor do sentimento de valor pessoal, eficácia do raciocínio e manutenção de relações afectivas fortes.

No centro da intervenção deve estar, sempre, o **próprio residente**. Por isso, é fulcral conhecê-lo bem. É útil, para que se consiga atingir este objectivo, que uma equipa técnica multidisciplinar faça uma avaliação inicial da pessoa. Esta avaliação consiste numa análise profunda que aborde aspectos **físicos e de saúde, cognitivos, comportamentais, de linguagem, emocionais, sociais, formativos e profissionais, sempre**

com respeito pela intimidade do residente e na perspectiva da promoção da maior autonomia possível e do seu bem estar.

Há que ter em conta, na elaboração do projecto de vida, dados como os **aspectos familiares** e o **anterior domicílio** do residente. É fulcral conhecer o meio em que o residente vivia e as pessoas com quem se relacionava antes de entrar para a estrutura residencial, enfim o que era a sua vida. Que afectos? Que actividades praticava? Que gostos tem? Que dificuldades e angústias? E, também muito importante, **porque veio viver para uma estrutura residencial e como encara a actual situação?**

O projecto de vida deve realçar os **pontos fortes** da pessoa. Que tem para nos oferecer? Gosta de fazer o quê? De jogar? De ler? De ouvir música? De ver televisão? De estar com os outros? Mas há que prestar atenção também aos momentos menos bons: como é que o residente prefere passar os períodos em que está mais triste? A passear? A ler? A jardinar? A meditar? Em solidão? À conversa com outros? Que outros? Quem prefere o residente para seu suporte emocional? A família? Os amigos? A religião? O seu animal de estimação?

No projecto de vida deve também haver lugar às actividades que podem ser desenvolvidas durante o dia, seja actividade ocupacional (CAO), seja formação profissional, seja emprego protegido, seja ocupação pelo trabalho.

O projecto de vida tem de ser **dinâmico**, isto é, deve ser implementado de forma criativa e estar em **permanente reavaliação** e sujeitar-se a revisões periódicas. Em cada momento, temos de ter a certeza de que se adequa às actuais necessidades físicas e emocionais do residente, bem como às suas motivações e capacidades.

É essencial que o residente possa dispor dos **recursos** para realizar o seu projecto de vida.

Viver e conviver

Neste capítulo propomo-nos reflectir sobre temáticas do quotidiano de uma estrutura residencial para pessoas com deficiência. Privilegia-se uma perspectiva global que tem em conta as características comuns das exigências de um acolhimento de qualidade às pessoas com deficiência.

Acentua-se, porém, a necessidade de a estrutura residencial dever garantir a especificidade de respostas, quando necessárias, em função da natureza e tipo de deficiência. Verifica-se efectivamente que as estruturas residenciais acolhem habitualmente pessoas com diferentes problemas de deficiência (física/sensorial/mental), distintos graus de aceitação das consequentes limitações e diversos graus de autonomia.

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

Para evitar ou minimizar as consequências negativas desta mudança, a vida quotidiana deve estar organizada em moldes próximos daqueles que são os habituais num **domicílio familiar**. A estrutura residencial deve ter bem presente o dever de ter em consideração a individualidade da atitude, do querer e das necessidades de cada residente.

1. Viver com os outros

Nem sempre é fácil viver com outras pessoas. Todos temos experiência de conflitos em casa, nem que seja sobre o canal de televisão, a utilização da casa de banho ou a conta do telefone. Como sabemos, partilhar um espaço não é fácil e manter nele a harmonia e a paz pode mesmo ser muito difícil. Esta dificuldade aumenta quando os residentes se vêem “obrigados” a dividir um espaço de clara intimidade como o quarto (ver C.9.2).

Quando se vive em acolhimento residencial, a possibilidade de conflitos é ainda maior. **O que pode tornar difícil aos residentes viverem sob o mesmo tecto?**

- Não escolheram viver juntos e terão gostos e sensibilidades diferentes uns dos outros;
- Têm histórias de vida diversas e diferentes formas de estar e de lidar com os acontecimentos e circunstâncias;
- Podem estar frustrados ou mesmo inconformados por se sentirem impotentes

face à sua situação, por terem saudades da vida que deixaram e por ser-lhes difícil aceitar as mudanças que ocorreram;

- O facto de conviverem diária e quase exclusivamente com pessoas com deficiência pode dificultar o estabelecimento de planos de futuro. Por isso, sempre que possível, deve haver contactos regulares com outras pessoas crianças, jovens e adultos, recriando o leque social habitual.

Tendo isto em conta, podemos ajudar os residentes a sentirem-se melhor e também a evitar ou resolver os conflitos que surjam. Nesta actuação importa a adopção de um modelo a seguir, baseado nos Direitos, Princípios e Valores do dever de cuidar (ver A 2). Há que ter muita prudência, respeitar as pessoas envolvidas e os seu direitos, nomeadamente, privacidade, confidencialidade, liberdade de opinião e de expressão, segurança e protecção.

Os comportamentos baseados no respeito mútuo ajudam a construir relações agradáveis e um ambiente mais feliz. A consideração pela individualidade e diversidade de experiências de cada pessoa – sem prejuízo da desejada igualdade na qualidade de tratamento – também contribui para um ambiente mais amistoso e pacífico.

Comunicar e mediar conflitos

Muitas vezes, os conflitos do dia-a-dia têm origem em mal-entendidos, por falta de comunicação ou comunicação imperfeita. Numa estrutura residencial é provável que haja pessoas com **dificuldades de comunicação** como, por exemplo, dificuldades resultantes do tipo de deficiência, impossibilidade de linguagem gestual genericamente compreendida, imperfeito domínio da língua portuguesa.

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

Para além do valor do exemplo que resulta do nosso comportamento – facto que devemos ter presente – temos muitas vezes de assumir o papel de **mediadores de conflitos**. A experiência e o tempo vão tornando mais fácil exercer este papel, mas, sempre que não tivermos formação adequada ou não nos sentirmos à vontade para a usar, devemos recorrer ao apoio da equipa técnica ou mesmo da direcção (Ver C 8.10).

2. Flexibilidade de horários

Reflicta sobre os seguintes exemplos:

Paulo e Tomás gostam muito de ver os jogos do seu clube de futebol. Acontece que muitas vezes estes só se iniciam às 20 horas, o que implica que só estejam de regresso às 23:30. Esta situação não levantaria problemas se não fosse o facto do horário de deitar da estrutura residencial ser às 23 horas situação que os impede muitas vezes de assistirem aos jogos.

Cristina trabalha como telefonista numa empresa próxima da estrutura residencial. Tem de estar no seu local de trabalho às 8h. Como o pequeno almoço, na estrutura residencial, só é servido às 8, ou fica sem pequeno almoço ou chega constantemente atrasada.

César encontra-se de férias do curso de formação que frequenta; aproveita este tempo para ficar até tarde a ver televisão, mas de manhã é acordado todos os dias às 7 horas. Segundo a responsável da estrutura residencial, os residentes são acordados àquela hora para que os colaboradores da estrutura tenham tempo de ajudar todos os residentes na higiene diária a horas do pequeno almoço.

Como se sentirão estes residentes face ao seu direito de escolha relativamente aos seus gostos, necessidades e hábitos?

Como será a sua disposição para estar com as outras pessoas incluindo as da própria estrutura residencial?

Os horários de uma estrutura residencial são importantes para o seu funcionamento adequado e para o estabelecimento de rotinas importantes para o equilíbrio dos residentes. No entanto, devem ser suficientemente flexíveis para permitir o exercício razoável da sua escolha individual.

Assim, por exemplo, o horário de levantar e deitar deve ser flexível, tendo em conta a vontade, necessidades e hábitos de cada residente. No exemplo do César, que estava de férias, não é admissível que seja levantado de madrugada para tomar banho ou para o quarto ser limpo. Evidentemente que a escassez de colaboradores não é motivo legítimo para tais práticas – elas são, de resto, maus tratos, no sentido amplo de desrespeito pelo direito dos residentes à sua individualidade, autonomia e bem-estar.

O horário das refeições deverá compreender um período razoável, permitindo a satisfação de diferentes hábitos e necessidades dos residentes. Importa ter uma especial atenção à adaptação do horário de refeições para residentes que têm actividades profissionais, ou outras, com horários incompatíveis ou de difícil conciliação com os horários normalmente praticados pela estrutura residencial. Ou seja, a Cristina do exemplo anterior não deve nunca ficar sem pequeno-almoço.

E pegando na situação do Paulo e do Tomás, se os horários fossem flexíveis, cada residente poderia conciliar os seus gostos, hábitos e necessidades com as circunstâncias da vida residencial, ou seja, ir ao futebol. A vivência na estrutura residencial apresentar-se-ia com um cunho mais familiar, facilitando a sua adaptação, promovendo a sua autonomia.

6.

As necessidades funcionais de uma estrutura residencial e as necessidades individuais de cada residente nem sempre são coincidentes ou facilmente compatíveis. No entanto, há que encontrar um ponto de equilíbrio entre ambas, na perspectiva do bem-estar de todos e cada um dos residentes. A **flexibilização de horários** aplicada a todos os aspectos da vida residencial é um instrumento valioso para esse equilíbrio.

3. Alimentação e hidratação

Maria Teresa M. é colaboradora remunerada numa estrutura residencial. Habitualmente, é ela que ajuda os residentes que não conseguem tomar a refeição sozinhos. Acontece que o seu turno acaba após o pequeno-almoço, altura em que tem de ter cumprido as suas tarefas, incluindo ajudar a residente Paula L. a comer.

Paula L., actualmente com 32 anos, teve um acidente que lhe deixou sequelas, comprometendo-lhe a coordenação motora, o que a impede de se alimentar sozinha, bem como a expressão através da fala. Embora pareça já aceitar as alterações resultantes do acidente, sempre que se aproxima o momento da refeição, Paula parece ficar bastante agitada.

**Acha que a refeição é um momento agradável e de prazer para qualquer das duas?
Como acha que Paula L. se sente durante a refeição?
E Maria Teresa M.?**

Provavelmente a refeição é um momento difícil para ambas. Para Teresa, é o fim do turno. Está cansada, precisa de se despachar e por isso quer acabar a sua tarefa o mais rapidamente possível. Paula, por outro lado, sente-se humilhada por ter de ser alimentada por outra pessoa, sobretudo em público. Por vezes engasga-se, porque os pedaços são um pouco maiores do que ela consegue mastigar. Também gostava de beber mais água, mas de tanto se engasgar não chega a conseguir dizê-lo a Teresa.

Alguns residentes podem necessitar de ajuda para comer e beber. Isto acontece, nomeadamente, porque:

- não têm autonomia física para se alimentarem;
- estão tristes ou deprimidos;
- estão doentes ou a tomar medicação que lhes reduz o apetite ou lhes altera o paladar.

Quando ajudamos o residente a alimentar-se, devemos perguntar-lhe que tipo de ajuda quer. Deve ser ele a guiar-nos e nunca o oposto. A alimentação deve ser dada a um ritmo adequado, garantindo sempre que a pessoa está confortável e que se sente tratada com respeito pela sua individualidade e mesmo com carinho. O momento da refeição deve ser agradável para todos, devendo evitar-se tudo o que possa levar o residente a sentir-se diminuído na sua dignidade.

A estrutura residencial deve garantir que o momento da refeição é um espaço relacional. Como tal, deve ter colaboradores em número suficiente para permitir que cada residente tenha um acompanhamento adequado. A escala deve prever turnos ligeiramente mais longos do que o tempo real de refeição, para colmatar dias de maior dificuldade ou demora e evitar que os colaboradores, à hora de sair, alimentem os residentes à pressa e sem o cuidado necessário, ou sejam prejudicados no seu horário.

Vejamos outra situação:

Sandra tem 23 anos e uma doença psiquiátrica aliada a alguma debilidade. A refeição é sempre um momento angustiante para ela. Embora se apresente sempre a horas às refeições, nem sempre as toma e quando o faz é sempre sozinha, levantando-se logo em seguida.

De facto, há muito que se queixa da alimentação da estrutura residencial, que considera ser sempre igual e de fraca qualidade, preferindo muitas vezes não comer, mesmo sabendo da importância da alimentação. Refere também que ainda por cima, quando a qualidade é melhor, as quantidades ficam aquém do que gostaria.

Que considerações lhe suscita a situação de Sandra?

Considera que, nas referidas circunstâncias, a Sandra sente a estrutura residencial como a sua casa?

A alimentação dos residentes tem um impacto importante sobre a sua saúde e o sentimento de bem-estar dos residentes. A sua composição, confecção e apresentação deve ser cuidada e em quantidade suficiente para as necessidades específicas de cada residente. Para cada refeição deve existir uma oferta suficientemente variada.

Recomenda-se que a ementa seja concebida com o apoio de um nutricionista. A comida deve ser cozinhada e apresentada à temperatura adequada e de acordo com os princípios da nutrição. Deve ter-se presente as exigências de hidratação de acordo com as necessidades dos residentes e a estação do ano.

Deve ser sempre disponibilizado na ementa um prato de dieta, sem prejuízo das dietas específicas, sob prescrição médica, que deve ser conhecida e respeitada pelo responsável pelo sector da alimentação e pela equipa da cozinha.

De uma forma geral, devemos considerar que a estrutura residencial deve providenciar cinco momentos de refeição: Pequeno Almoço, Almoço, Lanche, Jantar e Ceia. Se o residente desenvolve actividades no exterior, é natural que algumas refeições possam ser feitas fora da estrutura.

Para além das considerações anteriormente feitas relativas à qualidade e quantidade da alimentação, parece-nos importante que, para uma vivência relacional e afectiva da estrutura residencial, a alimentação possa ser confeccionada dentro da mesma.

Esta consideração prende-se, não só com a aproximação ao modelo familiar (por exemplo através dos cheiros próprios da cozinha e da relação com as pessoas que nela trabalham), como com a estimulação de competências sociais, dado ser possível, através desta prática, a participação de alguns residentes na confecção das refeições e mesmo a criação de equipas de ajuda à cozinha, estimulando o trabalho em grupo, o sentido da utilidade da intervenção de cada um e da solidariedade entre os residentes e as pessoas que trabalham na estrutura residencial.

É importante referir ainda o papel do momento da refeição no desenvolvimento do sentimento de pertença ao grupo. Este deve ser estimulado, desenvolvendo regras informais partilhadas por todos como, por exemplo, evitar que alguém coma sozinho, ou esperar por todos antes de começar a comer.

É também importante atender-se aos hábitos e gostos dos residentes. Embora não seja possível satisfazer todos de igual forma, parece-nos possível e importante, sobretudo aos fins de semana, confeccionar um dos pratos mais solicitado pelos residentes, auscultando-os e contribuindo assim para que sintam a estrutura residencial como a sua casa.

Alimentação e saúde oral (ver B 6.7)

Prevenir a cárie dentária pela redução dos alimentos cariogénicos implica não só reduzir a quantidade de ingestão de açúcares, mas também. E principalmente, a sua frequência.

Também sob este ponto de vista, as estruturas residenciais têm um papel muito importante, pois podem promover dietas equilibradas, com baixo consumo de alimentos açucarados (ex.: uma sobremesa por semana, um pão com manteiga em vez de doce).

A dieta deverá incluir alimentos que estimulem a mastigação. No entanto, há pessoas com problemas neste domínio que, geralmente, comem papas. Deve-se, assim, ter o cuidado de não adicionar açúcar a estas preparações. As recompensas alimentares dadas por alguma tarefa bem sucedida não devem ser açucaradas.

Os colaboradores devem sensibilizar as instituições e os pais para a importância do baixo consumo de alimentos açucarados e refrigerantes, informando que:

- os alimentos açucarados, sólidos e aderentes aos dentes são os mais cariogénicos;
- o efeito cariogénico dos alimentos é maior se estes forem ingeridos no intervalo das refeições;
- uma boa dieta passa pela selecção de alimentos naturais, fruta, legumes, cereais e alimentos fibrosos.

4. Sono

O sono e o repouso são funções restauradoras necessárias à preservação da vida. É comum – e correcto – afirmar-se que em média passamos cerca de dois terços da vida a dormir. No entanto, há pessoas que não atingem esse tempo de sono.

As perturbações do sono causam uma sensação de cansaço durante o dia (hipersonia), muitas vezes traduzida em períodos de sonolência ou mesmo de sono involuntário. Mas podem ter outros efeitos, como, entre outros, dores musculares e das articulações, tendinites, torcicolos, refluxo gastro-esofágico. Estes problemas podem, por sua vez, afectar o sono das noites seguintes, criando uma espécie de círculo vicioso.

Os factores que podem contribuir para os problemas do sono têm a ver com múltiplos aspectos como perturbações resultantes da deficiência, dor ou desconforto físico, factores ambientais, distúrbios emocionais ou alterações no padrão de sono.

Associada a alguns quadros de deficiência, está muitas vezes a necessidade de medicação que, em algumas situações, tem implicações ao nível do sono. É pois essencial considerar e conhecer as alterações e necessidades resultantes do uso dos mesmos.

Perturbações do sono

Um dos principais distúrbios do sono é a **insónia**, uma dificuldade em adormecer ou em manter o sono, ou a sensação de que o sono que se teve foi insuficiente.

Insónia não é apenas não dormir ou dormir pouco. Há quem durma pouco e não se queixe durante o dia. Falamos de insónia quando o facto de se dormir pouco tem consequências negativas durante o dia: fadiga, cansaço fácil, ardência nos olhos, irritabilidade, ansiedade, fobias, incapacidade de concentrar-se, dificuldades de atenção e memória, mal-estar e sonolência.

A insónia tem efeitos biológicos mas sobretudo psíquicos e sociais. Um dos riscos que acarreta é o da pessoa ficar mais intolerante e irritável, o que pode conduzir a um aumento dos episódios de conflito.

Causas da insónia

A insónia pode ser causada por substâncias que ingerimos. A cafeína e a teína, o álcool, os corticóides e outros medicamentos podem causar transtornos do sono.

A insónia pode também ser motivada pelas dores e incómodos associados a doenças crónicas (doenças das articulações, asma, problemas cardíacos, digestivos ou urinários, bronquite, entre outros). Mas a insónia verifica-se também em pessoas que não têm qualquer doença. O stress é suficiente para causá-la em qualquer idade. Acontecimentos tristes como a morte de um amigo ou familiar, perda do espaço social, dificuldades financeiras, sentimentos de abandono, limitações físicas, mudanças no estatuto social ou percepção da própria condição de saúde podem causar distúrbios do sono.

As situações psiquiátricas mais associadas à insónia são a ansiedade e a depressão. A ansiedade dificulta o adormecer e pode levar a que a pessoa acorde varias vezes durante a noite. Já uma consequência da depressão pode ser acordar cedo ou dormir demais.

A insónia pode ainda ter causas ambientais. As pessoas que se deitam tarde ou ficam a ver televisão ou a ler até de madrugada podem ficar com o ciclo do sono desregulado.

O que fazer perante perturbações do sono dos residentes?

A estrutura residencial deve procurar conhecer as causas das perturbações de sono dos seus residentes. Eis algumas situações frequentes:

- problemas ou conflitos familiares, com amigos, colaboradores da estrutura residencial ou outros residentes;
- más notícias;
- problemas de sono que o residente já tinha antes do acolhimento;
- medicação com efeitos no padrão normal de sono;
- falta ou excesso de alimentos ou líquidos à hora de deitar;
- ambiente com luz ou ruído excessivos;
- parceiro de quarto com hábitos de sono diferentes ou tipos de sono incómodos.

Consoante as causas dos problemas de sono, há soluções e factores que favorecem um sono confortável e tranquilo, nomeadamente:

- comer ou beber algo ligeiro antes de deitar;
- gozar de um ambiente calmo, obscurecido e sem ruído, à temperatura adequada;
- evitar assistir a programas de televisão violentos ou situações excessivamente dramáticas;
- ouvir música suave e ler ou ouvir ler um texto agradável;
- evitar discussões ou debates empolgantes;
- manter uma conversa amigável e tranquilizante;
- A tomar a medicação prescrita.

5. Higiene e apresentação

A falta de higiene não é apenas um problema que pode interferir com a saúde. Contribui também e de forma decisiva para uma diminuição da auto-estima e difícil a integração social. Sublinhemos que alguns residentes podem já sentir-se diminuídos nestas áreas por negligenciarem habitualmente a sua própria higiene.

É nossa responsabilidade apoiá-los na manutenção da mesma, mas tendo presente que sempre que possível **o residente deve responsabilizar-se pela sua própria higiene**, promovendo, também nesta área, a sua autonomia.

Parece-nos no entanto importante que, com muita delicadeza e respeito pela sua intimidade, exista por parte dos colaboradores supervisão/controlado da higiene diária dos residentes, e se criem mecanismos de registo que facilitem esse trabalho e o estímulo ao gosto de cada residente pela sua higiene e imagem.

A prestação de cuidados de higiene **apoiada ou assistida** deve primordialmente ter em conta o conforto do residente e ser levada a cabo com total respeito pela **privacidade** do mesmo.

É regra básica que todos os utensílios de higiene – escovas de cabelo, pentes, toalhas, escovas de dentes, sabonetes, águas de colónia, máquinas ou lâminas de barbear e quaisquer outros – são exclusivos e únicos para cada residente.

Deverá ser imediatamente comunicada aos serviços de saúde qualquer anomalia detectada durante a higiene diária: edema; equimose; dor; vermelhidão; alteração da cor, consistência ou cheiro de fezes e urinas; ou quaisquer queixas aparentemente injustificadas.

Os aspectos da higiene pessoal e estéticos são fundamentais à conservação ou melhoria da qualidade de vida e da auto-estima, não se resumindo por isso à limpeza e ao asseio.

Os residentes devem ter pleno acesso a cabeleireiro, barbeiro, manicure e pedicure, disponibilizados pela estrutura residencial ou existentes na comunidade. Neste último caso, sempre que necessitem, temos o dever de ajudá-los na deslocação a esses serviços.

A **apresentação diária** dos residentes deve ser cuidada. O vestuário e o calçado devem ser escolhidos pelo residente, adequando-se a eventuais limitações físicas e à estação do ano. Devemos encorajar os residentes a cuidarem do seu aspecto.

A higiene dos residentes em situação de dependência

Muitos residentes podem não conseguir tratar da sua higiene pessoal sem ajuda. Pense na Paula L., de quem já lhe falamos, e do facto de não ter coordenação motora que lhe possibilite, ou do João que negligencia a sua higiene e necessita de assistência para a sua correcta execução. Outros, simplesmente, não têm a destreza de mãos necessária para fazer a barba ou mesmo lavar os dentes.

Os residentes têm de permanecer o menos possível na cama ou em situações de menor autonomia. Quando, por doença ou especial incapacidade, tenham de permanecer mais tempo nessa situação, isso não significa que necessitem de menos cuidados de higiene - antes pelo contrário - nem que a sua apresentação estética tenha menos importância.

Nestes casos há que ter especial atenção ao risco de **úlceras de pressão** (ver capítulo da prevenção de escaras). Elas podem surgir mesmo quando se usam os equipamentos necessários – camas articuladas, colchões anti-escaras, cadeiras de rodas. Na maior parte das vezes resultam de uma prestação de cuidados inadequada relacionadas, por exemplo, com a insuficiente mobilização ou mobilidade do residente, com as roupas e a forma como se fazem e mudam as camas, ou com maneiras inadequadas de proceder à higiene. Assume assim, importância essencial uma formação cuidada, também nesta área, por parte dos colaboradores remunerados e voluntários.

Alguns residentes podem necessitar de ajuda para utilizar a casa-de-banho, podem ter problemas de mobilidade, o que torna difícil a sua deslocação. É muito perturbador tomar consciência de que se necessita de outrem para se poder utilizar a casa de banho. O próprio acto de pedir ajuda para esse fim pode ser bastante embaraçoso. Por isso, é fundamental que o colaborador desenvolva excelentes capacidades de comunicação e saiba mostrar-se acessível, disponível e compreensivo.

Acima de tudo, o residente deve sentir que estamos a ajudá-lo a manter a sua autonomia e a suprir as suas limitações com respeito pela sua **dignidade, privacidade e confidencialidade**.

Dejectos corporais

As necessidades fisiológicas são um aspecto muito importante da higiene diária que toma especial relevo nas situações de dependência. O uso correcto dos meios de protecção urinária e fecal exige cuidados importantes, sobretudo no que se refere à utilização de fraldas.

Relembramos que não podemos interferir com os Direitos (ver A 2) dos residentes em benefício da funcionalidade das estruturas residenciais, pelo que o uso abusivo e sem critérios de indicação de fraldas deve ser reservado unicamente para situações relacionadas com incontinência urinária em que exista indicação específica desse uso.

Quando se verificar essa indicação, as fraldas ou resguardos devem ser mudados regularmente, para não favorecer o surgimento de complicações ou infecções, nomeadamente, ao nível da pele, ou urinárias, e para manter o conforto da pessoa, respeitando a sua dignidade e bem estar. Deve existir um registo da mudança de fraldas e das características do seu conteúdo.

As organizações devem ter procedimentos específicos para o manuseamento e recolha dos dejectos corporais, que devem ser tratados de forma segura e higiénica, uma vez que podem ser um meio de transmissão de doenças infecciosas.

Deve-se ter em atenção o aspecto e a frequência dos dejectos corporais, pois podem dar-nos informações sobre o estado de saúde do residente.

6. Cuidados de saúde

A estrutura residencial deve promover a educação para a saúde e a prevenção da doença e assegurar os cuidados médicos, de enfermagem e de reabilitação de que os residentes necessitem.

Cada residente deve ter um **processo individual de saúde**, aberto quando da admissão. Toda a informação respeitante à saúde do residente deve constar desse processo, que é **confidencial** e deve ser guardado em local de acesso restrito, podendo apenas ser consultado e actualizado pela equipa de saúde. Pode ainda ser consultado pelo próprio ou representante legal de acordo com critério médico.

O residente tem direito a escolher e manter os prestadores de cuidados de saúde. Se por exemplo um residente mantém com o seu médico de família uma relação de confiança, esta não deve ser quebrada em prol de um médico indicado pela estrutura residencial.

Os prestadores de cuidados de saúde devem, também, respeitar a **privacidade e confidencialidade**. Como tal, a prestação de cuidados de saúde deve decorrer num ambiente que não possibilite a outros residentes ouvir o que for dito, e que garanta que aquele acto não será interrompido.

Os cuidados de saúde, enfermagem e reabilitação devem ser prestados por **profissionais qualificados**.

A medicação deve estar em local seguro, acessível apenas aos técnicos de saúde e aos colaboradores que a ministram. O residente só deve tomar medicação prescrita pelo médico, às horas que este definiu e na dose receitada. O cumprimento da medicação deve ser exigência prioritária. Como muitos residentes tomam um numero elevado de fármacos, é imprescindível que a direcção técnica da estrutura residencial garanta mecanismos de registo e verificação diária considerando sobretudo o elevado risco de problemas de saúde e de alteração do comportamento, no caso de erro ou troca de medicação.

A comunicação com outros serviços de saúde, quando necessária, deve ter em atenção a forma como se comunica, o que se comunica e o que o residente autoriza a comunicar. Os colaboradores e a Direcção não podem, em caso algum, tomar decisões sobre a saúde e a medicação dos residentes sem consultar os profissionais. Os residentes devem participar e ser informados de todas as decisões relativas à sua saúde.

A estrutura residencial pode, com o assentimento do residente ou do seu representante legal, chamar a si a responsabilidade da marcação e registo do acompanhamento médico. Deve disponibilizar um colaborador para acompanhar o residente às consultas. No entanto é essencial o direito à intimidade do residente e à confidencialidade dos dados só podendo o referido colaborador assistir às consultas, quando solicitado pelo próprio residente ou pelo médico que o atende.

A família tem também um papel muito importante nesta área, uma vez que melhor que ninguém conhece o trajecto e evolução da situação clínica do residente. Assim, deve ser sempre solicitada a participar e a desempenhar um papel activo nos cuidados de saúde do residente.

Em conformidade, qualquer situação de emergência deve ser imediatamente comunicada ao representante legal e à família.

6. Emerge também como relevante a consciencialização por parte da estrutura residencial do conceito de saúde tal como o define a OMS - *“a Saúde é o completo bem – estar físico, psíquico e social, e não consiste somente na ausência de doença ou enfermidade”*. Tendo em conta as necessidades específicas de cada residente, é de extrema importância a garantia de acompanhamento a diferentes níveis como por exemplo: estimulação precoce, apoio psiquiátrico, apoio psicológico, psicomotricidade, terapia da fala, fisioterapia, musicoterapia, dançoterapia, arteterapia, hidroterapia, hipoterapia entre outros.

A manutenção e estimulação das capacidades de cada residente é um dever da estrutura residencial. Sempre que esta não possa providenciar estes serviços no seu espaço, deve, em articulação com a comunidade, encontrar soluções que possibilitem um adequado apoio e desenvolvimento dos residentes.

Saúde Oral (retirado do manual de Saúde Oral) ⁴

Os residentes com deficiência têm, ou estão em risco acrescido de ter, doença crónica e/ou condições diferentes das outras pessoas quanto ao desenvolvimento físico, comportamental ou emocional. Por isso, requerem cuidados e serviços de saúde mais específicos e mais frequentes que os requeridos pela generalidade da população.

⁴ Manual de Boas Práticas em Saúde Oral para quem trabalha com crianças e Jovens com necessidades de saúde especiais - Direcção geral de Saúde, divisão de saúde escolar, Lisboa, 2002;

A este risco junta-se ainda o facto de a saúde oral poder ser afectada negativamente por diversos factores, nomeadamente dietas especiais, medicação, tratamentos e/ou dificuldade de higienização dos dentes.

Medidas de prevenção

A escovagem dos dentes, para ser eficaz, deve ser adaptada a cada residente, todos, independentemente da sua capacidade de execução, devem escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia, sendo uma delas ao deitar.

Sempre que possível, deve instruir-se a pessoa para ela própria executar a escovagem, mesmo que para isso se adaptem os materiais; é preferível que seja ela a fazê-lo, pois é importante promover a sua autonomia.

A escova de dentes pode ser manual ou eléctrica. Deve ter textura macia, pêlos de nylon com extremidades arredondadas e um tamanho adequado a quem a utiliza. Independentemente do tipo, deve ser substituída quando os pêlos começam a ficar deformados. A escova de dentes é um objecto pessoal.

Nas estruturas residenciais as escovas devem ser marcadas (com nome, símbolos, cores, etc.) para que possam ser facilmente identificadas e evitadas as trocas.

As escovas devem ser colocadas no copo correspondente e guardadas em local arejado, com a cabeça voltada para cima, para permitir a secagem entre utilizações.

Escovagem dos Dentes - A escovagem dos dentes deve ser feita com uma pasta dentífrica fluoretada. Pode ser feita em frente ao espelho, estimulando-se, assim, a observação da boca, para que o residente veja o que é e como se remove a placa bacteriana.

Fio Dentário - A utilização do fio dentário em pessoas com deficiência pode ser difícil e requerer destreza e paciência. No entanto, em certas circunstâncias, é indispensável e, por isso, os pais e os colaboradores devem saber utilizá-lo.

Os porta-fios podem ser uma excelente ajuda. Existem vários modelos disponíveis no mercado. A remoção da placa bacteriana interdentária pode ainda ser feita através de escovilhões e escovas unitufo.

Se existirem dificuldades motoras muito severas, a higiene oral terá que ser feita por outra pessoa, da estrutura residencial. Os colaboradores devem verificar, a intervalos regulares, se as técnicas de remoção da placa bacteriana são eficazes.

Vigilância da Saúde Oral

As visitas regulares a profissionais de saúde oral, tais como médico dentista e higienista oral, são de maior importância, numa perspectiva de intervenção global, detecção precoce e tratamento adequado das doenças orais.

Quando se trata de pessoas com deficiência, há necessidade de intervir precocemente em saúde oral. Esta intervenção traduz-se na informação sobre princípios de higiene oral, dieta, recomendação sobre o uso de chupetas e biberões, estimulação gengival, etc.

É obrigação de todos os colaboradores, que lidam com pessoas com deficiência, maximizar a intervenção e prevenção precoces. E isto é tanto mais verdade, quanto mais grave são os problemas motores ou mais severo é o défice cognitivo. A instalação e manutenção de rigorosas medidas de higiene oral são um agudo desafio de todos os técnicos de saúde.

A falta destas medidas preventivas poderá acarretar, se demasiado tarde, um tratamento prolongado, complexo e dispendioso.

Para as pessoas sem autonomia, isto é, total ou parcialmente dependentes de outrem, para efectuarem a sua higiene oral, há várias formas de adaptação das escovas de dentes, que podem utilizar-se em função das necessidades.

Nas pessoas com deficiência, os principais problemas orais relacionam-se com:

- deficiente higiene oral;
- maior incidência de periodontopatias;
- maior incidência de má-oclusão;
- respiração bucal;
- deglutição atípica;
- bruxismo;
- anomalias dentárias.

Por isso, abordaremos as diferentes formas de adaptar escovas, para melhorar as técnicas da escovagem em residentes que:

- não conseguem agarrar;
- têm dificuldade em levantar a mão ou o braço;
- têm limitação na abertura e encerramento das mãos.

Deficiência mental/motora

Em residentes com deficiência motora os profissionais de saúde deverão:

- avaliar previamente a motricidade oral, as dificuldades em permanecer com a boca aberta, assim como a influência dos reflexos orais primitivos (mordedura, sucção, etc.) e espasmos (abertura e encerramento da boca);
- promover o exame oral com duas pessoas, a que observa mantém o posicionamento;
- criar condições para que a pessoa se sinta segura, confortável e confiante para uma boa colaboração.

Os colaboradores que prestam cuidados a residentes que permanecem acamados ou em cadeiras de rodas, por descoordenação motora, rigidez ou deficiência mental profunda, devem ser treinados na remoção da placa bacteriana.

Para as pessoas com destreza limitada podem promover-se adaptações à escova normal ou eléctrica, que permitam a execução da escovagem, obviando algumas limitações de movimento. Se já usarem uma adaptação para comer, a mesma pode ser também útil para a escova de dentes.

Por vezes é também necessário que a auto-escovagem seja assistida por um colaborador. De qualquer forma, há que incentivar a independência total ou relativa do residente.

Para os que não conseguem agarrar

- Coloca-se uma fita de velcro à volta da mão, tendo essa tira uma bolsa na zona da palma onde a escova é colocada.
- Segura-se a escova na mão da pessoa, com a ajuda de uma banda elástica. Também se pode construir uma adaptação.

Para os que têm dificuldade em levantar a mão ou braço

- Aumenta-se o tamanho do cabo da escova, com uma régua, espátula ou outro material semelhante.

Para os que têm limitação na abertura e encerramento das mãos

- Alarga-se o cabo da escova, colocando-lhe uma bola de borracha, uma esponja compacta ou um punho de um guiador de bicicleta.

Deficiência visual

Os deficientes visuais superam muitas vezes a sua deficiência, reforçando outros sentidos e recriando conceitos e perspectivas diferentes dos do resto das pessoas.

O sobredesenvolvimento dos outros sentidos e a estrutura de uma outra filosofia de vida variam com a idade de estabelecimento da deficiência visual, pelo que sugerimos:

- explique sempre o que está a fazer, minimizando o medo do desconhecido;
- deixe o residente experimentar a generalidade dos instrumentos usados, permitindo-lhe uma maior compreensão das técnicas da higiene oral;
- ensine a escovagem na boca da criança ou jovem, para que sinta os movimentos e a angulação da escova;
- exemplifique o uso do fio dentário nas mãos da criança ou jovem, utilize os dedos como se fossem dentes; depois, utilizá-lo na própria boca.

Deficiência auditiva

Os problemas auditivos, das perdas parciais à perda total, podem ocorrer em qualquer idade. Relativamente às pessoas com deficiência auditiva, a maioria nasceu surda ou adquiriu a deficiência numa fase precoce da vida.

Assim:

- utilizar imagens; exemplificar a escovagem dos dentes e a utilização do fio dentário com o auxílio dos macromodelos ou fazendo-o na boca da criança ou jovem.

Medidas Gerais de Higiene

Para a protecção dos colaboradores e do residente, é muito importante que se verifiquem certos cuidados de higiene, especialmente nos actos que requerem o contacto com a cavidade oral. As medidas básicas de higiene previnem a transmissão de algumas doenças.

É preciso lavar as mãos, com sabão, antes e depois de os realizar. Sempre que possível, devem também utilizar-se luvas ou dedeiras descartáveis.

Os materiais que se utilizam, tais como:

- copo e escova, com ou sem adaptador;
- porta fio dentário e caixa de fio dentário;
- escovilhões;
- abridores de boca;
- dentífricos e colutórios;
- géis;
- outros,

devem estar devidamente identificados com o nome e ser de uso individual.

Após cada utilização, devem ser lavados convenientemente.

Promoção da Saúde e Prevenção da Doença

A prevenção é uma arma inestimável. A estrutura residencial deve ter planos elaborados e implementados para prevenção e controlo de situações que podem afectar os residentes. Eis as principais:

- **ondas de calor e frio** - o Ministério da Saúde e o Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil emitem anualmente orientações sobre esta temática;
- **surtos de infecção** - exames médicos periódicos de colaboradores e residentes, despiste de situações infecciosas, programa de vacinação de residentes e colaboradores, isolamento de pessoas com problemas de doenças infecciosas;
- **doenças infecto-contagiosas (tuberculose, gripe, diarreias víricas, escaras infectadas, entre outras)** - deve haver planos de cuidado para as pessoas que tenham estas doenças e planos de ensino para quem as cuida e se relaciona com elas;
- **situações propiciadoras de quedas** - há que prestar especial atenção a residentes medicados (ou com falta ou excesso de medicamentos) ou que sofram alterações visuais, auditivas ou de equilíbrio; a organização do espaço e do mobiliário deve procurar evitar situações que propiciem quedas;
- **lesões auto-infligidas** - devem-se controlar os comportamentos auto-destrutivos e encaminhar convenientemente todos os casos;
- **resíduos provenientes dos cuidados de higiene e cuidados de saúde** - a sua eliminação deve ser cuidadosa e feita no menor espaço de tempo, de acordo com procedimentos estabelecidos;
- **úlceras de pressão** - devem estabelecer-se procedimentos para o seu controlo e tratamento;

7. Actividades

A estrutura residencial deve promover e garantir que os residentes desempenhem uma ocupação durante o dia, seja ela na própria estrutura ou no exterior. Esta actividade pode passar pelo desempenho de uma actividade profissional, pela frequência de centros de actividades ocupacionais ou pela formação profissional.

Esta ocupação permite aos residentes um contacto com uma realidade exterior à estrutura e incentiva a sua integração na comunidade estimulando, as suas competências sociais e decorrente independência e autonomia. Porém, mesmo nos casos dessas actividades exteriores, a estrutura residencial deve organizar actividades que possam preencher positivamente os tempos de lazer.

Estas actividades podem ser da mais variada natureza – desportivas, artísticas, culturais, recreativas ou religiosas. Na concepção e organização, os colaboradores da estrutura residencial devem ter em conta os gostos, vocações e os *hobbies* dos residentes.

É essencial considerar as actividades que estimulem as competências e capacidades dos residentes e a sua saúde. Destaca-se a importância de algumas: actividade em meio aquático, educação física, música, teatro, dança e expressão plástica.

Para além das actividades organizadas no seu próprio meio a estrutura residencial deve estimular a participação dos residentes em actividades organizadas na comunidade. Deve mesmo, com a participação dos residentes, estimular essas actividades e colaborar na sua concepção e organização, em parceria com a autarquia, escolas, serviços de saúde, serviços de apoio social e outras instituições comunitárias. Porque não organizar, por exemplo, exposições de pintura, escultura, desenho, cerâmica, feita pelos residentes, peças de teatro, recitais de poesia, concursos de culinária, competições desportivas, numa perspectiva inclusiva, inter-geracional e interinstitucional.

Há actividades que não podem ter lugar nas instalações da estrutura residencial, mas nada impede, e pode ser muito positivo, que se realizem noutros espaços – pavilhões polidesportivos ou auditórios municipais, por exemplo. Neste caso, deve haver a preocupação de informar os residentes sobre a hora, o local e os transportes disponíveis. Aos residentes com dificuldade de mobilidade que desejem deslocar-se ao exterior deve ser assegurado transporte e apoio.

Uma boa forma de motivar os residentes a participar é **envolvê-los no planeamento e avaliação das actividades**. A oferta deve ser tão variada quanto possível e deve haver informação afixada sobre as actividades desenvolvidas, quer pela residência quer pela comunidade, esclarecendo as respectivas condições de participação. Sempre que possível, a comunidade deve igualmente ser convidada a participar em actividades organizadas pela estrutura residencial.

8. Afectividade e sexualidade

“Desde o nascimento que é o grupo social que transmite e define a identidade do bebé consoante se trate de um rapaz ou uma rapariga. Na infância são particularmente importantes as relações precoces com as figuras de apego, pois serão elas que mediatizarão a sexualidade ao longo da vida e especialmente nesta primeira fase. É nesta experiência que a criança adquire: a confiança e a segurança que lhe permite abrir-se a contactos com o meio envolvente; o uso e o significado de formas de comunicação íntimas e informais; o uso e significado de expressões emocionais; a capacidade de explicitar as suas necessidades, bem como a de satisfazer as necessidades dos outros.” (López, 1989; cit. Félix, 1995)

O ser humano nasce com características biológicas e genéticas que o definem como único, no entanto somos sem dúvida seres sociais onde o outro (as pessoas com quem nos relacionamos) assume um papel de relevo. Não nascemos já o que somos, a nossa identidade e personalidade constroi-se ao longo do nosso desenvolvimento, em simultâneo com a afectividade e a sexualidade.

É assim evidente que todos somos seres sexuais, com impulsos e necessidades próprias, com expressões de afectividade distintas, porém sempre presentes e inerentes a condição de Humanos.

Desenvolvimento Afectivo e Sexual na pessoa com Deficiência Mental

Embora a sexualidade se construa desde a infância, é na adolescência que as suas manifestações se tornam mais evidentes, levantando questões específicas ligadas a pessoa em situação de deficiência mental.

A adolescência é em si mesmo uma etapa do desenvolvimento que acarreta grandes conflitos emocionais e onde a socialização, nomeadamente no grupo de pares, tem especial relevo, sobretudo na representação de nós próprios. A comparação com o grupo é particularmente importante para a forma como os adolescentes vêem a sua sexualidade, a sua imagem corporal e a sua conduta.

De facto, vários estudos referem que as modificações físicas e fisiológicas da puberdade e os impulsos e desejos delas resultantes aparecem na pessoa em situação de deficiência mental, no mesmo período de idade, que na população em geral. No entanto estas modificações físicas e fisiológicas importam paralelamente modificações de ordem psicológica, que no caso das pessoas com deficiência mental parecem ocorrer mais lentamente.

Num jovem em situação de deficiência acolhido numa estrutura residencial crescem às já consideradas dificuldades da adolescência as resultantes da sua situação e as limitações que a mesma impõe. Para o jovem com deficiência mental a comparação com os pares é por vezes muito limitada, nomeadamente porque o contacto com jovens da mesma faixa etária, ou de outro sexo, pode ser restringida.

Na sociedade prevalece ainda, de uma forma geral, a ideia de que a pessoa em situação de deficiência mental é um ser assexuado ou a ideia oposta de que só pensa em sexo. Estas posturas são inadequadas, uma vez que, não obstante a situação de deficiência estamos a falar de uma pessoa, logo de um ser sexuado com impulso sexual.

A exploração do próprio corpo é um processo normal do desenvolvimento da nossa sexualidade. Na puberdade, a masturbação como manifestação visível dessa exploração, aumenta e torna-se mais frequente em ambos os sexos.

Estas manifestações levantam muitas vezes problemas à família ou à estrutura residencial, pois podem reflectir com alguma desadequação social que pode estar ligada a uma imaturidade psicológica, que como referimos nem sempre acompanha o mesmo ritmo da física e fisiológica, ou mesmo a não interiorização da diferença entre espaço privado (íntimo) e espaço público e as implicações desta diferença.

No jovem em situação de deficiência, a masturbação pode muitas vezes tornar-se a sua principal forma de expressão sexual, pelo que é importante desenvolverem-se estratégias e meios para a compreensão pelo jovem das implicações do binómio íntimo/público, através da promoção de competências sociais, atitudes e comportamentos, bem como do acesso à informação adequada.

Não podemos reduzir a sexualidade ao coito ou aos órgãos genitais. Devemos entendê-la num sentido mais lato, ligada à aprovação, partilha, apoio, valorização e sentido de utilidade para o outro. Os comportamentos afectivo-sexuais são necessidades fundamentais ao desenvolvimento e crescimento do ser humano, ao reprimi-los estamos a comprometer o seu desenvolvimento enquanto pessoa.

Atitudes face à Afectividade e Sexualidade da pessoa em situação de deficiência mental

A sexualidade na pessoa em situação de deficiência, em particular quando esta se prende com atraso mental, constitui ainda uma temática controversa, sendo frequente a pessoa com deficiência mental ver-se limitada ou restringida na vivência da sua sexualidade, podendo mesmo, como já referimos ser considerada um ser assexuado.

Outras considerações sociais que tem dificultado ou mesmo impedido as pessoas com deficiência mental, o direito a uma vida sexual, tem muitas vezes na sua base considerações ligadas à impossibilidade de aceitar que a pessoa em situação de deficiência mental possa desenvolver comportamentos adaptativos e à ideia ainda muito presente da limitação sexualidade a aspectos genitais e de procriação. Aspectos comumente relacionados com a atribuição da vida sexual ao estatuto de adulto.

É este estatuto de adulto que frequentemente é negado a pessoa com deficiência mental, violando-se não só o direito à vida sexual, como o direito à sua intimidade.

A incapacidade de um indivíduo atingir um determinado nível intelectual não implica a sua incapacidade de conseguir uma relação afectiva e sexual satisfatória, nem a de adquirir neste domínio de aptidões que lhe permitam comportamentos socialmente adequados.

Afinal, as relações de amizade e afecto e as suas manifestações e ao nível dos comportamentos são muito significativas também para as pessoas com deficiência mental.

Atitudes dos Pais

O respeito pelo direito da pessoa com deficiência à sexualidade pode também depender significativamente da compreensão pelos pais e pessoas do ciclo de pertença do sentido e expressões dessa sexualidade e da qualidade da interacção também neste domínio.

Pode prejudicar essa interacção positiva, a vulgar representação de que a sexualidade na pessoa adulta em situação de deficiência é semelhante à da criança. Essa representação quando perfilhada por pais e cuidadores pode potenciar limitações ao desejável processo de autonomia.

Como é sabido, o processo de autonomia e independência em relação aos pais é construído gradualmente ao longo do processo de desenvolvimento, implicando o reconhecimento por parte dos outros da capacidade de responsabilidade e de auto-suficiência. Numa situação de deficiência a circunstância de dependência de terceiros pode dificultar e retardar o processo de autonomização.

Outros aspectos da sexualidade, relevante nas atitudes dos pais são os que se relacionam com as consequências de uma vivência sexual activa, nomeadamente a fertilidade e reprodução. Sobretudo porque ainda esta presente a limitação do conceito de sexualidade à genitalidade e à finalidade de procriação.

A ideia de que uma pessoa com deficiência mental seja incapaz de cuidar de um filho ou de que este possa nascer também com deficiência condiciona muitas vezes as atitudes dos pais, levando mesmo alguns a considerar a esterilização e assumindo como deles o direito de nela consentir.

Segundo Ramos (2005), se examinarmos “a atitude dos pais em relação à população deficiente mental em geral, constata-se que o desejo de contacto físico, de sedução e de ter relações sexuais é largamente reconhecido; por outro lado, o desejo de casar e ter filhos é menos acentuado. Para os pais, o desejo de contacto físico é reconhecido em relação quer aos próprios filhos, quer às pessoas portadoras de deficiência mental no geral. No entanto, a atitude altera-se quando se trata do desejo de ter relações sexuais, casar e ter filhos, na medida em que não é muito reconhecido em relação aos próprios filhos”.

Se é certo que o reconhecimento dos direitos humanos das pessoas em situação de deficiência, enquanto princípios é aceite pelos pais, a questão assume diferentes contornos quando se reportam a vivência pelos próprios filhos da sua sexualidade, neste caso surgem mecanismos de super-protecção e desvalorização da sexualidade como um todo.

E ainda muito comum a ideia de desvalorização da sexualidade relativamente a pessoa com deficiência mental centrando as suas vivências na pura afectividade.

É importante a estrutura residencial proporcionar **espaços de reflexão e discussão destas temáticas.**

Embora a família seja fulcral cabe a estrutura zelar primordialmente pela efectivação dos direitos do residente, pelo seu bem estar e completo desenvolvimento, importa por isso esclarecer e educar os pais e familiares na medida em que promova e facilite essa vivência para a pessoa com deficiência.

Atitudes dos Técnicos

No âmbito da educação sexual e aconselhamento no domínio afectivo/sexual os técnicos vêm-se muitas vezes condicionados pela própria política da estrutura residencial, ou inexistência desta, no que se refere a estes aspectos. A falta de regras explícitas leva-os a agirem de acordo com as suas próprias ideias, valores e crenças.

Dos vários estudos realizados nesta temática, em que, para além da já referenciada inexistência de normas orientadoras pelas estruturas residenciais que traduz atitudes reflectidas dos valores e ideias dos próprios técnicos, salienta-se ainda uma tendência ao conservadorismo, a preferência por não abordarem estes assuntos e à redução da sexualidade no deficiente mental à actividade masturbatória, ou ao exibicionismo, ao voyerismo, ou ao comportamento agressivo e homossexual.

Embora pareça existir de facto uma maior tolerância por parte dos técnicos, no que respeita à expressão afectivo-sexual dos residentes, verifica-se uma discrepância entre esta tolerância e a efectiva criação de condições pela estrutura residencial por virtude da já referida duplicidade entre os sentimentos e interesses do residente e a da sua família.

No estudo realizado por António Martins (1995) em que se procurou observar os comportamentos verbais e não verbais, reveladores de atitudes dos técnicos face à temática da afectividade e sexualidade da deficiência mental, chegou-se às seguintes conclusões:

- ausência de informação sobre aspectos do desenvolvimento psico-sexual na criança e no adolescente;
- atitudes preconceituadas face às expressões afectivo-sexuais evidenciadas por estes jovens;
- incapacidade em avaliar adequadamente o valor e funcionalidade dos comportamentos exibidos por estes jovens;
- dificuldades no auto-conhecimento dos seus comportamentos verbais expressos e outras atitudes verbalmente não expressas, e uma grande insegurança na forma de intervir face às diversas manifestações afectivo-sexuais observadas nos jovens deficientes.

Sexualidade e Planeamento Familiar⁵

Como referimos anteriormente o desenvolvimento da sexualidade, nos seus aspectos físicos e fisiológicos não é diferente nas pessoas com deficiência mental. Porém, o desenvolvimento psicológico pode decorrer de forma significativamente mais lenta.

Levanta-se a questão da fertilidade e suas implicações, em particular o risco de gravidez, quer como resultado de jogos exploratórios da respectiva sexualidade com os colegas de grupo, quer de abusos sexuais por parte de desconhecidos (denotar que uma considerável percentagem dos casos de abuso sexual referem como vitimas pessoas em situação de deficiência mental).

A sexualidade, tão importante na vivência da pessoa, pode assim assumir, no caso das pessoas com deficiência, um drama para si própria, representantes legais, pais, estrutura residencial que a acolhe e ainda, para a criança que venha a nascer em resultado da sua actividade sexual.

No processo de avaliação das implicações da vivência da sexualidade e do risco de gravidez e conseqüente escolha do método contraceptivo, devem participar a pessoa com deficiência, auxiliada pela família, a estrutura que a acolhe, os profissionais de saúde eventualmente envolvidos, além da equipa da consulta de planeamento Familiar.

Torna-se necessário avaliar o grau de auto-suficiência e do risco sexual, as possibilidades de colaboração da família e da estrutura residencial, devendo privilegiar-se os métodos contraceptivos mais eficazes, mais fáceis e que satisfaçam as necessidades contraceptivas, não esquecendo a sua inocuidade.

⁵ Rebelo, David (2003) Contraceção e Deficiência Mental in sexualidade & planeamento familiar, n.º 37 – Sexualidade e Deficiência – Maio/Dezembro

A escolha deverá recair sobre a:

1. Contraceção hormonal (de curta e longa duração);

Sendo a mais indicada, obriga a que se possa contar com a colaboração de alguém que fique responsável por ministrar a pílula de acordo com o prescrito. Este método contraceptivo tem a vantagem de resolver algumas queixas ginecológicas, como a dismenorreia, as irregularidades menstruais e as menorragias.

Ainda no âmbito da contraceção hormonal dispomos da possibilidade de realizar contraceção de longa duração, utilizando os implantes progestativos por via subcutânea e intra-uterina, com preferencia para a primeira.

2. Dispositivo Intrauterino (DIU);

O DIU, que será melhor tolerado nos casos em que já tenha ocorrido gestação a termo, poderá também ser empregue quando se pretenda uma contraceção temporária mas de maior duração e não haja a colaboração necessária para a tomada da pílula. Para a sua boa tolerância, eficácia e inocuidade é importante a correcta escolha do aparelho e o respeito pelo protocolo de aplicação e vigilância.

3. Contraceção definitiva.

A contraceção definitiva ou cirúrgica (laqueação tubar e vasectomia) é logicamente a escolha mais polémica, pois, embora garanta de modo definitivo a impossibilidade de concepção, priva a mulher ou homem de uma função importante no plano bio-psicológico e para o seu papel na sociedade. A escolha deste método devesa resultar de discussão fundamentada e terá de ter presentes os aspectos legais que a contemplam.

Relativamente à educação sexual e planeamento familiar confrontar lei n.º 3/84 de 24 de Março.

A Afectividade e sexualidade vivenciadas em estrutura residencial

Os aspectos afectivos e sexuais das pessoas em situação de deficiência são temas cuja abordagem, pelos tabus e preconceitos que ainda hoje existem são delicados. Constituindo um tema sensível, a verdade é que, “a sexualidade é a mais normal das características humanas e é sentida de maneira idêntica por deficientes e não deficientes” (Craft & Craft, 1978).

O jovem em situação de deficiência, algumas vezes e em consequência do tipo de deficiência, enferma de falta de maturidade, a qual se reflecte no seu equilíbrio emocional e sexual, porque, brincou e cresceu com jovens com deficiência e foi privado de muitas experiências próprias da sua idade e desde pequeno que o seu corpo foi manipulado, olhado e compartimentado, esquecendo o que é a intimidade e preciosidade do corpo para alguém.

6.

Muitas vezes, também desde crianças as suas manifestações sexuais foram impedidas e condenadas, esquecendo as consequências ao nível da conceptualização dos seus problemas pessoais e ao nível do estabelecimento de relações interpessoais, limitando a possibilidade de compreender e começar formar de relações adultas.

Neste sentido, é importante que, no decorrer da sua educação e formação da personalidade, a criança e/ou o jovem não venha a concluir que o sexo é algo diferente dos outros aspectos da vida, necessitando de conversas secretas sobre o tema.

Assim, nas estruturas residenciais as questões da sexualidade devem ser encaradas com naturalidade, mas também com profissionalismo. Tal como muitas vezes os pais necessitam de ajuda para educar e aceitar a sexualidade dos seus filhos, os técnicos também podem necessitar desse apoio.

É na tomada de consciência das suas dificuldades na intervenção que, as direcções das estruturas residenciais devem promover acções de formação que possibilitem às equipas técnicas, actuarem de forma estruturada, ao nível da educação sexual dos residentes como qualquer outro domínio, seja a integração profissional ou o desenvolvimento de actividades de lazer.

Estes programas devem ter em conta num primeiro momento a sensibilização e formação dos técnicos, indo de encontro às dificuldades e necessidades por eles expressas. Posteriormente, devem os técnicos promover acções e actividades que permitam a transmissão desses conhecimentos e vivências aos residentes e suas famílias.

Segundo Gordon, (1981) devemos estabelecer um conjunto de objectivos capaz de responder a uma educação sexual adequada para qualquer tipo de população, seja ela deficiente ou não:

- Reconhecimento da sexualidade, como fonte de prazer e de comunicação, é uma componente positiva e de realização no desenvolvimento pessoal e das relações interpessoais;
- Valorização das diferentes expressões da sexualidade, nas várias fases de desenvolvimento ao longo da vida;
- Respeito pela pessoa do outro, quaisquer que sejam as suas características físicas ou a sua orientação sexual;
- Promoção da igualdade de direitos e de oportunidades entre os sexos;
- Respeito pelo direito a ser diferente;
- Reconhecimento da importância da comunicação e do envolvimento afectivo e amoroso na vivência da sexualidade;
- Reconhecimento do direito a uma maternidade/paternidade livres e responsáveis;
- Reconhecimento de que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspectos essenciais para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual;
- Recusa de formas de expressão da sexualidade que envolvam manifestações de violência e promovam relações pessoais de dominação e exploração;
- Promoção da saúde dos indivíduos e dos casais, na esfera sexual e reprodutiva.

Nesta perspectiva, a sexualidade não pode e não deve ser tratada como um assunto à parte, mas como uma componente da vida. Nas estruturas residenciais, os técnicos têm um importante contributo a dar na desmistificação do tabu que continua a ser a sexualidade na pessoa em situação de deficiência.

9. Dependência

A **dependência** é um estado transitório ou de longa duração em que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, as pessoas têm necessidade de assistência para realizar actos da vida quotidiana.

Todas as pessoas têm **necessidades básicas** – físicas, intelectuais, emocionais, sociais e espirituais:

Necessidades físicas	alimentação equilibrada, higiene, prevenção da doença, habitação, segurança.
Necessidades intelectuais	comunicar, relacionar-se com o meio envolvente, raciocinar, cultivar-se.
Necessidades emocionais	amar e ser amado, autoconfiança, auto-estima, ser valorizado e respeitado.
Necessidades sociais	sentimento de pertença, relações sociais, familiares e de amizade.
Necessidades espirituais	Reflexão sobre o ser humano e o mundo; crenças religiosas ou metafísicas.

Para além destas necessidades básicas, comuns a toda a humanidade, qualquer pessoa pode ter **necessidades específicas**, temporárias ou permanentes, decorrentes de situações como:

- estar fisicamente dependente devido a uma doença ou acidente;
- ter dificuldades auditivas, de visão ou comunicação;
- sofrer de doença mental.

As dificuldades específicas têm uma repercussão sobre as necessidades básicas, na medida em que impedem ou limitam a possibilidade de a pessoa as satisfazer sozinha. Se, por exemplo, fracturarmos uma mão, vamos precisar de ajuda para realizar actividades do quotidiano como as relacionadas com as refeições, a higiene, as compras. Isto significa perder alguma autonomia e, provavelmente, sofrer restrições no que respeita à vida social. Podemos chegar a sentir-nos constrangidos, sós e deprimidos. Quem diria que uma mão partida podia ter um impacto tão forte?

Vemos assim que a dependência física ou psíquica é determinada por múltiplos factores relacionados com a pessoa e com o meio.

Acima de tudo, os residentes são **pessoas**. As limitações que possam sofrer não devem sobrepor-se à sua **individualidade**. Não devemos falar de **dependentes**, **doentes** ou **deficientes**, mas sim de “pessoas com...”. É bom lembrar que a linguagem traduz atitudes e mentalidades, e que estas afectam aqueles com quem lidamos.

Analisemos então as seguintes situações:

Joaquina teve um acidente que a deixou paraplégica, razão que motivou o acolhimento residencial. Este acidente obriga-a a deslocar-se em cadeira de rodas e o longo período em coma comprometeu também a sua expressão oral.

Como descreveria Joaquina? Como **dependente**, como incapaz de comunicar? A descrição mais correcta seria algo como: “uma senhora com limitações físicas e dificuldades de expressão verbal”. Se lhe pusermos à partida o rótulo de **dependente** ou incapaz de comunicar, estamos a dar mais importância às características de Joaquina – por sinal às que mais a limitam – do que à pessoa que ela é.

Saibamos algo mais sobre Joaquina Santos:

Joaquina quer frequentar um curso de computadores para poder comunicar por e-mail com a irmã, que reside fora do país. No entanto, o centro que disponibiliza estes cursos não tem rampa de acesso para cadeiras de rodas.

Nesta situação, como em muitas outras, o problema não está nas limitações físicas de Joaquina, mas no facto de o serviço de que ela quer usufruir não ter condições de acessibilidade, como é essencial ao respeito por direito fundamental da pessoa com deficiência. O que impede a Joaquina de se valorizar e de fazer o que gosta, não é a sua situação de deficiência mas a falta de cumprimento, seja pelo Estado, seja pelas autarquias, seja pelas instituições, seja pelas empresas, do dever legal de garantir condições de mobilidade e acesso de pessoas em condições de vulnerabilidade, nomeadamente em razão de deficiência. Incapaz não é Joaquina S., mas sim o meio que não responde às suas necessidades.

Para além de juízos de valor negativos sobre as pessoas com necessidades e características especiais, a sociedade dificulta ou impossibilita, frequentemente, que essas pessoas possam viver de acordo com as suas escolhas. As correspondentes omissões integram o conceito amplo de maus tratos.

Residentes que negligenciam as suas próprias necessidades

Importa também ter em atenção que os residentes podem negligenciar a satisfação das suas próprias necessidades, de várias formas, como por exemplo:

- não tomando a medicação, alimentando-se insuficientemente, descuidando a sua higiene e aparência, descurando o seu conforto;
- não participando em actividades para manutenção do bem – estar físico e psíquico, de recuperação, de aquisição de competências, de progresso de autonomia, de lazer, de participação na vida da estrutura residencial e da comunidade;
- isolando-se e desligando-se da família e amigos;
- não exprimindo o que sentem ou desejam.

Muitas são as razões que podem determinar este estado: podem estar deprimidos, ter dificuldade em se olhar e aceitar, sentirem-se incapazes de se projectarem positivamente no futuro, perderem ou diminuírem o seu interesse e gosto pela vida.

Os colaboradores da estrutura residencial devem estar muito atentos a todos estes sintomas e promover a sua apreciação no âmbito da equipa técnica. Deve elaborar-se um projecto para tentar superar o problema, envolvendo a intervenção das pessoas (incluindo pessoal auxiliar, voluntários, familiares e pessoas do círculo afectivo do residente) e utilizando os meios que possam ajudar a inverter a situação. Sempre com delicadeza e respeito pela intimidade da pessoa e promovendo a sua adesão.

Ajudas Técnicas

Ana tem uma doença que lhe limita progressivamente a visão. Actualmente, já não consegue fazer bem algumas das actividades que lhe davam prazer, como ler e cuidar da sua aparênci-a. Ana gostava, sobretudo, de se maquilhar.

Como vê cada vez menos, Ana está a perder também a capacidade de se deslocar sozinha. Choca frequentemente com a mobília e já deu duas pequenas quedas.

Esta situação tem afectado muito a auto-confiança de Ana, que ultimamente tende a isolar-se dos outros residentes e mesmo dos colaboradores

Como é que podemos ajudar a Ana? Sendo ela o centro da decisão dos cuidados de que necessita, a primeira coisa é falar com ela sobre o tipo de cuidados que quer. Será que quer ir ao oftalmologista? Usar óculos? Devemos propor-lhe que use uma lupa para ler?

Um par de óculos e uma bengala permitiriam a Ana mover-se com mais autonomia e segurança. A lupa possibilitar-lhe-ia ler mais depressa, sendo uma fonte importante de estímulo intelectual. Falar com pessoas pode ajudá-la a recuperar a confiança em si própria, proporcionando-lhe convívio, relações sociais e afectos.

Neste caso, seria útil a colaboradora informar-se sobre associações de pessoas em situação de deficiência visual. Será que uma bengala ou um cão-guia podiam ajudar Ana? As respostas às questões que colocamos podiam ser obtidas conversando com pessoas que tenham o mesmo problema que Ana e percebendo como o ultrapassaram.

Para tornar a estrutura residencial mais segura e de fácil acesso a residentes com **dificul-dades visuais**, podemos:

- Garantir que a estrutura dispõe de meios de sinalização e localização no chão e nas portas, para invisuais.(saber nome correcto)
- Garantir que consultam um oftalmologista regularmente e que os óculos estejam limpos e colocados da forma correcta;
- Garantir que os objectos de que necessitam no dia-a-dia são colocados sempre nos mesmos sítios;
- Incentivá-los e apoiá-los no uso de bengala ou guia;
- Obter formação nesta área sempre que possível.

Um bom apoio que se pode prestar aos residentes em situação de dependência ou incapacidade é verificar de que forma o espaço (ambiente) é adequado às suas necessidades. Por vezes existem pequenas mudanças que podem facilitar a autonomia das **pessoas que têm a sua mobilidade limitada**:

- Disposição do mobiliário de forma a não bloquear a passagem;
- Ter rampas em vez de degraus;
- Não ter pisos escorregadios nem tapetes que possam contribuir para quedas;
- Ter uma iluminação adequada.

Para maior segurança dos residentes com **dificuldades auditiva**, há que:

- Garantir que os aparelhos auditivos se encontram em bom estado de funcionamento e são testados regularmente;
- Garantir que os aparelhos estão limpos e colocados correctamente;
- Falar de forma clara e devagar, olhando directamente para o rosto da pessoa e usando, se necessário, língua gestual;
- Providenciar alternativas luminosas complementares aos avisos sonoros: por exemplo, campainhas e alarmes de incêndio que não só tocam como acendem luzes intermitentes ou vibram.

Existem ainda inúmeras ajudas técnicas que podem facilitar a autonomia e independência dos residentes: cadeiras de rodas, andarilhos, camas articuladas, colchões anti-escaras, peles de carneiro, artefactos para alimentação e para vestir e despir, elevadores e corrimãos ao longo da residência, apoios de visão e audição.

A prestação de cuidados que responde às necessidades individuais de cada residente tem em conta o indivíduo como um todo. Significa que interiorizámos e colocámos em prática os princípios das boas práticas. É saber reconhecer o residente como um indivíduo único com necessidades básicas e específicas.

Cuidar de pessoas acamadas

Existem pessoas com deficiência que vivem confinadas à cama, devido a problemas de saúde. Trata-se de uma situação de dependência em que a ajuda de terceiros é indispensável. Existem algumas medidas que facilitam a tarefa do prestador de cuidados a acamados.

Antes de mais, pensemos na cama. Ela deve ser regulável, para permitir posicionar a pessoa acamada da forma mais conveniente à sua saúde e, quando necessário, à prestação de cuidados e à movimentação da pessoa. É recomendável que a cama tenha grades laterais, para evitar que o residente sofra quedas. São de evitar os colchões finos, lisos ou de água, pois dificultam a movimentação.

- **Altura da cama** - o colchão deve estar suficientemente alto para que o prestador de cuidados possa chegar à pessoa acamada sem ter que se curvar muito;
- **Tamanho** - uma cama de solteiro é a ideal, uma vez que permite chegar mais perto da pessoa acamada. Se, no entanto, a cama for de casal, peça à pessoa em questão que se chegue para um dos lados – caso ela seja capaz – na altura de prestar cuidados;
- **Localização** - a cama deverá ficar afastada da parede, para que possa contorná-la facilmente.

O espaço físico também influencia este tipo de cuidados. A cama ou camas existentes num quarto devem deixar espaço suficiente para que o prestador de cuidados se desloque e possa mover cadeiras de rodas e macas. Também o piso deve estar seco e não deve ser de material escorregadio (ver C 9.2).

Deslocação de pessoas acamadas

Uma pessoa acamada deve ser mudada de posição, na cama, a cada duas horas. Deverá existir, para tal, um **plano escrito de rotatividade de posições**. Quando o residente consegue colaborar, a actividade torna-se menos desgastante. No entanto, muitas vezes isso não é possível.

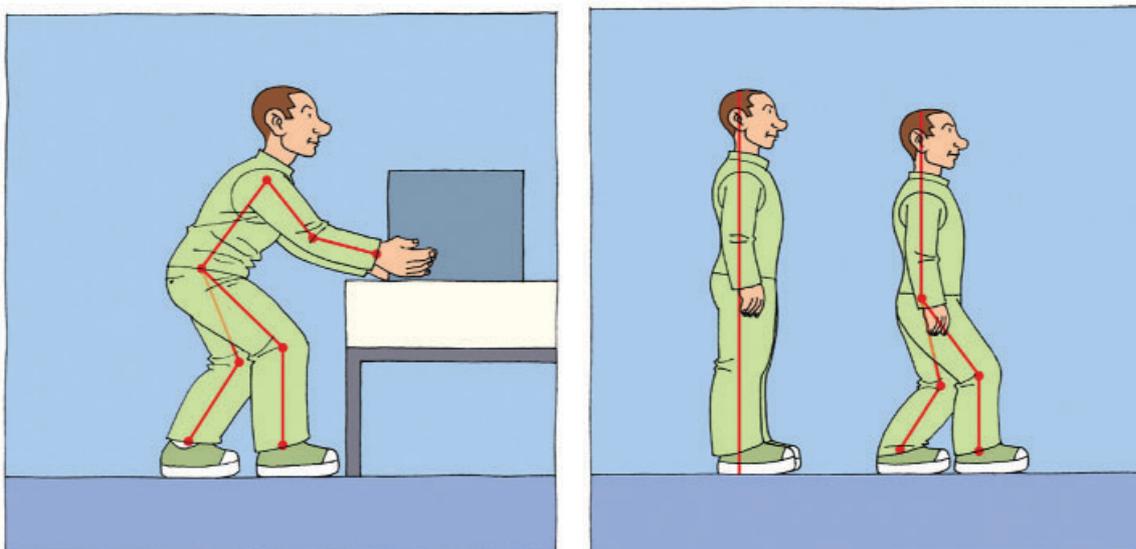
Além dessa movimentação “obrigatória”, pode surgir a necessidade de deslocar uma pessoa acamada por qualquer outro motivo. Antes de levar a cabo essa tarefa, deve-se avaliar cuidadosamente a situação. Eis alguns aspectos a ter em conta:

- Estado geral do residente, grau de mobilidade e de consciência, presença de contraturas, musculatura flácida, áreas doloridas, infecções, rubores, edemas, lesões ósseas, ausência ou diminuição de sensibilidade, fraqueza, paralisias;
- Peso do residente;
- Presença de equipamentos e aparelhos monitorando o residente;
- Incontinência urinária e/ou fecal, presença de dispositivos de colecção de secreções ou fluídos;
- Presença de catéteres ou talas;
- Horários e registos para movimentação.

Também é importante saber com que recursos se conta. Os pontos principais são o número de prestadores de cuidados (o ideal é entre dois e quatro, embora a movimentação possa ser feita apenas por um nos casos em que a pessoa acamada possa colaborar), os recursos tecnológicos (por exemplo, elevadores de transferência) e equipamentos disponíveis.

A movimentação deve ser feita com respeito pelos princípios da ergonomia e da biomecânica, a fim de prevenir danos à saúde da pessoa acamada e também do colaborador. Grande parte dos danos e dores lombares podem ser prevenidos se os colaboradores usarem a própria mecânica do corpo, adoptando boa postura ao movimentar e erguer a pessoa acamada, e se as condições de trabalho forem as adequadas.

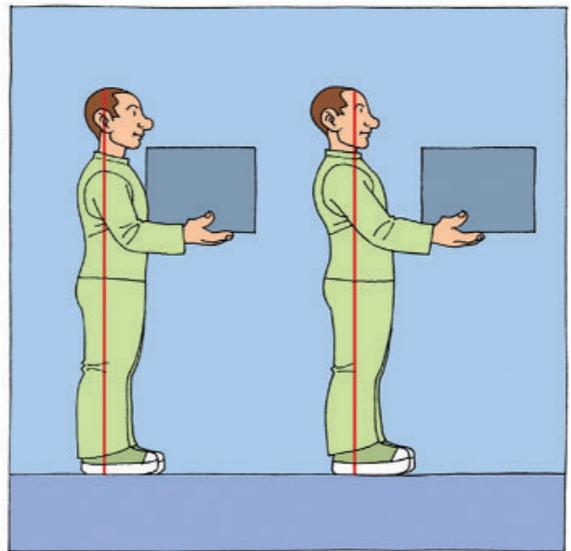
Devem observar-se os seguintes princípios:



6.

- Manter as costas erectas, dobrando os joelhos quando necessário. Assim, assegura-se que as pressões nos discos intervertebrais sejam uniformemente distribuídas. Se houver necessidade de inclinar o tronco, deve-se garantir que a coluna não fica arqueada.
Evitar torsões do tronco, pois causam tensões indesejáveis e cargas assimétricas nas vértebras;
- Os músculos devem estar sempre ligeiramente contraídos.
- Devem-se preparar os músculos para a acção antes da actividade, de forma a proteger os ligamentos e os músculos de lesões. Para levantar pesos devem-se contrair os músculos do abdómen e glúteos;
- Assumir uma postura de base ampla e dobrar o joelho. A estabilidade é maior quando os pés estão distanciados um do outro cerca de 25 a 30 cm;
- Usar o próprio peso para contrabalançar o peso do residente, pois dessa forma o acto requer menor energia. A força necessária para manter o equilíbrio do corpo é tanto maior quanto a linha da gravidade está mais afastada do centro da base de sustentação. Por isso, a pessoa que segura um peso junto a seu corpo faz menos esforço que aquela que segura o peso com braços estendidos.
- Agarrar a pessoa acamada ou qualquer objecto usando a palma da mão e não as pontas dos dedos;

- A carga individual que cada pessoa pode carregar individualmente não deve exceder 23kg. Para erguer ou carregar residentes obesos, são necessários dois ou três colaboradores da mesma altura, afim de possibilitar uma adequada distribuição do peso.



Formação sobre prestação de cuidados a pessoas acamadas

A informação destas últimas páginas serve apenas de referência sobre os procedimentos a adoptar na prestação de cuidados a pessoas acamadas e tem como propósito alertar para a necessidade dos colaboradores conhecerem as técnicas adequadas à movimentação de pessoas acamadas.

As estruturas residenciais devem procurar que os seus colaboradores adquiram formação nesta área. Internamente, é possível obter uma formação inicial – recorrendo, por exemplo, aos colaboradores da área de enfermagem e ou fisioterapia – que muito contribuirá para a melhoria do serviço prestado aos residentes e para a promoção da saúde dos colaboradores e prevenção de lesões nuns e noutros.

Deverá ter-se sempre presente que o bem-estar do residente e a procura da sua adesão aos cuidados de que necessita devem estar no centro do processo de planeamento, execução e avaliação dos cuidados.

Prevenção de escaras

Apesar de dever sempre procurar-se a maior mobilidade possível dos residentes, há situações em que o tempo de imobilidade, nomeadamente na cama ou em cadeira de rodas, importa o **risco de lesões cutâneas (escaras)**.

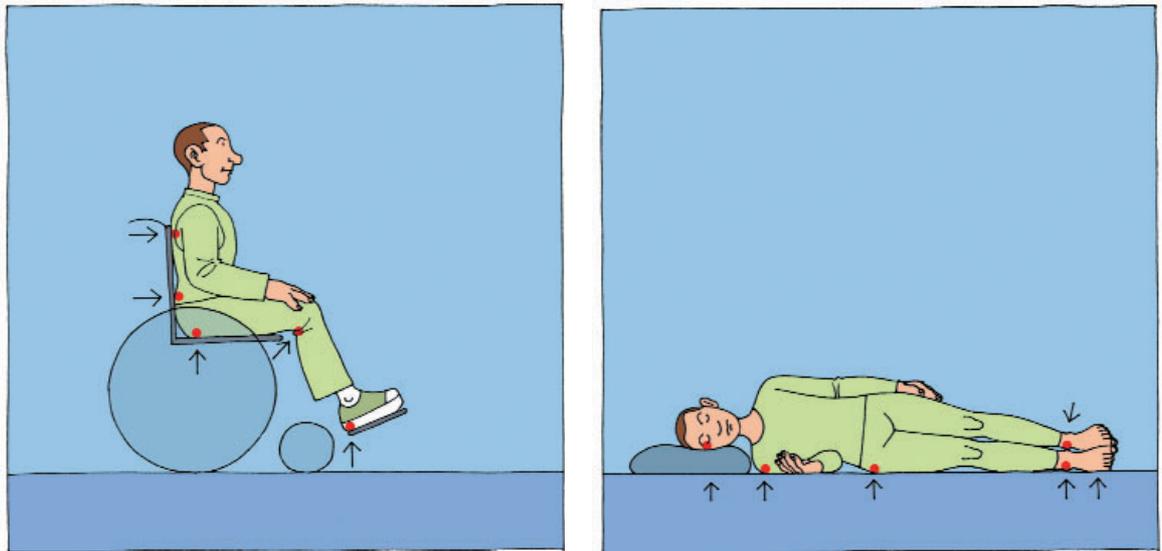
As escaras são feridas provocadas pelo peso do corpo sobre a cama ou a cadeira, quando se fica muito tempo na mesma posição. Também podem ser causadas pela fricção frequente do corpo contra o lençol ou a almofada, ou também contra fraldas, pensos ou roupas. Estas situações resultam na diminuição ou corte da corrente sanguínea. Em consequência, a pele morre, e daí que surjam lesões.

Por vezes, as escaras aparecem em pessoas que foram operadas, estiveram doentes ou paralisadas. Geralmente, são mais frequentes quando a pessoa tem dificuldade em comer ou beber, está incontinente ou tem excesso de peso.

As escaras aparecem sobretudo no cóccix (final das costas) e nos calcanhares. Podem também surgir nas orelhas, na parte detrás da cabeça, nos ombros, nos cotovelos ou nas ancas. É importante prestar atenção a estas zonas do corpo. O primeiro sinal de uma escara é uma **vermelhidão persistente**, que exige um tratamento imediato. Na maior parte dos casos, é indicado aplicar uma pomada, de preferência à base vitamina A, e fazer uma massagem suave com as pontas dos dedos.

As escaras são lesões graves, pelo que devem ser prevenidas e tratadas logo que surjam os primeiros sinais.

A melhor maneira de prevenir as escaras é **mudar o residente de posição com frequência**, verificando sempre se a posição em que está lhe causa dores. Devemos ajudar o residente, ou fazê-lo se ele tiver total incapacidade, a virar-se na cama e mexer os membros e o corpo com frequência. É preferível que o residente esteja **semi-sentado** do que completamente sentado, já que daquela forma o peso do corpo está melhor distribuído.



6.

É conveniente usar **equipamentos anti-escaras**, como colchões, camas articuladas e almofadas especiais. Deve-se evitar que o residente escorregue na cama ou na cadeira. Sempre que for possível, há que fazê-lo andar, porque activa a circulação.

É importante manter o residente seco, usando para isso fraldas e pensos adequados. Sempre que uma fralda ou roupa se encontrem molhados devem ser imediatamente trocadas. Também depois do banho, o residente deve ficar perfeitamente seco, porque a humidade favorece as escaras, ao fazer com que o lençol ou a roupa se colem à pele. Pela mesma razão, o residente nunca deve permanecer com fezes ou urina.

Há alimentos que ajudam a prevenir as escaras – peixe, carne e lacticínios. Beber pelo menos litro e meio de líquidos por dia também ajuda, já que uma pele bem hidratada é mais resistente às feridas.

A estrutura residencial deve implementar um processo de gestão da prevenção de úlceras de pressão, elaborando um guia de procedimentos para este efeito.

10. Espiritualidade

A **espiritualidade** é um aspecto muito importante da vida da grande maioria das pessoas, pelo que estará presente na comunidade da estrutura residencial. De acordo com as crenças de cada um, a espiritualidade pode ou não tomar a forma de **práticas religiosas**.

Ao longo da vida acontece, muitas vezes, as pessoas passarem por várias fases no que diz respeito à sua relação com o divino. A oração e a contemplação podem ser muito importantes para o equilíbrio e bem estar das pessoas. A prática de ritos religiosos pode igualmente revestir-se de grande significação.

Não deve, por isso, haver crítica ou chacota acerca de aspectos da vivência religiosa de qualquer pessoa. O desrespeito pela forma e o ritmo que cada pessoa escolhe para viver a sua espiritualidade podem causar grande sofrimento.

Sempre que o residente queira receber um sacerdote ou ministro da sua religião, ou deslocar-se à respectiva estrutura religiosa, essa vontade deve ser satisfeita. Se for necessário acompanhamento, deve ser facultado.

Mas aqueles que seguem uma religião, seja ela qual for, também não devem criticar quem não tiver a mesma opção, nem forçá-los a qualquer prática religiosa. Na estrutura residencial, o residente não pode ser obrigado a praticar ou assistir a qualquer acto religioso contra a sua vontade.

Além disso, os fiéis de cada religião devem respeitar profundamente os das restantes, na sua diversidade de convicções, valores e rituais.

11. Aceitar a situação de deficiência

Uma estrutura residencial para pessoas com deficiência terá certamente de lidar com residentes para quem esta situação surgiu sem que o mesmo estivesse preparado, por exemplo em consequência de um acidente ou da evolução de uma determinada doença. Esta situação implica uma adaptação, nem sempre fácil, a uma nova vida, com um subsequente período de **luto** em relação à situação anterior.

Para além do apoio ao residente a estrutura residencial deve apoiar a família e/ou amigos – se esta assim o desejar – na explicação do processo de adaptação, informação sobre possíveis fontes de apoio, serviços disponíveis e outros aspectos que se mostrem úteis.

Este luto é um conflito permanente entre a busca de um passado sem as limitações resultantes da deficiência e a necessidade de aprender a viver com elas, numa postura de aceitação que envolva uma atitude positiva, na busca da maior recuperação, autonomia e realização possíveis. É um desafio difícil e que requer esforços e energia nem sempre fáceis de reunir. Cada indivíduo e família tem a sua forma de viver a situação de deficiência. Daí que não haja procedimentos universais, devendo a estrutura residencial orientar a sua intervenção de ajuda em função das circunstâncias de cada caso.

As várias fases do processo

Não é fácil falar e interagir com alguém que se vê confrontado com a perda de alguma autonomia e a vivência de limitações diárias. A principal barreira é a dificuldade que temos em colocar-nos no seu lugar e saber o que sentem e pensam.

As pessoas que são confrontadas com uma mudança de vida resultante da perda de capacidades atravessam vários estádios. Compreender os sentimentos das pessoas nesse processo difícil ajuda-nos a entender como podemos apoiá-las.

Estadio 1 - Negação

A pessoa recusa-se a aceitar que vai ficar limitada. A primeira reacção é, muitas vezes, negar ou pensar que houve algum erro de avaliação: “Não acredito, enganaram-se, é reversível!”.

Para a família ou amigos, o sentimento também é de negação. Existe um entorpecimento ou atordoamento que é uma forma de protecção, já que evita reconhecer a extensão do sofrimento e das suas consequências. O isolamento surge quando os amigos e até a família começam a evitar a pessoa, por não se sentirem à vontade com ela.

Estadio 2 - Raiva

A pessoa que está em situação de deficiência – ou família e amigos – sente uma enorme revolta. Pergunta-se “Porquê eu?” ou “Porquê ele/a?”. Considera-se, conforme as crenças de cada um, que Deus, o destino ou o acaso foram injustos. A pessoa pode desenvolver a ideia de que os outros não se importam com a sua situação e que aproveitam a vida enquanto ele(a) sofre.

Para quem acompanha alguém nesta situação, o desejo de recuperar a pessoa tal como era anteriormente, leva a comportamentos de busca interior incessantes. A impossibilidade de essa busca ser bem sucedida agrava os sentimentos de revolta.

Há uma tendência para projectar essa revolta no meio envolvente: médicos, enfermeiros, colaboradores da estrutura residencial, família, amigos, podem ser vítimas de uma agressividade injustificada, que não devem alimentar, mas antes compreender o seu contexto.

Estadio 3 - Depressão

A pessoa com deficiência sente-se muito triste e talvez mesmo deprimida. É uma parte natural do processo. Lamentam-se as perdas que a situação provoca e os sintomas inevitáveis e impossíveis de ignorar.

Para quem a acompanha, é agora impossível negar as consequências permanentes da deficiência.

A depressão pode ser reactiva, quando diz respeito a perdas passadas (o que se fez ou não fez, o que se disse, o emprego, os hobbies, a mobilidade) ou preparatória, se se refere a perdas que hão-de vir (acontecimentos futuros, a vida que ainda esperava viver).

A depressão pode importar raiva, tristeza e sentimentos de culpa, porque o conflito entre o desejo de ter de volta as capacidades que a pessoa tinha e a frustração de não o conseguir pode levar ao desespero. A obsessão por essa tarefa utópica diminui ou anula as capacidades de investir em outros objectivos e actividades importantes para o desenvolvimento da sua vida. O mundo fica como que fora de contexto e o indivíduo sente-se desintegrado.

Estadio 4 - Aceitação

É uma fase que leva tempo a atingir. Basicamente, consiste em aceitar o ocorrido, as suas consequências e a deficiência que delas resulta. Ocorre quando, ultrapassados os estadios anteriores, a pessoa tem a percepção de que as limitações são inevitáveis e pode começar a perspectivar como adaptar-se. Para a família e amigos, é o começo da adaptação à realidade. O sofrimento diminui gradualmente, mas, ao contrário do que o nome possa sugerir, a aceitação não é um estadio “feliz”, antes mais sereno por isso mais propício a perspectivar e preparar o futuro.

Estes estadios não ocorrem de forma estanque, mas com variações de pessoa para pessoa, no que diz respeito à sua ordem, ritmo e intensidade. É bom não esquecer que o ambiente em que estes dias são vividos também influencia os pensamentos e emoções das pessoas. Algumas podem ter outras reacções inesperadas e não descritas acima.

Quando algo corre mal

1. Maus tratos

Os **maus-tratos** são acções ou omissões que desrespeitam direitos fundamentais da pessoa. Para além de possíveis efeitos físicos, é muito elevada a probabilidade de consequências emocionais e psicológicas muito gravosas a curto, médio e longo prazo. Os maus-tratos são por isso inadmissíveis, quer os mais graves, que constituem crimes, quer aqueles que, embora não o sendo, afectam seriamente a qualidade de vida da pessoa. Os maus-tratos fragilizam quem os sofre, podendo comprometer gravemente a possibilidade de conduzir a vida de forma autónoma e feliz. Muitas vezes são praticados por pessoas que estão numa posição de autoridade ou confiança, o que acentua o seu desvalor e, muitas vezes, a gravidade dos efeitos. Podem ocorrer isoladamente ou de forma repetida, e serem cometidos com **intencionalidade** ou por **negligência**.

Quando os maus tratos são **intencionais**, são especialmente censuráveis, nomeadamente os que implicam ofensas físicas, psicológicas, sexuais, ou prejuízos patrimoniais.

Mas os maus tratos cometidos **sem intenção de fazer mal**, por ignorância, incompreensão ou insensibilidade, como, por exemplo: não facilitar o convívio do residente com a família ou pessoas para ele significativas, não dar a atenção devida aos seus gostos, anseios, sofrimentos, medos, frustrações, descuidar aspectos da intimidade e da sensibilidade do residente, da sua higiene e conforto, **são também inaceitáveis**, pela inconsideração, que implicam, de direitos e necessidades fundamentais da pessoa e pelas consequências nefastas que podem determinar.

Cristina deita-se todos os dias por volta das 10 da noite, mesmo quando não tem sono. Às vezes até lhe apetecia ficar mais tempo a ver televisão ou à conversa, mas não o faz. Deita-se e tenta adormecer imediatamente. É que Juliana precisa de ajuda para tratar da sua higiene matinal e, na estrutura residencial onde vive, só às seis da manhã existem colaboradores disponíveis para ajudá-la.

Quando Cristina protestou por ser acordada de madrugada todos os dias, explicaram-lhe que, se acordasse mais tarde, não teria quem a ajudasse a tomar banho: as pessoas que a ajudam às seis da manhã têm outras tarefas para cumprir.

7. Por vezes, Xavier sente-se só na estrutura residencial onde vive. Apetece-lhe conversar com alguém. Nessas alturas, pede a algum colaborador da mesma que fique a fazer-lhe companhia por uns minutos. A resposta é sempre a mesma: não podem porque estão ocupados, mas já voltam. O pior é que nunca chegam a voltar e não lhe é dada nenhuma explicação.

Afinal, como podemos distinguir e tipificar os tipos de maus tratos que podem ocorrer numa estrutura residencial?

Para a reflexão e a formação sobre maus-tratos em estrutura residencial, na perspectiva da sua prevenção, da intervenção adequada quando ocorrem e da actuação mais capaz de superar os seus efeitos, importa considerar alguns dos aspectos de tipos de maus-tratos e suas consequências:

Tipos de maus tratos	Consequências
<p>Físicos – agressões, recurso a meios de contenção física inadequada.</p>	<p>Dores, feridas, fracturas, queimaduras e outros efeitos no corpo; Medo, depressão, sentimento de insegurança, de desprotecção, de desvalorização pessoal, de receio de expressar livremente os seus pensamentos e ideias, de reclamar do que considera injusto.</p>
<p>Psicológicos e emocionais – insultar, caluniar, aterrorizar, tratar de forma brusca ou aos gritos, desrespeitar, humilhar, fazer a pessoa sentir-se rejeitada ou pouco amada, manipular as suas emoções, obrigá-la a participar em actividades lúdicas, religiosas, desportivas ou outras contra a sua vontade ou sem lhe dar hipótese de escolha, não lhe permitir ter autonomia e capacidade de decisão, impedindo ou restringindo o acesso a pessoas e afectos.</p>	<p>Tristeza, baixa auto-estima, dificuldade em expressar sentimentos e afectos, depressão; Sentimentos de falta de consideração dos outros, de desprotecção, insegurança, angústia, discriminação, mal-estar.</p>
<p>Sexuais – forçar um residente a sofrer ou praticar um acto sexual contra a sua vontade, usando para isso ameaça, coacção física ou emocional, ou aproveitando-se da impossibilidade de o residente oferecer resistência.</p>	<p>Vergonha, depressão, tristeza, auto-desvalorização, sentimentos injustificados de culpa, sofrimento psíquico muito intenso, sentimento generalizado de desconfiança, dificuldade de relação afectiva, isolamento, ansiedade; Dores, feridas, perdas de sangue, lesões irreversíveis ou de difícil recuperação.</p>
<p>De efeitos patrimoniais – apropriação, extorsão, exploração e/ou utilização ilegítima do dinheiro e outros bens do residente.</p>	<p>Perdas financeiras e económicas, impossibilidade ou limitação de utilização de bens próprios na satisfação de necessidades, sentimentos de insegurança, de dependência, de medo do futuro, depressão; Violação do direito do residente ao respeito, à privacidade e à capacidade de opção.</p>
<p>Através do uso de medicamentos – uso de medicamentos sem finalidade terapêutica, com o fim de controlar ou retraindo o residente, nomeadamente através da sobre-dosagem, utilização de sedativos e outras drogas semelhantes.</p>	<p>Agravamento da saúde do residente; confusão, falta de confiança, sonolência, perda de concentração, desatenção e desinteresse pela vida.</p>

O condicionalismo da estrutura residencial pode favorecer a verificação de maus-tratos se não houver particular exigência na preocupação de individualizar a forma de relação com cada residente. Essa preocupação e conseqüente atitude é essencial para que possam afastar-se os riscos da impessoalidade de procedimentos e de rotinas que favorecem o esquecimento de que o superior interesse de todos e de cada um dos residentes é critério fundamental da razão de ser da estrutura residencial e da sua forma de intervenção. A impessoalidade de procedimentos e a falta da sua avaliação podem ser causa de sentimentos de desinteresse, abandono, depressão, baixa auto-estima, desespero, dificuldade de projectos de futuro.

A rotina e a falta de avaliação dos procedimentos potenciam o perigo da continuidade de práticas que desrespeitam o direito dos residentes ao seu bem estar de harmonia com as especificidades de cada um. Dificultam a adaptação das estruturas residenciais às modificações sociais e culturais das pessoas que, no condicionalismo actual da evolução da sociedade, têm necessidade de recorrer à resposta residencial.

7. Importa considerar estes aspectos com maior atenção, de harmonia também com as modernas aquisições no domínio, por exemplo, das capacidades de sentir, exprimir, actuar e evoluir das pessoas, mesmo quando sofrendo de limitações significativas. Esquecê-los com a justificação do “bom funcionamento” da estrutura residencial é claramente um erro. O “bom funcionamento” só pode resultar da esclarecida consideração do interesse de cada residente, avaliado em função do seu ritmo e condicionalismo específico.

Vejamos as seguintes situações:

Na estrutura residencial que acolheu Manuel S., toda a gente vai à missa. Todos os domingos, ao meio-dia, os residentes são encaminhados para a capela, onde assistem à cerimónia. Manuel não tem religião e não fazia questão de ir à missa. Pelo contrário, até sente que a sua presença ali é pouco sincera e pergunta-se se não estará a faltar ao respeito a quem está ali por acreditar de verdade. Mas o facto é que nunca nenhum colaborador lhe perguntou – nem a nenhum residente – se queria ou não assistir à missa. A prática é levar todos sem a auscultação da vontade de cada um. A estrutura residencial não projecta sequer alternativas para ocupação do tempo dos residentes que não queiram ir à missa. Manuel não concorda com esta maneira de ver as coisas, mas não diz nada. Tem medo de ficar mal visto perante os colaboradores e os outros residentes, a maioria dos quais gosta de ir à missa, ou de vir a ser criticado ou alvo de represálias.

Alice tem especial orgulho no seu cabelo. Sempre o arranjou com muito cuidado e manteve os caracóis de que tanto gosta. Ao vê-los, de cada vez que se olhava ao espelho, sentia um misto de orgulho e vaidade. Mas agora, ao olhar-se, Alice já não vê caracóis nenhuns. Na estrutura residencial onde vivia anteriormente, cortava-se o cabelo curto a todas as senhoras, sem a sua autorização e por imposição da estrutura residencial, para ser mais fácil tomarem banho e lavarem a cabeça. Cabelos compridos dão mais trabalho e demoram muito a secar. Alice tem saudades dos seus caracóis.

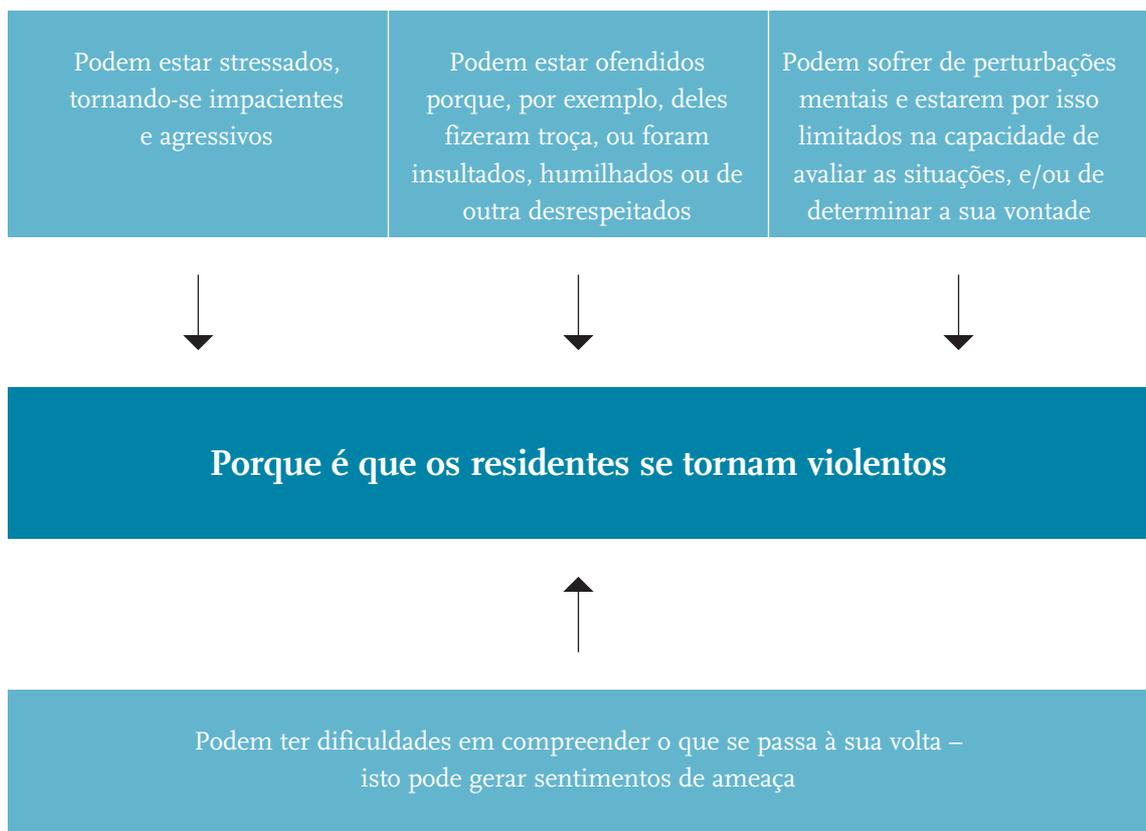
Tratar os residentes sem atender à sua singularidade e individualidade e sem considerar a sua vontade é um comportamento inaceitável revelando desrespeito pelos seus direitos, necessidades e sensibilidade.

Maus tratos cometidos pelos residentes

Marta N. trabalha numa estrutura residencial para pessoas com deficiência. Tem pouco mais de vinte anos, é recém-licenciada e gosta do que faz. O único senão é o problema que tem com o residente Lúcio R. com deficiência ao nível motor, que a trata sempre por “cara linda” e procura tocá-la. Marta não gosta desta situação e já o disse a Lúcio R., mas ele insiste e usa até um tom algo provocatório. Por duas vezes chegou mesmo a tocar-lhe nas nádegas.

Não são só os colaboradores da estrutura residencial que maltratam. Os maus tratos **podem ser cometidos por residentes**, sobre colaboradores ou outros residentes. Na história de Marta, os maus tratos são cometidos por um residente. Neste caso, como em qualquer situação de maus tratos, a vítima tem o **direito de reagir, desde que proporcionadamente e de forma pedagógica**.

Para uma boa intervenção, importa compreender porque é que os residentes se tornam violentos ou praticam outras formas de maus-tratos. Os factores podem ser muito diversos, mas a consideração do quadro que se segue pode ajudar a essa compreensão:



Os colaboradores devem proteger-se de situações de violência, que podem ir de incidentes de pouca importância até episódios que ameacem a sua integridade física. Para tal, devem saber quais os residentes que podem tornar-se violentos e que tipo de situações podem levar à violência.

Quando um residente maltrata outros residentes ou colaboradores da estrutura residencial, há que explicar-lhe que esse tipo de comportamento é totalmente inaceitável e mediar o entendimento entre as partes envolvidas no conflito ou discórdia. A formação dos colaboradores deve abranger as medidas de prevenção e reacção aos maus tratos por parte de residentes.

Ressalva-se, claro está, que muitas situações podem dever-se a perturbações mentais dos residentes e incompreensão dos actos praticados. Nestas situações, deve-se solicitar ajuda à equipa técnica e se tal se justificar à equipa de saúde.

Toda a comunidade de uma estrutura residencial tem o dever de **prevenir os maus tratos**. Os órgãos directivos têm especial responsabilidade na concepção, divulgação e implementação de estratégias e medidas destinadas a evitar os maus-tratos, a intervir precoce e adequadamente quando ocorrem e a promover a recuperação da pessoa atingida.

2. Prevenção primária, secundária e terciária

As pessoas com deficiência que vivem em estruturas residenciais são **particularmente vulneráveis aos maus tratos**, uma vez que se encontram frequentemente numa situação de fragilidade e mesmo de dependência. Como prestadores de cuidados, temos estar preparados para: **preveni-los**, evitando-os; saber identificar sinais e sintomas, de forma a **detectá-los** em tempo útil; **agir para lhes pôr termo e responsabilizar os seus autores**; tudo fazer para a **recuperação** da vítima mediante a superação dos seus efeitos. O que implica formação que nos torne capazes de actuar sem preconceitos e estereótipos, de conjugar os conhecimentos indispensáveis, de articular as actuações que a especificidade da situação exija. Sempre tendo em conta o superior interesse do residente.

Preconceitos contra a deficiência

Os valores, crenças e necessidades pessoais afectam a forma como nos relacionamos com os outros. Todos conhecemos pessoas com as quais nos identificamos, bem como outras cuja forma de ver o mundo e estar na vida não nos agrada. Pessoas diferentes geram empatias diferentes, o que é natural e não deve constituir um problema.

Contudo, devemos estar conscientes de que essas preferências **interferem com o nosso desempenho profissional** e que, por isso, devemos esforçar-nos por controlá-las, impedindo que prejudiquem a qualidade do serviço que prestamos.

Acima de tudo, não podemos confundir simpatias pessoais – ou falta delas – com preconceitos. Na realidade, as formas mais insidiosas de maus tratos das pessoas com deficiência prendem-se com preconceitos ainda existentes, com ideias feitas que se centram numa visão negativa e redutora da deficiência.

A prevenção começa, assim, pela sensibilização, pela educação e formação dos colaboradores e dos próprios familiares.

É preciso acabar com estereótipos, que levam a que não se respeite cada pessoa e a sua circunstância. Temos de promover mudanças de atitude e comportamentos face à deficiência; tem de ser aceite como uma circunstancia que faz parte da vida da pessoa e não como sua característica ou determinante. Só assim poderão as pessoas com deficiência viver com dignidade e participar plenamente em actividades educativas, culturais, espirituais, sociais e económicas, como titulares que são de cidadania plena, fundada na sua dignidade como pessoa.

Meios de prevenção de maus tratos e negligência

Deve ser claro para todos que a missão da estrutura residencial é promover a **qualidade de vida dos residentes**, a sua saúde, autonomia e independência. Conhecer e estar sensibilizado para as características e necessidades específicas das pessoas com deficiência é um indispensável primeiro passo, pelo que são essenciais cursos de formação neste domínio, para todos os colaboradores, residentes e familiares. Essa formação deve incluir os temas de maus-tratos e gestão de conflitos. Redigir uma **declaração dos direitos dos residentes** e torná-la pública a colaboradores, residentes e familiares, pode contribuir de forma valiosa para a prevenção dos maus-tratos e a adequada intervenção quando se verificam.

Tem de haver uma política de **tolerância zero** em relação aos maus tratos com procedimentos claros de detecção, avaliação e encaminhamento de casos. Os **procedimentos disciplinares e legais** em caso de maus tratos ou negligência devem estar bem definidos e os residentes, familiares e colaboradores devem conhecê-los na íntegra. É importante que todos sintam que podem denunciar situações de maus tratos **sem risco de retaliação**.

A prevenção passa também pelo **planeamento dos cuidados**. Este deve ser feito em reuniões multidisciplinares e tendo em especial atenção os residentes mais dependentes, ou que sofrem de problemas mais complexos. Os colaboradores devem ser encorajados a **falar aos seus superiores ou supervisores** sobre as suas preocupações ou frustrações. Esta prática contribui para reduzir tensões.

Uma vez que prestar cuidados a pessoas com deficiência pode ser uma tarefa desgastante, deve haver um regime de **rotatividade**, para evitar a saturação dos colaboradores e a criação de vícios na intervenção. Deve haver um número máximo de residentes ao cuidado de cada colaborador, que deve variar consoante o tipo de cuidados de que necessitam. É indispensável que se prevejam e realizem formas de apoio aos residentes, prevenindo ou ajudando a superar situações de cansaço ou desânimo.

A comunidade deve ter um papel activo na prevenção de maus tratos. A estrutura residencial deve criar meios de abertura ao exterior, que facilitem esse papel. Poderá ser útil, por exemplo, um **conselho consultivo**, com elementos dos serviços e instituições locais e pessoas com sensibilidade e conhecimentos nestes domínios.

3. O que fazer em caso de maus tratos?

Os residentes podem ser maltratados ou negligenciados pelo prestador de cuidados, pela sua família, por si próprios ou por qualquer pessoa que com eles tenha contacto.

Detectar uma dessas situações nem sempre é fácil. Só através de uma **avaliação complexa e interdisciplinar** se pode chegar a conclusões seguras. Assim, é importante ter em conta uma série de indicadores que apontam para a existência de maus tratos.

Indicadores relativos ao residente

- **Físicos** - ferimentos, fracturas, queimaduras, equimoses, golpes ou marcas de dedos, sinais de ter estado amarrado, medicação excessiva ou insuficiente, má nutrição ou desidratação sem causa clínica aparente, falta de higiene;
- **Comportamentais ou psicológicos** - alterações dos hábitos alimentares, perturbações do sono, medo, confusão, resignação excessiva, apatia, depressão, desespero, angústia, agressividade, fuga aos contactos físicos, olhar ou comunicação, tendência para o isolamento;
- **Sexuais** - alterações do comportamento sexual, alterações bruscas do humor, agressividade, depressão, auto-mutilação, dores abdominais, hemorragias vaginais ou rectais, infecções genitais frequentes, equimoses nas regiões mamária ou genital, roupa interior rasgada ou com manchas, nomeadamente de sangue;
- **Financeiros** - mudanças repentinas na forma de gerir os seus bens; alteração inesperada de um testamento; desaparecimento de jóias e outros bens; movimentos suspeitos na conta bancária; falta de meios de conforto, apesar das possibilidades; falta ou insuficiência de recurso a cuidados de saúde, que meios financeiros próprios possibilitam ou facilitam.

Indicadores com base em comportamentos do prestador de cuidados:

Sinais de cansaço, stress ou desinteresse; recriminação injustificada de comportamentos do residente (ex.: incontinência ou dificuldade de mobilidade); agressividade, infantilização ou desumanização no trato; tentativa de evitar contactos do residente com terceiros; comportamento defensivo, agressivo ou evasivo quando confrontado com a suspeita de maus tratos.

Como facilitar uma queixa de maus tratos ou negligência?

1. **Ouçá** o residente com toda a atenção e **confirme** tudo o que ele lhe disse, a fim de verificar se percebeu correctamente o que ele lhe contou;
2. **Faça perguntas** que dêem ao residente a possibilidade de relatar tudo o que aconteceu; **evite** questões cuja resposta seja “sim” ou “não”; só assim poderá obter uma perspectiva global dos acontecimentos;
3. **Mostre que acredita** nos factos;
4. **Explique** ao residente que a situação tem de ser comunicada à Direcção da Estrutura Residencial;
5. **Explique** ao residente que, eventualmente, mais pessoas terão que tomar conhecimento da situação, mas apenas as indispensáveis para garantir a sua segurança;
6. **Assegure** ao residente que tudo o que ouviu será tratado de forma confidencial e com todo o respeito;
7. **Encaminhe, sempre que se justificar** para os órgãos competentes (saúde, polícia, tribunal).

7.

Existem situações como é o caso dos maus tratos físicos e sexuais em que é importante considerar alguns aspectos:

Sempre que estes ocorram, é imprescindível a deslocação a uma unidade de saúde ou de medicina legal, uma vez que lesões aparentemente insignificantes, ou mesmo não visíveis no imediato, podem implicar ameaça à saúde da pessoa, constituírem elementos de prova e fonte de observações médicas que facilitem intervenções futuras.

É também importante lembrar que o residente não deve, nas situações acima referidas, tomar banho ou lavar a roupa usada na altura da agressão. Podem eliminar-se com esses actos elementos muito relevantes para a compreensão e prova do ocorrido.

Os residentes ou os seus representantes têm que ser elucidados sobre a quem e como apresentar queixa, no caso de ocorrência de maus tratos ou violação dos direitos essenciais (ver B 7), e estar conscientes de que não serão, por isso, objecto de qualquer represália ou discriminação. Todas as queixas devem ser escutadas, analisadas, investigadas e objecto de decisão num espaço de tempo razoável.

O que fazer se suspeitar que um colega maltrata ou negligencia um residente?

Se tiver razões para pensar que um colega seu não responde às necessidades de um ou mais residentes – é rude no trato, grita, desrespeita a privacidade – deve conversar com ele e posteriormente com o superior hierárquico. No entanto, não é aconselhável fazer acusações sem ter presenciado uma situação de maus tratos ou negligência ou, pelo menos, ter indícios claros da sua existência.

Lembre-se que pode haver explicações lógicas para comportamentos que à primeira vista parecem indiciar que o residente foi maltratado ou negligenciado.

7.

O que fazer se vir um colega a maltratar ou negligenciar um residente?

- Tente acalmar o ambiente;
- Peça de forma **firme e assertiva** que o abusador altere o seu comportamento; **não o trate de forma humilhante nem agressiva**, pois isso pode dificultar a situação;
- Se o comportamento do agressor se tornar violento e constituir uma ameaça, **a sua prioridade deve ser proteger-se a si e aos outros do perigo** e pedir ajuda.

Em situações de maus tratos deve-se:

- **Comunicar o caso ao superior hierárquico** o mais rapidamente possível; o propósito de comunicar um mau trato é proteger as pessoas de comportamentos abusivos;
- **Escrever toda a informação numa folha ou ficha de ocorrência** (sugestão em anexo) para não se esquecer de nenhum detalhe e para que este registo possa ser utilizado por outros técnicos que venham a intervir no caso.

Como avaliar uma situação de maus tratos?

- Se possível, **observar o facto que constitui mau trato**;
- **Ouvir em separado** as pessoas supostamente envolvidas no caso – vítima, agressor, testemunhas –, além de outros colaboradores e técnicos que possam contribuir para o apuramento da verdade;
- **Perguntar directamente** sobre violências, abusos, meios de contenção inadmissíveis ou eventual negligência;
- **Averiguar** do relacionamento entre o residente e o eventual agressor;
- **Fazer uma avaliação detalhada do caso**, tendo em conta os elementos clínicos, funcionais, os indícios de reflexos emocionais, intelectuais e sociais, os sinais de disfuncionalidade.

Quando os maus-tratos ocorrem fora da estrutura residencial

Os procedimentos a implementar nestas situações são no essencial semelhantes aos anteriormente referidos. Levantam-se porém, questões específicas delicadas, uma vez que a estrutura residencial tem mais dificuldades em controlar o que se passa no exterior.

A prevenção assume por isso um papel fulcral. Torna-se indispensável explicar aos residentes, sobretudo aos que têm maiores dificuldades de compreensão, quais os comportamentos inaceitáveis por parte dos outros, como devem proteger-se de situações de risco, (por exemplo, evitando zonas isoladas) e o que fazer se tais situações ocorrerem.

Deve também ter-se em especial atenção os riscos de maus-tratos em contexto familiar. Impõe-se que se avaliem, nomeadamente: as características da família; o grau de consciência, a qualidade do afecto, o sentido de responsabilidade dos familiares em relação à pessoa com deficiência; o possível desgaste que os familiares sentem face à situação; a natureza e grau das limitações da deficiência e a capacidade de defesa da pessoa.

Com base nessa avaliação é possível actuar de forma a reduzir o risco e intervir precocemente na detecção de situações de perigo e agir em conformidade.

4. Procedimento legal

Breve indicação de princípios e normas legais aplicáveis

Declaração Universal dos Direitos Humanos:

Artigo 3.º - Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

Artigo 5.º - Ninguém pode ser submetido a tortura nem a penas ou a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

Constituição da República Portuguesa:

Direitos, Liberdades e Garantias Pessoais [Parte I, Título I, Título II, Capítulo I (Direitos, Liberdades e Garantias Pessoais)]: art.º 13.º - Princípio da Igualdade; art.º 24.º - Direito à Vida -; art.º 25.º - Direito à Integridade Pessoal -; art.º 26.º - Outros direitos pessoais. Art.º 18.º - Força jurídica dos preceitos constitucionais respeitantes aos direitos, liberdades e garantias.

Artigo 13.º - Princípio da Igualdade

1. Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei.
2. Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.

Artigo 24.º - Direito à Vida

1. A vida humana é inviolável.
2. Em caso algum haverá pena de morte.

Artigo 25.º - Direito à integridade pessoal

1. A integridade moral e física das pessoas é inviolável.
2. Ninguém pode ser submetido a tortura, nem a tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos.

Artigo 26.º - Outros direitos pessoais

1. A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à protecção legal contra quaisquer formas de discriminação.
2. A lei estabelecerá garantias efectivas contra a obtenção e utilização abusivas, ou contrárias à dignidade humana, de informações relativas às pessoas e famílias.
3. A lei garantirá a dignidade pessoal e a identidade genética do ser humano, nomeadamente na criação, desenvolvimento e utilização das tecnologias e na experimentação científica.
4. A privação da cidadania e as restrições à capacidade civil só podem efectuar-se nos casos e termos previstos na lei, não podendo ter como fundamento motivos políticos.

Artigo 18 - Força jurídica dos preceitos constitucionais respeitantes aos direitos, liberdades e garantias

1. Os preceitos constitucionais respeitantes aos direitos, liberdades e garantias são directamente aplicáveis e vinculam as entidades públicas e privadas.
2. A lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição, devendo as restrições limitar-se ao necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos.
3. As leis restritivas de direitos, liberdades e garantias têm de revestir carácter geral e abstracto e não podem ter efeito retroactivo nem diminuir a extensão e alcance do conteúdo essencial dos preceitos constitucionais.

Código Civil**Responsabilidade Civil****Artigo 483.º (Princípio geral)**

1. Aquele que, com dolo ou mera culpa, violar ilicitamente o direito de outrem ou qualquer disposição legal destinada a proteger interesses alheios fica obrigado a indemnizar o lesado pelos danos resultantes da violação.
2. Só existe obrigação de indemnizar independentemente de culpa nos casos especificados na lei.

Código Penal

Crimes contra a vida (art.º 131.º - Homicídio -; art.º 132.º - Homicídio Qualificado).

1. Crimes contra a integridade física (art.º 143.º - Ofensa à Integridade Física Simples -; art.º 144.º - Ofensa à Integridade Física Grave -; art.º 146.º - Ofensa à Integridade Física Qualificada).
2. Crimes Sexuais (Crimes contra a liberdade sexual das pessoas com deficiência: art.º 163.º - Coacção Sexual -; art.º 164.º - Violação -; art.º 165.º - Abuso sexual de Pessoa Incapaz de Resistência -; art.º 166.º Abuso Sexual de Pessoa Internada -; art.º 167.º Fraude Sexual -; art.º 169.º - Tráfico de Pessoas -; art.º 170.º Lenocínio -; art.º 171.º - Actos Exibicionistas.

No Código Penal merece especial referência o artigo 152.º que tipifica o crime de maus tratos.⁶

Artigo 152.º

Maus Tratos e infracção de regras de segurança

1. Quem, tendo ao seu cuidado, à sua guarda, sob a responsabilidade da sua direcção ou educação, ou a trabalhar ao seu serviço, pessoa menor ou particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença ou gravidez, e:
 - a) Lhe infligir maus tratos físicos ou psíquicos ou a tratar cruelmente;
 - b) A empregar em actividades perigosas, desumanas ou proibidas; ou
 - c) A sobrecarregar com trabalhos excessivos;
 é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos, se o facto não for punível pelo artigo 144.º
2. A mesma pena é aplicável a quem infligir ao cônjuge, ou a quem com ele conviver em condições análogas às dos cônjuges, maus tratos físicos ou psíquicos.
3. A mesma pena é também aplicável a quem infligir a progenitor de descendente comum em 1.º grau maus tratos físicos ou psíquicos.
4. A mesma pena é aplicável a quem, não observando disposições legais ou regulamentares, sujeitar trabalhador a perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou a saúde.

⁶ Quanto a possível medida de coacção, cfr. art.º 200.º, n.º 1, alínea a) do Código de Processo Penal - Proibição de permanência, ausência ou de contactos

5. Se dos factos previstos nos números anteriores resultar:
 - a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de 2 a 8 anos;
 - b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de 3 a 10 anos.
6. Nos casos de maus tratos previstos nos n.ºs 2 e 3 do presente artigo, ao arguido pode ser aplicada a pena acessória de proibição de contacto com a vítima, incluindo o afastamento desta, pelo período máximo de dois anos.

Para que se inicie o **procedimento criminal** pelo crime de maus tratos do art.º 152.º do Código Penal não é necessária queixa do ofendido. O Ministério Público tem legitimidade para iniciar esse procedimento, bastando para isso que tenha conhecimento da situação de maus tratos.

Qualquer pessoa pode participar junto da polícia ou do Ministério Público situações de maus tratos de que tenha conhecimento. A participação é obrigatória para os funcionários (com o sentido do art.º 386.º do Código Penal) quanto aos crimes de que tomem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas.

Nos crimes sexuais de que sejam vítimas as pessoas com deficiência, o procedimento criminal depende em regra de queixa do ofendido (cfr. art.ºs 163.º, 164.º, 165.º, 167.º, 171.º e 178.º do Código Penal).

Alguns desses crimes são porém públicos, pelo que o procedimento criminal não depende de queixa. (cfr. art.ºs 166.º, 169.º, 170.º e 178.º, n.º1, al. b) do Código Penal.



c. Organizar a casa

8. As pessoas que trabalham na casa

1. Recrutamento e selecção
2. Formação
3. Avaliação e carreira
4. Trabalho em equipa
5. Feedback
6. Supervisão
7. Relações no Trabalho
8. Realização profissional através da realização dos residentes
9. Comunicação
10. Conflitos
11. Informação escrita

9. Espaços e Documentos

1. Documentos
2. Organização dos espaços físicos
3. Segurança
4. Primeiros socorros

10. Reflectir para melhorar

1. Avaliação interna (horizontal e vertical)
2. Avaliação externa

11. A Inspeção e a Fiscalização

1. A Inspeção Geral do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
2. Departamentos de Fiscalização Regionais - ISS, IP



Rui Albuquerque
"Rapaz a correr na Noite"
-
2000

As pessoas que trabalham na casa

Os recursos humanos constituem um elemento fundamental para o sucesso ou insucesso de qualquer organização. Por razões que se prendem com a natureza do serviço prestado pela estrutura residencial, atrevemo-nos a considerá-los absolutamente decisivos para o cumprimento da missão deste tipo de organizações.

Independentemente da estrutura residencial estar inserida numa organização lucrativa ou não, o trabalho desenvolvido ultrapassa claramente a mera obtenção do lucro ou a simples prestação de um serviço, na medida em que implica afecto, respeito e empenho no bem estar do outro.

A qualidade dos cuidados prestados está intimamente ligada à qualidade humana daqueles que os prestam. Assim, para além das capacidades técnicas e académicas, devem ser igualmente valorizadas e atendidas características pessoais como a sensibilidade, afectividade, idoneidade, abertura e disponibilidade para interagir com o outro.

Deste modo, todo o processo de **selecção dos colaboradores**, remunerados ou voluntários, deverá ser orientado para o objectivo de escolher aqueles que, pela sua capacidade técnica e qualidade humana, assegurem o respeito pelos direitos dos residentes e o seu bem estar.

Direcção técnica

A direcção técnica deve ser assegurada por um elemento com formação adequada (conforme lei vigente).

Compete-lhe, em geral, dirigir o estabelecimento. Tem a responsabilidade da programação de actividades e a coordenação e supervisão de todo o pessoal. Tendo em conta a necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento, compete-lhe especialmente:

- Promover reuniões técnicas com o pessoal;
- Sensibilizar os colaboradores para a problemática da pessoa com deficiência;
- Planear e promover a formação inicial e continua dos colaboradores remunerados e voluntários;
- Promover reuniões com os residentes, nomeadamente para a preparação das actividades a desenvolver;
- Planificar e coordenar as actividades sociais, culturais, recreativas e ocupacionais dos residentes;

1. Recrutamento e selecção

A estrutura residencial deve definir um **perfil de colaborador remunerado ou voluntário**, adequado a cada função. Trata-se de um instrumento indispensável para avaliar os candidatos a colaboradores. Na sua selecção importa ter em conta as suas condições físicas e psíquicas, características de personalidade, percurso anterior, habilitações e vocação. Como tal, é indispensável uma **entrevista pessoal**.

É de todo conveniente que exista um período experimental, para que por um lado o colaborador interiorize o sentido da sua função e avalie se esta vai de encontro às suas capacidades e expectativas e por outro para que a estrutura residencial possa avaliar a adequação da personalidade e desempenho do colaborador às necessidades do serviço a prestar.

2. Formação

A prestação directa de cuidados a pessoas com deficiência é um trabalho particularmente exigente. Aos colaboradores deve ser proporcionada formação específica, envolvendo, para além da formação de base, os aspectos éticos e as vertentes técnica e de relacionamento humano.

Deve constituir orientação fundamental fomentar, aos vários níveis, uma cultura de formação entendida como um dever e um direito.

Formação inicial

A formação inicial deve ser especialmente cuidada. Envolve a prévia determinação das necessidades de formação, tendo em conta as exigências das funções específicas e as características das pessoas seleccionadas. Deve ser dada particular atenção aos princípios orientadores da organização, com referência à missão, visão e valores, tendo em especial consideração os direitos dos residentes, perspectivados em função dos princípios e valores do cuidar. (ver A. 2)

8.

Formação contínua

É constante e rápida a mudança na sociedade em que vivemos. Os residentes de hoje têm características bem diferentes dos residentes de há vinte anos, e é também manifesta a evolução das instituições. Por isso, para corresponder à exigência de qualidade de intervenção das estruturas residenciais, é indispensável uma permanente actualização dos conhecimentos e das práticas de todos os responsáveis e colaboradores.

A estrutura residencial, em função das exigências específicas de trabalho, deve conceber e executar um plano de formação contínua. É essencial encorajar todos os colaboradores a participarem na sua elaboração, a frequentarem as acções de formação e a intervirem na sua avaliação.

Todos estes aspectos devem ser incluídos expressamente no elenco dos deveres e direitos dos colaboradores.

3. Avaliação e carreira

As **funções e responsabilidades** de cada colaborador devem estar claramente definidas, bem como as linhas hierárquicas dentro da estrutura residencial (organograma). É imprescindível que cada colaborador saiba o que tem de fazer e perante quem responde.

A **avaliação do desempenho** dos colaboradores, remunerados e voluntários, deve ser permanente na estrutura residencial. Falamos de avaliação pelos superiores, mas também pelos pares e pelo próprio. Ela é tanto mais útil quanto efectuada com um sentido de melhoria da prestação de serviços e não numa perspectiva crítica dissociada duma evolução positiva (ver feedback).

Um bom método para esta avaliação é instituir uma reunião semanal de equipa. A avaliação pode, por exemplo, ser efectuada trimestralmente, sendo útil criar grelhas de avaliação de fácil preenchimento, de preferência com escalas numéricas fáceis de interpretar.

O coordenador de cada equipa deve falar pessoalmente com cada colaborador sobre o seu desempenho e o que nele pode ser melhorado. Os planos de evolução na carreira são úteis e motivadores, devendo a promoção basear-se na **qualidade e empenho no serviço prestado**.

4. Trabalho em equipa

Numa estrutura residencial, podemos ter pessoas a realizar a mesma função ou funções distintas. Porém, o trabalho que realizam é sempre interdependente. O bem estar do residente depende, directa ou indirectamente, da correcta execução por cada um dos colaboradores da respectiva função. A má prestação de um só colaborador compromete muitas vezes o trabalho dos outros.

À concepção, execução de trabalhos, de forma interdependente e co-responsável, por um conjunto de pessoas com inerentes aspectos de recompensas e avaliações, tanto individuais como de grupo, designamos por **trabalho de equipa**.

A estrutura residencial deve privilegiar esta opção de trabalho e ter especial preocupação na constituição da equipa. Deve ter um **coordenador (líder)** que assegura a ligação entre os colaboradores e o director(a) técnico ou a direcção. É este coordenador que deve garantir a transmissão e aplicação das directrizes definidas. Na reunião de equipa devem abordar-se todas as questões relevantes para o serviço, avaliando-se os desempenhos de todos os colaboradores.

Numa estrutura residencial podem existir equipas muito variadas: equipa técnica, equipa de saúde, de limpeza e higiene, de cozinha, de gestão, entre outras. É fácil compreender que todas estas equipas são importantes e que nenhuma consegue funcionar bem sem a colaboração da outra. Basta um exemplo muito simples: a equipa da alimentação só consegue respeitar as necessidades de dieta de um residente se for informada em devido tempo dessas necessidades; a equipa de saúde tem que ser informada pela equipa do serviço doméstico ou outra de qualquer anomalia que surja na saúde de um residente.

Assim, devem formar-se na estrutura residencial **equipas multidisciplinares**, cuja composição dependerá do objectivo que ditou a sua constituição. Nestas equipas poderão participar, por exemplo, a directora técnica, técnicos de serviço social, pessoal de saúde, nutricionista, psicólogo, ajudantes de lar, pessoal de cozinha, pessoal de lavandaria ou pessoal auxiliar.

8.

O trabalho em equipa permite:

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

Numa equipa de trabalho é importante que a visão e os objectivos sejam claros para todos os seus membros. Estes devem ter iniciativa e ser encorajados a participar, de modo a que as qualidades de todos sejam postas ao serviço do objectivo comum.

Trabalhar em equipa aumenta as capacidades de lidar com o desentendimento e o conflito. Exercita-se a flexibilidade, a criatividade e a comunicação aberta e honesta.

Ao trabalhar em equipa, os **sentimentos de pertença** fortalecem-se. Sentindo-se mais apoiados logística e emocionalmente, os colaboradores ficam mais motivados, prevenindo-se também o desgaste que a prestação de cuidados a pessoas com deficiência pode determinar.

Tendo presente estes princípios reflecta sobre o seguinte exemplo:

Deolinda L. pertence à administração de uma estrutura residencial. Sempre que quer transmitir alguma informação sobre um aspecto do serviço prestado, tem de convocar todos os colaboradores envolvidos na tarefa em questão.

Deolinda reparou já várias vezes que a limpeza de um dos quartos não estava a ser adequadamente realizada. Sempre que tentava melhorar este aspecto do serviço, não conseguia descobrir a qual das colaboradoras da limpeza devia dirigir-se.

- Qual seria a melhor forma de Deolinda L. transmitir esta informação?
- Como garantir que todas as colaboradoras da área da limpeza recebem e compreendem a informação que Deolinda L. quer fazer passar?
- Como garantir a uniformidade de boas práticas e bons desempenhos?

5. Feedback

8.

Graça P. e Juliana S. são duas residentes que entram frequentemente em conflito. Ambas gostam de ocupar a mesma poltrona na sala de estar da estrutura residencial onde vivem. Paula N., técnica da estrutura residencial, tomou a iniciativa de se reunir com as duas residentes e em conjunto elaboraram um acordo de ocupação da poltrona. Esta atitude não só contribuiu para resolver o conflito como foi o ponto de partida para uma amizade entretanto criada entre Graça e Juliana.

Na reunião semanal da equipa de prestadores de cuidados, a superior hierárquica de Paula, Isabel M., deu a Paula algum feedback sobre o seu comportamento:

“A Paula teve uma excelente postura face à situação da Graça e da Juliana. Mostrou iniciativa, porque encetou esforços para resolver um problema sem que ninguém lho tivesse pedido, e resolveu a situação de uma forma assertiva. Escutou as duas partes do conflito, deu-lhes hipótese de compreender as necessidades uma da outra e geriu de forma adequada as intervenções de ambas. Não permitiu que se atropelassem e promoveu a escuta activa, pedindo a cada uma para dizer o que tinha percebido das palavras da outra. Excelente intervenção, Paula, é de continuar!”

Nesta situação Paula teve determinada atitude, que neste caso foi positiva e teve bons resultados. Porém, a técnica só pode saber se agiu correctamente se alguém lhe der informação sobre as suas posturas e atitudes.

Do mesmo modo, como em qualquer actividade profissional, os comportamentos e atitudes dos colaboradores não são todos iguais, podendo mesmo chegar a ser contraditórios, um colega pode não concordar com o que fazemos, ou vice-versa.

Assim, devemos sempre comunicar às outras pessoas e informá-las sobre o que pensamos do seu desempenho. A este processo de devolução de informação é o que chamamos **feedback**.

O feedback pode ser de dois tipos: **positivo**, se reforça ou melhora uma atitude ou comportamento correcto, como no exemplo acima; ou **correctivo**, quando se destina a modificar e adequar comportamentos (ver exemplo abaixo). É muito importante para o crescimento e a maturação pessoal e profissional. Aprende-se muito com a opinião dos outros, como, de resto, acontece em todas as relações interpessoais.

8.

Imaginemos que, na situação do exemplo acima, Paula tem uma atitude diferente da anteriormente descrita.

Paula entra na sala e encontra as duas residentes aos gritos. Graça estava sentada na poltrona e Juliana diz-lhe, zangada, que Graça já esteve todo o dia sentada, pelo que agora deve dar-lhe a vez. Paula dirige-se a ambas e diz a Juliana para ir sentar-se noutra lado, já que a poltrona está ocupada e existem mais sofás e cadeiras na sala de estar.

Na reunião semanal da equipa, Isabel faz algumas observações a Paula:

“A sua intervenção de facto acabou com a discussão e nesse sentido impediu que a situação se agravasse sem despende muito tempo com a situação.

Mas é importante compreender os motivos que originam os conflitos e por vezes despende algum tempo no presente previne situações de maior complexidade no futuro.

Ao resolver desta forma um conflito, arrisca-se, apesar das suas boas intenções, a dar a ideia de que tomou partido por uma das residentes. Eu sei que não foi isso que quis fazer, mas a Juliana pode senti-lo assim. Convém aprofundar um pouco mais os motivos que levam duas residentes a querer sentar-se no mesmo lugar e em mais nenhum. Assim, talvez seja mais fácil chegarmos a uma solução que implique uma colaboração entre ambas e evite que o conflito se repita.”

No trabalho de equipa, o feedback é indispensável. Há que aceitá-lo e até desejá-lo.

Mas o feedback tem, como tudo, os seus riscos. Pode gerar desentendimentos, se aquele que ouve não entende a mensagem ou não concorda com o seu conteúdo. A avaliação do trabalho que fazemos é algo que nos toca pessoalmente, pelo que deve ser tratado com tacto.

Assim, quando nos referimos ao que alguém faz, devemos ser **descritivos e não avaliativos**, evitando expressões de julgamento ou avaliação que levem a um envolvimento emocional e prejudiquem a eficácia do feedback.

Devemos também **evitar generalizações**, referindo-nos especificamente a um comportamento e mencionar com **clareza** as razões que nos levam a fazer determinada observação. Esta deve surgir no tempo certo, sempre que possível **imediatamente após o comportamento** em questão, para que não seja interpretada de forma errada.

Enquanto emissores, devemos assegurar-nos de que o receptor entendeu bem o que lhe dissemos, e que aquilo que lhe dizemos é útil para ele, tanto quanto para nós. Se apontarmos erros, devemos indicar caminhos alternativos.

O feedback é mais eficaz se for solicitado. Devemos pedir feedback aos colegas de trabalho, como parte de uma relação profissional de confiança e reconhecimento mútuo.

Indicações sobre feedback

1. Solicitá-lo com frequência;
2. Ouvir com atenção e sem interromper;
3. Se necessário, pedir para clarificar;
4. Evitar desculpas ou minimizar atitudes;
5. Assumir o compromisso de seguir o plano traçado;
6. Agradecer a quem nos dá feedback;
7. Recordar que o único feedback negativo é não ter feedback nenhum.

6. Supervisão

Tradicionalmente, a supervisão consistia na actividade de vigilância e controlo dos recursos humanos da instituição. Hoje em dia, pretende-se com a supervisão promover uma mudança organizacional e de melhoria da qualidade do cuidar, a todos os níveis, envolvendo todos os intervenientes e as diversas vertentes da acção, numa perspectiva sistémica.

Mais do que vigiar e corrigir, pretende-se promover a formação, o desenvolvimento pessoal e a permanente actualização de todos os colaboradores, remunerados e voluntários. O resultado final é uma melhor gestão dos recursos humanos e um serviço de maior qualidade, centrado no objectivo de satisfazer as necessidades e expectativas do residente e tendo em conta que esse objectivo só é possível com a adesão, a preparação, empenho e sentido de responsabilidade de todos os colaboradores.

8.

A supervisão na sua verdadeira acepção deverá ser responsabilidade de uma entidade externa. **O olhar exterior permite muitas vezes uma objectividade que conduz a alternativas e intervenções que muitas vezes quem está directamente envolvido não consegue perspectivar.**

A supervisão integra objectivos e formas de actuação de que resultam benefícios para a intervenção em termos de:

- **Assessoria:** pode facilitar o desempenho da equipa técnica e de cada um dos membros, ajudar a clarificar o processo de trabalho, permitir planificar processos de formação, densificar os princípios e objectivos da entidade tendo em vista o bom funcionamento da instituição;
- **Apoio:** pode ajudar os colaboradores a otimizar a sua integração na equipa, com vantagens para a sua organização e operacionalização, e para a percepção da distância certa entre a pessoa e a função que desempenha;
- **Comunicação:** pode permitir progressos na atitude e nos processos de comunicação entre todas as pessoas implicadas;
- **Avaliação:** pode contribuir para a cultura de avaliação interna e externa e facilitar aos colaboradores a obtenção de elementos para a avaliação e progresso do seu desempenho com referência aos objectivos e planos de intervenção.

A supervisão deve privilegiar as reuniões de trabalho com análise de casos concretos e definição de futuras intervenções, tendo sempre em conta a qualidade do serviço prestado. Esta metodologia facilita a compreensão dos colaboradores, aprofunda o sentido de responsabilidade e ajuda-os a perceber, aceitar e procurar o tipo de acompanhamento de que necessitam.

A supervisão geral da estrutura residencial deve ser definida com a participação dos colaboradores, numa perspectiva comum de dotar a organização dos meios necessários e de promover o desempenho de qualidade. Deve ter-se em conta não só a funcionalidade dos equipamentos mas as questões respeitantes à organização e gestão e à formação dos colaboradores que envolva também o estímulo à partilha, entre eles, de conhecimentos e experiências.

A supervisão dos colaboradores voluntários pode ser feita pela entidade que promove o voluntariado, com a cooperação da estrutura residencial.

7. Relações no trabalho

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

As relações de colaboradores com residentes são relações profissionais. Tratando-se uns e outros de pessoas, é possível que se criem laços de amizade. Estes não devem, porém, fazer esquecer a nenhuma das pessoas envolvidas que a relação de base é profissional e exige o cumprimento de todos os valores, princípios e regras do cuidar.

A detecção precoce e o adequado acompanhamento de situações de tensão ou desconforto entre colaboradores, ou entre estes e os residentes, pode prevenir futuras situações de conflito.

8. Realização profissional através da realização dos residentes

É muito importante que tenhamos uma abordagem positiva com os residentes. Devemos encorajá-los a exercer os seus direitos, a tomar as suas próprias decisões, a ser tão independentes e responsáveis por si mesmos quanto possível, a projectarem-se no futuro. Para tal, é essencial respeitá-los enquanto indivíduos, tratá-los de modo justo e afectivo, e excluir todo e qualquer comportamento discriminatório.

Célia de 28 anos, sofre de doença mental e vive com os pais já idosos. Frequenta um centro ocupacional durante o dia e regressa a casa a noite. Apesar de esta situação se manter há longos anos, e parecer agradar a todos, os pais encontram-se fisicamente debilitados, e usufruem agora de apoio domiciliário.

Há dias, o colaborador que presta este serviço disse aos pais de Célia, em tom algo indignado, que era inconcebível manterem Célia em casa, afirmando “Conheço uma residência aqui perto e vou ver se trato dos procedimentos necessários para que a Célia vá para lá viver; estaria muito melhor”.

8.

Talvez o colaborador do apoio domiciliário esteja a agir com muito boa vontade e pense que está a fazer o melhor para a Célia. No entanto, não está. Vejamos:

- Propôs-se partilhar com uma estrutura residencial informação sobre Célia, sem a sua devida autorização;
- Quis tomar decisões que só a Célia e sua família dizem respeito, o que não contribui para a autonomia da Célia nem promove a sua independência, nem
- respeita a sua autodeterminação e interfere de forma ilegítima no espaço de intervenção da família.

No trabalho com pessoas como Célia e os seus pais, que nos preocupam, não devemos fazer o que achamos melhor sem consultar o próprio e a família sobre o que pensam ser melhor.

Por vezes é difícil aplicar a abordagem positiva. **As melhores decisões são as que contam com a vontade do próprio residente.** Em casos difíceis, é bom partilhar as dúvidas com a equipa de trabalho. Devemos sempre considerar que temos atitudes, ideias, crenças e valores que influenciam a forma como perspectivamos os problemas dos outros.

Ajudar os residentes a lutar pelos seus desejos

Quando prestamos atenção ao que as pessoas contam sobre a sua vida, ouvimo-las recordar experiências e episódios, relatar os seus êxitos e decepções, exprimir medos, ansiedades, sofrimentos e alegrias. Podem também revelar-nos os seus desejos e projectos para o futuro. Não só por palavras, mas também pelo tom de voz, a linguagem corporal ou a expressão facial. É nossa função escutá-los e estimulá-los, delicadamente, a acreditar e a lutar pelo que ambicionam e a confiarem em toda a colaboração possível que nos solicitarem.

A nossa realização profissional enquanto colaboradores de uma estrutura residencial deve passar também por vermos atingirem os seus objectivos aqueles a quem prestamos cuidados. É bom ver que gerem positivamente as suas limitações, se tornam mais autónomos, capazes e independentes, e que se sentem realizados com as suas novas conquistas.

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

Ajudar os residentes nas relações sociais

Como vimos no Capítulo B (1.3), todos precisamos de **amar e ser amados**. Quem está em acolhimento residencial também. É especialmente importante **não perder o contacto** com as pessoas de quem gosta – família e amigos –, com os animais de estimação e os objectos de valor sentimental.

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

Quando um residente recebe visitas, todos os colaboradores da estrutura residencial devem recebê-las com a maior gentileza e nunca fazer-lhes sentir – nem ao residente – que estão a mais. Pelo contrário, devem pô-los à vontade, oferecendo-lhes, por exemplo chá ou café, e respeitar a sua privacidade com o visitado. O residente pode também querer visitar familiares ou amigos, no que deve ser encorajado e se necessário acompanhado.

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

Mas o acolhimento residencial é também uma oportunidade para fazer **novas amizades**, de falarmos sobre nós próprios e de nos sentirmos apreciados. Os **sentimentos de pertença** são importantes para o nosso bem estar. Como colaboradores de uma estrutura residencial, podemos ajudar o residente a sentir-se bem no novo meio.

Ajudar os residentes a participar em actividades

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

Devemos descobrir o que os nossos residentes gostam de fazer, aquilo para que têm jeito, as actividades em que já têm experiência e as que gostariam de aprender, como por exemplo, para além das que integrem aprendizagem ou exercício profissional: jardinagem, pintura, leitura, música, teatro, desporto, actividades manuais, jogos. Se houver na comunidade grupos que promovam estas actividades, devemos informar os residentes e facultar-lhes o acesso a elas (ver B 6.8).

8.

A participação dos residentes nas actividades e eventos que tenham lugar na comunidade – festas, passeios, sessões de teatro, de cinema, desporto, visitas a museus – incentiva as boas relações entre a estrutura residencial e a comunidade e o bem estar dos residentes. Outra forma de reforçar essa relação é a disponibilização de espaços da estrutura residencial para os organismos da comunidade desenvolverem actividades. A estrutura residencial deve ser reconhecida pela comunidade como uma mais valia e é importante que os residentes disso se apercebam e que para tal colaborem.

A própria estrutura residencial também deve promover actividades que vão ao encontro dos interesses dos residentes e da comunidade. Para encorajar os mais tímidos ou relutantes – mas respeitando sempre a sua vontade de participar ou não – os colaboradores podem e devem participar nas actividades.

Ajudar os residentes a manter a mobilidade

A independência e a autonomia – cuja importância já aqui sublinhámos – passa por sermos capazes de ir onde queremos. Depender de outros para se movimentar penaliza a auto-estima. A estrutura residencial deve permitir a mobilidade a quem nela vive. Como podemos assegurá-lo?

- Garantindo o acesso, tanto quanto possível autónomo, da pessoa com deficiência, por si só ou com o recurso a ajudas técnicas apropriadas, a todos os espaços físicos da estrutura residencial importantes para viver a sua vida com a maior autonomia possível;
- Retirar obstruções à mobilidade, como por exemplo tapete soltos;
- Providenciar ajudas técnicas (por exemplo: cadeiras de rodas e andarilhos, aparelhos auditivos, bengalas, cães-guia) aos residentes e ensiná-los a utilizá-las;
- Assegurar que as ajudas técnicas se mantêm em boas condições;
- Encorajar os residentes a planear eles próprios as suas actividades, de aprendizagem, profissionais ou lúdicas.
- Garantir a segurança e o conforto dos residentes nas suas saídas e visitas, acompanhando-os quando necessário, e assegurar que, em qualquer circunstância, é mantida a sua dignidade;

9. Comunicação

A comunicação é um aspecto central da vida de qualquer estrutura residencial. Os seus membros **têm de saber comunicar entre si e com o exterior**. É essencial que o façam de forma eficaz, já que não se podem prestar bem os cuidados necessários sem conhecer os sentimentos, desejos, necessidades e preocupações dos residentes.

Antes da prestação de qualquer cuidado ou da realização de qualquer actividade deve ser dada informação suficientemente clara sobre o que se vai fazer e qual a participação que se espera do residente. No caso deste recusar a intervenção, deve-se tentar conhecer a razão da sua atitude e, se conveniente para o residente, tentar motivá-lo, sempre com respeito pela sua opção.

Estimular a comunicação

A forma mais natural de saber o que pensa, quer ou sente um residente é junto do próprio. Devemos privilegiar o residente enquanto fonte directa de informação. Ao fazê-lo, respeitando sempre a sua privacidade, não só mostramos interesse por ele, como lhe damos sinais de que acreditamos na sua capacidade de avaliar e exprimir os seus problemas e desejos. Isto reforça a relação de confiança que tem de estar na base do nosso trabalho.

Embora a comunicação possa ocorrer com vários intervenientes ao mesmo tempo, é importante **escutar cada residente individualmente**. A estrutura deve criar mecanismos que promovam a comunicação a dois.

A comunicação deve ser cultivada. Não é admissível que, por exemplo, a directora técnica, só fale isoladamente com o residente na altura do acolhimento e depois não volte a fazê-lo periodicamente.

Na comunicação há que ter em conta as capacidades de expressão de cada um dos residentes e utilizar todos os meios possíveis para que essa expressão resulte clara e o residente se sinta à vontade e confiante. Podem ajudar à comunicação algumas técnicas e aparelhos ou pessoas de apoio, como por exemplo: imagens, língua gestual, Braille, aparelhos auditivos ou intérpretes.

8.

Alguns conselhos para melhorar a comunicação com residentes com dificuldades ao nível:**Visual**

- dirija-se ao residente pelo nome, falando-lhe à medida que se aproxima, para que ele o possa conhecer, sentir a sua presença e localização; assim reforçará o contacto humano e reduzirá a sensação de isolamento;
- conduza a pessoa, oferecendo-lhe o braço como guia, uma vez que pode antecipar os seus movimentos, caminhando ligeiramente atrás de si, enquanto remove eventuais obstáculos físicos;
- explique sempre o que está a fazer, minimizando o medo do desconhecido;
- promova um contacto físico cuidadoso e frequente, para aumentar a estabilidade e a segurança;
- use uma linguagem verbal clara e simples, segundo a idade do residente e evitando referências visuais;

Auditivo

A maioria das pessoas com esta deficiência faz alguma leitura dos lábios, mas nem o “melhor leitor de lábios” consegue decifrar mais de 1/4 da mensagem transmitida. Assim a captação da mensagem também se baseia na expressão facial e linguagem corporal do interlocutor.

Para uma boa comunicação com residentes com deficiência auditiva, deve-se receber clareza no rosto, para evidenciar as suas expressões faciais. Deve estar em frente da pessoa, ao mesmo nível dos olhos, e:

- falar claramente, devagar e com linguagem simples;
- não gesticular de forma exagerada;
- minimizar os sons provenientes do exterior, pois podem mascarar o discurso;
- não falar alto porque os sons agudos são de percepção difícil para as pessoas com deficiência auditiva;
- perguntar ao residente qual o seu meio de comunicação preferencial;
- utilizar imagens.

Temos de dar ao residente todas as possibilidades de se exprimir.

Ser um bom comunicador

Só vale a pena encorajar os residentes a expressarem-se se **soubermos ouvi-los**. O nosso comportamento ao comunicar influencia o do interlocutor, e vice-versa. A postura física, o tipo de discurso, a atenção que prestamos, a empatia que transmitimos, são factores que vão determinar a informação que conseguimos obter e fazer passar, podendo estimular o residente a exprimir-se ou, pelo contrário, intimidá-lo e desmotivá-lo.

Como estimular a comunicação	Como afastar a comunicação
Falar claramente e fazer-se entender	Murmurar, resmungar, balbuciar
Usar palavras e expressões compreensíveis por todos	Usar termos técnicos, gírias e calão
Falar com volume e rapidez adequados	Falar muito depressa, muito baixo ou muito alto
Usar um tom de voz adequado	Falar sem ter em atenção o momento emocional do residente
Usar linguagem corporal que demonstre interesse e atenção	Ter um ar maçado e ansioso por ir embora
Usar formas de comunicação apropriadas às pessoas (<i>ex.: escrita, imagens</i>)	Usar meios de comunicação que não se dominam
Ajudar as pessoas a comunicar entre si	Não promover a comunicação entre as pessoas
Respeitar as condições, preferências e expectativas dos residentes ao comunicar com eles	Falar com todos da mesma forma, sem atender ao género, idade e história da pessoa
Ter em atenção a comunicação não verbal	Só dar atenção ao que os residentes expressam verbalmente

8.

Linguagem corporal

Não só de palavras vive a comunicação, como já vimos. A **linguagem corporal** é um elemento essencial do acto de comunicar, porque, quando correcta, transmite atenção, interesse e confiança. Durante uma conversa, podemos e devemos adoptar posturas que facilitem a comunicação:

- olhar o interlocutor de frente enquanto fala;
- falar ao nível do olhar: se o residente se encontra sentado, sentamo-nos ou colocamo-nos de cócoras para falar com ele; nunca falar de cima para baixo;
- adoptar uma postura relaxada, levemente inclinada, que ajuda à concentração;
- mudar de tom de voz de acordo com os sentimentos expressos;
- usar expressões faciais – sorrir, franzir o sobrolho, fazer cara de espanto – para reforçar o que se está a dizer, ou a reacção ao que se ouve;
- acenar com a cabeça e dar sinais encorajadores com “sim” ou “hmm”; evitar rufar dedos, bocejar ou mostrar tédio.

Outro elemento de comunicação é o **contacto físico**. Um abraço ou uma festinha na mão, de forma natural e não infantilizante, podem exprimir solidariedade e reforçar a relação. Actos como guiar uma pessoa cega, apoiar um residente com problemas de mobilidade ou ajudá-lo em actividades quotidianas como o banho ou a alimentação, são também formas de comunicar e estabelecer relações de confiança.

Todavia, é bom não esquecer que **nem todas as pessoas aceitam da mesma maneira o contacto físico**. Como se sentiria se alguém que não conhece o tocasse? Ou imagine que a sua religião só permitia o contacto físico entre parentes próximos? Ou que tinha sofrido abusos sexuais?

Nestes casos, o contacto físico pode inibir a comunicação em vez de ajudá-la. Para usar o contacto físico na nossa relação com os residentes, temos de ter a certeza de que **gozamos da sua permissão** para o fazer e **sentimos o à-vontade necessário**. Devemos usar palavras e gestos que transmitam respeito, confiança e segurança.

O **toque** é especialmente útil para residentes que têm problemas de vista ou audição e, em circunstâncias apropriadas, a avaliar cuidadosa e delicadamente, pode ter uma tonalidade afectiva. A linguagem gestual, os textos em Braille, o equipamento vibratório, são apoios que devem ser utilizados de acordo com as situações e as preferências de cada residente.

Ler nas entrelinhas

Em conversa com uma colaboradora, Alfredo que sofre de limitações sérias de mobilidade e que tem frequentes fases depressivas, mostrou-se preocupado com os problemas da sua irmã verbalizando: “ela trabalha muito, tem três filhos – um dos quais um malandro (referindo-se a alguns problemas comportamentais do sobrinho) – e o marido colabora pouco nas tarefas domésticas”. Alfredo diz que é por isso que ela o tem visitado menos nos últimos tempos.

- Sentir-se-á Alfredo V. diminuído pela ausência da irmã e pretende justificá-la?
- Sentir-se-á Alfredo frustrado por não conseguir ajudar a irmã?
- Ou será esta a forma que encontrou de exprimir a sua tristeza pela falta de visitas, cuja razão, na realidade, desconhece?
- A sua explicação importa um pedido implícito de ajuda para que a irmã o visite?

Os residentes podem ter **dificuldade em referir-se a certos assuntos** – porque são dolorosos ou traumáticos, porque causam medo ou vergonha ou por recearem não ser levados a sério. Nesse caso, podem esconder o que sentem ou abordar tais assuntos de forma indirecta, através de eufemismos ou alusões.

Para apanhar estas pistas, há que saber **ler nas entrelinhas**. No entanto, temos de ter muito cuidado ao fazer esta leitura. As interpretações que fazemos têm de ser **prontamente verificadas** com toda a exigência. É bom não esquecer que o nosso estado de alma também influencia a forma como percebemos as coisas.

Existem outras fontes para obter informação sobre o residente, sobre os seus problemas, angústias, gostos e preferências. São elas a família, os amigos, outros profissionais que convivem com ele, porém sempre com respeito pela intimidade do residente.

Barreiras à comunicação

A comunicação torna-se difícil quando há barreiras que impedem as pessoas de se expressar.

8.

Graça foi ao centro de saúde acompanhada de um colaborador da residência para pessoas com deficiência onde vive. Veio consultar o médico, porque está com muitas dores de cabeça. A sala de espera é quente, pouco arejada e tem um aspecto triste. O barulho do trânsito, dos telefones e a conversa das secretárias é insuportável.

A rececionista chama-a e pergunta-lhe uma série de coisas, num vocabulário cheio de expressões médicas. Embora Graça tente explicar que não compreende e o colaborador se disponibilize para falar com a rececionista, esta refere que só fala com o utente que vem à consulta, parecendo apressada, talvez devido à quantidade de pessoas que estão por atender.

Será que nesta situação a rececionista vai obter a informação de que necessita? É pouco provável. Vejamos as barreiras de comunicação existentes:

- **Graça fica angustiada por não compreender o que lhe é dito e a rececionista está com pressa:** estas emoções vão tornar mais difícil que Graça se exprima claramente e que a rececionista a ouça com atenção;
- **O centro de saúde é barulhento e pouco acolhedor:** quando está demasiado frio ou calor, ou quando não se vê ou não se ouve bem, é mais difícil trocar informações;
- **A rececionista usa termos técnicos que Graça desconhece:** se não se compreende o que o outro está a dizer, é impossível comunicar.

Situações como estas são muito comuns, e daí que haja tantos mal-entendidos. Assim, os colaboradores de uma estrutura residencial têm de prestar especial atenção aos obstáculos à comunicação e contribuir para eliminá-los. Não nos esqueçamos que muitas dessas barreiras estão em nós próprios.

Barreiras de comunicação	O que fazer?
Problemas emocionais, preocupação, stress	Ser sereno, paciente, mostrar compreensão e solidariedade, saber ouvir
Línguas diferentes	Usar um tradutor ou intérprete ou aprender a comunicar na língua do residente
Calão, gíria profissional	Explicar o significado das palavras ou usar alternativas mais compreensíveis
Ambiente incómodo e dificuldades de vista e/ou audição	Tentar melhorar o ambiente e assegurar-se de que os aparelhos auditivos e óculos estão em bom estado
Implicações da deficiência	Adaptar a comunicação às características de cada um

Comportamentos agressivos

Comportamentos agressivos da parte de um dos interlocutores, ou de ambos, também podem ser uma barreira à comunicação. Eles podem ser físicos – agressão, violência, auto-flagelação – ou verbais – insultos, gritos, palavrões. São sempre **faltas de respeito** e, como tal, inadmissíveis, tornando-se indispensável a procura dos meios para os evitar.

Um residente pode tornar-se agressivo por diversos motivos:

- Está em fase de revolta com as limitações resultantes da sua situação de deficiência;
- Está em stress porque recebeu más notícias;
- Está tenso devido ao barulho, ou ao seu estado físico ou psíquico;
- Tem a auto-estima diminuída por ter perdido a sua independência;
- Está sob medicação ou de tal forma confuso que perdeu o discernimento e controlo sobre o seu próprio comportamento.

Qualquer pessoa que já tenha perdido o domínio de si sabe quão difícil é parar para ouvir e pensar de forma racional. Enquanto colaboradores de uma estrutura residencial, temos de saber evitar qualquer escalada que leve à perda de auto – controlo.

Face a uma situação de descontrolo, há que tentar manter a calma e serenar as pessoas. Isto pode-se conseguir através de palavras sensatas, linguagem corporal e um tom de voz que transmita serenidade e segurança. No entanto, se a situação se tornar violenta e insegura, a prioridade deve ser a salvaguarda das pessoas envolvidas, incluindo o próprio colaborador, sem prejuízo do cuidado primordial com pessoas em situação de vulnerabilidade, e pedir ajuda. Não tente resolver sozinho situações destas sem ter a devida experiência. Se ocorrerem, promova a sua análise na reunião de equipa.

A estrutura residencial deve ter procedimentos explícitos, entre os quais o preenchimento de uma ficha de ocorrência (ver anexos), para estas situações, incluindo a forma de reportá-los à equipa e instancias de coordenação e de direcção.

10. Conflitos

Numa estrutura residencial, como em qualquer comunidade, desencadeiam-se **conflitos**. São situações em que comportamentos ou interesses de duas ou mais pessoas colidem, gerando-se confronto entre as partes. Os conflitos são um aspecto normal da convivência social, mas há que dar-lhes resolução. Em cada situação de conflito ou crise há que considerar os **antecedentes** e as **consequências**.

Vejamos o seguinte exemplo:

António, recebeu um telefonema a informá-lo que no fim de semana que se aproxima não teria a visita de sua família. De seguida foi até à sala de convívio, onde outro residente, Júlio, via televisão. António sentou-se ao lado dele.

Nenhum dos dois parecia interessado no programa que estava a dar. Júlio tomou, por isso, a iniciativa de mudar de canal. António protestou, com maus modos, e de imediato se desencadeou uma discussão entre ambos.

O que lhe parece que originou o conflito?

O conflito sobre o canal de televisão pode, na verdade, ter sido criado pelo facto de António não poder ir a casa, ou pela impossibilidade de os familiares o visitarem. António deslocou a sua frustração ou zanga para a primeira oportunidade de conflito que lhe surgiu: no caso, o canal de televisão que Júlio via calmamente e que nada tem a ver com as verdadeiras razões da zanga de António.

Nesta situação a reacção emocional do António à notícia de que não tem visitas da família, parece ter sido um acontecimento **antecedente** ao conflito que o motivou.

Vejamos outra situação:

Numa estrutura residencial, uma monitora está a ajudar três residentes na elaboração de quadros para a exposição de Natal. Aparentemente todas estão a realizar o trabalho sem dificuldades, pelo que a monitora se retira por um período de tempo curto.

Quando a monitora regressa, as residentes Graça P. e Berta E. estão a discutir por causa de um pincel. Berta irrita-se e diz que vai destruir o seu próprio trabalho. Após resolvida a discussão, a monitora apercebe-se que Berta apenas desenhou a carvão e ainda não começou a pintar, enquanto as outras duas residentes estão quase a concluir os seus quadros. Por isso, a monitora senta-se junto de Berta e conversa com ela enquanto esta completa o seu trabalho, o que acaba por fazer com êxito.

Nesta situação o que originou o conflito? Terá sido o pincel? Que outra razão poderá existir para que Berta e Graça, que como vimos anteriormente até são amigas, tenham discutido?

Em muitas ocasiões de conflito, a resposta para o mesmo está na consideração das circunstâncias que o antecederam, no entanto também pode estar intimamente relacionada com o comportamento dos outros face ao acontecido. É possível que Berta estivesse à procura de atenção individualizada ou de ajuda para fazer o seu trabalho. Sem saber como obtê-la, desencadeou um conflito e ameaçou destruir o trabalho. Desta forma, levou a monitora a prestar-lhe atenção, acabando por ajudá-la a terminar a tarefa com êxito.

Nesta situação parece ter sido a necessidade de atenção, que levou a residente a desencadear o conflito, que assim surge como “estratégia”, ou seja, foi o conseqüente comportamento da monitora face ao conflito que parece ter desencadeado o mesmo.

Às vezes é mais fácil para o residente originar um conflito do que pedir ajuda ou atenção directamente.

8.

Como vimos pelos exemplos anteriores, o conflito pode ter a sua origem nos factos que o antecederam ou ter como objectivo desencadear uma reacção no meio e nos outros. Assim, ao analisar um comportamento ou uma situação de conflito, temos de ter em conta **os antecedentes, o comportamento em si e as suas consequências**. Só assim podemos fazer uma avaliação real da situação.

É importante registarmos com precisão (ver ficha em anexo) todas as situações de conflito, para podermos intervir adequadamente.

Conflitos que envolvem colaboradores

Mas os conflitos podem surgir também entre residentes e colaboradores, ou mesmo entre colaboradores. A falta de pessoal, o excesso de responsabilidade e tarefas distribuídas a cada colaborador e a falta de períodos de reflexão e convívio entre as pessoas que compõem a estrutura residencial contribuem em grande medida para um aumento da tensão relacional.

A criação de momentos de reflexão conjunta e lazer pode diminuir o sentimento de mal-estar e cansaço pelo excesso de trabalho, manifestado por muitos colaboradores da área social.

Ninguém pode cuidar bem de outro se não cuidar bem de si. Este principio deve ser entendido como preventivo de situações de maior dificuldade e com custos mais elevados para a instituição. Deve ser preocupação desta a previsão de um sistema de prevenção dessas situações e de acompanhamento e ajuda aos colaboradores quando ocorrem.

Mitos sobre o conflito

O conflito no local de trabalho é disfuncional - O conflito pode ser disfuncional, mas não tem de o ser. Quando bem gerido, pode ajudar a construir relações no local de trabalho, a melhorar a eficácia do trabalho em conjunto e a atingir os objectivos da estrutura residencial.

Se evitado, a situação de conflito acaba por desaparecer - Não é provável. Pode desaparecer por uns tempos, mas em qualquer momento vem à superfície. Alguns conflitos menores podem resolver-se com o tempo, mas a maioria das situações implica uma gestão e intervenção específica.

Todos os conflitos têm resolução - Nem todos os conflitos podem ser resolvidos, porque não é possível suprimir todas as diferenças de valores, perspectivas, crenças, maneiras de ser, necessidades. Mas os conflitos podem ser geridos, minimizando-se o seu efeito.

De um conflito resulta sempre um vencedor e um vencido - Não é verdade. Existem inúmeras possibilidades de resultados diferentes na gestão de conflitos. O objectivo desta não é encontrar a razão de um lado e o erro do outro. É, sim, encontrar uma conciliação entre os sentimentos e interesses das pessoas envolvidas.

São precisas duas pessoas para resolver o conflito - Na realidade basta uma pessoa para pôr termo a um conflito.

Verdades sobre o conflito

O conflito vai sempre ocorrer - O conflito é natural quando diferentes pessoas trabalham e partilham o mesmo espaço. Não é indicativo de que se passa algo de anormal. A questão é o que fazer quando o conflito ocorre. Interiorizar os princípios da Ética e da dinâmica da discussão, considerando o ponto de vista do outro, constitui auxílio valioso.

A maioria dos conflitos podem ser resolvidos - Existem diferentes maneiras de gerir um conflito: Evitando-o; concordando para discordar; ficando cada pessoa com a sua opinião/ideia; argumentando com convicção até persuadir o outro de que a sua ideia/opinião é que está correcta; encontrando um consenso comum/mútuo.

Também existem capacidades básicas que podem ajudar a uma maior eficácia na gestão de conflitos no trabalho: conversar, ouvir e compreender a perspectiva e as necessidades das outras pessoas; aceitar outras alternativas e estabelecer, com sensatez, limites para as formas de manifestar desacordo.

Os conflitos podem ajudar a fortalecer as relações - Acreditem que esta afirmação é verdadeira! Quando duas pessoas se juntam para resolver as suas divergências e trabalham em conjunto nesse sentido com total honestidade, desse processo resultam equipas de trabalho mais fortes e relações interpessoais mais sólidas e estáveis.

O conflito pode ser um motor de mudança - Poucas pessoas e/ou organizações mudam, a não ser que se confrontem com algum conflito ou problema. O entendimento resultante da resolução de um conflito traz frequentemente mudanças positivas.

8.

Só é necessária uma pessoa para começar a resolver o conflito - Vamos repetir este ponto, porque ele é de facto muito importante. Basta uma pessoa para começar a resolver o conflito. Isto é, se ficarmos cada um no seu lado, à espera do outro, para começar a resolução do conflito, a tendência é para o agravamento da situação.

Estilos de resolução do conflito.

Estratégia	Comportamento Habitual
Afastamento <i>Perde/Perde</i>	Ignorar um conflito, quando não é verdadeiramente importante para nenhuma das partes. Pode ser uma boa solução temporária, especialmente para permitir que os intervenientes se acalmem. Sobretudo quando a tentativa de resolução poderá criar maiores danos relacionais ou gerar novos problemas.
Acomodação <i>Perde/Ganha</i>	Quando é mais importante preservar a relação do que concordar ou discordar e/ou quando o assunto é mais importante para uma pessoa do que para outra.
Competição <i>Ganha/Perde</i>	Resolver os conflitos por imposição de domínio ou poder. Funciona quando é urgente tomar uma decisão activa ou quando é necessário implementar mudanças impopulares. O assunto , neste caso, é mais importante do que as pessoas envolvidas.
Compromisso <i>Ganha/Perde</i> <i>Ganha/Perde</i>	Neste processo, cada pessoa consegue algo, mas também terá de abdicar de algo. O desafio é contrabalançar os ganhos e perdas individuais. É a melhor forma de resolver conflitos quando tanto o assunto como as pessoas são importantes e quando queremos atingir uma base comum.
Colaboração <i>Ganha/Ganha</i>	A melhor estratégia , mas a mais difícil e que mais tempo leva a conseguir. Envolve tempo para entender as posições e interesses do outro, identificar áreas de concordância e divergência, avaliar as alternativas e procurar soluções que tenham o apoio e compromisso das duas partes.

Vamos aprofundar a **resolução colaborativa** de conflitos, pois, como referimos, embora seja a mais difícil e a que consome mais tempo, é a melhor estratégia. A resolução colaborativa comporta três fases.

De início, tem de haver uma **preparação individual**, durante a qual há que perceber o que está a correr mal. Definamos a situação e os nossos sentimentos. Que problemas e necessidades temos para resolver e qual a nossa posição perante eles? Que valores culturais e estereótipos estão a interferir connosco? E com o nosso interlocutor? É muito importante **colocar-se na perspectiva do outro**.

A segunda fase é uma **reunião de resolução de conflitos**. Nela, devemos analisar a situação e considerar as opções que se nos deparam, com as respectivas vantagens e desvantagens. Esta reunião deve decorrer num local e horário adequado a todos os intervenientes e deve incluir algum tempo de reflexão. Nela devemos perguntar-nos o que sentimos e porquê, tentando expressá-lo de forma calma, inteligível e facilitadora da resolução do conflito.

É importante que a comunicação sobre conflitos seja feita pela positiva – sem julgar, sem insultar, usando mais a primeira pessoa do que a segunda pessoa e fazendo uso da escuta activa. Todos devem ser ouvidos e compreendidos.

Encontrada uma solução, há que dar **seguimento** ao plano de acção estabelecido. Deve-se marcar uma reunião para avaliação e ajudar os intervenientes a implementar as acções que se acordou levar a cabo. O plano de acção pode ser revisto sempre que necessário.

11. Informação escrita

Até aqui falámos sobre comunicação directa – oral, gestual, pictórica – entre colaboradores e residentes, ou entre colegas. Mas, numa estrutura residencial, muita da informação circula em **documentos escritos**. São disso exemplo os processos individuais dos residentes, registos médicos, gráficos de observação, prescrições de medicamentos e dietas, registos no livro de reclamações, ocorrências e até a transmissão por escrito dos recados recebidos por telefone na recepção.

8.

Na estrutura residencial deve haver documentos que orientam os colaboradores no desempenho das suas funções, como por exemplo:

- **Plano de cuidados**, que descreve aqueles a que o residente tem direito e qual o papel de cada colaborador na sua prestação.
- **Procedimentos de segurança**, para actuação em caso de acidente ou incêndio.

Outros, produzidos pelos próprios colaboradores, servem para transmitir informação aos colegas e aos técnicos sobre os residentes:

- **Os registos de ocorrências** permitem aos colaboradores terem conhecimento, por exemplo, de perturbações que um residente manifeste; também servem para que a direcção saiba que tipo de medidas de saúde e segurança precisa de adoptar;
- **Os registos diários** informam os colegas de cada turno do estado dos residentes.

A informação escrita é especialmente sensível. Em caso de dúvida, o receptor nem sempre pode confirmar junto do emissor os objectivos ou conteúdos da mensagem. Assim, é essencial que a informação escrita seja legível e compreensível. É porém importante que, nas mudanças de turno, haja momentos de comunicação verbal sobre as ocorrências entre os colaboradores que prestaram serviço e aqueles que o vão continuar.

Se um recepcionista atender uma chamada para um colaborador que saiu para almoçar e deixar esta mensagem escrita:

Na tua hora de almoço a Paula L. ligou a campainha não funciona hoje vem cá um tipo. Zé.

É evidente que o colaborador não vai perceber tudo, pelo menos à primeira. Não houve o cuidado de escrever de forma clara, sem indicação sequer do dia da comunicação que se pretendeu transmitir. A mensagem pode facilmente tornar-se inútil ou enganadora.

Toda a informação escrita deve ser clara, objectiva e concisa, dizendo apenas o que é relevante para a mensagem que se quer transmitir. A seguinte nota, apesar de correctamente escrita, dispersa-se em pormenores irrelevantes:

O Xavier não comeu muito ao pequeno-almoço. Comeu um bocado de ovo, mas deixou o pão e pousou a chávena na mesinha de cabeceira. Estava frio. Quando recolhi o tabuleiro ele estava a ver televisão, um programa sobre jardinagem.

Ele disse-me que gostava de cuidar das plantas. Até referiu que os pais tinham uma horta e chegou a ajudar a vender legumes que não gastavam em casa. P. Silva, 17 Abril, 10h30.

Outro cuidado a ter na produção de informação escrita é o de registar apenas factos que possam ser verificados. O que escrevemos influencia o serviço prestado por quem nos lê, pelo que devemos ser, tanto quanto possível, exactos e objectivos.

O que é que está mal no seguinte registo?

A Isabel esteve impossível hoje à tarde. Pôs-se a esperar quando lhe fui dar o lanche. Tem uma nódoa negra no braço, deve ter caído outra vez. Francisca G., 18 Maio, 19 horas.

Para percebermos o que está mal, basta pensarmos como se sentiria a Isabel se lesse, por acaso, esta nota, segundo a qual “esteve impossível” e “pôs-se a esperar”. Não poderia sentir-se insultada ou vexada? É preciso ter cuidado com comentários subjectivos, que espelham um ponto de vista pessoal e não uma realidade verificável. Da mesma forma, não devemos escrever que a Isabel “deve ter caído” sem confirmar se foi isso que aconteceu.

Um **registo correcto** sobre esta residente seria:

*A Isabel não estava a sentir-se bem esta tarde, sobretudo quando lhe servi o lanche. Tem uma nódoa negra no braço, é preciso investigar porquê.
Francisca G., 18 Maio, 19 horas.*

Em suma, a informação escrita que circula na estrutura residencial deve ser:

- Fácil de ler
 - Fácil de entender
 - Concisa
 - Relevante
 - Factual
 - Verificável
-

Trocas de informação e confidencialidade

Zélia C. e Gaspar S. são colaboradores de uma estrutura residencial. É frequente almoçarem juntos no refeitório. Certo dia, ao tomarem café, comentam o caso do residente Alfredo V., a quem ambos prestam cuidados e que ultimamente tem andado agitado e irritadiço. Zélia e Gaspar falam em voz alta, sem se preocupar com o facto de haver mais gente por ali – residentes, visitas e outros colaboradores.

Às tantas, uma senhora aproxima-se. Apresenta-se como vizinha de Alfredo V. e diz que veio visitá-lo, porque conhece bem a família. Afirma ainda que sabe que estão com problemas financeiros. É natural que Alfredo ande nervoso, acrescenta, já que lá no bairro comenta-se que ele pode ter de abandonar a estrutura residencial por não ter dinheiro para pagar a mensalidade. Zélia e Gaspar não tardam a comentar o caso com outros colaboradores.

O fluxo de informação dentro da estrutura residencial é um assunto muito sensível: quem deve ter acesso a quê? Quem transmite o quê a quem? Que uso se dá à informação obtida? Divulga-se? Onde, como, a quem?

A **privacidade** é um valor importante das estruturas residenciais e um direito de todos os cidadãos. Todos os colaboradores estão obrigados a manter **sigilo** sobre a informação a que têm acesso. E note-se que na estrutura residencial circula muita informação sobre os residentes, alguma dela delicada: história clínica, incapacidades físicas e mentais, sexualidade, religião, gostos e preferências, relações pessoais, problemas financeiros, antecedentes criminais. Não foi seguramente de ânimo leve que o residente forneceu essa informação à estrutura residencial, mas sim para estabelecer uma **relação de confiança**.

Os colaboradores da estrutura residencial não devem falar dos residentes e dos seus casos fora dos espaços devidos. No interior do edifício, nunca devem fazê-lo em locais em que possam ser ouvidos, bem como no exterior. Ter, por exemplo, uma conversa à mesa do café sobre assuntos da intimidade deste ou daquele residente, constitui uma quebra ética e deontológica com repercussões graves.

Como acha que se sentiria um residente se toda a gente na estrutura residencial ficasse a saber que foi abusado sexualmente, ou que passou algum tempo num Hospital psiquiátrico? Não se podem revelar pormenores – comprometedores ou não – sobre a vida de uma pessoa sem a sua autorização explícita. Além da revolta e do stress que isto pode causar, quebra-se a confiança entre o residente e a estrutura residencial ou, pelo menos, com o colaborador que violou o dever de **confidencialidade**.

A estrutura residencial tem de honrar a confiança que o residente nela deposita.

Algumas regras básicas ajudam a cumprir esse dever no quotidiano:

- Os colaboradores nunca devem falar sobre um residente à frente de outros residentes, familiares ou visitantes;
- Devem existir espaços próprios para colaboradores e técnicos debaterem os problemas dos residentes;
- Os processos dos residentes devem estar guardados num local próprio e de acesso restrito;
- A informação em suporte informático deve estar protegida com passwords;
- Os colaboradores e técnicos devem ter acesso apenas à informação estritamente necessária para fazerem o seu trabalho;
- Quando um colaborador terminar a consulta de qualquer documento, deve repô-lo imediatamente no seu lugar reservado;
- A informação sobre a vida do residente antes de chegar à instituição deve ser reservada, dando-se a conhecer aos colaboradores apenas os dados que possam exigir uma intervenção a qualquer momento (exemplo: epilepsia, diabetes, tensão alta).

8.

Os limites da confidencialidade

Por vezes é necessário quebrar a confidencialidade, ou seja, pode ser preciso transmitir informação sobre um residente sem ter a sua autorização expressa. Constitui uma excepção que só pode acontecer se estiver em risco a integridade física ou de saúde do residente ou de terceiros.

Os colaboradores da estrutura residencial têm de comunicar frequentemente com familiares e amigos dos residentes, que se interessam pelo seu estado. Por muito boas que sejam as suas intenções, nenhuma informação deve ser dada sem o consentimento do residente, directamente ou pelo seu representante legal. O residente pode não querer que os seus familiares ou amigos saibam que cuidados está a receber, ou as razões por que os recebe.

Além disso, o colaborador deve ter o cuidado de certificar-se da identidade das pessoas que pedem informação sobre um residente.

Espaços e Documentos

Para assegurar níveis adequados de qualidade no funcionamento de uma estrutura residencial é necessário cumprir o disposto nos diplomas vigentes e observar as normas técnicas prescritas.

A qualidade de intervenção exige especial cuidado na organização dos espaços e na elaboração e gestão dos documentos.

1. Documentos

É importante que todos os membros de uma estrutura residencial saibam qual é o seu papel e conheçam as regras de funcionamento. Por outro lado, a gestão do quotidiano numa comunidade viva exige uma troca de informações eficaz.

Há documentos abrangidos pela exigência de confidencialidade, como por exemplo os processos individuais e processos clínicos, e outros que devem ser do conhecimento geral de directores, colaboradores, residentes, familiares e visitantes.

Alguns exemplos dos documentos a elaborar e divulgar:

Documentos	Conteúdo
Organigrama	<ul style="list-style-type: none"> • Representação gráfica dos vários serviços da estrutura residencial, com as linhas hierárquicas entre eles.
Regulamento interno	<ul style="list-style-type: none"> • Condições de admissão na estrutura residencial; • Preçário, onde se indica o valor mensal a pagar pelos serviços contratados, o valor dos serviços extra e, caso exista um valor de admissão, o montante do mesmo; • Deveres e direitos de ambas as partes; • Serviços a prestar e destes quais os que estão incluídos na mensalidade e quais os que são considerados extras; • Horários; • Actividades promovidas.
Quadro de colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> • Listagem de todos os colaboradores remunerados com a indicação da respectiva categoria e do departamento ou serviço onde prestam as suas funções; • Listagem dos colaboradores não remunerados – voluntários – com a indicação do nome, dias e horário de presença.
Escala de serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuição dos colaboradores pelos respectivos turnos, bem como as eventuais alterações de serviço.
Mapa de férias	<ul style="list-style-type: none"> • Períodos de férias de cada colaborador.
Plano de actividades da estrutura residencial	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades promovidas pela estrutura, com indicação do local de realização e horário. Se for o caso, devem ser indicados os transportes a utilizar e os respectivos horários.
Plano de actividades de entidades da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades das entidades sediadas na comunidade, nomeadamente: igreja, centro paroquial, cinema, teatro, clube desportivo e outras. Devem ser indicados os transportes a utilizar e os respectivos horários
Ementas	<ul style="list-style-type: none"> • Mapa de ementas a afixar, em geral semanalmente, mencionando os pratos que compõem as refeições a fornecer em cada dia (pequeno almoço, almoço, lanche, jantar e ceia); • Dietas prescritas pelo médico e/ou nutricionista. Devem estar afixadas na cozinha, com o nome dos respectivos residentes.
Livro de reclamações	<ul style="list-style-type: none"> • Registo das reclamações apresentadas pelos residentes, para serem devidamente analisadas pela Direcção; • Deve publicitar-se a sua existência.
Alvará <i>no caso de iniciativa privada</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Denominação do estabelecimento; • Localização; • Identificação da entidade requerente; • Actividade prosseguida; • Lotação máxima autorizada.
Folheto informativo	<ul style="list-style-type: none"> • Documento de apresentação da estrutura organizacional contendo elementos como: designação, morada, contactos, objectivos, serviços que presta e respectivo preçário.

Além destes, devem existir outros documentos que facilitam a organização da estrutura residencial.

No dia-a-dia da estrutura residencial ocorrem situações que merecem especial atenção, por fugirem à rotina ou serem sinais de alarme. Todos os acontecimentos relevantes devem ser registados num **livro de ocorrências**, nomeadamente os que possam exigir uma actuação/intervenção atempada.

Os registos devem descrever a ocorrência de forma **clara, sucinta e objectiva**, com menção do **dia** e da **hora** em que teve lugar. A direcção técnica deve consultar diariamente o livro de ocorrências, para conhecer, estudar e analisar os factos registados. Este livro deve estar devidamente paginado e rubricado pelo responsável.

Deve ser aberto um processo individual para cada colaborador remunerado ou voluntário, contendo a informação referente aos dados pessoais, formação inicial e acções de formação contínua e outros dados considerados relevantes, precedendo a autorização dos colaboradores e garantindo a sua confidencialidade.

2. Organização dos espaços físicos

A estrutura residencial, como o nome indica, é a **casa de quem lá vive**. Ora todos gostamos – mais do que isso, **precisamos** – de que a nossa casa cumpra certos requisitos que nos garantam segurança, conforto e bem-estar.

No caso das estruturas residenciais para pessoas idosas, o facto de se tratar de uma **casa colectiva** e de nela residirem pessoas com **necessidades específicas** significa que há que cumprir escrupulosamente o disposto nos diplomas e observar as normas técnicas vigentes.

Organizar o espaço físico da estrutura residencial implica, em primeiro lugar, pensar na zona em que está implantada bem como na comunidade em que se insere. A abertura da estrutura residencial à comunidade representa não só um sinal de maturidade, mas também o reconhecimento de que a qualidade de vida do residente passa pela sua inclusão social, numa perspectiva de preservação e manutenção de uma cidadania activa e das suas relações significativas.

9.

Para além de factores de natureza social, há também que considerar outros aspectos relacionados com a localização, nomeadamente: a existência de estruturas de saneamento básico, água, electricidade, gás, bom serviço de transportes públicos, facilidade de acesso e a inserção em local calmo e tranquilo, longe de estruturas ou infra-estruturas que provoquem ruído, vibrações, cheiros ou fumos.

É ainda fundamental que o edifício tenha **dimensões adequadas** ao número de residentes que acolhe, por forma a que cada um tenha espaço suficiente – individual e colectivo – para uma vida confortável. O acolhimento de novos residentes deve ter este aspecto em conta.

O edifício e as instalações devem ser mantidos **em bom estado**, reparando-se todos os eventuais estragos, avarias ou situações anómalas, logo que detectados.

A **higiene e a limpeza** de todo o edifício, mobiliário e demais equipamento, devem ser permanentemente asseguradas.

A organização do espaço físico tem de ter em conta o **acesso e a mobilidade**. As divisões e os corredores devem ter dimensões que permitam a circulação de cadeiras de rodas, andarilhos e macas e, sempre que as condições do edifício o tornem necessário, assegurar a existência de elevadores e a sua funcionalidade. As escadas e rampas devem ter corrimãos, respeitar o nível de inclinação adequado e o piso deve ser anti-derrapante.

As opções referentes à **iluminação** devem ser cuidadas, tendo nomeadamente em conta as características e funções de cada espaço, as exigências de boa visão, amenidade, recolhimento e ambiente agradável para todos e cada um dos residentes.

Devem evitar-se, nomeadamente, tons e intensidades de luz agressivos e despersonalizantes.

Em casa gostamos de sentir **conforto** e algum **calor humano**. A estrutura residencial deve ter uma decoração agradável, de acordo com a cultura local, e o gosto dos residentes. A temperatura ambiente deve ser mantida dentro de valores adequados.

Alguns residentes têm, por vezes, dificuldades em se situar no espaço e tempo. O espaço físico pode ajudá-los a **contextualizar a sua situação**. Elementos como espelhos, relógios e calendários, bem como quadros com motivos relativos às estações do

ano e outros aspectos do quotidiano, constituem **meios de orientação espaço-temporais** muito úteis. Devem ser de tamanho suficiente e estar colocados em locais bem visíveis, para chamarem a atenção e serem facilmente consultados. Também a **sinalética** utilizada em toda a estrutura residencial deve ser clara e facilmente perceptível.

Espaços comuns

Os **espaços comuns** da estrutura residencial, muito embora partilhados pelos residentes, não devem impor ou facilitar a massificação. O residente deve poder, fora do seu quarto, gozar de momentos de reflexão, espiritualidade ou simplesmente estar só. Mesmo quando não se deseja estar só, é normal e natural que se formem pequenos grupos de convívio, ditados pelos afectos e as relações que se vão construindo. Para que todos tenham a oportunidade de estar de acordo com a sua vontade, deve existir **mais do que uma sala de estar**, sendo assim útil que haja outras salas ou recantos onde os residentes possam estar ou reunir-se com mais privacidade.

A estrutura residencial deve ter espaços adequados às múltiplas actividades: ateliês, ginásio, salas de jogos e semelhantes. O equipamento específico de cada uma delas deve ser de qualidade e mantido em bom estado, observando-se as regras gerais de organização do espaço tendo em vista os objectivos de segurança, mobilidade, conforto e estética agradável. Devem também existir, além de uma sala de reuniões, gabinetes diferenciados para algumas das funções desempenhadas: saúde, apoio psicológico, apoio social, apoio espiritual.

Em todas as divisões, o mobiliário deve estar disposto de forma harmoniosa. É inaceitável, por exemplo, que as cadeiras da sala de estar estejam todas encostadas à parede, tipo combóio, ou formando uma plateia frente à televisão. Esta, de resto, só deverá estar ligada quando houver vontade específica de ver programas, não como fonte permanente de ocupação sem sentido. O mesmo vale em relação às aparelhagens sonoras e outros meios de comunicação.

Quartos

Os quartos podem ser individuais, duplos ou de casal. De qualquer forma, 50% dos quartos da estrutura residencial devem ser individuais. Todos os quartos deverão ter ventilação e iluminação naturais. As dimensão das portas e a disposição do mobiliário devem permitir o acesso e a circulação em cadeira de rodas.

9.

O mobiliário do quarto deve ser individual e do próprio residente sempre que for essa a sua vontade. Deve ter fechadura de modo a garantir a privacidade do residente. Por questões de segurança deve existir uma cópia da chave na posse da direcção.

Deve haver um especial **zelo pela privacidade dos residentes** que estão em quartos duplos. Estes devem dispor de espaço de acesso e circulação entre as camas e devem ter dispositivos, como por exemplo biombos ou cortinas, que permitam intimidade e privacidade. Também neste caso é possível a existência de chave que vede o acesso ao quarto por outros residentes. Contudo, atendendo às questões de segurança, a chave deve estar da posse dos colaboradores, a quem compete garantir que os residentes não fiquem fechados no quarto.

Instalações sanitárias dos quartos

Todos os quartos devem ter instalações sanitárias próprias, com acesso privado. Estas devem ser totalmente acessíveis e permitir a circulação interior em cadeira de rodas. O equipamento a instalar deverá incluir os apoios necessários e incluir sanita, bidé, lavatório apoiado sobre poleias e duche no pavimento. Na área destinada ao duche, o pavimento deve ser anti-derrapante e deve ser instalado um sistema que permita tanto o posicionamento como o rebatimento de um banco para o banho de ajuda. Este tipo de instalação sanitária permite o banho ajudado, caso seja necessário.

Além das instalações sanitárias dos quartos, cada piso da estrutura residencial deve possuir uma instalação sanitária completa, com banho de ajuda.

Área de refeições

A sala de refeições não deve ter grandes dimensões. Caso o número de utentes seja superior a 20, devem ser projectadas zonas de refeição, criando pequenos espaços mediante a subdivisão da área total da sala, utilizando para o efeito, se as circunstâncias o aconselharem, qualquer tipo de paramento amovível ou equipamento móvel.

A distribuição do espaço deve ser facilitadora da interacção, evitando o isolamento dos residentes, e promotora e estimulante do sentimento de pertença ao grupo residencial.

Como referimos anteriormente (ver B 6.3), o momento da refeição deve ser um momento relacional, aproximando-se tanto quanto possível de um modelo familiar. Esse objectivo deve ser facilitado por uma decoração da sala esteticamente agradável e

atractiva, e pela natureza dos utensílios utilizados nas refeições, evitando os que estão associados à ideia de massificação e menor qualidade estética, nomeadamente os de alumínio ou inox, vulgarmente utilizados em cantinas sem preocupação pela personalização dos serviços.

Essencial também é a opção, sem prejuízo das condições de higiene, da qualidade estética das toalhas, procurando que sejam o mais possível semelhantes às utilizadas em casas de família.

Cozinha/copa

A cozinha e/ou a copa devem situar-se junto da sala de refeições. Devem contemplar quatro zonas distintas: preparação e confecção dos alimentos, lavagem, arrumos dos utensílios e copa de distribuição dos alimentos. Como anexos à cozinha devem ser previstos a despensa de dia e os destinados a artigos de limpeza ou químicos, arrumos para vasilhame e ainda depósito de lixo.

3. Segurança

Estar seguro e sentir-se seguro é necessário ao bem estar de toda a comunidade da estrutura residencial. O acolhimento residencial deve **cumprir os requisitos da legislação aplicável** em matéria de medidas de segurança e estar em ligação com as autoridades policiais e bombeiros.

Acesso à estrutura residencial

Os acessos ao edifício devem ser controlados por rondas de inspecção interna e externa da segurança dos edifícios e/ou pela monitorização através de circuito fechado de televisão, **prevenindo a entrada de estranhos à estrutura residencial**. Todos os colaboradores devem estar devidamente identificados, através de uma placa identificativa com o nome. As portas devem ter trincos de segurança por fora e devem ser colocados alarmes contra assalto.

A segurança dos residentes passa também pela identificação dos visitantes. Devem existir botões de alarme que permitam o seu accionamento nos casos em que as exigências de segurança o justificarem.

Equipamento e instalações

O estado de conservação e funcionamento do **equipamento fixo ou móvel** da estrutura residencial tem consequências directas na segurança e no bem-estar dos residentes. Todos os equipamentos e materiais devem ser periodicamente inspeccionados e, sempre que necessário, reparados. Para evitar acidentes, o espaço deve ser organizado de forma a permitir a circulação fácil de cadeiras de rodas e/ou andarilhos e o pavimento deve ser anti-derrapante.

As instalações sanitárias devem ter suportes de apoio e materiais anti-derrapantes dentro e fora de banheiras e polibans. A cozinha também deve estar devidamente equipada e de acordo com as normas legais.

Numa estrutura residencial podem ocorrer emergências em vários serviços, relativos a gás, electricidade, água, produtos químicos, produtos de limpeza e outros. Deve haver um **plano de primeiros socorros**, identificando claramente os procedimentos e qual a pessoa que fica responsável pela execução dos mesmos. Este plano deve ser revisto periodicamente. As acções de formação devem contemplar estes e os demais aspectos relativos à segurança.

Os residentes devem conhecer o plano para estarem a par do que devem fazer em caso de sinistro e de quem devem receber as orientações. O **plano** deve estar afixado em local visível, bem como os contactos mais importantes em caso de acidente ou emergência. Os extintores e saídas de emergência devem estar desimpedidos e claramente sinalizados. A configuração do espaço exterior deve permitir o acesso das viaturas de emergência.

A melhor forma de zelar pela segurança é, evidentemente, a **prevenção**. Todo e qualquer problema ou indício dele – seja de saúde ou segurança – deve ser imediatamente relatado ao responsável. Há que dar conta de todo e qualquer equipamento em falta ou em mau estado, e ter atenção as situações de bloqueio de saídas de emergência, escadas de salvação ou portas corta-fogo.

Segurança no trabalho

Os colaboradores, remunerados e voluntários, da estrutura residencial devem estar conscientes de que a sua prestação no trabalho envolve riscos para si próprios e para terceiros. Como tal, trabalhadores e responsáveis, devem ter em conta a necessidade de formação adequada ao exercício de várias funções, respeitando as regras de segurança, incluindo as que respeitam ao vestuário e equipamento.

Os colaboradores devem ter capacidade para reagir convenientemente perante toda e qualquer situação que possa surgir-lhes no desenrolar das suas funções. Caso se sintam impreparados, devem solicitar formação ou aprendizagem aos seus superiores.

O facilitismo deve ser eliminado. Isto significa que tem de haver rigor em tudo o que fazemos. Sugerem-se algumas directrizes:

- os problemas de saúde ou segurança devem ser imediatamente relatados a quem de direito (problemas de electricidade, produtos químicos, vidros, medicamentos, outros);
- os materiais e equipamentos devem ser correctamente arrumados logo que não forem necessários;
- devem ser supridas todas as faltas de equipamento detectadas;
- as saídas de emergência, escadas de salvação e portas corta-fogo devem estar permanentemente desbloqueadas;
- todos os traumatismos, ferimentos, lesões e acidentes devem ser relatados e avaliados para que se desencadeiam as respostas convenientes à compreensão das suas causas.

Situações de emergência com os fornecimentos principais

Gás

Dada a sua natureza inflamável, qualquer fuga de gás pode causar um incêndio ou mesmo uma explosão. Pode também conduzir a problemas respiratórios, inconsciência e mesmo morte por asfixia. As estruturas residenciais devem ter procedimentos para lidar com as fugas de gás. Eis os pontos principais a observar:

- Abrir janelas e portas para permitir a saída do gás;
- Desligar o fornecimento do gás;
- Desligar todos os equipamentos eléctricos ou produtores de chamas (ex.: telefone, cigarros);
- Telefonar de imediato de um telefone exterior, (já que o telefone pode causar explosões quando há fugas de gás) para a companhia de fornecimento de gás e para os serviços de emergência;
- Prestar auxílio a todos os que necessitem;
- Se necessário, evacuar os residentes.

Electricidade

Os acidentes relacionados com electricidade podem ser desencadeantes de electrocussões, queimaduras e asfixia. Estas situações podem acontecer devido à existência de cabos, interruptores ou aparelhos eléctricos em mau estado. Mais uma vez, devem estar definidos procedimentos para lidar com estas situações, sendo de considerar:

- Desligar a fonte eléctrica no quadro principal ou, se não for possível, o geral;
- Nunca tocar numa pessoa ou objecto ligado à corrente eléctrica;
- Nunca usar outros objectos para tentar afastar fios ou objectos ligados à corrente;
- Evitar que uma pessoa electrocutada caia;
- Aplicar os primeiros socorros adequados – se a vítima estiver inconsciente, colocá-la na posição lateral de segurança; se sofreu queimaduras, proceder em conformidade;
- Ligar imediatamente para o 112, dando informação sobre o tempo que a vítima esteve em contacto com a fonte de energia.

Fugas de água

As fugas de água podem danificar tectos e soalhos, causando acidentes – um risco agravado, de resto, pelo facto de o piso estar molhado. Quando a água entra em contacto com a electricidade, há também o risco de incêndio e electrocussão.

Em caso de fuga de água ou inundação, deve a estrutura residencial tomar certas medidas de prevenção de acidentes, nomeadamente:

- Fechar o fornecimento de água que abastece a zona afectada ou, se tal não for possível, o fornecimento principal;
- Com o fornecimento fechado, abrir as torneiras para retirar toda a água que ainda se encontra na canalização;
- Se a água atingir qualquer equipamento eléctrico, desligar o quadro e não o ligar até que o local esteja seco e as devidas reparações efectuadas;
- Se tiver caldeira ou cilindro eléctrico, desligá-lo;
- Chamar um canalizador para proceder às reparações.

Segurança contra incêndios

A estrutura residencial deve ter um **plano de segurança contra incêndios**. Este deve ser elaborado com a colaboração dos bombeiros, ou pelo menos ser sujeito ao seu aval.

O procedimento a ter em caso de incêndio deve estar devidamente documentado e as regras básicas de actuação devem estar afixadas em **local bem visível**, bem como devidamente sinalizadas as saídas de emergência. Toda a comunidade deve receber formação nesta área, para que todos fiquem a saber o que fazer no caso de fogo.

Há vários meios para prevenir incêndios ou para impedir que eles se espalhem:

- Usar mobiliário anti-fogo;
- Manter fechadas as janelas, portas e portas corta-fogo;
- Usar alarme de fogo. Estes aparelhos alertam, por meio de um som, antes que o fogo se espalhe. Há alarmes que acendem luzes ou vibram, sendo indispensáveis no caso de pessoas com dificuldades auditivas ou visuais.

9.

Em geral, no caso detecção de um incêndio, os colaboradores devem actuar de forma rápida e calma. O procedimento a ter em atenção deve principalmente atender ao seguinte:

- Tocar a campainha de alarme;
- Fechar as portas e janelas para evitar que o fogo e o fumo se espalhem;
- Deslocar os residentes com dificuldade de mobilidade para uma parte mais segura do edifício ou para ao exterior. No caso de haver residentes com grande dificuldade de mobilidade ou que se encontrem acamados poderá ser preciso accionar a ajuda dos bombeiros;
- Fechar as portas à medida que forem sendo ultrapassadas;
- Não usar os elevadores;
- Verificar que ninguém fica esquecido;
- Não voltar ao edifício até que sejam dadas indicações pelos bombeiros nesse sentido.

4. Primeiros socorros

Numa estrutura residencial podem surgir emergências em vários serviços – já aludimos os referentes, ao gás, a electricidade e a água, mas também há riscos relativos aos produtos químicos, produtos de limpeza e outros. Deve haver um **plano de primeiros socorros**, elaborado com a **colaboração das entidades de saúde competentes**, nomeadamente, bombeiros, INEM, centros de saúde, cruz vermelha, - ou pelo menos ser **sujeito ao seu aval**.

O plano deve identificar claramente os procedimentos a tomar e quem fica responsável pela execução dos mesmos. Este plano deve ser revisto periodicamente.

A formação em primeiros socorros é vital no funcionamento de uma estrutura residencial. Pode nomeadamente ser solicitada aos bombeiros, à Cruz Vermelha ou outras entidades competentes.

Todos os colaboradores devem receber informação e treino sobre como actuar em situações de emergência. Eis alguns princípios a ter em conta:

- Avaliar rapidamente a situação e verificar se ela não constitui um perigo também para o socorrista;
- Não demorar a pedir ajuda;
- Informar o melhor possível o serviço de emergência sobre o ocorrido e a situação em que o mesmo ocorreu.

Posição lateral de segurança

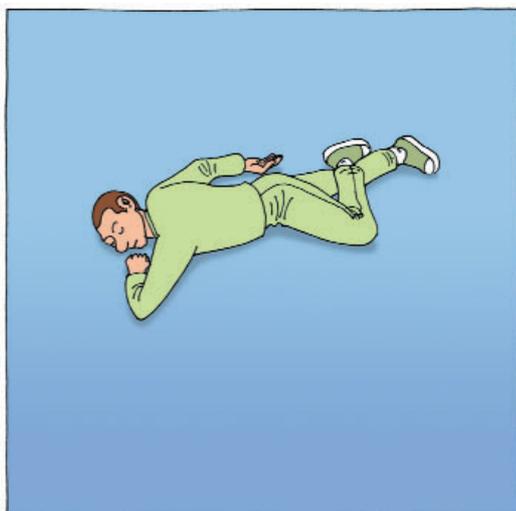
A prestação de primeiros socorros só pode ser feita tendo a formação adequada. Os princípios dos primeiros socorros são: preservar a vida, prevenir danos maiores e promover a recuperação.

Se não frequentou nenhum curso de formação em primeiros socorros, não deverá tentar prestá-los, porque a ajuda que tenta dar pode não ser útil e até prejudicar o acidentado. Há uma técnica – a **posição lateral de segurança** – que é bastante simples de aplicar. Este é o único procedimento a ser levado a cabo por quem não possui formação em primeiros socorros.

9.

A posição lateral de segurança impede que o sangue, a saliva ou a língua obstruam as vias respiratórias. **Ela não deve ser aplicada nos casos de suspeita de fractura da coluna vertebral ou do pescoço.** Nos restantes, se a vítima estiver inconsciente mas a respirar, eis os passos a seguir:

1. Ajoelhe-se ao lado da vítima, volte-lhe a cabeça para si e incline-a para trás, para lhe abrir as vias respiratórias;
2. Estenda ao longo do corpo da vítima o braço que ficar mais perto de si. Cruze o outro braço sobre o peito. Cruze a perna mais afastada sobre a que está mais próxima;
3. Ampare a cabeça da vítima com uma das mãos e, com a outra, agarre-a pela anca mais afastada;
4. Vire a vítima de bruços, puxando-a rapidamente para si e amparando-a com os joelhos;
5. Puxe a testa da vítima para trás, de modo a que a garganta fique direita. Assim, as vias respiratórias manter-se-ão desimpedidas, o que permite que a vítima respire livremente;
6. Dobre o braço que fica mais próximo de si para lhe sustentar o tronco. Dobre a perna mais próxima para servir de apoio ao abdómen. Retire o outro braço de debaixo do corpo;
7. Telefone para pedir uma ambulância;
8. **Se a vítima for pesada**, agarre-a pela roupa à altura das ancas com ambas as mãos e vire-lhe o corpo contra os seus joelhos. Se possível, peça ajuda a uma segunda pessoa para que ampare a cabeça da vítima enquanto faz rolar o corpo;
9. **Se houver fractura de um braço ou de uma perna**, ou se esse membro não puder ser utilizado como apoio da vítima na posição lateral de segurança, coloque um cobertor enrolado debaixo do lado ileso da vítima, o que elevará o corpo desse lado e deixará as vias respiratórias desimpedidas.



Queimaduras

Quando prestamos primeiros socorros a uma pessoa que sofreu queimaduras, há que ter em conta a gravidade das mesmas. Seguem-se alguns procedimentos.

Se a queimadura for de primeiro grau (simples):

- Arrefeça a região queimada com soro fisiológico ou, na sua falta, com água fria corrente ou cubos de gelo, até que a dor acalme;

Se for uma queimadura de segundo grau (com bolhas):

- Arrefeça a região queimada com soro fisiológico ou, na sua falta, com água fria corrente ou cubos de gelo, até que a dor acalme;
- Lave cuidadosamente a região afectada com um anti-séptico (não aplique álcool);
- Se as bolhas não estiverem rebentadas, não as rebente; aplique gaze gorda e compressa esterilizada;
- Se as bolhas rebentarem, não corte a pele da bolha esvaziada; trate como qualquer outra ferida;
- O penso deve manter-se 48 horas e só depois deve a zona afectada ser exposta ao ar, para evitar o risco de infecção e tétano;
- Transporte a vítima para o hospital.

Se a queimadura for de terceiro grau (profunda):

- Arrefeça a região queimada com soro fisiológico ou, na sua falta, com água fria corrente ou cubos de gelo, até que a dor acalme;
- Lave cuidadosamente com anti-séptico (não aplique álcool);
- Trate como qualquer outra ferida;
- Se a queimadura for muito extensa, envolva a vítima num lençol lavado e que não largue pelos, previamente humedecido com soro fisiológico ou, na sua falta, com água simples;
- É uma situação grave que exige transporte urgente para o hospital.

Sufocação

Qualquer objecto ingerido que entre na traqueia em vez de entrar para o esófago deve ser expelido ou retirado com a maior brevidade, sob risco de sufocação. O prestador de primeiros socorros pode ajudar da seguinte forma:

9.

Se a vítima estiver consciente:

1. Tire-lhe da boca o objecto que impede a normal respiração (não tente localizar o objecto com os dedos). Mandê a vítima tossir, já que por vezes isso basta para desalojar o corpo estranho;
2. Se isso não resultar, ajude a vítima a curvar-se até a cabeça ficar a um nível mais baixo que o tórax. A vítima pode estar sentada ou de pé. Dê-lhe entre uma e quatro pancadas secas entre as omoplatas com a palma da mão. Cada palmada deve ser suficientemente forte para desalojar o corpo estranho;
3. Se a vítima ainda não conseguir respirar, coloque-se de pé ou de joelhos atrás dela. Cerre um dos punhos e encoste-o, com o polegar apontado para dentro, entre o umbigo e a base do esterno;
4. Segure o punho com a outra mão e puxe ambas para si, com um rápido movimento dos cotovelos para dentro e para cima. Deste modo, comprime a parte superior do abdómen contra a base dos pulmões, contribuindo para expulsar o resto do ar e forçar a saída do corpo causador da obstrução. Repita até quatro vezes. Cada puxão deve ser suficientemente forte para impulsionar o corpo estranho.

Hemorragias

Em caso de hemorragia, o prestador de primeiros socorros deve, antes de mais, calçar **luvas descartáveis**. Em seguida, observem-se os seguintes procedimentos:

1. Deitar horizontalmente a vítima;
2. Aplicar sobre a ferida uma compressa esterilizada ou, na sua falta, um pano lavado, exercendo uma pressão firme: com uma ou as duas mãos, com um dedo ou ainda com uma ligadura limpa, conforme o local e a extensão do ferimento;
3. Se o penso ficar saturado de sangue, colocar outro por cima, mas sem retirar o primeiro;
4. Fazer durar a compressão até a hemorragia parar (pelo menos 10 minutos);
5. Se a hemorragia parar, aplicar um penso compressivo sobre a ferida.

Se se tratar de uma ferida dos membros com hemorragia abundante, pode ser necessário aplicar um **garrote**. O garrote pode ser de borracha ou improvisado com uma tira de pano estreita ou uma gravata.

Como se aplica um garrote?

1. Aplicar o garrote entre a ferida e o coração, mas o mais perto possível da ferida e sempre acima do joelho ou do cotovelo, de acordo com a zona onde se situa a ferida que sangra;
2. Aplicar o garrote por cima da roupa ou sobre um pano limpo bem alisado que ficará colocado entre a pele e o garrote;
3. Colocar o garrote à volta do membro ferido; se o garrote for improvisado com uma tira de pano ou gravata, dar com as pontas dois nós entre os quais se enfia um pau; rodar o pau até a hemorragia estancar;
4. Aplicado o garrote, terá de ser aliviado de 15 em 15 minutos, mantendo-o aliviado de 30 segundos a 2 minutos, conforme a intensidade da hemorragia (quanto maior a hemorragia, menos o tempo que o garrote pode ficar aliviado);
5. Anotar sempre a hora a que o garrote começou a fazer compressão, para informar posteriormente o médico (em situações que envolvam várias vítimas, pode colocar essa informação num letreiro ao pescoço do ferido);
6. Nunca tirar o garrote até chegar ao hospital. O risco pode ser mortal.

Entretanto, há que tomar medidas relativas ao estado de choque, antes e durante o transporte para o hospital.

- Acordar a vítima e mantê-la acordada;
- Deitá-la com as pernas levantadas;
- Mantê-la confortavelmente aquecida;
- Não a deixar comer nem beber.

No caso particular da hemorragia da palma da mão, o ferido deve fechar fortemente a mão sobre um rolo de compressas esterilizadas ou, na sua falta, um rolo de pano lavado, de modo a fazer compressão sobre a ferida. Em seguida, deve-se colocar uma ligadura ou pano dobrado à volta da mão. É recomendável colocar o braço ao peito, mantendo a mão ferida bem levantada e encostada. Esta situação é grave e exige transporte para o hospital.

Epistaxis ou hemorragia nasal

A epistaxis é a hemorragia nasal, provocada pela ruptura de vasos sanguíneos da mucosa do nariz. O sinal mais evidente é a saída de sangue do nariz, por vezes abundante e persistente. Quando a hemorragia é grande, o sangue pode sair também pela boca.

9.

Em caso de hemorragia nasal, o que fazer?

- Antes de mais, calçar **luvas descartáveis**;
- Comprimir com o dedo a narina que sangra;
- Aplicar gelo exteriormente;
- Se a hemorragia não parar, introduzir na narina que sangra um tampão coagulante, fazendo pressão para que a cavidade nasal fique bem preenchida;
- Se a hemorragia durar mais de 10 minutos, levar a vítima para o hospital.

Crises de asma

Uma pessoa com asma pode ter crises de falta de ar em situações de esforço físico (por exemplo, corrida), mas também em caso de conflito ou ansiedade.

As crises de asma manifestam-se através de tosse seca e repetitiva, dificuldade em respirar, respiração rápida e sibilante (audível, ruidosa, a chamada “pieira” ou “farfalleira”). A pessoa apresenta geralmente um ar aflito, ou até prostrado, ficando pálido, com suores e pulsação rápida.

Na fase de agravamento da crise asmática, torna-se muito difícil respirar. A respiração é lenta e há cianose das extremidades, isto é, as unhas e lábios podem ficar arroxeados. É uma situação grave, que necessita transporte urgente para o hospital.

O que fazer em caso de crise de asma?

- Desdramatizar a situação. É importante ser capaz de conter a angústia ou ansiedade da vítima e assegurar-lhe rápida ajuda médica;
- Deve-se ficar com a vítima num local arejado, onde não haja pó, cheiros ou fumos;
- Colocar a vítima numa posição que facilite a respiração;
- Se tiver conhecimento do tratamento aconselhado pelo médico para as crises de asma, pode administrá-lo;
- Se não houver melhoria, deve levar a vítima para o hospital.

Envenenamento

O envenenamento é o efeito produzido no organismo por uma substância nociva, seja esta introduzida por via digestiva, respiratória ou cutânea (pela pele).

Envenenamento por via digestiva

Se a intoxicação se dever a produtos alimentares, os sintomas são arrepios e transpiração abundante, dores abdominais, náuseas e vômitos, diarreia, vertigens, prostração, síncope e agitação. Deve-se interrogar a vítima sobre a origem do envenenamento e mantê-la confortavelmente aquecida. Esta situação, pela sua gravidade, exige transporte urgente para o hospital.

Se o motivo do envenenamento for um medicamento, os sintomas dependem do tipo de substância ingerida. Pode haver sinais como vômitos, dificuldades respiratórias, perda de consciência, sonolência ou confusão mental.

Neste caso, há que interrogar a vítima para tentar obter o máximo de informação sobre o envenenamento. Deve-se pedir imediatamente informação ao **Centro de Informação Anti-veneno** (telefone 808250143), indicando o produto ingerido, a quantidade provável, a hora a que foi ingerido e a hora da última refeição. Deve-se manter a vítima confortavelmente aquecida e levá-la com urgência para o hospital.

Prevenção da intoxicação alimentar por bactérias

São várias as medidas que os elementos de pessoal que manuseiam alimentos devem ter em consideração, nomeadamente:

- Lavar as mãos correctamente antes de manusear os alimentos;
- Ter unhas curtas, cortadas e limpas, sem verniz nem jóias;
- Ter o cabelo protegido;
- Usar vestuário protector;
- Não fumar na área alimentar;
- Informar o responsável se alguma das pessoas com quem vive adoecer;
- Manter os instrumentos de confecção e os locais com um nível de higiene rigoroso;
- Manter os alimentos tapados;
- Não usar alimentos cujo prazo de validade expirou.

Controlo da infecção

As pessoas idosas são frequentemente vulneráveis a infecções. Num local onde vivem muitas pessoas, há o risco de contrair e espalhar infecções. Para evitá-lo, há que adoptar cuidados especiais.

As medidas mais importantes passam pela manutenção de uma boa saúde e uma alimentação equilibrada e completa, que mantenha as defesas a um nível adequado. As vacinas – por exemplo, a da gripe – são um instrumento importante, bem como a medicação, que deve ser administrada escrupulosamente.

Reflectir para melhorar

Os órgãos directivos devem promover a avaliação da estrutura residencial de forma regular e contínua. Só assim se pode perceber se a instituição está a promover a qualidade de vida dos residentes e a proporcionar bom ambiente de trabalho aos colaboradores. Constituindo objectivo fundamental que o processo de avaliação funcione como um mecanismo de auto-regulação dos serviços prestados, com vista a contribuir para o desenvolvimento de formas sustentáveis de profissionalidade e de actuação de qualidade, as estruturas residenciais deverão recorrer a métodos e a instrumentos diversificados de auto-avaliação, que se conjuguem e complementem com avaliações realizadas por entidades externas.

1. Avaliação interna (horizontal e vertical)

A estrutura residencial desenvolve a suas actividades com base num **plano de acção** estabelecido anualmente. Este documento contém os objectivos que a estrutura residencial se propõe concretizar. Nele se inscrevem não só as acções que visam a satisfação das necessidades dos residentes, como também os aspectos relativos aos recursos: recrutamento, admissão, formação e promoção dos colaboradores e as acções de conservação, beneficiação e remodelação da estrutura residencial.

O plano de acção deve ser do conhecimento de todos os intervenientes na organização, de modo a que saibam em que medida devem contribuir para a sua concretização.

Ao calendarizar as acções previstas no plano, devem-se definir **momentos de monitorização** dos resultados obtidos, para se poder corrigir desvios que possam surgir. Além disso, é necessário estabelecer **indicadores de avaliação** do plano, ou seja, instrumentos que permitam comprovar se as metas estabelecidas foram, ou não, atingidas, bem como os elementos (internos e externos) que para tal contribuíram.

Os indicadores podem ser elementos que permitem a verificação objectiva - medidas específicas (explícitas) e verificáveis - das alterações ou resultados de uma actividade, mas podem também ser mais subjectivos, como o grau de satisfação dos residentes, bem como dos diversos agentes que trabalham com instituição ou com ela colaboram.

Devem ser escolhidos indicadores que permitam comparações com anos anteriores,

mas podem também introduzir-se elementos menos estruturados e que sejam novos, para avaliar dimensões mais ligadas às relações interpessoais ou outras mais subjectivas, mas que também contribuem para o conhecimento e a melhoria do funcionamento das instituições. Entre esses indicadores, contam-se, por exemplo, o grau de auto-motivação e de empenhamento para além do estritamente funcional, incluindo a participação activa na sugestão e desenvolvimento de novas formas de intervenção para situações mais complexas. A qualidade do relacionamento interpessoal constitui também um indicador de relevo.

A avaliação do plano de acção deve contar com a participação de todos os intervenientes. A estrutura residencial deve elaborar questionários destinados aos residentes e seus familiares, que permitam aos mesmos participar na avaliação da estrutura residencial e dos serviços prestados. Os resultados desses inquéritos devem ser tidos em conta na avaliação e sequente implementação das mudanças que se mostrarem necessárias.

2. Avaliação externa

A avaliação externa por entidade devidamente certificada é fundamental para o conhecimento pela própria estrutura do grau de qualidade da sua intervenção e a adopção de medidas apropriadas para detectar e corrigir deficiências e melhor perspectivar o progresso do projecto institucional.

Por outro lado a confiança da comunidade e correspondente apoio depende em elevado grau do conhecimento da abertura da estrutura residencial à avaliação externa e da divulgação dos seus resultados. Pode contribuir para que se optimizem o papel da estrutura na comunidade e a relação com esta.

Essa relação é vantajosa, por um lado porque permite à estrutura residencial beneficiar do respeito e apoio da comunidade, nela encontrando recursos; por outro porque a estrutura residencial, quando de qualidade, pode constituir um estímulo positivo para a cultura da comunidade na vertente do respeito e promoção dos direitos das pessoas em situações de vulnerabilidade e no desenvolvimento de correspondentes intervenções de cidadania activa. Assim, é desejável que, periodicamente, a estrutura residencial possa conhecer em que medida está a ser útil para a comunidade e que opinião têm dela as pessoas que a integram. Daí que na avaliação externa se possa recorrer a questionários e/ou entrevistas a efectuar na comunidade com este objectivo.

Inspecção e Fiscalização

1. Inspecção-Geral do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

A Inspecção-Geral é um serviço central de inspecção, fiscalização e apoio técnico do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), dotado de autonomia técnica e administrativa, que funciona na directa dependência do Ministério e desenvolve a sua acção em todo o território nacional. As suas áreas de intervenção são o Trabalho, a Segurança Social e a Acção Social, exercendo as competências de acções de auditoria, de inspecção e de apoio técnico normativo, em:

- Serviços, Organismos e Órgãos do MTSS, visando designadamente o controlo da legalidade e regularidade da boa gestão financeira;
- Instituições Particulares de Solidariedade Social;
- Entidades privadas que prosseguem fins de apoio e solidariedade social;
- Outras entidades, sempre que tal se verifique necessário.

Embora a Inspecção-Geral, organicamente, não exerça funções de atendimento ao público, os pedidos de intervenção dirigidos à Inspecção-Geral, quer pelas entidades acima indicadas quer por particulares, são sempre objecto de triagem e de ponderação quanto ao seu tratamento e encaminhamento.

Mais, sempre que da acção ou omissão dos colaboradores das entidades e demais serviços abrangidos pela actuação da IGMTSS resultar para alguém a violação dos direitos legalmente protegidos, designadamente maus-tratos, qualquer tipo de abuso, ou existirem indícios de abuso de autoridade, devem os lesados, familiares ou outros dar conhecimento dos factos a esta Inspecção-Geral para adopção dos procedimentos julgados mais convenientes.

As acções desenvolvidas pela Inspecção-Geral traduzem-se, essencialmente, na realização de auditorias, inspecções ordinárias e extraordinárias, averiguações, inquéritos, sindicâncias e, muitas vezes, em resultado destes, processos disciplinares.

A actividade da IGMTSS pauta-se por critérios de isenção e objectividade e tem como

finalidade última contribuir para um aumento da qualidade dos serviços prestados aos utentes e uma melhor gestão dos dinheiros públicos.

O resultado destas acções materializa-se em relatórios, com conclusões e propostas que, após despacho superior, poderão revestir a forma de recomendações à Instituição objecto de investigação e ao Centro Distrital de Segurança Social, sendo, também, frequentemente, solicitada a intervenção de outras entidades, sempre que a situação o exige (ex.: Bombeiros, autoridade de saúde). Sempre que estão em causa recomendações formuladas a instituições, solicita-se que o C.D.S.S. respectivo acompanhe a implementação e o cumprimento das mesmas, pela instituição, como é da competência destes. Sempre que se detectam indícios da existência de factos com relevância criminal, é feita a competente participação ao Ministério Público e à Polícia Judiciária.

A extensão e abrangência de destinatários das intervenções exigem e reclamam, muitas vezes, a colaboração e articulação com outras entidades, de forma a conjugar esforços para que melhor se atinjam os objectivos pretendidos. Nesta matéria, é de destacar a articulação que existe com os Departamentos de Fiscalização do Instituto da Segurança Social, I.P. e com outras Inspeções-Gerais.

Em suma, à IGMTSS compete, em geral, zelar pelo cumprimento das leis e demais normativos, tendo em vista o bom funcionamento dos serviços, a defesa dos legítimos interesses dos cidadãos e a salvaguarda do interesse público.

2. Departamentos de Fiscalização Regionais - I.S.S., I.P.

De acordo com o disposto no artigo 46.º da Portaria n.º 543-A/2001, de 30 de Maio, cada um dos Departamentos de Fiscalização Regionais compreende:

Gabinete de Fiscalização de Beneficiários, Protecção à Família e Prestações de Cidadania (GFBPFPC), ao qual compete

Desenvolver acções de esclarecimento e orientação dos beneficiários acerca dos seus direitos e obrigações para com a Segurança Social, tendo em vista prevenir ou corrigir a prática de infracções;

11.

Vigiar o cumprimento das obrigações dos beneficiários no âmbito dos regimes de segurança social, em especial as relacionadas com o enquadramento, a inscrição, o registo e a declaração de remunerações;

Verificar se os beneficiários reúnem os requisitos necessários à atribuição e manutenção do direito às prestações;

*Elaborar autos de notícia e participações respeitantes às actuações ilegais detectadas no exercício das suas funções;
(als. a) a d) do art.º 45.º)*

Gabinete de Fiscalização de IPSS e Outros Equipamentos Sociais (GFIPSSOES), ao qual compete:

Exercer a acção fiscalizadora das instituições particulares de solidariedade social e de outras entidades privadas de apoio social;

Efectuar a prospecção e o levantamento de estabelecimentos de apoio social clandestinos e a funcionar ilegalmente;

*Informar e esclarecer os proprietários e utentes de estabelecimentos de apoio social quanto aos seus direitos e obrigações, com vista a prevenir ou corrigir a prática de infracções;
(artigo 45.º, als. e, f) e g))*

Gabinete de Diagnóstico e Avaliação (GDA), ao qual compete:

Programar no âmbito do sistema de solidariedade e segurança social, acções de fiscalização e avaliar os seus resultados

Fornecer indicadores ao Conselho Directivo visando a definição de prioridades de intervenção;

Promover a adequada articulação entre o departamento de fiscalização e outras entidades cuja intervenção vise objectivos complementares;

*Coordenar e orientar a recolha e tratamento de informação, nas vertentes estatística e de organização de ficheiros, para apuramentos de indicadores de gestão;
(als. h) a k) do art.º 45.º)*

Gabinete de Ilícitos Criminais (GIC), ao qual compete:

Instruir os processos de averiguações no âmbito das condutas ilícitas dos beneficiário sem relação à segurança social, legalmente definidas;

*Promover e realizar, nesta área, acções de prevenção criminal.
(als. 1) e m) do art.º 45.º)*

Com a alteração dos estatutos do ISSS, operada do Decreto-Lei n.º 112/2004 de 13 de Maio, as competências dos Serviços de Fiscalização passaram a abranger as seguintes competências:

- Dirigir as acções de fiscalização no cumprimento dos direitos e obrigações dos beneficiários, das entidades empregadoras, das instituições particulares de solidariedade social e outras entidades privadas que exerçam actividade de apoio social;
- Desenvolver, nos termos da lei, as acções necessárias à aplicação dos regimes sancionatórios referentes às infracções criminais praticadas por beneficiários e contribuintes no âmbito do sistema de segurança social.
(artº 3.º e art.º 26, D.L. 112/2004 de 13 de Maio).

Bibliografia

- A Better Home Life. (1996). Center for Policy on Ageing. London
- Aldecoa, T. V.; Spooner, F. (1996). *La familia del deficiente mental*. Madrid: Pirâmide.
- American Psychological Association on line. Elder Abuse and Neglect: In Search off Solutions. USA
- Andrade, M. G. (1991). *Conceito de Deficiência*. Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Bairrão, J. (1981). Sobre a Deficiência Mental. *Psicologia, II 2/3*.
- Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Brami, G. (2000). Le Project institutionnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Paris. Berger-Levrault.
- Buscaglia, L. (1993). *Os deficientes e seus pais: um desafio ao aconselhamento*, 2a ed. Rio de Janeiro: Record.
- Campos e Cunha, R., Pina e Cunha, M., Rego, A.. (2004) Criando Organizações Eticamente-Intensivas: Uma Proposta de Arquitectura Organizacional para Instituições de Acolhimento de Crianças, Idosos e Deficientes. CEGE, universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Policopiado.
- Care Homes for Older People – National Minimum Standards. Department of Health. London
- Coelho, L. e Coelho, R. (2001). Impacto psicossocial da deficiência mental. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Vol. 3, nº 1. Sociedade Portuguesa de Psicossomática.
- Costa, M. Arminda *et al.* (1999). O Idoso – problemas e realidades. Ed. Formação.
- Craft, M. e Craft, A. (1988). *Sex and Mentally Handicapped: A Guide for Parents and Cares*. London: Routledge.
- Direção Geral de Saúde. (1999). Vamos evitar as escaras – Guia do doente e família. Lisboa
- Félix, I. (1997). Sexualidade e Educação Sexual na Deficiência Mental. *Revista da Fenacerci*.
- Félix, I; Marques, António M. (1995). *E nós... Somos diferentes? Sexualidade e Educação Sexual na Deficiência Mental*. Lisboa: Grafis. Associação para o Planeamento da Família.
- Fonseca, V. (1983). *Educação Especial – Programa de Estimulação Precoce*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Gleitman, H. (1993). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, M. J. (1981). A criança e a família: algumas reflexões sobre organização afectiva e cognitiva. *Psicologia. II 2/3*, Lisboa.

Gordon, S. (1981). Os Direitos Sexuais das Pessoas. In Lipp, M. N. (Ed) *Sexo para Deficientes Mentais – Sexo e Excepcional dependente e não dependente*. Brasil: Coleção Educação Contemporânea.

Hugonot, R. (2003). *La veillesse maltraitée*. Paris. Dunod.

Instituto para o Desenvolvimento Social. Guia Para A Intervenção Com Maiores em Situação de Incapacidade. Ministério da Segurança Social e do Trabalho.

Instituto para o Desenvolvimento Social. (2002). Prevenção da Violência Institucional – perante pessoas idosas e pessoas em situação de dependência. Ministério de Segurança Social e do Trabalho.

Instituto Português da Qualidade. Plano Avô – Guia interpretativo para a aplicação da Norma ISO 9001:2000, a Lares de Idosos. Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Ministério da Economia. ISSO DIS 9001:2000. Sistema de Gestão de Qualidade.

Langley, J. e Murphy, G. (1994). *Working with Older People*. Brighton. Pavilion Publishing.

Les animaux au service du handicap. (2004). Paris. Vivre Ensemble.

López, F. (1984). La adquisición del rol y la identidad sexual: función de la familia. *Infancia y Aprendizaje*. (26). Madrid.

López, F. e Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: Associação do Planeamento Familiar.

Manual de Boas Práticas em Saúde Oral para quem trabalha com crianças e jovens com necessidades de saúde especiais – Direcção Geral de Saúde, divisão de saúde escolar.(2002). Lisboa.

Martins, A. (1995) A Dimensão Afectivo-Sexual na Pessoa Deficiente – um modelo de intervenção. In : I. Félix & A.M. Marques, *E Nós... Somos Diferentes*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

Martins, M. M. (1993). *A Sexualidade no Adolescente com Deficiência Mental*. Lisboa: I.S.P.A.

Michie, V. (2004). *Working in Care Settings*. Cheltenham. Nelson Thornes.

Miguel, N. S.; Araújo, M. P.; Fiadeiro, M. A. (1996). *Sexualidade e Planeamento Familiar*. 4.a ed. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

Pascual, P. Cosme e Martinez, P. Tomás (1999). *Compreender a Sexualidade Humana*. São Paulo. Editora Paulinas.

Patterson, James G. (1998). *Conceitos Fundamentais de Benchmarking – Á Procura de um Melhor Caminho*. Lisboa. Edições Monitor.

Perron, R. (1976). Atitudes e ideias face à deficiência mental. In *Debilidades Mentais*, tomo I, cap. 1. Lisboa: Coleção Educação e Reabilitação.

Pires, A. (2001). *Crianças (e Pais) em Risco*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Pressley Ridge Training and Development (1996). Staff Introductory Training Program. Pressley Ridge Schools. Pittsburgh, PA

Ramos, M. (2005) Sexualidade na Diversidade – Atitudes de Pais e Técnicos face á Afectividade e Sexualidade do Jovem com deficiência Mental - Estudo Comparativo Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde. SNRIPD.

Rebelo, D. (2003) Contraceção e Deficiência Mental *in* Sexualidade & Planeamento Familiar, n.º 37 – Sexualidade e Deficiência – Maio/Dezembro; APF

Vala, J.; Monteiro, B. (1996). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vaz, J. M. *et al.* (1996). *Educação Sexual na Escola*. Lisboa: Universidade Aberta

Legislação:

Constituição da República Portuguesa de 2 de Abril de 1976

Código Civil Português aprovado pelo Decreto Lei n.º 473 444 de 25 de Novembro de 1966;

Código Penal – Aprovado pelo Decreto Lei n.º 48/95 de 15 de Março

Decreto-Lei n.º 133-A/97, de 30 de Maio – Define o regime de licenciamento e de fiscalização dos estabelecimentos e serviços de apoio no âmbito da segurança social

Outra legislação de referência

Lei de bases da Segurança Social - Lei 32/2002 de 20 de Dezembro

Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de Fevereiro – Estabelece o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social

Decreto-Lei n.º 89/85, de 1 de Abril (DR n.º 76, I Série)

Decreto-Lei n.º 402/85, de 11 de Outubro (DR n.º 234, I Série)

Decreto-Lei n.º 29/86, de 19 de Fevereiro (DR n.º 41, I Série)

Despacho Normativo n.º 75/92, de 20 de Maio (DR n.º 41, I Série B)

Lei n.º 101/97, de 13 de Setembro (DR n.º 212, I Série A)

Decreto-Lei n.º 171/98, de 25 de Junho (DR n.º 144, I Série A)

Decreto-Lei n.º 316-A/2000, de 7 de Dezembro – Aprova os Estatutos do Instituto de Solidariedade e Segurança Social.

Portaria n.º 778/83, de 23 de Julho – Aprova o Regulamento de Registo das Instituições Particulares de Solidariedade Social do âmbito da Segurança Social.

Decreto-Lei n.º 78/89, de 3 de Março – Aprova o Plano de Contas das Instituições Particulares de Solidariedade Social.

Despacho Normativo n.º 75/92, de 23 de Abril – Estabelece as normas reguladoras de cooperação entre os centros regionais de segurança social e as Instituições Particulares de Solidariedade Social.

Portaria n.º 63/96 de 28 de Fevereiro – Aprova o regulamento de Registo das Associações Mutualistas e das Fundações de Segurança Social Complementar.

Contrato Colectivo de Trabalho (CCT) entre a União IPSS e a Federação Nacional dos Sindicatos da Educação (FNE) e outros – Boletim Trabalho Emprego (BTE) n.º 2, de 15 de Janeiro de 1999.

Despacho Normativo n.º 31/2000, de 31 de Julho – Altera a alínea b) do n.º 1 da norma XVI e adita a alínea j) ao n.º 1 da mesma norma das “Normas reguladoras da cooperação entre os centros regionais de segurança social e as instituições particulares de solidariedade social”, aprovadas pelo Despacho Normativo n.º 75/92, de 23 de abril.

Despacho Normativo n.º 3663/99 (2ª série), de 23 de Fevereiro – Estabelece a colocação de livros de reclamações nos Lares com gestão directa dos CRSS.

Despacho Normativo n.º 8818/98 (2ª série), de 26 de Maio – Estabelece o modelo de alvará de licenciamento e o modelo de autorização provisória de funcionamento.

Despacho Normativo n.º 52/98, de 3 de Agosto – Altera o prazo para entrega do plano de adequação.

Decreto-Lei n.º 268/99, de 15 de Julho – estabelece a obrigatoriedade de uso de livro de reclamações pelos estabelecimentos incluídos no âmbito de aplicação do Decreto-Lei n.º 133-A/97.

Decreto-Lei n.º 18/89 de 11/1 e D 52/SESS/90 de 27/6 - Centro de Actividades Ocupacionais

Portaria n.º 776/99 de 30 de Agosto - Centro de Apoio Sócio-Educativo

Lei n.º 38/2004 de 18 de Agosto - Leis de Bases da Reabilitação e Deficiência

Acessibilidades

Existe ainda legislação específica aplicada, por exemplo, a instalações e equipamentos que, por ser muito específica, não é aqui referida ou apenas se referem os seus requisitos principais quando se abordam os assuntos respectivos, mencionando-se apenas, a título de exemplo, o RGEU e o Decreto-Lei n.º 123/97, de 22 de Maio.

Encargos familiares:

Decreto Regulamentar n.º 14/81, de 7 de Abril (educação especial)

Decreto-Lei n.º 133-B/97, de 30 de Maio, com a redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 341/99, de 25 de Agosto

Decreto Regulamentar n.º 24-A/97, de 30 de Maio, com a redacção dada pelo Decreto Regulamentar n.º 15/99, de 17 de Agosto

Decreto-Lei n.º 208/2001, de 27 de Julho (Complemento Extraordinário de Solidariedade)

Despacho n.º 10-I/SESS/2001 (Majoração do montante a partir do 3º descendente)

Decreto-Lei n.º 250/2001, de 21 de Setembro

Decreto-Lei n.º 176/2003, de 2 de Agosto (Novo regime jurídico da protecção nos encargos familiares)

Anexos

FICHA DE OCORRÊNCIA DE INCIDENTES . CONTINUAÇÃO

CATEGORIA DO INCIDENTE Assinale todas as que se apliquem:

Data do incidente:

Hora:

Local:

Residente/colaborador

Apelido:

Nome:

1. Agressão Física para com:

Colaboradores

Residentes

Si Próprio

Propriedade (bens)

Dano estimado em: €

Outros (especifique):

2. Intervenção Física

Escolta

Contenção parcial

Contenção em crise

Duração: minutos

3. Ausência sem comunicação

Local desconhecido

Localizado, sem ter ainda regressado

Regresso à instituição

Duração da Ausência: minutos

4. Dano/violência no residente infligido por:

Acidente

Si próprio

Outro residente

Colaborador da residência

Outros (especifique):

5. Medicação

Ataque/dominação

Erro de medicação

Emergência por doença ou violência

Recusa na toma de medicação

6. Suicídio

Conceptualização verbal

Ameaça verbal

Tentativa ou gesto físico

7. Ingestão de Substâncias

Suspeita ou observada

Admitida pela residente

Medicação documentada

FICHA DE OCORRÊNCIA DE INCIDENTES . CONTINUAÇÃO

8. Comportamentos Sociais Negativos

- Ameaça
- Contacto policial
- Ameaças Verbais
- Outros (especifique):

9. Abuso Sexual/comportamento impróprio para com:

- Residente
- Colaborador
- Outros (especifique):

10. Alegação de abusos para com:

- Colaboradores
- Residentes
- Membro da Família
- Outros (especifique):

11. Tipo de Alegação

- Físico
- Sexual
- Negligência
- Outros (especifique):

12. Ficha de ocorrência enviada:

- Não vai ser investigado
- Decisão de investigação pendente
- Vai ser investigado

13. Acções negativas por parte de colaboradores

- Verbal contra residente
- Física contra residentes
- Outros (especifique):

14. Colaboradores magoados:

- Durante o processo de contenção
- Infligido pelo Residente
- Outros (especifique):

15. Fonte da Informação

- Observada pelos colaboradores
- Residente
- Outros (especifique):

Assinaturas

Colaborador	Director(a) Técnica	Residente	Outros:
ass:	ass:	ass:	ass:
data	data	data	data

AVALIAÇÃO DE UMA OCORRÊNCIA

ANTECEDENTES

Descreva os Antecedentes ou condições relevantes em que ocorreu o incidente

COMPORTAMENTO

Descreva o comportamento do Residente, Colaboradores e outros

COMPORTAMENTO

Descreva todas as intervenções imediatas e as suas consequências

MEDIDAS TOMADAS OU A SEREM TOMADAS FACE AO OCORRIDO

Notificação Policial

Notificação Policial

Exame Médico

Comunicação Família/Pessoa de referência

Esta ficha foi preenchida por:

Função:

Informação recolhida ou presenciada por:

Caso seja um(a) colaborador(a) indique a função:

Observações:

Manual de Boas Práticas

Um guia para o acolhimento residencial das pessoas em situação de deficiência



UNIÃO EUROPEIA

Fundo Social Europeu